

reha pro

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

30. SEPTEMBER 2025

IPS-COACHING – ZURÜCK INS BERUFSLEBEN (IPS-ZIB)

ABSCHLUSSBERICHT

Förderung: Bundesprogramm des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales
„Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“

Antragstellung: Deutsche Rentenversicherung Nord (federf.), Deutsche Rentenversicherungen
Westfalen, Bund und Knappschaft Bahn See

Projektlaufzeit: Jan 2020 bis Jun 2025

Operatives Projektmanagement: Prof. Dr. Ingmar Steinhart, Institut für Sozialpsychiatrie
Mecklenburg-Vorpommern e. V.

Wissenschaftliche Leitung: Prof Dr. Martin Driessen, Prof. Dr. Ingmar Steinhart

Wissenschaftliche Begleitung Projektstandort Bielefeld: Forschungsabteilung des
Evangelischen Klinikums Bethel gGmbH: Dr. Lorenz Dehn, Juliane Bergdolt, Stella Hubert

Wissenschaftliche Begleitung Projektstandort MV: Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-
Vorpommern e. V.: Julia Schreiter, Sarah Jenderny, Ilka Toebe

Fachliche Begleitung & Koordination: Antje Werner (Landesverband Sozialpsychiatrie MV e. V.

Weitere Projektbeteiligte: Landesverband Sozialpsychiatrie MV e. V.; Stiftung Bethel,
Stiftungsbereich proWerk; Berufsförderungswerk Stralsund GmbH; Psychiatrische Klinik
MediClin Müritzklinikum; Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie; Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der
Universitätsmedizin Greifswald; Evangelische Krankenhaus Bethanien gGmbH; Evangelische
Klinikum Bethel gGmbH

Inhalt

1	Zusammenfassung	5
2	Darstellung des Modellprojektes	6
2.1	Hintergrund	6
2.1.1	Ausgangslage.....	7
2.1.2	Etablierte Ansätze der beruflichen Integration	7
2.1.3	Wissenschaftliche Evidenz des IPS-Ansatzes	8
2.2	Innovative Ansätze.....	9
2.3	Projektziele	12
2.4	Forschungshypothesen.....	12
2.5	Beteiligte Personen.....	13
3	Methoden	15
3.1	Design.....	15
3.2	Zielgruppe	16
3.3	Rekrutierung und Ablauf	17
3.4	Die Intervention.....	18
3.5	Messinstrumente	19
3.6	Ergebnismaße.....	22
3.6.1	Aufnahme von kompetitiver Arbeit.....	22
3.6.2	Beantragte Leistungen der sozialen Sicherheit und Teilhabe	22
3.6.3	Dauer der Beschäftigung und Dauer bis zum Wiedereinstieg	22
3.7	Statistische Analysen und fehlende Werte	23
3.7.1	Stichprobenbeschreibung	23
3.7.2	Dichotome Ergebnismaße	23
3.7.3	Dauer der Beschäftigung und Dauer bis zum ersten Wiedereinstieg	23
3.7.4	Umgang mit fehlenden Werten.....	23
4	Ergebnisse.....	24
4.1	Einstellung	24
4.2	Dropout	26
4.3	Stichprobenbeschreibung.....	26
4.3.1	Baseline-Erhebung	26
4.3.2	Nutzung von Unterstützungsangeboten im Zeitverlauf.....	29
4.4	Berufliche Ergebnismaße (Hauptfragestellung)	30
4.4.1	(Wieder-)Einstieg auf dem ersten Arbeitsmarkt.....	31
4.4.2	Antrag auf Erwerbsminderungsrente	31
4.4.3	Anträge auf Teilhabeleistungen	31

4.4.4	Subgruppenanalysen.....	31
4.4.5	Dauer der Beschäftigung.....	33
4.4.6	Dauer bis zum Wiedereinstieg	34
4.4.7	Aufnahme von nicht-kompetitiver Beschäftigung	34
4.4.8	Zusammenfassung und Zwischenfazit.....	34
4.5	Sekundäre Ergebnismaße	35
4.5.1	Methode	36
4.5.2	Ergebnisse	37
4.5.3	Zusammenfassung und Zwischenfazit.....	38
4.6	Netzwerkanalyse	38
4.6.1	Baseline-Erhebung	39
4.6.2	Abschlusserhebung.....	45
4.6.3	Zusammenfassung und Zwischenfazit.....	51
4.7	Umsetzungserfahrungen	53
4.7.1	Fallspezifische Dokumentation.....	53
4.7.2	Entwicklungsverläufe der Teilnehmenden mit Arbeitsaufnahme.....	60
4.7.3	Vorzeitige Beendigung des Coachings.....	63
4.7.4	Zufriedenheit mit dem Coaching.....	67
4.7.5	Erfahrungen der Coaches.....	69
4.7.6	Erfahrungen der Sozialarbeitenden.....	76
4.7.7	Fallbelastung	79
4.7.8	Exemplarische Betrachtung: Netzwerkarbeit im Projekt IPS-ZIB in MV	82
5	Praxiserfahrungen mit den innovativen Ansätzen	86
6	Diskussion und Schlussfolgerung	90
7	Verstetigungsoptionen	94
8	Quellen	98
9	Anlagen	105

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die Kernprinzipien von IPS	8
Abbildung 2: Die IPS-ZIB-Förderstruktur	13
Abbildung 3: Die Beteiligten des IPS-ZIB-Projektes	15
Abbildung 4: Ablauf der Rekrutierung	17
Abbildung 5: Phasenmodell des IPS-Coaching-Prozesses mit Prozessbeteiligten und Aktivitäten	19
Abbildung 6: Rekrutierungs- und Follow-up-Verlauf in Form eines Flow-Charts.....	25
Abbildung 7: Überblick über die Ergebnisse in den beruflichen Hauptergebnismaßen	30
Abbildung 8: Aufnahme von Arbeit in den Subgruppen	32
Abbildung 9: Anträge auf Erwerbsminderungsrente in den Subgruppen	33
Abbildung 10: Vergleich der Gesamtdauer in Arbeit während der Studienlaufzeit.....	33
Abbildung 11: Einschätzung der Qualität der Zusammenarbeit	40
Abbildung 13: Häufigkeit der Kontakte im Netzwerk	43
Abbildung 14: Coachingdauer	54
Abbildung 15: Anzahl der Kontakte zwischen Coach*in und Teilnehmer*in	55
Abbildung 16: Anzahl der Kontakte zwischen Coach*in und Behandler*in	56
Abbildung 17: Zeit bis Job(wieder-)einstieg nach Coachingstart.....	57
Abbildung 18: Anzahl der Kontakte zwischen Coach*in und Arbeitgeber*in.....	58
Abbildung 19: Coachingverläufe ohne Wiedereinstieg	61
Abbildung 20: Coachingverläufe mit Wiedereinstieg	62
Abbildung 21: Gründe für eine vorzeitige Beendigung des Coachings in Bielefeld	64
Abbildung 22: Zufriedenheit mit dem IPS-Coaching	68
Abbildung 23: Übersicht über die innovativen Teilansätze.....	87

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Demografische Merkmale der Teilnehmenden bei Studieneinstellung.....	27
Tabelle 2: Berufliche Merkmale der Teilnehmenden bei Studieneinstellung	27
Tabelle 3: Klinische Merkmale der Teilnehmenden bei Studieneinstellung.....	28
Tabelle 4: Nutzung von beruflichen Unterstützungsangeboten im Zeitverlauf	30
Tabelle 5: Aufnahme einer kompetitiven Arbeit in der IPS-G und VG	31
Tabelle 6: Anträge auf Erwerbsminderungsrenten.....	31
Tabelle 7: Ergebnisse der Regressionsanalysen für die sekundären Ergebnismaße	37
Tabelle 8: Vorschläge zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit Unternehmen	41
Tabelle 9: Übersicht der Ergebnisse der Netzwerkanalyse 2024 Bielefeld	46
Tabelle 10: Einzelauswertung Netzwerkanalyse 2024/2025 MV	50
Tabelle 11: Übersicht der Ergebnisse der Fokusgruppe Bielefeld.....	70

Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitgeber*innen
AK	Arbeitskraft
AN	Arbeitnehmer*in
APK	Aktion Psychisch Kranke
BA	Bundesagentur für Arbeit (kurz: Agentur für Arbeit)
BFW	Berufsförderungswerk
BTHG	Bundesteilhabegesetz
BTZ	Berufliches Trainingszentrum
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DVfR	Deutsche Vereinigung für Rehabilitation
DVGP	Dachverband Gemeindepsychiatrie
EAA	Einheitliche Ansprechstellen für Arbeitgebende
EGH	Eingliederungshilfe
EM-Rente	Erwerbsminderungsrente
EUTB	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung
EX-IN	Experienced Involvement (Genesungsbegleitung/Erfahrungsexpertise)
GPV	Gemeindepsychiatrischer Verbund
IFD	Integrationsfachdienst
IHK	Industrie- und Handelskammer
IPS	Individual Placement and Support
IPS-G	IPS-Gruppe; Interventionsgruppe mit Maßnahme: IPS-Coaching
L.IGA	Lichtenberger Initiative für Gesundheit und Arbeit; Beratungsangebot
LTA	Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben
MHFA	Mental Health First Aid
MSE	Mecklenburgische Seenplatte (Landkreis in MV)
MV	Mecklenburg-Vorpommern
PAG	Perspektive Arbeit und Gesundheit
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PSAG	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft
SE	Supported Employment
SPDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
T1	Zeitpunkt der Baseline-Erhebung (individueller Studienbeginn für Teilnehmer*in)
T2	Zeitpunkt der Abschlusserhebung (individuelles Studienende für Teilnehmer*in)
TK	Tagesklinik
VG	Vergleichsgruppe ohne Maßnahme (Regelversorgung)
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen

Dieser Bericht verfolgt den Anspruch, sowohl die Erfahrungen und subjektiven Einschätzungen aus der praktischen Umsetzung des Modellprojektes als auch die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung für beide Projektstandorte (Mecklenburg-Vorpommern, Region Bielefeld) umfassend und integriert darzustellen. Für die komprimierte Darstellung der Ergebnisse aus der wissenschaftlichen Begleitung im engeren Sinne wird auf die Anlage E verwiesen.

1 Zusammenfassung

Das Modellprojekt IPS-ZIB hatte das Ziel, den Ansatz des Individual Placement and Support (IPS) in Bielefeld und zwei Regionen Mecklenburg-Vorpommerns durchzuführen und wissenschaftlich zu evaluieren. Bisher werden in Deutschland IPS-Angebote ausschließlich durch psychiatrische Versorgungskliniken, vor allem der Institutsambulanzen, umgesetzt. Hier sollte die Umsetzung eines IPS-Coachingkonzeptes in Kooperation mit regionalen Akteuren und Akteurinnen aus Klinik, ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung und beruflicher Rehabilitation erprobt und geprüft werden, ob das so angebotene IPS im Vergleich zur Regelversorgung zu einer höheren Arbeitsaufnahme auf dem ersten Arbeitsmarkt sowie zu einer geringeren Zahl von Anträgen auf Erwerbsminderungsrente und Aufnahme in eine Werkstatt für behinderte Menschen führt. Trotz pandemiebedingter Einschränkungen gelang die Rekrutierung von 244 Teilnehmenden sowie die Durchführung eines innovativen Angebots an der Schnittstelle von Arbeitswelt und psychiatrischer Versorgung.

Die Ergebnisse zeigten, dass das IPS-Coaching in der rekrutierten Stichprobe bzw. unter den gegebenen Studienbedingungen den angenommenen Vorteil gegenüber der Regelversorgung nicht bestätigen konnte. Sowohl in der Interventions- als auch in der Vergleichsgruppe gelang etwa zwei Dritteln der Teilnehmenden innerhalb von zwei Jahren die berufliche Reintegration auf den ersten Arbeitsmarkt. Unterschiede zwischen den Gruppen ergaben sich weder bei den Anträgen auf Erwerbsminderungsrente oder Werkstattaufnahmen noch bei weiteren beruflichen Indikatoren wie Dauer bis zum Wiedereinstieg, Dauer in Arbeit oder subjektiver Arbeitsfähigkeit. Damit liegen die Integrationsquoten auf einem international vergleichbaren Niveau, spiegeln aber gleichermaßen die Wirksamkeit beider Ansätze (IPS-Coaching & Regelversorgung) wider. Im Unterschied zu internationalen Studien, die dem IPS-Ansatz eine klare Überlegenheit zuschreiben, lassen sich die Befunde des IPS-ZIB-Projektes am ehesten durch die spezifischen Rahmenbedingungen wie die Stichprobenzusammensetzung, die Umsetzung des Coachings und die nicht randomisierte Zuteilung der Gruppen erklären.

Die Zusammensetzung der Stichprobe im IPS-ZIB-Projekt unterschied sich in mehrfacher Hinsicht von anderen IPS-Studien. Eingeschlossen wurden vorwiegend Personen über 26 Jahre mit längerer Erwerbshistorie, häufig bestehendem Arbeitsvertrag und überwiegend affektiven Störungen, insbesondere Depressionen. Diese Merkmale weisen auf eine hohe Nähe zum Arbeitsmarkt hin und deuten auch in anderen Studien (Kinoshita et al., 2013; Metcalfe et al., 2017; Viering et al., 2015; Zürcher et al., 2023) auf eine begünstigte Rückkehr auf den ersten Arbeitsmarkt. In der internationalen Literatur zeigt sich hingegen, dass IPS insbesondere für Personen mit schweren psychischen Erkrankungen wie Schizophrenie deutliche Vorteile gegenüber Kontrollbedingungen aufweist, während sich für Menschen mit Depressionen geringere Unterschiede ergeben (de Winter et al., 2022; Nieuwenhuijsen et al., 2020). Insofern erforderte die gute Prognose der untersuchten Teilnehmenden besonders hohe Integrationsraten in der IPS-Gruppe, um einen signifikanten Effekt nachweisen zu können. Des Weiteren wurde die Umsetzung des IPS-Coachings im Rahmen einer Messung der Programmtreue mit 88 von 125 Punkten auf der IPS-Fidelity Scale bewertet, was einer „genügenden“ Umsetzung des IPS-Coachings entspricht. Da eine hohe Programmtreue in der Forschung eng mit besseren Integrationsraten verknüpft ist, könnte die optimierbare Umsetzung ebenfalls zur fehlenden Überlegenheit beigetragen haben. Dass die Vergleichsgruppe in dieser Erhebung einen besonders hohen Anteil an Teilnehmenden mit einer erfolgreichen Arbeitsaufnahme aufwies, deutet darauf hin, dass sich die hier untersuchte Vergleichsgruppe von denen anderer IPS-Studien unterschied. Die Rekrutierung der Gruppen erfolgte nicht randomisiert, sondern zeitlich versetzt. Die zuerst rekrutierte IPS-Gruppe fiel in eine Phase mit starken pandemiebedingten Einschränkungen, was die Chancen auf Arbeitsaufnahme beeinträchtigt haben könnte. Zudem ist es möglich, dass das IPS-Angebot auch das Vorgehen in der danach folgenden Vergleichsgruppe beeinflusst hat, da eine Sensibilisierung der Klinikmitarbeitenden durch die neuen Impulse denkbar ist. Ebenso könnten Unterschiede zwischen den Gruppen in nicht erhobenen Variablen,

etwa Selbstwirksamkeit in Bezug auf die Rückkehr zur Arbeit oder Veränderungsbereitschaft bestehen und die eindeutige Bewertung der Ergebnisse erschweren.

Gleichwohl verweisen qualitative Befunde auf Potenziale einzelner Elemente des Projekts. So wurden von den Projektbeteiligten positive Erfahrungen mit dem frühzeitigen Assessment berichtet: Die direkte arbeitsbezogene Einschätzung bereits im Klinikaufenthalt helfe, die berufliche Perspektive zu klären, Motivation zu nutzen und Übergänge aktiv zu gestalten. Dass das Coaching in sehr unterschiedlicher Form (Kontaktfrequenz, -form, -inhalt usw.) in Anspruch genommen wurde, weist auf eine gelungene individuell angepasste Unterstützung hin. Für die Nutzung des individuellen Budgets als Instrument zur Überbrückung systemischer Lücken – etwa für Qualifizierungen oder Arbeitsmittel – schien es noch Barrieren zu geben, weshalb dessen Wirkung zukünftig weiterer Untersuchung bedarf. Deutlich wurde im Projektablauf auch, dass die Themen „Offenlegung der Erkrankung“ und „Vorbehalte seitens der Arbeitgebenden gegenüber Personen mit psychiatrischen Erkrankungen“ Barrieren für eine erfolgreiche Wiedereingliederung ins Erwerbsleben darstellten und vor allem einer regionalen Bearbeitung erfordern. Eine besondere Stärke des Projekts lag in der Verortung des Coachings bei regionalen Partnern und Partnerinnen. Hierfür war die Etablierung von Netzwerkstrukturen geplant, deren Umsetzung pandemiebedingt nur eingeschränkt erfolgte. Die Erhebungen in beiden Projektregionen deuteten auf einen Bedarf verbesserter regionaler Vernetzung hin. Deutlich wurde auch, dass hiermit auch Herausforderungen (Datenschutz, Systemlogiken, Rollenklarheit) verbunden sind, welche zukünftig durch gemeinsame Gespräche, klare Absprachen und institutionalisierte Schnittstellen produktiv bearbeitet werden sollten.

Insgesamt konnte das Projekt aus wissenschaftlicher Sicht für die primären Ergebnismaße keinen Vorteil des IPS-Coachings gegenüber der Regelversorgung belegen. Dennoch liefert es wichtige Impulse für die Weiterentwicklung der Strukturen und Prozesse der beruflichen Rehabilitation. Es verdeutlicht, dass die Wirksamkeit international erprobter Konzepte nicht allein von der Methode abhängt, sondern von deren kontextsensitiver Umsetzung, der Qualität der intersektoralen Zusammenarbeit und der Passung zur jeweiligen Zielgruppe. Für bestimmte Gruppen (z. B. Personen, die kein bestehendes Arbeitsverhältnis haben), die im gegenwärtigen System oft nur unzureichend erreicht oder unterstützt werden, muss über alternative Reha-Ansätze nachgedacht werden. Eine mögliche Option könnte ein angepasstes bzw. erweitertes IPS-Coaching-Konzept bieten, was in einem neuen Projekt erprobt und evaluiert werden sollte.

2 Darstellung des Modellprojektes

Das nachfolgende Kapitel skizziert die konzeptionellen Grundlagen und die strukturelle Ausgestaltung des Modellprojekts. Neben der Darstellung des theoretischen Hintergrunds und der wissenschaftlichen Evidenz werden die innovativen Elemente, Projektziele und Arbeitshypothesen sowie die beteiligten Akteure und Akteurinnen systematisch erläutert.

2.1 Hintergrund

Seit Jahren nehmen psychische Erkrankungen unter den Gründen für krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit zu (Schröder et al., 2024; DAK-Gesundheit, 2024). Gleichzeitig geht diese Art der Erkrankung mit einer deutlich höheren Ausfallzeit einher als andere Diagnosen (Schröder et al., 2024) und seit 2001 stehen psychische Erkrankungen auch an erster Stelle der Diagnosen bei der Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014). Dies ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass Betroffene zu selten auf ihre Bedarfe zugeschnittene Rehabilitationsleistungen erhalten, welche ihnen klar den Weg zurück ins Erwerbsleben ermöglichen (Bühning, 2014).

Jahoda (1981; 1982) zufolge erfüllt Arbeit in unserer Gesellschaft jedoch fünf elementare Funktionen (Zeitstruktur, sozialen Kontakt, kollektiven Sinn, Status und Aktivität). Vorzeitig nicht mehr am Berufsleben teilnehmende Menschen leiden deshalb häufiger unter sozialer Isolation, finanziellen Sorgen und generellen Einbußen ihrer Lebensqualität und Gesundheit (Riedel-Heller et al., 2012). Während Studien zunächst lediglich einen Zusammenhang zwischen schlechter psychischer Gesundheit und Arbeitslosigkeit fanden (Wood & Burchell, 2018), zeigte die Meta-Analyse von Paul und Moser (2009) anhand von Längsschnittdaten, dass auf die Arbeitslosigkeit eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit folgen kann. Konkret im Falle von Personen mit psychischen Erkrankungen zeigt sich, dass eine regelmäßige Arbeitstätigkeit positive Auswirkungen auf die langfristigen Teilhabe- und Genesungschancen dieser Gruppe hat (Riedel-Heller et al., 2012; Gühne und Riedel-Heller, 2015). In der aktuellen bundesdeutschen Versorgungslandschaft ist dieser Ansatz jedoch noch nicht regelhaft implementiert. Das Projekt „IPS-Coaching – Zurück ins Berufsleben (IPS-ZIB)“ setzt genau hier an und hat im Rahmen eines Modellprojektes die Chancen sowie die Erfolgsfaktoren einer langfristig unterstützten Arbeitsmarktreintegration untersucht.

2.1.1 Ausgangslage

Untersuchungen von Erwachsenen in klinischer psychiatrischer Behandlung weisen darauf hin, dass bei dem überwiegenden Teil der Wunsch besteht, in Arbeit zu kommen bzw. zu bleiben (Adamus et al., 2024), während die Beschäftigungszahlen von Personen mit psychischer Erkrankung tatsächlich deutlich unter jenen der gesunden Bevölkerung liegen (Gühne et al., 2022, Oschmiansky et al., 2017; Jäckel et al., 2017). Ebenso bekannt ist, dass der Eintritt in die Arbeitslosigkeit die Lebensführung der Betroffenen erheblich negativ beeinflusst und der Wiedereintritt in die Beschäftigung sich positiv auf die Gesundheit auswirkt (Gühne und Riedel-Heller 2015). Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang auch, dass die berufliche sowie soziale Teilhabe mit zunehmender Erkrankungsdauer weiter abnimmt (OECD, 2012; Rinaldi et al., 2010). Darüber hinaus zeigt sich, dass das klinische Behandlungssetting (psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung im SGB V-Bereich) vorhandene berufsbezogene Bedarfe der Patienten und Patientinnen aktuell nicht ausreichend berücksichtigt, und die klinischen Behandlungen nur sehr geringe Effekte auf Arbeitsunfähigkeit zeigen (Stengler und Becker, 2017). Berufstätige kehren in vielen Fällen nach einer stationär-psychiatrischen Behandlung nicht an ihren Arbeitsplatz zurück (Mernyi et al., 2018). Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA; berufliche Rehabilitation) werden von Menschen mit psychischen Erkrankungen spät – also häufig lange nach bereits erfolgter Exklusion vom allgemeinen Arbeitsmarkt – eingereicht und nicht selten aus mangelnder positiver Erfolgsprognose abgelehnt. Im Jahr 2023 wurden allerdings 41,8 % aller Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) wegen einer psychischen Erkrankung bewilligt (Deutsche Rentenversicherung Bund & Dezernat 0630 – Statistische Analysen, 2024).

Je eher nach einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen interveniert wird, desto größer sind die Chancen der beruflichen (Re-)Integration (PK Rück, 2022). Dauert die Zeit der krankheitsbedingten Arbeitsabwesenheit länger an, so verringern sich die Chancen auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz (Gühne et al., 2020; Blank et al., 2008; Roelen et al., 2012).

2.1.2 Etablierte Ansätze der beruflichen Integration

In einer Untersuchung von Campbell et al. (2010) zeigte sich, dass die Art der Maßnahme als Prädiktor wichtiger ist als personenspezifische Merkmale. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Maßnahme nach den Grundsätzen des Supported-Employment-Ansatzes (SE, dt. unterstützte Beschäftigung; nicht analog zu unterstützter Beschäftigung nach § 55 SGB IX) umgesetzt wird. Der Supported-Employment-Ansatz wurde entwickelt, um Personen, welche aufgrund verschiedenster Einschränkungen (gesundheitlich, sozial) einen strukturell schwierigen Zugang zum Arbeitsmarkt haben, beim Finden und Halten von bezahlten Arbeitsstellen individuell mithilfe einer Coaching-Fachkraft zu unterstützen. Diese

Unterstützung beinhaltet nicht nur Begleitung bis zum Finden eines Jobs, sondern auch darüber hinaus (Rüst, 2017). Im Unterschied zum traditionellen „First-train-then-place“-Ansatz, welchem zufolge zunächst ein Arbeitstraining in einem geschützten Rahmen absolviert wird, bevor ein Wiedereinstieg auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt angestrebt wird (engl. prevocational training), verfolgt der Supported-Employment-Ansatz einen „First-place-then-train“-Ansatz.

8 Kernprinzipien des Individual Placement and Support

1. Finden/Erhalt von Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit Mindestlohn (Finden/Sichern einer regulären Ausbildung)
2. Niemand wird ausgeschlossen (*zero exclusion*)
3. Integration von Behandlung in das Coaching
4. Arbeitsplatz-/Ausbildungssuche entspricht den Präferenzen der Teilnehmenden
5. Beratung zu Sozialversicherungsleistungen und finanziellen Hilfen
6. Zügige Arbeitsplatz-/Ausbildungssuche
7. Vernetzung mit Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes und gezielte Arbeitsplatzsuche nach Präferenzen der Teilnehmenden
8. Langfristiger (wenn nötig unbefristeter) Support

Abbildung 1: Die Kernprinzipien von IPS

Anmerkungen: aus dem Positionspapier zu SE der DGPPN (DGPPN, 2021)

Hierbei liegt der Fokus darauf, die Nähe zum Arbeitsmarkt nicht zu verlieren und möglichst schnell wieder ins Arbeitsleben einzusteigen. Die am besten untersuchte Form von SE ist das Individual Placement and Support (IPS) mit seinen acht Kernprinzipien (siehe Abb. 1). Es ist ein Konzept der beruflichen Rehabilitation für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, welches seinen Ursprung in den USA hat. Ausgehend von einer zunehmenden Auseinandersetzung innerhalb der Psychiatrie mit der beruflichen und damit auch sozialen Ausgrenzung von Menschen mit erheblichen psychischen Einschränkungen entwickelte sich das IPS-Coaching. Ging es zunächst lediglich um die Integration von geistig behinderten Menschen in den Arbeitsmarkt, erweiterte sich der Ansatz Mitte der 90er-Jahre auf Personen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen, insbesondere Schizophrenie, schwere Depressionen und bipolare Störungen (Drake & Bond, 2023). Während man bisher davon ausgegangen war, dass psychisch kranke Personen lediglich nach langer Vorbereitung und in einem geschützten Raum arbeiten könnten, verfolgte der IPS-Ansatz das Ziel, die Patienten und Patientinnen möglichst schnell in den regulären Arbeitsmarkt zu integrieren. Gegenüber bisherigen Ansätzen zeigte dieses Vorgehen eine höhere Integrationsquote auf den allgemeinen Arbeitsmarkt sowie eine längere Beschäftigungsdauer (Drake & Bond, 2023).

2.1.3 Wissenschaftliche Evidenz des IPS-Ansatzes

Die wissenschaftliche Evidenz von IPS im Vergleich mit traditionellen „first-train-then-place“-Ansätzen in der Rehabilitation von Menschen mit psychischen Störungen ist seitdem mittels zahlreicher hochwertiger Studien und Übersichtsarbeiten belegt (Catty et al., 2008; Christensen et al., 2021; Mahmood et al., 2019; McGurk et al., 2003; Metcalfe et al., 2018; Suijkerbuijk et al., 2027, für den deutschsprachigen Raum siehe Richter & Hoffmann, 2018). Entscheidend für den nachhaltigen Erfolg

von SE ist die Programmtreue, welche anhand der IPS-Fidelity-Scale erhoben werden kann, welche die in Abb. 1 gelisteten Prinzipien anhand eines Fragebogens erhebt (einsehbar unter: <https://ipsworks.org/index.php/documents/ips-fidelity-scale/>). Hierzu liegt bereits seit 1993 eine manualisierte Version von SE in Form des Individual Placement and Support vor (Becker & Drake, 1993).

Rehabilitation ist eine prozessorientierte Komplexleistung (Stengler et al., 2013), in die unverzichtbar die medizinisch-sozialen (Regel-)Versorgungsangebote integriert werden müssen. Das zergliederte aber hochspezialisierte bundesdeutsche System vereint in sich hinderliche sowie förderliche Faktoren. Im Rahmen des Projekts wird untersucht, inwieweit sich der IPS-Ansatz in diesem Regelsystem praktisch bewährt.

Ein aktueller Überblick über den Stand der Forschung bezüglich der Umsetzung des IPS-Coachings inklusive der deutschsprachigen Projekte findet sich bei Stengler et al. (2021). Hier wird in Ergänzung zum Standard-IPS-Manual für den deutschsprachigen Raum ein strukturiertes Assessment beim Zugang, ein intensives Training für die Coaching-Fachkraft sowie Anreizmöglichkeiten für die Arbeitgebenden angeraten. Dies ist in die Überlegungen zu diesem Projekt mit eingeflossen und daraus wurden die innovativen Teilansätze des Projektes abgeleitet (siehe Abschnitt 2.2). Aufgrund der klaren internationalen wissenschaftlichen Evidenz wird auch in der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ der Supported-Employment-Ansatz empfohlen, was die Notwendigkeit seiner Berücksichtigung in der Praxis noch einmal erhöht (Gühne et al., 2019).

Schaut man dagegen auf die tatsächliche aktuelle Versorgungssituation in der Psychiatrie in Deutschland, so ist diese allzu häufig durch fehlende Anschlussperspektiven nach der Krankenhausbehandlung gekennzeichnet. Es besteht nur ein geringer Bezug zwischen der Krankenhauswelt (SGB V) und Arbeitswelt sowie den Gestaltungsspielräumen der Rehabilitation, obwohl einige positive Modelle in den Krankenhäusern existieren, z. B. das PIA2Work-Konzept in Leipzig (Stengler et al., 2015) oder die multizentrische SEEarly-Studie (Jäckel et al., 2023; Nischk et al., 2024).

Versorgungsbrüche führen letztendlich zu einem hohen Anteil teilweise auch noch sehr junger psychisch kranker Menschen in den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) oder zu einem hohen Anteil von frühen Verrentungen wegen Erwerbsminderung.

Die Unterstützte Beschäftigung nach § 55 SGB IX ist zwar ein anerkanntes Verfahren (BAR, 2021), sie wird jedoch selten angeboten und nur für Menschen, die nach sozialmedizinischer Einschätzung voraussichtlich nur unter geschützten Bedingungen beschäftigt werden können. In der Praxis ist sie in erster Linie für junge Erwachsene mit geistiger Behinderung eine Alternative zur WfbM. Gühne und Riedel-Heller (2015) weisen ausdrücklich darauf hin, dass Supported Employment nicht gleichzusetzen ist mit dem Begriff der unterstützten Beschäftigung. Zwischen beiden Phasen der unterstützten Beschäftigung nach § 55 SGB IX, der individuellen betrieblichen Qualifizierung, sowie der ggf. daran anschließenden Berufsbegleitung, kommt es insbesondere zu Brüchen, die für den weiteren Rehabilitationsverlauf störend sein können.

Aus dieser Problemanalyse des Alltags im rehabilitativen Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen einerseits, verbunden mit den evidenzbasierten Möglichkeiten eines IPS-Coachings andererseits, leitete sich der Förderantrag für das Modellvorhaben ab. Zentraler Bestandteil dessen war die Umsetzung innovativer Ansätze, welche im folgenden Abschnitt dargelegt und begründet werden.

2.2 Innovative Ansätze

Aus den vorherigen Abschnitten lassen sich konkrete Teilansätze ableiten, die im Projekt explorativ umgesetzt werden sollten. Im Folgenden werden diese Ansätze detailliert beschrieben, wobei

insbesondere ihr innovativer Charakter hervorgehoben und die daraus resultierenden Verbesserungen für die Teilnehmenden aufgezeigt werden. Zudem wird dargelegt, wie diese Ansätze die derzeit gängige Praxis ergänzen.

Seit Antragstellung hat sich die Forschungslandschaft rund um IPS sehr dynamisch entwickelt. Im Rahmen zahlreicher nationaler und internationaler Untersuchungen wurde IPS praktisch erprobt, mit teilweise sehr unterschiedlichen Foki. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass der Wirksamkeitsnachweis einzelner IPS-Elemente – insbesondere im gegliederten deutschen System – durchaus noch empirischer Untermauerung bedarf und dass IPS noch keinesfalls als Regelleistung im Rehabilitationssystem verankert ist. So fehlt es beispielsweise bislang an belastbaren Studien zur Langzeitwirkung von IPS-Maßnahmen, der Wirksamkeit bei langfristiger Begleitung nach Arbeitsaufnahme sowie der systemischen Integration in Bezug auf die Schnittstellenproblematik zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern.

Dieser Abschnitt legt dar, woraus die innovativen Teilansätze des IPS-ZIB-Projektes hergeleitet wurden, was diese ausmacht und welche unmittelbaren wie langfristigen Verbesserungen für die Teilnehmenden damit angestrebt wurden.

Ein zentrales Merkmal von IPS ist die schnelle Suche nach Arbeit (Stengler et al., 2021), denn je länger psychisch Erkrankte dem Arbeitsmarkt fernbleiben, desto größer ist die Gefahr, dass sie den Wiedereinstieg in den Beruf nicht schaffen (Marwaha & Johnson, 2004; Pichler et al., 2021). Daraus leitet sich ab, dass es wichtig ist, die Teilnehmenden möglichst schnell wieder in Arbeit zu bringen. Um dies zu erreichen, wurde im Projekt IPS-ZIB der Ansatz erprobt, die Teilnehmenden möglichst niedrigschwellig direkt aus dem Klinikaufenthalt heraus in das IPS-Coaching einzusteuern, um Brüche in der Betreuung zu verhindern. Deshalb wurden Patienten und Patientinnen im IPS-ZIB-Projekt schon in der Endphase des Klinikaufenthaltes durch Klinikmitarbeitende oder die Mitarbeitenden der Forschungsabteilung über das Forschungsprojekt informiert und gezielt zur Teilnahme ermutigt. Der Erstkontakt zwischen Coach*in und Teilnehmer*in erfolgte in der Regel bereits in der Klinik. Die Teilnahme erforderte bei erfüllten Einstiegs-kriterien (siehe Abschnitt 3.2) keine formelle Antragstellung – ein bewusst niedrigschwellig gewählter Zugang, der Teilhabebarrrieren abbaut. Denn im regulären Leistungssystem stellen bürokratische Verfahren häufig eine erhebliche Hürde dar, insbesondere für vulnerable Zielgruppen, die entweder ganz vom Zugang ausgeschlossen bleiben oder erst nach langen Bearbeitungszeiten Leistungen erhalten. Solche Verzögerungen gefährden Kontinuität und Stabilität im Unterstützungsverlauf und begünstigen erneute Brüche. Sowohl Personen mit bestehendem Arbeitsverhältnis (unabhängig von den Präferenzen hinsichtlich einer Rückkehr in das alte Beschäftigungsverhältnis), als auch Personen ohne Arbeitsvertrag konnten das IPS-Coaching in Anspruch nehmen. Explizit der **fließende Übergang von psychiatrischer Behandlung direkt in die weiterführende Leistung** (in diesem Falle das IPS-Coaching) ist einer der innovativen (Teil-)Ansätze bei IPS-ZIB, der zum Ziel hat, Brüche in der Versorgung zwischen stationären und ambulanten Angeboten zu verhindern. Perspektivisch erscheint die systematische Verankerung beruflicher Teilhabeaspekte in den Standards des klinischen Entlassmanagements als vielversprechender Ansatz, um bestehende Schnittstellenprobleme sowie Leerlaufzeiten im Eingliederungsprozess nach stationärer Behandlung zu reduzieren (Hamann & Brieger, 2019). Ergänzend ließe sich anmerken, dass eine solche Thematisierung idealerweise bereits ab dem ersten Tag der klinischen Behandlung einsetzen sollte, um Kontinuität und Nachhaltigkeit zu fördern. Der frühzeitige Einsatz eines IPS-Coachings könnte hierbei eine zentrale Rolle einnehmen, indem er den Übergang in den allgemeinen Arbeitsmarkt aktiv begleitet und so eine kontinuierliche Unterstützung ohne Brüche im Versorgungspfad ermöglicht.

Die **frühzeitige Einsteuerung** in das IPS-Coaching zielte darauf ab, gemeinsam mit den Teilnehmenden rasch ein erstes Assessment durchzuführen, mit dem übergeordneten Ziel, den Wiedereinstieg ins Erwerbsleben möglichst zeitnah zu unterstützen. Denn je mehr Zeit nach der Entlassung aus der Klinik

ohne berufliche Perspektive vergeht, desto stärker sinken die subjektiv empfundene Lebensqualität als auch das allgemeine Funktionslevel und die Motivation (Wallstroem et al., 2021). In Arbeit zu sein hingegen unterstützt das psychische Wohlbefinden (Marwaha und Johnson, 2004; Van der Noordt et al., 2014; Cartaya et al., 2024). Gemäß der derzeit üblichen Praxis folgt auf die Entlassung aus der stationären Behandlung oft eine stationäre medizinische Reha, was den beruflichen Wiedereinstieg einerseits vorbereiten, andererseits zusätzlich verzögern kann. Wird im Rahmen der medizinischen Reha zudem die Arbeitsfähigkeit abschlägig bewertet, verringert sich die Wahrscheinlichkeit eines Wiedereinstieges ins Erwerbsleben erheblich. Insofern ist ein zügig beginnendes arbeitsbezogenes Assessment, ein innovativer Ansatz, der in dieser Form im Projekt Erprobung erfuhr.

Seit den Anfängen des IPS-Konzeptes war das **individuelle Eingehen auf die Bedürfnisse** der Teilnehmenden eines seiner zentralen Merkmale (Stengler et al., 2021). Im Projekt IPS-ZIB bedeutete dies, dass die coachenden Personen gemeinsam mit den Teilnehmenden erarbeiteten und im Verlauf anpassten, in welcher Form, in welchem Rahmen und wie häufig Unterstützung erfolgen sollte. Im IPS-Coaching, als manualisierte Form des SE, gibt es keine Mindest- oder Höchstdauer des Coachings und die Art der Unterstützung kann von der Motivation zum Schreiben von Bewerbungen bis zum Coaching am Arbeitsplatz alles beinhalten, was die Teilnehmenden als hilfreich empfinden. Im Sozialsystem Deutschlands steht Job-Coaching bisher nur eingeschränkt zur Verfügung und ist je nach Akteur*in mit unterschiedlichen Schwerpunkten behaftet. Wird ein Bewerbungcoaching durch das Arbeitsamt gefördert, konzentriert sich das Coaching beispielsweise ausschließlich auf das Schreiben von Bewerbungen und die Vorbereitung auf ein Bewerbungsgespräch. Der IPS-Ansatz ist deshalb dahingehend innovativ, als dass es eine kompetente Person gibt, die bei allen Belangen rund um die Erwerbstätigkeit ansprechbar ist, sei es eine Umschulung, das Schreiben von Bewerbungen oder die Unterstützung im konkreten Arbeitsumfeld bei der Suche nach individuellen und passgenauen Lösungen.

Huber und Kawohl beschrieben im Buchkapitel „Maßnahmen und Konzepte am Beispiel des Supported Employment der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich“ (2013) das Fehlen finanzieller Spielräume im Zusammenhang mit dem Wiedereinstieg in den Job mithilfe einer Coaching-Fachkraft als Nachteil, woraus sich der vierte innovative (Teil-)Ansatz des Projektes entwickelte: Der **Einsatz eines flexiblen, individuellen Budgets**. Beispielsweise niedrigschwellig und ohne lange Antragsverfahren eine Arbeitserprobung versichern zu können oder eine wichtige Qualifikation nachzuholen, kann die Chancen für eine gelingende Vermittlung in eine passgenaue Arbeit erhöhen. Bei einem Gesamtvolumen von 427.200 € (MV: 240.000 €, BI: 187.200 €) für 150 Teilnehmende ergibt sich pro Kopf eine verfügbare Summe von 2.848 € (MV: 3.200 €, BI: 2.496 €) für 2 Jahre. Zusätzliche Flexibilität wurde durch das Poolen der Summe eingeräumt, sodass es möglich war für einzelne Personen mehr auszugeben, wenn andere Teilnehmende weniger Bedarf hatten. Da die unkomplizierte Bereitstellung eines individuellen Budgets derzeit nicht zum Standard in der Praxis gehört, stellt dieser (Teil-)Ansatz eine besonders innovative Weiterentwicklung bestehender Unterstützungsangebote dar.

Im hochdifferenzierten und gleichzeitig stark versäulten deutschen Versorgungssystem liegen viele IPS-nahe Ansätze in Teilen bereits vor. Hinderlich ist die Kleinteiligkeit der Zuständigkeiten, welche individuelle Bemühungen oftmals schnell entmutigen. Stengler et al. (2021) monieren, dass diese Umstände dazu führen, dass Übergänge zwischen Teilsystemen brüchig sind und kaum flexible Eingriffsmöglichkeiten zulassen. In der Untersuchung von Mernyi et al. (2018) „beklagten viele Patienten den schwierigen Übergang von der stationären Behandlung zurück in das Berufsleben.“ Als Lösungsansatz dieser Problematik wurde im IPS-ZIB-Projekt das **Coaching mit regionalen Akteuren und Akteurinnen umgesetzt**, um bereits bestehende Kompetenzen in der Rehabilitation und Vernetzungen im Arbeitsmarkt zu nutzen. Aktuelle Modelle in Deutschland siedeln das Coaching meist in Kliniken an.

Durch die Nutzung schon vorhandener und in der Rehabilitation erfahrener Beteiligter vor Ort, erfolgt im Projekt IPS-ZIB ein direkter Übergang von der Krankenhauswelt in die Welt des Arbeitsmarktes.

2.3 Projektziele

Ziel des Projektes IPS-ZIB ist es, zu untersuchen, inwiefern Personen, die aufgrund psychotischer oder affektiver Störungen in (teil-)stationärer Behandlung waren (siehe Abschnitt 3.2), mithilfe eines unterstützenden Angebotes durch eine*n IPS-Coach*in zeitnah eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt wiederaufnehmen können. Der Schwerpunkt auf diese Diagnosegruppen ergibt sich daraus, dass insbesondere Personen mit psychotischen Störungen aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung einen hohen Hilfe- und Unterstützungsbedarf haben (DGPPN, 2019). Gleichzeitig stellen affektive Störungen eine der häufigsten Diagnosen im Bereich psychischer Erkrankungen dar. Aufgrund der verfügbaren Ressourcen und einer begrenzten Stichprobengröße war es zudem erforderlich, die Zielgruppe auf bestimmte Diagnosen zu beschränken, um aussagekräftige Ergebnisse für die einzelnen Gruppen zu gewährleisten.

Entsprechend der acht Kernprinzipien des IPS begleitet der/die Jobcoach*in die Teilnehmenden über einen langen Zeitraum, wenn gewünscht auch über den Zeitpunkt des Wiedereintrittes in den Beruf hinaus. Erprobt wird ein auf individuelle Bedarfe zugeschnittenes Rehabilitationssetting, welches zusätzlich zum Coaching durch finanzielle Maßnahmen unterstützt wird, sowie durch regelmäßigen Austausch zwischen Sozialarbeiter*in, Behandler*in und Teilnehmer*in gerahmt wird. Coaching am Arbeitsplatz einschließlich Gesprächen mit der Kollegschaft und Arbeitgebenden ist integraler Bestandteil des IPS-Coachings und stand den Teilnehmenden ebenfalls zur Verfügung. Politische Ziele im Sinne des Förderprogramms rehapro sind die Vorbeugung chronischer Erkrankung oder drohender Behinderung, der Erhalt der Erwerbsfähigkeit oder ihre Wiederherstellung, um somit einer Frühverrentung oder dem Übergang in das Eingliederungshilfesystem (z. B. Werkstatt) entgegenzuwirken und gleichzeitig die berufliche und gesellschaftliche Teilhabe zu verbessern.

Ziel ist es, zu erproben, wie psychisch kranke Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf nachhaltig in den allgemeinen Arbeitsmarkt eingegliedert werden können, indem diese direkt aus der Krankenhausbehandlung heraus an einer individuell ausgerichteten Intervention teilnehmen.

2.4 Forschungshypothesen

Aus den vorangegangenen Abschnitten leiten sich die folgenden wissenschaftlichen Hypothesen zum Projekt ab:

Hypothese A:

Die Modellmaßnahme IPS-ZIB (IPS-Coaching – Zurück ins Berufsleben) führt dazu, dass der Anteil psychisch kranker Teilnehmer*innen mit komplexem Unterstützungsbedarf aus der Interventionsgruppe (IPS-G), die innerhalb von 2 Jahren ab Beginn des IPS-Coachings wieder berufstätig werden, größer ist als unter den konventionellen Versorgungsbedingungen der Vergleichsgruppe (VG).

Nebenhypothesen:

1. Die Intervention führt dazu, dass der Anteil psychisch kranker Teilnehmer*innen aus der Interventionsgruppe (IPS-G), die innerhalb von 2 Jahren ab Beginn des IPS-Coachings einen Rentenantrag wegen Erwerbsminderung gestellt haben, geringer ist als unter den konventionellen Versorgungsbedingungen der Vergleichsgruppe (VG).
2. Die Intervention führt dazu, dass der Anteil psychisch kranker Teilnehmer*innen aus der Interventionsgruppe (IPS-G), die innerhalb von 2 Jahren ab Beginn des IPS-Coachings einen

Antrag auf Aufnahme in die WfbM oder auf Eingliederungshilfe (EGH) gestellt haben, geringer ist als unter den konventionellen Versorgungsbedingungen der Vergleichsgruppe (VG).

Hypothese B:

Es wird erwartet, dass die Implementierung der Modellmaßnahme IPS-ZIB zu einer besseren Vernetzung der regionalen Akteure und Akteurinnen für die Themen Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung führt.

2.5 Beteiligte Personen

Das Projekt „IPS-Coaching – Zurück ins Berufsleben (IPS-ZIB)“ wird im Rahmen des Programms „rehapro“ durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Zeitraum von 2020 bis 2025 innerhalb der ersten von drei Programmlaufzeiten gefördert. Grundlage ist die Förderrichtlinie „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ vom 2. Mai 2018. Sie wurde im Kontext des Inkrafttretens des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) entwickelt und zielt darauf ab, neue Leistungsformen und Rehabilitationsstrukturen mit einem Fokus darauf, frühzeitige und innovative Ansätze zu erproben – nach dem Leitgedanken „Prävention vor Rehabilitation“ und „Rehabilitation vor Rente“. Diese Leistungsformen und Rehabilitationsstrukturen sollen individueller auf die Bedarfe der Betroffenen eingehen. Abbildung 2 gibt einen Überblick über die IPS-ZIB-Förderstruktur. IPS-ZIB fokussiert in diesem Kontext auf Möglichkeiten, Personen mit starken psychischen Beeinträchtigungen unmittelbar nach einem stationären psychiatrischen Klinikaufenthalt zurück auf den regulären Arbeitsmarkt zu führen. Ziel ist es, Möglichkeiten zu erproben, welche verhindern, dass Menschen aufgrund psychischer Erkrankungen frühverrentet werden. Stattdessen sollen sie durch IPS-ZIB als Intervention unterstützt werden, während weitere flankierende Angebote aus dem Versorgungssystem zusätzlich in Anspruch genommen werden können.

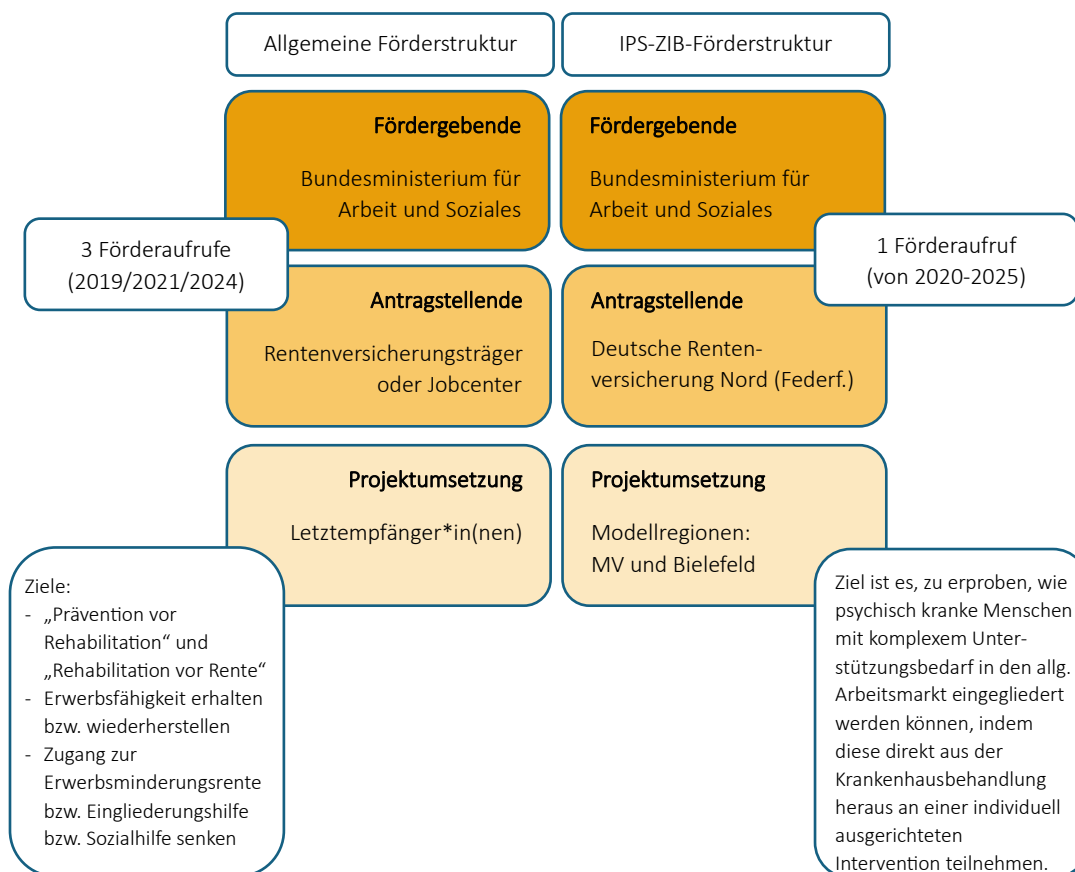


Abbildung 2: Die IPS-ZIB-Förderstruktur

In Abbildung 3 sind die Projektpartner*innen und weitere Beteiligte dargestellt. Das Projekt ist multizentrisch konzipiert und wird in zwei Regionen in Mecklenburg-Vorpommern¹ sowie in einer Region in Nordrhein-Westfalen durchgeführt. Koordinierende Antragstellerin des Projektes IPS-ZIB ist die Deutsche Rentenversicherung Nord (DRV Nord). Verbundpartnerin ist die DRV Westfalen, Kooperationspartnerinnen sind die DRV Bund sowie die DRV Knappschaft-Bahn-See. Der Landesverband Sozialpsychiatrie MV e. V. sowie die Stiftung Bethel übernehmen jeweils die regionale Koordination, während das Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V. und die Forschungsabteilung des Evangelischen Klinikums Bethel gGmbH mit ihren wissenschaftlichen Mitarbeitenden die Evaluation umsetzen. Die Einbindung von Erfahrungswissen gehört heute zum Standard wissenschaftlicher Arbeit in der psychiatrischen Forschung. Daher gehört zum Team des Instituts für Sozialpsychiatrie eine Mitarbeiterin mit einer Doppelrolle, sowohl als Expertin aus Erfahrung als auch als Psychologin. Durchgeführt wird das IPS-Coaching durch die regionalen Leistungsanbieter von Rehabilitationsmaßnahmen, in MV dem Berufsförderungswerk Stralsund GmbH und in Bielefeld der Stiftung Bethel, Stiftungsbereich proWerk. Für die Verzahnung mit dem psychiatrischen Versorgungssystem sind die Psychiatrische Klinik MediClin Müritzklinik, das Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universitätsmedizin Greifswald, das Evangelische Krankenhaus Bethanien gGmbH und das Evangelische Klinikum Bethel gGmbH in das Projekt eingebunden. Die wissenschaftliche Begleitung sowie das operative Projektmanagement hat federführend das Institut für Sozialpsychiatrie in Mecklenburg-Vorpommern in enger Abstimmung mit der Forschungsabteilung des Evangelischen Klinikums Bethel inne. Ein regelmäßiger Austausch zwischen der DRV Nord, der DRV Westfalen und den Forschungsgruppen erfolgt im Rahmen der Lenkungsgruppentreffen. Die Lenkungsgruppe übernahm dabei zugleich die Funktion eines Beirates, wodurch ein zusätzliches Gremium nicht erforderlich war. Darüber hinaus bestand eine enge und kontinuierliche Abstimmung mit dem Leipziger IPS-Projekt unter Frau Professorin Stengler.

Wissenschaftliche Begleitung

Während der gesamten Laufzeit wurde das Projekt durch die wissenschaftliche Begleitung des Instituts für Sozialpsychiatrie MV e. V., einem An-Institut der Universität Greifswald, in allen Bereichen unterstützt – von der Vorbereitung über die Projektstruktur und -organisation bis hin zum Aufbau eines Kompetenznetzwerks. Das Institut war ferner für die Datenerhebung und -auswertung in Mecklenburg-Vorpommern zuständig. Neben der Leitung des Instituts oblag Prof. Dr. Steinhart auch die operative Gesamtleitung des Projekts IPS-ZIB. In enger Abstimmung mit der DRV Nord und der DRV Westfalen koordinierte er zudem die Lenkungsgruppe.

Für den Bereich Westfalen wurde die Begleitforschung von einer Arbeitsgruppe unter der Leitung von Dr. Lorenz Dehn aus der Forschungsabteilung der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie (Leitung: Prof. Dr. Martin Driessen) am Evangelischen Klinikum Bethel übernommen. Zu den Aufgaben gehörten auch hier die Studienvorbereitung, -organisation und -durchführung sowie die Datenerhebung und -auswertung für Westfalen bzw. das Gesamtprojekt. Beide wissenschaftlichen Einrichtungen arbeiteten während der Projektlaufzeit eng zusammen.

Projektziel war von Beginn an eine gemeinsame Evaluation der Daten aus MV und Bielefeld.

¹ Bezieht sich der Text im Folgenden auf Mecklenburg-Vorpommern, sind damit die Projektregionen Mecklenburgische Seenplatte und Hansestadt Greifswald gemeint.

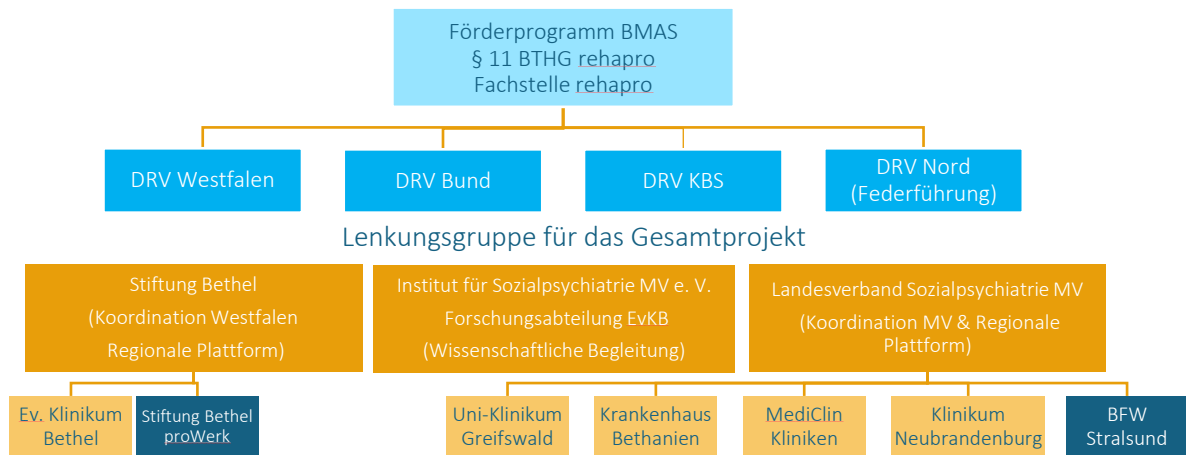


Abbildung 3: Die Beteiligten des IPS-ZIB-Projektes

Das Projekt „IPS-ZIB“ profitiert wesentlich von einer starken institutionellen Vernetzung verschiedener Akteure und Akteurinnen, darunter mehrere Träger der Deutschen Rentenversicherung, regionale Verbände sowie psychiatrische Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen. Durch das multizentrische Design in unterschiedlichen Regionen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird nicht nur die Reichweite des Projekts erhöht, sondern auch ein umfassender Wissensaustausch ermöglicht. Die Einrichtung einer Lenkungsgruppe mit Beiratsfunktion sowie die kontinuierliche wissenschaftliche Begleitung tragen maßgeblich zur Qualitätssicherung und zur effizienten Steuerung bei. Zudem fördert die Einbindung von Experten und Expertinnen mit eigener Betroffenheit die Praxisnähe und Akzeptanz der Intervention.

Demgegenüber stellen die komplexe Organisationsstruktur und die Vielzahl der beteiligten Partner*innen eine Herausforderung dar, da sie den Abstimmungsbedarf erhöhen und Entscheidungsprozesse verlangsamen können. Unterschiedliche institutionelle Kulturen und regionale Versorgungsstrukturen erschweren zudem eine einheitliche Umsetzung. Doppelrollen innerhalb des Teams bergen zudem das Risiko von Rollenkonflikten oder Überlastung. Darüber hinaus begrenzt die an die Förderperiode gebundene Finanzierung die langfristige Planungssicherheit und Nachhaltigkeit des Projekts. Insgesamt bedarf es daher einer kontinuierlichen Koordination, um die heterogenen Anforderungen und Strukturen erfolgreich zu integrieren und die Wirksamkeit der Intervention sicherzustellen.

3 Methoden

Das Kapitel beschreibt die methodischen Grundlagen des Projekts, einschließlich Studiendesign, Zielgruppe, Rekrutierung, Ablauf, Datenerhebung, Messinstrumenten und statistischen Analysen.

3.1 Design

Zur Überprüfung der Annahme, dass das IPS-Coaching zu einer besseren Teilhabe am Berufsleben für die betroffene Zielgruppe führt, wurde eine prospektive kontrollierte Studie durchgeführt.

Der Interventionsgruppe (IPS-G) wurde über einen maximalen Zeitraum von zwei Jahren ein IPS-Coaching (Inhalte des Coachings siehe Abschnitt 3.4) angeboten. Im Rahmen des IPS-Coachings konnten außerdem alle regulären Angebote zur beruflichen Teilhabe genutzt werden. Die Vergleichsgruppe (VG) wurde zeitlich nach der IPS-G rekrutiert, sodass die Teilnehmenden nicht zufällig den Gruppen

zugewiesen wurden. Dies geschah, da die Kliniken zurückgemeldet hatten, nicht genügend Teilnehmende für Interventions- und Vergleichsgruppe gleichzeitig einsteuern zu können. Um eine ausreichende Stichprobengröße in der Interventionsgruppe sicherzustellen, wurden die Gruppen daher nicht randomisiert kontrolliert zugeteilt, sondern nacheinander aufgefüllt. Die VG wurde ebenfalls über maximal zwei Jahre beobachtet und hatte die Möglichkeit (ebenso wie die IPS-G), alle regulären Angebote der beruflichen Rehabilitation zu nutzen. Im Rahmen der stationären Klinikbehandlung, aus der heraus alle Teilnehmenden rekrutiert wurden (siehe Abschnitt 3.3), erhielt die VG ein strukturiertes Entlassmanagement durch die Klinikmitarbeitenden. Bei den halbjährlich stattfindenden Monitorings (siehe Abschnitt 3.3) wurde den Teilnehmenden der VG außerdem bei Bedarf Informationsmaterial zu beruflichen Unterstützungsangeboten ausgehändigt.

Es liegen positive Ethikvoten zur Durchführung der Studie von der Ethikkommission der Universitätsmedizin Greifswald (BB 162/20) sowie der Ethikkommission der Ärztekammer Westfalen-Lippe (2020-785-b-S) vor. Das Protokoll wurde vorab im Deutschen Register für klinische Studien registriert (DRKS; ID: DRKS00023521).

3.2 Zielgruppe

Da die Auswahl und präzise Definition der Zielgruppe entscheidend für die interne Validität sowie die Generalisierbarkeit der Untersuchungsergebnisse ist, werden die zugrundeliegenden formalen Einstellungs- und Ausschlusskriterien im Anschluss ausführlich dargestellt.

Zielgruppe: Erwachsene Menschen ab dem 26. Lebensjahr²,

- in einer aktuellen Krankenhausbehandlung (voll- oder teilstationär) oder in Behandlung in einer psychiatrischen Institutsambulanz bis zu drei Monate nach einem Krankenhausaufenthalt,
- aufgrund einer Erkrankung aus dem ICD-10 Diagnosespektrum F2 (psychotische Störungen) oder F3 (affektive Störungen) mit oder ohne weitere psychische Störungen,
- die in den vergangenen 24 Monaten mindestens 6 Monate in einem beitragspflichtigen Beschäftigungsverhältnis tätig waren,
- mit erheblicher Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit,
- mit komplexem Unterstützungsbedarf in mehreren Lebensbereichen,
- mit positiver Prognose in Bezug auf die künftige Erwerbstätigkeit durch die Intervention,
- ohne aktuell laufenden Antrag auf Erwerbsminderungsrente oder Aufnahme in eine WfbM,
- mit Bereitschaft zur ambulanten psychiatrischen Behandlung.

Einstellungskriterien:

- die vorgenannten Kriterien sind erfüllt,
- die Teilnehmenden haben ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache in Wort und Schrift,
- bei Migranten und Migrantinnen besteht ein unbefristetes Aufenthaltsrecht in Deutschland,
- das informierte schriftliche Einverständnis zur Teilnahme liegt vor.

Ausschlusskriterien:

- aktuelle Substanzabhängigkeit,
- Intelligenzminderung,
- keine ausreichende Motivation zur Teilnahme an der geplanten Maßnahme,

² In Abstimmung mit der DRV wurden Personen in das Projekt eingesteuert, die bereits beruflich orientiert waren und etwa 5 Jahre Rentenversicherungsabgaben geleistet haben könnten. Für Jüngere war in Bielefeld ein eigenes rehapro-Projekt geplant „Start in Ausbildung und Beruf (StAB)“.

- gleichzeitige Teilnahme an einem anderen rehapro-Projekt.

3.3 Rekrutierung und Ablauf

Abbildung 4 zeigt einen Überblick über den Projektablauf der wissenschaftlichen Begleitung. Die Einsteuerung von Teilnehmenden in die IPS-G bzw. in die VG erfolgte zeitlich versetzt zwischen Januar 2021 und Mai 2023, da im Rahmen des Modellprojektes der Aufbau der Gruppe mit der Zielintervention zuerst gesichert werden sollte. Somit wurde von Januar 2021 bis März 2022 zunächst die IPS-G rekrutiert und in einem zweiten Schritt von April 2022 bis Mai 2023 die VG. Die Teilnehmenden wurden während oder bis zu drei Monate nach einem stationären psychiatrischen Aufenthalt eingesteuert. Mitarbeitende der teilnehmenden Kliniken führten ein erstes Screening hinsichtlich der Einsteuungskriterien durch und informierten potenzielle Teilnehmende über die Studie. In Bielefeld führten im Anschluss bei erstem Interesse Mitarbeitende des Forschungsteams in einem persönlichen Gespräch eine ausführliche Aufklärung durch, während dies in Mecklenburg-Vorpommern durch die Klinikmitarbeitenden (i. d. R. dem Sozialdienst) erfolgte. Bei Bereitschaft zur Teilnahme (inkl. schriftlichem Einverständnis) wurde die erste Untersuchung (T1) durch die wissenschaftlichen Mitarbeitenden (und teilweise auch hier durch Klinikmitarbeitende) vorgenommen.

Parallel zum IPS-Coaching erfolgte die wissenschaftliche Datenerhebung über einen Zeitraum von zwei Jahren. Im Rahmen halbjährlicher Monitorings (T1a-T1c) wurden regelmäßig arbeitsbezogene Ergebnismaße sowie eine Auswahl klinischer Fragebögen erhoben (siehe Anlage 1). Die Erhebung wurde in der Regel persönlich oder bei Bedarf telefonisch und postalisch von Mitarbeitenden der wissenschaftlichen Begleitung oder dem Sozialdienst der teilnehmenden Kliniken durchgeführt. Teilnehmende in der VG wurden mit 10 € pro Befragungstermin entschädigt (in MV wurden Termine mit größerem Befragungsaufwand (T1b, T2) mit 20 € entschädigt). Nach zwei Jahren erfolgte die Abschlussbefragung (T2).

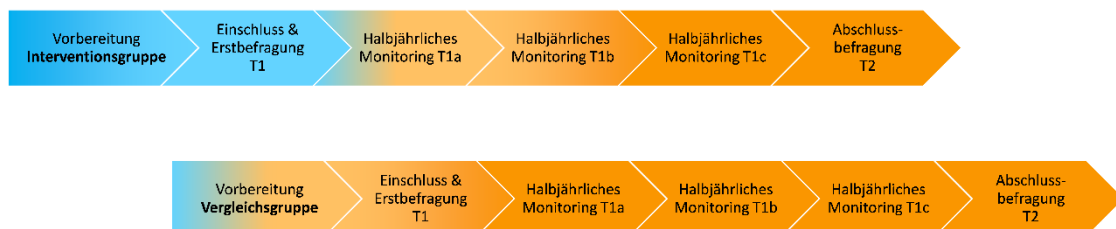


Abbildung 4: Ablauf der Rekrutierung

Die notwendige Fallzahl für die statistische Analyse (Poweranalyse) gemäß der Haupthypothese wurde mittels des Programms G-Power (Faul et al. 2007) ermittelt. Bei gegebener mittlerer Effektstärke von $w = 0,4$, einem α -Fehler = 0,05; einer Power $(1-\beta) = .95$ ergibt sich ein kritisches $\chi^2 = 11,07$ und ein notwendiger Stichprobenumfang von $n = 124$ für die Intervention und $n = 124$ für die Vergleichsgruppe. Rechnet man mit einer Dropout-Quote von bis zu 20 % in dem Zeitraum von 24 Monaten nach der Rekrutierung (Umzug, keine Antwort auf schriftliche Befragungen, aktiver Abbruch der Teilnahme, kritische Zuspitzungen des Krankheitsverlaufs mit wiederholten stationären Aufnahmen), sollen 150 Personen für die Intervention (jeweils 75 in Mecklenburg-Vorpommern und 75 in Westfalen) und 150 Personen für die Vergleichsgruppe im Regelsystem (jeweils 75 in Mecklenburg-Vorpommern und 75 in Westfalen) an der Studie beteiligt werden.

3.4 Die Intervention

Grundlage für die Begleitung der IPS-G durch die Coaches war das Manuel zur Durchführung des IPS-Coachings von Becker und Drake (1993). Für die Einschätzung der Programmtreue wurde die Fidelity Scale (Bond et al., 2012; Becker et al., 2015) in leicht adaptierter Form herangezogen.

Das IPS-Coaching im Modellprojekt IPS-ZIB lässt sich konzeptionell in fünf aufeinander aufbauende Phasen aufteilen (siehe Abb. 5). Das Coaching begann mit Phase 1, dem Erstkontakt. Hier lernten sich Coach*in und Teilnehmer*in kennen, Kontaktdaten wurden ausgetauscht und erste Informationen zur Erkrankung und aktueller Arbeitsfähigkeit erhoben. Dieser Erstkontakt war in erster Linie durch formelle Rahmenbedingungen gekennzeichnet. In der Phase 2, der Einführung, begann das eigentliche IPS-Coaching. Hier erfolgte die Auftragsklärung sowie die Abfrage der Erwartungshaltung an das Coaching. In der dritten Coaching-Phase „Assessment und Planung“ wurden gemeinsam berufliche Ziele konkretisiert und der gewünschte Umfang der Betreuung und Unterstützung besprochen. Ebenfalls Inhalt dieser Phase war eine Sozialfeldanamnese: Wie wird die Freizeit gestaltet? Wie wird Arbeit und Entspannung vereinbart? Mit welchen Erwartungen geht die Person die Arbeitsplatzsuche an und wie stellt sie sich das künftige Arbeitsumfeld vor? Welche Ressourcen werden mitgebracht? Die Stellenvermittlung erfolgte in Phase Vier. Inhaltlich stand hier die Hinführung zum Job im Zentrum. Dies bedeutete entweder das Scouting nach möglichen Stellen und die Vorbereitung auf Vorstellungsgespräche oder, wenn die Rückkehr in ein bereits bestehendes Arbeitsverhältnis geplant war, die Planung der Wiedereingliederung sowie damit zusammenhängend die Abwägung der Offenlegung der Erkrankung und einem möglichen Coaching am Arbeitsplatz. Die letzte und fünfte Phase des IPS-Coachings, das „Coaching nach Arbeitsaufnahme“, widmet sich der Begleitung der Wiedereingliederung bzw. dem Ankommen im neuen Job.

Das Aufgabenspektrum (siehe dazu auch Abschnitt 4.7.7 und Anlage 11) der IPS-Coaches und die darin vorgesehenen Aktivitäten und Kontakte zu anderen Akteuren und Akteurinnen lassen sich als „idealtypischer“ Ablauf eines Coaching-Prozesses visualisieren. „Idealtypisch“, weil es eine chronologische Abfolge suggeriert, die in der IPS-Coaching-Praxis nicht in jedem Falle sequenziell umgesetzt werden kann. Die Orientierung an ein „Phasenmodell“ (siehe Abb. 5) kann jedoch hilfreich sein, um a) einen Überblick über die Aktivitäten, die ein*e IPS-Coach*in abdecken sollte, zu erhalten, und um b) nach dem Start des IPS-Coaching-Angebotes, den laufenden Coaching-Prozess zu strukturieren, zu reflektieren und gegenüber Dritten zu dokumentieren.

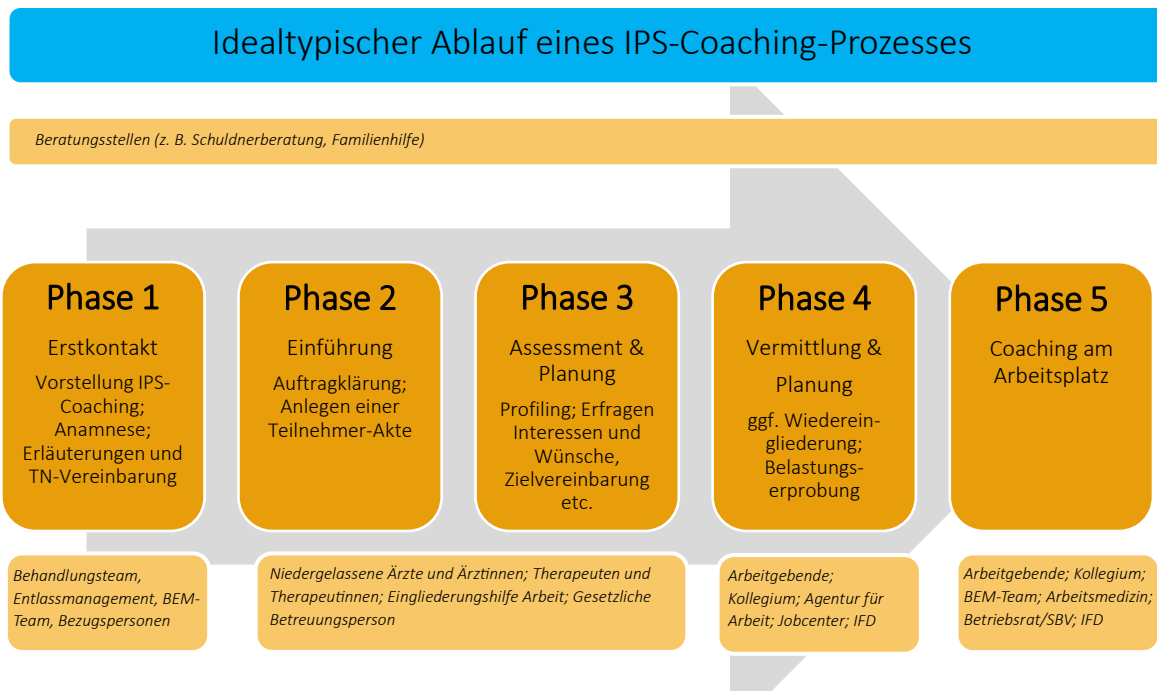


Abbildung 5: Phasenmodell des IPS-Coaching-Prozesses mit Prozessbeteiligten und Aktivitäten

Die Coaching-Inhalte waren hoch individuell und somit kann im Folgenden nur eine Auswahl möglicher Themen im Coaching-Prozess genannt werden. Berufswegeplanung, Gesundheit, Umgang mit der Erkrankung (z. B. Offenlegung), Unterstützungsbedarfe, Zielvereinbarung, Arbeitsplatzakquise und Unterstützung am Arbeitsplatz sind nur einige Inhalte, die die IPS-Coaches mit ihren Teilnehmenden im Modellprojekt IPS-ZIB thematisiert haben.

Detailliertere Informationen zum Coaching-Prozess sind Anlage 11 zu entnehmen.

3.5 Messinstrumente

Zur Erfassung von demographischen, berufsbezogenen und klinischen Merkmalen wurden etablierte Erhebungsverfahren verwendet und durch selbstkonstruierte Messinstrumente ergänzt (siehe Anlage 1). Dabei wurden einige Verfahren primär für die wissenschaftliche Evaluationsstudie genutzt, während andere ausschließlich zur Bewertung der Einstellungskriterien, zur Überprüfung der Vergleichbarkeit zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe oder für die Prozessevaluation und Qualitätssicherung eingesetzt wurden. Für die Analyse der primären Fragestellungen flossen Daten aus allen Messzeitpunkten in die statistischen Modelle ein. Sekundäre Auswertungen konzentrierten sich hingegen auf die Baseline- und Abschlussmessungen, um spezifische Ausgangs- und Endzustände differenziert zu beurteilen.

Demographie, Berufsbiografie, beruflicher Verlauf

Zum Zeitpunkt der Studieneinstellung wurden relevante demografische Daten sowie verschiedene berufsbiografische Merkmale der Teilnehmenden systematisch erhoben. Informationen zur beruflichen Situation wurden darüber hinaus an sämtlichen Messzeitpunkten erfasst, um Veränderungen im Zeitverlauf adäquat abbilden zu können. Alle drei eingesetzten Fragebögen – zur Erhebung demografischer Daten, berufsbiografischer Merkmale sowie des beruflichen Verlaufs – wurden eigens für die vorliegende Studie entwickelt (Selbstkonstruktion).

Komplexer Unterstützungsbedarf

Der Unterstützungsbedarf der Teilnehmenden wurde anhand eines Fragebogens erhoben, welcher die persönliche Situation umfassend berücksichtigt und sowohl Ressourcen als auch Probleme in

verschiedenen Bereichen (berufliche Situation, Familien und Partnerschaft, finanzielle Situation, Gesundheitszustand, Freunde und Hobby) abfragt. Jeweils auf einer Skala von 0 (keine oder geringe Probleme bzw. keine oder kaum Ressourcen) bis 3 („schwerwiegende Probleme“ bzw. „umfangreiche Ressourcen“) können die Befragten eine Einschätzung abgeben. Der Fragebogen ist eine verkürzte Eigenentwicklung auf Grundlage der Bedarfsanalyse, wie sie im Fallmanagement der DRV Nord angewandt wird (interne Dokumente der DRV Nord, Stand: 2020).

Minderung bzw. Gefährdung der Erwerbsfähigkeit

Als Maß für die selbstberichtete Arbeitsfähigkeit wurde in der Studie der standardisierte Fragebogen „Work Ability Index“ (WAI) verwendet (Hasselhorn & Freude, 2007; Tuomi et al., 2003). Eingesetzt wurde die Kurzversion des WAI, die aus sieben Dimensionen besteht und eine ökonomische sowie valide Erfassung der Arbeitsfähigkeit ermöglicht. Die Dimensionen decken unter anderem die subjektive Einschätzung der aktuellen und zukünftigen Arbeitsfähigkeit, die körperlichen und psychischen Anforderungen der Arbeit, die gesundheitlichen Ressourcen sowie die prognostizierte Erwerbsfähigkeit ab. Ergänzend wurde im Rahmen der IPS-ZIB-Studie auch der Work Ability Score (WAS) genutzt, ein einzelnes Item des WAI, bei dem die Teilnehmenden ihre aktuelle allgemeine Arbeitsfähigkeit auf einer Skala von 0 (völlig arbeitsunfähig) bis 10 (beste jemals erreichte Arbeitsfähigkeit) einschätzen. Die genaue Fragestellung lautet: „Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben?“.

Schwere der Erkrankung

Zur Erfassung der Schwere der Erkrankung wurden insgesamt drei Messinstrumente genutzt. Zum einen das Beck'sche Depressions-Inventar (BDI-II), welches den Schweregrad der depressiven Symptomatik erfasst (Beck et al., 1996; Hautzinger et al., 2006). Der BDI-II Fragebogen enthält 21 Items, wobei die Teilnehmenden pro Frage eine von vier Aussagen auswählen, die am besten beschreibt, wie sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben. Die Aussagen werden auf einer Skala von 0 bis 3 gewertet, wobei höhere Werte schwerere Symptome anzeigen. Alle Punkte werden zu einem Gesamtwert zwischen 0 und 63 addiert. Zusätzlich wurde die Montgomery-Åsberg-Depression-Rating-Scale (MADRS) genutzt, welche aus 10 Fragen besteht, die auf einer 7-stufigen Skala (Schweregrad: 0 = keine bis 6 = extrem) ebenfalls die Stärke der Symptome einer Depression anzeigt (Montgomery & Åsberg, 1979). Im Unterschied zum BDI allerdings wird dieser Fragebogen vom medizinischen Fachpersonal ausgefüllt, während der BDI-II ein Instrument zur Selbsteinschätzung ist. Das dritte Messinstrument schließlich erfasste die Symptomschwere allgemeiner psychiatrischer Symptome mit der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS; Overall & Gorham, 1962), um auch die Symptomschwere von Personen mit F2-Diagnose erfassen zu können. Auch dieses Messinstrument ist eine Fremdeinschätzung und bewertet die Schwere der Erkrankung (7-stufige Skala von 1 = nicht vorhanden bis 7 = extrem stark) mittels 18 verschiedener Items.

Gesundheitszustand

Auch hier wurden mehrere Messinstrumente verwendet, um möglichst viele Aspekte des komplexen Konstruktes erfassen zu können. Der subjektive Gesundheitszustand der Teilnehmenden wurde zunächst mithilfe des *short form health survey* (SF-36; Ware et al., 1996; Morfeld et al., 2011) erfasst. Hier werden die Befragten anhand von 12 Items gebeten, ihren aktuellen körperlichen und seelischen Gesundheitszustand im Vergleich zum vergangenen Jahr einzuschätzen. Beim SF-12 werden zwei Hauptsummenwerte (psychischer Gesundheitszustand, körperlicher Gesundheitszustand) auf einer Skala von 0 bis maximal 100 gebildet, wobei höhere Werte eine gesundheitlich bessere Lebensqualität anzeigen. Als Gesamteinschätzung des aktuellen psychischen Gesundheitszustands wurde zusätzlich eine selbst entwickelte Skala zwischen 0 und 100 genutzt. Dafür markieren Teilnehmende auf einer visuellen Skala einen Strich, der zwischen den Polen 0 (schlechtester denkbarer seelischer Zustand) und 100 (bester denkbarer seelischer Zustand) liegt. Zuletzt wurde der psychische Gesundheitszustand zusätzlich durch die Symptom-Checkliste-Kurzversion (SCL-K-9; Derogatis et al., 1973) erfasst. Anhand von neun Fragen, z. B. zu emotionaler Stabilität, Antrieb und Ängstlichkeit, sollen die Teilnehmenden

eine Selbstbeurteilung ihrer psychischen Symptombelastung vornehmen (Klaghofer & Brähler, 2001). Die Skala reicht dabei von 0 („überhaupt nicht“) bis 4 („sehr stark“), sodass insgesamt Punktwerte zwischen 0 und 36 erreicht werden können, wobei höhere Werte eine stärkere psychische Belastung anzeigen.

Motivationale Werte

Die Motivation der Teilnehmenden wurde anhand von zwei Messinstrumenten erfasst. Zum einen erfolgte die Erhebung der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung zum Messzeitpunkt T1 durch die BSEF-Skala (Abele et al., 2000). Sie fragt mit sechs Items ab, wie man sich selbst einschätzt, wenn man an den Beruf denkt, für den man ausgebildet wurde. Auf einer Skala von „1 = stimmt nicht“ bis „5 = stimmt genau“ werden die Aussagen bewertet, wobei ein höherer Wert eine größere Selbstwirksamkeit anzeigt. Ein zweiter Fokus lag auf der Erfassung der generellen Leistungsmotivation, welche über die Achievement Motivation Scale ermittelt wurde (AMS-R; Lang & Fries, 2006). In der überarbeiteten 10-Item-Kurzversion werden die Teilnehmenden gebeten einzuschätzen, wie sehr sie sich durch herausfordernde und neue Situationen motiviert fühlen. Der Summenscore reicht von 0 bis 30, wobei höhere Werte eine höhere Selbstsicherheit in Anforderungssituationen widerspiegeln.

Kognitive Leistungsfähigkeit

Die objektive kognitive Leistungsfähigkeit wurde mit dem SCIP-D (Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry; Purdon, 2005; Lasser, 2011) erhoben. Er testet verbales Lernen, Funktionsfähigkeit des Arbeitsgedächtnisses, Sprachflüssigkeit und psychomotorische Geschwindigkeit. Auch bei diesem Fragebogen werden Subskalen zu einem Gesamtscore addiert, wobei ein höherer Wert eine bessere Testleistung anzeigt. Die subjektive kognitive Leistungsfähigkeit wurde anhand der FLei-Subskala für Exekutivfunktionen (Fragebogen zur geistigen Leistungsfähigkeit; Beblo et al., 2010) erhoben. Hierin werden die Teilnehmenden mit 10 Fragen gebeten einzuschätzen, wie häufig (0 = nie bis 4 = sehr häufig) bestimmte Schwierigkeiten in alltäglichen Situationen vorkommen. Ergänzt wurden diese Fragen durch sechs Zusatzitems, welche um eine Selbsteinschätzung der eigenen Performanz in Alltags- und Testsituationen im Vergleich zu anderen Personen der gleichen Altersgruppe baten. Die Skala reichte hier von -4 = schlechter bis 4 = besser.

Zufriedenheit

Die Teilnehmenden, die das Coaching nicht vorzeitig beendet haben, wurden mithilfe des Fragebogens zur Messung der Patientenzufriedenheit (ZUF-8; Schmidt et al., 1989) bei der Abschlussdiagnostik (T2) bezüglich ihrer Zufriedenheit mit dem IPS-Coaching befragt. Der ZUF-8 besteht aus acht Fragen, die in der ursprünglichen Version die Zufriedenheit mit einer Klinikbehandlung abbilden. Um die Fragen auf das IPS-Coaching zu beziehen, wurde bei den Items 3 und 4 „das IPS-Coaching“ anstelle von „unsere Klinik“ eingefügt und Frage 8 wurde in „Würden Sie das IPS-Coaching wieder nutzen (...)“ umformuliert. Beim ZUF-8 kann eine theoretische Skalenrange von 8 bis 32 erreicht werden, wobei höhere Skalenwerte eine größere Zufriedenheit ausdrücken.

Beeinträchtigung und Teilhabeerwartung

Der WHODAS 2.0 (World Health Organisation Disability Assessment Schedule; Üstün et al., 2010) ist ein Fragebogen der Weltgesundheitsorganisation zur Erfassung von Funktionalität und Behinderung aufgrund von gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Üstün et al., 2010). Im Projekt IPS-ZIB wurde die Interview-Version mit 36 Items genutzt. Anhand von sechs Domänen (Kognition, Mobilität, Self-Care, Interaktion, Haushalt und Arbeit/Schule, Partizipation) geben die Teilnehmenden auf einer Skala von 1 (keine) bis 5 (sehr stark oder nicht möglich) an, wie viele Schwierigkeiten sie mit bestimmten Alltagsaktivitäten haben. Mithilfe des „komplexen Scorings“ (siehe Manual, Üstün et al., 2010) wurde ein Gesamtwert zwischen 0 (keine Einschränkungen) und 100 (maximale Einschränkung) gebildet. Funktionalität im Bereich Arbeit/Schule wurde gemäß dem Manual ausgeschlossen. Die subjektive, also selbstbewertete Teilhabeerwartung wurde mit dem OxCAP-MH (Oxford Capabilities Questionnaire-Mental Health; Simon et al., 2013) anhand von 16 Items abgefragt, in welchem Ausmaß die

Teilnehmenden im täglichen Leben eingeschränkt und inwiefern sie sozial integriert sind. Bei möglichen Summenwerten von 0 bis 100 zeigen höhere Werte eine höhere Teilhabe an.

3.6 Ergebnismaße

Im Folgenden werden die definierten Ergebnismaße (auch als Outcomes bezeichnet) dargestellt, die zur differenzierten Bewertung der Wirksamkeit des IPS-Coachings herangezogen wurden.

3.6.1 Aufnahme von kompetitiver Arbeit

Als primärer Indikator für den Erfolg des IPS-Coachings wurde die Aufnahme einer kompetitiven Beschäftigung für mindestens einen Tag während der Studiendauer genutzt. Dieses dichotome Erfolgskriterium der Arbeitsaufnahme ist in der Supported-Employment-Literatur sehr weit verbreitet (siehe z. B. de Winter et al., 2022) und stellt eine wichtige Schwelle in der beruflichen Rehabilitation dar. Es beinhaltet sowohl die Wiederaufnahme einer bereits bei Studieneinsteuerung bestehenden Tätigkeit als auch die Aufnahme einer neuen Beschäftigung. Eine dauerhafte Krankschreibung seit Studienbeginn in einer bestehenden Tätigkeit wurde hingegen nicht als erfolgreiche Arbeitsaufnahme gewertet. Als kompetitiv wurden sozialversicherungspflichtige Beschäftigungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt definiert, sowie selbstständige Tätigkeiten, mit denen der Lebensunterhalt bestritten wird. Zusätzlich wurden Umschulungen als erfolgreiche Aufnahme kompetitiver Arbeit gezählt, da auch hier bereits ein wichtiger Schritt in Richtung einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gegangen wurde.

Die Teilnehmenden gaben zu allen halbjährlichen Befragungszeitpunkten an, ob sie während des vergangenen halben Jahres mindestens einen Tag gearbeitet hatten. Wurde zu mindestens einem Zeitpunkt „ja“ angegeben und die Beschäftigung als kompetitiv gewertet, galt das Erfolgskriterium als erfüllt. In der IPS-G wurde bei fehlenden Befragungsdaten, aber weiterhin laufendem IPS-Coaching, die fallspezifische Dokumentation der Coaching-Fachkraft (siehe dazu Abschnitt 4.7.1) als Informationsquelle für diesen Aspekt genutzt.

Zusätzlich zur Aufnahme einer kompetitiven Beschäftigung wurde erfasst, ob Teilnehmende in der Studienlaufzeit einer Tätigkeit nachgingen, die nicht unter die o.g. Definition einer kompetitiven Beschäftigung fiel. Solche Tätigkeiten beinhalteten Arbeit in einer WfbM, selbstständige Nebentätigkeiten und geringfügige Beschäftigungen („Mini-Jobs“).

3.6.2 Beantragte Leistungen der sozialen Sicherheit und Teilhabe

Die halbjährlichen Befragungstermine beinhalteten neben der Aufnahme einer Tätigkeit die Frage nach der Beantragung einer Erwerbsminderungsrente, Aufnahme in eine WfbM bzw. Beantragung von EGH im beruflichen Bereich. Antworteten Teilnehmende bei mindestens einem Zeitpunkt mit „Ja“, wurde das jeweilige Kriterium als erfüllt gewertet. Es wurden zwei Indikatoren gebildet: „Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt“ und „Antrag auf Aufnahme in eine WfbM oder berufsbezogene EGH“.

3.6.3 Dauer der Beschäftigung und Dauer bis zum Wiedereinstieg

Bei Personen, die mindestens einen Tag in einer kompetitiven Beschäftigung gearbeitet haben, wurde die Dauer bis zur ersten Aufnahme einer Tätigkeit und die Dauer der Tätigkeit seit Beginn der (Wieder-)Aufnahme in Tagen berechnet. Übten Personen während der Studienlaufzeit mehrere Tätigkeiten aus, wurden die einzelnen Zeiten zu einer Gesamtdauer addiert. Nach einem erfolgten (Wieder-)Einstieg wurden darauffolgende Krankheitstage nur dann von der Dauer abgezogen, wenn sie über die gesamte Dauer des jeweils vergangenen halben Jahres andauerten.

3.7 Statistische Analysen und fehlende Werte

Alle statistischen Auswertungen erfolgten mit dem Statistikprogramm IBM SPSS Version 29.

3.7.1 Stichprobenbeschreibung

Für die Beschreibung der Stichprobe werden Mittelwerte und Standardabweichungen für metrische Variablen bzw. Häufigkeiten und Prozente für nominale Variablen angegeben. Unterschiede zwischen IPS-G und VG wurden für Häufigkeiten mithilfe von Chi-Quadrat Tests (zweiseitige Testung, Angabe der exakten Signifikanz), und für metrische Variablen mithilfe von T-Tests berechnet. Bei Verletzung der Normalverteilungsannahme wurden außerdem Mann-Whitney-U Tests berechnet, deren Ergebnis nur berichtet wird, sollte die Signifikanzentscheidung von der der T-Tests abweichen. P-Werte $< .05$ wurden als statistisch signifikant definiert.

3.7.2 Dichotome Ergebnismaße

Für die Hauptegebnisindikatoren (Aufnahme kompetitive Arbeit, Antrag auf Erwerbsminderungsrente, Antrag auf WfbM/berufliche EGH) wurden dichotome Variablen berechnet. Zunächst wurden die Häufigkeiten mithilfe von Kreuztabellen und Diagrammen deskriptiv dargestellt. Um die gerichteten Hypothesen zu prüfen, dass die IPS-G der VG in diesen Kriterien überlegen war, wurden Chi-Quadrat-Tests mit einseitiger Signifikanztestung durchgeführt. Bei erwarteten Zellhäufigkeiten < 5 wird das Ergebnis des exakten Tests nach Fisher berichtet. P-Werte $< .05$ wurden als statistisch signifikant definiert.

3.7.3 Dauer der Beschäftigung und Dauer bis zum ersten Wiedereinstieg

Für die Berechnung der Beschäftigungsdauer wurde die Summe aller gearbeiteten Tage innerhalb des Beobachtungszeitraums seit der ersten Aufnahme einer neuen Tätigkeit bzw. des Wiedereinstiegs in eine bestehende Arbeitsstelle gebildet. Um Unterschiede zwischen IPS-G und VG in der Dauer der Tätigkeit und der Dauer bis zum ersten Wiedereinstieg zu untersuchen, wurden Gruppenvergleiche (T-Test bzw. Mann-Whitney-U-Test bei Nichterfüllen der Normalverteilungsannahme) berechnet.

3.7.4 Umgang mit fehlenden Werten

Stichprobenbeschreibung/T1 Untersuchung

Die Daten der T1 Erhebung zu Studieneinsteuerung waren größtenteils vollständig, da alle eingesteuerten Personen zu T1 untersucht werden konnten. In einigen Instrumenten und klinischen Fragebögen konnten jedoch aufgrund einzelner fehlender Items die Gesamtwerte nicht berechnet werden. Die meisten fehlenden Werte fanden sich im WHODAS 2.0 (23,4 %). Außerdem lagen erwartungsgemäß die Daten des Fremdbeurteilungsinstruments MADRS nicht für alle Teilnehmenden vor, da diese diagnosespezifisch angewendet wurden. Dennoch fehlten im MADRS auch bei Personen mit F3-Diagnose 14 % der Gesamtwerte.

Gemäß den Angaben im Manual des WHODAS 2.0 (Ustün et al., 2010) wurden hier einzelne fehlende Items durch den Mittelwert der Items der jeweiligen Subskala ersetzt, insofern insgesamt nicht mehr als zwei Werte fehlten. Wegen der geringen Anzahl fehlender Werte bei den anderen Variablen (max. 5,7 %) wurden hier für die Stichprobenbeschreibung nur Personen mit vollständigen Werten eingeschlossen.

Berufliche Ergebnismaße

Fehlende Werte in den beruflichen Ergebnismaßen entstanden durch den „Dropout“ von Teilnehmenden aus der wissenschaftlichen Begleitung (siehe Abb. 6). Wie beschrieben, wurden

möglichst alle verfügbaren Datenquellen (Befragung der Teilnehmenden, fallspezifische Dokumentation der Coaches) dafür genutzt, die Hauptegebnismaße zu beantworten. Hatten Teilnehmende bis zu ihrem Ausscheiden aus der wissenschaftlichen Begleitung noch keine Arbeit aufgenommen/keinen Rentenantrag/Antrag auf WfbM gestellt, wurden diese Ergebnismaße zunächst als „nein“ gewertet und in der deskriptiven Darstellung gesondert dargestellt. Um alle Teilnehmenden in die Gruppenvergleiche einschließen zu können, wurden diese Werte bei den statistischen Tests als „nein“ gezählt (Intention-to-Treat-Analyse).

In Abschnitt 4.2 wird abschließend nochmals detailliert auf den Dropout sowie die durchgeführten Dropout-Analysen eingegangen.

4 Ergebnisse

Das Kapitel stellt die zentralen Befunde der Studie dar, von Teilnehmereinstellung und Dropout-Analysen über Stichprobenbeschreibung und Ergebnismaße bis hin zu Netzwerkanalyse und Umsetzungserfahrungen.

4.1 Einstellung

In Abbildung 6 ist der gesamte Einstellungsprozess der Studienteilnehmenden dargestellt (Flow-Chart). In die IPS-G konnten, wie vorgesehen, 150 Personen eingestellert werden. In die VG konnten 94 Personen eingestellert werden. Ein möglicher Grund für die geringere Stichprobengröße der VG ist, dass es gerade im Kontrast zum IPS-Coaching kein zusätzliches Angebot einer Intervention gab. Dadurch könnte trotz der gezahlten Aufwandsentschädigung die Teilnahmebereitschaft der involvierten Kliniken und potenzieller Teilnehmender für die VG geringer gewesen sein.

Die Einstellung erfolgte in die IPS-G ab Januar 2020 und in die VG ab April 2022. Um die vorgesehene Stichprobengröße zu erreichen, wurde in Abstimmung mit allen Projektbeteiligten der Rekrutierungszeitraum der IPS-G um drei Monate bis 31.03.2022 und der VG bis 30.04.2023 verlängert. Durch die Verlängerung des Einstellungszeitraums konnten in der IPS-G 25 Personen nur ein um bis zu drei Monate verkürztes IPS-Coaching erhalten. Außerdem verkürzte sich der Beobachtungszeitraum (T1 bis T2) für 53 Teilnehmende der VG um bis zu sieben Monate ($Md = 4$ Monate). Die durchschnittliche Beobachtungsdauer, d. h. der Zeitraum für den Informationen über die Hauptegebnismaße vorliegen, war in der IPS-G länger ($Md = 730$ Tage; 24 Monate) als in der VG ($Md = 666,5$ Tage; 22 Monate).

Aus verschiedenen Gründen (siehe Abbildung 6) beendeten 69 Teilnehmende das IPS-Coaching vorzeitig, d. h. vor dem geplanten Termin zur Abschlussdiagnostik nach zwei Jahren (T2). Die hier angegebenen Gründe stammen aus der Dokumentation der IPS-Coaches. Eine detailliertere Auswertung von Gründen für eine frühzeitige Beendigung aus der Perspektive der Teilnehmenden findet sich in Abschnitt 4.7.3. Die mittlere Dauer des IPS-Coachings betrug $M = 542$ ($SD = 219$) Tage (ca. 18 Monate) bzw. $Md = 650$ Tage (ca. 21 Monate), mit einer minimalen Dauer von 35 Tagen.

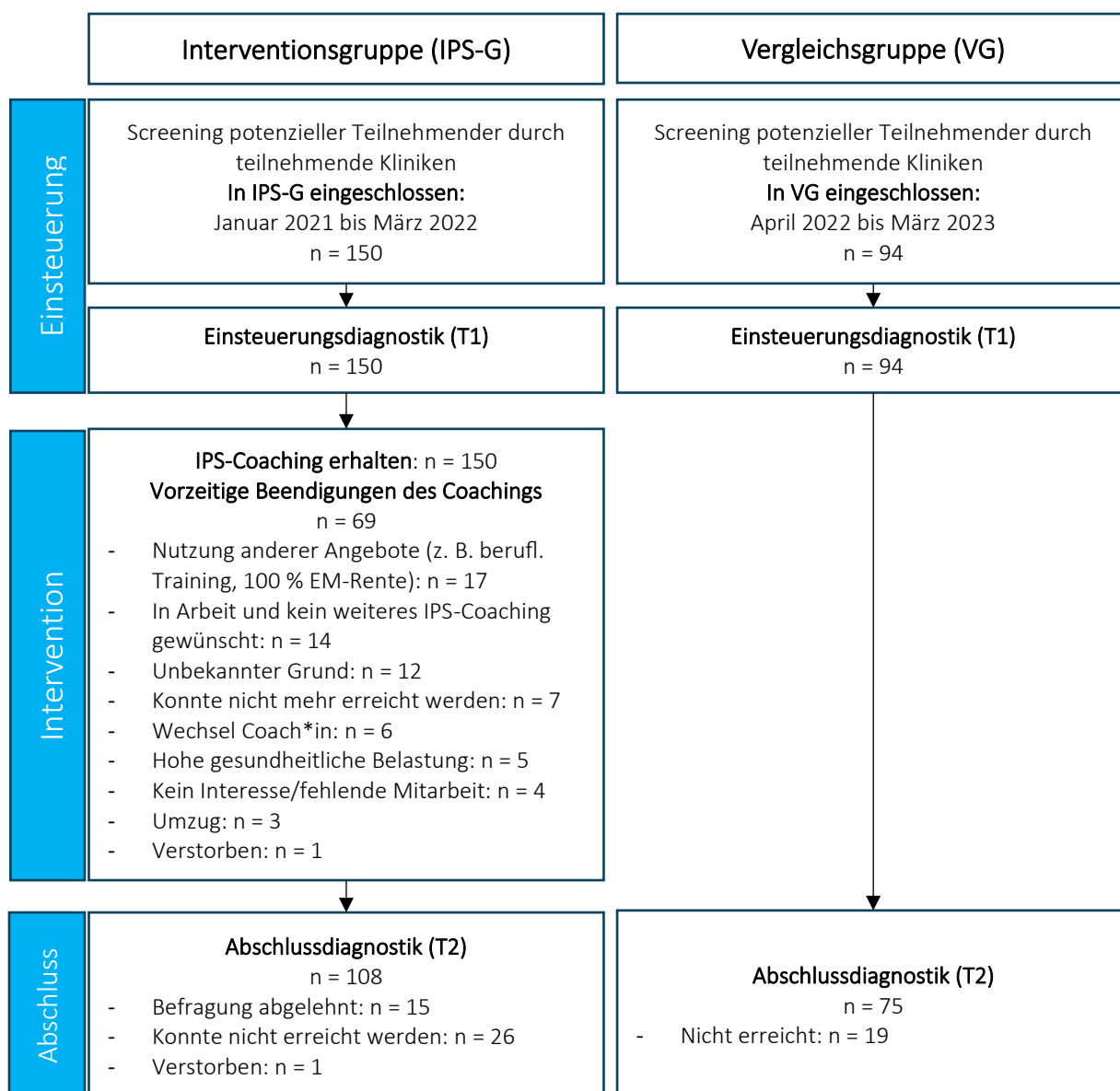


Abbildung 6: Rekrutierungs- und Follow-up-Verlauf in Form eines Flow-Charts

An der Abschlusserhebung nach zwei Jahren (T2) nahmen 108 Personen aus der IPS-G und 75 Personen aus der VG teil. Für diese Abschlussbefragung wurden alle Teilnehmenden kontaktiert, die in die Studie eingesteuert wurden und eine weitere Teilnahme nicht explizit abgelehnt hatten, unabhängig davon, ob das IPS-Coaching vorzeitig beendet wurde. Der Hauptgrund für eine Nichtteilnahme war in beiden Gruppen, dass die betreffenden Personen nicht mehr durch das Forschungsteam erreicht werden konnten.

Bei Personen aus der IPS-G, die nicht mehr erreicht werden konnten und bei denen das Coaching zum Zeitpunkt T2 noch nicht beendet war, konnten die Hauptegebnismaße (mind. einen Tag sozialversicherungspflichtig gearbeitet, EM-Rentenanspruch gestellt, Antrag auf WfbM/EGH) der Dokumentation der Coaches entnommen werden. Außerdem konnten die Hauptegebnismaße für Teilnehmende, bei denen das jeweilige Kriterium bereits zutraf (z. B. EM-Rentenanspruch gestellt), trotz fehlender Abschlussbefragung sicher beantwortet werden. Unsicherheit über das Erfüllen der Hauptegebnismaße besteht somit nur bei Personen, die nicht an der Abschlussbefragung teilnahmen, das Coaching bereits vorzeitig beendet hatten und bis zum letzten Zeitpunkt der Beobachtung das jeweilige Kriterium nicht erfüllten. Diese Teilnehmenden werden in den Auswertungen als „nein“ gezählt, jedoch gesondert dargestellt. Dieses Vorgehen führt zu einer unterschiedlich großen Anzahl

nicht vollständig beobachteter Teilnehmender in der Auswertung der einzelnen Ergebnismaße. Der Anteil von Teilnehmenden mit fehlenden Werten war in der IPS-G und VG jeweils vergleichbar.

4.2 Dropout

Aus der IPS-G konnten 42 Teilnehmende (28,0 %) und aus der VG 19 Teilnehmende (20,2 %) nicht zum T2-Termin befragt werden (Gründe siehe Abb. 6). Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant, $\chi^2(1) = 1.869, p = .224$. Es zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Personen, die an der T2-Befragung teilnahmen und denjenigen, die nicht teilnahmen in Bezug auf den Projektstandort (je 25,0 % „Dropout“), demographische sowie berufsbezogene Ausgangsmerkmale. Hinsichtlich klinischer Variablen zeigte sich jedoch, dass Personen, die nicht an der T2-Befragung teilnahmen, bei Studieneinsteuierung eine höhere Schwere depressiver Symptome in der Fremdeinschätzung (MADRS; $p = .003$), größere selbsteingeschätzte Funktionseinschränkungen (WHODAS 2.0; $p = .008$), größere selbsteingeschätzte kognitive Defizite (FLei; $p = .024$), geringere Hoffnung auf Erfolg (AMS-R HS; $p = .023$), schlechtere selbsteingeschätzte psychische Gesundheit (SF-12; $p = .004$) hatten. In allen weiteren Merkmalen zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Teilnehmenden an der Abschlussbefragung und „Dropouts“. In Anlage 2 werden die Ergebnisse der statistischen Analysen für alle untersuchten Variablen berichtet. Die Analyse der Dropouts sollte bei der Interpretation der weiteren Studienergebnisse berücksichtigt werden, da diese möglicherweise durch systematisch fehlende Werte verzerrt sein könnten.

4.3 Stichprobenbeschreibung

Im Folgenden werden die wesentlichen Merkmale der Studienpopulation detailliert dargestellt.

4.3.1 Baseline-Erhebung

Im Rahmen der Analysen wurden die beiden Projektstandorte – Bielefeld (urbanes Setting) und Mecklenburg-Vorpommern (ländliches Setting) – zunächst anhand der in der Baseline-Erhebung verwendeten Instrumente vergleichend untersucht. Da sich hierbei keine nennenswerten statistisch oder inhaltlich relevanten Unterschiede in den erhobenen Ausgangsmerkmalen feststellen ließen, erfolgte für die quantitativen Auswertungen eine Zusammenführung der Daten beider Standorte zu einer Gesamtstichprobe. Bestimmte (qualitative) Teilfragestellungen wurden jedoch standortspezifisch bearbeitet (beispielsweise in Form von Fokusgruppen) und dementsprechend auch getrennt ausgewertet. Die nachfolgenden quantitativen Berechnungen konzentrieren sich auf den standortübergreifenden Vergleich zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe.

Demographie

Tabelle 1 zeigt die demographischen Merkmale der IPS-G und VG. Die Teilnehmenden beider Gruppen waren im Mittel 42 Jahre alt und hatten als häufigste Schulabschlüsse zu ungefähr gleichen Teilen einen Realschulabschluss (46,0 % bzw. 40,4 %) und (Fach-)Abitur (41,3 % bzw. 43,6 %). In der VG war der Anteil weiblicher Teilnehmender mit 66 % größer als in der IPS-G mit 52,7 % ($p = .046$). Nur ein geringer Anteil an Personen beider Gruppen erhielt eine Wohnunterstützung und ca. ein Fünftel hatte einen amtlich anerkannten Grad der Behinderung.

Tabelle 1: Demografische Merkmale der Teilnehmenden bei Studieneinsteuerung

	IPS-G n = 150		VG n = 94		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Alter	42,13	11,0	42,46	11,7	$p = .823$
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
weiblich	79	52,7	62	66,0	$p = .046$
Haushaltsform					$p = .050$
Alleinlebend	69	46,0	40	42,6	
Paar ohne Kinder bis unter 25J	38	25,3	26	27,7	
Paar mit Kindern bis unter 25J	26	17,3	7	7,4	
Alleinerziehend	7	4,7	11	11,7	
Sonstige	10	6,7	10	10,6	
Unterstützte Wohnform	11	7,4	2	2,2	$p = .140$
Gesetzliche Betreuung	4	2,7	3	3,2	$p = 1.00$
Grad der Behinderung	35	23,5	18	19,1	$p = .432$
Höchster Schulabschluss					$p = .632$
Hauptschule	19	12,7	15	16,0	
Realschule/mittlere Reife	69	46,0	38	40,4	
(Fach-)Abitur	62	41,3	41	43,6	

Berufliche Merkmale

Hinsichtlich der erfassten beruflichen Merkmale waren beide Studiengruppen weitestgehend miteinander vergleichbar (siehe Tabelle 2). Circa zwei Drittel aller Teilnehmenden waren bereits seit über zehn Jahren berufstätig. In beiden Gruppen hatten ebenfalls etwa zwei Drittel der Teilnehmenden (63,3 % bzw. 70,2 %) einen bestehenden Arbeitsvertrag bei Studieneinsteuerung. Allerdings war die VG bereits länger bei der aktuellen Arbeitsstelle beschäftigt ($p = .017$). Ein deutlich geringerer Anteil der Teilnehmenden hatte einen Studienabschluss (22,0 % bzw. 26,6 %) im Vergleich zu einer abgeschlossenen Berufsausbildung (86,0 % bzw. 79,6 %).

Tabelle 2: Berufliche Merkmale der Teilnehmenden bei Studieneinsteuerung

	IPS-G n = 150		VG n = 94		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Arbeitsfähigkeit: WAI-Gesamtscore	20,88	6,01	20,99	6,15	$p = .882$
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
Abgeschlossene Berufsausbildung	129	86,0	74	79,6	$p = .214$
Abgeschlossenes Studium	33	22,0	25	26,6	$p = .442$
Arbeitsvertrag zu T1	94	62,7	66	70,2	$p = .268$
Dauer der Beschäftigung beim aktuellen Arbeitgebenden (in Monaten)	106,26 (<i>Md</i> = 71,00)	111,33	152,20 (<i>Md</i> = 118,00)	128,29	$p = .017^*$
Haupteinkommensquelle Lohn/Gehalt	12	8,0	9	9,6	$p = .869$

Krankengeld	108	72,0	72	76,6	
ALG-I	14	9,3	5	5,3	
Bürgergeld	9	6,0	4	4,3	
Unterstützung durch Angehörige/Freunde	3	2,0	2	2,1	
Sonstiges	4	2,7	2	2,1	
Dauer bisheriger Berufstätigkeit					$p = .533$
< 1 Jahr	1	0,7	2	2,1	
1 bis 5 Jahre	24	16,1	11	11,7	
5 bis 10 Jahre	24	16,1	19	20,2	
>10 Jahre	100	67,1	62	66,0	
Dauer der Krankschreibung in den letzten 12 Monaten					$p = .402$
100-365 Tage	91	60,7	64	68,8	
25-99 Tage	45	30,0	26	28,0	
10-24 Tage	10	6,7	2	2,2	
Höchstens 9 Tage	2	1,3	1	1,1	
Keinen Tag	2	1,3	0	0,0	

Anmerkungen: * statistisch signifikant

Klinische Merkmale

Die Gesamtgruppe bestand zum größten Anteil (siehe Kapitel 6) aus Personen mit einer affektiven Störung (F3 nach ICD-10). Davon waren in beiden Gruppen depressive Störungen (F32, F33, F34.1) die häufigsten Diagnosen (VG: 92,6 %; IPS-G: 86,0 %). Bei einer Person fehlte eine genaue Angabe der Diagnose/des Diagnosecodes. Bezüglich der durch Fragebögen erhobenen klinischen Merkmale, wie z. B. aktuelle Symptombelastung zu Studieneinstellung, waren beide Gruppen vergleichbar, mit Ausnahme der Testleistung in einem Screeningverfahren für die kognitive Leistung (SCIP) und den angegebenen Ressourcen im Rahmen der Beurteilung des komplexen Unterstützungsbedarfs. Bei der kognitiven Leistungsfähigkeit erreichte die VG im Mittel eine höhere Punktzahl und zeigte somit eine signifikant bessere Testleistung als die IPS-G ($p = .008$). Bei der Frage nach den vorhandenen Ressourcen erreichte ebenfalls die VG im Mittel eine höhere Punktzahl und gab somit signifikant bessere Ressourcen als die IPS-G an ($p = .008$).

Tabelle 3: Klinische Merkmale der Teilnehmenden bei Studieneinstellung

	IPS-G n = 150		VG n = 94		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
ICD-10-F3 Diagnose [Affektive Erkrankungen] (vs. ICD-10-F2 [schizophrene Erkrankungen])	137	91,3	90	95,7	$p = .210$
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
SCIP: kognitive Leistung	73,47	12,19	77,69	11,08	$p = .008^*$
Seelischer Gesundheitszustand	45,49	19,50	43,00	19,60	$p = .335$
BDI-II (bei Personen mit F3 Diagnose): Depressive Symptomschwere Selbstbericht	25,52	11,23	23,64	10,21	$p = .216$

MADRS (bei Personen mit F3 Diagnose): Depressive Symptomschwere Fremdbbericht	25,57 (n = 120)	9,09	23,48 (n = 75)	7,17	$p = .077$
OxCAP (stand.): Subjektive Teilhabeerwartung	61,62	12,41	59,34	11,73	$p = .163$
SCL-K9: Psychische Belastung	16,35	6,89	17,26	7,10	$p = .326$
FLEI: subjektive kognitive Defizite	22,39	7,61	23,54	8,20	$p = .271$
AMS-R FF: Leistungsmotivation Skala Angst vor Misserfolg	15,15	3,39	15,41	3,41	$p = .549$
AMS-R HS: Leistungsmotivation Skala Hoffnung auf Erfolg	13,99	3,02	14,63	2,67	$p = .095$
SF-12 körperlich: körperlicher Gesundheitszustand	46,04	9,96	47,44	11,11	$p = .333$
SF-12 psychisch: psychischer Gesundheitszustand	23,55	10,02	23,54	11,22	$p = .992$
BSEF: berufliche Selbstwirksamkeitserwartung	17,36	5,71	17,56	5,31	$p = .795$
WHODAS 2.0 (fehlende Werte laut Manual ersetzt): Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit	45,69 (n = 145)	15,75	49,06 (n = 90)	15,79	$p = .113$
Komplexer Unterstützungsbedarf: Probleme	1,81	0,46	1,75	0,46	$p = .363$
Komplexer Unterstützungsbedarf: Ressourcen	1,28	0,53	1,43 (n = 93)	0,37	$p = .008^*$

Anmerkungen: * statistisch signifikant

4.3.2 Nutzung von Unterstützungsangeboten im Zeitverlauf

Berufsbezogene Unterstützungs- und Rehabilitationsangebote

Tabelle 4 zeigt eine Übersicht der Nutzung von Maßnahmen zur beruflichen Unterstützung und Rehabilitation im Gesamtverlauf der Studie (T1 bis T2). In der VG haben 38,3 % der Teilnehmenden angegeben mindestens ein Angebot genutzt zu haben, davon am häufigsten Beratungsangebote (14,9 %), insbesondere durch den Integrationsfachdienst (IFD), sowie berufliche Bildungs- oder Trainingsmaßnahmen (10,6 %). Außerdem haben 19,1 % der Teilnehmenden in der VG an einer stationären Rehabilitation teilgenommen (davon 68 % psychosomatisch).

In der IPS-G haben 33,3 % der Teilnehmenden im Verlauf der zweijährigen Studienlaufzeit weitere berufliche Unterstützungsangebote genutzt. Am häufigsten wurden berufliche Trainingsmaßnahmen, wie z. B. in beruflichen Trainingszentren oder Umschulungen, genannt. Diese wurden zum Teil nach vorzeitigem Coachingende, aber auch während des IPS-Coachings genutzt. An stationären Rehabilitationen nahmen insgesamt 35 Teilnehmende (23,3 %) der IPS-G teil. Dabei nutzten 20 Teilnehmende (57 %) eine stationäre psychosomatische Rehabilitation und 15 Teilnehmende (43 %) eine andere stationäre medizinische Rehabilitation oder die genaue Indikation wurde nicht angegeben. Von 11 Personen (11,7 %) in der VG und 14 Personen (9,3 %) in der IPS-G lagen zu keinem Verlaufsmesszeitpunkt Angaben zur Nutzung von Angeboten vor.

Tabelle 4: Nutzung von beruflichen Unterstützungsangeboten im Zeitverlauf

	IPS-G		VG	
	n	%	n	%
Anzahl gesamt	150		94	
Keine Angaben nach T1	20	13,3	14	14,9
Mindestens ein Angebot genutzt	50	33,3	36	38,3
Davon				
Berufliche Bildungs- und Trainingsmaßnahmen (z. B. Fortbildungen, Umschulungen, BTZ)	14	9,3	10	10,6
Beratungsangebote (z. B. IFD)	5	3,3	14	14,9
Stationäre Reha	35	23,3	18	19,1
Sonstige (z. B. Reha-Nachsorge)	7	4,7	3	3,2

Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung

86,5 % aller Teilnehmenden haben während der Studienlaufzeit angegeben, eine ärztliche und/oder therapeutische Behandlung für eine psychische Erkrankung genutzt zu haben (IPS-G: 88,7 %; VG: 83,0 %). Von 15 Personen (10,0 %) der IPS-G und 11 Personen (11,7 %) der VG lagen jedoch zu keinem Verlaufsmesszeitpunkt Angaben zur Behandlung vor. Eine Psychotherapie wurde von 58,0 % der Personen in der IPS-G und 51,1 % in der VG wahrgenommen, während 81,3 % der IPS-G und 75,5 % der VG eine ambulante ärztliche Behandlung angaben.

4.4 Berufliche Ergebnismaße (Hauptfragestellung)

Ein zusammengefasster Überblick über die zentralen beruflichen Ergebnismaße und den entsprechenden Vergleich zwischen IPS-G und VG (gemäß Haupthypothesen) wird in Abbildung 7 dargestellt.

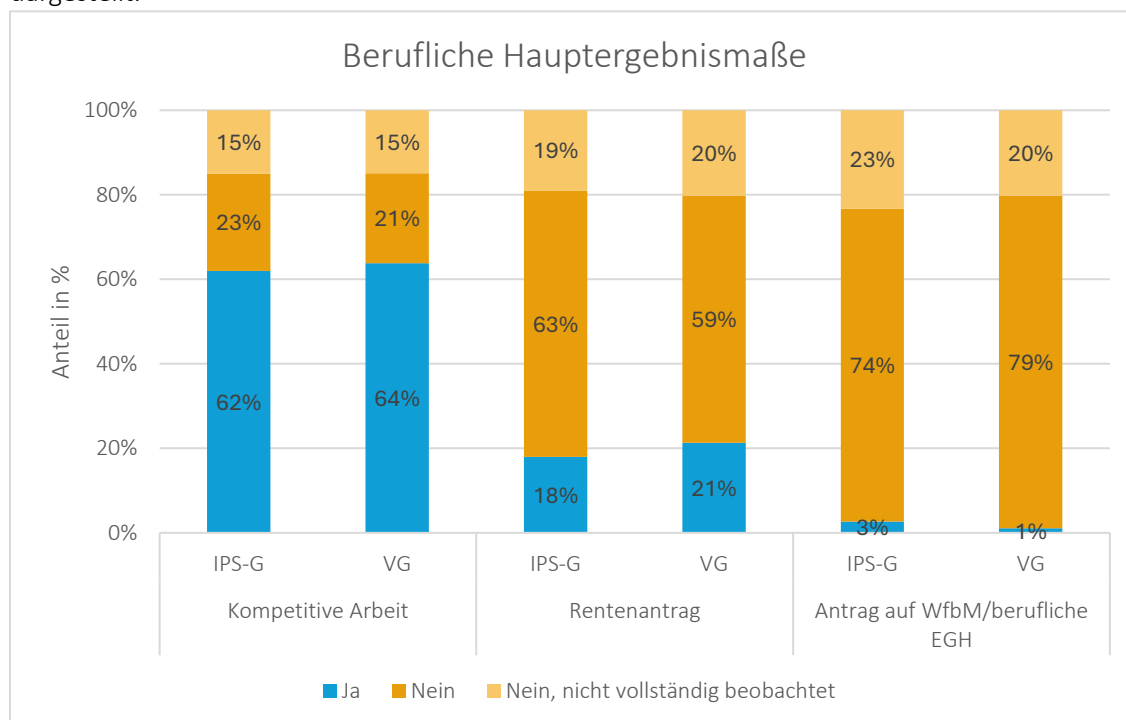


Abbildung 7: Überblick über die Ergebnisse in den beruflichen Hauptergebnismaßen

4.4.1 (Wieder-)Einstieg auf dem ersten Arbeitsmarkt

In Tabelle 5 ist die Anzahl der Teilnehmenden aus der IPS-G bzw. VG dargestellt, die innerhalb der Studienlaufzeit mindestens einen Tag sozialversicherungspflichtig gearbeitet haben. In beiden Gruppen haben fast zwei Drittel der Teilnehmenden in einer kompetitiven Beschäftigung gearbeitet (IPS: $n = 93$; VG: $n = 60$). Jeweils 23 bzw. 14 Personen in der IPS-G und VG (je 15 %) wurden nicht bis zum Ende der Studienlaufzeit beobachtet und hatten bis zum letzten verfügbaren Beobachtungszeitpunkt nicht gearbeitet. Die Gruppen unterschieden sich nicht statistisch signifikant, $\chi^2(1) = .083$, $p = .441$.

Tabelle 5: Aufnahme einer kompetitiven Arbeit in der IPS-G und VG

	IPS-G		VG	
	n	%	n	%
Kompetitive Arbeit	93	62,0	60	63,8
Keine kompetitive Arbeit	34	23,0	20	21,3
Keine kompetitive Arbeit (nicht vollständig beobachtet)	23	15,0	14	14,9
	150		94	

4.4.2 Antrag auf Erwerbsminderungsrente

Tabelle 6 zeigt die Anzahl der in der Studienlaufzeit gestellten EM-Rentenanträge. Während in der IPS-G 18 % der Teilnehmenden ($n = 27$) einen Rentenanspruch stellten, taten dies in der VG 21,3 % ($n = 20$). Der Unterschied zwischen den Gruppen war nicht statistisch signifikant, $\chi^2(1) = .399$, $p = .319$.

Tabelle 6: Anträge auf Erwerbsminderungsrenten

	IPS-G		VG	
	N	%	N	%
Antrag EM-Rente	27	18,0	20	21,3
Kein Antrag EM-Rente	94	63,0	55	58,5
Kein Antrag EM-Rente (nicht vollständig beobachtet)	29	19,0	19	20,2
	150		94	

4.4.3 Anträge auf Teilhabeleistungen

Vier Teilnehmende der IPS-G (2,7 %) und eine Person aus der VG (1,1 %) haben während der Studienlaufzeit einen Antrag auf Aufnahme in eine WfbM oder berufliche EGH gestellt. Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant, $p = .361$. Dabei spielte es keine Rolle, wie über den Antrag beschieden wurde (Daten zum Ausgang der Antragstellung liegen nicht vor).

4.4.4 Subgruppenanalysen

In Abbildung 8 ist der Anteil an Teilnehmenden, die kompetitiv gearbeitet haben, getrennt für die Teilnehmenden mit bzw. ohne Arbeitsvertrag bei Studieneinstellung zu sehen. Weder in der Gruppe mit Arbeitsvertrag ($p = .864$) noch in der Gruppe ohne Arbeitsvertrag ($p = 1.000$) unterschieden sich die IPS-G und die VG statistisch signifikant bzgl. des Anteils der Personen in kompetitiver Arbeit. Insgesamt ist zu erkennen, dass Teilnehmende mit einem bestehenden Arbeitsvertrag häufiger gearbeitet haben,

als Personen ohne bestehenden Arbeitsvertrag (IPS-G: 68 % vs. 51 % bzw. VG: 70 % vs. 50 %). Dieser Vergleich war einzeln weder für die IPS-G statistisch signifikant ($p = .056$), noch für die VG ($p = .100$). In der Gesamtgruppe aller Teilnehmenden (IPS-G & VG; $n = 244$) zeigte sich jedoch, dass Personen mit bestehendem Arbeitsvertrag zu T1 signifikant häufiger im Verlauf kompetitiv gearbeitet haben (69 % vs. 51 %), $\chi^2 (1) = 7,262$, $p = .008$.

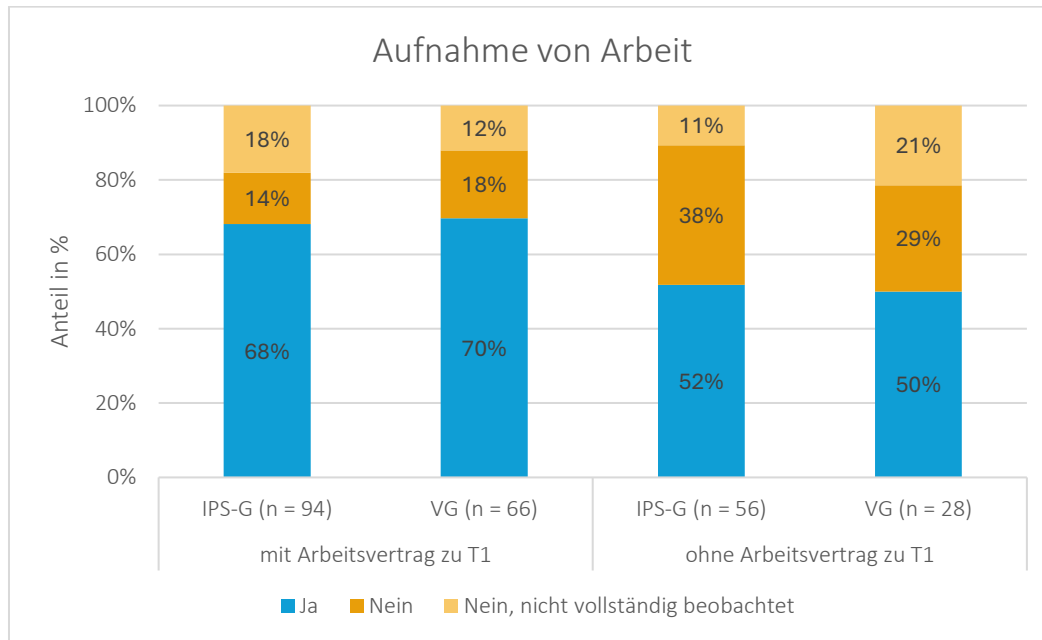


Abbildung 8: Aufnahme von Arbeit in den Subgruppen

In Bezug auf gestellte Erwerbsminderungsrentenanträge zeigte sich, dass innerhalb der Gruppe ohne Arbeitsvertrag bei Studieneinstellung in der VG (36 %) bei deskriptiver Betrachtung mehr Rentenanträge gestellt wurden als in der IPS-G (16 %). Der Unterschied war statistisch nicht signifikant, wobei der p-Wert an der Grenze des festgelegten Signifikanzniveaus lag, $\chi^2 (1) = 4.115$, $p = .055$. Innerhalb der Personengruppe mit bestehendem Arbeitsvertrag ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen IPS-G und VG ($p = .536$). Abbildung 9 zeigt den Anteil gestellter Rentenanträge jeweils für die Gruppen mit bzw. ohne Arbeitsvertrag bei Studieneinstellung.

Innerhalb der IPS-G gab es keinen signifikanten Unterschied ($p = .668$) zwischen Personen mit und ohne Arbeitsvertrag (zu T1) hinsichtlich der gestellten Rentenanträge. Innerhalb der VG stellten jedoch Teilnehmende ohne Arbeitsvertrag zu T1 signifikant häufiger einen Rentenantrag als Teilnehmende mit Arbeitsvertrag zu T1, $\chi^2 (1) = 4.963$, $p = .032$.

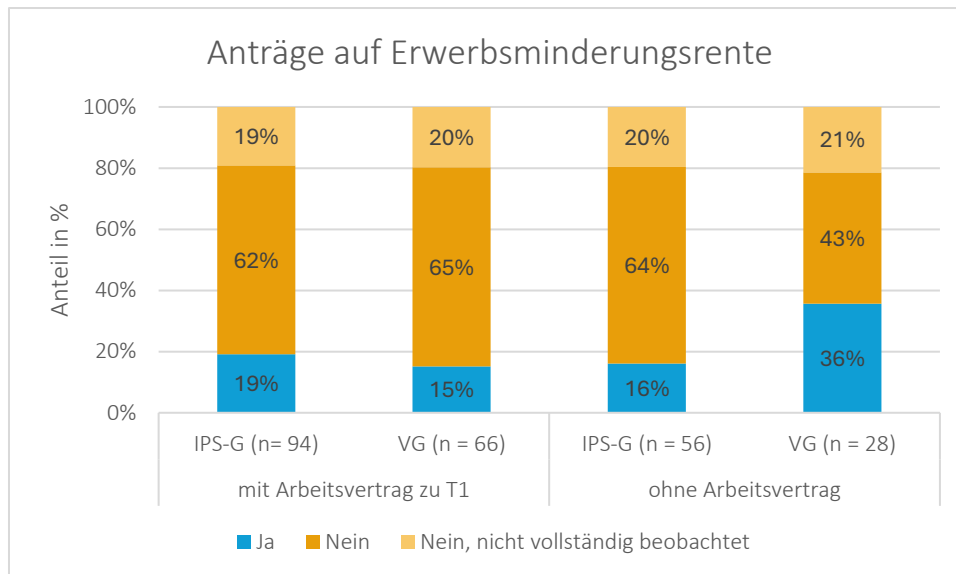


Abbildung 9: Anträge auf Erwerbsminderungsrente in den Subgruppen

Aufgrund der insgesamt sehr geringen Anzahl von Anträgen auf WfbM/berufliche EGH (siehe Abschnitt 4.4.3) wurde hier auf eine Subgruppenanalyse verzichtet.

4.4.5 Dauer der Beschäftigung

Die Analysen bzgl. der Dauer der Beschäftigung beziehen sich auf $n = 93$ Personen in der IPS-G und $n = 60$ Personen in der VG, die im Beobachtungszeitraum mindestens einen Tag kompetitiv gearbeitet haben. Abbildung 10 zeigt deskriptiv die Gesamtdauer „in Arbeit“ während der Beobachtungszeit von maximal zwei Jahren (pro Person kumulative Dauer aller Beschäftigungen). Bei Teilnehmenden in der VG wurden im Mittel $Md = 422,5$ Tage (13,9 Monate; Min: 15, Max: 703 Tage) in Arbeit dokumentiert und bei Teilnehmenden in der IPS-G $Md = 486,0$ Tage (16,0 Monate; Min: 2, Max: 730 Tage).

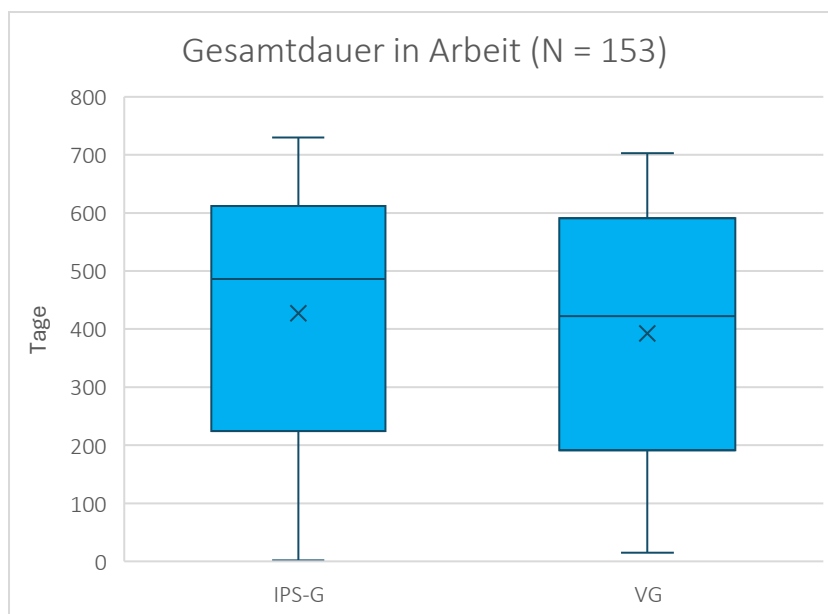


Abbildung 10: Vergleich der Gesamtdauer in Arbeit während der Studienlaufzeit

Anmerkungen: horizontaler Strich = Median, X = Mittelwert

Da die Dauer der Beschäftigung nicht normalverteilt war, wurden die statistischen Vergleiche zwischen IPS-G und VG mithilfe von non-parametrischen Testverfahren (Mann-Whitney-U-Test) berechnet. Es

ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen bzgl. der insgesamt gearbeiteten Tage, $U = 2510.00$, $Z = -1.046$, $p = .297$.

Es zeigten sich ebenfalls keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen der IPS-G und VG hinsichtlich der Gesamtdauer „in Arbeit“ in den Untergruppen der Teilnehmenden mit bestehendem Arbeitsvertrag zu T1 ($U = 1276$, $Z = -1.188$, $p = .237$) bzw. ohne bestehenden Arbeitsvertrag zu T1 ($U = 176.50$, $Z = -.687$, $p = .501$).

Aufgrund von verkürzten Beobachtungsdauern bei einigen Teilnehmenden (siehe Abschnitt 4.1) wurde in einer zusätzlichen Analyse die tatsächliche Beobachtungszeit berücksichtigt. Dazu wurde eine lineare Regressionsanalyse mit der abhängigen Variable „Anzahl Tage gearbeitet“ und den unabhängigen Variablen „Gruppe“ (IPS-G vs. VG) und „Beobachtungszeit“ berechnet. Auch hier zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen, $b = -1.380$, $SE = 33.683$, $p = .967$.

4.4.6 Dauer bis zum Wiedereinstieg

Die mittlere Dauer bis zur (Wieder-)Aufnahme einer Arbeit betrug in der Gesamtstichprobe $Md = 117$ Tage (ca. 4 Monate; $n = 153$). 85,6 % aller Teilnehmenden, die während der Studienlaufzeit eine Arbeit aufnahmen, taten dies zudem innerhalb des ersten Jahres. Zwischen der IPS-G und der VG zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede in der Dauer bis zur ersten Arbeitsaufnahme, $U = 2610.00$, $Z = -.673$, $p = .503$.

4.4.7 Aufnahme von nicht-kompetitiver Beschäftigung

In der IPS-G gingen insgesamt 21 Teilnehmende (14,0 %) einer „nicht-kompetitiven“ Beschäftigung nach. Davon nahmen 15 im Verlauf ebenfalls eine kompetitive Arbeit auf und sechs Personen waren ausschließlich in einer nicht-kompetitiven Tätigkeit beschäftigt. Diese Tätigkeiten waren: selbstständige Tätigkeit (1), geringfügige Beschäftigung (3), Tätigkeit in unterstützter Form (1), Honorartätigkeit (1). In der VG gaben insgesamt sieben Personen (7,4 %) eine „nicht-kompetitive“ Tätigkeit an, wovon sechs auch eine kompetitive Beschäftigung aufnahmen. Eine Person ging im Studienzeitraum ausschließlich einer geringfügigen Beschäftigung nach.

4.4.8 Zusammenfassung und Zwischenfazit

Für die Auswertung der Hauptfragestellung wurden im Rahmen einer prospektiven kontrollierten Studie insgesamt 150 Personen in die Interventionsgruppe (IPS-G; IPS-Coaching) und 94 Personen in die Vergleichsgruppe (VG; Regelversorgung) eingeschlossen. Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmenden hatte die Diagnose einer depressiven Störung und ca. zwei Drittel hatten bei Studieneinsteuerung einen bestehenden Arbeitsvertrag. Hinsichtlich der gemessenen Ausgangsmerkmale waren die IPS-G und die VG weitgehend vergleichbar. Die VG bestand jedoch zu einem etwas höheren Anteil aus Frauen, hielt bei bestehendem Arbeitsvertrag diesen bereits seit längerer Zeit, und erreichte bessere Werte in einem Screeningverfahren für kognitive Leistungen.

Die primäre Hypothese, dass das IPS-Coaching zu einem höheren Anteil von Personen führt, die während der Studienlaufzeit wieder berufstätig werden, konnte nicht bestätigt werden. Während 62 % der IPS-Teilnehmenden wieder kompetitiv gearbeitet haben, nahmen in der VG mit 63,8 % ähnlich viele Teilnehmende eine Arbeit auf. Ebenso gab es keine relevanten Unterschiede hinsichtlich der Anträge auf Erwerbsminderungsrente, Anträge auf Aufnahme in eine WfbM/berufsbezogene EGH, sowie der Dauer der Beschäftigung oder der Dauer bis zur (Wieder-)Aufnahme von Arbeit. Es lässt sich also festhalten, dass das IPS-Coaching unter den Bedingungen im Modellprojekt IPS-ZIB und in der vorliegenden Stichprobe von Personen mit überwiegend depressiven Störungen und guter Berufshistorie nicht zu einer besseren Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt im Vergleich zur Regelversorgung führte.

Die explorative Auswertung der beruflichen Hauptergebnismaße in den Untergruppen der Personen mit und ohne bestehendes Arbeitsverhältnis legte deskriptiv nahe, dass in der Gruppe ohne bestehenden Arbeitsvertrag bei Studienbeginn in der VG häufiger EM-Rentanträge gestellt wurden (36 %) als in der IPS-G (16 %). In Anbetracht der geringen Größe der Untergruppen war dieser Unterschied jedoch nur an der Grenze der statistischen Signifikanz ($p = .055$), sodass hier nur ein Hinweis auf potenzielle Unterschiede, jedoch kein belastbarer Beleg vorliegt. Insgesamt bleibt somit offen, ob IPS für Personen mit und ohne bestehende Arbeitsstelle unterschiedlich wirksam ist. Über alle Teilnehmenden hinweg gab es Hinweise darauf, dass die (Wieder-)Aufnahme von Arbeit bei Personen, die bereits eine Stelle hatten, insgesamt häufiger gelang.

Limitationen

Die umfangreiche Untersuchung bei Studieneinsteuerung umfasste eine große Anzahl möglicher demographischer, berufsbezogener und klinischer Faktoren, die insgesamt eine gute Vergleichbarkeit der IPS-G und VG nahelegen. Die Teilnehmenden wurden jedoch nicht per Zufallsprinzip in die Gruppen zugeteilt, sodass nicht auszuschließen ist, dass sich die Gruppen bei Studienbeginn in Bezug auf nicht gemessene Merkmale unterschieden. Durch die Einstreuungs- und Ausschlusskriterien unterschied sich die Stichprobe von vielen anderen internationalen und auch anderen deutschsprachigen IPS-Projekten, insbesondere aufgrund des großen Anteils der Teilnehmenden mit einem bestehenden Arbeitsvertrag zu Studienbeginn. Die vorliegenden Ergebnisse gelten daher zunächst nur für die untersuchte Gruppe von Personen mit überwiegend depressiven Störungen, die trotz eines hohen Unterstützungsbedarfs, Berufserfahrung und Nähe zum Arbeitsmarkt sowie häufig auch einen bestehenden Arbeitsvertrag aufwiesen. Eine weitere Limitation besteht darin, dass die dichotomen Hauptergebnismaße zwar relevante Etappen der beruflichen Rehabilitation abbilden, jedoch keine differenzierte Aussage zur langfristigen Stabilität oder dauerhaften Integration in den Arbeitsmarkt ermöglichen.

4.5 Sekundäre Ergebnismaße

Das primäre Ziel des IPS-Coachings ist die nachhaltige Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Die zentrale Fragestellung des Projekts IPS-ZIB war daher, ob IPS die Aufnahme von kompetitiver Arbeit im Vergleich zu Regelangeboten verbessert. Auch in der internationalen Literatur sind berufsbezogene Ergebnismaße, insbesondere die Arbeitsaufnahme und die Beschäftigungsdauer, besonders verbreitet (Frederick & VanderWeele, 2019; Kinoshita et al., 2013). Das Ziel der beruflichen Rehabilitation ist im IPS-Kontext jedoch auch mit dem Ziel der sozialen Teilhabe verbunden. Das IPS-Konzept beinhaltet eine individuelle, flexible und langfristige Begleitung durch eine*n Coach*in sowie den Austausch mit medizinischen und arbeitsrehabilitativen Stellen nach Bedarf der Teilnehmenden. Der niedrigschwellige Ansatz setzt den Fokus auf den Beruf, orientiert sich jedoch an der Lebenswelt der Teilnehmenden und bezieht bei Bedarf auch andere Themen mit ein, um Barrieren für eine nachhaltige Beschäftigung abzubauen. Die Bedeutung der Beziehung zwischen Coaches und Teilnehmenden zeigt sich auch in der Auswertung der Erfahrungen der IPS-Coaches bei IPS-ZIB im Abschnitt 4.7.5 (siehe dazu auch Abschnitt 4.7.3 und 4.7.6). Es ist daher denkbar, dass IPS über die berufliche Rehabilitation hinaus einen größeren Einfluss auf die Teilnehmenden haben könnte als die Regelversorgung. Die bisher ausgewerteten beruflichen Ergebnismaße wurden zwar von den Teilnehmenden selbst berichtet, beinhalten allerdings keine subjektive Einschätzung der Teilnehmenden. Für eine Gesamtbetrachtung der Wirkung des IPS-Coachings könnte es jedoch hilfreich sein, auch eine subjektive Komponente einzubeziehen. In einer explorativen Zusatzauswertung wurden daher die subjektive Arbeitsfähigkeit sowie psychosoziale Ergebnismaße im Selbstbericht der Teilnehmenden in der VG und IPS-G untersucht. Dabei wurde exploriert, ob sich die Gruppen unter Berücksichtigung der Ausgangsbedingungen in ihrer subjektiven

Arbeitsfähigkeit, Funktionsfähigkeit, Symptombelastung und dem allgemeinen psychischen Gesundheitszustand bei der Abschlussbefragung (T2) unterschieden.

4.5.1 Methode

In die Auswertung eingeschlossen wurden alle Teilnehmenden der IPS-G und VG (n = 244).

Ergebnismaße

Um die statistische Analyse auf relevante Fragestellungen zu fokussieren, wurden nach Abwägung der Anzahl fehlender Werte und praktischer Relevanz vier Maße ausgewählt, die möglichst verschiedene gängige Konstrukte abbilden: subjektiv wahrgenommene Arbeitsfähigkeit (WAS), Alltagsfunktionalität (WHODAS 2.0), Symptomschwere (BDI-II) und seelischer Gesundheitszustand. Da der Großteil der Teilnehmenden eine Depressionsdiagnose hatte (siehe Abschnitt 4.3.1), wurden bei der Analyse der Symptombelastung Teilnehmende mit psychotischen oder bipolaren Störungen ausgeschlossen und die Symptomschwere ausschließlich bei Teilnehmenden mit Depression untersucht.

Statistische Auswertung

Aufgrund von „Dropouts“ aus der wissenschaftlichen Begleitung und einzelnen fehlenden Items lagen vollständige Daten zu T1 und T2 im WAS von 168 Personen (68.9 %), im WHODAS von 116 Personen (47.5 %) und zum seelischen Gesundheitszustand von 171 (70,1 %) vor. Unter Ausschluss von Personen ohne Depressionsdiagnose (N = 217) lagen für den BDI-II vollständige Daten zu T1 und T2 von 143 Personen vor (65,9 %). Aufgrund der hohen Anzahl fehlender Werte und vieler verfügbarer weiterer Variablen im Datensatz, die zur Erklärung der fehlenden Daten beitragen können, wurde eine Multiple Imputation durchgeführt (van Buuren, 2018). Hierbei werden die fehlenden Daten mithilfe von anderen verfügbaren Variablen im Datensatz durch plausible Werte ersetzt. Dieses Vorgehen wird in einer festgelegten Anzahl an Durchgängen wiederholt und die Ergebnisse werden kombiniert, um die Unsicherheit der Ersetzung zu berücksichtigen. Es wurden 30 Imputationen mit vollständig bedingter Spezifikation (MCMC) und „Predictive Mean Matching“ (5 beste Vorhersagen) mit dem Statistikprogramm SPSS Version 29.0 durchgeführt. Als Prädiktoren, um die fehlenden Werte auf Itemebene zu schätzen, wurden alle Variablen aus den nachfolgenden Berechnungsmodellen sowie alle zu T1 gemessenen Variablen, die signifikant mit dem Wert oder dem Fehlen der Outcomes (WHODAS T2; WAS T2, BDI-II T2, seelischer Gesundheitszustand T2) zusammenhängen, genutzt. Aufgrund der hohen Anzahl an Items im WHODAS und BDI-II Fragebogen, wurde ein schrittweises Vorgehen mithilfe des „Parcel-Summary“ Ansatzes angewendet (Eekhout et al., 2016). Dafür wurden jeweils die WHODAS-Items der einzelnen Domänen zu T1 und T2 bzw. die BDI-II Items je zu T1 und T2 in separaten Modellen ersetzt, um die Anzahl der Items pro Modell zu reduzieren. Es wurden zwei separate Imputationsdatensätze für die klinischen Maße (BDI-II und seelischer Gesundheitszustand) und für den WAS und WHODAS gebildet.

Zunächst wurde die Veränderung in der Arbeitsfähigkeit und der Alltagsfunktionalität von Studieneinsteuierung (T1) bis zur Abschlussdiagnostik nach zwei Jahren (T2) für die VG und die IPS-G deskriptiv dargestellt. Hierfür wurden die deskriptiven Werte aus den imputierten Datensätzen verwendet. Für die Beantwortung der Ausgangsfragen wurden lineare Regressionsmodelle mit dem Kriterium WHODAS 2.0 Gesamtwert bzw. WAS, seelischer Gesundheitszustand und BDI-II zu T2 berechnet. Als Prädiktoren wurden die jeweiligen T1-Werte der Outcomes und die Variable „Gruppe“ (IPS-G vs. VG) eingeschlossen. Für alle Berechnungen werden sowohl die Ergebnisse der durch die Imputation vervollständigten Daten als auch die Ergebnisse unter alleiniger Berücksichtigung vorhandener Daten berichtet.

4.5.2 Ergebnisse

Insgesamt wurde sowohl in der IPS-G als auch in der VG eine Verbesserung in allen Maßen von T1 zu T2 beobachtet. Während zu T1 die Arbeitsfähigkeit (WAS) auf der beschriebenen Skala von 1 (völlig arbeitsunfähig) bis 10 (beste Arbeitsfähigkeit) im Mittel bei $M = 3.35$ ($SD = 2.21$) lag, lag sie bei T2 bei durchschnittlich $M = 5.25$ ($SD = 2.96$). Die durchschnittliche Einschränkung in der Funktionsfähigkeit im WHODAS Gesamtscore (0-100) lag zu T1 bei $M = 47,01$ ($SD = 15,70$) und bei T2 bei $M = 33,11$ ($SD = 17,31$). Der seelische Gesundheitszustand (0-100) wurde zu T1 mit durchschnittlich $M = 44,53$ ($SD = 19,59$) Punkten bewertet und verbesserte sich zu T2 ($M = 60,36$; $SD = 19,59$). Unter Personen mit depressiven Störungen verringerte sich außerdem die Symptomschwere (0-63) von T1 ($M = 24,95$; $SD = 10,80$) zu T2 ($M = 16,63$; $SD = 11,53$).

Die Ergebnisse der Regressionsanalysen zur Vorhersage der sekundären Ergebnismaße sind in Tabelle 7 dargestellt. In der Arbeitsfähigkeit (WAS) zu T2 zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der IPS-G und VG. Bezüglich der Alltagsfunktionalität (WHODAS 2.0), der Symptombelastung (BDI-II) und dem seelischen Gesundheitszustand zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der IPS-G und VG. Verglichen mit der VG hatte die IPS-G durchschnittlich einen um 4,5 Punkte reduzierten, also verbesserten, WHODAS Gesamtwert bei der Abschlussdiagnostik. Der seelische Gesundheitszustand (0-100) war zu T2 in der IPS-G um durchschnittlich 7,1 Punkte höher als in der VG. Unter den Teilnehmenden mit Depressionsdiagnose war die Symptombelastung zu T2 (0-63) in der IPS-G um durchschnittlich 3,6 Punkte niedriger als in der VG. Da die jeweiligen Ausgangswerte bei Studieneinsteuerung berücksichtigt wurden, sind diese Effekte unabhängig von möglichen Unterschieden bei Studieneinsteuerung zu interpretieren. Es sind jedoch die geringen Effektstärken mit einer zusätzlichen Varianzaufklärung der Variable „Gruppe“ zwischen 1,6 % (WHODAS) und 2,4 % (BDI-II) zu beachten.

Tabelle 7: Ergebnisse der Regressionsanalysen für die sekundären Ergebnismaße

	b [CI95]	SE	T	Sig.	Änderung in R ²
T2 WAS					
Originaldaten (n = 168)					.037
T1 WAS	.258 [.055; .462]	.103	2.511	.013*	.037
Gruppe (Ref: VG)	.121 [-.775; 1.018]	.454	.267	.789	.000
Imputation (n = 244)					.030
T1 WAS	.222 [.031; .414]	.097	2.286	.023*	.029
Gruppe (Ref: VG)	.094 [-.791; .980]	.450	.210	.834	.002
T2 WHODAS					
Originaldaten (n = 116)					.296
T1 WHODAS	.624 [.413; .834]	.106	5.867	<.001***	.267
Gruppe (Ref: VG)	-8.594 [-15.161; -2.026]	3.315	-2.592	.011*	.041
Imputation (n = 244)					.281
T1 WHODAS	.554 [.415; .832]	.063	8.757	<.001***	.265
Gruppe (Ref: VG)	-4.496 [-15.091; -2.096]	2.085	-2.156	.031*	.016
T2 Seelischer Gesundheitszustand					
Originaldaten (n = 171)					.148
T1 Seel. Gesund.	.414 [.241; .588]	.088	4.721	<.001***	.127
Gruppe (Ref: VG)	7.138 [2.210; 14.066]	3.509	2.034	.044*	.021

Imputation (n = 244)					.107
T1 Seel. Gesund.	.328 [.162; .495]	.085	3.879	<.001***	.085
Gruppe (Ref: VG)	6.901 [.101; 13.701]	3.456	1.997	.047*	.023
T2 BDI-II (nur Depression)					
Originaldaten (n = 143)					.215
T1 BDI-II	.560 [.373; .748]	.095	5.912	<.001***	.194
Gruppe (Ref: VG)	-3.719 [-7.464; .026]	1.894	- 1.963	.052	.022
Imputation (n = 217)					.178
T1 BDI-II	.430 [.283; .577]	.075	5.751	<.001***	.154
Gruppe (Ref: VG)	-3.593 [-6.600; -.586]	1.534	- 2.343	.019*	.024

Anmerkungen. *b* = Regressionsgewicht; *SE* = Standardfehler; *R*²: Varianzaufklärung für die Gesamtmodelle bzw. die zusätzliche Varianzaufklärung bei Aufnahme der einzelnen Prädiktoren ins Modell; * = signifikant; ** = sehr signifikant; *** = hoch signifikant; Gruppe: Referenzgruppe (0) ist die Vergleichsgruppe (VG).

4.5.3 Zusammenfassung und Zwischenfazit

Sowohl die IPS- als auch die Vergleichsgruppe verbesserten sich im Laufe der zweijährigen Studienlaufzeit in ihrer selbst eingeschätzten Arbeitsfähigkeit, Alltagsfunktionalität, Symptombelastung und dem seelischen Gesundheitszustand. In Übereinstimmung mit den anderen beruflichen Ergebnismaßen (siehe Abschnitt 4.4) gab es bei der Abschlussdiagnostik keine Unterschiede in der selbst eingeschätzten Arbeitsfähigkeit zwischen den Gruppen. Es zeigte sich jedoch, dass die IPS-G, unabhängig von den Angaben bei Studieneinsteuerung, nach zwei Jahren eine bessere Alltagsfunktionsfähigkeit und einen besseren seelischen Gesundheitszustand angab als die VG. Teilnehmende mit Depression berichteten außerdem eine geringere Symptombelastung nach zwei Jahren, wenn sie in der IPS-G statt in der VG waren. In Anbetracht des explorativen Vorgehens und der hohen Anzahl fehlender Werte (teilweise bis zu 52,5 %) können diese Ergebnisse nur erste Hinweise darauf geben, dass das IPS-Coaching nicht zu einer besseren Arbeitsfähigkeit, jedoch möglicherweise zu einer Verbesserung der selbstberichteten Funktionsfähigkeit und psychischen Gesundheit beigetragen haben könnte. Die praktische Relevanz der Unterschiede zwischen der IPS-G und VG muss im Hinblick auf die geringen Effektstärken jedoch kritisch diskutiert werden.

Limitationen

Bei der Auswertung der sekundären Ergebnismaße handelt es sich um ein exploratives Vorgehen, das post hoc als Ergänzung zur Hauptauswertung der beruflichen Eingliederung entwickelt wurde. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist außerdem die hohe Anzahl fehlender Werte zu berücksichtigen. Trotz Anwendung der multiplen Imputation als „State of the Art“ Methode im Umgang mit fehlenden Werten, gehen die Ergebnisse mit erhöhter Unsicherheit einher, da die tatsächlichen Angaben insbesondere der Teilnehmenden mit vollständig fehlenden Fragebögen, unklar bleiben. Bei der Auswertung des BDI-II fällt auf, dass bei Betrachtung nur der vollständigen Daten der Signifikanzwert leicht über .05 liegt und somit im Gegensatz zu den imputierten Daten auf einen statistisch nicht signifikanten Effekt der Gruppe hindeutet.

4.6 Netzwerkanalyse

Im Rahmen des Modellprojektes wurde ergänzend zu den quantitativen Analysen der primären und sekundären Ergebnismaße auch eine primär qualitativ-orientierte Analyse der psychosozialen Netzwerkstrukturen zur arbeitsbezogenen Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen

durchgeführt (siehe Abschnitt 2.4). Ziel dieser Netzwerkanalyse war es, Ausprägungsformen und Veränderungen in dieser themenspezifischen Zusammenarbeit über den Projektverlauf hinweg zu untersuchen. Hierzu wurden sowohl zu Beginn (Baseline-Erhebung) als auch am Ende des Modellprojektes (Abschlusserhebung) verschiedene Netzwerkmerkmale und Bedarfe der Akteure und Akteurinnen erfasst. Aufgrund struktureller und organisatorischer Unterschiede zwischen den beiden Projektstandorten erwies sich an dieser Stelle eine getrennte Datenerhebung und -auswertung für die Netzwerkanalyse als methodisch sinnvoll.

4.6.1 Baseline-Erhebung

Das Ziel der ersten Netzwerkanalyse war es, den aktuellen Ist-Zustand der Vernetzung und Zusammenarbeit zur Beschäftigung von Menschen mit psychischen Erkrankungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu untersuchen und Bedarfe zu erfassen. Die Analyse der lokalen Netzwerkstrukturen in den Regionen Mecklenburg-Vorpommern und Westfalen (Bielefeld) erfolgte im Jahr 2021 mithilfe von zwei separaten Datenerhebungen. Zum einen wurden Akteure und Akteurinnen aus dem Bereich Sozialpsychiatrie, Rehabilitation und Arbeit anhand einer Online-Umfrage zur Vernetzung mit anderen Institutionen und Unternehmen befragt. Zum anderen wurden strukturierte telefonische Interviews mit Arbeitgebenden und Vertretenden von Verbänden geführt.

Bielefeld

Online-Fragebogen: Akteure/Akteurinnen der Sozialpsychiatrie, Rehabilitation und Arbeit

Am Standort Bielefeld wurde der Link für den Online-Fragebogen (siehe Anlage 3) an insgesamt 99 Personen versendet. Der Rücklauf war mit 16 gültigen Fällen gering. Teilgenommen haben Personen aus den folgenden Institutionen: Psychiatrische Klinik, Agentur für Arbeit, Eingliederungshilfe, Selbsthilfestellen, Beratungsstellen/Sozialpsychiatrie, Inklusionsunternehmen, Handelspartner*innen, Psychotherapie-Ambulanz, Tagesstätte.

- Erfahrung mit konkreten Fällen

Es zeigte sich, dass 13 von 16 Befragten (81 %) im Jahr 2019 mit Personen zu tun hatten, die psychisch beeinträchtigt waren und eine Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt aufnehmen wollten. Jeweils 3 Befragte hatten dabei täglichen, monatlichen bzw. quartalsweisen Kontakt, während eine Person die Frage nach der Häufigkeit nicht beantwortete. 11 dieser 13 Befragten (85 %) hatten im Rahmen eines oder mehrerer dieser Fälle mit mindestens einer anderen Einrichtung oder Person Kontakt. Vier dieser 13 Befragten (31 %) haben im Rahmen eines oder mehrerer dieser Fälle an einer Fallkonferenz teilgenommen. Die Zusammenarbeit in Bielefeld, wenn es um einen konkreten Fall zum Thema "Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen auf dem Arbeitsmarkt" geht, wurde durch 8 von 16 Befragten (50 %) als eher gut oder sehr gut eingeschätzt, von 3 Personen (19 %) weder gut noch schlecht und von 4 Personen (25 %) eher schlecht. Eine Person beantwortete die Frage nicht.

- Umfang von regionalem Austausch und Vernetzung

Es zeigte sich, dass sich 13 von 16 Befragten (81 %) mit Vertretenden anderer Einrichtungen, Diensten und Unternehmen thematisch austauschten, wenn es um Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen geht, die eine Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt aufnehmen möchten.

Dabei wurden von 10 Personen insgesamt 29 verschiedene Gremien, Arbeitskreise/-gruppen, Netzwerke o. ä. genannt, z. B. Fallbesprechung Jobcenter Kreis Gütersloh, Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft oder AGBI Bielefeld (Netzwerk der Bielefelder Beschäftigungsinitiativen). Von 8 Personen wurden insgesamt 20 verschiedene persönliche Kontakte/Telefonate benannt. 7 von 16 Befragte (44 %) gaben an, dass zwischen ihrer und anderen Institutionen/Unternehmen

Vereinbarungen zur verbindlichen Zusammenarbeit (Kooperationsvereinbarungen) bestehen, wenn es um psychisch beeinträchtigte Menschen geht, die eine Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt aufnehmen, z. B. mit Jobcentern oder beruflichen Trainingszentren (BTZ). Neun Befragte (56 %) schätzten ihre Kenntnisse über die konkreten Ansprechpartner*innen in Bielefeld, wenn es um die Vermittlung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen auf den ersten Arbeitsmarkt geht, eher gut oder sehr gut ein. Vier Personen schätzten ihre Kenntnisse weder gut noch schlecht ein und 2 Personen eher schlecht. Eine Person beantwortete die Frage nicht.

- Qualität der Vernetzung und Zusammenarbeit

Die Ergebnisse zur Qualität des Austauschs sind in Abbildung 11 zusammengefasst.



Abbildung 11: Einschätzung der Qualität der Zusammenarbeit

Bedarfe

15 von 16 Befragten (94 %) schätzten den Bedarf, die Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen auf dem ersten Arbeitsmarkt in Bielefeld auszubauen, hoch oder sehr hoch ein. Eine Person beantwortete die Frage nicht. 8 von 16 Befragten (50 %) schätzten zudem den Bedarf, eine institutionenübergreifende Fallkonferenz/Fallbesprechung zu etablieren, die sich mit der individuellen Vermittlung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen auf den ersten Arbeitsmarkt beschäftigt, als hoch oder sehr hoch ein. Vier Befragte (25 %) sahen weder hohen noch niedrigen Bedarf und 3 Personen (19 %) sahen einen niedrigen Bedarf.

Zwölf Teilnehmende (75 %) haben Ideen geäußert, um die Zusammenarbeit mit Unternehmen in Bielefeld zu verstärken. Die Zusammenfassung dieser Antworten ist in Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 8: Vorschläge zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit Unternehmen

Leichter Zugang (zu Praktika)	Professionelle Unterstützung	Auf Unternehmen zugehen und informieren	Mehr und öffentlicher Austausch
„ fehlende Praktikumsplätze... “	„ Begleitung am Arbeitsplatz , falls notwendig“	„ Anreize für Arbeitgeber schaffen, psychisch erkrankte Personen einzustellen“	„Ich denke der Austausch muss offener erfolgen“
„ längere Praktika , Vermittler müssen die Arbeitsplätze kennen, um besser zu vermitteln.“	„mehr qualifiziertes Personal “	„Mehr aufsuchende Kontakte bei Unternehmen durch z. B. die Reha-Beraterinnen der Agentur für Arbeit“	„... es gibt große Berührungshemmnisse... weil die gegenseitigen Erwartungen unklar sind “
„... niedrigschwelliger Einstieg ... um gemeinsame Erfahrungen zu sammeln...“	„gutes Job-Coaching... “	„Netzwerk mit Personen der Unternehmen auf höherer Hierarchie-Ebene ; Entwicklung einer gemeinsamen Haltung für Inklusion“	„...mehr öffentliche Diskussionen mit allen Akteuren und Betroffenen , Förderung der Diversität durch öffentliche Veranstaltungen oder positive lokale Beispiele in den Medien.“
	„...wieder persönliche Betreuung , nicht nur telefonisch.“	„...über Unterstützungsangebote informieren → persönlicher Ansprechpartner ist der Schlüssel dazu!“	
		„auch kleine und mittelständische Unternehmen heranzuführen“	

Telefoninterviews: Vertretende des 1. Arbeitsmarktes: Verbände & Arbeitgebende

Für die Durchführung telefonischer Interviews (Fragebogen siehe Anlage 3) mit Vertretungen des allgemeinen Arbeitsmarkts wurden in Bielefeld insgesamt 81 Unternehmen und 16 Verbände/Innungen kontaktiert. Anhand eines Online-Firmenverzeichnisses für Bielefeld wurden zufällig Firmen kontaktiert (z. B. jeder 100. Eintrag eines Abschnitts). Mit 15 Personen wurden Telefoninterviews abgeschlossen. Darunter waren zwei Vertretende von Verbänden und 13 Arbeitgebende (Bau-/Elektro-Großhandel, Immobiliengewerbe, Druckerei, Metallverarbeitung, Raumausstattung, Restaurantverwaltung, Dachdeckerei, Beschäftigungsprojekt, Automobilhandel).

Erfahrungen

47 % der Teilnehmenden haben in den vergangenen 3 Jahren Erfahrungen mit Mitarbeitenden in psychischen Krisen gemacht. 73 % fühlen sich sicher oder eher sicher im Umgang mit psychisch erkrankten Mitarbeitenden. 11 von 15 Befragten (73 %) haben Kenntnisse zum regionalen Hilfesystem in der Region. Die meisten davon aus informellen (55 %) und formellen Kontakten (36 %). 2 von 15 Befragten (13 %) nehmen an regionalen Arbeitskreisen teil. 4 von 15 Befragten (27 %) hatten Kontakt zu mindestens einem externen Dienst, der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in Arbeit vermittelt (darunter Agentur für Arbeit (4), Jobcenter (2), IFD (1), Arbeitsmediziner*in (1)). Vier von 15 Befragten (27 %) sehen eine gute bis sehr gute Zusammenarbeit zwischen ihnen und den Akteuren und Akteurinnen des psychiatrischen Hilfesystems. Die übrigen Befragten können hierzu keine Aussage treffen (40 %) oder sehen keine bis schlechte Zusammenarbeit (33 %).

Bedarfe

80 % wünschten sich Unterstützung im Umgang mit psychisch erkrankten Mitarbeitenden, z. B. in Form von: festen Ansprechpersonen von Hilfsangeboten (75 %), Informationen zum Umgang mit psychischen Beeinträchtigungen (67 %), ein extern gefördertes Coaching-Programm (wie bspw. IPS-Coaching) (58 %), Informationen über arbeitsrechtliche Aspekte (33 %) und/oder sonstige Unterstützungsmöglichkeiten (33 %).

53 % möchten schneller mit Akteuren und Akteurinnen in Kontakt kommen, die bei Mitarbeitenden mit psychischen Beeinträchtigungen unterstützen können. 40 % haben einen mittleren bis sehr hohen Bedarf für intensivere Zusammenarbeit mit Vertretenden von psychiatrischen Hilfsangeboten, 2 Befragte (13 %) haben wenig, 6 Befragte (40 %) haben keinen Bedarf.

Es wurden außerdem Vorschläge erfragt, wie die Zusammenarbeit mit Vertretenden von psychiatrischen Hilfsangeboten, um Menschen mit psychischen Erkrankungen besser auf den ersten Arbeitsmarkt zu vermitteln/zu halten, verbessert werden kann. Die genannten Ideen beinhalteten den Aufbau fester Strukturen zu Ansprechpersonen/-organisation (4), Aufklärung über mögliche unterstützende Angebote oder ein vorangehendes Training (je 1), sowie eine direkte und offene Kommunikation mit Betroffenen, Arbeitgebenden und Behandelnden (1).

Mecklenburg-Vorpommern

Online-Fragebogen: Akteure/Akteurinnen der Sozialpsychiatrie, Rehabilitation und Arbeit

In Mecklenburg-Vorpommern wurde der Link für den Online-Fragebogen (Fragebogen siehe Anlage 3) an 83 Ansprechpersonen verschickt. Die Rücklaufquote betrug mit 35 gültigen Fällen 42 %. Teilgenommen haben psychiatrische Kliniken (3), der regionale IFD (1), die Agentur für Arbeit/das Jobcenter (7), Vertretende der Selbsthilfe/Genesungsbegleitung (EX-IN) (3), eine Praxis für Psychotherapie (1), Mitarbeitende der Eingliederungshilfe (EGH) (10) sowie der öffentlichen Verwaltung/Kommune (5), Sozial- und Sucht-Beratungsstellen (2) sowie Bildungsträger (2) und Rentenversicherungsträger (1).

71 % berichten von fallübergreifender Zusammenarbeit bei der Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Menschen, welche eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt aufnehmen wollen. Von diesen 25 Personen geben 12 (48 %) an, in mindestens einem Gremium zum Thema Arbeit vertreten zu sein.

Erfahrungen mit konkreten Fällen berichteten 57 % der 35 Befragten; davon berichteten 7, an einer Fallkonferenz teilgenommen zu haben. Vier dieser Fallkonferenzen fanden im Rahmen des Teilhabeplanverfahrens (SGB IX) statt und die anderen drei wurden initiiert vom Jobcenter, von der Agentur für Arbeit und einem EGH-Leistungserbringer (je 1).

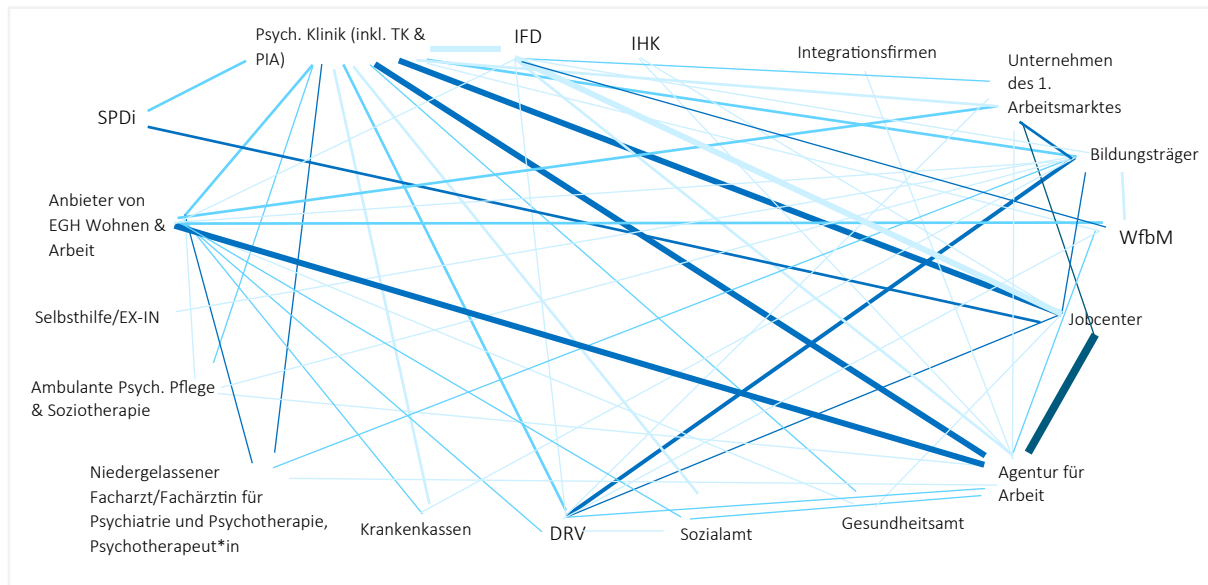


Abbildung 12: Häufigkeit der Kontakte im Netzwerk

Anmerkungen: $n = 16$; vollständiger Wortlaut der Frage: „Wenn Sie im Jahr 2019 in Ihrem Arbeitskontext mit einer Person zu tun hatten, die psychisch beeinträchtigt war, eine Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt aufnehmen wollte und die sie im Bereich Arbeit und Beschäftigung unterstützt haben (fallbezogene Zusammenarbeit), wie häufig hatten Sie dazu Kontakt mit welchen Ihrer Netzwerkpartner und -partnerinnen?“; Je dunkler und dicker die Verbindungen, desto häufiger der Kontakt

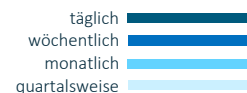


Abbildung 12 zeigt, zwischen welchen Beteiligten Kontakte und in welcher Intensität angegeben wurden. Laut Angaben der beteiligten Gesprächspartner*innen stehen Jobcenter und Agentur für Arbeit täglich in konkreten Fällen von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen miteinander in Kontakt. In wöchentlichem Kontakt mit diesen beiden Beteiligten stehen ferner psychiatrische Kliniken, sowie Unternehmen des 1. Arbeitsmarktes, Bildungsträger, SPDi, DRV und Anbieter von EGH-Wohnen und Arbeit. Insgesamt lässt das Netzwerkdiagramm vermuten, dass Jobcenter, Agentur für Arbeit sowie die psychiatrischen Kliniken und Anbieter*innen von EGH-Wohnen und Arbeit als zentrale Beteiligte mit vielen relevanten Personen in Kontakt stehen. Die Netzwerkgrafik macht keine Aussage über die Richtung der initiierten Kontakte bezüglich des Umfangs und der Qualität von Austausch und Vernetzung. Es lässt sich konstatieren, dass kaum Kooperationsvereinbarungen bestehen; von diesen berichteten 5 von 34 Befragten.

Ein Drittel (25,8 %) bewertet die Zusammenarbeit im Bereich „Beschäftigung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen auf dem ersten Arbeitsmarkt“ in ihrem Landkreis auf einer Skala von 1 = sehr schlechte Zusammenarbeit bis 5 = sehr gute Zusammenarbeit mit 4 oder 5. Knapp ein weiteres Drittel (26,8 %) entschied sich für eine 3 und 40 % ($n = 14$) fanden die Zusammenarbeit eher schlecht mit einer Bewertung von 1 oder 2. Die restlichen 2 der 35 befragten Personen machten zu der Frage keine Angaben. In Bezug auf fallbezogene Zusammenarbeit war die Einschätzung ein wenig positiver (25,7 % = 4 oder 5; 34,3 % = 3; 22,9 % = 1 oder 2; 17,1 % keine Angabe). 60 % der 35 Befragten sahen gleichzeitig einen gesteigerten Bedarf (Einschätzung auf einer Skala von 1 = kein Bedarf bis 5 = sehr hoher Bedarf mit 4 oder 5) an institutionsübergreifenden Fallkonferenzen, um Menschen individualisierter auf dem ersten Arbeitsmarkt platzieren zu können. Die Mehrheit (71,4 %) der Umfrageteilnehmenden bewerteten den Ausbaubedarf hinsichtlich der Beschäftigungsmöglichkeiten psychisch Beeinträchtigter auf dem 1. Arbeitsmarkt in ihrem Landkreis analog zur Bewertungsskala der Vorfrage mit 4 oder 5. Lediglich zwei (5,7 %) von 35 Befragten beantworteten die Frage „Wie schätzen Sie Ihre Zusammenarbeit mit Unternehmen und Unternehmerinnen in Ihrem Landkreis ein, um Menschen mit psychischen Erkrankungen auf den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren?“ (1 = sehr

schlechte Zusammenarbeit, 5 = sehr gute Zusammenarbeit) mit 4. Eine sehr gute Zusammenarbeit wurde von keinem der Befragten angegeben. Zusätzlich zur geschlossenen Frage nach der Zusammenarbeit mit Unternehmen wurde nach einer Begründung (offenes Antwortschema) für die Einschätzung gefragt. Von 25 Antworten thematisieren 10 Vorurteile gegenüber psychisch Erkrankten. Es wurden Äußerungen wie *„AG nehmen eher AK mit körperlichen Einschränkungen als mit einer psychischen Erkrankung, da diese nicht zuverlässig und kontinuierlich sind“* und *„Unternehmen sind oft nicht aufgeschlossen für den Personenkreis“* gemacht. Ein Leistungsanbieter schätzte ein: *„[der] Bedarf psychisch erkrankter Menschen in unserer Einrichtung ist diesbezüglich sehr gering“*. Des Weiteren gaben weitere 10 Personen an, dass es keine Zusammenarbeit gibt bzw. sie dazu *„keine Kenntnis“* haben. Nur zwei Beiträge berichteten konkret von guten Kontakten zu Unternehmen. Auf die offene Frage nach Ideen zur Verbesserung der Vernetzung in den 1. Arbeitsmarkt nannten die Befragten (n = 19) am häufigsten (7) konkrete (meist finanzielle) Unterstützungsmaßnahmen für die Unternehmen wie beispielsweise *„Finanzierung von Assistenzleistungen“*, *„Budget für Arbeit als Instrument unkompliziert und schnell [...] nicht nur für Menschen, die in einer WfbM sind“* oder *„unbürokratische Wege von Seiten der JC und BA (z. B. ALG-I-Bezug und Praktika)“*. Des Weiteren wurde sehr häufig (6) die Aufklärung thematisiert, wie auch die Vernetzung (3) u. a. *„auf der unteren Fallebene statt auf höchster Führungsebene“* und konkrete Ansprechpartner (3) für bzw. in Betrieben.

Telefon-Interviews: Vertretende des 1. Arbeitsmarktes; Verbände und Arbeitgebende

In Mecklenburg-Vorpommern wurden 32 Telefoninterviews (Fragebogen siehe Anlage 3) geführt in den beiden Landkreisen Mecklenburgische Seenplatte und Vorpommern-Greifswald, davon 16 (50 %) mit Verbänden, 7 (22 %) mit Innungen bzw. Kammern und 9 (28 %) mit Arbeitgebenden. Die Befragten kamen mehrheitlich aus dem Handwerk (13) und der Wirtschaft (10), sowie Gesundheit/Soziales (3), Industrie/Handel (3), Tourismus (2) und Landwirtschaft (1). Bei 24 der 32 interviewten Personen handelte es sich um Führungskräfte, die restlichen Interviewpersonen waren Fachkräfte.

Von eigenen Erfahrungen oder Erfahrungen der Mitgliedsvereine in den letzten drei Jahren mit Mitarbeitenden, die eine seelische Krise durchlebt haben, berichteten 59 % der 32 Befragten. Davon wiederum berichteten 8 Personen von Fällen von Burnout/Depression, 3 gaben an, als Angehörige betroffen zu sein, 2 Personen gaben an, eine Erkrankung von Mitarbeitenden nur zu vermuten und jeweils 2 berichteten von Frühverrentungen aufgrund psychischer Probleme sowie von steigenden Zahlen Betroffener seit der Covid-19-Pandemie bzw. von einer generell steigenden Tendenz psychischer Erkrankungen. 56 % der befragten Arbeitgebenden oder Arbeitgebervertretende fühlten sich eher unsicher bzw. unsicher im Umgang mit Mitarbeitenden in seelischen Krisen; 35 % fühlten sich sicher bzw. eher sicher. 6 % der Befragten machten dazu keine Angaben und 3 % gaben an, keinen Umgang gehabt zu haben. Auf die Frage nach Unterstützungsbedarfen im Umgang mit Mitarbeitenden in seelischen Krisen gaben zunächst 3 der 32 Befragten an, keine Unterstützung zu brauchen, weil das herkömmliche Wiedereingliederungsmanagement ausreiche und eine Person machte gar keine Angaben zu dieser Frage. Von den übrigen 28 Personen wurde am häufigsten n = 22 (78,6 %) die Antwort *„Ansprechpartner*innen von Hilfeangeboten“* gewählt. Ein *„externes gefördertes Coaching-Programm (z. B. IPS-Coaching)“* wünschten sich 17 (60,7 %) der Befragten und sowohl *„Informationen über den Umgang mit psychischen Beeinträchtigungen“* als auch *„Informationen über arbeitsrechtliche Aspekte“* wurden von 16 (57,1 %) der Befragten genannt. Zwei Personen (7 %) antworteten auf *„Sonstiges, und zwar...“* mit Bedarfen nach einer *„Stelle mit Lotsenfunktion“* bzw. nach einer Sensibilisierung und Aufklärung der Arbeitgebenden und -nehmenden für das Thema.

Gefragt nach der Kenntnis von Organisationen, welche Menschen in oder nach einer seelischen Krise helfen, verwiesen 15 (46,9 %) von 32 auf den Hausarzt bzw. die Hausärztin, weiterhin genannt (31,3 %) wurde die psychiatrisch-psychologische Versorgung (u. a. psy. Kliniken, PIA, Psychologen und Psychologinnen, SPDi) und Beratungsstellen sowie Selbsthilfe (18,8 %). Auf die Internetrecherche,

konkrete Leistungsanbietende (z. B. Caritas) und Krankenkassen fielen jeweils 15,6 % der Angaben. Vier (12,5 %) Befragte nannten den Betriebsarzt oder die Betriebsärztin und die letzten drei Nennungen verwiesen auf Gleichstellungsbeauftragte, den Landesfrauenrat und allgemein den Landkreis. Ebenfalls drei (9,4 %) Angaben fielen auf den Arbeitssektor wie beispielsweise die Agentur für Arbeit, das Job-Center oder die Industrie- und Handelskammer. Eine Person hat keine Angaben gemacht und sechs Personen hatten keine Kenntnisse darüber, wo Menschen in oder nach einer seelischen Krise Hilfe finden. Auf die Frage danach, welche Dienste die Befragten in ihrer Region kennen, die Menschen mit seelischen Krisen in Arbeit vermitteln, nannten 21 Personen (von n = 31) die Bundesagentur für Arbeit (BA) und das Jobcenter. Jedoch gab nur je eine Person an, in Bezug auf das Thema „Einstellung von Menschen mit seelischen Krisen“ in den letzten drei Jahren in Kontakt mit der Agentur für Arbeit oder dem Job-Center gestanden zu haben. Während 14 Interviewte die Frage „Haben Sie den Wunsch, beim Umgang mit Mitarbeitenden in seelischen Krisen schneller mit Fachpersonal aus Ihrer Region in Kontakt zu kommen (z. B. durch Teilnahme an Arbeitskreisen, Einladung zu Fachtagen etc.)?“ bejahten, antworteten ebenso viele mit „nein“. Vier Personen machten keine Angaben. Auf die Frage nach der Einschätzung zur persönlichen Zusammenarbeit mit Vertretenden von psychiatrischen Unterstützungs-/Hilfsangeboten auf einer Skala von 1 = sehr schlechte Zusammenarbeit bis 5 = sehr gute Zusammenarbeit geben 9 % (n = 3) eine 1 oder 2 an. Die Mehrheit (78 %) gab an, dass es keine Zusammenarbeit gibt. Auf die Frage nach dem Bedarf, die Zusammenarbeit zu intensivieren (1 = kein Bedarf, 5 = sehr hoher Bedarf) antworteten 47 % mit 1 oder 2. Weitere 31 % bewerteten den Bedarf mit 3. Dennoch machten 71,9 % der 32 Befragten Angaben dazu, welche Ideen sie zur Verstärkung der Zusammenarbeit hätten. Am häufigsten (n = 12 von 23) wurde bei dieser Frage auf die Wichtigkeit der persönlichen Ansprache hingewiesen. Sechs Personen würden das Thema in bestehende Treffen oder Versammlungen integrieren und vier Befragte nannten vor allem kleinere und informelle Zusammentreffen (z. B. Stammtisch). Drei Mal wurde auf (z. T. gemeinsam organisierte) größere Veranstaltungen hingewiesen.

Zum Abschluss hatten die Teilnehmenden in einer offenen Frage die Möglichkeit, zusätzliche Anmerkungen oder Vorschläge zum Thema ‚Arbeitssituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen auf dem ersten Arbeitsmarkt‘ zu äußern. 11 der 32 Befragten haben keine Angaben zum Abschluss gemacht. Von 21 Personen deuteten 7 an, dass sie keinen Bedarf/kein Interesse an dem Thema haben, mit Aussagen wie „*derzeit kein Thema*“ oder „*[...] Thema, ebenso wie das Gender-Thema ein künstlich gemachtes Thema von Büromenschen*“. Acht Personen sagten, dass die Mitarbeitenden „*klar im Kopf*“ sein müssen oder dass sie „*gesunde, funktionierende Leute*“ brauchen. Fünf Befragte verwiesen darauf, dass das Thema sehr schambehaftet ist und das Leute „*wahrscheinlich nicht zu einer Veranstaltung kommen*“ würden. Dass das Thema größer wird und/oder man sich diesem widmen sollte, bemerkten sechs Personen.

4.6.2 Abschlusserhebung

Aufgrund der pandemiebedingten Einschränkungen war eine methodisch identische und gleich umfangreiche Wiederholung der Baseline-Erhebung am Projektende nicht umsetzbar. Die COVID-19-Pandemie führte insbesondere zu einem erheblichen Rückgang der persönlichen Kommunikation und veränderten Prioritäten bei den beteiligten Institutionen, insbesondere den Kliniken. Zudem war aufgrund der verbleibenden Projektlaufzeit und der pandemiebedingten Störungen nicht davon auszugehen, dass sich die Netzwerkstrukturen in einem Maße verändert hatten, welches durch eine vollständige Wiederholung der Baseline-Methoden zuverlässig messbar gewesen wäre. Daher wurde die zweite Erhebung methodisch angepasst und in beiden Regionen in Form strukturierter, leitfadengestützter Einzelinterviews mit Stakeholder durchgeführt.

Bielefeld

Für die Netzwerkanalyse 2024 wurden Fachleute aus dem psychosozialen Bereich in Bielefeld bezüglich ihrer Einschätzung zu Entwicklungen der vergangenen Jahre und Bedarfe für die Zukunft befragt. Ziel war es, Anhaltspunkte für die weitere Entwicklung der beruflichen Teilhabe zu erhalten. Hierzu wurden 30-minütige Interviews mit Fachleuten aus den Bereichen berufliche Teilhabe, Rehabilitation und Arbeitsintegration durchgeführt.

Die Interviewpartner*innen wurden per E-Mail angefragt und erhielten ein Informationsschreiben zu den Interviews, in dem sie über das Ziel, die Durchführung sowie dem Umgang zum Schutz ihrer Daten informiert wurden. Die Teilnahme an den Interviews war freiwillig und eine Nicht-Teilnahme hatte keine Nachteile für die Interviewpartner*innen. Die Experten und Expertinnen haben in einer Einwilligungserklärung ihre freiwillige Teilnahme schriftlich bestätigt. Zudem wurde ein Interviewprotokoll vorgelegt, in dem die Fachleute freiwillig Angaben zu ihrem Alter, ihrem Beruf bzw. Berufsstatus, einer möglichen Leitungstätigkeit sowie ihrem aktuellen Arbeitsbereich machen konnten. Die Interviews wurden vom 15.07.24 – 14.10.24 geführt.

Folgende Fragen wurden an die Interviewten gestellt:

1. Welchen Bezug haben Sie zu dem Thema berufliche Teilhabe in Bielefeld?
2. Wir interessieren uns dafür, was sich im Bereich der beruflichen Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den letzten 2 Jahren verändert hat. Können Sie mir darüber etwas erzählen?
3. Was braucht es in Zukunft, um die berufliche Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern?
4. Gibt es noch etwas, das Sie gerne ansprechen würden?

Diese Fragen wurden mit allgemeinen Nachfragen zum Thema IPS und Vernetzung ergänzt.

Die Interviews wurden anschließend pseudonymisiert und transkribiert. Danach wurden die Interviews durch eine wissenschaftliche Mitarbeiterin, mithilfe von MAXQDA, induktiv kodiert. Die Codes wurden dann zu Kategorien zusammengeführt, die innerhalb des Teams diskutiert und reflektiert wurden. Das daraus entstandene Kategoriensystem umfasst vier Hauptkategorien, mit weiteren Unterkategorien, die im Folgenden dargestellt werden.

Ergebnisse

Im Rahmen der Netzwerkanalyse wurden insgesamt sechs Interviews mit sieben Personen aus den Arbeitsfeldern Arbeitsvermittlung, Koordination und Inklusion, Gesundheitsförderung sowie Fachberatung geführt. Die Interviewpartner*innen B2 und B3 haben gemeinsam an einem Interview teilgenommen. Sechs der sieben Interviewten haben zum Zeitpunkt der Befragung eine Leitungsposition inne.

Tabelle 9: Übersicht der Ergebnisse der Netzwerkanalyse 2024 Bielefeld

Beschreibung der eigenen Arbeit und Vernetzung
— Beschreibung der eigenen Zielgruppe — Angebote der eigenen Organisation — Eigene Beschreibung von Teilhabe am Arbeitsleben — Die eigene Vernetzung
Derzeitiger Stand der beruflichen Teilhabe in Bielefeld
— Chancen zur Teilhabe am Arbeitsleben - Aktuelle Angebote zur beruflichen Teilhabe - Erprobung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als Schlüssel für den Einstieg

– Herausforderungen für die Teilhabe am Arbeitsleben - Vorbehalte von Arbeitgebenden vor einer Einstellung - Probleme der Regelleistungen - Kein Wunsch nach Rückkehr auf den allgemeinen Arbeitsmarkt - Leistungsdruck des allgemeinen Arbeitsmarkts zu hoch - Vertrauen in eigene Fähigkeiten fehlen
Veränderungen der letzten Jahre
– Umsetzung Bundesteilhabegesetz stagniert – Veränderte Wahrnehmung von Arbeit in der Öffentlichkeit – mehr Chancen auf berufliche Teilhabe - Arbeitgebende offener für Einstellung von Menschen mit psychischen Erkrankungen - mehr Möglichkeiten unterstützt auf dem allg. Arbeitsmarkt zu arbeiten – Weniger Arbeitsaufnahmen/Integration
Wünschenswert für die Zukunft
– mehr Vernetzung – mehr gesellschaftliche Akzeptanz für psychische Erkrankungen – mehr Bereitschaft der Arbeitgebenden, Menschen mit psychischen Erkrankungen einzustellen/Praktika anzubieten – Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen – Bedarf für jemanden „der Brücken schafft, der Ansprechpartner ist“ – Unterstützungsmöglichkeiten für Arbeitgebende schaffen

Anmerkungen: Hauptthemen und Unterodes

Hauptkategorie 1: Beschreibung der eigenen Arbeit und Vernetzung

Die Fachleute haben Einblicke in ihre Arbeit und ihre Vernetzung gegeben. Diese Hauptkategorie unterteilt sich in vier Unterkategorien.

In dieser Kategorie wurden Angaben zu der eigenen Zielgruppe (B2-B7), den Angeboten der Organisationen (B1, B2, B3, B4, B6, B7), der eigenen Vernetzung (B1-B7) sowie eigene Beschreibungen zu Teilhabe am Arbeitsleben (B1, B6, B7) erfasst. Zur Teilhabe am Arbeitsleben wurde u. a. gesagt: „(...), dass man wieder in Kontakt kommt. Dass man auch einfach so Gespräche führt. Ja, dass man eine Aufgabe hat. Also Teilhabe am Arbeitsleben halt. Also auf inhaltlicher und auf sozialer Ebene.“ (B6)

Hauptkategorie 2: Derzeitiger Stand der beruflichen Teilhabe in Bielefeld

Diese Hauptkategorie unterteilt sich in 2 Unterkategorien: Chancen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Herausforderungen für die Teilhabe am Arbeitsleben.

Als Chancen wurden zum einen aktuelle Angebote zur beruflichen Teilhabe genannt. Es existieren Programme zur Unterstützung von psychisch erkrankten Menschen zum Finden und Erhalten von Arbeit (B1, B7) und auch Programme für Arbeitgebende, die sie dabei unterstützen chronisch erkrankte Menschen einzustellen und zu halten (B1-B3). Darüber hinaus gibt es auch Projekte zur Vermittlung von Arbeitgebenden und Arbeitsuchenden mit einer psychischen Erkrankung (B2, B4, B7). Als Beispiele wurde das Angebot des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe sowie verschiedene zeitlich gebundene (Modell-) Projekte in und um Bielefeld genannt.

Zum anderen werden Erprobungen in Form von bspw. Praktika auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als Chance benannt (B6). B6 sagt hierzu: „deswegen ist es wichtig, dass die Teilnehmenden Praktika in Unternehmen absolvieren können, (...) und dann zu sehen: „So, was schaffe ich, was schaffe ich nicht? und von den Sachen, die ich nicht schaffe, wo kann man da noch unterstützen?““

Als Herausforderung wurden Vorbehalte von Arbeitgebenden gegenüber der Einstellung von Menschen mit psychischen Erkrankungen (B2, B6, B7) sowie strukturelle Probleme innerhalb der Regelleistungen

genannt. Letztere würden den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen oft nicht gerecht (B1, B6, B7), seien mit einem hohen bürokratischen Aufwand verbunden (B4) und würden nur begrenzte Unterstützungsmöglichkeiten bieten (B4). Zudem seien die Zugangshürden für entsprechende Maßnahmen zu hoch (B3, B7), und es fehle häufig an klaren Perspektiven nach der WfbM (B2, B3). Des Weiteren wurden folgende Faktoren als herausfordernd beschrieben: der hohe Leistungsdruck auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (B5), der fehlende Wunsch einiger Menschen mit psychischen Erkrankungen, in diesen zurückzukehren (B1, B5, B6) sowie ein fehlendes Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten (B5).

Hauptkategorie 3: Veränderungen der letzten Jahre

Die Veränderungen der letzten Jahre wurden von den Fachleuten unterschiedlich bewertet. B1 äußerte, dass die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes stagniere. Außerdem wurden weniger Arbeitsaufnahmen und weniger Integration bemerkt. Als Ursachen hierfür wurde der Fachkräftemangel genannt, der auf der einen Seite zu einem steigenden Bedarf an qualifiziertem Personal führe, dessen Anforderungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht erfüllt werden könne (B5). Auf der anderen Seite erhöhe dieser Mangel den Druck auf bestehendes Personal, was zu einem Mangel an Ressourcen führe, die für die Integration von Betroffenen notwendig seien (B7). Zudem wurden die nach wie vor spürbaren Auswirkungen der Corona-Pandemie als ein weiterer hemmender Faktor benannt (B2).

In anderen Interviews wurde hingegen eine Verbesserung der beruflichen Teilhabe festgestellt, die auf verbesserten Chancen beruhe. Arbeitgebende zeigten sich zunehmend offener, Menschen mit psychischen Erkrankungen einzustellen. Dies wurde zum einen durch den Arbeitskräftemangel begünstigt, zum anderen durch die Fördermöglichkeiten der Regelversorgung sowie durch die persönlichen Erfahrungen von Unternehmensleitungen im Umgang mit psychischen Erkrankungen im eigenen Umfeld. Zudem wurden in der heutigen Zeit deutlich mehr Möglichkeiten gesehen, unterstützt auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu arbeiten, als noch vor einigen Jahren. Zu den Gründen für diese Entwicklung zählen das Teilhabe-Chancen-Gesetz (B3), ein gestiegener Bedarf an Arbeitskräften (B6) sowie eine zunehmende gesellschaftliche Sensibilisierung für das Thema (B7).

In den letzten Jahren wurde auch eine veränderte Wahrnehmung von Arbeit in der Öffentlichkeit festgestellt. Einerseits sei das Thema heute stärker präsent (B7) und werde zunehmend als Teil eines *„gesunden Lebens oder in ein Leben mit Teilhabe in dieser Gesellschaft“* gesehen (B4). Andererseits benennt B4 den Druck, den die Gesellschaft auf arbeitslose Menschen ausübe und sagte im Interview: *“(…) die Gesellschaft ist, wenn es um das Thema Job Center geht, im Moment ja auch wieder sehr deutlich: ‚Wer nicht arbeiten will, der muss dann eben. Da muss mal mehr Druck rein.‘ (….) Wir waren auf einem anderen Wege mit dem Bürgergeld (….)“*.

Hauptkategorie 4: Wünschenswert für die Zukunft

Es wurden einige Wünsche für die Zukunft genannt, die sich in sechs Unterkategorien zusammenfassen ließen. Es wurde sich mehr Vernetzung zwischen Akteuren und Akteurinnen im psychosozialen Arbeitsfeld gewünscht, mit dem Ziel die berufliche Teilhabe weiter voranzutreiben (B7, B5). B4 nannte zudem, dass sich die gesellschaftliche Akzeptanz psychischer Erkrankungen weiter verbessern müsse.

Es wurde auch eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen angeregt. In diesem Zusammenhang wurde der Wunsch nach flexibleren Zuverdienstmöglichkeiten für Menschen, die soziale Leistungen beziehen, geäußert (B1, B5). Zudem wurde betont, wie wichtig es ist, Arbeitsstellen anzubieten, die den individuellen Stärken und Schwächen der Mitarbeitenden gerecht werden (B1, B4, B6, B7). Auch der Wunsch nach mehr Angeboten – oder überhaupt erst Angeboten – zwischen dem allgemeinen Arbeitsmarkt und dem zweiten Arbeitsmarkt wurde formuliert (B1, B2, B3, B5, B6).

Darüber hinaus wurde die Notwendigkeit gesehen, mehr individuelle Unterstützung zu bieten, statt den gängigen Gruppenkonzepten (B1, B5, B6). Ein weiterer Vorschlag war, dass es eher ein Jobcoaching durch das Unternehmen selbst geben müsste, um Menschen mit psychischen Erkrankungen bedürfnisorientiert integrieren zu können (B2, B5).

Für die Zukunft bräuchte es zudem mehr Bereitschaft von Arbeitgebenden, Menschen mit psychischen Erkrankungen einzustellen oder Praktika anzubieten (B2, B3, B5, B6, B7) sowie auch Unterstützungsmöglichkeiten für Arbeitgebende. Arbeitgebende sollten insgesamt mehr Unterstützung erhalten, wenn sie integrative Arbeitsplätze anbieten wollen (B4, B5, B6, B7) und auch eine bessere Finanzierung für diese Arbeitsplätze erhalten (B2, B5). B1 sieht zudem den „*Abbau des Förderdschungels*“ als notwendig und wirft die Frage auf, inwiefern sich der Kündigungsschutz verändern ließe, da dieser auch abschreckend für Arbeitgebende sein könnte.

Es bräuchte zudem noch jemanden, „*der Brücken schafft, der Ansprechpartner ist*“ (B7) und sowohl Arbeitgebende und Angestellte wie auch Nutzende inklusiver Arbeitsplätze unterstützt (B1, B6, B7).

Mecklenburg-Vorpommern

Im Rahmen der zweiten Netzwerkanalyse (2024/2025) in Mecklenburg-Vorpommern zum Thema Beschäftigung von Personen in seelischen Krisen wurden insgesamt 15 Akteurinnen und Akteure aus den Bereichen Arbeitgebende (6), Arbeitsvermittlung (5) und Sozialpsychiatrie (4) mittels strukturierter Telefoninterviews befragt. Ziel der Erhebung war es, den gegenwärtigen Stand der praktischen Erfahrungen, Unterstützungsbedarfe sowie Kooperations- und Weiterentwicklungswünsche im Kontext beruflicher Teilhabe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu ermitteln. Die Datenerhebung erfolgte mit einem strukturierten Gesprächsleitfaden (siehe Anlage 4), der überwiegend geschlossene und einzelne offene Fragen umfasste. Die Interviews wurden vom 18.09.2024 bis 06.03.2025 durchgeführt. Für die Interpretation der Angaben sollte berücksichtigt werden, dass alle Interviewpartner*innen angaben, „Berührungspunkte zum Projekt rehapro IPS-ZIB“ gehabt zu haben.

Auf die Einstiegsfrage „*Haben Sie in den letzten 3 Jahren Erfahrungen mit Mitarbeitenden /Arbeitssuchenden gemacht, die seelische Krisen (z. B. Depressionen, Angsterkrankungen, Burn-Out, Sucht, o. ä.) durchlebt haben?*“ bzw. für die Fachkräfte aus der Sozialpsychiatrie „*Waren Sie in den letzten Jahren in die Arbeitsplatzsuche von Patient*innen/Klient*innen involviert?*“ berichten zwei Drittel (67 %) der Befragten, in mehreren Fällen mit dieser Thematik befasst gewesen zu sein und weitere 13 % bestätigten dies für einen Einzelfall. Besonders hoch war der Anteil entsprechender Erfahrungen bei den Fachkräften aus dem psychiatrischen Hilfesystem, von denen drei von vier Personen (75 %) angaben, in die Arbeitsplatzsuche von Patienten und Patientinnen involviert gewesen zu sein. Nur drei Personen (je eine aus jeder der drei Gruppen) berichteten über keine entsprechenden Erfahrungen.

Trotz dieser Erfahrungen zeigte sich, dass die subjektive Sicherheit im Umgang mit betroffenen Personen bei den Befragten aus den Gruppen Arbeitgebende und Arbeitsvermittelnde (n = 11) eingeschränkt ist. Nur eine Person (9 %) gab an, sich im Umgang mit psychisch belasteten Mitarbeitenden bzw. Klienten und Klientinnen sicher zu fühlen, während sich mehr als die Hälfte (55 %) als „unsicher“ einschätzte. Diese Unsicherheit war insbesondere bei Arbeitgebenden ausgeprägt (67 %).

In Bezug auf den wahrgenommenen Unterstützungsbedarf zeigte sich (siehe Tabelle 10) ein klarer Wunsch nach praxisnaher und zugänglicher Hilfestellung. Von den befragten Arbeitgebenden und Arbeitsvermittelnden, wurde der Zugang zu Ansprechpartnern und -partnerinnen von Hilfsangeboten am häufigsten (AG: 27 %; AV 38 %) benannt. Bei den Arbeitgebenden fielen auf die Frage nach der benötigten Unterstützung, wenn es um Mitarbeitende nach seelischen Krisen geht, 23 % der Nennungen auf Informationen über den Umgang mit psychischen Beeinträchtigungen und 18 % auf Informationen zu arbeitsrechtlichen Aspekten. Bei den Arbeitsvermittelnden hingegen wurde in Bezug

auch die benötigte Unterstützung, wenn es um die Vermittlung von Arbeitssuchenden geht, das extern geförderte Coaching-Programm zu 25 % genannt sowie die Informationen über den Umgang mit psychischen Beeinträchtigungen zu 13 %. Keiner der Befragten gab an, keine Unterstützung zu benötigen. Sieben Personen machten ergänzende Angaben („Sonstiges“), unter anderem wurde hier von 3 der 5 Arbeitgebenden, die sich zu dieser Frage geäußert haben, der MHFA-Kurs (Mental Health First Aid) angesprochen. (Da alle Befragten Berührungspunkte zum IPS-ZIB-Projekt hatten und daher bereits durch Veranstaltungen für Arbeitgebende wie MHFA-Kurse bzw. entsprechende Hinweise darauf, in Kontakt gekommen sein könnten, sollte diese Nennung nicht überbewertet werden). Auch eine Kultur des wertschätzenden Miteinanders („im Gespräch bleiben“, „gute Atmosphäre schaffen“, „aufeinander achten“) sowie ein „gutes angstfreies Mindset der Führungskräfte“ ist mehreren Befragten aus der Gruppe der Arbeitgebenden wichtig.

Tabelle 10: Einzelauswertung Netzwerkanalyse 2024/2025 MV

Frage an die Arbeitgebenden und Arbeitsvermittelnden: Welche dieser Unterstützungen brauchen Sie, wenn es um die Vermittlung von Arbeitssuchenden bzw. Mitarbeitende nach seelischen Krisen geht? (vorgegebener Inhalt)	Nennungen und Anteil der Nennungen in der Adressatengruppe			
	AG (n = 22)	%	AV (n = 8)	%
Information über den Umgang mit psychischen Beeinträchtigungen (z. B. Depression)	5	23 %	1	13 %
Ansprechpartner*innen von Hilfsangeboten	6	27 %	3	38 %
externes gefördertes Coaching-Programm (z. B. IPS-Coaching: steht Arbeitgebenden und -nehmenden individuell und langfristig unterstützend zur Seite)	2	9 %	2	25 %
Informationen zu arbeitsrechtlichen Aspekten	4	18 %	0	0 %
Ich brauche keine Unterstützung	0	0 %	0	0 %
weiß ich nicht	0	0 %	0	0 %
Sonstiges	5	23 %	2	25 %

Ein weiterer Themenbereich betraf den subjektiven Bedarf der Arbeitgebenden und -vermittelnden (n = 11), sich künftig intensiver mit dem Thema „Beschäftigung von Personen in seelischen Krisen“ auseinanderzusetzen. Die Mehrheit der Befragten (54 %) schätzte den persönlichen Bedarf als „hoch“ oder „sehr hoch“ ein („kein“ = 0 %; „geringer“ = 9 %, „mittelmäßiger“ = 36 %, „hoher“ = 45 %, „sehr hoher“ = 9 %, „weiß nicht“ = 0 %). Vier von 6 Arbeitgebenden sahen für sich einen hohen Bedarf („sehr hoher“ = 0 %), sich vertiefend mit dem Thema auseinanderzusetzen, während bei den Arbeitsvermittelnden eine von 5 Personen einen hohen und eine Weitere einen sehr hohen Bedarf angab.

Aufbauend auf den angezeigten Bedarf, sich mit dem Thema zu beschäftigen, wurden die Interviewpartner*innen gefragt „Welche Arten des Austausches und der Zusammenarbeit mit dem Thema (Beschäftigung von Personen in seelischen Krisen) fänden Sie praktisch?“. Eine der 15 befragten Personen hat sich dazu nicht geäußert. 10 der 14 Befragten nannten Austauschformate. Davon thematisierten fünf Personen konkret fallbezogene Gespräche. Der Austausch wurde in allen drei Gruppen angesprochen – sowohl innerhalb der eigenen Berufsgruppe als auch interdisziplinär. Die Fachkräfte der Sozialpsychiatrie und die Arbeitsvermittelnden nannten unter anderem Psychosoziale Arbeitsgruppen, einen Austausch mit „Fachexperten und -expertinnen“ wurde von den Arbeitgebenden

und Arbeitsvermittelnden genannt und der Austausch mit Unternehmen von den Arbeitgebenden. 57 % der 14 Personen, die sich auf diese Frage geäußert haben, fänden Schulungen oder Aufklärungsmaßnahmen praktisch. Fünf Personen nannten Veranstaltungen, neun sprechen die Vernetzung – sowohl auf regionaler als auch institutioneller Ebene an. Acht Personen sprachen strukturelle Rahmenbedingungen an, darunter Vorschläge wie Dienstvereinbarungen, Checklisten, digitale Plattformen oder ein Monitoring. Eine einzelne Person merkt darüber hinaus an, dass eine übergeordnete Koordination möglicherweise durch einen Verband organisiert, praktisch wäre, während eine andere Person diese übergreifende Koordinationsfunktion ebenfalls anspricht, es aber vor allem in der Verantwortung der Psychiatrieplanung sehe. Der Einbezug von Betroffenen wurde von vier der 14 Befragten explizit genannt. Öffentlichkeitsarbeit wurde ebenfalls von vier Befragten thematisiert und teilweise verbunden mit dem Wunsch auf eine höhere Sichtbarkeit des Themas über Kammern, Berufsverbände und regionale Akteure und Akteurinnen. Drei der sechs befragten Arbeitgebenden nannten die Einrichtung interner Ansprechpartnerinnen im Unternehmen als praktische Form des Austausches und der Zusammenarbeit zum Thema „Beschäftigung von Personen in seelischen Krisen“ – in der Regel verortet in der Personalabteilung.

Die Frage „Hat sich Ihr regionales Netzwerk zum Thema Beschäftigung von Personen in seelischen Krisen in den vergangenen drei Jahren verändert?“ bejahten 10 von 15 Befragte (67 %). Dies betraf fünf von sechs Arbeitgebenden, drei von fünf Arbeitsvermittelnden und zwei von vier psychiatrischen Fachkräften. Nur zwei der 15 Befragten haben hierzu genauere Angaben gemacht. Eine Person aus der Gruppe der Arbeitsvermittelnden hat die Erweiterung der Zusammenarbeit und Netzwerke sowie die Zunahme der Unterstützungsanfragen durch Arbeitgebende genannt. Eine Fachkraft aus dem Bereich der Sozialpsychiatrie berichtete von einer vermehrten Vernetzung zwischen Sozialpsychiatrie und Arbeitgebende. Auch die Ergebnisse dieser Frage sind unter Berücksichtigung der Nähe der Befragten zum IPS-ZIB-Projekt und den dazugehörigen Veranstaltungen mit Vorsicht zu interpretieren.

4.6.3 Zusammenfassung und Zwischenfazit

Die Netzwerkanalyse wurde an beiden Projektstandorten (Bielefeld und in zwei Landkreisen in Mecklenburg-Vorpommern) zu zwei Messzeitpunkten durchgeführt, um Entwicklungen und Bedarfe in den regionalen Kooperations- und Unterstützungsstrukturen zur beruflichen Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu erfassen.

Zu Beginn des Modellprojektes (2021) fand die Erhebung während der COVID-19-Pandemie statt, die zu deutlichen Einschränkungen der persönlichen Kommunikation und Vernetzung führte. Die Baseline-Erhebung kombinierte in beiden Regionen Online-Fragebögen an Akteure und Akteurinnen aus den Bereichen Sozialpsychiatrie, Rehabilitation und Arbeit mit telefonischen Interviews bei Arbeitgebenden und Arbeitsvertretungen. Aufgrund der geringen und unterschiedlich großen Fallzahlen in den Regionen sowie der möglicherweise selektiven Auswahl der Stichproben lassen sich keine generalisierbaren Aussagen über das Netzwerk in Bielefeld und den involvierten Regionen in MV treffen. Dennoch können die Ergebnisse erste Hinweise auf die Bedarfe und Zusammenarbeit liefern. Ein direkter Vergleich der Befragten beider Standorte ist aufgrund fehlender Kontrolle relevanter Stichprobencharakteristika nicht möglich und sollte bei der Interpretation berücksichtigt werden. Die Befragten aus der Onlineumfrage in Bielefeld gaben häufig an (13 von 16) mit Personen, die psychisch beeinträchtigt waren, Kontakt gehabt zu haben. Die Hälfte der Befragten (8 von 16) bewerteten die Zusammenarbeit bei konkreten Fällen als eher gut oder sehr gut und 44 % (7 von 16) berichteten von Kooperationsvereinbarungen und auch die Kenntnisse über konkrete Ansprechpartner*innen wurden in Bielefeld überwiegend (9 von 16) als eher gut oder sehr gut eingeschätzt. Fast alle Befragten in Bielefeld (15 von 16) sahen einen hohen bis sehr hohen Bedarf, die Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Erkrankungen auszubauen. In der Telefonbefragung gaben die meisten bielefelder Arbeitgebenden (11 von 15) an,

sich eher sicher oder sicher im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen zu fühlen und ebenso viele Befragte haben Kenntnisse zum regionalen Hilfesystem angegeben. Die meisten (12 von 15) befragten Arbeitgebenden wünschten sich Unterstützung im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen und etwa die Hälfte (8 von 15) möchten schneller mit unterstützenden Akteuren und Akteurinnen in Kontakt kommen. Bei der Onlineumfrage in den beiden involvierten Regionen in MV berichteten etwas mehr als die Hälfte (20 von 35) der Befragten von konkreten Erfahrungen mit Mitarbeitenden, die eine seelische Krise durchlebt haben. Lediglich ein Drittel (9 von 35) bewertete die Zusammenarbeit in ihrem Landkreis mit „eher gut“ oder „sehr gut“. Einen eher hohen oder sehr hohen Bedarf, die Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Erkrankungen auszubauen, sah die Mehrheit (25 von 35) der Befragten in den beteiligten Regionen in MV. Die Zusammenarbeit mit Unternehmen wurde jedoch nur von zwei der 35 Befragten mit „eher gut“ oder „sehr gut“ bewertet. In den Telefoninterviews gaben etwas mehr als die Hälfte (19 von 32) der befragten Vertretenden des 1. Arbeitsmarktes an, in den letzten 3 Jahren Kontakt mit Mitarbeitenden gehabt zu haben, die eine seelische Krise durchlebt haben. In den involvierten Regionen in MV gaben etwa ein Drittel (11 von 32) der Befragten an, sich im Umgang mit psychisch kranken Menschen sicher oder eher sicher zu fühlen. Die Mehrheit (25 von 32) der Befragten erwiderte auf die Frage nach der Bewertung der Zusammenarbeit mit Vertretenden von psychiatrischen Unterstützungs- und Hilfsangeboten, dass es keine gab.

Die Ergebnisse der Baseline-Erhebung deuten trotz begrenzter Stichprobengröße und pandemiebedingter Einschränkungen darauf hin, dass in beiden Regionen ein Bedarf an strukturierter, interdisziplinärer Zusammenarbeit und gezielten Unterstützungsangeboten besteht.

In der zweiten Erhebung (2024/2025) wurden aufgrund pandemiebedingter und organisatorischer Einschränkungen andere Methoden eingesetzt: In Bielefeld wurden qualitative Interviews mit Experten und Expertinnen geführt, in Mecklenburg-Vorpommern strukturierte Telefoninterviews. Die Ergebnisse der zweiten Netzwerkerhebung bieten einen wertvollen Einblick in den Stand der regionalen Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen etwa 3–4 Jahre nach der Baseline-Erhebung und ermöglichen damit eine grobe Einschätzung aktueller Entwicklungen und fortbestehender Herausforderungen.

Auf die Frage nach dem derzeitigen Stand der beruflichen Teilhabe berichteten die Interviewten in Bielefeld von Chancen und Herausforderungen. Das Bestehen von verschiedenen Angeboten zur beruflichen Teilhabe für Menschen mit psychischen Erkrankungen, darunter Unterstützungsprogramme, Vermittlungsprojekte und Praktika wurden als Chancen zur Teilhabe am Arbeitsleben benannt. Herausforderungen liegen laut der Befragten in Vorbehalten von Arbeitgebenden, bürokratischen Hürden, begrenzten Unterstützungsmöglichkeiten und fehlender Perspektive nach der WfbM. Die Entwicklungen der letzten Jahre wurden unterschiedlich bewertet: die Experten und Expertinnen berichten einerseits von Stagnation aufgrund von Fachkräftemangel, Ressourcenknappheit und Corona-Effekten, andererseits von Verbesserungen durch größere Offenheit von Arbeitgebenden, gesetzliche Förderungen und gesellschaftlicher Sensibilisierung. Für die Zukunft wünschten sich die Befragten eine verstärkte Vernetzung der Akteure und Akteurinnen, höhere gesellschaftliche Akzeptanz, bedarfsgerechte Arbeitsplätze, flexiblere Arbeitsbedingungen sowie mehr Unterstützung und Finanzierung für Arbeitgebende. In Mecklenburg zeigte die Befragung, dass die Mehrheit der Interviewten in den letzten drei Jahren Erfahrungen mit Personen in seelischen Krisen gemacht hat. Trotz dieser Erfahrung gaben die Arbeitgebenden und Arbeitsvermittelnden an, sich im Umgang mit psychisch belasteten Mitarbeitenden oder Arbeitssuchenden oft unsicher zu fühlen, wobei Unsicherheit besonders bei Arbeitgebenden ausgeprägt war. Es zeigte sich ein deutlicher Bedarf an praxisnaher Unterstützung. Gefordert wurden insbesondere Informationen zum Umgang mit psychischen Beeinträchtigungen, arbeitsrechtliche Hinweise, der Zugang zu Ansprechpersonen und externe Coaching-Programme. Die Mehrheit der Befragten schätzte ihren persönlichen Bedarf an vertiefter Auseinandersetzung mit dem Thema als hoch ein. Als praktisch erachtete Formate für Austausch und

Zusammenarbeit wurden von den Befragten in MV u. a. fallbezogene Gespräche, interdisziplinäre Vernetzung, Schulungen und Aufklärungsmaßnahmen genannt. Die meisten Befragten berichteten zudem von einer Erweiterung regionaler Netzwerke im Bereich Beschäftigung von Personen in seelischen Krisen in den letzten drei Jahren, wobei die Ergebnisse im Kontext der Nähe zum IPS-ZIB-Projekt vorsichtig zu interpretieren sind.

Insgesamt geben die Ergebnisse Hinweise darauf, dass das Thema berufliche Teilhabe psychisch erkrankter Menschen in den beteiligten Regionen von hoher Relevanz ist und von den Akteuren und Akteurinnen auch zu beiden Befragungszeitpunkten wahrgenommen wird. Die Befunde deuten zudem auf bestehende Herausforderungen in der formellen Kooperation und in der praktischen Umsetzung hin. Insbesondere in MV gibt es in der Praxis spürbare Unsicherheiten im Umgang mit Menschen in seelischen Krisen. Vor diesem Hintergrund erscheint es weiterhin notwendig, institutionsübergreifende Zusammenarbeit, gezielte Sensibilisierung sowie Unterstützungsangebote für Betroffene und Arbeitgebende systematisch auszubauen und nachhaltig in den regionalen Strukturen zu verankern. Sowohl in Bielefeld als auch in MV wurde der Wunsch nach Ansprechpartnern und -partnerinnen sowie nach Informationen zum Umgang mit Menschen in seelischen Krisen geäußert. In beiden Regionen wird der Bedarf an strukturierten Kooperationsformaten, verbindlicher Koordination und einer nachhaltigen Verankerung der Thematik im Hilfesystem betont, um eine bessere Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Arbeitsmarkt zu erzielen.

Limitationen

Die Netzwerkanalyse ist durch die pandemiebedingten Einschränkungen, die unterschiedlichen Methoden zu T1 und T2 sowie die kleinen, nicht-repräsentativen Stichproben limitiert. Telefonische Erhebungen und der Einsatz überwiegend geschlossener Fragen in der zweiten Netzwerkanalyse in MV reduzierten die Tiefe der Daten. Zudem könnte soziale Erwünschtheit in den Antworten insbesondere bei sensiblen Themen wie Stigmatisierung oder Unsicherheit im professionellen Handeln eine Rolle gespielt haben und auch regionale Besonderheiten die Ergebnisse beeinflusst haben. Da die Befragungsteilnehmenden teilweise selektiv ausgewählt wurden, ist die Aussagekraft der Ergebnisse hinsichtlich einer Verallgemeinerung auf die Gesamtpopulation eingeschränkt. Somit sind die Befunde als explorative Hinweise auf Netzwerkentwicklungen zu verstehen.

4.7 Umsetzungserfahrungen

Neben der quantitativen Analyse der sekundären und Hauptegebnismaße sowie der Analyse der Netzwerkstrukturen wurde im Rahmen der Studie ein besonderer Fokus auf die qualitativen und prozessbezogenen Erfahrungen bei der praktischen Umsetzung des IPS-Coachings gelegt. Ziel der Abschnitte unter 4.7 ist es, ein umfassendes Bild darüber zu vermitteln, wie die Intervention in der Praxis realisiert wurde und welche Faktoren möglicherweise den Verlauf und Erfolg des Coachings beeinflussten. Hierzu werden zunächst fallbezogene Dokumentationen der IPS-Coaches ausgewertet, Entwicklungsverläufe innerhalb des Coachings sowie Gründe für vorzeitige Beendigungen durch die Teilnehmenden dargelegt. Darüber hinaus werden Aspekte der Fallbelastung der Coaches, die Zufriedenheit der Teilnehmenden mit dem Coaching sowie die Umsetzungserfahrungen aus Sicht der beteiligten Coaching-Fachkräfte und Klinikmitarbeitenden analysiert. Abschließend wird die Bedeutung der Netzwerkarbeit für die Implementierung und Wirksamkeit der Intervention beleuchtet.

4.7.1 Fallspezifische Dokumentation

Im IPS-Coaching steht die individuelle Unterstützung von Personen im Mittelpunkt. Jeder Fall ist einzigartig und bringt unterschiedliche Bedürfnisse, Ressourcen und Herausforderungen mit sich. Um passgenaue Hilfe und Transparenz gewährleisten zu können, ist eine strukturierte und fallspezifische

Dokumentation unerlässlich. Es erleichtert die Zusammenarbeit (z. B. die Abstimmung im Kollegium im Vertretungsfall), die Verlaufskontrolle und Qualitätssicherung. Die Dokumentation im IPS-ZIB-Projekt wurde von den Coaches geführt und diente vor allem der wissenschaftlichen Begleitung, um einen Eindruck vom Coaching-Prozess zu erhalten. Dazu wurde das Coaching-Team angehalten zu jedem Fall (Teilnehmer*in) eine gesonderte Tabelle zu führen. In diese Excel-Vorlage sollten möglichst detailliert (wann, mit wem, wo, wie lange, Thema usw.) alle Kontakte und Tätigkeiten in der Fallarbeit protokolliert werden. Trotz gründlicher Aufzeichnungen kann und soll an dieser Stelle nicht die Gesamt-Arbeitszeit der Coaches abgebildet werden, da eine Kontrolle der Arbeitszeit nicht intendiert war. Die Aufzeichnungen dienen lediglich als erste Orientierung für den Coachingablauf und-aufwand.

Auswertung der Dokumentationsdaten

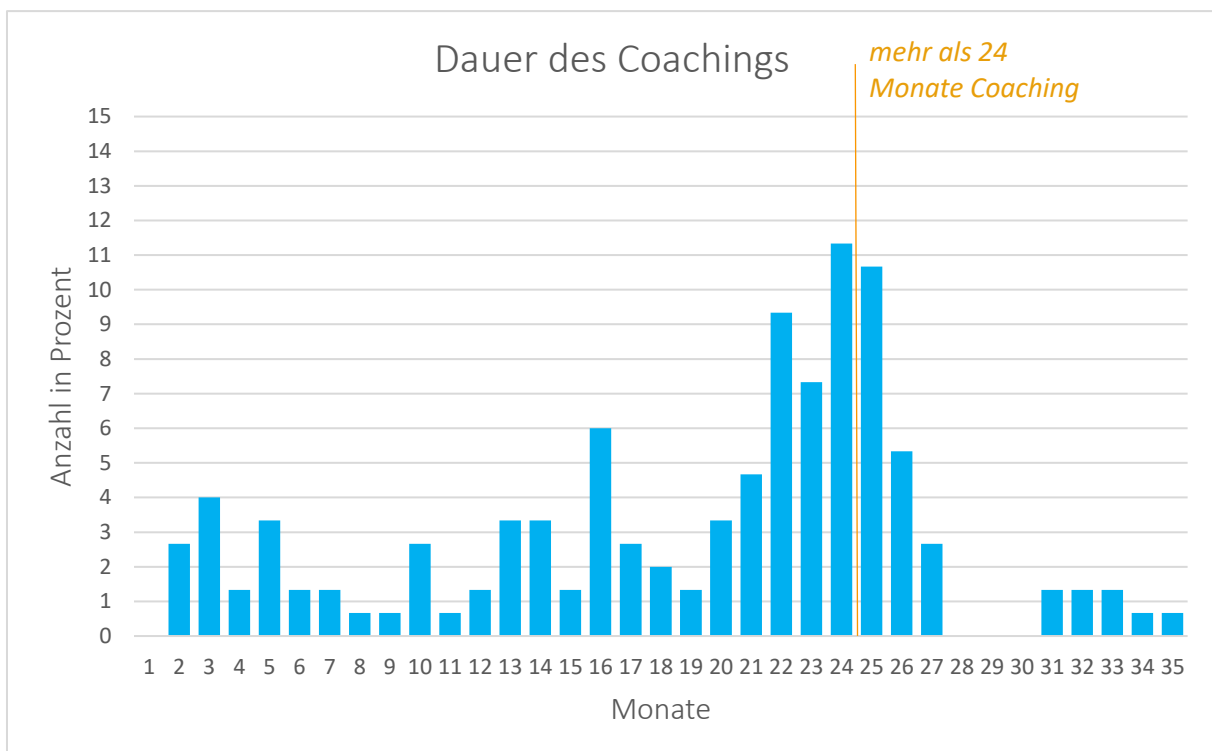


Abbildung 13: Coachingdauer

Anmerkungen: in die Auswertung einbezogen wurden alle Teilnehmenden der IPS-Gruppe, $n = 150$ Personen

Abbildung 13 zeigt, dass 12 % der 150 Teilnehmenden das Coaching aus verschiedenen Gründen weniger als 6 Monate in Anspruch nahmen, 7 % zwischen 6 Monaten und einem Jahr, weitere 18,7 % zwischen ein und eineinhalb Jahre und der Großteil der Teilnehmenden (37,3 %) wurde zwischen 1,5 und zwei Jahre durch das Coaching begleitet. Das übrige Viertel der 150 Teilnehmenden nahm mehr als 2 Jahre am Coaching teil, wobei hier die meisten Personen (10 % von 24 %) 25 Monate nicht überschritten. Bei Bedarf, sowie weiterbestehender Coachinglaufzeit und Kapazität des/der Coach*in hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit über die geplante Coachinglaufzeit von 24 Monaten hinaus die Unterstützung wahrzunehmen.

Um Verzerrungen durch sehr kurze und möglicherweise noch nicht belastbare Einschätzungen zu vermeiden, wurden in die folgenden Auswertungen ausschließlich Daten jener 130 Teilnehmenden einbezogen, die mindestens 6 Monate am Coaching teilgenommen haben ($M: 20,7$ Monate; $Md: 21,8$ Monate; $Min: 6,5$ Monate; $Max: 34,3$ Monate).

Im Rahmen des Coachings dokumentierten die Coaches alle Kontakte, sowie Tätigkeiten, die mit dem Fall im Zusammenhang standen und den damit verbundenen Zeitaufwand. Hinsichtlich der Kontakte mit

dem/der Teilnehmenden dokumentierten die Coaches im Schnitt über die gesamte individuelle Coachinglaufzeit hinweg 3,4 Kontakte pro Monat, welche entweder persönlich, telefonisch, schriftlich oder per Video stattfanden (siehe Abb. 14).

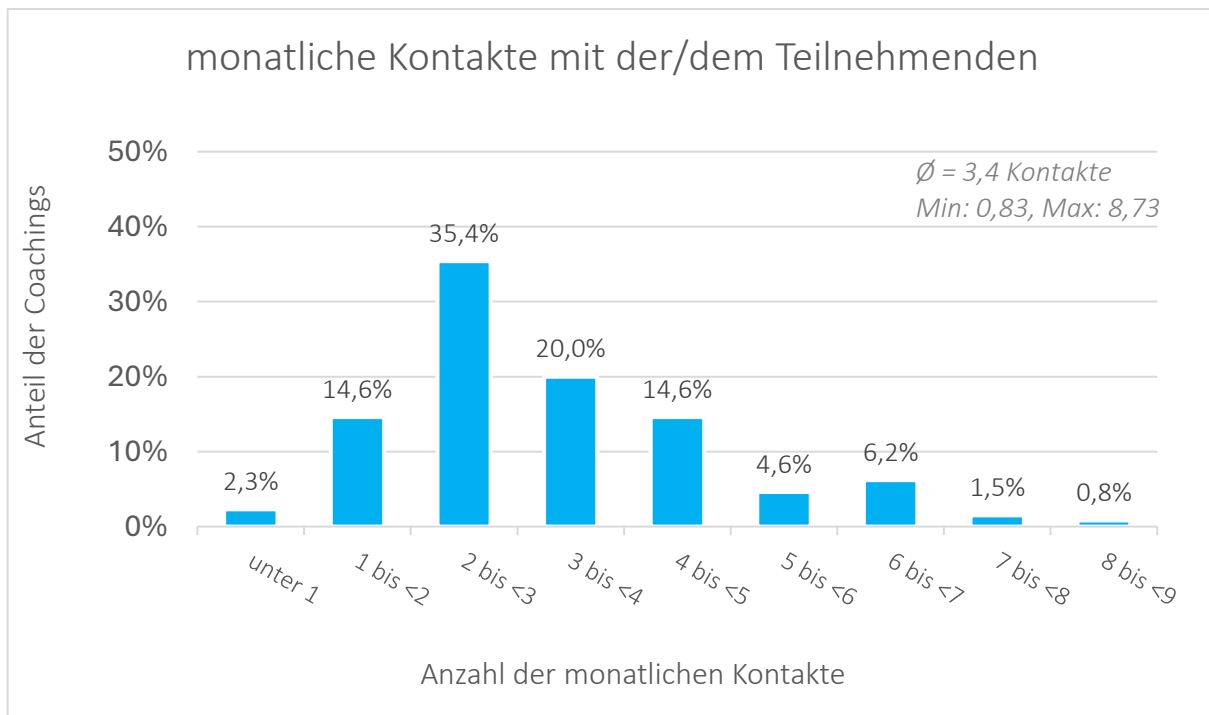


Abbildung 14: Anzahl der Kontakte zwischen Coach*in und Teilnehmer*in

Anmerkungen: in die Auswertung einbezogen wurden alle Personen, die mind. 6 Monate am Coaching teilgenommen haben; n = 130 Personen

Im Rahmen eines explorativen Exkurses wurden die Daten der Coaching-Teilnehmenden aus Mecklenburg-Vorpommern über kürzere Zeiträume hinweg vergleichend analysiert und es konnte festgestellt werden, dass insbesondere im ersten Halbjahr durchschnittlich mehr Kontakte (n = 66; 0 bis <6 M: 3,9) dokumentiert wurden als in den darauffolgenden Monaten (n = je 66; 6 bis <12 M: 3,3; 12 bis <18 M: 2,4; 18 bis <24 M: 0,8).

Die Mehrheit der Coaches (35 %) notierte 2 bis 3 monatliche Kontakte pro Teilnehmer*in. Insgesamt 86,9 % aller Fälle lagen im Bereich zwischen 1 bis unter 5 Kontakten im Monat. Analog dazu ergab das zeitliche Ausmaß dieser Kontakte einen Durchschnitt von 2,4 Stunden monatlich mit einem Minimum von 40 Minuten und einem Maximum von 8,6 Stunden pro betreute Person. Die Gesamtzahl der Teilnehmenden (N = 130) wurde in der Mehrheit (39,2 %) 1-2 Zeitstunden monatlich gecoacht, weitere 29 % entfielen auf den Zeitraum von 2-3 Stunden. Auch in dieser Fragestellung zeigt sich im explorativen Exkurs der MV-Daten die Tendenz, dass es zu Beginn des Coachings einen zeitlichen Mehraufwand gibt. Die durchschnittliche Dauer der dokumentierten Stunden mit dem/der Teilnehmer*in ist insbesondere in den ersten 6 Monaten höher (n = 66; 0 bis <6 M: 3,03) als in den Monaten danach (n = 60; 12 bis <18 M: 2,2 & n = 48; 18 bis <24 M: 2,3; der Zeitraum von 18 bis <24 wurde an dieser Stelle nicht berücksichtigt, da die Fallzahl (n = 13) sehr gering ist).

Wie gut es gelang, das Behandlungsteam (Arzt/Ärztin, Psychotherapeut/-therapeutin, Psychiater/Psychiaterin sowie Sozialarbeitende) in das Coaching mit einzubeziehen, zeigt die Abbildung 15. Aus dieser wird ersichtlich, dass sich das Ausmaß an Kontakten zum Behandlungsteam von Fall zu Fall stark unterschied und zusätzlich regionale Unterschiede aufwies. So zeigt sich, dass in MV deutlich mehr Teilnehmer*in-Coach*in-Behandler*in-Kontakte verzeichnet wurden. Dementsprechend kommen

in MV durchschnittlich 0,5 Kontakte im Monat zustande, während es in Bielefeld 0,1 waren, wobei in der Grafik der hohe Anteil von rund 50 % der Fälle aus Bielefeld ins Auge sticht, bei denen gar kein Kontakt zwischen Coaches und behandelnder Person im Rahmen des Coachings dokumentiert wurde.

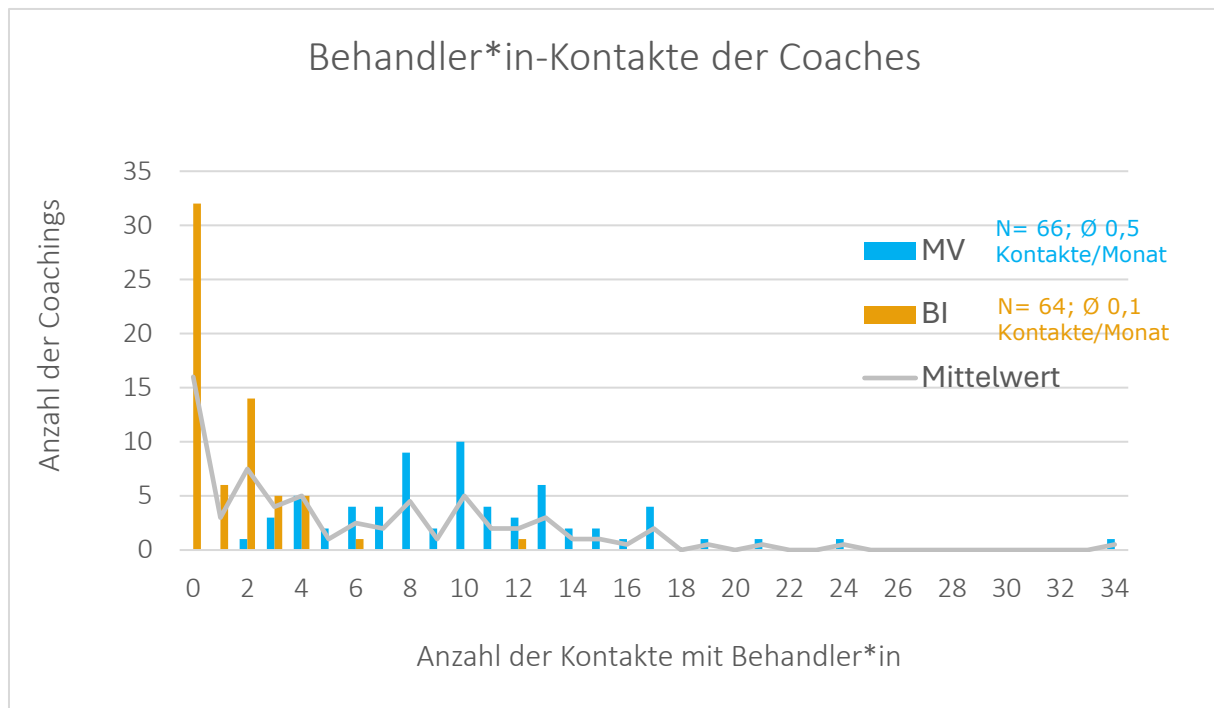


Abbildung 15: Anzahl der Kontakte zwischen Coach*in und Behandler*in

Anmerkungen: in die Auswertung einbezogen wurden alle Personen, die mind. 6 Monate am Coaching teilgenommen haben; n = 130 Personen; Behandler*in meint: Arzt/Ärztin, Psychotherapeut*in, Psychiater*in, Sozialarbeiter*in

Ebenfalls aus der Dokumentation der Coaches lässt sich ablesen, dass 68 % der dokumentierten fallbezogenen Zeit im Kontakt mit dem/der Teilnehmenden (entweder mit ihr/ihm allein oder zusätzlich anderen Personen; dieser Kontakt konnte per Video, schriftlich, telefonisch oder persönlich sein) verbracht wurde. Ein weiteres Viertel der in der Falldokumentation eingetragenen Zeit erbrachten die Coaches „ohne Kontaktperson“, sprich mit Dokumentation, Recherche, Vor- und Nachbereitung von Terminen etc., wobei die meiste Zeit hierbei auf die Dokumentation entfiel, die aufgrund des Projektcharakters sehr genau erfolgen sollte, um diese Daten später auswerten zu können. Weitere 7 % der dokumentierten Zeit verbrachten die Coaches im Kontakt mit einer anderen Person als dem Teilnehmer oder der Teilnehmerin, z. B. mit Arbeitgebenden, anderen Coaches etc. Insgesamt zeigt sich jedoch, dass der fallbezogene dokumentierte Zeitaufwand in erster Linie auf direkte Interaktion mit den Teilnehmenden entfällt.

Diese rund 70 % der Zeit, welche mit dem Teilnehmer oder der Teilnehmerin verbracht wurde, lässt sich wiederum differenzieren. 58,2 % der Kontakte wurden persönlich von Angesicht zu Angesicht verbracht, während ein Viertel (24,8 %) der Kontaktzeit telefonisch und 14,9 % schriftlich stattfand. Ein Austausch per Video (2,1 %) wurde sehr selten genutzt.

Die Coaches wurden in der fallspezifischen Dokumentation gebeten, jeder dokumentierten Tätigkeit bzw. jedem Kontakt eine der in Abschnitt 3.4 beschriebenen Coaching-Phasen zuzuordnen. Die Auswertung dieser Angaben zeigt, dass die frühen Phasen des Coachings („1. Erstkontakt“ und „2. Einführung“) mit zusammen 9 % einen vergleichsweise geringen zeitlichen Anteil hatten. Der Schwerpunkt der Arbeit lag in der Phase „3. Assessment und Planung“ (36 %) sowie in der

abschließenden Phase „5. Coaching nach Arbeitsaufnahme“ (35 %). Die Phase der Stellenvermittlung nahm 18 % der dokumentierten Zeit ein.

Ein innovativer Bestandteil des Projekts IPS-ZIB war das für alle Teilnehmenden bereitgestellte individuelle Budget, das flexibel zur Unterstützung der beruflichen (Re-)Integration eingesetzt werden konnte. Nur in 27 der insgesamt 150 Coachings wurde das individuelle Budget genutzt, in einigen davon mehrfach. Die Mittel wurden vor allem für Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen genutzt, wie beispielsweise Kurse im Bereich der elektronischen Datenverarbeitung, Persönlichkeitsentwicklung oder die Teilfinanzierung eines Führerscheins. Daneben kamen Gelder für Gesundheits- und Fitnessangebote, technische Arbeitsmittel (wie Laptops oder Tablets) sowie unterstützende Materialien wie Arbeitskleidung, Bewerbungsunterlagen und Fachliteratur zum Einsatz.

Wie bereits in Abschnitt 4.4.1 beschrieben haben 94 (62 %) der 150 Teilnehmenden innerhalb der Beobachtungszeit mindestens einen Tag in einem „kompetitiven“ Beschäftigungsverhältnis auf dem ersten Arbeitsmarkt gearbeitet. In der hier fokussierten Gruppe von 130 Teilnehmenden mit mindestens 6 Monaten Coaching trifft das auf 88 Personen zu. Dabei hatten 69 % der Personen im Beobachtungszeitraum *einen* Job, 26 % hatten zwei Jobs und 3 % drei Jobs sowie 1 % vier Jobs. Mehr als 4 Jobs hatte niemand der Teilnehmenden und auch bei einigen mit 3 bzw. denjenigen mit 4 Jobs handelte es sich um Saisonarbeiter*innen, welche in der Gastronomie tätig waren. Von den 88 Personen, welche in Arbeit kamen, gaben Dreiviertel (75 %) an, ein unbefristetes Arbeitsverhältnis zu haben, das übrige Viertel (25 %) entfiel entsprechend auf befristete Arbeitsverträge.

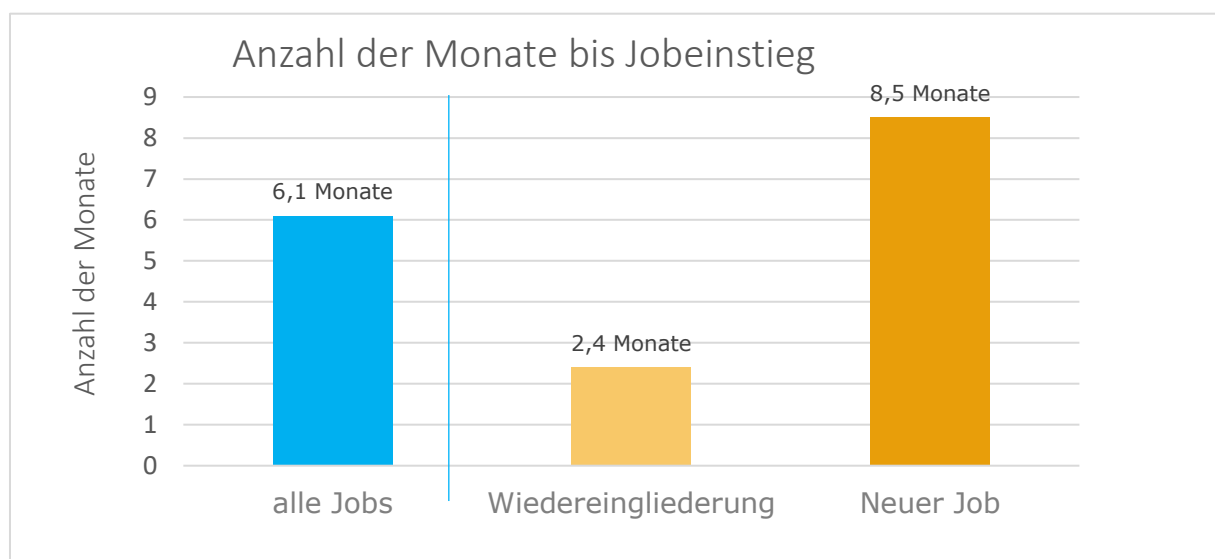


Abbildung 16: Zeit bis Job(wieder-)einstieg nach Coachingstart

Anmerkungen: in die Auswertung einbezogen wurden alle Personen, die mind. 6 Monate am Coaching teilgenommen haben und nach Coachingstart einen kompetitiven Job aufgenommen haben; n = 88 Personen; gezählt wurde der erste Jobeinstieg nach Studienstart

Im Durchschnitt betrug die Dauer von Beginn des Coachings bis zur Aufnahme der Arbeit bei den 88 Teilnehmenden ein halbes Jahr (siehe Abb. 16). Erwartungsgemäß zeigten sich Unterschiede in der Dauer zwischen jenen, welche sich für eine Wiedereingliederung in den vorhandenen Job entschieden (2,4 Monate bis Wiedereinstieg) und jenen, die ein neues Arbeitsverhältnis aufnahmen (8,5 Monate bis zum Neueinstieg).

Das Coaching am Arbeitsplatz, in dem IPS-Coaches auch Kontakt mit den Arbeitgebenden haben, und am Arbeitsplatz direkt unterstützen, ist Teil des IPS-Ansatzes. In die folgenden Analysen gingen all jene Teilnehmenden ein, welche eine „wettbewerbsfähige“ Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt aufnahmen und nach Arbeitsaufnahme noch mindestens sechs Monate am Coaching teilnahmen. Diese Auswahl wurde getroffen, um nachvollziehen zu können, ob und wenn ja in welchem Ausmaß ein Coaching am Arbeitsplatz stattgefunden hat. Dieses Kriterium erfüllten von den 88 in Arbeit gekommenen Personen, um die es im vorangegangenen Abschnitt ging 63. Von diesen 63 Personen gab es bei 19 vor Aufnahme ihrer Tätigkeit einen oder mehrere Kontakte zwischen Arbeitgeber*in und Coach*in, dabei belief sich die Anzahl der Kontakte selten auf mehr als 5 (siehe Abb. 17). Ähnlich sieht es beim Coaching nach Arbeitsaufnahme aus: Bei 22 Personen hatten Arbeitgeber*in und Coach*in Kontakt miteinander. Auch ergaben sich in der Summe selten mehr als 1 bis 5 Kontakte.

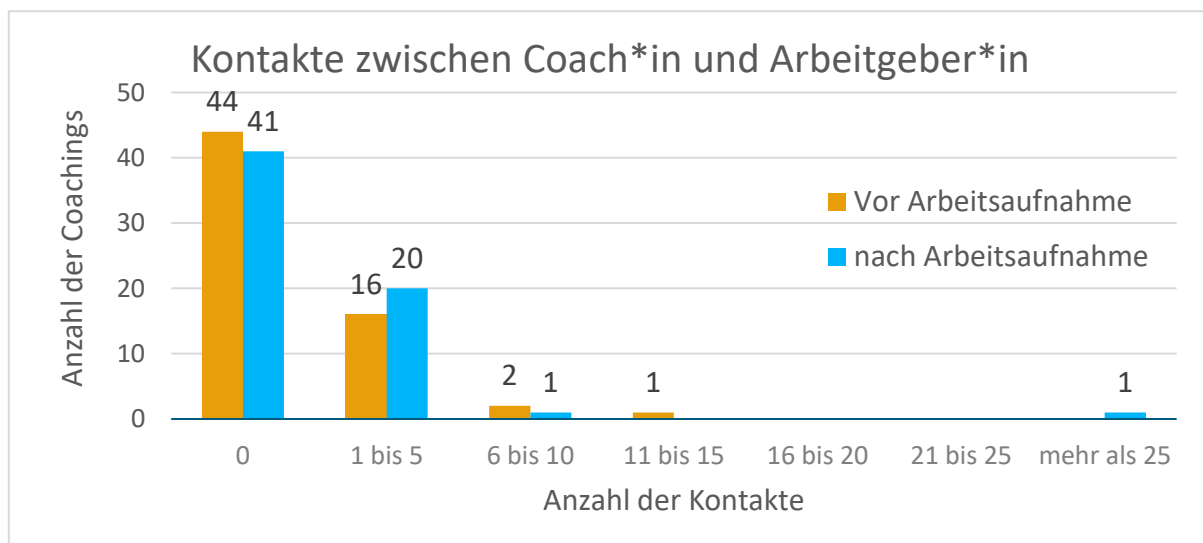


Abbildung 17: Anzahl der Kontakte zwischen Coach*in und Arbeitgeber*in

Anmerkungen: in die Auswertung einbezogen wurden alle Personen, die nach Coachingstart einen kompetitiven Job aufgenommen haben und danach noch mind. 6 Monate am Coaching teilgenommen haben; n = 63 Personen

Wie gestaltete sich das Coaching nach Arbeitsaufnahme in Bezug auf die Kontaktfrequenz zwischen Coach*in und Teilnehmer*in? Nach Arbeitsaufnahme nahmen die Kontakte zwischen Teilnehmer*in und Coach*in deutlich ab. Hierbei zeigten sich regionale Unterschiede zwischen MV und BI: Die durchschnittliche Anzahl der Kontakte pro Monat zwischen Coach*in und Teilnehmer*in fällt sowohl in MV (von 5,93 auf 3,51) als auch in Bielefeld (von 3,7 auf 2,78) ab. Neben dem vor allen in MV größeren Abfall der Kontakte, zeigen sich auch regionale Unterschiede in der Form der Kontakte. In Mecklenburg-Vorpommern wurde der Großteil der Kontakte zwischen Teilnehmer*in und Coach*in nach Arbeitsaufnahme in schriftlicher Form durchgeführt (58,1 %) während die Kontakte im Schnitt zu 18,5 % persönlich und zu 21,7 % telefonisch stattfanden. Ein Kontakt per Video fand nur äußerst selten Anwendung (0,9 %). In Bielefeld entfällt auf die schriftlichen Kontakte ein Anteil von 23,0 % während überwiegend persönlich (33,5 %) oder telefonisch (39,6 %) kommuniziert wurde. Auch in Bielefeld wurde der Austausch zwischen Coach*in und Teilnehmer*in nach Arbeitsaufnahme per Video eher selten genutzt (4,7 %).

Auch bezogen auf die dokumentierten Fahrtzeiten zeigten sich für die Coaches regional deutliche Unterschiede: Während im ländlich geprägten MV eine durchschnittliche Fahrtzeit von 90 Minuten (z. B. zu den Treffen mit den Teilnehmenden) notiert wurde, betrug der Durchschnitt in Bielefeld mit 46 Minuten etwa die Hälfte. Über beide Regionen hinweg lag die Fahrzeit im Durchschnitt bei allen 109 Fällen, in denen Fahrtzeiten notiert wurden bei 73 Minuten.

Zusammenfassung und Zwischenfazit

Die fallspezifische Dokumentation im Rahmen des IPS-ZIB-Projekts bietet wertvolle Einblicke in den Verlauf, die Intensität und die Ausgestaltung der Coachingprozesse sowie deren regionale Besonderheiten. Die Daten verdeutlichen, wie heterogen und individuell die Verläufe im IPS-Coaching sind und unterstreichen die Bedeutung einer kontinuierlichen, standardisierten Dokumentation für die wissenschaftliche Begleitung und Qualitätssicherung.

Die Analyse der Coachingdauer zeigt, dass der Großteil der Teilnehmenden über einen längeren Zeitraum betreut wurde, wobei einige über die formell vorgesehene Zeit von 24 Monaten hinausbegleitet wurden. Dies spricht für ein bedarfsgerechtes Vorgehen, das auf Flexibilität im Coachingprozess setzt und auf reale Rahmenbedingungen – wie Terminfindung mit mehreren Beteiligten – Rücksicht nimmt und in der Planung einer Verstetigung des Angebotes berücksichtigt werden sollte. In Bezug auf die Kontakthäufigkeit gab es Hinweise, dass die Coachingintensität zu Beginn höher ist. Dies legt nahe, dass zu Beginn des Coachings ein erhöhter Unterstützungsbedarf besteht, der sich im weiteren Verlauf stabilisiert oder abnimmt. Längere Fahrtzeiten und weniger persönliche Kontakte weisen auf Besonderheiten in strukturschwachen, ländlichen Regionen hin. Daraus ergibt sich ein möglicherweise höherer Bedarf an Ressourcen und ggf. spezifischen Konzepten für diese Settings. Auch die Unterschiede in der Kontaktfrequenz zwischen Coach*in und Behandlungsteam scheint neben der Wahrung der Präferenzen der Teilnehmenden vor allem auf kontextuelle bzw. strukturelle Unterschiede hinzuweisen. In Mecklenburg-Vorpommern erfolgte die psychiatrische Anbindung der Teilnehmenden hauptsächlich über die Institutsambulanz (dort war das Projekt bekannt), was Terminabsprachen mit dem Behandlungsteam vereinfachte und die Compliance der Kliniken, sich an der Studie zu beteiligen, erhöhte. Die Daten zur Kontaktform zeigen, dass der persönliche Kontakt dominierte, was dem Grundprinzip des IPS-Ansatzes – der individuellen und direkten Unterstützung – entspricht. Der schriftliche und telefonische Kontakt ergänzte diese Arbeit, während der Videoaustausch kaum genutzt wurde. Dies kann sowohl auf technische als auch auf akzeptanzbezogene Hemmnisse hinweisen, insbesondere in ländlichen Gebieten. Das individuelle Budget wurde nur von einer Minderheit der Teilnehmenden genutzt. Die Verwendungszwecke – von Qualifizierungen über Gesundheitsförderung bis hin zu Arbeitsmitteln – zeigen, dass das Budget zur passgenauen Unterstützung genutzt wurde. Gleichzeitig deutet die geringe Inanspruchnahme darauf hin, dass das Instrument noch nicht durchgängig etabliert oder bekannt war bzw. ggf. organisatorische Hürden (Sorge um unsachgemäßen Einsatz der finanziellen Mittel) bestanden. Das Coaching nach Arbeitsaufnahme wurde unterschiedlich gestaltet: in einigen Fällen wurde das Coaching beendet, in anderen blieb der Kontakt bestehen (teilweise in reduzierter Form). Das Coaching am Arbeitsplatz ließ sich im Projekt nur in Ansätzen umsetzen, was an den lediglich vereinzelt dokumentierten Kontakten zwischen Coach*in und Arbeitgeber*in zu sehen ist. Die Ergebnisse der Fokusgruppeninterviews mit den Sozialarbeitenden und Coaches (siehe Abschnitt 4.7.5 und 4.7.6) sowie die Interviews mit den Teilnehmenden (siehe Abschnitt 4.7.3) geben Hinweise darauf, dass die (Angst vor) Stigmatisierung hier eine große Rolle spielen könnte. Betrachtet man die Anzahl der Beschäftigten (69 % haben *ein* Beschäftigungsverhältnis aufgenommen) vor dem Hintergrund der langen Beschäftigungszeit (Abschnitt 4.4.5) kann von einem tendenziell nachhaltigen (Wieder-)Einstieg auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt ausgegangen werden.

Limitationen

Die Coaches wurden dazu angehalten, die vorab gemeinsam abgestimmte Dokumentation des Coachings umzusetzen. Trotz Einigung auf ein einheitliches Verfahren der fallspezifischen Dokumentation blieben viele Möglichkeiten für die individuelle Ausgestaltung der Protokollierung offen, wie beispielsweise die Detailliertheit der erfassten Tätigkeiten und Kontakte. Die Ergebnisse aus der Dokumentation können somit lediglich Hinweise zum Ablauf des Coachings geben und erheben keinen Anspruch diesen Prozess in Gänze widerzuspiegeln.

4.7.2 Entwicklungsverläufe der Teilnehmenden mit Arbeitsaufnahme

In Abbildungen 18 und 19 sind die Verläufe aller Teilnehmenden am IPS-Coaching dargestellt, bei denen eine erfolgreiche Platzierung auf dem ersten Arbeitsmarkt dokumentiert wurde ($n = 93$). Um ein besseres Verständnis für die individuellen Verläufe über dieses dichotome Kriterium hinaus zu erhalten, sind hier für alle Teilnehmenden einzeln Übergänge in verschiedene Phasen und deren jeweilige Dauer gekennzeichnet. Aufgrund der hohen Anzahl an Personen, die bei Studieneinsteuerung einen bestehenden Arbeitsvertrag hatten, sind die Abbildungen geteilt in Teilnehmende, die zu irgendeinem Zeitpunkt wieder in diese Stelle zurückgekehrt sind ($n = 35$) und diejenigen, die nicht wieder in einem bestehenden Arbeitsverhältnis gearbeitet haben ($n = 58$). Diese zweite Gruppe beinhaltet sowohl Teilnehmende, die einen Arbeitsvertrag hatten, aber dort nicht wieder gearbeitet haben und solche, die bei Studieneinsteuerung keinen Arbeitsvertrag hatten.

Insgesamt ist die Diversität in den Verläufen, in der Anzahl unterschiedlicher Arbeitsstellen und in der Gesamtdauer in Arbeit zu erkennen. Das IPS-Coaching wurde in vielen Fällen bis (nahe) zum Ende der Studienlaufzeit genutzt, auch nachdem eine Arbeit aufgenommen wurde. Einige Teilnehmende beendeten jedoch das Coaching kurz nach der Arbeitsaufnahme oder nahmen erst nach Coachingende eine Arbeit auf. Nur für einen kleinen Teil (16 %) der in Arbeit gekommenen IPS-Gruppe (15 von 93 Personen mit dokumentierter Arbeitsaufnahme) ist bekannt, dass sie zum Studienende nicht mehr beschäftigt waren. Allerdings bleibt der Beschäftigungsstatus bei einzelnen Teilnehmenden unklar, da für einige Verläufe zum Zeitpunkt T2 keine Angaben vorliegen (siehe Abb. 6), was sich in den vorzeitig endenden Balken in der Darstellung widerspiegelt (siehe Abb. 18 und 19).

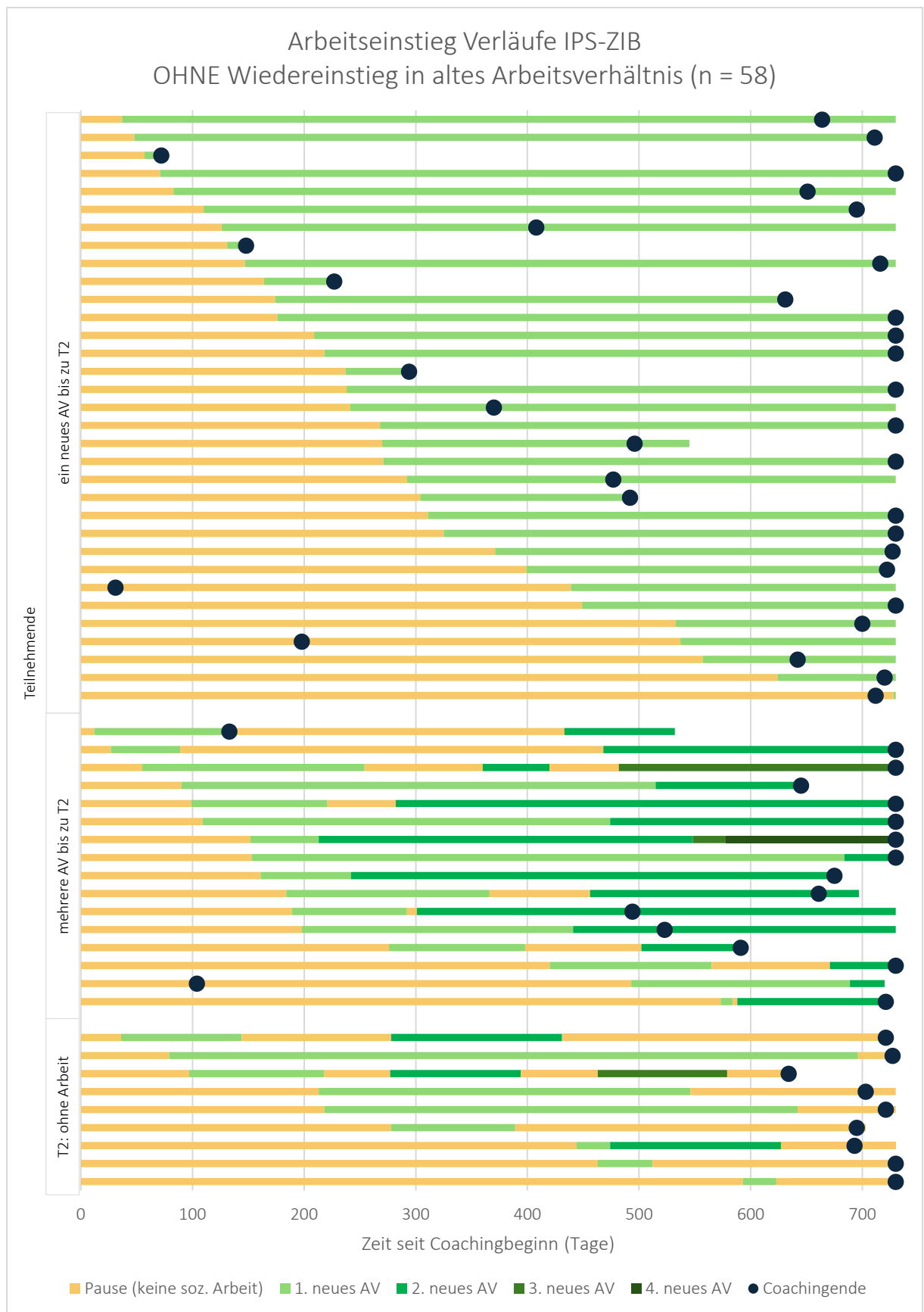


Abbildung 18: Coachingverläufe ohne Wiedereinstieg

Abbildung 18³ veranschaulicht die große Diversität der Verläufe jener Teilnehmenden, die kein bestehendes Beschäftigungsverhältnis wiederaufgenommen haben, sowohl hinsichtlich des Zeitpunkts

der Arbeitsaufnahme, der Anzahl aufgenommener Arbeitsverhältnisse als auch der Dauer der Beschäftigungen.

Ein Teil der Teilnehmenden nahm bereits früh nach Beginn des Coachings eine Tätigkeit auf, andere deutlich später oder erst gegen Ende der Studienlaufzeit. Viele Personen durchliefen im Beobachtungszeitraum mehr als ein Arbeitsverhältnis, einzelne bis zu vier verschiedenen Stellen (teilweise Saisonverträge). Auch die Dauer der Beschäftigung war sehr unterschiedlich und reichte von kurzen Einsätzen bis hin zu mehreren hundert Tagen. In vielen Fällen wurde das Coaching bis zum Studienende (730 Tage) fortgeführt. In einigen Fällen wurde das Coaching direkt nach der Arbeitsaufnahme beendet und vereinzelt wurde eine Beschäftigung erst nach dem Coachingende aufgenommen.

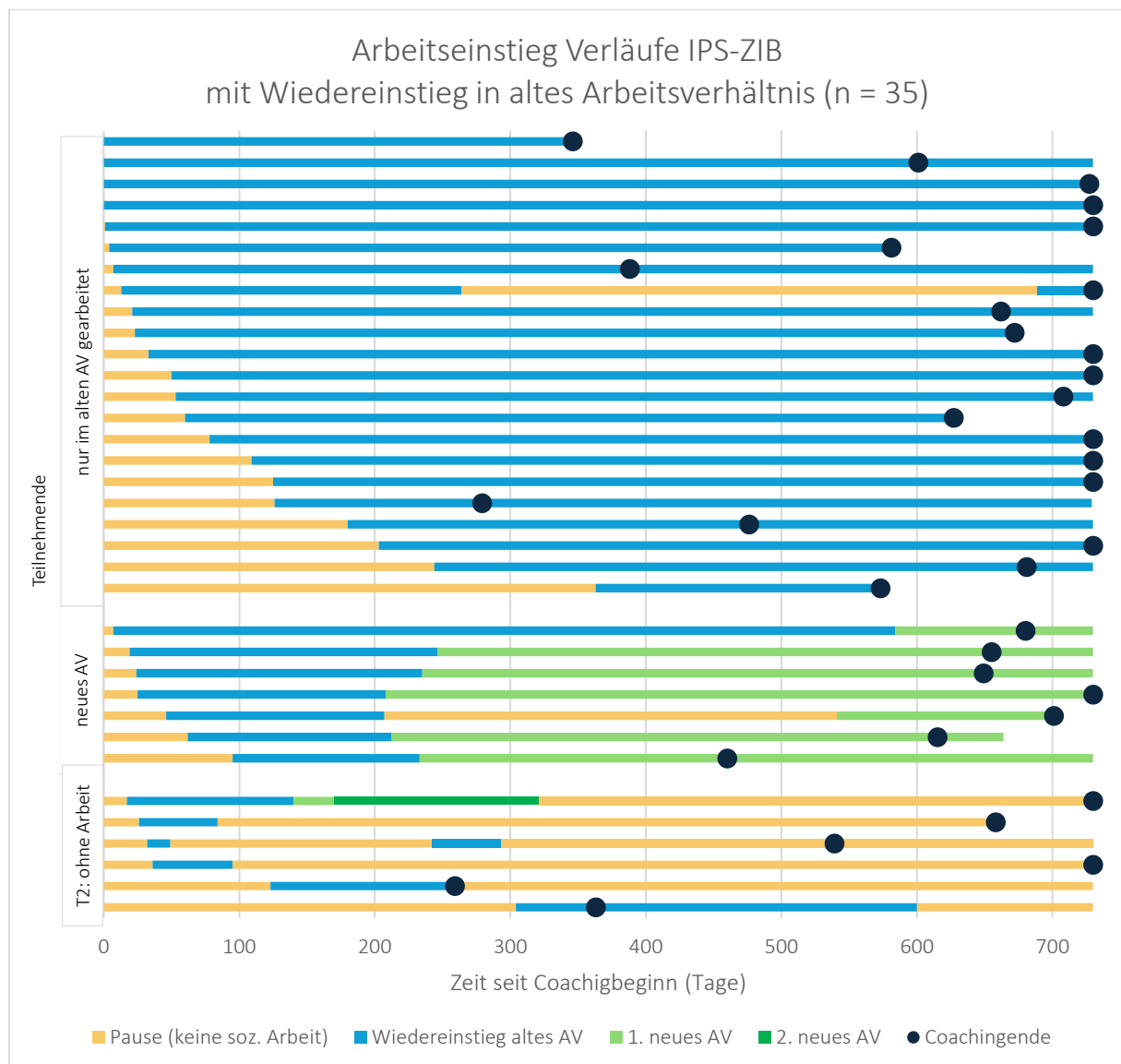


Abbildung 19: Coachingverläufe mit Wiedereinstieg

Die Abbildung 19³ zeigt die individuellen Verläufe von Teilnehmenden des IPS-Coachings, die im Verlauf der Studie wieder in ein zu Studienbeginn bestehendes Arbeitsverhältnis zurückgekehrt sind. Auffällig

³ Es liegen keine detaillierteren Einzelfallbeschreibungen vor.

ist, dass ein Großteil der Teilnehmenden früh wieder ins alte Arbeitsverhältnis einstieg und dieses häufig über einen langen Zeitraum hinweg beibehielt – dargestellt durch die durchgehenden blauen Balken. Ein kleinerer Teil der Gruppe nahm zusätzlich ein oder mehrere neue Arbeitsverhältnisse auf, was durch grüne Balken markiert ist. Diese Verläufe zeigen, dass auch innerhalb der „Rückkehrergruppe“ eine gewisse Dynamik in der beruflichen Situation bestand. Auch in dieser Gruppe wurde das Coaching oft über den Wiedereinstieg hinaus weitergeführt, bei einigen Personen sogar bis zum Studienende. Für wenige Teilnehmende ist zum Studienende keine Beschäftigung dokumentiert. Ähnlich wie in Abbildung 18 enden manche Balken vor T2, was auf fehlende Verlaufsdaten zurückzuführen ist.

Zusammenfassung und Zwischenfazit

Die beiden Abbildungen zeigen die individuellen Verläufe von Teilnehmenden des IPS-Coachings, die im Verlauf der Studie in ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis eingestiegen sind ($n = 93$). Zur besseren Übersicht wurde zwischen Teilnehmenden unterschieden, die in ein bestehendes Arbeitsverhältnis zurückgekehrt sind ($n = 35$), und solchen, die in neue Arbeitsverhältnisse eingetreten sind ($n = 58$).

In der Gruppe mit Wiedereinstieg in ein bestehendes Arbeitsverhältnis zeigt sich, dass viele Teilnehmende früh und meist dauerhaft in ihr vorheriges Beschäftigungsverhältnis zurückkehrten. Diese Verläufe waren häufig stabil und kontinuierlich, was auf eine erfolgreiche und nachhaltige Reintegration in bereits bekannte Strukturen hindeutet. Dennoch gibt es individuelle Unterschiede hinsichtlich des Zeitpunkts des Wiedereinstiegs, der Dauer der Beschäftigung sowie der Kombination mit neuen Arbeitsverhältnissen. Die Gruppe ohne Wiedereinstieg in ein bestehendes Arbeitsverhältnis wies hingegen deutlich vielfältigere und dynamischere Verläufe auf. Viele Teilnehmende durchliefen mehrere Arbeitsverhältnisse, mit zum Teil kurzen Beschäftigungsdauern, Unterbrechungen und späten Einstiegen. Auch in dieser Subgruppe wurde das Coaching häufiger bis zum Studienende genutzt. Diese Vielfalt unterstreicht die Heterogenität der individuellen Integrationsverläufe und verdeutlicht, dass der Weg in Arbeit nicht linear verläuft. Schlussfolgernd lässt sich festhalten, dass das IPS-Coaching sowohl stabile Rückkehrprozesse als auch komplexe Neuanfänge begleitet hat. Die Daten zeigen die Bandbreite individueller Wege zurück in Beschäftigung und heben die Bedeutung einer flexiblen, längerfristigen Begleitung hervor. Gleichzeitig macht die Übersicht deutlich, dass eine rein dichotome Bewertung von „vermittelt ja/nein“ der Komplexität individueller Erwerbsverläufe nicht gerecht wird.

4.7.3 Vorzeitige Beendigung des Coachings

Um ein vertieftes Verständnis für den vorzeitigen Abbruch der IPS-Coaching-Maßnahme zu gewinnen, wurden Teilnehmende, die die Intervention nicht regulär abgeschlossen haben, zu ihren Abbruchgründen befragt. Die Erhebung erfolgte standortspezifisch mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen: An einem Standort wurde ein kurzer Fragebogen eingesetzt, um quantitative Daten zu erheben, während am anderen Standort qualitative Telefoninterviews durchgeführt wurden, um detaillierte Einblicke in individuelle Erfahrungen und Beweggründe zu erhalten. Dieser kombinierte Ansatz ermöglicht sowohl eine deskriptive Erfassung der häufigsten Abbruchgründe als auch ein tieferes Verständnis der zugrunde liegenden Faktoren, die zum vorzeitigen Ausstieg aus der Maßnahme geführt haben.

Bielefeld

Fragebogen bei vorzeitiger Beendigung

Am Standort Bielefeld wurde den Teilnehmenden des IPS-Coachings, die die Intervention vorzeitig beendet haben, ein Kurzfragebogen zur Erhebung der Beendigungsgründe zugeschickt (siehe Anlage 5). Der Fragebogen beinhaltete sieben mögliche Gründe, bei denen die Teilnehmenden jeweils auf einer Skala von 1 (trifft gar nicht zu) bis 5 (trifft voll und ganz zu) ihre Zustimmung angeben konnten. Zusätzlich

enthielt der Fragebogen ein offenes Item, das den Grund für die Beendigung in den eigenen Worten erfasste („Warum haben Sie das IPS-Coaching beendet?“). Insgesamt haben 30 der 38 Personen, die das Coaching vorzeitig beendet haben, den Fragebogen erhalten. Von den restlichen 8 Personen konnten 6 nicht erreicht werden und 2 haben die Befragung verneint. Die Rücklaufquote der ausgesendeten Fragebögen betrug 57 % (n = 17). In Abbildung 20 ist die Verteilung der Antworten auf die vorgegebenen Items dargestellt. Die offene Frage wurde von 15 Personen beantwortet und zeigte die folgenden selbstgenannten Beendigungsgründe (Anzahl Nennungen in Klammern):

- Ausscheiden des Coaches/der Coachin (z. B.: „Weil mein IPS-Coach das Programm verlassen hat.“) (9)
- Nutzung alternativer Angebote (z. B. „Es gab für mich keinen Mehrwert. Ziel ist das BTZ Bielefeld.“) (2)
- „Wir haben keine konstruktive Lösung/Jobangebot gefunden“ (1)
- „Da sich mein Gesundheitszustand extrem verschlechtert hatte und ich zu dem Coaching nicht mehr in der Lage war.“ (1)
- „Bin Frührentner geworden“ (1)
- „Ich habe auch ohne Unterstützung gut in mein bestehendes Arbeitsverhältnis zurückgefunden. Coaching war nicht mehr erforderlich.“ (1)

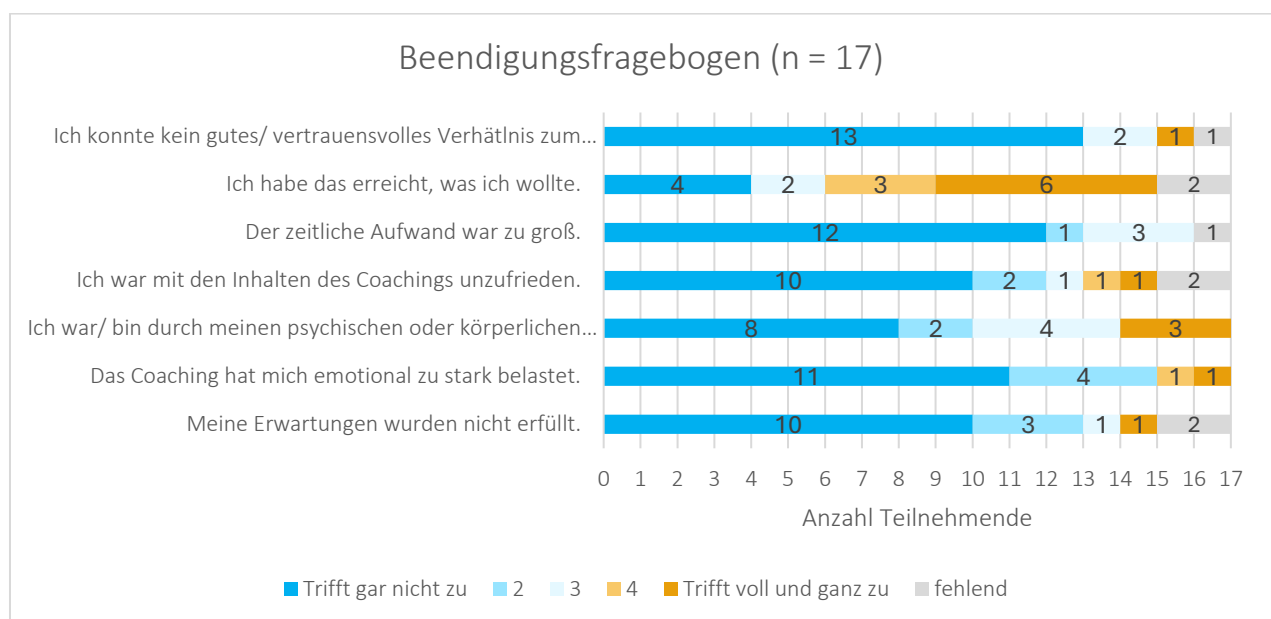


Abbildung 20: Gründe für eine vorzeitige Beendigung des Coachings in Bielefeld

Zusammenfassung und Zwischenfazit

Insgesamt gab es eine breite Verteilung der Antworten auf die vorgegebenen Beendigungsgründe. Als meist genannter Grund in der offenen Frage nach den Gründen für die vorzeitige Beendigung wurde insbesondere das Ausscheiden des IPS-Coaches oder der IPS-Coachin genannt, was für die Relevanz der persönlichen Beziehung zwischen IPS-Coach*in und Teilnehmer*in spricht. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass personelle Kontinuität im Coachingprozess eine zentrale Rolle für den Verbleib im Programm spielt. Der Verlust einer vertrauten Ansprechperson scheint bei einigen Teilnehmenden zu einem Bruch im Unterstützungsprozess geführt zu haben. Dies unterstreicht die Bedeutung einer stabilen Beziehung zwischen Coach*in und Teilnehmer*in für den Erfolg des Coachings.

Darüber hinaus zeigt sich, dass individuelle Lebensumstände – insbesondere gesundheitliche Krisen oder bereits erreichte berufliche Stabilisierung – ebenso relevante Einflussfaktoren für eine Beendigung des Coachings darstellen. Diese Differenzierung verdeutlicht, dass Abbruch nicht immer gleichzusetzen

ist mit Scheitern, sondern auch Ausdruck einer veränderten Bedarfslage oder erfolgreich abgeschlossener Zielerreichung sein kann, da über die Hälfte der befragten Teilnehmenden die Aussage „Ich habe das erreicht, was ich wollte“ mit 4 oder 5 auf der oben genannten Skala bewertet haben.

Insgesamt legen die Ergebnisse nahe, dass ein flexibles, personenzentriertes Vorgehen – gepaart mit verlässlichen Beziehungsstrukturen – entscheidend dafür ist, Teilnehmende längerfristig im Unterstützungsprozess zu halten. Zugleich könnte die Implementierung von Übergabestrategien bei personellen Wechseln sowie eine frühzeitige Klärung realistischer Erwartungen einen Beitrag dazu leisten, Abbrüche zu reduzieren.

Limitation

Bei der Interpretation der Beendigungsgründe ist die kleine Fallzahl von 17 Teilnehmenden zu beachten. Daher können diese Ergebnisse zwar Hinweise auf unterschiedliche Gründe für die Beendigung vonseiten der Teilnehmenden geben, jedoch nicht als repräsentativ für die Gesamtgruppe verstanden werden.

Mecklenburg-Vorpommern

Interview bei vorzeitiger Beendigung

Am Standort in MV hat eine Projektmitarbeiterin, mit eigener Erfahrungsexpertise, zwischen Oktober und Dezember 2022 eine qualitative Erhebung zum Thema „Abbruchgründe“ mit Teilnehmenden aus dem IPS-ZIB-Projekt durchgeführt. Für die qualitative Befragung wurden die zu dem Zeitpunkt 29 gemeldeten „vorzeitigen Beender*innen“ für eine Befragung in Erwägung gezogen. Vier Personen haben ein Interview verneint, eine Person war verstorben und weitere 5 Personen konnten nicht erreicht werden oder es kam kein Termin zu Stande. Mit 11 Personen konnte ein Interview zum Thema „Abbruchgründe“ vereinbart werden. Aus Gründen zeitlicher und personeller Ressourcen konnten nicht alle Teilnehmenden befragt werden, die über die gesamte Studienlaufzeit hinweg vorzeitig beendet hatten. Die Befragungen wurden parallel zur Durchführung ausgewertet, sodass auf Basis des Prinzips der thematischen Sättigung bestimmt werden konnte, zu welchem Zeitpunkt die Datenerhebung ausreichend war, um zentrale Muster und Motive zu identifizieren.

Von den durchgeführten 11 Interviews fanden neun telefonisch und zwei persönlich statt. Nach einem kurzen aufklärenden Telefonat wurde mit den sieben Frauen und vier Männern (*M*: 42 Jahre, 55 % mit Arbeitsvertrag bei Studieneinstellung, alle vier beteiligten Kliniken gleichermaßen vertreten) ein Termin für ein Interview verabredet. Nach Präferenzen der Teilnehmenden und der durchführenden Mitarbeiterin wurde dies telefonisch oder persönlich durchgeführt. Nach Einwilligung der Teilnehmenden wurden die durchschnittlich 21-minütigen Gespräche (Min: 11 Minuten; Max: 35 Minuten) aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert sowie deskriptiv ausgewertet. Neben der narrativen Einstiegsfrage „Können Sie mir erzählen, welche Gründe Sie dazu bewogen haben, Ihre Teilnahme an der Studie abubrechen?“ wurden im Verlauf der Interviews ergänzend gezielte Unterfragen eingesetzt. Diese ergaben sich aus praxisnahen Beobachtungen der wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und der regionalen Koordination im Projektverlauf sowie aus dem Gespräch heraus. Ziel dieser Fragen war es, bestimmte Aspekte systematisch zu vertiefen, die sich in der praktischen Umsetzung der Studie als potenziell relevant für das Abbruchverhalten herausgestellt hatten. Der Leitfaden ist in Anlage 6 zu finden. Folgende Informationen wurden aus den qualitativen Interviews extrahiert.

Drei Teilnehmende befanden sich zum Interviewzeitpunkt bereits in der **Erwerbsminderungsrente** und zwei weitere hatten einen Antrag auf EM-Rente gestellt. Gemäß den Einkommenskriterien (siehe Abschnitt 3.2) wurden Teilnehmende, die sich entschieden hatten einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen projektseitig vom weiteren Coaching ausgeschlossen, da ein Antrag auf Frühverrentung einer aktiven Mitwirkung an der Integration in den ersten Arbeitsmarkt zuwiderläuft.

In den Interviews schilderten die Teilnehmenden verschiedene Gründe für die vorzeitige Beendigung des Coachings, welche teils in einen EM-Rentenanspruch mündeten.

Ein wichtiger Grund für den Abbruch des Coachings war das Fehlen einer positiven **Beziehung zur coachenden Person**, wie in folgendem Zitat deutlich wird: *„und sie war mir auch ein bisschen unsympathisch von ihrem Wesen, sag ich mal. [...] Da brauche ich nicht noch eine fremde Person, die mich nicht kennt, die mich eher wieder zurück schmeißt, weil sie mich innerlich aufgeregt hat“*. Sechs der Teilnehmenden gaben an, dass sie von Beginn an keine Verbindung zu ihrer betreuenden Person aufbauen konnten und sich nicht verstanden fühlten. Drei weitere beschrieben eine ambivalente Beziehung, in der sie zwar teilweise Unterstützung erfuhren, aber auch Enttäuschungen erlebten. Nur zwei Personen bewerteten ihre Beziehung zur coachenden Person als positiv. In mehreren Fällen gaben Teilnehmende an, den Namen ihres IPS-Coaches bzw. ihrer IPS-Coachin nicht zu kennen. Zudem berichteten einige, bereits früh einen Wechsel der zuständigen Person in Erwägung gezogen zu haben.

Darüber hinaus berichteten Teilnehmende von **gesundheitlichen Problemen**, die zum Abbruch führten. Fünf Personen gaben an, sich nach einem Klinikaufenthalt oder aufgrund anhaltender Beschwerden nicht in der Lage zu fühlen, wieder ins Berufsleben einzusteigen. Einige Teilnehmende fühlten sich stark unter Druck gesetzt, (gemäß dem IPS-Ansatz) schnell eine Arbeitsstelle zu finden. Dieser Druck wurde als belastend empfunden, insbesondere in Verbindung mit bestehenden gesundheitlichen Problemen (*„Natürlich wäre ein Wunsch gewesen, dass ich durch dieses ganze Prinzip oder diese Studie Arbeit gefunden hätte, aber dadurch, dass ich ja selber von mir aus gesagt habe, dass das halt alles zu früh ist, habe ich es ja selbst im Endeffekt nicht unterstützt oder nicht mitgemacht.“*).

Auch die **Art der Unterstützung** durch die Coaches wurde kritisch gesehen. Fünf Teilnehmende bemängelten, dass sie keine konkreten Hilfestellungen erhalten hätten, während zwei sich aufgrund der Antipathie gegenüber der coachenden Person gar nicht erst trauten, nach Hilfe zu fragen. Einige empfanden das Coaching als zu unstrukturiert oder wenig individuell auf ihre Bedürfnisse abgestimmt (*„Aber ich sag auch, ich kann mir das Leben ja nicht noch schwerer machen, wie es im Moment auf Arbeit ausgesehen hat. Deshalb habe ich vieles abgelehnt, was sie mir denn vorgeschlagen hat. Nicht so zu hundertprozentig, dass ich da was mit anfangen konnte, was sie vorgeschlagen hat.“*). In manchen Fällen fehlte es an einer klaren Anleitung oder einem Plan, der den Teilnehmenden bei der beruflichen Wiedereingliederung geholfen hätte.

Eine weitere Herausforderung bestand darin, dass einige Teilnehmende **andere Erwartungen** an das Coaching hatten, was zu Enttäuschungen führte (*„Naja wie gesagt, sie hat nur von der Arbeit geredet, von wegen Bewerbung und Arbeit. Ich so: ne ich bin krankgeschrieben, ich brauche mich jetzt nicht bewerben. Wir warten jetzt auf meinen Reha-Termin und der soll über 6 Wochen gehen, eventuell vielleicht mit Verlängerung oder nicht.“*). Sie wünschten sich z. T. therapeutische oder medizinische Unterstützung, die durch die Coaches nicht geleistet werden konnten. Zudem gaben mehrere Personen an, dass sie sich nicht ausreichend über den Ablauf und die Zielsetzung des Coachings informiert gefühlt hätten.

Finanzielle Zwänge spielten ebenfalls eine Rolle (*„[...] momentan lebe ich von Hartz IV und muss monatlich eigentlich noch einiges draufzahlen, weil man sich ja doch einen gewissen Standard erarbeitet hat, aber die finanziellen Mittel gehen bald zu Neige.“*). Drei Personen nahmen ihre alte Arbeit wieder auf, obwohl sie sich eigentlich eine berufliche Neuorientierung gewünscht hätten. Die finanziellen Sorgen wurden in vielen Fällen als wichtiger empfunden als die persönliche Eignung oder Bereitschaft zur Rückkehr in den Arbeitsmarkt. Besonders bei jenen, die sich noch in einer gesundheitlichen Erholungsphase befanden, stellte dieser finanzielle Druck eine erhebliche Belastung dar. Eine weitere Person zog in ein anderes Bundesland, um eine neue Arbeitsstelle anzunehmen, ohne das Coaching überhaupt in Anspruch zu nehmen.

Zudem äußerten einige Teilnehmende die Sorge, ihr Arbeitgeber/ihre Arbeitgeberin könnte von den gesundheitlichen Problemen erfahren, was insbesondere eine Ablehnung des Coachings am Arbeitsplatz zur Folge hatte. Die **Angst vor Stigmatisierung** war ein wiederkehrendes Thema, insbesondere bei

Teilnehmenden, die bereits negative Erfahrungen im Arbeitskontext gemacht hatten oder sich im neuen Arbeitsumfeld nicht exponieren wollten („*Ich will nicht verurteilt werden. Sozusagen als schwaches Glied gesehen werden*“). Die gleichzeitige Belastung durch gesundheitliche Einschränkungen und die Furcht vor negativen Reaktionen trugen ebenfalls dazu bei, dass der Coachingprozess als belastend erlebt und letztlich vorzeitig beendet wurde.

Zusammenfassung und Zwischenfazit

Im Rahmen einer qualitativen Erhebung wurden in Mecklenburg-Vorpommern elf ehemalige Teilnehmende des IPS-Coachings zu ihren Gründen für den vorzeitigen Abbruch des Coachings befragt. Die zentralen Abbruchgründe lassen sich in mehrere Themenfelder gliedern: eine fehlende oder belastende Beziehung zum/zur Coach*in, gesundheitliche Einschränkungen, der als zu hoch empfundene Druck zur schnellen Arbeitsaufnahme sowie ein Mangel an individueller und strukturierter Unterstützung. Weitere Gründe betrafen unrealistische Erwartungen an das Coaching, mangelnde Information über Inhalte und Ablauf, finanzielle Zwänge und Ängste vor Stigmatisierung im beruflichen Umfeld.

Die Ergebnisse zeigen, dass sowohl strukturelle als auch persönliche Faktoren zum Abbruch des Coachings beigetragen haben. Insbesondere die Qualität der Beziehung zwischen Coach*in und Teilnehmenden erwies sich als ausschlaggebend – fehlende Vertrauensbasis, mangelndes Verständnis und fehlende Passung führten häufig zu Rückzugstendenzen. In mehreren Fällen konnten Teilnehmende den Namen der jeweiligen coachenden Person nicht benennen, was auf eine geringe Beziehungsqualität im Coaching-Prozess hinweisen könnte. Dieses fehlende persönliche Bezugsmoment sowie die früh geäußerte Bereitschaft zum Wechsel der Betreuungsperson lassen auf ein geringes Vertrauen in die Beziehung schließen. Auch gesundheitliche Belastungen und Unsicherheiten bezüglich der eigenen Arbeitsfähigkeit erschwerten die aktive Teilnahme. Der wahrgenommene Druck zur schnellen (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt wirkte in Kombination mit unklaren Erwartungen und unzureichender individueller Anpassung des Coachings teilweise überfordernd. Diese Ergebnisse legen nahe, dass der Coachingprozess stärker an die jeweilige Lebenslage und Belastbarkeit der Teilnehmenden angepasst sowie die Beziehungsarbeit intensiviert werden sollte. Zudem könnte eine verbesserte Aufklärung über Inhalte und Ziele des Coachings dazu beitragen, Missverständnisse und Enttäuschungen zu vermeiden.

Limitation

Es ist möglich, dass die Teilnehmenden die tatsächlichen Gründe für ihren Abbruch nicht uneingeschränkt offenlegen wollten. Stattdessen könnten Antworten vorsichtiger oder sozial erwünscht formuliert worden sein, wodurch insbesondere kritische Rückmeldungen oder persönliche Belastungsgründe möglicherweise unterrepräsentiert sind.

4.7.4 Zufriedenheit mit dem Coaching

Die Teilnehmenden, die an der Abschlussbefragung (T2) teilgenommen haben, wurden mithilfe des Fragebogens zur Messung der Patientenzufriedenheit (ZUF-8, Schmidt et al., 1989) bezüglich ihrer Zufriedenheit mit dem IPS-Coaching befragt. Der ZUF-8 besteht aus acht Fragen, die in der ursprünglichen Version die Zufriedenheit mit einer Klinikbehandlung abbilden und für das Projekt entsprechend modifiziert (siehe Abschnitt 3.5) wurden. Aufgrund der Breite und Heterogenität der regulären Angebote zur beruflichen Rehabilitation, erschien eine analoge Erhebung der Zufriedenheit in der Vergleichsgruppe nicht zielführend.

Wie in Abschnitt 4.1 beschrieben, nahmen 108 Personen aus der IPS-G an der Abschlussbefragung (T2) teil. Davon haben 99 Teilnehmende den ZUF-8 beantwortet, wobei für eine Person keine Angaben zu den Fragen 1, 2, 3 und 7 vorlagen. Abbildung 21 zeigt für alle Items die Verteilung der Antworten. Die Prozentangaben beziehen sich jeweils auf die Personen, die den Fragebogen beantwortet haben (n = 99 bzw. n = 98).

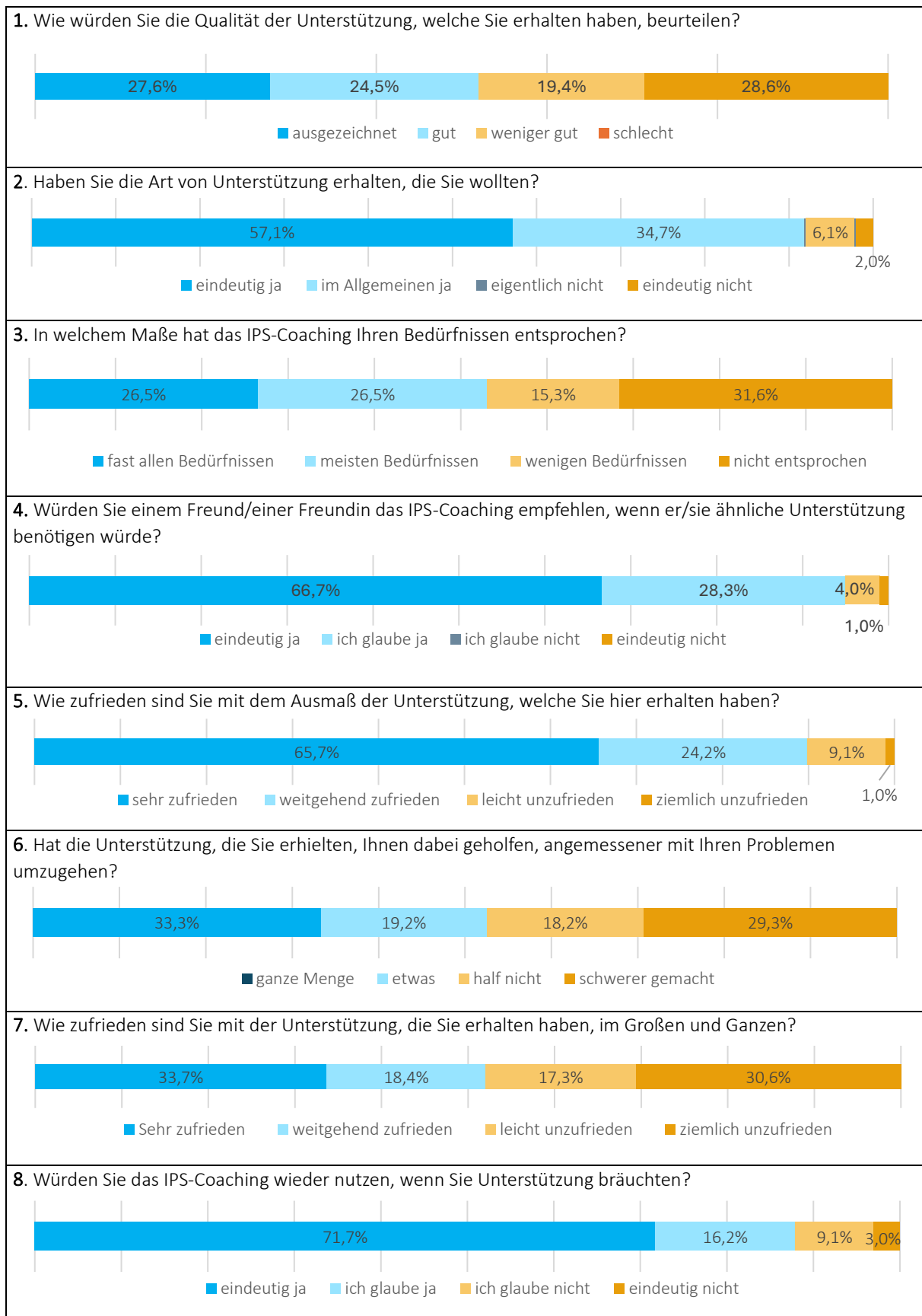


Abbildung 21: Zufriedenheit mit dem IPS-Coaching

Es ist zu erkennen, dass ein Großteil (ca. 88 %) der Teilnehmenden, die Angaben zu T2 gemacht haben, in Zukunft das IPS-Coaching eindeutig oder eher wieder nutzen würde. Ebenso würden 95 % das IPS-Coaching an eine Freundin bzw. einen Freund weiterempfehlen. Eine starke (66 %) oder weitgehende

(24 %) Zufriedenheit wurde zudem für das Ausmaß der Unterstützung angegeben. Bei Fragen bezüglich der Qualität der Unterstützung (52 %), dem Entsprechen eigener Bedürfnisse (53 %), sowie der allgemeinen Bewertung der Unterstützung im Großen und Ganzen (52 %) gaben jeweils etwas mehr als die Hälfte der Teilnehmenden an, sehr oder weitestgehend zufrieden zu sein.

Zusammenfassung und Zwischenfazit

Die Ergebnisse der Befragung deuten auf eine insgesamt positive Wahrnehmung des IPS-Coachings durch die Teilnehmenden hin, die bis zum Ende am Projekt teilnahmen. Die hohe Bereitschaft zur Wiederinanspruchnahme (88 %) sowie die starke Weiterempfehlungsrate (95 %) sind deutliche Indikatoren für eine hohe subjektive Zufriedenheit mit dem Angebot. Etwas differenzierter fällt das Bild bei den Items zur Qualität und Bedarfsorientierung der Unterstützung aus, bei denen jeweils etwas mehr als die Hälfte der Teilnehmenden ein sehr oder weitgehendes hohes Maß an Zufriedenheit angab. Dies könnte darauf hinweisen, dass trotz der positiven Gesamtbewertung noch Potenziale zur Optimierung hinsichtlich der individuellen Passung und Qualität der Inhalte bestehen.

Limitation

Grundsätzlich sollte bei der Interpretation einer Zufriedenheitsbewertungen immer auch beachtet werden, dass eine Verzerrung der Ergebnisse möglich ist. Beispielsweise könnten die Teilnehmenden gemäß sozialer Erwünschtheit besonders positiv bewertet haben. Es lässt sich ebenso nicht ausschließen, dass Personen, die mit dem IPS-Coaching besonders unzufrieden waren, seltener an der Abschlussdiagnostik (T2) teilgenommen haben. Ebenso haben die Teilnehmenden des Coachings keinen direkten Vergleich an dem sie das Coaching messen können.

4.7.5 Erfahrungen der Coaches

Zur systematischen Erfassung der praktischen Erfahrungen der Coaches wurden zum Laufzeitende des IPS-Coachings die Coaches an beiden Stadtorten zu einer Fokusgruppe eingeladen. Die praktische Perspektive der coachenden Personen bezüglich der Umsetzungserfahrungen stellten eine zentrale Informationsquelle für Überlegungen zur möglichen Verstetigung des Angebots dar. Aufgrund struktureller und organisatorischer Unterschiede zwischen den beiden Projektstandorten erwies sich eine getrennte Datenerhebung und -auswertung als methodisch sinnvoll und wird somit im Folgenden für beide Projektstandorte getrennt dargestellt.

Bielefeld

Methode: Es wurde eine qualitative, deskriptive Studie mit einem phänomenologischen methodischen Ansatz durchgeführt. Im September 2023 lud das Forschungsteam alle Coaches, die zu diesem Zeitpunkt am Standort Bielefeld arbeiteten, zur Teilnahme an einer semi-strukturierten Fokusgruppe ein. Während der gesamten Projektphase arbeiteten insgesamt neun Coaches am Projektstandort Bielefeld, wobei vier in der Endphase des Projekts verblieben und somit an der Fokusgruppe teilnahmen. Im Vorfeld erhielten alle Coaches eine E-Mail mit Informationen zur Fokusgruppe und einem kurzen demographischen Fragebogen. Die Fokusgruppe fand im Büro der Coaches statt und dauerte 130 Minuten, einschließlich einer zehnminütigen Pause und wurde auf Audio und Video aufgezeichnet. Nach einer Einführung wurden offene Fragen beantwortet, und die Coaches gaben ihre schriftliche Zustimmung zur Teilnahme. Nach einem kurzen Input zu den IPS-Prinzipien folgte ein fünfminütiges „freies Schreiben“ zum Thema „Welche Erfahrungen habe ich mit der Umsetzung von IPS gemacht?“. Dies gab den Teilnehmenden die Möglichkeit, über ihre eigenen Erfahrungen nachzudenken, bevor sie diese mit der Gruppe teilten. Für die Durchführung der Fokusgruppe wurde ein halbstrukturierter Interviewleitfaden (siehe Anlage 7) verwendet. Das Forschungsteam reflektierte die Entwicklung der Fragen für die Fokusgruppe wiederholt durch schriftliche Notizen und Diskussionen. Der

Interviewleitfaden wurde in einer Sitzung mit dem Leiter des Coachingteams und einer ehemaligen Coachin besprochen und finalisiert.

Datenauswertung: Die Datenanalyse basierte auf einer deskriptiven phänomenologischen Methodologie nach Colaizzi (Colaizzi, 1978; Vignato et al., 2021). Zunächst lasen zwei Mitarbeiterinnen der wissenschaftlichen Begleitung unabhängig voneinander das Transkript und kodierten den Text induktiv mit der Software MAXQDA (VERBI Software, 2021), während sie Memos schrieben und ihre eigenen Vorannahmen und Ideen aufzeichneten, um die Reflexivität zu erhöhen (Holloway & Wheeler, 2010) (Schritte 1-3). Die Codes wurden diskutiert, es wurden Themengruppen gebildet (Schritt 4) und Beschreibungen erstellt (Schritte 5 und 6). Das Kodierungssystem und die identifizierten übergreifenden Themen wurden schließlich (Schritt 7) gemeinsam mit den Fokusgruppenteilnehmenden reflektiert und weiter angepasst. Dafür gaben die Teilnehmenden in einem persönlichen Termin am 13.12.2023 (Dauer ca. 1 Stunde) dem Forschungsteam Rückmeldungen zu dem Kodierungssystem und den bisher identifizierten Themen. Eine wissenschaftliche Hilfskraft verwendete das Kodierungssystem, um das Transkript erneut zu kodieren. Neue Erkenntnisse wurden eingearbeitet und die Beschreibungen der Codes finalisiert (Schritt 8). Zwischenergebnisse wurden im Kollegium der Forschungsabteilung diskutiert, die nicht an der Studie beteiligt waren, um Reflexivität zu gewinnen.

Ergebnisse: Die teilnehmenden Coaches waren zwischen 42 und 58 Jahre alt (1 Frau, 3 Männer). Sie arbeiteten durchschnittlich seit 23,75 Monaten (14, 24, 27, 30) im IPS-Projekt und hatten jeweils 5, 7, 10 und 16 Teilnehmende betreut. Zwei Personen arbeiteten Vollzeit, zwei andere Teilzeit (50 % und 70 %).

Eine Übersicht über die identifizierten Hauptthemen mit ihren Unterodes und Beispielzitate aus der Fokusgruppe ist in Tabelle 11 dargestellt.

Tabelle 11: Übersicht der Ergebnisse der Fokusgruppe Bielefeld

„Ich muss erst mit meinen Teilnehmenden lernen, wo der Druck anfängt“: zwischen Ermutigung und Druck • Angst der Teilnehmenden vor dem Scheitern <i>„Und wir hatten aber zu Anfang sehr viel das Thema: "Was passiert, wenn er wieder erkrankt?". Er hatte natürlich dann die Sorge, was ist, wenn ich es NICHT schaffen sollte.“</i> • Vorgabe 30 Tage, Behandlungskontakte, Offenlegung <i>„die Anfangsphase war sehr stark geprägt durch diese 30 Tage Rückkehr plus Behandler Kontakt plus Offenlegung der Erkrankung. Also man musste mit DIESEN drei Komponenten unwahrscheinlich gut dosiert umgehen.“</i> • „Anschieben ohne zu drücken“ <i>„Genau, also man kann ja auch beharrlich sein und anschieben ohne zu drücken. Nur das ist eben ein sehr feiner Grad und die Leute sind auch sehr unterschiedlich in dem, was sie so raushören, wenn ich mit denen spreche. Die sagen "Öh, jetzt setzen sie mich aber unter Druck," und ich denk so: "Hö, was?". [...] Ich muss erst mit meinem Teilnehmenden LERNEN, wo bei ihm, der Druck anfängt und bis wo die positive Motivation geht. Also das ist eben, das sind einzelne Personen mit einzelnen Erfahrungen und ja, unterschiedlichen Erfahrungen.“</i> • Schrittweiser Wiedereinstieg, um Druck zu reduzieren <i>„bei einigen war direkt wieder ein Einstieg in den alten Beruf in Vollzeit oder so, das war so das maximale/die maximale Herausforderung. Und das muss man halt schauen, dass man nicht direkt die maximale Forderung da auf den Tisch bringt, sondern so nach und nach.“</i>
„Dass da jemand ist, der sich diese Sachen [...] mal anhört“: zwischen Unterstützung und Abgrenzung

- Aufnehmen aller Themen mit Relevanz für Teilnehmende
 - Am Arbeitsplatz: Arbeitsplatzergänzung fördern
„Also an Arbeit zu kommen, ich hatte auch einige wo es wichtig war einen Arbeitsplatz dann zu ERHALTEN ja. Und das hat auch unterstützend geholfen ja. Das Zuhören und dass da jemand ist, der äh sich diese Sachen, die da am Arbeitsplatz passieren, mal anhört.“
 - Feuerlöscher bei akuten Krisen
“ich sag mal so erste/so Feuerlöscher, Feuerwehrmann, so habe ich mich gefühlt, oft so für die ersten aufkommenden Themen.“
 - Persönliche Themen: „das eine bedingt immer das andere“
„und das eine bedingt immer das andere. Also wenn das Auto weg ist plötzlich: "Wie komme ich zur Arbeit?" oder wenn ich mich in der Woche weiter bewerben sollte. Klar, die Situation ist natürlich nicht schön, (...), aber es führte letztendlich/bei MIR war es immer wieder so, immer wieder auf das Thema Arbeit hinaus.“
- Coaches grenzen sich in ihrer Rolle ab
„Aber für mich war es auch ganz wichtig zu sagen, mich abzugrenzen, zu sagen: "Ich bin kein Therapeut".“

„Ich stehe zur Verfügung, wenn Sie möchten“: zwischen Arbeitgeberkontakt und Nicht-Offenlegung

- „Wenn Sie es nicht wollen, dann ist es okay“: freiwillige Offenlegung
„Also ich habe ja mal versucht so eine Back-up-Funktion anzubieten, ich habe gesagt: ,Wenn Sie es nicht wollen, dann ist es okay, das ist freiwillig. Aber haben Sie im Hinterkopf, wenn es wirklich richtig irgendwie scheppern sollte, wenn das nicht klappt, dann bin ich sofort da und geh auch mit denen in den Kontakt rein.““
- „der fehlende Arbeitgeberkontakt [war] aber wirklich schade“: Nachteile von fehlendem Arbeitgeberkontakt
“der fehlende Arbeitgeberkontakt manchmal aber wirklich schade ja für die Teilnehmer [...]“
- „der Arbeitgeber war dann auch offen“
“Und das war eine total lockere Atmosphäre, letztlich für alle, aber der Arbeitgeber war dann auch so offen, der hat gesagt: "Können WIR irgendwas anders machen? Sind Sie krank geworden durch die Arbeit hier?“

„Kampf durch das System“: zwischen individuellen Bedürfnissen und externen Hürden

- Coaching wird „ausgebremst“
„Also so das sind so Situationen, gerade wenn es so in diese rechtlichen, sozialrechtlichen Sachen dann, wo ich denke: "Ah, da hätte ich gerne mehr in der HAND" und wenn es im Rahmen dieses IPS oder von Wiedereingliederungsmaßnahmen wäre, dass man da irgendwas an der Hand hat um zu sagen: ,Hier, halbes Jahr, ihr könnt das genau aufeinander abstimmen, wie es für euch passt,““
- Suche nach Nischen für individuelle Lösungen
„Und die Person ist auch krankgeschrieben, darf er das jetzt überhaupt? Wie ist das aus versicherungsschutztechnischen Gründen zum Beispiel“
- Fehlendes Wissen zum sozialrechtlichen Unterstützungssystem
„Also ich sag mal, zu DEM Thema fehlte es mir persönlich ganz viel an Grundwissen.“
- Herausforderung therapeutische Weiterbehandlung
“Und da war in den wenigsten Fällen auch so eine Anschlussbehandlung. Das war die erste Herausforderung, also erstmal die Teilnehmenden KENNENZulernen, eine gute Anamnese zu machen und dann eine Vermittlung ins Hilfesystem, also zu einem Therapeuten. Ja, dass da eine Anschlussbehandlung an den Klinikaufenthalt auch überhaupt GEGEBEN ist. Das hat sich ja bei einigen auch ganz schön lange hingezogen [...]“

Anmerkungen: Hauptthemen und Unter-codes mit Beispielsätzen

„Ich muss erst mit meinen Teilnehmenden lernen, wo der Druck anfängt“: zwischen Ermutigung und Druck:

Die Coaches bemerkten, dass die Teilnehmenden sich schnell unter Druck gesetzt fühlten, möglichst bald wieder in den Beruf einzusteigen. Die Angst vor dem Scheitern (wieder erkranken, wieder in die Klinik müssen, das Arbeitspensum nicht zu schaffen usw.), die die Coaches bei ihren Teilnehmenden wahrnahmen, führte dazu, dass sie es vermieden, im Coaching zu viel Druck aufzubauen. Stattdessen loteten sie mit ihren Teilnehmenden die feine Linie zwischen Druck und Ermutigung aus und sprachen beharrlich immer wieder arbeitsbezogene Fragen an. Sie beschrieben teilweise einen inneren Spagat zwischen dem Fokus auf die Präferenzen der Teilnehmenden und anderen IPS-Prinzipien (z. B. baldiger Wiedereinstieg in Arbeit). Um Druck zu reduzieren, hielten sie einen schrittweisen Wiedereinstieg in den Beruf in individuellen Fällen für hilfreich.

„Dass da jemand ist, der sich diese Sachen [...] mal anhört“: zwischen Unterstützung und Abgrenzung:

Die Coaches haben sich als Ansprechpersonen für alle möglichen Themen ihrer Teilnehmenden gefühlt, sowohl jene mit direktem Bezug zu Arbeit, als auch solche privater Art. Diese hingen jedoch häufig ebenfalls indirekt mit der Arbeitsfähigkeit zusammen. Bei akuten Krisen waren die Coaches häufig erste „Feuerlöcher“. Das Besprechen all dieser Themen hielten sie für wichtig, denn es zeugte ihrer Meinung nach von Vertrauen zwischen Klient*in und Coach*in und diente indirekt auch dem Ziel, wieder in Arbeit zu kommen bzw. Arbeit zu erhalten. Gleichzeitig beschrieben die Coaches das Bedürfnis, sich in ihrer Rolle abzugrenzen, insbesondere von einer therapeutischen Rolle, und wieder auf den Kernbereich Arbeit zu fokussieren.

„Ich stehe zur Verfügung, wenn Sie möchten“: zwischen Arbeitgeberkontakt und Nicht-Offenlegung:

Die Coaches erwarteten und wünschten sich, als „Bindeglied“ zwischen Teilnehmenden und Arbeitgebenden zu fungieren, jedoch war die Offenlegung der Erkrankung und des Coachings gegenüber Arbeitgebenden häufig nicht gegeben bzw. durch die Teilnehmenden nicht gewünscht. Die Coaches betonten Autonomie und Freiwilligkeit, sahen jedoch gleichzeitig auch Nachteile (z. B. vermehrter Druck, Leistungsanspruch, erhöhte Anspannung bei Coach*in und Klient*in) bei einer fehlenden Offenlegung. Das Coaching am Arbeitsplatz wurde, wenn es stattfand, als bereichernd und die Arbeitgebenden als offen erlebt.

„Kampf durch das System“: zwischen individuellen Bedürfnissen und externen Hürden:

Die IPS-Coaches sahen insgesamt große Hürden für die Teilnehmenden und für das Coaching durch das sozialrechtliche Unterstützungssystem. Sie erlebten, dass das Coaching durch andere Maßnahmen oder Vorgaben von außen ausgebremst wurde. Außerdem sei kaum Platz für flexible individuelle Lösungen für eine berufliche Wiedereingliederung bzw. für eine berufliche Umorientierung vorhanden und die Coaches mussten nach „Nischen“ suchen. Zudem fehlte vor allem zu Beginn Wissen über das komplexe sozialrechtliche Unterstützungssystem. Eine große Herausforderung stellte außerdem die therapeutische Weiterbehandlung und das Herstellen von Kontakt zwischen Coach*in und Behandler*in dar.

Zusammenfassung und Zwischenfazit:

Um die Erfahrungen mit dem IPS-Konzept im Rahmen des IPS-ZIB-Projektes am Standort Bielefeld zu erfassen, wurde eine Fokusgruppendifkussion mit vier Coaches durchgeführt und qualitativ ausgewertet. Die IPS-Coaches erlebten ihre Rolle als einen Balanceakt, der mehrere Themen umfasste: Ermutigung der Teilnehmenden zur Rückkehr an den Arbeitsplatz, ohne sie unter Druck zu setzen; Unterstützung der Teilnehmenden bei gleichzeitiger Wahrung eigener Grenzen; Umsetzung des

Coachings, auch wenn Teilnehmende keine Offenlegung am Arbeitsplatz wünschten; und Navigation durch die Komplexität des Pflege- und Sozialsystems. Entscheidend schien einerseits das Arbeitsbündnis zwischen Klient*in und Coach*in und andererseits sicheres Wissen bzw. ein guter Austausch zum Unterstützungssystem. Die Definition und das „Balancieren“ ihrer vielseitigen Rollen als IPS-Coaches kann eine Herausforderung darstellen. Hilfreich für eine zukünftige Umsetzung können eine gründliche Vorbereitung und Schulung sowie gute strukturelle Voraussetzungen und Flexibilität bei allen Akteuren und Akteurinnen sein, um ein individuelles Coaching durchzuführen.

Limitationen

Mit der Durchführung einer Fokusgruppe wurde der Schwerpunkt auf die gemeinsamen Erfahrungen der IPS-Coaches gesetzt, wodurch individuelle Erfahrungen weniger Platz fanden. Da viele der im Interview gestellten Fragen bereits in den wöchentlichen Teamsitzungen besprochen worden waren, ermöglichte diese Methode einen Einblick in ihre Erfahrungen als Team (Lunt & Livingstone, 1996). Fünf Coaches hatten das Projekt vor Durchführung der Fokusgruppe verlassen, weshalb ausschließlich die verbliebenen vier teilnahmen.

Mecklenburg-Vorpommern

Methode: In MV wurde im September 2023 ein Fokusgruppen-Interview mit fünf (ein Mann, 4 Frauen) von insgesamt sieben am Projekt teilnehmenden Coaches durchgeführt, da zwei Coachinnen ihre Tätigkeit bereits beendet hatten. Das Interview fand von 10 bis 14 Uhr, einschließlich 30 Minuten Mittags- sowie 15-minütiger Kaffeepause, in den Räumlichkeiten des Berufsförderungswerkes Stralsund statt. Durch das Institut für Sozialpsychiatrie MV e. V. und den Landesverband Sozialpsychiatrie MV e. V. wurde das semi-strukturierte Fokusgruppen-Interview durchgeführt und als Audiodatei aufgezeichnet sowie anschließend transkribiert. Als Einstiegsstimulus wurden die Coaches gebeten, ihre Überlegungen und Erfahrungen dahingehend mit der Gruppe zu teilen, was es, basierend auf ihrer Erfahrung und ihrem Erleben braucht, damit IPS-Coaching vor Ort gut funktioniert. Die gesammelten Impulse aus dem Coaching-Team wurden anschließend von den Moderatorinnen mit ausgewählten Themen abgeglichen, die die Forschenden im Vorfeld zusammengetragen hatten. Diese Themen waren im Rahmen von Dienstbesprechungen sowie durch Gespräche mit einzelnen Coaches erarbeitet worden und stimmten – bis auf eine Ausnahme – mit den von den Coaches eingebrachten Aspekten überein. Die Ausnahme betraf die Bedeutung der Beziehungsgestaltung zwischen Teilnehmer*in und Coach*in für den Erfolg des Coachings. Dieses Thema wurde explizit aufgegriffen, da es insbesondere bei den Teilnehmenden, die das Coaching vorzeitig beendet hatten, eine zentrale Rolle zu spielen schien. In Synthese der von den Coaches angesprochenen Aspekte und dem aus den Rückmeldungen der vorzeitigen Beender*innen gewonnen Beziehungserfahrungsaspekt setzte sich der strukturierte Leitfaden zusammen, welcher folgende Themen näher diskutieren wollte: Integration/Zusammenarbeit der IPS-Coaches und Klinikmitarbeiter*innen/Behandler*innen, Organisation/Kommunikation zwischen IPS-Coaching-Teamleitung und Mitarbeitenden, (keine) Ausschlusskriterien, Offenlegung der psychischen Erkrankung, direkte, rasche und individuelle Stellensuche, befristete Arbeitsverhältnisse und vorzeitige Beendigung des IPS-Coachings. Im Anschluss wurden die Themen Beziehungsgestaltung und Qualifizierung der Coaches sowie offene Themen aus dem ersten Teil gemeinsam diskutiert und reflektiert (Fragebogen siehe Anlage 8).

Datenauswertung: Die Datenanalyse erfolgte nach Kuckartz (Kuckartz & Rädiker, 2024) mithilfe der Software MAXQDA (VERBI Software, 2021), unter Verwendung der Methode der fokussierten Interviewanalyse. Diese hat das Ziel, mithilfe eines vor dem Interview entwickelten Leitfadens bestimmte Aspekte eines Themas zu beleuchten, zu diskutieren und zu klären, wie hier zum Thema „subjektiv wahrgenommene Erfolgsfaktoren für das IPS-Coaching“ aus Sicht der beteiligten Coaches. Die fokussierte Interviewanalyse zur Frage, was es zur gelingenden Umsetzung von IPS-Coaching vor Ort braucht, erfolgte analog zu Kuckartz und Rädiker (2024) in sechs Schritten: Im ersten Schritt lasen zwei Mitarbeiterinnen der wissenschaftlichen Begleitung das Interviewtranskript intensiv und fertigten

Memos zu ersten Gedanken und Zusammenfassungen der Antworten auf die angesprochenen Themen an. In einem zweiten Schritt glichen sie diese Zusammenfassungen mit den Themenkategorien aus dem Interviewleitfaden ab. Auf dieser Grundlage erfolgte die Basiscodierung, zum Hervorheben von Textstellen, welche für die einzelnen Themenkategorien relevant waren, sowie darauf aufbauend die Feincodierung, welche dann zwischen einzelnen Aspekten der angesprochenen Themen differenzierte. Die so codierten Textstellen wurden erneut gelesen und überarbeitet. Die Kategorienbildung erfolgte eng entlang der Interviewfragen des semi-strukturierten Interviewleitfadens, ergänzt durch sich aus dem Text ergebenden Kategorien.

Ergebnisse: In der Diskussion der Frage, was es den befragten Coaches zufolge für eine erfolgreiche Umsetzung von IPS in Deutschland braucht, kamen vor allem Aspekte der **übergreifenden Kooperation** zur Sprache. So verwiesen mehrere Coaches darauf, dass eine enge und gleichzeitig flexible Zusammenarbeit zwischen Klinik, Coach*in und Teilnehmer*in und ggf. Arbeitgeber*in oder Ämtern wichtig ist. Die Zusammenarbeit mit dem Behandlungsteam wurde von den fünf anwesenden Coaches als sehr unterschiedlich empfunden und reichte von „*es fehlte nichts*“ bis „*wäre wichtig gewesen*“. Insgesamt berichten die Coaches wenig von Kontakten mit Behandlern und Behandlerinnen. So berichtete ein*e Coach*in: „*Mit Behandlern gab es keine Zusammenarbeit, keine. [...] Das wäre glaube ich super wichtig gewesen. Richtig, richtig wichtig*“. Kontakt gab es jedoch in der Regel zu den Sozialarbeitenden der Kliniken, vor allem im Rahmen der halbjährlichen Monitoring-Termine. Die Zusammenarbeit mit den Sozialarbeitenden wurde insgesamt besser bewertet, zugleich jedoch in ihrer Qualität als sehr uneinheitlich beschrieben. In Bezug auf die Ausgangsfrage äußerten sich die Interviewten dahingehend, dass die Zusammenarbeit mit dem Behandlungsteam für ein erfolgreiches IPS intensiver erfolgen sollte.

In diesem Zusammenhang ist auch die **Coaching-Teamleitung** zu erwähnen, welche von den Befragten als nicht vorhanden empfunden wurde und somit ihre Vernetzungsfunktion nicht - wie in der Projektplanung angedacht - übernommen hat. Auf die Frage nach der Zusammenarbeit mit der Coaching-Teamleitung fragte ein*e Coach*in „*Wer ist denn die Coaching-Teamleitung?*“. Zur persönlichen Bewertung der Team-Leitung kam ebenfalls aus dem Coaching-Team die Aussage: „*Ich sag mal, ein Schiff ohne Kapitän ist nicht in Ordnung, funktioniert nicht so richtig*“.

Bezüglich der **Befristung** der aufgenommenen Beschäftigungsverhältnisse berichteten die Coaches sowohl von Vollzeit- als auch von Teilzeitstellen, die jeweils den Präferenzen der Teilnehmenden entsprachen.

Die Coaches waren sich einig, dass eine **rasche Platzierung** aus dem Krankenhaus heraus, unabhängig davon, ob noch Praktika vorgeschaltet waren oder nicht, für den Erfolg des IPS-Coachings von Vorteil ist. „*(...) egal, ob über Praktika oder gleich in die Berufstätigkeit, das war total gut. Weil dann kommen sie nicht ins Grübeln, sie kriegen wieder einen Tagesrhythmus, der ja so nicht gegeben ist. Das war total gut. Wenn dazwischen eine Pause war, dann ist es schwierig sie wieder in Bewegung zu bekommen*“. Zur **direkten Platzierung** ohne Vorstufen wie beispielsweise Praktika hat sich das Coaching-Team uneinheitlich positioniert - während einige Coaches den IPS-Ansatz der Platzierung ohne vorbereitende Vorstufen befürworteten, plädierten andere für vorbereitende Schritte, da die Teilnehmenden beispielsweise „*übers Praktikum dann drangeblieben sind*“. Die Coaches berichteten weiterhin, dass sie sich bei der Jobsuche nach den **individuellen Wünschen** der Teilnehmenden gerichtet haben. Ein*e Coach*in beschreibt: „*Die bestehenden Jobs, die halt so krank gemacht haben, da waren ja einige, da hatten wir auch lange drüber gesprochen. Da ist keiner zurückgegangen. Und ich denke, das wäre auch nicht so von Erfolg gekrönt gewesen [...]. Aber bei den Klienten, die ich betreut habe, die machen eigentlich das, was sie wirklich gerne machen wollten. Okay es hat ja, wie gesagt, auch ein bisschen gedauert. Und ich finde, man hat auch das Recht dazu, das so zu machen. Auch wenn es sehr schwierig ist und wenn man da ganz viele Hindernisse überwindet. Das ist ja auch ein Großteil des Lebens, den man bei der Arbeit verbringt. Und das würde ich immer unterstützen*“.

Der IPS-Standard, **keine Ausschlusskriterien** zu formulieren, fand unter den Beteiligten zunächst breite Zustimmung. Die Interviewten würden sich allerdings in dem Fall einer Umsetzung ohne jegliche Ausschlusskriterien eine bessere Vorbereitung und Schulung hinsichtlich der Erkrankungen und ihrem Umgang damit wünschen. *„Also im Sinne der Inklusion würde ich sagen ‚gleiches Recht für alle‘, aber wenn, dann würde ich als Coach besser geschult worden sein. Weil es ist ein Unterschied, ob ich mit Borderlinern oder mit depressiv erkrankten Menschen zusammenarbeite [...].“* Besonders im Einstiegsprozess würde laut der Coaches eine engere Zusammenarbeit mit den Sozialarbeiter*innen der Kliniken sehr helfen, sich besser in die Teilnehmenden hineinversetzen zu können.

Eine **Offenlegung der Erkrankung** gegenüber den Arbeitgebenden würden die Coaches sehr individuell empfehlen wollen. Sie nannten sowohl positive als auch negative Fallbeispiele in Hinblick auf die Offenlegung und resümierten, dass dies stark von der Offenheit und dem Wissensstand der Arbeitgebenden abhängt. Auf die Frage, wie die Coaches eine verpflichtende Offenlegung bei den Arbeitgebenden als Voraussetzung für die Teilnahme am IPS-Coaching einschätzen (so auch bei einem IPS-Projekt in Reichenau praktiziert), antwortete ein*e Coach*in *„So geteilte [Erfahrungen], ich glaube ich könnte das gar nicht so genau sagen, ob ich mich dafür oder dagegen positionieren würde. Ich habe Teilnehmer, die haben im sozialen Sektor eine Berufstätigkeit, da war das positiv. Das war ähnlich wie EX-IN, von Experten für Experten, da war das also sogar von Vorteil. Aber ich hab auch einen Teilnehmer, der hat nur so angedeutet, dass er da eine gesundheitliche Beeinträchtigung hat und da hat der Arbeitgeber ganz offen reagiert, weil er dachte das hat irgendwas mit der körperlichen Situation zu tun. Und als dann aber rauskam, dass es eine psychische Erkrankung ist, da hat er ihn gekündigt.“*

Auf die Frage nach den Gründen einer **vorzeitigen Beendigung** des Coachings durch die Teilnehmenden berichteten mehrere Coaches von der *„Verschlechterung der Krankheit“*. Aber auch Umzug, Zeitmangel nach Arbeitsaufnahme, falsche Vorstellungen vom Coaching und *„ganz neu starten [ohne Coaching]“* wurden genannt.

Zur **Beziehungsgestaltung** berichteten die Coaches sehr Unterschiedliches. Einige sind strikt bei dem „Sie“ in der Ansprache geblieben, während andere individuell auch ein „Du“ angeboten haben. Die Coaches haben vorweg mit dem Teilnehmer bzw. der Teilnehmerin die präferierte Kontaktgestaltung besprochen. Ein*e Coach*in hat dies sogar schriftlich festgehalten. Die Umsetzung nach den Präferenzen der Teilnehmenden war sehr heterogen. Es gab Hausbesuche sowie Treffen im Büro oder an einem öffentlichen Ort und mehrere wöchentliche Termine bis hin zu Kontakten ausschließlich zu den halbjährlichen Monitorings. Die Coaches haben berichtet, dass Kontinuität die Arbeitsprozesse erleichtert hat: *„Aber es wurde eigentlich immer leichter, je mehr Zeit vergangen ist. Und jetzt ist eigentlich ein sehr guter Punkt erreicht. Ich weiß, wann ich wen kontaktiere oder warum sich jemand vielleicht nicht meldet. Oder wie wir es dann besser machen können, entweder über E-Mail oder Telefon. Irgendwie kriegt man den Kontakt immer hin. Es wird dann auch zurückgerufen. Aber das hat sich jetzt erst entwickelt. Das kriegt man jetzt nicht in einem Monat oder so hin.“*

Die an der Fokusgruppe teilnehmenden Coaches wurden auch zu Ihrer **Qualifizierung** im Rahmen des Projektes befragt und äußerten übereinstimmend, dass die Fortbildung zu den rechtlichen/gesetzlichen Themen (die krankheitsbedingt ausgefallen ist) gefehlt hat. *„Und was ich mir noch gewünscht hätte, wäre eine intensive Einführung in das Sozialgesetzbuch. Also die ganzen Gesetzmäßigkeiten, also Arbeitslosengeld I, Krankengeld, Überbrückungsgeld, also das war echt learning by doing.“* *„Ich denke mal, wir haben ganz viel im Alltag jetzt auch gelernt“* meldete ein*e Coach*in zurück.

Zusammenfassung und Zwischenfazit

Auf die Frage nach den Gelingensfaktoren für die Umsetzung des IPS-Coachings in Deutschland betonten die befragten Coaches die zentrale Bedeutung einer funktionierenden, flexiblen und eng abgestimmten Zusammenarbeit zwischen Klinik, Coaching und Teilnehmenden. Während der Kontakt zu Behandelnden in vielen Fällen als lückenhaft beschrieben wurde, bestand regelmäßig Austausch mit

den Sozialarbeitenden. Dieser Austausch wurde qualitativ unterschiedlich bewertet. Die Rolle der koordinierenden Coaching-Teamleitung blieb im Projektverlauf unklar, was für ein gut funktionierendes Coaching-Team als hinderlich wahrgenommen wurde. Die Coaches berichteten von passgenauen Platzierungen in Voll- oder Teilzeit, orientiert an den individuellen Wünschen der Teilnehmenden. Eine zügige Integration in Arbeit – unabhängig von vorgeschalteten Praktika – wurde überwiegend als förderlich für den Erfolg des Coachings gewertet. Gleichwohl herrschten unterschiedliche Meinungen zur Notwendigkeit vorbereitender Maßnahmen wie Praktika. Im Hinblick auf den Umgang mit psychischen Erkrankungen wünschten sich die Coaches eine stärkere Vorbereitung. Für die Umsetzung des IPS-Prinzips „zero exclusion“ sei eine fundierte Schulung erforderlich, um den individuellen Bedarfen gerecht werden zu können. Die Offenlegung psychischer Erkrankungen gegenüber Arbeitgebenden wurde kontrovers bewertet – mit dem Fazit, dass sie nur im Einzelfall und abhängig von Kontext und Arbeitgeber*in empfohlen werden könne. Als Gründe für einen vorzeitigen Abbruch des Coachings nannten die Coaches unter anderem eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit, Umzüge, Zeitmangel durch Arbeitsaufnahme oder unterschiedliche Erwartungen an das Coaching.

Limitationen

Mit der Durchführung eines Fokusgruppen-Interviews wurde ein Schlaglicht auf die gemeinsamen Erfahrungen der IPS-Coaches gesetzt, wodurch individuelle Erfahrungen weniger Platz fanden. Zwei Coaches hatten das Projekt vor Durchführung des Fokusgruppen-Interviews verlassen, weshalb ausschließlich die verbleibenden fünf am Interview teilnahmen. Weiterhin muss bei Selbstberichten insbesondere in Gruppen mitgedacht werden, dass eine tiefergehende kritische Reflexion der eigenen Rolle möglicherweise nicht erfolgt. Konkret bedeutet dies, dass die Coaches eventuell eigene Anteile z. B. am Abbruch von Teilnehmenden gegebenenfalls nicht thematisiert haben.

4.7.6 Erfahrungen der Sozialarbeitenden

Ergänzend zu den im Rahmen des IPS-ZIB-Projektes erhobenen Perspektiven der Coaches wurde die Umsetzungspraxis des IPS-Coachings auch aus Sicht der beteiligten Klinikmitarbeitenden erfasst (Interviewleitfaden siehe Anlage 9). Aufgrund begrenzter personeller und organisatorischer Ressourcen konnte diese ergänzende Datenerhebung ausschließlich am Projektstandort in Mecklenburg-Vorpommern durchgeführt werden. Diese Fokussierung ermöglichte es, die verfügbaren Erhebungsressourcen gezielt einzusetzen und dennoch wertvolle Einblicke in die Implementierung des IPS-Coachings aus klinischer Perspektive zu gewinnen. Die nachfolgenden Ergebnisse stellen somit einen standortspezifischen Exkurs dar.

Methode: Im April 2024 fand am Standort Mecklenburg-Vorpommern mit fünf von sieben Sozialarbeitenden (5 Frauen) aus drei der vier teilnehmenden Kliniken ein semi-strukturiertes Fokusgruppen-Interview statt, welches zwei Stunden, inklusive einer 15-minütigen Pause, dauerte. Das Interview war einem Fachtag vorangestellt, der gemeinsam mit einer der beteiligten Kliniken zum Thema ISP-Coaching durchgeführt wurde. Die Anregungen und Ideen der zwei fehlenden Sozialarbeitenden aus der vierten Klinik wurden nach der Veranstaltung schriftlich nacherhoben und ebenfalls in die Analyse einbezogen. Auch hier war das Ziel, die Umsetzungserfahrungen der Interviewten im Projekt IPS-ZIB zu sichern. Als Einstiegsstimulus wurden die Anwesenden gebeten, von ihren Eindrücken hinsichtlich des Einstiegsprozesses zu berichten, an welchem sie initial beteiligt waren. Daran anschließend wurden die Fragen aus dem vorher im Forschungsteam erstellten Interviewleitfaden gestellt und diskutiert. Diese behandelten folgende Themen zur Reflexion: Ausschlusskriterien, Zusammenarbeit mit den Coaches, Nutzung des Budgets, Abbruchgründe, Erfolgsfaktoren des Coachings allgemein sowie die Offenlegung der Erkrankung.

Datenauswertung: Die Datenauswertung erfolgte analog zu der des Fokusgruppen-Interviews der Coaches aus MV (Abschnitt 4.7.5).

Ergebnisse: Die Einstiegsfrage regte die Fokusgruppen-Teilnehmenden dazu an, ihre Einschätzungen zu den Erfolgsfaktoren der **Einststeuerung von Patienten und Patientinnen** zu reflektieren. Da den Klinikmitarbeitenden die Aufgabe zuteilwurde, gemäß den festgelegten Einststeuerungskriterien über die Rehabilitationsprognose der potenziellen Teilnehmenden zu entscheiden, war für die Klinikmitarbeitenden die positive Beziehungsgestaltung zu den Teilnehmenden ein sehr wichtiger Faktor im Einststeuerungsprozess. Darauf aufbauend könnten dann, so die Interviewten, im Rahmen einer persönlichen Ansprache die Rahmenbedingungen des Coachings vermittelt werden, allerdings ohne Druck aufzubauen, indem den Patienten und Patientinnen Zeit gegeben wurde, darüber nachzudenken und eventuelle Fragen im persönlichen Gespräch zu klären. So eine Sozialarbeiterin bezüglich des Einststeuerungsablaufs in ihrer Klinik: *„Erstmal Erstkontakt herzustellen, Patienten kennenlernen, da bin ich ganz bei Ihnen [Bezug auf die Aussage einer Sozialarbeiterin aus einer anderen beteiligten Klinik] und Flyer, das war eher ein Zusatz. Das war auch weniger, war mein Eindruck, was über die Flyer lief, sondern wirklich eher darüber, den Patienten kennenzulernen. Erstmal schon hinzuhorchen, wo steht er so, was sind so die Berufserfahrungen bisher, in welche Richtung kann es gehen und dann läuft es weiter, ja auch über Teambesprechungen, weitere Gespräche und dann auch schon direkt im Einzelkontakt und ein Ansprechen und Aufklären darüber, über Möglichkeiten, die es gibt. Und das irgendwie so im roten Behandlungsfaden dann mit aufzunehmen“*. Eine Sozialarbeiterin hätte es hilfreich gefunden, wenn sie die Coaches auch zu Beginn besser gekannt hätte: *„[...] dieses Miteinander, besser einschätzen zu können, wie tickt der Coach, wie tickt der Patient. Das fände ich für die Aussicht auf Erfolg, sag ich mal, dass diese Begleitung über einen längeren Zeitraum funktionieren kann, das fände ich wichtig“*. Die Einststeuerung der Patienten und Patientinnen in die Vergleichsgruppe fiel den Sozialarbeitenden durchweg schwerer, da sie nicht wie bei der IPS-Gruppe mit einer attraktiven Leistung werben konnten. Hier setzten die Klinikmitarbeiterinnen auf die bereits bestehende gute Beziehung zu den Patienten und Patientinnen und die PIA-Anbindung. Zwei der Sozialarbeiterinnen (aus verschiedenen Kliniken) gaben an, dass sie für die Vergleichsgruppe subjektiv gesehen, „fittere“ Teilnehmende ausgewählt haben: *„[...] ich glaube, die waren auch ein bisschen fitter als die anderen Patienten. Das ist ja auch ganz klar, weil die einen kriegen was und die anderen kriegen nichts. Die müssen was kriegen, damit sie regelmäßig vorbeikommen. [...] Das hätte ich mit weniger stabilen Patienten gar nicht machen können“*.

In Hinblick auf die Zielstichprobe wurde der **Ausschluss** von jüngeren Personen (junge Erwachsene sowie Jugendliche) von den Sozialarbeitenden kritisch diskutiert, da aus ihrer Sicht gerade diese Gruppe große Bedarfe bei gleichzeitig guten Erfolgschancen hätte. *„Aber so diese Jugendgruppe, die so ein bisschen ziellos oder haltlos ist, die sich gar nicht so alleine durch das System durchkämpfen kann, ich glaube die brauchen das wirklich bei der Findung.“* Eine Sozialarbeiterin arbeitet hauptsächlich mit Patienten und Patientinnen aus dem Diagnosespektrum F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen) und berichteten sie sehe *„den Bedarf dort viel stärker [als bei anderen Diagnosegruppen]“* während zwei Kolleginnen aus einer anderen Klinik einen Ausschluss *„bei der Erkrankung an Schizophrenie auf Grund der Schwere der Erkrankung sowie bei Suchterkrankungen auf Grund der hohen Rückfallraten sinnvoll“* erachten. Von den Sozialarbeitenden wurde angemerkt, dass ein Einschluss aller Diagnosegruppen ein besonderes Anforderungsprofil für die Coaches darstellen würde: *„[...] diese Fähigkeiten der Coaches, mit diesen speziellen Menschen wirklich umgehen zu können und auch ein Verständnis dafür zu haben, dass der sich auch mal nicht zurückmeldet, und es dann nicht ist, der will ja doch nicht. Das es dann nicht irgendwie persönlich genommen wird. Das ist ja auch das, was wir erlebt haben.“*

Die **Zusammenarbeit mit den Coaches** wurde insgesamt als gut bezeichnet. Positiv wurde hervorgehoben, dass der Erstkontakt in der Klinik unter Teilnahme der zuständigen Sozialarbeiterin stattfand. *„Ich denke, wichtig ist einfach diese Begleitung beim Erstkontakt, das hat vielen Patienten die Unsicherheit auch genommen. Dieses ‚Zur Not ist da noch jemand‘“*. In der Regel beschränkte sich die Zusammenarbeit nach dem Einststeuerungsprozess auf die halbjährlichen Monitorings und in Ausnahmen auf Kontaktaufnahme durch die Coaches bei Krisen, Abbruchwünschen oder fehlende Erreichbarkeit der Teilnehmenden. Laut den Sozialarbeiterinnen war dies ausreichend und teilweise mit den verfügbaren Ressourcen auch nicht anders umsetzbar. Dem Goldstandard des IPS-Coachings entsprechend, bei

regelmäßigem Austausch zwischen Coach*in, Teilnehmer*in und Behandlungsteam neben dem Sozialdienst auch den Behandler oder die Behandlerin zu integrieren, ist bei den beteiligten vier Kliniken nur bei einer am Außenstandort gelungen. Die betreffende Sozialarbeiterin berichtet, dass dies auch nur möglich war, da es sich um ein kleines Haus handele. Immer wieder im Verlaufe der Diskussion kam die Sprache auf das Thema „Qualifikation der Coaches“. Die Sozialarbeitenden gaben an, es sei ihnen wichtig zu wissen, welche Qualifikationen und Erfahrungen diese mitbringen, um eine möglichst gute Passung zwischen Coach*in und Teilnehmer*in zu erreichen. In der Zusammenarbeit mit den Teilnehmenden seien neben formalen Qualifikationen wie z. B. Wissen über die Krankheitsbilder vor allem die positive Grundeinstellung wichtig.

Im Gespräch wurde deutlich, dass die Sozialarbeiterinnen über das auskömmliche **individuelle Budget** für die Teilnehmenden nicht informiert war. *„Also, ich denke, wenn da die Information weiter gewesen wäre, hätten das wahrscheinlich auch mehrere in Anspruch genommen. Gerade solche Sachen, wie Weiterbildungen oder Führerschein oder irgendwelche Laptopausstattungen, die man dafür braucht oder Qualifikationen oder einen Computerkurs oder, oder, oder. Das denke ich, wäre gut gewesen für einige. Also, da fallen mir gleich welche ein.“*

Zum **Abbruch** kam es aus Sicht der Sozialarbeitenden häufig bei einem Wechsel der coachenden Person, bei schwereren Erkrankungen, wenn die Passung zwischen Coach*in und Teilnehmer*in nicht stimmte und daraus Konflikte entstanden, aber auch in einigen Fällen, weil der Wiedereinstieg in Arbeit gelungen war, und schlicht kein Bedarf mehr für IPS-Coaching gesehen wurde. Eine Sozialarbeiterin berichtete über den Druck von Teilnehmenden eine Anstellung in Vollzeit anzunehmen: *„Jetzt haben wir aber diese Zielgruppe Menschen mit psychischen Erkrankungen und ich kenne kaum Gesunde, die 40 Stunden arbeiten. Und ich weiß, das war immer wieder Thema. Ich schaffe keine 40 Stunden. Alles andere kann ich mir aber nicht leisten.“*

Bezüglich einer **Offenlegung der Erkrankung** bei den Arbeitgebenden als Voraussetzung für ein Coaching am Arbeitsplatz berichten die Sozialarbeitenden, welche Hürden es aus ihrer Sicht gibt: *„Und wir machen ja Öffentlichkeitsarbeit, aber es ist immer noch Tabu-Thema. Es wird weniger, aber langsam und mühsam. Und ich finde, das als Ausschlusskriterium zu machen, also nur dann IPS zu machen, wenn sozusagen Arbeit mit dem Arbeitgeber möglich ist, das fände ich schwierig.“*

Kontinuität der Ansprechperson aus dem Coachingteam, engmaschiges Coaching, den Teilnehmenden Mut machen und ein „Wegkommen vom Standard“ im Sinne der Schaffung von individuellen Lösungen sind aus Sicht der Sozialarbeiterinnen wichtige **Erfolgsfaktoren für das IPS-Coaching**. Ebenso genannt wurde eine „ausreichende“ psychische Stabilität der Teilnehmenden sowie ein begleitender Kontakt mit dem Behandlungsteam und zusätzliche personelle Ressourcen in den Kliniken. Unter den Sozialarbeiterinnen bestand Konsens darüber, dass ein Coaching in der **Regelversorgung** angegliedert an die PIA, vorstellbar ist.

Zusammenfassung und Zwischenfazit

Im Rahmen des Fokusgruppeninterviews schilderten die Sozialarbeitenden zentrale Faktoren, die für eine erfolgreiche Einsteuerung von Patienten und Patientinnen in das IPS-Coaching als entscheidend angesehen wurden. Besonders hervorgehoben wurde die Bedeutung einer tragfähigen Beziehung zwischen Sozialarbeiter*in und Patient*in, da diese das Fundament für Vertrauen und Motivation bilde. Schwierigkeiten ergaben sich insbesondere bei der Einsteuerung in die Vergleichsgruppe, da hier keine direkte Leistungszusage möglich war. Die Auswahl erfolgte dort teils strategisch zugunsten „fitterer“ Patienten und Patientinnen. Kritisch betrachtet wurde der Ausschluss bestimmter Zielgruppen: Zwar wurden Personen mit F2-Diagnose grundsätzlich zur Zielgruppe gezählt, jedoch ist es möglich, dass das Kriterium der Arbeitsmarktnähe dazu geführt hat, dass viele potenziell geeignete Teilnehmende mit diesen Diagnosen ausgeschlossen wurden. Ähnliches galt für jüngere Patienten und Patientinnen, die von den Sozialarbeitenden als besonders unterstützungsbedürftig und entwicklungsfähig beschrieben wurden. Obwohl die Budgetverteilung nicht zu den Aufgaben der Sozialarbeitenden zählte, wurde

deutlich, dass sie – durch ihre Nähe zu den Patienten und Patientinnen – einen wertvollen Beitrag zur sinnvollen Verwendung hätten leisten können. Viele waren über das auskömmliche individuelle Budget nicht ausreichend informiert, was zur Folge hatte, dass mögliche Fördermaßnahmen ungenutzt blieben.

Limitationen

Es gelten Einschränkungen analog zu jenen im vorherigen Abschnitt. Zusätzlich ist eine Beeinflussung der Umsetzung und deren Ergebnisse möglich, da die beteiligten Kliniken eigenverantwortlich eine Rehabilitations-Prognose gegeben haben und unter anderem auf Grundlage dieser Einschätzung die Auswahl der Studienteilnehmenden getroffen wurde.

4.7.7 Fallbelastung

Der Caseload, also die Anzahl an Teilnehmenden, die ein*e IPS-Coach*in gleichzeitig betreut, spielt eine entscheidende Rolle für den Erfolg der Maßnahme. Mehrere Faktoren beeinflussen die optimale Fallzahl pro IPS-Coach*in und sollten für eine praktikable und ressourcenschonende Umsetzung berücksichtigt werden. Im Folgenden werden vier entscheidende Einflussfaktoren für die Berechnung der Caseload (nach Toepler, (o. D.)) erläutert und die Erfahrungen aus dem IPS-ZIB-Projekt dazu berichtet.

Zum einen ist die Komplexität des Aufgabenbereiches der Coaches für die Fallzahl von Bedeutung. Jede*r IPS-Coach*in sollte laut Supported Employment Fidelity Review Manual (Becker et al., 2015) alle Phasen der Arbeitsvermittlung abdecken. Somit ergibt sich ein vielseitiges und anspruchsvolles Tätigkeitsfeld, das verschiedene Arbeitsbereiche umfasst. Die Aufgaben lassen sich in fallbezogene, indirekt fallbezogene und übergreifende Tätigkeiten unterteilen. Zudem erfordert die Tätigkeit eine enge Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren und Akteurinnen und eine kontinuierliche Weiterentwicklung der eigenen Kompetenzen.

Fallbezogene Tätigkeiten

Ein wesentlicher Bestandteil der Arbeit der Coaches im IPS-ZIB-Projekt war die direkte Unterstützung der Teilnehmenden im beruflichen Integrationsprozess. Dazu gehörten unter anderem die individuelle Beratung und Begleitung mit fortwährender Einschätzung der Bedarfe, Stärken und persönlichen Ziele, die Erstellung und Fortschreibung individueller Strategien, das Coaching im Bewerbungsprozess sowie die Vermittlung und Unterstützung am Arbeitsplatz. Insbesondere in der sehr ländlichen IPS-ZIB-Modellregion Mecklenburg-Vorpommern war der schriftliche Kontakt sehr präsent, was mit den langen Fahrtzeiten (siehe Abschnitt 4.7.1) in MV zusammenhängen könnte. Ein großes, ländlich geprägtes Gebiet erfordert eine höhere Mobilität und mehr Zeit für aufsuchende Tätigkeiten. In städtischen Regionen hingegen sind häufig mehr Netzwerkpartner und -partnerinnen involviert, wodurch Koordinationsaufgaben umfangreicher werden können. In beiden Fällen ist eine flexible Einteilung der Arbeitszeiten pro Fall unerlässlich.

Indirekt fallbezogene Tätigkeiten

Neben der direkten Arbeit mit den Teilnehmenden sind IPS-Coaches auch mit indirekten fallbezogenen Aufgaben betraut, die eine erfolgreiche Vermittlung und nachhaltige Integration in den Arbeitsmarkt unterstützen. Dazu gehören unter anderem regelmäßige Supervisionen zur Reflexion und Qualitätssicherung der Arbeit, die Teilnahme an Fall- und Dienstberatungen zur interdisziplinären Abstimmung und Optimierung der Unterstützung sowie die Dokumentation der Fortschritte, Maßnahmen und Herausforderungen der betreuten Personen zum Sichtbarmachen des individuellen Fortschrittes oder einer lückenlosen Übergabe an eine Vertretung. Zur Erweiterung der Methodenkompetenz und zum Umgang mit neuen Herausforderungen sind teilweise passgenaue Weiterbildungen und Fachschulungen notwendig.

Übergreifende Tätigkeiten

Zusätzlich zu den fallbezogenen und indirekt fallbezogenen Aufgaben übernehmen IPS-Coaches übergreifende Tätigkeiten, die für den langfristigen Erfolg des Programms essenziell sind. Dazu gehört der Netzwerkaufbau mit relevanten Beteiligten wie Unternehmen, sozialen Einrichtungen, Behörden, Weiterbildungsträgern und der Pflege des Netzwerkes ebenso wie die Öffentlichkeitsarbeit zur Sensibilisierung für die Bedeutung beruflicher Teilhabe. Je nachdem wie gut das Netzwerk bereits ausgebaut ist und welche Ressourcen die Teilnehmenden für die Bewältigung ihrer Problemlagen mitbringen, richtet sich auch der Umfang der Lotsenfunktion der Coaches. Die Teilnehmenden des IPS-ZIB-Projekts berichteten im Durchschnitt von einigen bis mehreren Problemen bei gleichzeitig eher geringen verfügbaren Ressourcen (siehe Abschnitt 4.3.1), sodass eine unmittelbare Rückführung auf den ersten Arbeitsmarkt zunächst zurückgestellt werden musste, um vorrangig andere Themen zu bearbeiten.

Auch die Anzahl der beteiligten Partner*innen mit dem gemeinsamen Ziel, hier der beruflichen (Re-)Integration psychisch kranker Menschen, hat einen Einfluss auf die Arbeitsbelastung der Coaches und somit auch auf den Caseload. Eine Aufgabe im Rahmen des IPS-ZIB-Projektes war es, ein Kompetenznetzwerk aufzubauen. Wie in Abschnitt 4.6.1 beschrieben, fehlten zwischen den wichtigen Playern der beruflichen (Re-)Integration von (schwer) psychisch kranken Menschen auf den ersten Arbeitsmarkt die notwendigen Kooperationen oder gar Kenntnisse voneinander. Das Coaching-Team konnte somit nicht das volle Potenzial eines guten Netzwerkes nutzen, da sich dieses erst über die Projektlaufzeit hinweg zu entwickeln begann (siehe Abschnitt 4.6.2) und sich weiterhin entwickelt. Ein fehlendes Kompetenznetzwerk bündelt wiederum Ressourcen bei den Coaches und muss bei der Berechnung der Caseload beachtet und über die Zeit hinweg angepasst werden. In das IPS-ZIB-Projekt wurden regionale Anbietende von Rehabilitationsleistungen und die zuständigen psychiatrischen Versorgungskliniken involviert, um die vorhandenen Ressourcen sinnvoll zu nutzen und weiter zu qualifizieren. Dieses Vorgehen erforderte jedoch einen Mehraufwand im Netzwerkaufbau, da alle Beteiligten angehalten waren, neben ihren bisherigen Aufgaben, zusätzlich den Blick auf die berufliche (Re-)Integration der beschriebenen Zielgruppe zu legen und neue Kooperations- und Kommunikationsstrukturen zu pflegen. Je nach Arbeitsmarktlage und Kooperationsbereitschaft von Netzwerkpartnern und-partnerinnen kann sich der Aufwand für die Stellenakquise und das IPS-Coaching stark unterscheiden. Auch mehr Arbeitgebendenkontakte bedeuten mehr Zeitaufwand pro Teilnehmer*in. Im Rahmen von IPS-ZIB haben die Coaches nur sehr wenige Kontakte mit Arbeitgebenden dokumentiert (siehe Abschnitt 4.7.1), da die meisten Teilnehmenden (möglicherweise aus Angst vor Stigmatisierung) eine Kontaktaufnahme nicht wünschten. Wenn die (Furcht vor) Stigmatisierung weiter abgebaut werden kann, ist auch vermehrt Coaching am Arbeitsplatz möglich und bündelt damit wieder mehr Ressourcen bei der coachenden Person. Umso mehr gehört zum IPS-Coaching der aktive Netzwerkaufbau mit Arbeitgebenden und relevanten Playern der Arbeitswelt, um passende Arbeitsplätze zu finden und Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen abzubauen, unabhängig davon, ob letztendlich ein Coaching am Arbeitsplatz stattfindet.

Laut Toepler (o. D.) spielen ebenso die Anzahl der Direktkontakte, das Einzugsgebiet sowie das Verhältnis zwischen Kontaktzeit und Regiezeit eine Rolle im Fallmanagement. Im IPS-ZIB-Projekt gaben die Coaches an, dass sie 68 % der gesamten dokumentierten Zeit eines Falles mit dem/der Teilnehmenden (und ggf. weiteren Personen) verbrachten. Circa ein Viertel der Zeit fällt auf Tätigkeiten ohne Kontaktpersonen und bei 6,5 % der Zeit gibt es Kontakte zu ausschließlich anderen Kontaktpersonen als dem/der Teilnehmer*in (siehe Abschnitt 4.7.1). Über die gesamte individuelle Laufzeit des Coachings hinweg, haben die Coaches im Mittel 3,4 Kontakte oder Tätigkeiten mit dem/der Teilnehmenden pro Monat dokumentiert und dazu eine durchschnittliche monatliche Dauer von 2,37 Stunden niedergeschrieben.

Der Exkurs (siehe Abschnitt 4.7.1) zu den ersten sechs Monaten Coaching in der MV-Stichprobe deutet darauf hin, dass das erste halbe Jahr ggf. eine intensivere Unterstützung erfordert. Die in Abschnitt 4.7.1 beschriebene Stichprobe schafft es bei erfolgreicher Arbeitsaufnahme auf dem ersten Arbeitsmarkt, im Schnitt in sechs Monaten (zurück) in die Beschäftigung. Die Kontaktfrequenz zwischen Teilnehmenden und Coaches nimmt nach der Arbeitsaufnahme ab und deutet somit ebenfalls auf die erhöhte Relevanz der ersten sechs Coaching-Monate hin. Für eine passgenaue, individuelle Betreuung könnte der persönliche Kontakt eine entscheidende Rolle spielen, da es die Beziehungsgestaltung und somit das Vertrauen stärkt und das Gespräch über ganz persönliche Bedarfe erleichtern könnte. Im IPS-ZIB-Projekt fanden, trotz erschwelter Bedingungen durch die Covid-19-Pandemie, fast 60 % aller Kontakte/Tätigkeiten mit dem/der Teilnehmenden in persönlicher Form statt (siehe Abschnitt 4.7.1). Persönliche Kontakte (vor allem die, die nicht im Büro des/der IPS-Mitarbeitenden stattfinden) sind aufwendiger als Telefonate, Videokonferenzen oder schriftlicher Kontakt. Dies bündelt Ressourcen der Coaches insbesondere bei einem großen Einzugsgebiet und langen Fahrtwegen. Die Ergebnisse aus der fallbezogenen Dokumentation zeigen ebenso, dass ein individuelles Coaching nicht linear verläuft und Coaching-Laufzeit, Kontaktfrequenz und -dauer schwanken, sodass Ressourcen flexibel geplant werden müssen, um eine bedarfsgerechte Unterstützung gewährleisten zu können. Im IPS-ZIB-Projekt diente eine regelhafte halbjährliche Zielplanung der kontinuierlichen Überprüfung der Bedarfe, Wünsche und Erfolge sowie ggf. der entsprechenden Anpassung des Coachings. Bei einer Flexibilität im Caseload bzw. der Stundenverteilung auf die einzelnen Fälle, können in Zeiten mit mehr Teilnehmenden oder größeren Herausforderungen (z. B. bei besonders komplexen Fällen mit wenig Ressourcen bei den Teilnehmenden) auch Anpassungen vorgenommen werden, um eine hohe Qualität der Betreuung sicherzustellen. Durch den Projektcharakter bei IPS-ZIB war ein flexibler Umgang mit der Caseload nicht immer möglich, da sich die Aufnahme sowie das Ausscheiden der Teilnehmenden in teilweise engen Zeitabschnitten bündelte. Dies gilt es außerhalb von projektbezogener Umsetzung des IPS-Coachings durch sukzessive Ein- und Aussteuerungsprozesse zu verhindern.

Neben der Anzahl der Netzwerkpartner und -partnerinnen ist auch die Qualität des Kompetenznetzwerkes für die Höhe der Caseload entscheidend. Die Coaching-Teams im IPS-ZIB-Projekt haben sich aus unterschiedlich qualifizierten Personen zusammengesetzt und wurden insbesondere zu Beginn des Coachings weitergebildet (siehe Anlage 11). IPS-Coaches oder ganze Teams mit mehrjähriger Erfahrung im IPS-Coaching könnten Abläufe effizienter gestalten und aufgebaute Netzwerke langfristig nutzen. Trotz der Konzeption des IPS-ZIB-Projektes, die „Aufgabe“ mit bestehenden regionalen Playern anzugehen, musste eine funktionierende, synergetische Zusammenarbeit erst einmal aufgebaut werden (siehe Abschnitt 4.6 und 4.7.8). Je besser die Abläufe aufeinander abgestimmt sind, desto ressourcenschonender lässt sich auch der Caseload einsetzen.

Zusammenfassung und Zwischenfazit

Die Arbeit eines IPS-Coaches ist vielseitig, anspruchsvoll und erfordert ein hohes Maß an Fachwissen, Empathie und organisatorischem Geschick. Der Arbeitsaufwand erstreckt sich über direkte und indirekte fallbezogene Tätigkeiten sowie übergeordnete Aufgaben, die den nachhaltigen Erfolg der beruflichen Integration sicherstellen. Durch kontinuierliche Weiterbildung, Supervision und eine enge Zusammenarbeit mit verschiedenen Beteiligten wird die Qualität und Wirksamkeit der Unterstützung gesichert. Im Projekt IPS-ZIB wurde ein Caseload von durchschnittlich 11,5 Teilnehmenden pro vollzeitbeschäftigte coachende Person geplant. Für 150 Teilnehmende wurden 15 Coaches (insgesamt 13 VK) im IPS-Projekt angestellt. 9 Coaches (auf 6,5 VK aufgeteilt) in der Stadt Bielefeld und insgesamt 7 Coaches (auf 6,5 VK aufgeteilt) in zwei Regionen Mecklenburg-Vorpommerns. Diese deutlich niedrigere Fallzahl als der im IPS-Manual vorgeschlagene Anzahl von 20 (Becker et al., 2015), sollte der Qualitätssicherung trotz Projektbedingungen dienen. Aufgrund der praktischen Erfahrungen aus dem IPS-ZIB-Projekt zeigte sich der vorausgeplante Caseload als optimale Richtgröße. Bei einer Umsetzung mit ähnlichen Voraussetzungen (ländliches Einzugsgebiet, schwer psychisch Kranke, neu aufgebautes

Coaching-Team, neu aufzubauendes Kompetenznetzwerk) scheint ein Caseload von ca. 10-15 angemessen. Ein Caseload von 20 sollte jedoch aus Erfahrung des IPS-ZIB-Projektes nicht überschritten werden, um eine qualitativ hochwertige Maßnahme nicht zu gefährden. Die Fallzahl sollte regelmäßig überprüft und flexibel angepasst werden, um auf Veränderungen in der Teilnehmendenzahl, den Ressourcen oder den spezifischen Anforderungen der Teilnehmenden reagieren zu können.

Limitationen

Das IPS-ZIB-Projekt fand unter spezifischen Projektbedingungen (z. B. Einstieungskriterien, Projektregionen) statt und kann somit nur zur Annäherung an eine allgemein gültige Empfehlung dienen. Rückschlüsse auf einen tatsächlichen mittleren Bedarf an Coachingzeit, -frequenz, und -intensität pro Fall, sind mit Vorsicht zu interpretieren, da es große Schwankungen in der Dokumentationsweise der Coaches gab und die fallspezifische Dokumentation nicht dazu diente, die Arbeitszeit der coachenden Person vollumfänglich abzubilden.

4.7.8 Exemplarische Betrachtung: Netzwerkarbeit im Projekt IPS-ZIB in MV

Der Aufbau, die Pflege sowie die Weiterentwicklung von regionalen Netzwerkstrukturen sind zentrale Bestandteile des Projektes IPS-ZIB. Ziel war es, Personen aus unterschiedlichen Bereichen wie Sozialpsychiatrie, Arbeitsmarkt, Verwaltung, Betrieben und Selbsthilfe so miteinander zu vernetzen, dass eine nachhaltige Verbesserung der Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen am Arbeitsleben erreicht wird und eine Plattform für die Coaches entsteht, bei der sie auf der Suche nach Arbeitsmöglichkeiten ggf. „andocken“ können

Der nachfolgende Abschnitt dokumentiert den Prozess der Netzbildung am Projektstandort Mecklenburg-Vorpommern über den gesamten Projektverlauf vom 01.01.2020 bis 30.06.2025. Dabei werden die Ausgangsbedingungen, der konkrete Aufbauprozess, die Schwerpunkte der Netzwerkarbeit sowie Ergebnisse und ein Ausblick dargestellt.

Grundlagen der Netzwerkarbeit

Netzwerkarbeit bezeichnet die gezielte Zusammenarbeit unterschiedlicher Personen, die sich in einem bestimmten Handlungsfeld engagieren und gemeinsame Ziele verfolgen. Sie umfasst den Aufbau, die Pflege und die Weiterentwicklung von Beziehungen und Strukturen, die den Austausch von Wissen, Erfahrungen und Ressourcen ermöglichen. Ziel ist es, Kompetenzen zu bündeln, Synergien zu schaffen und gemeinsam Lösungen für komplexe Herausforderungen zu entwickeln, die von einer einzelnen Institution allein nicht bewältigt werden können. Damit Netzwerkarbeit erfolgreich ist, braucht es bestimmte Rahmenbedingungen, wie z. B. gemeinsame Ziele, transparente Kommunikation, Verlässlichkeit, ausreichende Ressourcen sowie Vertrauen und Wertschätzung zwischen den Partnern und Partnerinnen. Ebenso wichtig sind Partizipation, Vielfalt, Geduld und Kontinuität, da stabile Strukturen Zeit benötigen. Sichtbare Ergebnisse und Nutzen für alle Beteiligten sichern Motivation und Engagement innerhalb eines Netzwerks.

Rolle der regionalen Koordinationen

Die regionale Koordination übernahm eine zentrale Rolle bei der Steuerung und Qualitätssicherung des Projektes. Ein wesentlicher Aufgabenbereich bestand in der Koordination und Sicherstellung der kooperativen Zusammenarbeit der regionalen Ansprechpersonen von IPS-ZIB. In Bielefeld übernahm die regionale Koordination gleichzeitig die Koordination des IPS-Coaching-Teams, sodass eine abgestimmte und effiziente Zusammenarbeit gewährleistet wurde. Darüber hinaus trug die regionale Koordination zur Stärkung und Weiterentwicklung der regionalen Vernetzung im Themenfeld „Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung“ bei und steuerte die Netzwerkarbeit systematisch auf Basis der bereits bestehenden Strukturen. Dies beinhaltete zunächst die Kontaktaufnahme sowie den kontinuierlichen Austausch und

die Einbindung relevanter Personen, den Aufbau neuer Kooperationsstrukturen sowie die Initiierung gemeinsamer Aktivitäten, die zur nachhaltigen Verbesserung der Teilhabechancen beitragen. Die regionale Koordination unterstützte darüber hinaus die regionalen Netzwerkanalysen. Ausgehend von der Projektbeschreibung war u. a. die Aufgabe der regionalen Koordinationen vor Ort den Aufbau und die Pflege sogenannter regionaler Kompetenznetzwerke insbesondere die Kontaktaufnahme mit Arbeitgebenden, Arbeitgebendenverbänden, Kammern, Jobcentern etc., unter Beteiligung von Sozialamt, Psychiatriekoordination, Sozialpsychiatrischem Dienst zu organisieren und voranzutreiben.

Zielsetzung der Vernetzung

Laut Projektbeschreibung war die zentrale Erwartung (Hypothese B unter Abschnitt 2.4), dass die Implementierung von IPS-ZIB zu einer besseren regionalen Vernetzung der Menschen im Bereich Arbeit und Beschäftigung führt. Zur Überprüfung dieses Ziels wurden zu zwei Zeitpunkten Netzwerkanalysen (Ergebnisse siehe Abschnitt 4.6) durchgeführt, die durch die jeweilige regionale Koordination unterstützt wurde.

Als Indikatoren für erfolgreiche Vernetzung wurden u. a. genannt:

- gegenseitige persönliche Kenntnis der regionalen Akteure und Akteurinnen,
- verbessertes Wissen über Angebote zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- die Etablierung regelmäßig tagender Arbeitsgremien,
- sektorübergreifende Zusammenarbeit bei komplexen Einzelfällen,
- eine wahrgenommene Verbesserung der „Vernetzungsqualität“.

Prozess der Netzwerkbildung

Die **Startphase** (2020/2021) der Netzwerkarbeit wurde **maßgeblich durch** die pandemiebedingten Einschränkungen infolge von **Covid-19 geprägt**. Präsenztreffen waren zunächst kaum oder maximal eingeschränkt möglich, weshalb klassische Formen der Netzwerkarbeit kaum genutzt werden konnten. Trotz dieser Herausforderungen wurden erste Schritte unternommen und Vorgespräche mit Stakeholdern aus dem Bereich Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung geführt und das Projekt in bestehenden Netzwerken bzw. Gremien (psychosoziale Arbeitsgruppen, Sitzungen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes) vorgestellt. Vor allem mit Unterstützung der regionalen Psychiatriekoordination war es möglich einen Einblick in bestehende regionale Strukturen und die Vernetzungsqualität der handelnden Personen zu bekommen - allerdings mit der Einschränkung, dass es sich im Wesentlichen um psychiatrisch-psychosoziale Arbeitsbeziehungen handelte. Insgesamt wurden im ersten Jahr ca. 30 verschiedene Personen angesprochen und eine Übersicht über potenzielle Partner*innen des zukünftigen bzw. weiterzuentwickelnden Netzwerkes erstellt. Digitale Veranstaltungs- und Vernetzungsformate gewannen 2021/2022 pandemiebedingt insgesamt und folglich auch für das IPS-ZIB-Projekt an Bedeutung. Somit konnten durch die Durchführung von Online-Veranstaltungen – insbesondere der Online-Foren „Arbeit und psychische Gesundheit“ – erste Kontakte weiter aufgebaut werden. So wurden ein thematischer Austausch und die Sichtbarkeit des Themas überhaupt ermöglicht sowie die Reichweite erhöht. Beide Online-Foren fanden zudem im Rahmen der Wochen der seelischen Gesundheit statt (siehe Flyer in Anlage 10). Weiterhin wurde die Organisation und Moderation der bestehenden regionalen „Psychosozialen Arbeitsgruppe (PSAG): Arbeit und Beschäftigung“ (in Vertretung für die Psychiatriekoordination) geleistet, in deren Rahmen das Projekt sowie der Verlauf kontinuierlich vorgestellt wurde. Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der Unterstützung und Bewerbung der ersten Netzwerkanalyse (Baseline-Erhebung). Hierzu wurden Informationen zur Befragung bereitgestellt und aktiv für die Teilnahme z. B. im Rahmen der genannten Arbeitsgruppe geworben. Zudem gab es im Berichtszeitraum 2021-2022 regelmäßige Treffen mit den Bereichsleitungen der regionalen Arbeitsagentur, dem Jobcenter und dem gemeinsamen Arbeitgebendenservice, um über den aktuellen Projektstand und später erste Ergebnisse der Netzwerkanalyse zu informieren. Die regionale Projektkoordination war somit kontinuierlich in

verschiedenen regionalen Gremien präsent und nutzte diese Plattformen, um die projektspezifischen Inhalte einzubringen und das Thema sowie bestehende Netzwerkstrukturen sichtbar zu machen. Außerdem wurden die Ergebnisse der ersten Netzwerkanalyse sowie die anfänglichen Erfahrungen aus den laufenden IPS-Coachings für die fokussierte Ausrichtung der künftigen Vernetzungsarbeit genutzt. Wegen wiederkehrender Kontaktbeschränkungen wurde auch das 2. Online-Forum „Arbeit und psychische Gesundheit“ am 19. Oktober 2022 zum Thema „Inklusiver Arbeitsmarkt“ digital veranstaltet und in enger Kooperation mit regionalen Akteuren und Akteurinnen aus den Bereichen Arbeit und Beschäftigung sowie Sozialpsychiatrie durchgeführt. Hier wurde der Fokus erstmalig auf die Arbeitgebendenperspektive gesetzt und die Notwendigkeit der Erreichung von Arbeitgebenden durch Veranstaltungen unterstrichen. Die Idee eines Arbeitgebendenforums entstand.

Gleichzeitig wurde die **überregionale Vernetzung** mit anderen IPS-Umsetzenden sowie Wegbereitenden und Experten und Expertinnen kontinuierlich gepflegt und die Kontakte u. a. für die Schulungen der IPS-Coaches genutzt. Hier sind vor allem zu nennen:

- Prof. Katarina Stengler und Mathias Alberti- Helios Klinik Leipzig (IPS-Projekt LIPSY)
- Bettina Bärtsch – IPS-Coaching Zürich
- Dr. Daniel Nischk- Leitung IPS- Coaching-Team ZfP Reichenau
- Dorothea Jäckel – IPS-Team Vivantes Klinikum am Urban Berlin/Kreuzberg
- Dörte Pulla- Referentin Fortbildung Fokus Jobcoaching

Zentrale Themen und Ausrichtung in der Vernetzung (2023-2025)

Die Ergebnisse der Baseline-Erhebung (Abschnitt 4.6.1) zeigten, dass mehr als die Hälfte der Befragten eigene Erfahrungen mit seelischen Krisen oder mit betroffenen Mitarbeitenden gemacht haben. Psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz sind damit in der Praxis der Interviewten relevant. Zugleich wurde deutlich, dass der Umgang mit diesem Thema stark heterogen ist: Die Spannweite reicht von Tabuisierung, Scham und Negierung bis hin zum Wunsch nach mehr Information, Unterstützung und thematischer Auseinandersetzung. Viele Arbeitgebende fühlten sich unsicher im Umgang mit psychisch belasteten Mitarbeitenden und kannten nur begrenzt vorhandene Hilfsstrukturen. Konkrete Ansprechpersonen sowie niedrigschwellige Unterstützungsangebote wurden am häufigsten gewünscht. Insgesamt zeigte sich, dass das Thema zwar bislang nur eine geringe Priorität in den Betrieben hat, jedoch sowohl ein wachsender Bedarf als auch erste Ansätze für mehr Sensibilisierung und Kooperation erkennbar waren. Auch die Praxiserfahrungen der Coaches im IPS-ZIB-Projekt zeigten, dass IPS-Coaching am Arbeitsplatz im Projektverlauf nur selten umgesetzt wurde. Als Gründe dafür wurden vor allem Stigmatisierungsängste und -erfahrungen der Beschäftigten bzw. Teilnehmenden seitens der Coaches benannt.

Aus den praktischen Umsetzungserfahrungen und bis dato erhobenen Daten ergaben sich für die regionale Koordination unter Rücksprache mit weiteren Projektbeteiligten sechs Themengebiete für die Ausrichtung der Netzwerkarbeit. Mit Blick auf die Komplexität der Schlussfolgerungen und die vorhandenen Ressourcen und Möglichkeiten in der Umsetzung, wurden für die weitere Ausrichtung der Netzwerkarbeit folgende Foki gesetzt:

- Ausbau von Schnittstellen und festen Kooperationsstrukturen
Die Baseline Erhebung MV zeigte: Kontakte bestehen zwar punktuell, aber verbindliche Vereinbarungen oder feste Austauschformate sind selten. Netzwerkarbeit sollte stärker institutionalisiert werden

→ Fokus: Verbindliche Strukturen schaffen (regelmäßige Fallkonferenzen, feste Arbeitskreise, klare Kooperationsvereinbarungen etablieren)

- Sensibilisierung und Enttabuisierung
Auf Arbeitgebendenseite ist das Thema psychische Erkrankungen oft noch tabuisiert oder mit Vorurteilen belastet.
→ Fokus: Sensibilisierung und Aufklärung fördern (Informations- und Schulungsangebote für Arbeitgebende und Beschäftigte entwickeln, um Vorurteile und Tabus gegenüber psychischen Erkrankungen abzubauen)
- Brückenfunktion zwischen Arbeitswelt und psychosozialen Hilfesystemen
Arbeitgebende wünschen sich Ansprechpersonen und praktische Unterstützung, wissen aber oft nicht, wo Hilfe verfügbar ist. Mitarbeitende des Psychiatriesystems benötigen einen besseren und verständlicheren Einblick in die „echte“ Arbeitswelt und die Themen der Arbeitgebenden.
→ Fokus: Lotsen- und Ansprechstrukturen aufbauen (zentrale Ansprechpartner*innen im Netzwerk benennen, die Arbeitgebende und Betroffene schnell mit passenden Hilfsangeboten verbinden)
- Stärkung der Kooperation mit Unternehmen
Während Fachpersonen hohe Bedarfe sehen, gibt es seitens der Arbeitgebenden Zurückhaltung.
→ Fokus: Unternehmen gezielt einbinden (niedrigschwellige Austauschformate wie Stammtische, Workshops oder gemeinsame Veranstaltungen initiieren, um Vertrauen aufzubauen und Hemmschwellen zu senken)
- Bedarf an konkreten Unterstützungsinstrumenten
Sowohl Arbeitgebende als auch Fachpersonen nennen den Wunsch nach praktischen Hilfen.
→ Fokus: Praktische Unterstützung bereitstellen (finanzielle Förderinstrumente wie Assistenzleistungen oder Budget für Arbeit bekannt machen und deren Nutzung erleichtern)
- Regionale Partner einbinden
Zur ressourcenschonenden und praxisnahen Umsetzung sollten zentrale regionale Partner*innen mit vorhandener Erfahrung, gewachsenen Netzwerken und ortsnaher Verankerung in die Netzwerkarbeit eingebunden werden
→ Fokus: Aufbau eines Netzwerkes mit regionalen Partnern und Partnerinnen aus den Bereichen Arbeitsmarkt (Agentur für Arbeit, Jobcenter, Gemeinsamer Arbeitgeberservice), Verwaltung und Koordination (Psychiatriekoordination, Gesundheitsämter, Landkreise), soziale Träger (IFD, Sozialverband VdK, EX-IN M-V e. V.), Wirtschaft (Arbeitgebende aus Pflege, Tourismus, Gastronomie, Handel), Forschung und Bildung (Universität Greifswald) sowie Selbsthilfe und Beratung (EUTB-Stellen, Betroffenenvertretungen)

Zusammenfassend sollte Netzwerkarbeit verbindlich, sichtbar und praxisnah sein, indem sie Arbeitgebende, psychosoziale Dienste und Verwaltung enger zusammenbringt, Vorurteile abbaut und konkrete Unterstützungsangebote etabliert.

Veranstaltungen 2023–2025

Das Projekt IPS-ZIB widmete sich in den Jahren 2023 bis 2025 der Öffentlichkeitsarbeit und Netzwerkentwicklung zum Thema Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen

Erkrankungen auf dem ersten Arbeitsmarkt. Eine detailliertere Auflistung der Veranstaltungen/ Aktivitäten sind in Anlage 12 zu finden.

Auf regionaler Ebene wurden zahlreiche Kooperationen aufgebaut und vertieft – unter anderem mit der Agentur für Arbeit, den Einheitlichen Ansprechstellen für Arbeitgebende (EAA), der Industrie- und Handelskammer (IHK), psychiatrischen Kliniken, dem Integrationsfachdienst, der Deutschen Rentenversicherung, MVworks, der Universität Greifswald sowie dem Verein EX-IN. Ein besonderer Schwerpunkt lag in der Sensibilisierung von Unternehmen und Arbeitgebenden. Hierfür wurden ab 2023 Workshops, Fachvorträge und Foren organisiert, die Themen wie Inklusiver Arbeitsmarkt, psychische Gesundheit im Betrieb oder psychische Gefährdungsbeurteilung behandelten. Mit praxisnahen Formaten wie Sprechstunden für Arbeitgebende, Workshops zur Anti-Stigma-Arbeit oder einem MHFA-Kurs für Führungskräfte konnten neue Wege in der Prävention und Teilhabe eröffnet werden.

Auch auf überregionaler Ebene war das Projekt aktiv. Es beteiligte sich an Fachkongressen (z. B. DVfR, DVGP), an Workshops der Aktion Psychisch Kranke sowie an Veranstaltungen in Berlin, Leipzig und Dresden. Dabei standen der fachliche Austausch über Implementierungserfahrungen von IPS und die Vernetzung mit bundesweiten Partnern und Partnerinnen im Vordergrund.

Im Jahr 2024 gelang es, mit der IHK Mecklenburgische Seenplatte einen starken Partner zu gewinnen, der als Türöffner zu regionalen Betrieben wirkte. Höhepunkte waren die Veranstaltungen „(psychische) Gesundheit fördern – Arbeitskraft sichern und erhalten“ und „Wege in die Arbeit IPS-Coaching“, an denen jeweils mehrere Dutzend Unternehmen und Fachpersonen teilnahmen.

Im ersten Halbjahr 2025 setzte das Projekt seine Aktivitäten konsequent fort. Dazu gehörten Fachvorträge, regionale Netzwerkveranstaltungen zur psychischen Gefährdungsbeurteilung sowie das zweite große Forum „Psychische Gesundheit fördern – Arbeitskraft sichern und erhalten“ in Greifswald. Den Abschluss bildete im Mai 2025 eine Abschlussveranstaltung in Schwerin, bei der die zentralen Ergebnisse, Erfahrungen und Perspektiven der Projektarbeit vorgestellt wurden.

Fazit und Ausblick

Die Netzwerkarbeit im Projekt IPS-ZIB war geprägt von besonderen Herausforderungen, insbesondere durch die pandemiebedingten Einschränkungen zu Beginn. Trotz dieser Bedingungen konnten zahlreiche Kontakte aufgebaut, bestehende Kooperationen vertieft und innovative Formate entwickelt werden.

Die Erfahrungen im Projekt zeigen deutlich: Ein inklusiver Arbeitsmarkt für Menschen mit psychischen Erkrankungen kann nur durch kooperative Verantwortung vieler Partner*innen vor Ort entstehen. Regionale Netzwerkarbeit schafft die Grundlage, um Arbeitgebende einzubinden, Vorbehalte abzubauen und Unterstützungsangebote sichtbar zu machen. Zugleich erfordert erfolgreiche Netzwerkarbeit koordinierende Ressourcen und eine langfristige Perspektive. Erste Erfolge – wie der Aufbau tragfähiger Strukturen, die Durchführung gemeinsamer Veranstaltungen und die gewachsene Sensibilisierung für psychische Gesundheit im Arbeitskontext – sind sichtbar. Für die Zukunft bleibt entscheidend, die geschaffenen Strukturen zu verstetigen, die Zusammenarbeit mit Arbeitgebenden zu vertiefen und innovative Ansätze wie Mental Health First Aid oder den Einsatz von Peers weiter auszubauen. So können nachhaltige Fortschritte in Richtung eines inklusiven Arbeitsmarktes erzielt werden.

5 Praxiserfahrungen mit den innovativen Ansätzen

Im Projekt IPS-ZIB wurden mehrere innovative Ansätze erprobt (siehe Abb. 22): Dazu zählt zunächst der niedrigschwellige Zugang zum IPS-Coaching direkt aus der stationären Behandlung, gefolgt von einem frühzeitig einsetzenden Assessment. Ein weiterer innovativer Bestandteil war die individuell

zugeschnittene Unterstützung der Patienten und Patientinnen im Rahmen des Coachings. Ergänzend kam der Einsatz eines flexiblen, personenbezogenen Budgets hinzu – ein Vorgehen, das in dieser Form

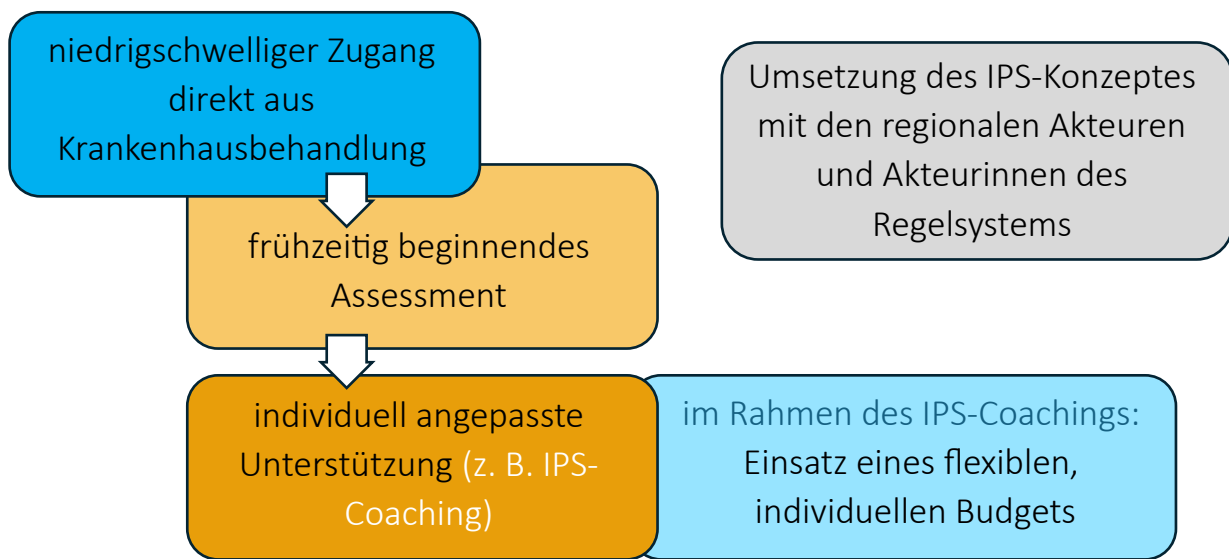


Abbildung 22: Übersicht über die innovativen Teilansätze

bislang in Deutschland nicht erprobt wurde. Der fünfte und letzte Teilansatz betraf die Umsetzung des IPS-Konzeptes in Zusammenarbeit mit regionalen Akteuren und Akteurinnen des Regelsystems.

Die Praxiserfahrungen⁴ zu den einzelnen Teilansätzen werden im Folgenden detailliert dargestellt.

Die Umsetzung des **niedrigschwelligen Zugangs zum IPS-Coaching unmittelbar aus der stationären Klinikbehandlung** konnte in der Praxis erfolgreich umgesetzt werden. Ein zentrales Ergebnis der praktischen Projektarbeit ist, dass der frühe Kontakt zwischen Teilnehmenden und IPS-Coaches bereits während des Klinikaufenthalts den Betroffenen eine wichtige Orientierung und Sicherheit bietet. Die Vertrautheit mit dem Klinikpersonal und der direkte Übergang in die unterstützende Maßnahme fördern die Akzeptanz und erleichtern den Patienten und Patientinnen die Inanspruchnahme. Dies unterstreicht die Bedeutung einer stabilen Beziehungsebene zwischen allen Beteiligten – Sozialarbeiter*in, Teilnehmer*in und Coach*in –, die als vertrauensvolle Grundlage für den weiteren Prozess dient. Ein „Reinschnuppern“ ähnlich wie bei probatorischen Sitzungen in der Therapie wurde im Projekt nicht umgesetzt, könnte sich aufgrund der Projekterfahrungen jedoch als sinnvolle Methode bei der Einsteuerung erweisen, da dieses erste Kennenlernen die informierte Entscheidung erleichtert und Unsicherheiten reduziert, indem es einen realistischen Eindruck von der Maßnahme vermittelt. In der Praxis zeigte sich, dass Druck bei der Einsteuerung bzw. der Inanspruchnahme der Leistung kontraproduktiv sein kann. War die Maßnahme inhaltlich oder zeitlich nicht stimmig auf die Teilnehmenden zugeschnitten, zeigte sich teils eine reduzierte Motivation oder ein Missverständnis über Ziel und Nutzen des Coachings, was möglicherweise den Erfolg beeinträchtigte. Dies verdeutlicht, dass die Passgenauigkeit der Maßnahme und eine freiwillige, reflektierte Entscheidung für die Teilnahme essenziell sind. Insgesamt bestätigt die Projekterfahrung, dass der innovative Ansatz, Teilnehmende direkt aus der Krankenhausbehandlung und ohne bürokratische Hürden in das IPS-Coaching zu überführen, ein effektiver Weg ist, Versorgungslücken zu schließen und die Kontinuität in der beruflichen Wiedereingliederung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu fördern.

⁴ Die Praxiserfahrungen wurden vom Projektteam MV aus Erfahrungen und Diskussionen mit den Projektbeteiligten im Verlauf, aus einzelnen Daten der Dokumentation und nach internem fortlaufendem Diskurs zusammengestellt.

Die Umsetzung des **frühzeitigen Assessments** erwies sich im Projekt als umsetzbar: das arbeitsbezogene Assessment wurde bereits während des Klinikaufenthalts oder unmittelbar im Anschluss daran durchgeführt – in einer schlankeren, alltagstauglichen Form sicherlich auch für den späteren Regelbetrieb einsetzbar. Zentrale psychosoziale Funktionen von Erwerbstätigkeit – wie Struktur, soziale Teilhabe und Selbstwirksamkeit – wurden gezielt adressiert. Der unmittelbare Coachingstart nach der Entlassung nutzte die im Kliniksetting gewonnene Motivation. Als entscheidend schätzt das Projektteam MV die enge Abstimmung zwischen Coaches, Behandlungsteam und Teilnehmenden ein. Durch das Zusammenspiel verschiedener Perspektiven kann nicht nur ein umfassenderes Bild der beruflichen Ausgangslage gezeichnet, sondern auch gezielter auf individuelle Ressourcen und Bedarfe sowie Anpassungen in der Behandlung eingegangen werden.

Die **individuell angepasste Unterstützung** stellte im Projekt IPS-ZIB ein zentrales Qualitätsmerkmal und eine deutliche Abgrenzung zu bestehenden eher maßnahmeorientierten Unterstützungsangeboten im deutschen Sozialsystem dar. Durch den flexiblen Rahmen des Coachings – hinsichtlich Kontaktfrequenz, -form und -inhalt – konnten die Bedarfe der Teilnehmenden kontinuierlich aufgegriffen und passgenau beantwortet werden. Die Unterstützung reichte dabei beispielsweise von intensiver Begleitung am Arbeitsplatz bis hin zum diskreten Coaching im Hintergrund, abhängig von den jeweiligen Präferenzen und Bedarfen der Teilnehmenden. Grundlage bildete stets ein fundiertes Profiling, das sowohl die berufliche als auch soziale Biografie einbezog. Zielplanung, das gemeinsame Entwickeln von Visionen sowie methodische Tools wie Entscheidungslisten (z. B. zur Offenlegung der Erkrankung am Arbeitsplatz) halfen dabei, Orientierung zu schaffen und selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen. Die Projekterfahrungen zeigen, dass verschiedene strukturelle Voraussetzungen gegeben sein sollten: Dazu gehört die Möglichkeit eines Wechsels der Coachin oder des Coaches, da – ähnlich wie im therapeutischen Setting – auch im Coaching die zwischenmenschliche Passung entscheidend für den Aufbau von Vertrauen und einer tragfähigen Arbeitsbeziehung ist. Eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Teilnehmer*in und Coach*in bildet die Grundlage für Offenheit, Mut persönliche Wünsche zu äußern, ehrliche Reflexion und die Bereitschaft, sich auf Veränderungsprozesse einzulassen. Ein professioneller Umgang mit Krankheitssymptomen sowie eine hohe fachliche und menschliche Qualifikation der Coaches sind zentrale Anforderungen.

Der **Einsatz eines individuellen, flexiblen Budgets** stellte im Projekt einen innovativen Ansatz dar, um finanzielle Lücken in der Refinanzierung beim beruflichen Wiedereinstieg wirksam zu überwinden. Gerade in einem fragmentierten Leistungssystem, in dem Zuständigkeiten oft unklar sind und notwendige Maßnahmen an langwierigen Antragsverfahren scheitern, kann ein niedrigschwellig zugängliches Budget gezielt dort unterstützen, wo standardisierte Angebote nicht greifen – sei es zur Absicherung einer Arbeitserprobung, zum Nachholen einer Qualifikation oder zur Anschaffung arbeitsrelevanter Materialien. In der Praxis wurde das Budget jedoch eher zurückhaltend genutzt. Mögliche Gründe dafür lagen unter anderem in fehlender Erfahrung auf Seiten der Coaches. Der Umgang mit einem individuellen Budget stellt eine methodische Neuerung dar, die zunächst Unsicherheit auslösen kann – insbesondere, wenn es keine etablierten Verfahren oder Erfahrungswerte aus der Praxis gibt. Für viele Coaches bedeutete dies, mit einem Instrument zu arbeiten, dessen Handhabung sie selbst erst erlernen mussten, während gleichzeitig die Sorge bestand, etwas „falsch“ zu machen, gegen geltende Regeln zu verstoßen oder finanzielle Mittel unzulässig einzusetzen. Gleichzeitig waren kreative Lösungen und eigenverantwortliche Entscheidungen gefragt. Zwar kann an dieser Stelle nicht umfassend zur Wirksamkeit des flexiblen Budgets Stellung genommen werden, dennoch scheint das Budget aus Sicht des Projektteams MV im Einzelfall als sinnvolle Ergänzung, da es bei gezieltem und gesteuertem Einsatz flexibel und bedarfsorientiert wirken kann. Für einen zukünftigen Einsatz zusätzlicher finanzielle Mittel wäre es daher empfehlenswert, die Nutzung systematisch zu begleiten, regelmäßig zu reflektieren und Verantwortliche frühzeitig beim kreativen Umgang mit dem Budget zu unterstützen.

Eine Innovation des IPS-ZIB-Projektes bestand- alternativ zu bisherigen IPS-Umsetzungen ausschließlich durch psychiatrische Kliniken – in der Realisierung des **IPS-Coachings mit einem Verbund aus regionalen Partnern und Partnerinnen**, um den Herausforderungen des stark versäulten deutschen Versorgungssystems zu begegnen. Während IPS-nahe Elemente vielerorts bereits vorhanden sind, erschwert die kleinteilige und wenig verzahnte Struktur des Medizin-, Sozial- und Rehabilitationssystems flexible Übergänge und eine kontinuierliche Begleitung. Die Einbindung regionaler Akteure und Akteurinnen – mit vorhandener Erfahrung, gewachsenen Netzwerken und ortsnaher Verankerung – sollte eine Brücke von der klinischen Versorgung hin zum realen Arbeitsumfeld ermöglichen. Als Herausforderung zeigte sich, dass eine enge Zusammenarbeit unterschiedlicher Beteiligter hohe Anforderungen an Koordination, Rollenklarheit und Datenschutz stellt. Unterschiedliche Systemlogiken, etwa zwischen medizinischer Behandlung bzw. Rehabilitation, Arbeitsförderung und psychosozialer Unterstützung, erforderten ein gemeinsames Grundverständnis von Ziel und Methode – insbesondere das zentrale Prinzip „first place then train“, das von allen Beteiligten getragen werden muss. Gemeinsame Gespräche – möglichst im Beisein aller Beteiligten – zeigten sich als hilfreich, um nachträglichen Datenaustausch zu minimieren und Transparenz zu schaffen. In MV wurden die IPS-Teilnehmenden i. d. R. durch die Psychiatrischen Institutsambulanzen weiterbehandelt. In dieser Konstellation wurde als gewinnbringend die enge Zusammenarbeit zwischen Klinikmitarbeitenden und Coaches eingeschätzt, die sich idealerweise als ein (virtuelles) gemeinsames Team verstehen und kontinuierlich gemeinsam geschult werden. Falls die IPS-Teilnehmenden durch das Regelsystem der Kassenärztlichen Vereinigung (Niedergelassene Fachärzte und Psychotherapeuten) behandelt werden – wie dies oftmals in der Region Bielefeld der Fall war – müssen hier neue Kooperationskonstellationen zur Sicherstellung aufeinander abgestimmter Coaching- und Behandlungskonzepte entwickelt werden. Obwohl das IPS-Manual empfiehlt, Vorstufen zur Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt wie Praktika möglichst zu vermeiden und stattdessen eine direkte Arbeitsaufnahme zu bevorzugen, zeigten die Projekterfahrungen, dass Praktika gerade bei beruflicher Neuorientierung eine wertvolle Orientierungsmöglichkeit für alle Beteiligten darstellen konnten.

Als **weitere Erfahrungen aus der Umsetzung** sind zu nennen:

1. Obwohl das IPS-Manual empfiehlt, Vorstufen zur Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt wie Praktika möglichst zu vermeiden und stattdessen eine direkte Arbeitsaufnahme zu bevorzugen, zeigten die Projekterfahrungen, dass Praktika gerade bei beruflicher Neuorientierung eine wertvolle Orientierungsmöglichkeit für alle Beteiligten darstellen konnten.
2. Das Coaching direkt am Arbeitsplatz wurde bislang noch wenig umgesetzt – unter anderem aufgrund der verbreiteten Sorge oder bereits gemachter Erfahrungen bezüglich einer Stigmatisierung bei Offenlegung der psychischen Erkrankung. Hier bedarf es sensibler, wiederkehrender Abwägungen im Coachingprozess, da Offenheit auch entlastend wirken kann. Zugleich zeigte sich in der Netzwerkarbeit im IPS-ZIB-Projekt, dass Arbeitgebende stärker in den Prozess eingebunden werden wollen (z. B. durch Aufklärung, Beratung oder Formate wie Mental Health First Aid).

Manche der in diesem Kapitel diskutierten Ansätze wurden im Projekt IPS-ZIB intensiver erprobt als andere. Insbesondere das individuelle Budget wurde deutlich weniger genutzt, als erwartet. Das lag vermutlich genau daran, dass es hierfür keine Erfahrungswerte und Nutzungsvorbilder gab, was zu Unsicherheit und Meidung führte. Für eine künftige Umsetzung bedeutet dies, dass gerade das, was neu ist, umso besser begleitet werden muss, z. B. in Form von konkreten Nutzungsszenarien. Weil das System traditionell wenig Raum für flexible Lösungen bietet, profitieren Akteure und Akteurinnen von gezielter Begleitung, um neue und kreative Wege zu gehen. Beim niedrigschwelligen Zugang, dem frühzeitigen Assessment und der individuellen Unterstützung haben die Ansätze jedoch gut ineinandergegriffen und die Beteiligten gut kooperiert.

6 Diskussion und Schlussfolgerung

Das Ziel des Modellprojekts IPS-ZIB war, die Erprobung der praktischen Umsetzung eines IPS-Coachings mit regionalen Partnern und Partnerinnen in den Modellregionen Bielefeld und Mecklenburg-Vorpommern sowie die Wirksamkeit des IPS-Ansatzes zu untersuchen. Trotz pandemiebedingter Herausforderungen gelang es, ein innovatives Angebot zur beruflichen (Re-)Integration zu initiieren, die beteiligten regionalen Anbieter*innen von beruflichen Rehabilitationsleistungen sowie die psychiatrischen Versorgungskliniken für das Konzept aufzuschließen und insgesamt 244 Teilnehmende für das Projekt zu gewinnen. Die wissenschaftliche Begleitung untersuchte gemäß der unter Abschnitt 2.4 formulierten Hypothesen, ob das IPS-Coaching zu einer größeren Anzahl von Personen in Arbeit und zu einer geringeren Zahl von Anträgen auf Erwerbsminderungsrente und Aufnahme in eine WfbM führte als die Regelversorgung. Diese primäre Auswertung wurde ergänzt durch Analysen sekundärer Ergebnismaße, Untersuchungen der regionalen Netzwerkstrukturen und Bedarfe, sowie Erfahrungen mit der Durchführung des IPS-Coachings in Form der fallspezifischen Dokumentation, Zufriedenheit der Teilnehmenden, Beendigungen und Erfahrungen der Beteiligten aus der Praxis.

Vergleich des IPS-Coachings mit der Regelversorgung: Ein differenziertes Bild

Das IPS-Coaching war der Regelversorgung nicht, wie vermutet, im Hinblick auf die berufliche Teilhabe überlegen. Sowohl in der IPS- als auch in der Vergleichsgruppe haben im Laufe des zweijährigen Erhebungszeitraumes fast zwei Drittel der Teilnehmenden wieder gearbeitet und es gab keine signifikanten Unterschiede in der Zahl der Anträge auf Erwerbsminderungsrente und Aufnahme in eine WfbM. Auch die Ergebnisse für andere berufliche Ergebnismaße (Dauer bis Wiedereinstieg, Dauer in Arbeit, subjektive Arbeitsfähigkeit) legten keine Unterschiede zwischen der IPS- und der Vergleichsgruppe nahe. Absolut sind die (Re-)Integrationsraten mit internationalen Studien zum IPS-Coaching vergleichbar und spiegeln insofern einen Erfolg sowohl des IPS-Coachings als auch der Regelversorgung bei der beruflichen Rehabilitation der untersuchten Zielgruppe wider. Die Meta-Analyse von de Winter et al. (2022) zeigte beispielsweise, dass der Anteil von Personen in Arbeit in den Interventionsgruppen durchschnittlich bei 48,8 % und in den Vergleichsgruppen bei 28,3 % lag. Im Rahmen der europäischen EQOLISE Studie nahmen insgesamt 54,5 % der IPS-Teilnehmenden und 27,6 % der Teilnehmenden in der Vergleichsgruppe eine Arbeit auf (Burns et al., 2007). In Bezug auf den deutschsprachigen Raum zeigte eine aktuelle Analyse von Routinedaten von IPS-Teilnehmenden in Berlin eine Eingliederungsrate auf den allgemeinen Arbeitsmarkt von 51,7 % (Jäckel et al., 2024).

Zusammenfassend könnten verschiedene Merkmale der vorliegenden Studienbedingungen möglicherweise erklären, warum trotz der international vergleichbaren Integrationsquoten der IPS-Gruppe keine Überlegenheit gegenüber der Vergleichsgruppe gefunden wurde: die Zielgruppe/Stichprobe des Projekts, die konkreten Umsetzungsbedingungen des IPS-Coachings sowie die zeitlich versetzte Rekrutierung während der Covid-19-Pandemie und nicht randomisierte Zuteilung der Gruppen. Diese Punkte werden im Folgenden detailliert diskutiert.

Stichprobe

Die in diesem Modellprojekt untersuchten Personengruppen (Interventions- und Vergleichsgruppe) scheinen gleichermaßen (gut) vom angebotenen IPS-Coaching bzw. den regulären Rehabilitationsangeboten profitiert zu haben. Allerdings unterschied sich die vorliegende Stichprobe in mehrfacher Hinsicht von anderen IPS-Studien. Nach den vom Projektträger vorgegebenen Einstiegs-kriterien wurden nur (wenige Ausnahmen) erwachsene Personen über 26 Jahren berücksichtigt,

- die in den vergangenen zwei Jahren für mindestens sechs Monate sozialversicherungspflichtig gearbeitet haben.
- Die Stichprobe war überwiegend bereits seit mehr als zehn Jahren berufstätig,

- hatte zum großen Teil bei Studieneinstellung einen bestehenden Arbeitsvertrag,
- und bestand überwiegend aus Personen mit depressiven Störungen.

Diese Merkmale sprechen in der Summe für eine große Nähe der Teilnehmenden zum Arbeitsmarkt trotz einer akuten psychischen Krise mit stationärem Behandlungs- und komplexem Unterstützungsbedarf. In internationalen IPS-Studien hingegen ist häufig ein Einstellungskriterium, dass aktuell keine Beschäftigung vorliegt (z. B. Kinoshita et al., 2013). Eine kürzere Dauer seit der letzten Berufstätigkeit bzw. eine vorhandene Berufstätigkeit in der Vergangenheit wurde konsistent als wichtigster förderlicher Faktor für die erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung in der IPS-Literatur gefunden (Metcalf et al., 2017; Viering et al., 2015). Außerdem scheint eine Rückkehr in ein vorhandenes Arbeitsverhältnis insgesamt mit größerem Erfolg verbunden zu sein, als die Suche nach einer neuen Beschäftigung (Zürcher et al., 2023), wie auch unsere Ergebnisse bestätigten.

Das Einstellungskriterium der Arbeitsmarktnähe könnte zusätzlich dazu geführt haben, dass Personen mit F2-Diagnosen kaum erreicht und hauptsächlich Personen mit affektiven Störungen eingestuft wurden. IPS wurde in den USA häufig für Menschen mit so genannten „schweren psychischen Erkrankungen“ untersucht, wobei dieser Begriff unterschiedlich gebraucht wird, jedoch insbesondere Schizophrenie umfasst. Eine Meta-Analyse zeigte, dass IPS bei Personen mit affektiven Störungen weniger effektiv war als bei Personen mit Schizophrenie (de Winter et al., 2022). Die geringere Effektivität führten die Autoren und Autorinnen dabei auf die erfolgreichereren Vergleichsgruppen zurück, die den Unterschied zwischen der IPS- und der Vergleichsgruppe und somit die Effektgröße verkleinerten. In einem weiteren Review fanden Hellström et al. (2021) keinen signifikanten Effekt von IPS für Teilnehmende mit depressiven Störungen, wiesen jedoch aufgrund von kleinen Subgruppen auch auf eine geringe Power hin. Insgesamt kam eine weitere Meta-Analyse zu dem Schluss, dass kombinierte arbeitsbezogene und klinische Interventionen zwar positive Auswirkungen auf die Anzahl der Krankheitstage für Menschen mit Depression haben können, dass sie jedoch nicht den Anteil von Personen in Arbeit erhöhten (Nieuwenhuijsen et al., 2020).

Insgesamt sprechen diese Befunde dafür, dass die in der vorliegenden Studie untersuchte Stichprobe aufgrund ihrer Arbeitshistorie gute Voraussetzungen für eine erfolgreiche Arbeitsaufnahme hatte. Es hätte also eine besonders hohe Eingliederungsquote in der IPS-Gruppe erfordert, um einen signifikanten Unterschied zur Regelversorgung zu finden. Gleichzeitig erfüllte die Stichprobe mehrere Merkmale (vorwiegend depressive Störungen, europäischer Kontext), die in der Literatur mit geringeren Unterschieden von IPS zur Regelversorgung einhergehen (de Winter et al., 2022). Die, durch die Einstellungskriterien zusätzlich geforderte, gute Prognose könnte eine Zielgruppe angesprochen haben, die von den bestehenden zahlreichen Angeboten des Versorgungssystems bereits gut profitieren. Eine Öffnung für vulnerablere Personengruppen, die durch bestehende Angebote eher ausgeschlossen werden oder hiervon nicht ausreichend profitieren, könnte möglicherweise die Wirksamkeit des IPS erhöhen. In Anbetracht dessen, dass bisherige Interventionen gerade für Menschen mit Depression allerdings nicht dazu führten, dass mehr Personen Arbeit aufnehmen (Nieuwenhuijsen et al., 2020), und auch in der vorliegenden Studie ca. 35 % der Teilnehmenden nicht in Arbeit kamen, scheint gleichzeitig der Bedarf für diese Zielgruppe weiterhin vorhanden zu sein, Interventionen zu verbessern. Dies könnte insbesondere für Personen ohne bereits bestehenden Arbeitsvertrag gelten, von denen etwa die Hälfte trotz scheinbar guter Ausgangsbedingungen auch mit IPS im Studienzeitraum keine Arbeit aufgenommen hat.

Umsetzung des IPS-Coachings

Die Ergebnisse der Netzwerkanalyse und der Zufriedenheitsbefragung der IPS-Teilnehmenden deuteten darauf hin, dass es grundsätzlich Bedarf nach verstetigter, langfristig angelegter und individueller Unterstützung gibt, die zwischen Psychiatrie und Arbeitswelt verortet ist. Supported Employment wird außerdem aufgrund der bereits aus anderen Untersuchungen vorliegenden umfassenden Evidenz unter dem Evidenzgrad A in der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ und der S3-Leitlinie „Schizophrenie“ empfohlen (DGPPN, 2019).

Aus den Ergebnissen zur Umsetzung des IPS-Coachings (Fokusgruppen, fallspezifische Dokumentation, Programmtreue mittels Rating der Fidelity Scale) gibt es Hinweise darauf, dass im Rahmen der modellhaften Erprobung an zwei neuen Standorten noch Hürden für die vollumfängliche Umsetzung bestanden. Möglicherweise könnte mithilfe einiger (struktureller) Anpassungen die Wirksamkeit gegenüber der Regelversorgung zukünftig erhöht werden. Das in den USA entwickelte IPS-Coaching folgt festgelegten Prinzipien und einem Manual (Becker et al., 2015). Die Treue, mit der das Programm umgesetzt wird („IPS Fidelity“), kann anhand eines Bewertungsschemas, der „IPS Fidelity Scale“, eingeschätzt werden (Bond et al., 2012). Eine höhere Programmtreue wurde in mehreren Studien, unter anderem auch in Deutschland, mit besseren Ergebnissen für die berufliche Integration der Teilnehmenden in Verbindung gebracht (Bond et al., 2012; de Winter, 2020, Jäckel, 2024). Im vorliegenden Projekt wurde die Programmtreue in einer internen Wertung mit 88 von 125 Punkten (siehe Anlage 11) bewertet, was laut Fidelity Scale als „genügend“ eingestuft wird. Herausforderungen, die im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung analysiert wurden, beinhalten insbesondere einen geringen Austausch mit psychiatrischen Behandlern und Behandlerinnen, wenig Vernetzung mit dem allgemeinen Arbeitsmarkt, die geringe Umsetzung des Coachings am Arbeitsplatz, sowie strukturelle Hürden für die individuelle Umsetzung (siehe auch Auswertung der fallspezifischen Dokumentation und Fokusgruppen mit den IPS-Coaches). In einer randomisiert kontrollierten Studie in Schweden wurde in einer ähnlichen Zielgruppe von Menschen mit Depression und Angststörungen in einem leicht angepassten IPS-Konzept ebenfalls kein signifikanter Effekt von IPS auf die Aufnahme von Arbeit gefunden (Hellström et al., 2017). Vergleichbar mit den genannten Schwierigkeiten in der Umsetzung der IPS-Prinzipien, vermutet die Autorenschaft, dass eine fehlende Verzahnung mit dem Behandlungskontext, sowie fehlendes Coaching am Arbeitsplatz wegen Hürden bei der Offenlegung zur Erklärung dieser Ergebnisse beitragen könnten. Zusätzlich berichteten die Coaches im vorliegenden Projekt teilweise von Konflikten zwischen IPS-Prinzipien (z. B. schneller Wiedereinstieg und Beachten persönlicher Präferenzen; siehe Abschnitt 4.7.5).

Studiendesign

Im Vergleich mit anderen Studien, bei denen die IPS-Gruppe eine ähnliche Integrationsquote erreicht, zeigt sich die Vergleichsgruppe in dieser Erhebung mit einem besonders hohen Anteil an Teilnehmenden mit einer erfolgreichen Arbeitsaufnahme. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass sich die hier untersuchte Vergleichsgruppe von denen anderer Studien unterscheidet. Dies kann einerseits an einer insgesamt verschiedenen Studienpopulation liegen (siehe Abschnitt 3.2), es ist jedoch auch möglich, dass sich die Vergleichsgruppe aufgrund der zeitlich versetzten Rekrutierung und nicht randomisierten Gruppenzuweisung systematisch von der IPS-Gruppe unterscheidet.

Die Rekrutierung der IPS-Gruppe fiel beispielsweise in eine Zeit mit stärkeren Auswirkungen der Covid-19-Pandemie, was sie in der beruflichen Reintegration benachteiligt haben könnte. Zudem könnten die Klinikmitarbeitenden durch die zeitlich zuerst erfolgte Rekrutierung der IPS-Gruppe bereits durch das IPS-Coaching-Angebot sensibilisiert worden sein. Das könnte dazu geführt haben, dass die Vergleichsgruppe in diesem Projekt eine Versorgung erhalten hat, die über das (bisherige)

Regelangebot hinausging. Durch die fehlende Randomisierung könnten sich die Gruppen außerdem neben den gefundenen Unterschieden in Geschlecht, Dauer der Beschäftigung, Ressourcen und kognitiven Leistung, in nicht gemessenen Merkmalen unterscheiden haben. Beispielsweise wurden eine größere Bereitschaft zu Veränderung (Hellström et al., 2023) und Selbstwirksamkeit in Bezug auf die Rückkehr zur Arbeit (Bjørkedal, et al., 2023) in anderen Studien bereits als förderlich für die Wiederaufnahme von Arbeit bei Menschen mit Depression identifiziert, hier jedoch nicht erfasst. Aus der Befragung der Klinikmitarbeitenden ging außerdem hervor, dass möglicherweise nach klinischem Eindruck weniger stark belastete Patienten und Patientinnen zur Teilnahme an der Vergleichsgruppe motiviert wurden, was sich allerdings nicht in den Fragebogendaten zeigte.

Umsetzungserfahrungen der innovativen Teilansätze

Wenngleich keine Überlegenheit der IPS-Gruppe in den primären Ergebnismaßen festgestellt werden konnte, geben qualitative Rückmeldungen und Sekundäranalysen Hinweise darauf, dass die Umsetzung einzelner innovativer Teilansätze des IPS-Coachings weiterhin erprobt werden sollte.

So wurden von den Projektbeteiligten positive Erfahrungen mit dem frühzeitigen Assessment berichtet: Die direkte arbeitsbezogene Einschätzung bereits im Klinikaufenthalt helfe, die berufliche Perspektive zu klären, Motivation zu nutzen und Übergänge aktiv zu gestalten. Auch die individuell angepasste Unterstützung wurde im Projektverlauf von vielen Teilnehmenden in sehr unterschiedlicher Form in Anspruch genommen. Die Möglichkeit zur individuellen Gestaltung von Kontakthäufigkeit und -form, Coaching am Arbeitsplatz sowie der Einsatz von Fortbildungen ermöglichten eine an den jeweiligen Bedarf angepasste Begleitung. Für die Nutzung des individuellen Budgets als Instrument zur Überbrückung systemischer Lücken – etwa für Qualifizierungen oder Arbeitsmittel – schien es noch Barrieren zu geben, weshalb dessen Wirkung zukünftig weiterer Untersuchung bedarf. Die zögerliche Inanspruchnahme deutet jedoch darauf hin, dass neue Instrumente nicht nur angeboten, sondern auch aktiv eingeführt und praxisnah begleitet werden müssen. Eine besondere Stärke des Projekts lag in der Verortung des Coachings bei regionalen Partnern und Partnerinnen. Die Zusammenarbeit außerhalb der Klinik bietet die Möglichkeit für eine Perspektivverschiebung und Nutzung bereits bestehender Kompetenzen in der Rehabilitation sowie der Vernetzungen im Arbeitsmarkt. Deutlich wurde auch, dass hiermit auch Herausforderungen (Datenschutz, Systemlogiken, Rollenklarheit) verbunden sind, welche durch gemeinsame Gespräche, klare Absprachen und institutionalisierte Schnittstellen produktiv bearbeitet werden sollten.

Als Lösungsansatz dieser Problematik wurde im IPS-ZIB-Projekt das Coaching mit regionalen Akteuren und Akteurinnen umgesetzt, um bereits bestehende Kompetenzen in der Rehabilitation und Vernetzungen im Arbeitsmarkt zu nutzen. Aktuelle Modelle in Deutschland siedeln das Coaching meist in Kliniken an. Durch die Nutzung schon vorhandener und in der Rehabilitation erfahrener Beteiligter vor Ort, erfolgt im Projekt IPS-ZIB ein direkter Übergang von der Krankenhauswelt in die Welt des Arbeitsmarktes.

Bedeutung der Beziehungsarbeit und Prozessqualität

Durchgehend zeigte sich, dass der Aufbau tragfähiger Beziehungen ein zentraler Bestandteil des Coachings war. Die Zufriedenheitsbefragung unterstreicht, dass viele Teilnehmende den persönlichen Kontakt und die kontinuierliche Begleitung sehr schätzten. Gleichzeitig wurde deutlich: Wo die Beziehung nicht tragfähig war – etwa durch fehlende Passung, zu wenig Information oder mangelnde Kontinuität –, kam es häufiger zu Abbrüchen. Die Dokumentation der Coachingverläufe bestätigte zusätzlich die individuelle Nutzung eines flexiblen, langfristig angelegten und personenzentrierten Vorgehens. Unterschiedliche Ausgangsbedingungen, ländliche Strukturen, lange Fahrtzeiten oder geringe digitale Akzeptanz erfordern spezifische Anpassungen. Gerade die Heterogenität der individuellen Erwerbsverläufe – von stabilen Rückkehrprozessen bis zu mehrfachen Wechseln – macht

deutlich, dass Erfolg nicht allein an dichotomen Endpunkten (z. B. Arbeitsaufnahme ja/nein) festgemacht werden kann, sondern auch in der Qualität des Prozesses selbst liegt.

Schlussfolgerung und Ausblick

Zusammenfassend lässt sich sagen: Das IPS-ZIB-Projekt hat für die konkret arbeitsmarktbezogenen Ergebnismaße für die IPS-Gruppe keinen Vorteil gegenüber der Regelversorgung erzielt. Gleichwohl hat das Projekt einige Impulse für mögliche Anpassungen der Strukturen in der Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen gesetzt - allerdings unter der Voraussetzung weiterer Evaluation. Insbesondere die Kombination mehrerer innovativer Elemente sollte in Projekten weiterverfolgt werden – auch wenn einzelne Ansätze (z. B. das individuelle Budget, die Verzahnung mit dem Behandlungssystem oder das Coaching am Arbeitsplatz) noch nicht voll ausgeschöpft wurden.

Die Erfahrungen zeigen, dass nachhaltige Wirkung nicht durch neue Methoden allein, sondern durch deren passgenaue, kontextbezogene und gut abgestimmte Umsetzung entsteht. Entscheidend ist dabei die Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure und Akteurinnen, die Qualität der Beziehung zu den Teilnehmenden und die Bereitschaft, neue Wege zu denken – auch über Systemgrenzen hinweg.

Gleichzeitig deuten die Ergebnisse darauf hin, dass bestimmte Zielgruppen (etwa Personen, die kein bestehendes Arbeitsverhältnis haben) nicht ausreichend von den vorhandenen Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich dem hier erprobten Ansatz des IPS-Coachings profitieren. Für diese Gruppen, die im bestehenden System oft nur unzureichend erreicht oder unterstützt werden, muss über alternative Reha-Ansätze nachgedacht werden. Eine Option könnte ein angepasstes bzw. erweitertes IPS-Coaching-Konzept bieten und sollte in einem neuen Projekt erprobt werden.

7 Verstetigungsoptionen

Abgeleitet aus den, in den vorangegangenen Kapiteln vorgestellten, Ergebnissen aus Forschung und den Umsetzungserfahrungen werden im folgenden Abschnitt Anregungen dazu gegeben, wie eine Verstetigung des Modellvorhabens IPS-ZIB in der Praxis aussehen kann bzw. wie gewonnene Praxiserfahrungen in zukünftige Umsetzungskonzepte der Rehabilitation für Menschen mit psychischen Erkrankungen eingehen können.

Die zentrale Erkenntnis der wissenschaftlichen Begleitung war, dass das IPS-Coaching im Hinblick auf die Hauptergebnismaße (berufliche Eingliederung) in der hier untersuchten Stichprobe (v. a. depressive Erkrankungen, gute schulische und berufliche Ausgangssituation, hohe Arbeitsmarktnähe) keinen bedeutsamen Vorteil gegenüber der Regelversorgung hatte. Im vorangegangenen Kapitel werden mögliche Erklärungen für diese Ergebnisse diskutiert. Vor dem Hintergrund der international belegten Wirksamkeit des IPS-Ansatzes können die Ergebnisse des Modellprojekts dennoch wichtige Hinweise und Ansatzpunkte für zukünftige Entwicklungen geben.

Das Kapitel ist daher als ein explorativer Beitrag zu verstehen, der auf Basis der fünfeinhalbjährigen Projektlaufzeit Handlungsempfehlungen für eine zukünftige Implementierung des IPS-Coachings ableitet:

- Die Erprobung der hier gewählten strukturellen Variante des IPS-Coachings – alternativ zum bisher in Deutschland favorisierten „reinen Klinik-Interventions-Modell“ – gemeinsam mit Partnern und Partnerinnen, die Kompetenzen in der beruflichen Rehabilitation haben, aber außerhalb der psychiatrischen Behandlung regional tätig sind, wird insgesamt als umsetzbare Option eingeschätzt. Allerdings war die Umsetzung eines zentralen Bausteins des IPS-Konzepts, die enge Verzahnung zwischen Coaching und Behandlungsteam, nur bedingt gelungen, am ehesten unter der Voraussetzung der Übernahme der Behandlung durch die Institutsambulanzen. Um die Programmtreue zu erhöhen und den Coaches einen Fokus auf das

Thema „Arbeit“ zu ermöglichen, erscheint für eine zukünftige Umsetzung eine verbindlichere Einbindung der Coaches in/an ein Behandlungsteam bzw. ein engerer Austausch mit dem Behandlungsteam wichtig. In Regionen mit einer psychiatrischen Versorgung im Wesentlichen durch niedergelassene Psychiater*innen und Psychotherapeuten und -therapeutinnen müsste hierzu eine konsensfähige Konzeption erarbeitet werden.

- Aus der Umsetzung des Coaching-Konzeptes im Rahmen eines Modells unter Beteiligung regionaler Akteure und Akteurinnen ergibt sich die Frage, bei welchem Angebot ein Coaching-Team angegliedert werden könnte. Das Coaching könnte z. B. an den Integrationsfachdienst angegliedert sein. Hier ist sicherzustellen, dass eine intensive Verzahnung mit dem jeweiligen Behandlungsteam gegeben ist (s. o.) und die seit 2018 für den IFD gültigen Möglichkeiten, auch Leistungen für Menschen ohne einen formalen Behindertenstatus über den IFD abzurufen, genutzt werden. Zum anderen könnte das Coaching (wie beispielsweise bereits in Leipzig am Helios-Park-Klinikum praktiziert) an der regionalen Versorgungsklinik (z. B. PIA) angegliedert werden. In diesem Fall muss die enge Verzahnung mit der Arbeitswelt sichergestellt werden.
- Bei Patienten und Patientinnen mit bestehendem Arbeitsvertrag gab es Hinweise auf eine insgesamt erfolgreichere Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt auch im Regelsystem⁵. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass für Patienten und Patientinnen mit geringerer Arbeitsmarktnähe und ggf. ohne aktuellen Arbeitsplatz, auf den sie zurückkehren können, spezielle Interventionen entwickelt, erprobt und evaluiert werden sollten. Ob ein ggf. modifiziertes/ergänzt IPS-Coaching an dieser Stelle hilfreich wäre, müsste erprobt werden. Seitens der Rentenversicherung sollte überlegt werden, die Eingangskriterien insofern „abzusenken“, dass z. B. auch Personen mit F2-Diagnosen (Psychosen) oder einer arbeitsmarktfremden Berufsbiografie Zugang zu den Interventionen bekommen.
- Bedeutsam scheint zu sein, dass der Lebensbereich Arbeit bereits während der Behandlung im Krankenhaus fokussiert wird. So kann frühzeitig während der Behandlung die Anbahnung arbeitsweltbezogener Interventionen wie z. B. ein IPS-Coaching und damit die berufliche Perspektivplanung beginnen. Ein niedrighschwelliger Zugang zu arbeitsweltbezogenen Maßnahmen und ein qualifizierter Einstiegsprozess, der in einer verbindlichen (Ziel-)Vereinbarung im Hinblick auf die rasche Rückkehr auf den ersten Arbeitsmarkt mündet, könnte den Start eines gelingenden beruflichen Rehabilitationsprozesses befördern. Die Patienten und Patientinnen sollten beim Verlassen der Klinik bereits verbindlich wissen, mit wem sie weiterarbeiten können. Das erfordert, dass die Patienten und Patientinnen bestenfalls mit einem vereinbarten Termin für das nächste Treffen mit einer namentlich bekannten Person die Klinik verlassen.
Daran anknüpfend müssen Antragsverfahren z. B. für ein Coaching (bestenfalls gelingt ein Ablauf ohne eine behördliche Antragsstellung) so organisiert sein, dass sie niedrighschwellig und zeitnah bearbeitet und entschieden werden können, um den Weg zurück auf den ersten Arbeitsmarkt möglichst ohne Unterbrechungen gewährleisten zu können. Überlegenswert wäre ein Prozess ähnlich dem der probatorischen Sitzungen in der ambulanten Psychotherapie, indem Patienten und Patientinnen zeitnah im Anschluss an die stationäre psychiatrische Krankenhausbehandlung (oder sogar noch innerhalb dieser) die Gelegenheit bekommen, die persönlichen Möglichkeiten und Bedarfe über wenige Termine mit einer dafür geschulten Person auszuloten, ggf. auszuprobieren und bei Bedarf den Beginn einer Intervention z. B. eines Coachings kurzfristig zu initiieren.
- In Bezug auf den Übergang aus der Klinik heraus, ist es zentral, zeitliche wie personelle Unterbrechungen zu vermeiden, weil an jeder „Bruchstelle“ die Möglichkeit besteht, dass Patienten und Patientinnen aus dem Prozess herausfallen und der Wiedereinstieg in Arbeit

⁵ Die vorhandenen Regelleistungen haben sich in diesem Projekt als ausreichend erwiesen, der Coaching- Ansatz konnte hier keinen zusätzlichen Nutzen erzeugen.

dadurch erschwert wird. Dazu sollten Jobcenter wie auch die Rentenversicherung in die Kooperation mit den psychiatrischen Versorgungskliniken „investieren“, z. B. indem sie in den Kliniken vor Ort mit eigenem Personal präsent sind. Die Patienten und Patientinnen sind hier gut zu erreichen und können von der Klinik zügig direkt in mögliche Unterstützungsangebote eingesteuert werden.

- Ein weiterer Baustein betrifft den Aufbau und die kontinuierliche Pflege des regionalen Netzwerkes, bestehend aus Arbeitgebenden und Tätigen in der Rehabilitation sowie der Arbeitsvermittlung. Die Wirksamkeit selbst hochqualifizierter Coaches oder Arbeitsvermittler und -vermittlerinnen ist begrenzt, wenn sie nicht Teil eines funktionierenden Netzwerks sind, in dem persönliche Kontakte und kurze Kommunikationswege etabliert sind. Dabei kommt der Einbindung lokaler Arbeitgebender und ihrer Netzwerkstrukturen eine besondere Bedeutung zu – sowohl um ihre aktive Mitwirkung zu fördern als auch um bestehende Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Krisenerfahrungen abzubauen. Wünschenswert wäre es, wenn die beteiligten Mitarbeitenden in den psychiatrischen Kliniken in dieses Netzwerk eingebunden sind.
- Ein wesentlicher Diskussionspunkt in der Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist die Frage der Offenlegung der Krankheit sowohl bei der Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz als auch bei der Jobsuche. Hier bestehen seitens der Rehabilitanden große Ängste vor einer Stigmatisierung. Hier gilt es sowohl in der regionalen Netzwerkarbeit insbesondere gegenüber den Arbeitgebenden für einen offeneren Umgang mit psychischen Krankheiten zu werben als auch im individuellen Coaching das Thema kontinuierlich (mit) zu bearbeiten. Eine gesamtgesellschaftliche, überregionale Antistigma-Arbeit sollte hier unterstützend wirken

8 Quellen

- Abele, A. E., Stief, M. & Andrä, M. S. (2000). Zur ökonomischen Erfassung beruflicher Selbsteffizienzerwartungen- Neukonstruktion einer BSEF-Skala. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 44, 145-151.
- Adamus, C., Richter, D., Sutor, K., Zürcher, S. J. & Mötteli, S. (2024). Preference for Competitive Employment in People with Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis of Proportions. Journal Of Occupational Rehabilitation. <https://doi.org/10.1007/s10926-024-10192-0>
- Beblo, T., Kunz, M., Brokate, B., Scheurich, A., Weber, B., Albert, A., Richter, P. & Lautenbacher, S. (2010). Entwicklung eines Fragebogens zur subjektiven Einschätzung der geistigen Leistungsfähigkeit (FLei) bei Patienten mit psychischen Störungen. Zeitschrift für Neuropsychologie.
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). Manual for the BDI-II. The Psychological Corporation.
- Becker, D., Swanson, S., Reese, S., Bond, G. & McLeman, B. (2015). Deutsche Version des SUPPORTED EMPLOYMENT FIDELITY REVIEW MANUAL- Eine Anleitung zur Anwendung der evidence-based IPS Supported Employment Fidelity Scale. Dartmouth Psychiatric Research Center
- Becker, G. & Drake, R. (1993). A working life. The individual placement and support (IPS) program. Concord, NH: New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center.
- Bjørkedal, S., Fisker, J., Hellström, L., Hoff, A., Poulsen, R., Hjorthøj, C., Bojesen A., Rosenberg N., & Eplov, L. (2023). Predictors of return to work for people on sick leave with depression, anxiety and stress: secondary analysis from a randomized controlled trial. International Archives of Occupational and Environmental Health, 96(5), 715-734. <https://doi.org/10.1007/s00420-023-01968-7>
- Blank, L., Peters, J., Pickvance, S., Wilford, J. & MacDonald, E. (2008). A Systematic Review of the Factors which Predict Return to Work for People Suffering Episodes of Poor Mental Health. Journal Of Occupational Rehabilitation, 18(1), 27–34. <https://doi.org/10.1007/s10926-008-9121-8>
- Bond, G., Peterson, A., Becker, D., & Drake, R. (2012). Validation of the Revised Individual Placement and Support Fidelity Scale (IPS-25). Psychiatric Services, 63(8), 758-763. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100476>
- Bühning, P. (2014). Psychische Erkrankungen und Frühverrentung: Therapie und Reha vor Rente. Deutsches Ärzteblatt 2/2014, <https://www.aerzteblatt.de/archiv/psychische-erkrankungen-und-fruehverrentung-therapie-und-reha-vor-rente-88e3f56e-8d31-4d3c-8640-775a751562db>
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) (2021): Gemeinsame Empfehlung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), https://daten2.verwaltungsportal.de/dateien/seitengenerator/2dfbfa463a4d7f71be425968cfed6a22203482/ge_55sgbix.webbf.pdf
- Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R., Fioritti, A., Knapp, M., Lauber, C., Rössler, W., Tomov, T., van Busschbach, J., White, S., & Wiersma, D. (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. Lancet, 370(9593), 1146-1152. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)61516-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)61516-5)
- Cartaya, M. J. M., Rodríguez, Á. A., Pérez, A. R., Suárez, M. S., Rodríguez-Novo, N., Rodríguez-Novo, Y. & Pulido, F. R. (2024). Experiences of individuals with serious mental disorders in regular employment through the Individual Placement and Support model. Frontiers in Psychiatry, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1423742>

Campbell, K., Bond, G., Drake, R., McHugo G., & Xie H. (2010). Client predictor of employment outcomes in high-fidelity supported employment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(8), 556-563. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181ea1e53. PMID: 20699720.

Catty, J., Lissouba, P., White, S., Becker, T., Drake, R., Fioritti, A., Knapp M., Lauber C., Rössler W., Tomov T., van Busschbach J., Wiersma D., Burns T., & EQOLISE Group. (2008). Predictors of employment for people with severe mental illness: results of an international six-centre randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 192(3), 224-231.

Christensen, T., Kruse, M., Hellström, L., & Eplov, L. (2021). Cost-utility and cost-effectiveness of individual placement support and cognitive remediation in people with severe mental illness: Results from a randomized clinical trial. *European Psychiatry*, 64(1), e3.

Colaizzi, P. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it. In R. Valle & M. King (Eds.), *Existential phenomenological alternatives for psychology* (pp. 48–710). Oxford University Press.

DAK-Gesundheit (2024): DAK Psychreport 2024- Erneuter Höchststand bei psychisch bedingten Fehltagen im Job. https://www.dak.de/dak/unternehmen/reporte-forschung/psychreport-2024_57364#rtf-anchor-downloads-psychreport-2024-ergebnis-prasentation

de Winter, L., Couwenbergh, C., van Weeghel, J., Sanches, S., Michon, H., & Bond, G. (2022). Who benefits from individual placement and support? A meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 31, e50. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35815640/>

Deutsche Rentenversicherung Bund (2014). Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_syst_emfragen/positionspapiere/pospap_psych_Erkrankung.html#:~:text=Die%20Deutsche%20Rentenversicherung%20hat%20ein%20Positionspapier%20zur%20Bedeutung,Erkrankungen%20in%20der%20Rehabilitation%20und%20bei%20Erwerbsminderung%20ver%C3%B6ffentlicht.

Deutsche Rentenversicherung Bund & Dezernat 0630 – Statistische Analysen. (2024). Statistik der Deutschen Rentenversicherung. In Statistik der Deutschen Rentenversicherung [Report]. Deutsche Rentenversicherung Bund. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/statistikpublikationen/erwerbsminderungsrenten_zeitablauf.pdf?

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). (2019). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Springer. https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-020I_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). (2019). S3-Leitlinie Schizophrenie. Langfassung, 2019, Version 1.0, zuletzt geändert am 15. März 2019, verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-009.html>

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). (2021). Umsetzung der Prinzipien des Supported Employment in Deutschland – Positionspapier einer Task-Force der DGPPN. https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/3d91d7f2163a1387e85ebbe0e40bc930da23a916/2021-05-25_Positionspapier_SE.pdf

Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale—preliminary report. *Psychopharmacol bull*, 9(1), 13-28.

- Drake, R. & Bond, G. (2023). Individual placement and support: History, current status, and future directions. *Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports*, 2(3), e122.
- Eekhout, I., de Vet, H., de Boer, M., Twisk, J., & Heymans, M. (2016). Passive imputation and parcel summaries are both valid to handle missing items in studies with many multi-item scales. *Statistical Methods in Medical Research*, 27(4), 1128-1140. <https://doi.org/10.1177/0962280216654511>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191. <https://doi.org/10.3758/bf03193146>
- Frederick, D. & VanderWeele, T. (2019). Supported employment: Meta-analysis and review of randomized controlled trials of individual placement and support. *PLOS ONE*, 14(2), e0212208. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212208>
- Gühne, U., Pabst, A., Kösters, M. & Hasan, A., Falkai, P., Kilian, R., Allgöwer, A., Ajayi, K., Baumgärtner, J., Brieger, P., Frasch, K., Heres, S., Jäger, M., Küthmann, A., Putzhammer, A., Schneeweiß, B., Schwarz, M., Becker, T., Breilmann, J., & Riedel-Heller, S. (2022). Predictors of competitive employment in individuals with severe mental illness: results from an observational, cross-sectional study in Germany. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* 17, 3. <https://doi.org/10.1186/s12995-022-00345-3>
- Gühne, U., Weinmann, S., Riedel-Heller, S., & Becker, T. (Eds.). (2019). S3-Leitlinie psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Springer-Verlag.
- Gühne, U. & Riedel-Heller, S. (2015). Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. Expertise im Auftrag der Gesundheitsstadt Berlin und der DGPPN. https://www.dgppn.de/Resources/.../Expertise_Arbeitssituation_2015-09-14_fin.pdf
- Gühne, U., Riedel-Heller, S. & Kupka, P. (2020). Wie sich psychische Erkrankungen auf die Teilhabe am Arbeitsmarkt auswirken- ein Überblick (Serie "Psychisch Erkrankte im SGB II: Situation und Betreuung"). In: IAB-Forum No. 25.08.2020 Nürnberg.
- Hamann, J. & Brieger, P. (2019). Return to Work – berufliches Entlassmanagement. *Nervenheilkunde* 38(07):481–484
- Hasselhorn, H. & Freude, G. (2007). Der Work Ability Index. Ein Leitfaden. Verlag für neue Wissenschaft.
- Hautzinger, M., Keller, F., & Kühner, C. (2006). BDI-II. Beck–Depressions–Inventar Revision – Manual. Harcourt Test Services.
- Hellström, L., Christensen, T., Bojesen, A., & Eplov, L. (2023). Predictors of Return to Work for People with Anxiety or Depression Participating in a Randomized Trial Investigating the Effect of a Supported Employment Intervention. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 33(1), 61-70. <https://doi.org/10.1007/s10926-022-10046-7>
- Hellström, L., Pedersen, P., Christensen, T., Wallstroem, I., Bojesen, A., Stenager, E., Bejerholm, U., van Busschabach, J., Michon, H., Mueser, K., Reme, S., White, S., & Eplov, L. (2021). Vocational Outcomes of the Individual Placement and Support Model in Subgroups of Diagnoses, Substance Abuse, and Forensic Conditions: A Systematic Review and Analysis of Pooled Original Data. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 31(4), 699-710. <https://doi.org/10.1007/s10926-021-09960-z>
- Hellström, L., Bech, P., Hjorthøj, C., Nordentoft, M., Lindschou, J., & Eplov, L. F. (2017). Effect on return to work or education of Individual Placement and Support modified for people with mood and anxiety disorders: results of a randomised clinical trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 74(10), 717-725. <https://doi.org/10.1136/oemed-2016-104248>.

- Holloway, I. & Wheeler, S. (2010). *Qualitative research in nursing and healthcare* (3rd ed.). Wiley-Blackwell. <https://books.google.de/books?id=8AP3sCg1kdYC>.
- Huber, M. & Kawohl, W. (2013). Maßnahmen und Konzepte am Beispiel des Supported Employment der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. *Berufliche Inklusion von Menschen mit Behinderung: Best Practices aus dem ersten Arbeitsmarkt*, 303-313.
- Jäckel, D., Leopold, K., & Bechdorf, A. (2024). Individual Placement and Support in der psychiatrischen Versorgung: Evaluation klinischer Routinedaten mittels eines retrospektiven Chart-Reviews. *Nervenarzt*, 95(9), 839-844. <https://doi.org/10.1007/s00115-024-01706-5>.
- Jäckel, D., Willert, A., Brose, A., Leopold, K., Nischk, D., Senner, S., Pogarell, O., Sachenbacher, S., Lambert, M., Rohenkohl, A., Kling-Lourenco, P., Rüschi, N., Bermühl, F., Schouler-Ocak, M., Disselhoff, V., Skorupa, U., & Bechdorf, A. (2023). Enhancing educational and vocational recovery in adolescents and young adults with early psychosis through Supported Employment and Education (SEEarly): study protocol for a multicenter randomized controlled trial. *Trials*, 24(1), 440. <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-023-07462-2>
- Jäckel, D., Kupper, Z., Glauser, S., Mueser, K., & Hoffmann, H. (2017). Effects of sustained competitive employment on psychiatric hospitalizations and quality of life. *Psychiatric services*, 68(6), 603-609.
- Jahoda, M. (1982). *Employment and unemployment*. Cambridge books.
- Jahoda, M. (1981). Work, employment, and unemployment: Values, theories, and approaches in social research. *American psychologist*, 36(2), 184.
- Kinoshita, Y., Furukawa, T., Kinoshita, K., Honyashiki, M., Omori, I., Marshall, M., Bond, G., Huxley, P., Amano, N., & Kingdon, D. (2013). Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2013(9), Cd008297. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008297.pub2>
- Klaghofer, R., & Brähler, E. (2001). Konstruktion und Teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*.
- Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2024). *Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA Schritt für Schritt*, 55-74. Springer Verlag.
- Lang, J. W., & Fries, S. (2006). A revised 10-item version of the Achievement Motives Scale. *Euro-pean Journal of Psychological Assessment*, 22(3), 216-224.
- Lasser, I. (2011). Die deutsche Version des Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP-D): psychometrische Eigenschaften einer kurzen Skala zur Erfassung kognitiver Leistungsfähigkeit bei schizophrenen Patienten. *na*.
- Lunt, P. & Livingstone, S. (1996). Rethinking the focus group in media and communications research. *Journal of Communication*, 46(2), 79-98.
- Mahmood, Z., Keller, A., Burton, C., Vella, L., Matt, G., McGurk, S., & Twamley, E. (2019). Modifiable predictors of supported employment outcomes among people with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 70(9), 782-792.
- Marhawa, S. & Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 337-349.
- McGurk, S., Mueser, K., Harvey, P., LaPuglia, R., & Marder, J. (2003). Cognitive and symptom predictors of work outcomes for clients with schizophrenia in supported employment. *Psychiatric services*, 54(8), 1129-1135.

- Metcalfe, J., Drake, R., & Bond, G. (2018). Economic, labor, and regulatory moderators of the effect of individual placement and support among people with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 44(1), 22-31.
- Metcalfe, J., Drake, R., & Bond, G. (2017). Predicting Employment in the Mental Health Treatment Study: Do Client Factors Matter? *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(3), 345-353. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0774-x>
- Mernyi, L., Hölzle, P., & Hamann, J. (2018). Berufstätigkeit und Rückkehr an den Arbeitsplatz bei stationär-psychiatrisch behandelten Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 45(04), 197-205.
- Montgomery, S. A. & Åsberg, M. (1979). A New Depression Scale Designed to be Sensitive to Change. *The British Journal Of Psychiatry*, 134(4), 382–389. <https://doi.org/10.1192/bjp.134.4.382>
- Morfeld, M., Kirchberger, I., & Bullinger, M. (2011). SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand: Deutsche Version des Short Form-36 Health Survey. Hogrefe.
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H., Neumeyer-Gromen, A., Verhoeven, A. C., Bültmann, U., & Faber, B. (2020). Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database, Systematic Reviews*, 10(10), Cd006237. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006237.pub4>
- Nischk, D., Herwig, U., Senner, S., & Rockstroh, B. (2024). Effektivität und Kosteneffizienz von Individual Placement and Support (IPS) in Deutschland–eine Vergleichsstudie bei Menschen mit Psychosen. *Psychiatrische Praxis*, 51(02), 84-91. DOI: 10.1055/a-2165-8728.
- OECD (2012). *Sick on the Job? Myths and realities about mental health and work*. Paris: OECD Publishing.
- Oschmiansky, F., Popp, S., Riedel-Heller, S., Schwarzbach, M., Gühne, U., & Kupka, P. (2017). Psychisch Kranke im SGB II: Situation und Betreuung, IAB-Forschungsbericht, No 14/2017. <https://hdl.handle.net/10419/182170>
- Overall, J. E. & Gorham, D. R. (1962). The brief Psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10(3), 799–812. <https://doi.org/10.2466/pr0.1962.10.3.799>
- Paul, K. & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behaviour*, 74/3. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2009.01.001>
- Pichler, E., Stulz, N., Wyder, L., Heim, S., Watzke, B., & Kawohl, W. (2021). Long-term effects of the individual placement and support intervention on employment status: 6-year follow-up of a randomized controlled trial. *Frontiers in psychiatry*, 12, 709732.
- PK Rück (2022). *Wirksamkeitsstudie Wiedereingliederung*. In PK Rück. <https://pkruECK.com/app/uploads/2022/10/PK-Rueck-Wirksamkeitsstudie-Wiedereingliederung-2022-1.pdf>
- Purdon, S. E. (2005). *The screen for cognitive impairment in psychiatry. Administration and psychometric properties*. Edmonton, Alberta, Canada: PNL.
- Richter, D. & Hoffmann, H. (2018). Effectiveness of supported employment in non-trial routine implementation: systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2018 Aug 4. doi: 10.1007/s00127-018-1577-z
- Riedel-Heller, S., Stengler, K., & Seidler, A. (2012). Psychische Gesundheit und Arbeit. *Psychiatrische Praxis*, 39(03), 103-105.
- Rinaldi, M., Killackey, E., Smith, J., Shepherd, G., Singh, S., & Craig, T. (2010). First episode psychosis and employment: A review. *International Review of Psychiatry*, 22(2), 148-162.

Roelen, C., Norder, G., Koopmans, P., Van Rhenen, W., Van Der Klink, J., & Bültmann, U. (2012). Employees sick-listed with mental disorders: who returns to work and when?. *Journal of occupational rehabilitation*, 22, 409-417.

Rüst, T. (2017). Supported Employment und Eingliederungsmanagement. In: *Praxishandbuch Eingliederungsmanagement* (pp. 1-19). Springer VS, Wiesbaden.

Schmidt, J., Lamprecht, F., & Wittmann, W. W. (1989). Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. [Satisfaction with inpatient care: Development of a questionnaire and first validity assessments.]. *PPmP: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 39(7), 248-255.

Schröder, H. & Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). (2024). Pressemitteilung. In Pressemitteilung (S. 2–11) [Press-release]. https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/News/Pressemitteilungen/2025/wido_bgf_fehlta_ge_langzeiterkrankungen_2024_2025.pdf

Simon J, Anand P, Gray A, Rugkåsa J, Yeeles K, Burns T. (2013). Operationalising the capability approach for outcome measurement in mental health research. *Soc Sci Med*. 2013 Dec; 98:187-96. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.09.019.

Stengler, K., Bechdorf, A., Becker, T., Döring, A., Höhl, W., Jäckel, D., Kilian, H., TheiBing, A., Torhorst, A., Wirtz, G., Zeidler, R. & Riedel-Heller, S. (2021). Umsetzung der Prinzipien des Supported Employment in Deutschland: Positionspapier einer Task-Force der DGPPN. *Nervenarzt*, 92(9), 955-962. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-01038-0>

Stengler, K. & Becker, T. (2017). Das Ende der Reha-Kette? – Zukunft der beruflichen Teilhabe. In: Steinhart I.; Wienberg, G. (HG) *Rundum ambulant. Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde*. Psychiatrie-Verlag, Köln, 234-245.

Stengler, K., Dress, L., Lehmann, J., & Alberti, M. (2015). PIA2work—ein Pilotprojekt zur Förderung von Arbeit und Beschäftigung im Kontext einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA). In *Posterpräsentation, DGPPN Kongress* (Vol. 26, p. 2015).

Stengler, K., Riedel-Heller, S., & Becker, T. (2013). Berufliche Rehabilitation bei schweren psychischen Erkrankungen. *Der Nervenarzt*, 85(1), 97–107. doi:10.1007/s00115-013-3846-0.

Suijkerbuijk, Y. B., Schaafsma, F. G., Van Mechelen, J. C., Ojajärvi, A., Corbière, M. & Anema, J. R. (2017). Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *Cochrane Library*, 2017(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd011867.pub2>

Toepler, E. (o. D.). [Anzahl der Fälle pro Mitarbeiter/in im Fallmanagement]. *umsetzungsbegleitung-bthg*. <https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/bthg-kompass/bk-gesamtplanung/verfahrensregelungen/fda-m9814>

Tuomi, K., Ilmarinen, J., Jahkola, A., Katajarinne, L., & Tulkki, A. (2003). Work ability index. Finnish Institute of Occupational Health ICOH.

Üstün, T., Kostanjsek, N., Chatterji, S., & Rehm, J. (2010). Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). In: Geneva: World Health Organization.

Van Buuren, S. (2018). *Flexible Imputation of Missing Data* (2 ed.). Chapman and Hall/CRC. <https://doi.org/10.1201/9780429492259>

Van der Noordt, M., IJzelenberg, H., Droomers, M., & Proper, K. (2014). Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. *Occupational and environmental medicine*, 71(10), 730-736.

VERBI Software. (2021). MAXQDA 2022 [computer software]. Berlin, Germany: VERBI Software. Available from maxqda.com.

Viering, S., Jäger, M., & Kawohl, W. (2015). Welche Faktoren beeinflussen den Erfolg von Supported Employment? *Psychiatrische Praxis*, 42(6), 299-308. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1387695>

Vignato, J., Inman, M., Patsais, M., & Conley, V. (2021). Computer-assisted qualitative data analysis software, phenomenology, and Colaizzi's method. *Western Journal of Nursing Research*, 44(12), 1117-1123. <https://doi.org/10.1177/01939459211030335>

Wallstroem, I., Pedersen, P., Christensen, T., Hellström, L., Bojesen, A., Stenager, E., White, S., Mueser, K., Bejerholm, U., van Busschbach, J., Michon, H., & Eplov, L. (2021). A systematic review of individual placement and support, employment, and personal and clinical recovery. *Psychiatric Services*, 72(9), 1040-1047.

Ware, J. E., Kosinski, M. & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form health survey. *Medical Care*, 34(3), 220–233. <https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003>

Wood, A. & Burchell, B. (2018). Unemployment and well-being. *The Cambridge handbook of psychology and economic behaviour*, 234-259.

Zürcher, S., Zürcher, M., Burkhalter, M., & Richter, D. (2023). Job Retention and Reintegration in People with Mental Health Problems: A Descriptive Evaluation of Supported Employment Routine Programs. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 50(1), 128-136. <https://doi.org/10.1007/s10488-022-01227-w>

9 Anlagen

Anlagenverzeichnis:

- Anlage 1 Messinstrumente
- Anlage 2 Dropout-Analyse
- Anlage 3 Fragebögen der Netzwerkanalyse I (2021)
- Anlage 4 Fragebogen der Netzwerkanalyse II MV (2024/2025)
- Anlage 5 Fragebogen vorzeitige Beendigung BI
- Anlage 6 Interviewleitfaden vorzeitige Beendigung MV
- Anlage 7 Interviewleitfaden Erfahrungen Coaches BI
- Anlage 8 Interviewleitfaden Erfahrungen Coaches MV
- Anlage 9 Interviewleitfaden Erfahrungen Sozialarbeitende MV
- Anlage 10 Veranstaltungsflyer
- Anlage 11 Praxisempfehlungen
- Anlage 12 Netzwerkaktivitäten und-veranstaltungen
- Anlage 13 Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen
- Anlage E Verzeichnis der Berichte der wissenschaftlichen Begleitung

Anlage 1 Messinstrumente

Übersicht eingesetzter Messinstrumente

Merkmal	Instrument	T1	T1a	T1b	T1c	T2
Demographie	Eigenkonstruktion	X				
Komplexer Unterstützungsbedarf	Eigenkonstruktion in Anlehnung an Bedarfsanalyse und Förderplan (Fallmanagement DRV Nord)	X				
Minderung/Gefährdung der Erwerbsfähigkeit	Work Ability Index (WAI) (Kurzversion); Tuomi (1998); Hasselhorn & Freude (2007)	X	X	X	X	X
Schwere der Erkrankung	Becks' Depressions Inventar II (BDI-II); Hautzinger, Keller & Kühner (2006)	X	X	X	X	X
	F3 Diagnose: Montgomery-Asberg Depression-Rating Scale (MADRS); Montgomery & Asberg (1979); Schmidtke, Fleckenstein, Moises & Beckmann (1988)	X	X	X	X	X
	F2 Diagnose: BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale); Overall & Gorham, (1962)					
Berufsbiografie/beruflicher Verlauf	Eigenkonstruktion inkl. Elemente der rehabro-Programmevaluation (Monitoring)	X	X	X	X	X
Gesundheitszustand	Fragebogen zum Gesundheitszustand: deutsche Version des short Form-36 health survey (SF-12); Morfeld, Kirchberger & Bullinger (2011)	X	X	X	X	X
Seelischer Gesundheitszustand	Eigenkonstruktion	X	X	X	X	X
Psychische Belastung	Symptom-Checklist-Kurzversion-9 (SCL-K-9); Derogatis (1996); Klaghofer & Brähler (2001)	X	X	X	X	X
Berufliche Selbstwirksamkeitserwartung	T1: Skala zur Erfassung genereller beruflicher Selbstwirksamkeitserwartungen (BSEF-Skala); Abele & Stief (2000)	X				

Leistungsmotivation	Achievement Motives Scale - Revised (AMS-R); Lang & Fries (2006)	X				X
Objektive kognitive Leistungsfähigkeit	Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry - deutsche Version (SCIP-D); Purdon (2005)	X				X
Subjektive kognitive Leistungsfähigkeit	Fragebogen zur geistigen Leistungsfähigkeit – Dimension Exekutiv (FLei Exekutiv) + Zusatzfragen; Beblo et al. (2010)	X				X
Beeinträchtigung, Funktionsniveau	WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) (36-Item-Version);	X				X
Subjektive Teilhabeerwartung	Oxford Capabilities Questionnaire - mental health (OxCAP-MH); Simon et al. (2013)	X				X
Zufriedenheit mit dem IPS-Coaching (IG)	Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit (ZUF-8); Schmidt et al. 1989, 1994; Schmidt & Nübling (2002)					X

Anlage 2 Dropout-Analyse

Vergleich Personen, die an der T2 Befragung teilgenommen haben vs. „Dropouts“ bei T2
p-Wert: χ^2 Test für kategoriale Variablen, exakte Signifikanz (zweiseitig); wenn erwartete Zellhäufigkeit < 5 exakter Test nach Fisher
t-Test für metrische Variablen, ggf. zusätzlich Mann-Whitney-U Test bei Abweichung von Normalverteilung
Fehlende Werte max. 5.7 % (BDI-II), außer für WHODAS (N siehe unten)

Demographische Variablen

	Teilgenommen		„Dropout“		
	n = 183		n = 61		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Alter	42,18	11,09	42,49	11,76	p = .849
	n	%	n	%	
weiblich	104	73,8	37	26,2	p = .655
Haushaltsform					p = .130
Alleinlebend	79	43,2	30	49,2	
Paar ohne Kinder bis unter 25J	53	29,0	11	18,0	
Paar mit Kindern bis unter 25J	27	14,8	6	9,8	
Alleinerziehend	10	5,5	8	13,1	
Sonstige	14	7,7	6	9,8	
Unterstützte Wohnform	7	3,8	6	10,0	p = .094
Gesetzliche Betreuung	6	3,3	1	1,6	p = .684
Grad der Behinderung	39	21,4	14	23,0	p = .858
Höchster Schulabschluss					p = .380
Hauptschule	24	13,1	10	16,4	
Realschule/mittlere Reife	77	42,1	30	49,2	
(Fach-)Abitur	82	44,8	21	34,4	

Arbeitsbezogene Variablen

	Teilgenommen n = 183		„Dropout“ n = 61		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Arbeitsfähigkeit: WAI Gesamtscore	20,86	5,96	21,08	6,37	p = .802
Falls Arbeitsvertrag zu T1: Dauer der Beschäftigung (in Monaten)	123,02	120,34	131,78	121,80	p = .692
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
Abgeschlossene Berufsausbildung	157	86,3	46	75,4	p = .071
Abgeschlossenes Studium	47	25,7	11	18,0	p = .297
Arbeitsvertrag zu T1	120	75,0	40	25,0	p = 1.00
Haupteinkommensquelle					p = .434
Lohn/Gehalt	18	9,8	3	4,9	
Krankengeld	135	73,8	45	73,8	
ALG I	13	7,1	6	9,8	
Bürgergeld	8	4,4	5	8,2	
Unterstützung durch Angehörige/Freunde	5	2,7	0	0,0	
Sonstiges	4	2,2	2	3,3	
Dauer bisheriger Berufstätigkeit					p = .421
< 1 Jahr	1	0,5	2	3,3	
1 bis 5 Jahre	26	14,3	9	14,8	
5 bis 10 Jahre	32	17,6	11	18,0	
>10 Jahre	123	67,6	39	63,9	
Dauer der Krankschreibung in den letzten 12 Monaten					p = .538
100-365 Tage	113	61,7	42	70,0	
25-99 Tage	56	30,6	15	25,0	
10-24 Tage	10	5,5	2	3,3	
Höchstens 9 Tage	3	1,6	0	0,0	
Keinen Tag	1	0,5	1	1,7	

Klinische Variablen

	Teilgenommen n = 183		„Dropout“ n = 61		
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
F3 Diagnose (vs. F2)	169	92,3	58	95,1	p = .574
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
SCIP	75,70	11,79	73,12	12,27	p = .151
Seelischer Gesundheitszustand (0-100)	45,17	19,52	42,61	19,85	p = .377
BDI-II	23,42	10,01	26,79	12,83	p = .072
MADRS	23,60	8,54	27,62	7,49	p = .003
OxCAP (stand.)	61,33	12,08	58,95	12,42	p = .195

SCL-K9	16,44	6,91	17,48	7,14	p = .315
FLEI	22,16	7,91	24,79	7,37	p = .024
AMS-R FF	15,23	3,36	15,31	3,52	p = .871
AMS-R HS	14,52	2,68	13,41	3,39	p = .023
SF-12 körperlich	46,53	10,59	46,68	9,94	p = .925
SF-12 psychisch	24,71	10,48	20,22	9,77	p = .004
BSEF	17,27	5,23	17,93	6,43	p = .477
WHODAS 2.0	46,09	15,50	52,57	15,94	p = .013
WHODAS 2.0 (fehlende Werte laut Manual ersetzt)	45,47	15,76	51,66	15,30	p = .008

Anlage 3 Fragebögen der Netzwerkanalyse I (2021)

Fragen aus der Onlinebefragung

Allgemeine Angaben

1. Bitte tragen Sie die genaue Art der Einrichtung/Institution ein, in der Sie tätig sind*:
2. Bitte tragen Sie die genaue Bezeichnung der Funktion ein, in der Sie tätig sind*:
3. Bitte kreuzen Sie den Landkreis an, in dem Sie beruflich tätig sind*:

* Wenn Sie an der Umfrage teilnehmen möchten, sind diese Angaben erforderlich. Um ein genaues Bild der regionalen Netzwerkstrukturen zeichnen zu können, ordnen wir Ihre Angaben dem entsprechenden Landkreis und der angegebenen Institution zu.

Zusammenarbeit in der Region

4. Tauschen Sie sich mit Vertreter*innen anderer Einrichtungen, Dienste und Unternehmen thematisch darüber aus, wenn es um Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen geht, die eine Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt aufnehmen möchten? (fallübergreifende Zusammenarbeit)

- ☐ ja
☐ nein

Falls ja, in welcher Form tauschen Sie sich aus?

- ☐ Gremium, Arbeitskreis/-gruppe, Netzwerk
Name, Häufigkeit/Regelmäßigkeit, Teilnehmende:
☐ persönliche Treffen/Telefonate:
Mit wem? (Institution/Bereich):

5. Hatten Sie im Jahr 2019 in Ihrem Arbeitskontext mit einer Person zu tun, der/die psychisch beeinträchtigt war, eine Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt aufnehmen wollte und der/die sie im Bereich Arbeit und Beschäftigung unterstützt haben? (fallbezogene Zusammenarbeit)

- ☐ nein
☐ ja, Anzahl der Personen: __ __

- 5a Falls ja, wie häufig ist es im Jahr 2019 vorgekommen, dass Sie mit einer oder mehreren Personen zu tun hatten, der/die psychisch beeinträchtigt war/en und eine Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt aufnehmen wollte/n?
quartalsweise monatlich wöchentlich täglich

☐ ☐ ☐ ☐

5b Falls ja, haben Sie für diesen Fall/diese Fälle im Jahr 2019 an einer Fallkonferenz teilgenommen?

- ☐ ja, im Rahmen des Teilhabeplanverfahrens (SGB IX)
☐ ja, im Rahmen von Sonstige und zwar (initiiert von):
☐ nein

5c Falls ja, mit welchen Einrichtungen/Personen hatten Sie im Durchschnitt wie häufig in diesem Fall/in diesen Fällen (im Jahr 2019) Kontakt?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile eine Antwortmöglichkeit an.

	Ich hatte keinen Kontakt	quartalsweise	monatlich	wöchentlich	täglich
Psychiatrische Klinik(en) (inkl. Tagesklinik, PIA)	☐	☐	☐	☐	☐
Sozialpsychiatrischer Dienst	☐	☐	☐	☐	☐
Anbieter von Eingliederungshilfe im Bereich Wohnen und Arbeit	☐	☐	☐	☐	☐
Niedergelassene Fachärzt/innen für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeut/innen	☐	☐	☐	☐	☐
Ambulante Psychiatrische Pflege und Soziotherapie	☐	☐	☐	☐	☐
Selbsthilfe, Genesungsbegleitung, Ex-In	☐	☐	☐	☐	☐
Gesetzliche Krankenkassen	☐	☐	☐	☐	☐

	Ich hatte keinen Kontakt	quartals- weise	monatlich	wöchentlich	täglich
Rentenversicherungsträger	☐	☐	☐	☐	☐
Sozialamt	☐	☐	☐	☐	☐
Gesundheitsamt	☐	☐	☐	☐	☐
Agentur für Arbeit	☐	☐	☐	☐	☐
Jobcenter	☐	☐	☐	☐	☐
Firmen und Unternehmen des ersten Arbeitsmarktes	☐	☐	☐	☐	☐
Integrationsfirmen	☐	☐	☐	☐	☐
Industrie- und Handelskammer (IHK)	☐	☐	☐	☐	☐
Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM)	☐	☐	☐	☐	☐
Integrationsfachdienst (IFD)	☐	☐	☐	☐	☐
Anbieter beruflicher Trainings- maßnahmen (z.B. Berufs- trainingszentrum, Berufsbildungswerk, RPK = Reha psych. Kranker)	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstige, und zwar: _____	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstige, und zwar: _____	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstige, und zwar: _____	☐	☐	☐	☐	☐

6. Bestehen zwischen Ihrer und anderen Institutionen und Unternehmen Vereinbarungen zur verbindlichen Zusammenarbeit (Kooperationsvereinbarungen), wenn es um psychisch

beeinträchtigte Menschen geht, die eine Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt aufnehmen möchten?

☐ nein

☐ ja, und zwar mit:

Bewertung und Bedarfe

7. Bitte geben Sie zu den nachfolgenden Themen in Ihrem Landkreis Ihre Einschätzung ab. Geben Sie bitte Ihre Antwort auf einer Skala von 1- 5 an.

7a Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit zum Thema „Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen auf dem ersten Arbeitsmarkt“ in Ihrem Landkreis ein, wenn es nicht um eine bestimmte Person geht, sondern um den Personenkreis im Allgemeinen?
Sehr schlechte Zusammenarbeit (1) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr gute Zusammenarbeit (5)

7b Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit zum Thema „Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen auf dem ersten Arbeitsmarkt“ in Ihrem Landkreis ein, wenn es konkret um einen bestimmten Fall geht, der diskutiert wird?
Sehr schlechte Zusammenarbeit (1) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr gute Zusammenarbeit (5)

7c Wie hoch schätzen Sie in Ihrem Landkreis den Bedarf ein, eine institutionsübergreifende Fallkonferenz / Fallbesprechung zu etablieren, die sich mit der individuellen Vermittlung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen auf den ersten Arbeitsmarkt beschäftigt?
Kein Bedarf (1) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr hoher Bedarf (5)

7d Wie schätzen Sie Ihre eigene Kenntnis über die konkreten Ansprechpartner*innen in Ihrem Landkreis ein, wenn es um die Vermittlung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen auf den ersten Arbeitsmarkt geht?
Sehr schlechte Kenntnis (1) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr gute Kenntnis (5)

7e Wie würden Sie aus Ihrer Sicht in Ihrem Landkreis die Vernetzungsqualität insgesamt bewerten, wenn es um die Vermittlung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen auf den ersten Arbeitsmarkt geht?
Sehr schlechte Vernetzungsqualität (1) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr gute Vernetzungsqualität (5)

7f Wie hoch schätzen Sie den Bedarf in Ihrem Landkreis ein, die Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen auf dem ersten Arbeitsmarkt auszubauen?
Kein Bedarf (1) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr hoher Bedarf (5)

8. Bitte bewerten Sie die folgenden Bedarfe in Ihrem Landkreis in Bezug auf die Zusammenarbeit zwischen Unternehmer*innen und Vertreter*innen von psychiatrischen Hilfsangeboten, um Menschen mit psychischen Erkrankungen auf den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren. Geben Sie bitte Ihre Antwort auf einer Skala von 1- 5 an.

8a Wie schätzen Sie Ihre Zusammenarbeit mit Unternehmer*innen in Ihrem Landkreis ein, um Menschen mit psychischen Erkrankungen auf den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren?
Sehr schlechte Zusammenarbeit (1) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr gute Zusammenarbeit (5)

8a1 Bitte begründen Sie Ihre Angabe kurz:

8b Wie hoch ist Ihr Bedarf, die Zusammenarbeit mit Unternehmer*innen in Ihrem Landkreis zu intensivieren, um Menschen mit psychischen Erkrankungen auf den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren?

kein Bedarf (1) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr hoher Bedarf (5)

8c Welche Ideen haben Sie, Ihre Zusammenarbeit mit Unternehmer*innen in Ihrem Landkreis zu verstärken, damit der Verbleib oder die Vermittlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen auf den ersten Arbeitsmarkt besser gelingen kann?

Abschluss

Nicht immer passen die Kategorien eines Fragebogens zu den Gegebenheiten vor Ort.

Bitte teilen Sie uns hier Ihre Anregungen und Wünsche bezüglich der Befragung mit:

Fragen aus der Telefonbefragung

1. Haben Sie / Ihre Mitgliedsvereine in den letzten 3 Jahren Erfahrungen mit Mitarbeiter*innen gemacht, die seelische Krisen (z.B. Depressionen, Angsterkrankungen, Burn-Out o.ä.) durchlebt haben?
☐ nein
☐ ja, und zwar:
☐ Keine Angabe
2. Wie sicher fühlen Sie sich / Ihre Mitgliedsvereine im Umgang mit Mitarbeiter*innen, die seelische Krisen haben?
☐ Sicher ☐ Eher sicher ☐ eher unsicher ☐ Unsicher ☐ Keine Angabe
3. Welche nachfolgend genannte Unterstützung brauchen Sie / Ihre Mitgliedsvereine im Umgang mit Mitarbeiter*innen, die sich in seelischen Krisen befinden?
☐ Informationen über den Umgang mit psychische Beeinträchtigungen (z.B. Depression)
☐ Ansprechpartner*innen von Hilfsangeboten
☐ Informationen über arbeitsrechtliche Aspekte
☐ Externes gefördertes Coaching-Programm (z.B. IPS-Coaching: steht Arbeitgeb. und Arbeitnehm. individuell und langfristig unterstützend zur Seite)
☐ Sonstiges, und zwar:
☐ Brauchen keine Unterstützung
☐ Keine Angabe
4. Welche Organisationen in Ihrer Region kennen Sie, die Menschen in oder nach einer seelischen Krise helfen?
☐ Ich kenne:
☐ Keine Kenntnis
☐ Keine Angabe
5. Welche Dienste in Ihrer Region kennen Sie, die Menschen mit seelischen Krisen in Arbeit vermitteln? *Ankreuzen in Tabelle unter 6. Nicht alle einzeln abfragen.*
☐ Keine Angabe

6. Mit welchen Diensten davon hatten Sie in Bezug auf das Thema Einstellung von Menschen mit seelischen Krisen in den letzten 3 Jahren bereits Kontakt?

*Zum Ankreuzen für Interviewer*in (nicht alle einzeln abfragen):*

☐ Keine Angabe

Psychiatrische Klinik(en) (inkl. Tagesklinik, PIA)	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Sozialpsychiatrischer Dienst	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Anbieter von Eingliederungshilfe im Bereich Wohnen und Arbeit	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Niedergelassene Fachärzt/innen für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeut/innen	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Ambulante Psychiatrische Pflege und Soziotherapie	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Selbsthilfe, Genesungsbegleitung, Ex-In	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Gesetzliche Krankenkassen	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Rentenversicherungsträger	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Sozialamt	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Gesundheitsamt	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Agentur für Arbeit	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Jobcenter	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Firmen und Unternehmen des ersten Arbeitsmarktes	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Integrationsfirmen	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Industrie- und Handelskammer (IHK)	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM)	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Integrationsfachdienst (IFD)	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Anbieter beruflicher Trainingsmaßnahmen (z.B. Berufstrainingszentrum, Berufsbildungswerk, RPK)	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Sonstige, und zwar: _____	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Sonstige, und zwar: _____	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Sonstige, und zwar: _____	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Sonstige, und zwar: _____	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Kein/e	☐ Kenntnis	☐ Kontakt

7. Woher haben Sie Ihre Kenntnis über das psychiatrische Hilfesystem in Ihrer Region? (Für Interviewer: Bitte nachfolgende Punkte benennen)

☐ Zeitung, Medien

☐ Informelle Kontakte, z.B. zu Ärzt*innen, Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen

☐ Formelle Kontakte, z.B. durch Teilnahme an regionalen Arbeitskreisen

- ☐ Sonstiges, und zwar:
- ☐ Keine Kenntnis
- ☐ Keine Angabe

Nur fragen, wenn das bei Frage 7 erwähnt wird:

7a Wenn Sie an regionale Arbeitskreisen teilnehmen, welche sind das?

8. Haben Sie den Wunsch, beim Umgang mit Mitarbeiter*innen in seelischen Krisen schneller mit Expert*innen aus Ihrer Region in Kontakt zu kommen (z.B. durch Teilnahme an Arbeitskreisen, Einladung zu Fachtagen etc.)?

- ☐ nein
- ☐ ja und zwar mit/in
- ☐ Keine Angabe

9. Wie schätzen Sie Ihre Zusammenarbeit mit Vertreter*innen von psychiatrischen Unterstützungs-/ Hilfsangeboten ein, um Menschen mit psychischen Erkrankungen auf den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren?

Bitte geben Sie Ihre Antwort auf einer Skala von 1- 5 an:

1 bedeutet sehr schlechte bzw. keine Zusammenarbeit – 5 bedeutet sehr gute Zusammenarbeit.

Sehr schlechte bzw. keine Zusammenarbeit (1) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr gute Zusammenarbeit (5)

- ☐ Keine Angabe

9a Bitte begründen Sie Ihre Angabe ggf. kurz:

10. Wie hoch ist Ihr Bedarf, die Zusammenarbeit mit Vertreter*innen von psychiatrischen Hilfsangeboten in Ihrem Landkreis zu intensivieren, um Menschen mit psychischen Erkrankungen auf den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren?

Bitte geben Sie Ihre Antwort auf einer Skala von 1- 5 an:

1 bedeutet kein Bedarf – 5 bedeutet sehr hoher Bedarf.

Kein Bedarf (1) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr hoher Bedarf (5)

- ☐ Keine Angabe

11. Welche Ideen haben Sie, Ihre Zusammenarbeit mit Vertreter*innen von psychiatrischen Hilfsangebote in Ihrem Landkreis zu verstärken, damit der Verbleib oder die Vermittlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen auf den ersten Arbeitsmarkt besser gelingen kann?

- ☐ Meine Ideen lauten:
- ☐ Keine Angabe

12. Haben Sie zum Abschluss dieser Befragung weitere Anmerkungen und Anregungen bezüglich dieses Themas?

Angaben zu Beginn oder am Ende des Telefonates:

13. Art des Betriebes, in der Interviewte*r tätig ist:

14. Genaue Bezeichnung der Funktion, in der Interviewte*r tätig ist:

15. Interviewte*r ist beruflich tätig im Landkreis:

16. Dürfen wir Sie in 3 Jahren nochmal zu dem Thema kontaktieren? Dafür werden wir Ihre Kontaktdaten verschlüsselt speichern und nach dem zweiten Kontakt in 3 Jahren löschen.

- ☐ ja
- ☐ nein

Anlage 4

Frage	Frage an Arbeitgeber	Frage an Arbeitsvermittler	Frage an in der Psychiatrie Tätige
Frage 1	Haben Sie in den letzten 3 Jahren Erfahrungen mit Mitarbeitenden gemacht, die seelische Krisen (z. B. Depressionen, Angsterkrankungen, Burn-Out, Sucht, o.ä.) durchlebt haben? Ja, mit einem Einzelfall Ja, mit mehreren Fällen Nein Weiß nicht	Haben Sie in den letzten 3 Jahren Erfahrungen mit Arbeitssuchenden gemacht, die seelische Krisen (z. B. Depressionen, Angsterkrankungen, Burn-Out, Sucht, o.ä.) durchlebt haben? Ja, mit einem Einzelfall Ja, mit mehreren Fällen Nein Weiß nicht	Waren Sie in den letzten Jahren in die Arbeitsplatzsuche von PatientInnen/KlientInnen involviert? Ja, mit einem Einzelfall Ja, mit mehreren Fällen Nein Weiß nicht
Frage 2	Wie sicher fühlen Sie sich im Umgang mit Mitarbeitenden in seelischen Krisen? sicher eher sicher eher unsicher unsicher hatten keine keine Angabe	Wie sicher fühlen Sie sich im Umgang mit Arbeitssuchenden in seelischen Krisen? sicher eher sicher eher unsicher unsicher hatten keine keine Angabe	
Frage 3	Welche Unterstützung brauchen Sie, wenn es um Mitarbeitende geht, die sich in seelischen Krisen befinden? -Informationen über den Umgang mit psychischen Beeinträchtigungen (z.B. Depressionen), -Ansprechpartner*innen von Hilfsangeboten, -Informationen über arbeitsrechtliche Aspekte, -Externes gefördertes Coaching-Programm (z.B. IPS-Coaching: steht Arbeitgeb. und Arbeitnehm. individuell und langfristig unterstützend zur Seite), -Sonstiges, und zwar:, -Brauchen keine Unterstützung, -Weiß nicht	Welche Unterstützung brauchen Sie, wenn es um die Vermittlung von Arbeitssuchenden nach seelischen Krisen geht? -Informationen über den Umgang mit psychischen Beeinträchtigungen (z.B. Depressionen), -Ansprechpartner*innen von Hilfsangeboten, -Informationen über arbeitsrechtliche Aspekte, -Externes gefördertes Coaching-Programm (z.B. IPS-Coaching: steht Arbeitgeb. und Arbeitnehm. individuell und langfristig unterstützend zur Seite), -Sonstiges, und zwar:, -Brauchen keine Unterstützung, -Weiß nicht	
Frage 4	Wie schätzen Sie Ihren Bedarf ein, sich weiter mit dem Thema (Beschäftigung von Personen in seelischen Krisen) zu befassen? kein geringer mittelmäßiger hoher sehr hoher weiß nicht	Wie schätzen Sie Ihren Bedarf ein, sich weiter mit dem Thema (Beschäftigung von Personen nach seelischen Krisen) zu befassen? kein geringer mittelmäßiger hoher sehr hoher weiß nicht	

Frage 5	(Wenn bei Frage 4 mit „geringer“, „mittelmäßiger“, „hoher“ oder „sehr hoher“ geantwortet wurde:) Welche Arten des Austausches und der Zusammenarbeit fänden Sie dafür praktisch? Freies Antwortfeld Als Erweiterung: „Was halten Sie z.B. von ...?“ Austausch/Zusammenarbeit mit ... -Jobcenter und Arbeitsamt -FachärztInnen/TherapeutInnen (fachliches Input in Form von Kurzvorträgen) -Schulung zum Thema im Unternehmen -anderen Betrieben zu Umsetzungsbeispielen (best practice) -Berufsverband/IHK (Infoabend) -Betroffenen -Experten für BGM und Arbeitsschutz	(Wenn bei Frage 4 mit „geringer“, „mittelmäßiger“, „hoher“ oder „sehr hoher“ geantwortet wurde:) Welche Arten des Austausches und der Zusammenarbeit fänden Sie dafür praktisch? Freies Antwortfeld Als Erweiterung: „Was halten Sie z.B. von ...?“ Austausch/Zusammenarbeit mit... -eigenem psychologischen Dienst -mit Kliniken/externen TherapeutInnen -Betrieben der Umgebung -Berufsverbänden auf Infoabenden -Anbietern beruflicher Rehas ...	
Frage 6	Hatten Sie Berührungspunkte zum Projekt rehapro IPS-ZIB? Ja, und zwar... Nein weiß nicht	Hatten Sie Berührungspunkte zum Projekt rehapro IPS-ZIB? Ja, und zwar ... Nein weiß nicht	Hatten Sie Berührungspunkte zum Projekt rehapro IPS-ZIB? Ja, und zwar ... Nein weiß nicht
Frage 7	Hat sich Ihr regionales Netzwerk zum Thema Beschäftigung von Personen in seelischen Krisen in den vergangenen drei Jahren verändert? Ja, und zwar ... Nein weiß nicht	Hat sich Ihr regionales Netzwerk zum Thema Beschäftigung von Personen in seelischen Krisen in den vergangenen drei Jahren verändert? Ja, und zwar ... Nein weiß nicht	Hat sich Ihr regionales Netzwerk zum Thema Beschäftigung von Personen in seelischen Krisen in den vergangenen drei Jahren verändert? Ja, und zwar ... Nein weiß nicht

Anlage 5 Fragebogen vorzeitige Beendigung BI

Datum: __ __ ____

Nr.: _____

Gründe für das Beenden des IPS-Coachings

Bitte machen Sie pro Aussage ein Kreuz. Es geht nur um Ihre persönliche Sichtweise. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und nicht an Ihre/Ihren IPS-Coach/in weitergegeben.

Ich konnte kein gutes/vertrauensvolles Verhältnis zum Coach/zur Coachin aufbauen.

Trifft gar nicht zu o1 o2 o3 o4 o5 trifft voll zu

Ich habe das erreicht, was ich wollte.

Trifft gar nicht zu o1 o2 o3 o4 o5 trifft voll zu

Der zeitliche Aufwand war zu groß.

Trifft gar nicht zu o1 o2 o3 o4 o5 trifft voll zu

Ich war mit den Inhalten des Coachings unzufrieden.

Trifft gar nicht zu o1 o2 o3 o4 o5 trifft voll zu

womit genau: _____

Ich war/bin durch meinen psychischen oder körperlichen Gesundheitszustand zu stark belastet.

Trifft gar nicht zu o1 o2 o3 o4 o5 trifft voll zu

Das Coaching hat mich emotional zu stark belastet.

Trifft gar nicht zu o1 o2 o3 o4 o5 trifft voll zu

Meine Erwartungen wurden nicht erfüllt.

Trifft gar nicht zu o1 o2 o3 o4 o5 trifft voll zu

Unerfüllte Erwartung: _____

In Ihren eigenen Worten: Warum haben Sie das IPS-Coaching beendet?

Bitte nutzen Sie bei Bedarf auch die Rückseite.

Anlage 6 Interviewleitfaden vorzeitige Beendigung MV

Leitfaden qualitative Interviews zum Ausstieg aus dem Modellprojekt IPS-ZIP in MV

*Vorgespräch: Ermutigung zur Ehrlichkeit, denn Verschwiegenheit, Infos nur dem
Forschungsteam zugänglich*

- Können Sie mir erzählen, welche Gründe Sie bewogen haben, Ihre Teilnahme an der Studie abubrechen?
- Welche Erfahrungen haben Sie mit Ihrem/r Coach/in gemacht?
- Welche Schritte wurden übernommen?
- Was hätten Sie sich vielleicht gewünscht?
- Gab/ gibt es aktuell gesundheitliche Probleme, die die Teilnahme an der Studie erschwert haben?
- Waren bzw. sind Ihrem (potentiellen) Arbeitgeber Ihre gesundheitlichen Probleme bekannt?
- Welche Erfahrungen haben Sie diesbezüglich gemacht?
- Gab es Schwierigkeiten? Wenn ja welche?
- Wie haben Sie die entstandenen Fahrtzeiten empfunden?

*Motivation weiterhin an den Monitorings teilzunehmen (auch postalisch oder telefonisch!
Insbesondere zur Teilnahme an der Abschlussbefragung (T2)*

Anlage 7 Interviewleitfaden Erfahrungen Coaches BI

Fokusgruppe mit IPS-Coach*innen in Bielefeld am 27.09.2023

Allgemeine Nachfragen:

- Wichtig: auf Erlebnisebene der Coaches bleiben! Bei Bewertung/Meinungsäußerungen: z.B. welche Erfahrungen hast du gemacht, dass du das so bewertest?
 - Auch wenn ihr denkt, ihr habt die gleiche Erfahrung gemacht wie die anderen, erzählt uns trotzdem gerne wie es bei/für euch war.
- Was genau daran war schwierig/wichtig/...?
 - Wie bist du damit umgegangen?
 - Welche Erfahrung hast du damit gemacht?
 - Wie hast du das erlebt?
 - Hast du ein Beispiel dafür?
 - Welche Hürden/Chancen haben sich daraus ergeben? Wie bist du diesen begegnet?
 - Wie sieht das/XY aus?
 - Was bedeutet diese Erfahrung?
- „Einige von Ihnen haben gesagt, dass Ihnen besonders wichtig sei... Wie sehen das die anderen Teilnehmenden? Was meinen Sie?“

Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check – wurde das erwähnt? Memo für mögliche Nachfragen	Konkrete Fragen	IPS Kernprinzip
1. Ihr habt mit Teilnehmenden in unterschiedlichen beruflichen Situationen gearbeitet, z.B. mit einem bestehenden Job, in den sie zurückkehren wollten oder mit Personen, die sich beruflich neu orientieren wollten. Wie habt ihr jeweils die Coachingphasen 1-3 gestaltet, um eine schnelle Rückkehr zur Arbeit zu erreichen?	Wiedereinstieg in vorhandene Stelle Suche nach neuer Stelle im gewohnten Bereich Berufliche Umorientierung	○ Wie habt ihr den Coachingprozess angepasst, je nachdem was die Teilnehmenden mitgebracht haben? ○ Auf welche Art haben Teilnehmende von IPS profitiert? ○ Wie seid ihr mit Ängsten von Teilnehmenden umgegangen? ○ Wie seid ihr mit den Erwartungen der Teilnehmenden umgegangen?	6. Zügige Arbeitsplatzsuche, das heißt, der Arbeitswunsch der Teilnehmenden wird unmittelbar angegangen (in der Regel innerhalb von 30 Tagen). 2. Niemand mit Interesse an Arbeit wird ausgeschlossen. 4. Die Arbeits- und Ausbildungsplatzsuche ist an den individuellen beruflichen Präferenzen ausgerichtet.
2. Welche Auswirkungen hatte das wesentliche Ziel „allgemeiner Arbeitsmarkt mit mindestens Mindestlohn“ auf eure Arbeit?	Hürden im dt. „System“: Jobcenter, Krankenkassen, ...	○ Welche Rolle haben dabei das Jobcenter/ die Agentur für Arbeit/ die Krankenkassen gespielt?	1. Primäres Ziel von IPS ist das Finden und Erhalten von Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit mindestens Mindestlohn.
3. Welche Rolle spielten Fragen zu Sozialversicherungsleistungen im IPS-Coaching?	○ Weiter verweisen vs. selbst beraten		5. IPS beinhaltet Beratung hinsichtlich Sozialversicherungsleistungen und finanzieller Hilfen.
4. Wie sah das Coaching aus, wenn die Teilnehmenden wieder in Arbeit waren?	Ggf. siehe Frage 5. ○ Arbeit ≠ Beendigung?	○ Welche Erfahrungen hattet ihr mit den Beendigungsprozessen? ○ Welche Gedanken hattet ihr zu den Beendigungsgründen der TN?	8. Langfristiger, wenn nötig unbefristeter Support der Teilnehmenden und ihrer Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen.

5. Welche Erfahrungen habt ihr mit dem Coaching am Arbeitsplatz gemacht?	○ Offenlegung • Chef • Kolleg*innen ○ Stigma ○ Mehrwert ○ Hürden	○ Wann hat ein Austausch mit AG einen Mehrwert im Coachingprozess gehabt? ○ Welche Bedeutung hatte die Offenlegung der Erkrankung? ○ Wie hat das Stigma psychischer Erkrankungen eure Arbeit beeinflusst? ○ Welches Feedback habt ihr von Arbeitgebenden erhalten?	
6. Wie hat die Zusammenarbeit mit den Behandler*innen ausgesehen?		○ Wann hat ein Austausch mit Behandler*innen einen Mehrwert im Coachingprozess gehabt? ○ Welche Strategien habt ihr genutzt, um Behandler*innen für eine Zusammenarbeit zu gewinnen?	3. Arbeitsbezogene und klinische Leistungen werden integriert erbracht. Ein IPS-Jobcoach gehört maximal zwei Behandlungsteams an.
7. Welche Strategien habt ihr genutzt, um neue Arbeitsplätze für eure Teilnehmenden zu erschließen?	Persönliche Kontakte	○ Wie habt ihr Kontakte zu den Arbeitgebenden hergestellt? ○ Welches Feedback habt ihr erhalten? ○ Was war hilfreich/hinderlich bei der Vernetzung mit Arbeitgebenden?	7. Erschließen von Arbeitsplätzen durch Vernetzung mit Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes und gezielte Suche nach Betrieben, die den Präferenzen der Teilnehmenden entsprechen.
8. Gibt es etwas, das ihr gerne noch ansprechen möchtet?			

Tabellenleitfaden abgewandelt nach Helfferich 2011

Anlage 8 Interviewleitfaden Erfahrungen Coaches MV

Offener Einstieg Teil 1

- Sie / Ihr habt jetzt alle 1-2 Jahre Erfahrungen mit der Umsetzung von IPS-Coaching in Deutschland. Was sagen Sie, was braucht es, damit es hier gut funktioniert?

Themen Nachfragen Teil 1

- Integration/Zusammenarbeit IPS-Coach*innen und Klinikmitarbeiter*innen/Behandler*innen
- Organisation/Kommunikation zwischen IPS-Coaching Teamleitung und Mitarbeitenden
- Keine Ausschlusskriterien
- Offenlegung der psychischen Erkrankung
- Kontinuierliches arbeitsbezogenes Assessment/Praktikum
- Rasche Stellensuche
- Individuelle Stellensuche/Arbeitsstellendiversität
- Befristete Arbeitsverhältnisse
- Vorzeitige Beendigung

Themen Teil 2

Hauptthemenbereiche:

- Beziehungsgestaltung
- Qualifizierung der Coach*innen

Ggf. weitere Themenbereiche:

- Regelmäßiger Kontakt mit dem Arbeitgeber/Qualität des Kontakts mit dem Arbeitgeber

- *IPS arbeitet gemeindenah (Hausbesuche in Bielefeld), Vor- und Nachteile eines Hausbesuches? Welche Rolle spielt das Setting des Coachings?*
- *Budgetnutzung: Wie wurde das individuelle Budget angeboten und genutzt?*
- *Einststeuerungsprozess/Coachingphasen*
- *Wiedereingliederung in bestehende Jobs oder Neuorientierung*

Blitzlicht Teil 3

Angenommen, das Angebot würde in die Regelversorgung übernommen, wärest du / wären Sie weiter im Team? Was hätten Sie sich gewünscht, um Ihre Arbeit zu erleichtern?

Anlage 9 Interviewleitfaden Erfahrungen Sozialarbeitende MV

Teil 1 Offene Fragestellung:

- Sie haben jetzt alle 1-2 Jahre Erfahrungen mit der Umsetzung von IPS-Coaching in Deutschland und waren besonders am Einststeuerungsprozess und der weiteren Begleitung aus Behandlungsperspektive beteiligt. Wir würden gerne zunächst den Blick auf ebendiesen Einststeuerungsprozess richten. Was sagen Sie, was braucht es, damit die Ansprache von (potenziellen) Teilnehmenden für das IPS-Coaching gut funktioniert?

Themen zum Nachfragen:

- *Einststeuerungsprozess: Teilnehmende für die Vergleichsgruppe zu finden war ja eine besondere Herausforderung. Was denken Sie, wie ist das gelungen? Gab es bei den eingesteuerten Personen aus Ihrer Sicht Unterschiede zur Interventionsgruppe?*
- *Keine Ausschlusskriterien: Was halten Sie davon, dass das IPS-Coaching keine Ausschlusskriterien vorsieht? Für wen eignet sich nach Ihrer Erfahrung das IPS-Coaching nicht? Wer kann vom IPS-Coaching profitieren? Wen hätte man noch einsteuern können/sollen? Welche Gründe würden Sie hierfür anführen?*
- *Überleitung ins IPS-Coaching: Wie lief die Überleitung von Interessent*innen in das IPS-Coaching? Wie bewerten Sie an dieser Stelle die Zusammenarbeit mit dem IPS-Coaching-Team?*

Teil 2 Gezielte Fragestellung:

- Im weiteren Verlauf fanden mindestens halbjährlich Reflexionsgespräche mit Ihrer Beteiligung und dem/der Teilnehmenden und dem/der IPS-Coach*in statt.
- Integration/Zusammenarbeit IPS-Coach*innen und Klinikmitarbeiter*innen/Behandler*innen
 - Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit zwischen IPS-Coach*innen und Ihnen als Behandlungsteam? Was lief gut? Was könnte verbessert werden?*
 - Hatten Sie außerhalb der halbjährlichen Reflexionsgespräche Kontakt zum IPS-Coaching-Team? War die Kontakthäufigkeit Ihrer Meinung nach angemessen? Bzw. Welche Kontakthäufigkeit fänden Sie angemessen?*
- Fallbezogener Austausch; Integration/Parallelität der Behandlung und des Coachings; halbjährliche Reflexionsgespräche als Ressource für jeden Beteiligten
 - Hat das IPS-Coaching Auswirkungen auf die psych. Behandlung gehabt?*
 - Spielte das IPS-Coaching eine Rolle in der Behandlung?*
- Nach den ersten Auswertungen kamen rund 60 % der Teilnehmenden wieder in Arbeit.
 - Was denken Sie, was ist besonders förderlich für die Arbeitsaufnahme?*
 - Wovon hängt Ihrer Meinung nach der Erfolg des IPS-Coachings ab?*

- c. Inwiefern hat sich Ihre Prognose/Einschätzung beim Einstierungsprozess bestätigt?*
- Vorzeitige Beendigung
 - a. Was waren Abbruchgründe? Wie wurde damit umgegangen?*
 - b. Was hätte man tun können, um vorzeitige Beendigungen zu verhindern?*
 - c. Wie war Ihre Zusammenarbeit mit dem IPS-Coaching-Team bei vorzeitigen Beendigungen?*

Teil 3 Wünsche/Schlussrunde:

- Angenommen, das Angebot würde in die Regelversorgung übernommen, würden Sie IPS-Coaching an Ihrer Klinik anbieten?
- Was hätten Sie sich gewünscht, um Ihre Arbeit zu erleichtern? An welchen Stellen sehen Sie Verbesserungspotential?

Anlage 10 Veranstaltungsflyer

2. FORUM ARBEIT UND PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Zukunft Inklusiver Arbeitsmarkt - Zurück ins Berufsleben im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte

Eine Initiative der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte und dem rehapro Projekt IPS-ZIB zur Woche der Seelischen Gesundheit 2022

Mittwoch, 19. Oktober 2022 | 14:00 bis 17:00 Uhr










ZUKUNFT INKLUSIVER ARBEITSMARKT

Das Potential und die inklusive Kraft von Arbeit ist insbesondere für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und / oder Erkrankungen ist enorm. Die Teilhabe am Arbeitsleben gibt uns einen Stellenwert im Leben und unserer Gesellschaft. Viele Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und Erkrankungen sehen die Arbeit daher als wesentlichen Faktor zur Stabilisierung ihrer Gesundheit an.

In der Praxis bleibt die Verwirklichung des bestehenden Rechts auf Arbeit und Beschäftigung im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention dennoch vielerorts eine Zukunftsvision, denn sowohl im sozialpsychiatrischen Unterstützungssystem als auch auf dem Arbeitsmarkt gelingt es noch nicht ausreichend, Inklusion zu ermöglichen. Umso wichtiger sind regionale Initiativen und Modellvorhaben, die Wege zurück ins Berufsleben erproben und ermöglichen sowie wichtige Schritte in Richtung eines inklusiven Arbeitsmarktes eröffnen.

Einen Beitrag dazu leistet auch in diesem Jahr das 2. Online-Forum „Arbeit und Psychische Gesundheit“ als gemeinsame Veranstaltung der Mitglieder der Psychosozialen Arbeitsgruppe (PSAG) „Arbeit und Beschäftigung“ des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte und der Projektbeteiligten IPS Coaching – Zurück ins Berufsleben (IPS-ZIB).

ORGANISIERT UND VERANSTALTET VON










Fotos von Kristina Timmermann, Kristina Timmermann Foto auf Instagram unter: <https://www.instagram.com/poc.kristinab/>

INFORMATIONEN ZUR ANMELDUNG

Die Teilnahme an der Veranstaltung ist kostenlos und die Veranstaltung wird von der IHK Neubrandenburg durchgeführt. Die Zugangsdaten erhalten Sie per E-Mail nach der Veranstaltung. Hierzu ist eine Anmeldung bis zum 18. Oktober 2022 unter Angabe des Veranstaltungstitels in Veranstaltungen@ihk-neubrandenburg.de möglich. Weitere Informationen sind unter anderem auf www.sozialpsychiatrie-mv.de zu finden.

ONLINE-VERANSTALTUNG

Die Veranstaltung wird von der IHK Neubrandenburg durchgeführt. Die Zugangsdaten erhalten Sie per E-Mail nach der Veranstaltung. Hierzu ist eine Anmeldung bis zum 18. Oktober 2022 unter Angabe des Veranstaltungstitels in Veranstaltungen@ihk-neubrandenburg.de möglich. Weitere Informationen sind unter anderem auf www.sozialpsychiatrie-mv.de zu finden.

ONLINE-VERANSTALTUNG

Die Veranstaltung wird von der IHK Neubrandenburg durchgeführt. Die Zugangsdaten erhalten Sie per E-Mail nach der Veranstaltung. Hierzu ist eine Anmeldung bis zum 18. Oktober 2022 unter Angabe des Veranstaltungstitels in Veranstaltungen@ihk-neubrandenburg.de möglich. Weitere Informationen sind unter anderem auf www.sozialpsychiatrie-mv.de zu finden.

FORUM ARBEIT UND PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Eine Initiative des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte zur Woche der Seelischen Gesundheit

Am 19.10.2021
Uhrzeit: 15:00 bis 17:00 Uhr

Die Veranstaltung findet in digitaler Form über folgenden Link statt und ist für alle Teilnehmer*innen kostenfrei:










Hintergrund

Im Sinne einer besseren und somit auch für den Einzelnen sicheres Leben ist es wichtig, dass die psychische Gesundheit im Leben der Menschen eine zentrale Rolle spielt. Die psychische Gesundheit ist ein wesentlicher Bestandteil der allgemeinen Arbeitsfähigkeit und die Basis für die Teilhabe am Leben. Die psychische Gesundheit ist ein wesentlicher Bestandteil der allgemeinen Arbeitsfähigkeit und die Basis für die Teilhabe am Leben. Die psychische Gesundheit ist ein wesentlicher Bestandteil der allgemeinen Arbeitsfähigkeit und die Basis für die Teilhabe am Leben.

Themen

Die Themen der Veranstaltung sind:

- 1. Arbeit und (psychische) Gesundheit im Kontext von gesellschaftlichen Veränderungen. Daten zur Arbeitsfähigkeit und Frühberufung aufgrund psychischer Belastungen
- 2. Kann Arbeit psychisch krank machen? – Arbeiten mit psychischen Erkrankungen. Erfahrungen aus dem Klinikalltag
- 3. Rückkehr in den Beruf mit IPS Coaching – Aktuelles zum rehapro Modellprojekt IPS-ZIB – Projektvorstellung, Erfahrungsbericht der IPS Coach*innen, Ergebnisse regionale Netzwerkanalyse
- 4. Freie Diskussionsrunde mit allen Referent*innen

Digitales Programm (15:00 bis 17:00 Uhr)

1. Arbeit und (psychische) Gesundheit im Kontext von gesellschaftlichen Veränderungen. Daten zur Arbeitsfähigkeit und Frühberufung aufgrund psychischer Belastungen

Karsten Gierz, Geschäftsführer des Landesverbandes Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V.

2. Kann Arbeit psychisch krank machen? – Arbeiten mit psychischen Erkrankungen. Erfahrungen aus dem Klinikalltag

Dr. Rainer Kirchhofer, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Dietrich-Bonhoeffer-Klinikums Neubrandenburg

3. Rückkehr in den Beruf mit IPS Coaching – Aktuelles zum rehapro Modellprojekt IPS-ZIB – Projektvorstellung, Erfahrungsbericht der IPS Coach*innen, Ergebnisse regionale Netzwerkanalyse

Arja Werner, stellv. Geschäftsführerin des Landesverbandes Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V., Regionalkoordinatorin Mecklenburg-Vorpommern IPS-ZIB

Dr. Kay, IPS Coach des Berufshilfswerks Stralsund (angefragt)

SAVE THE DATE

Gesundheit fördern – Arbeitskraft sichern und erhalten

„Sprechstunde Sucht“

Die Veranstaltung ermöglicht Arbeitgebenden einen Austausch mit regionalen Ansprechpartner*innen zum Thema Arbeit und psychische Gesundheit, diesmal mit Fokus auf Sucht und betriebliche Suchtprävention. Das Format „Sprechstunde“ hat sich bewährt: Zum einen werden Informationen vermittelt, zum anderen können die Teilnehmenden betriebliche Fälle vorstellen, um sie mit den Expert*innen vor Ort zu besprechen.

- Input: „Sucht und Auswirkungen auf das Arbeitsleben“ - Dr. Rainer Kirchhofer (Chefarzt Zentrum seelische Gesundheit Neubrandenburg)
- Input: „Betriebliche Suchtprävention“ - Babette Erb (Geschäftsführerin Neubrandenburger Suchthilfswerk gGmbH)










Im Rahmen des 3. Forums Arbeit und Mentale Gesundheit 2024

Gesundheit fördern – Arbeitskraft sichern und erhalten



**9. April 2024
15 - 17 Uhr**

IHK
Neubrandenburg
für das östliche
Mecklenburg-
Vorpommern

Katharinenstr. 48
17033 Neubrandenburg
(Parkplatz am Ende der
Katharinenstraße)

Da die Plätze begrenzt sind, bitten wir um
Anmeldung bis zum 28.3.2024:
antje.werner@sozialpsychiatrie-mv.de

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen steigen seit Jahren stetig an. In den letzten zehn Jahren haben sie im Vergleich zu anderen Erkrankungsgruppen mit 48 Prozent am meisten zugenommen und gehen mit besonders vielen beruflichen Fehltagen einher. Das stellt Unternehmen vor besondere Aufgaben und Führungskräfte sind gefordert, die mentale Gesundheit ihrer Beschäftigten zu fördern und mögliche Probleme frühzeitig zu erkennen. Um die Zukunftsfähigkeit Ihrer Unternehmen und die Arbeitskraft Ihrer Mitarbeitenden zu sichern, laden wir Sie herzlich dazu ein, auf unserer Veranstaltung Wege zur Gesundheitsförderung und regionale Expert*innen kennenzulernen.



Programm:

Moderation: Prof. Dr. Ingmar Steinhart

Grußwort

Ralf Pfoth, Leiter Bereich
Wirtschaft und Standortpolitik,
Stellv. Hauptgeschäftsführer IHK

Impulsvortrag und Diskussion

Gesundheit fördern - Arbeitskraft
sichern und erhalten mit dem
Konzept Erste Hilfe für psychische
Gesundheit: First Aid Mental Health

Zentralinstitut für seelische
Gesundheit Mannheim gemeinsam
mit Anke Wagner, Instrukturin
Mental Health First Aid MV,
Landesverband Sozialpsychiatrie
MV e. V.

Fördermöglichkeiten in der Region

Fachberater einheitliche
Ansprechstellen für Arbeitgeber
(EAA) - Philipp Wallner

Moderierte Podiumsdiskussion - Unternehmen der Zukunft

Good Practice - Kommentare und
Erfahrungen aus der
Unternehmenwelt und
Expert*innen aus der Region

Austausch bei Kaffee & Gebäck

(Psychische) Gesundheit fördern – Arbeitskraft sichern und erhalten



**1. April 2025
14 - 17 Uhr**

Konferenzraum Tartu
im Z4 Zentrum für
Life Science
Plasmatechnologie/
BioTechnikum

Walther-Rathenau-Straße 49b
17489 Greifswald

Da die Plätze begrenzt sind, bitten wir um
Anmeldung bis zum 25.3.2025:
antje.werner@sozialpsychiatrie-mv.de

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Förderung der psychischen Gesundheit von Mitarbeitenden stärkt das betriebliche Klima und die Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen und ist somit eine lohnende Investition. In den letzten zehn Jahren haben psychische Belastungen stark zugenommen - um 48 Prozent im Vergleich zu anderen Erkrankungsgruppen - und gehen mit vielen beruflichen Fehltagen einher. Unternehmen stehen damit vor besonderen Aufgaben und Führungskräfte sind gefordert, die psychische Gesundheit ihrer Beschäftigten zu fördern, mögliche Belastungen frühzeitig zu erkennen und Unterstützung anzubieten. Im Rahmen der Veranstaltung laden wir Sie herzlich zum Perspektivwechsel ein und geben Ihnen die Möglichkeit, regionale Initiativen, Programme und Expert*innen kennenzulernen, die vor Ort Unterstützung anbieten. Wir möchten mit Ihnen ins Gespräch kommen und einen Austausch mit anderen Führungskräften anregen.

Wir freuen uns auf Sie!



Programm:

Moderation: Prof. Dr. Hans J. Grabe

(Direktor der Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie der Universitätsmedizin
Greifswald)

Begrüßung und kurze Einführung durch Steffen Piechullek

(Referent Handel/Dienstleistungen
IHK Neubrandenburg für das östliche
Mecklenburg-Vorpommern)

Impulsvorträge (je 15min)

Mentale Gesundheit fördern –
Arbeitskraft sichern: Katharina
Wagner (Oberärztin am psychiatrischen
Krankenhaus Bethanien in Greifswald)

Aus Sicht von Betroffenen - Was
stärkt mich am Arbeitsplatz?: Hendrik
Fulda (EX-IN Genesungsbegleiter)

Mentale Gesundheit im Unternehmen
fördern mit dem Konzept „Mental
Health First Aid“ und „The Working
Mind“: Antje Werner (MHFA-Ersthelferin,
Landesverband Sozialpsychiatrie MV e.V.)
& Emily Nething (Universität Greifswald,
Institut für Psychologie, Lehrstuhl für
Gesundheit und Prävention)

Regionale Unterstützung für
Unternehmen: Daniel Leja/Philipp
Wallner (Fachberater einheitliche
Ansprechstellen für Arbeitgeber)
& Ute Keilhoff (Leiterin Integrations-
fachdienst, Berufsförderungswerk
Stralsund GmbH)

Zwischen und nach den Vorträgen
gibt es Zeit für Austausch,
Diskussion und Fragen.

Anlage 11 Praxisempfehlungen

Diese Anlage wurde überwiegend von Antje Werner (Landesverband Sozialpsychiatrie MV e. V.) und Dr. Pablo Zamora (Stiftung Bethel; Stiftungsbereich proWerk) erarbeitet. Die wissenschaftliche Begleitung war beratend beteiligt.

Praxiserfahrungen in der Umsetzung des Individual Placement and Support (IPS)- Ansatzes im Projekt IPS-Coaching – Zurück ins Berufsleben

Einleitung

Der Ansatz Individual Placement and Support (IPS) ist die international am weitesten entwickelte Form des Supported Employment (SE), eines in den 1990er-Jahren in den USA etablierten Modells zur beruflichen Integration von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen. IPS markiert einen grundlegenden Paradigmenwechsel gegenüber traditionellen, stufenförmig aufgebauten Rehabilitationskonzepten. Während klassische Ansätze auf vorbereitende Trainings in geschützten Kontexten setzen („first train, then place“), basiert IPS konsequent auf dem Prinzip „erst platzieren, dann trainieren“.

Kernmerkmale des IPS-Ansatzes sind:

- schnelle und passgenaue Vermittlung in reguläre Beschäftigungsverhältnisse des allgemeinen Arbeitsmarkts,
- individuelle, längerfristige Begleitung der Teilnehmer und Teilnehmerinnen sowie der Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen durch Job Coaching,
- Integration statt Stufenlogik, das heißt unmittelbare Platzierung statt vorgelagerten Arbeitstrainings,
- ein Fokus auf persönliche Präferenzen, Motivation und Bedarfe der Teilnehmenden.

Im Projekt IPS-Coaching – Zurück ins Berufsleben (IPS-ZIB) wurde diese Methode zur beruflichen Wiedereingliederung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in zwei Modellregionen erprobt. Die Umsetzung erfolgte eingebettet in ein komplexes Versorgungssystem, das in Deutschland nach wie vor durch fragmentierte Strukturen, begrenzte Kooperation an den Schnittstellen zwischen medizinischer, psychosozialer und beruflicher Rehabilitation sowie durch ein Überwiegen des traditionellen Rehabilitationsparadigmas geprägt ist. Diese Rahmenbedingungen erschweren häufig eine durchgängige, beteiligungsorientierte Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Zur Qualitätssicherung wird in IPS-Programmen international die IPS-Fidelity-Skala eingesetzt. Sie bewertet die Umsetzungstreue gegenüber den programmatischen Grundprinzipien und misst u. a. die organisatorischen Strukturen, die Einbindung und Qualifikation der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sowie die Ausgestaltung des Coachingprozesses. Eine hohe Modelltreue gilt als zentrale Voraussetzung für erfolgreiche Vermittlungs- und Teilhabeergebnisse.

Im Projekt erreichte die interne Fidelity-Bewertung 88 von 125 Punkten und damit das Niveau „ausreichend“. Die Umsetzung wurde unter anderem durch eine geringe Einbindung psychiatrischer Behandler und Behandlerinnen, eingeschränkte Vernetzung mit Arbeitgebern und Arbeitgeberinnen sowie durch strukturelle Hürden im deutschen Rehabilitationssystem begrenzt. Ähnliche Herausforderungen zeigen sich auch international, wie z. B. eine randomisiert kontrollierte Studie aus Schweden verdeutlicht, die fehlende Effekte ebenfalls auf mangelnde Verzahnung mit dem Behandlungskontext und erschwerte Bedingungen im Arbeitsplatzcoaching zurückführt.

Trotz dieser Herausforderungen konnten im Projekt umfassende Praxiserfahrungen gewonnen werden. Sie betreffen insbesondere die Anpassung des US-amerikanischen Konzepts an deutsche Rahmenbedingungen, die Kooperation zwischen unterschiedlichen Trägern und Akteuren bzw. Akteurinnen sowie die Bedeutung einer engen therapeutischen Einbindung – ein Aspekt, der in der bisherigen IPS-Fidelity-Skala nur unzureichend abgebildet ist.

Diese zusammengetragenen Erfahrungen dienen dazu, die Implementierung des IPS-Ansatzes in Deutschland für Interessierte zu unterstützen. Sie sollen zukünftigen Anwendern und Anwenderinnen helfen, IPS-Angebote wirkungsorientierter zu gestalten, Qualitätsstandards einzuhalten und die beruflichen Teilhabechancen von Menschen mit psychischen Erkrankungen langfristig zu verbessern.

Kurzbeschreibung des Modellprojekts IPS-ZIB

Im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes wurde mit § 11 SGB IX die Förderung von Modellvorhaben beschlossen, um die Rehabilitation gezielt zu stärken. Diesen Auftrag setzt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales mit dem Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ um. In diesem Kontext wurde auch das Modellprojekt „IPS-Coaching – Zurück ins Leben“ (IPS-ZIB) im Rahmen von „rehapro“ gefördert.

Anlass für die Projektbeauftragung war der deutliche Anstieg von Erwerbsminderungsrenten aufgrund psychischer Erkrankungen. Zugleich wurde deutlich, dass viele Betroffene von klassischen beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen nur begrenzt profitieren. Vor diesem Hintergrund zielt IPS-ZIB darauf ab, neue, passgenauere Unterstützungswege zu erproben, um Teilhabe am Arbeitsleben wirksamer zu ermöglichen.

Ziel des Modellprojekts war es, Menschen mit psychischen Erkrankungen und komplexem Unterstützungsbedarf frühzeitig und eng begleitet dabei zu unterstützen, eine nachhaltige Teilhabe am Arbeitsleben zu erreichen. Dies konnte sowohl eine Rückkehr in den bestehenden Arbeitsplatz als auch eine berufliche Neuorientierung einschließen. Grundlage bildeten die Kernprinzipien des internationalen IPS-Ansatzes, deren Umsetzung im deutschen Versorgungssystem jedoch Anpassungen erforderte.

Projektträger und Verbundpartner

Koordinierender Antragsteller war die Deutsche Rentenversicherung Nord. Weiterer Verbundpartner war die DRV Westfalen. Die DRV Bund und die DRV Knappschaft-Bahn-See unterstützen das Projekt als Kooperationspartner. Die operative Gesamtprojektleitung lag bei Prof. Dr. Ingmar Steinhart (Institut für Sozialpsychiatrie M-V e. V.).

Das Projekt wurde in zwei Regionen in zwei Bundesländern umgesetzt:

- Region Bielefeld
- Region Mecklenburg-Vorpommern (Landkreise Mecklenburgische Seenplatte und Vorpommern-Greifswald)

Regionale Umsetzungspartner

In Bielefeld:

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie EvKB/Universitätsklinikum OWL; Forschungsabteilung des Evangelischen Klinikums Bethel (wissenschaftliche Begleitung); von Bodelschwinghsche Stiftungen Bethel/proWerk (Träger des Coaching-Teams).

In Mecklenburg-Vorpommern:

Institut für Sozialpsychiatrie M-V e. V.; Landesverband Sozialpsychiatrie M-V e. V.; Berufsförderungswerk Stralsund GmbH; Universitätsmedizin Greifswald; Evangelisches Krankenhaus Bethanien; Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg; Mediclin Müritzklinikum Röbel.

Projektsteuerung

Für die strategische Steuerung wurde eine Lenkungsgruppe eingerichtet, in der Vertreter und Vertreterinnen der Rentenversicherungsträger sowie der regionalen Partner regelmäßig zusammenkamen. Die regionale Koordination lag bei Frau Antje Werner (Mecklenburg-Vorpommern) und Dr. Pablo Zamora (Bielefeld).

Umsetzungskontext

Die Umsetzung des IPS-Coachings erfolgte in einem vielschichtigen Versorgungssystem, in dem medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation zusammenwirken. Die Modellregionen mussten den Ansatz in Strukturen mit unterschiedlichen Zuständigkeiten und Zugangsvoraussetzungen integrieren.

Dabei waren insbesondere Anpassungen notwendig in der:

- Einsteuerung von Teilnehmern und Teilnehmerinnen in das Coaching,
- Koordination mit bestehenden Behandlungs- und Unterstützungsangeboten,
- Umsetzung eines eng verzahnten Coachings während der medizinischen Behandlung,
- Einbindung sozialpsychiatrischer, medizinischer und arbeitsbezogener Dienste.

Vorbemerkungen zum Vorgehen

Die nachfolgenden Praxiserfahrungen orientieren sich an der Struktur der IPS-Fidelity-Skala, die als qualitativer Referenzrahmen für die Umsetzung der manualisierten Form des Supported Employment – des IPS-Coachings – dient. Grundlage bildet eine gezielte Auswahl von 14 der insgesamt 25 Kriterien der Skala, die entsprechend den drei systematischen Ebenen – Mitarbeitende, Organisation und Dienstleistungen – gebündelt dargestellt sind.

Die Auswahl der Kriterien basiert überwiegend auf den Erfahrungen der IPS-Coachinnen in den beiden Modellregionen sowie auf Erkenntnissen aus verschiedenen Reflexionsformaten, darunter Teamsitzungen, Weiterbildungen und Fokusgruppengespräche. Im Rahmen dieser Auswertung wurde geprüft, welche Kriterien der Fidelity-Skala unter den organisatorischen Bedingungen eines Modellprojekts in der praktischen Umsetzung tatsächlich relevant waren. Parallel dazu wurde bewertet, welche Aspekte künftig – basierend auf den gewonnenen Praxiserfahrungen – für eine programmtreue und zugleich pragmatische Umsetzung des IPS-Ansatzes in Deutschland von besonderer Bedeutung sein können, sowohl für potenzielle Leistungserbringerinnen als auch für Leistungsträger*innen.

Kriterien, die im Projekt von Beginn an vollständig als konzeptionelle Bestandteile des IPS-Ansatzes umgesetzt wurden (z. B. Items 2, 12, 14, 16, 17, 22), wurden nicht in die Auswahl aufgenommen. Ebenso wurden Kriterien berücksichtigt, deren Inhalte sich in der praktischen Umsetzung überschneiden, um Redundanzen zu vermeiden. So wurde beispielsweise lediglich Item 19 aufgenommen, da es inhaltsgleich zu Item 20 ist und Letzteres daher ausgelassen werden konnte.

Die IPS-Fidelity-Skala ist in drei Bereiche gegliedert: Mitarbeitende, Organisation und Leistungen. Jedes Item wird anhand einer fünfstufigen Likert-Skala bewertet, wobei 1 für eine nicht vorhandene Implementierung und 5 für eine vollständige Umsetzung steht. Die Werte dazwischen spiegeln abgestufte Umsetzungsgrade wider und ermöglichen eine differenzierte Bewertung der Programmtreue.

Tabelle 1: Übersicht ausgewählte Items (fett gedruckt) der Fidelity Scale, zu denen Praxiserfahrungen abgebildet werden

MITARBEITENDE	
1. Betreuungsschlüssel	1
2. Anteil der Arbeitszeit, die für IPS-Tätigkeiten aufgewendet wird	
3. Umfang des Betreuungsangebots	1
ORGANISATION	
4. Integration der beruflichen Rehabilitation und der psychiatrischen Behandlung durch Teamzuordnung der MA	1
5. Integration der beruflichen Rehabilitation und der psychiatrischen Behandlung durch regelmäßigen Kontakt der Teammitglieder	1
6. Zusammenarbeit zwischen den IPS-MA und Arbeitsvermittlern/ Berufsberatern/ Reha-Fachberatern	1
7. Berufliche Reha-Abteilung	1
8. Rolle des IPS-Teamleiters	1
9. Keine Ausschlusskriterien	1
10. Fokus der Einrichtung auf den ersten Arbeitsmarkt	1
11. Unterstützung von leitenden Angestellten für Supported Employment	
DIENSTLEISTUNGEN	
12. Planung von Beschäftigungszielen und Sozialleistungsberatung	
13. Beratung über Offenlegung der psychischen Erkrankung	1
14. Kontinuierliches arbeitsbezogenes Assessment	
15. Rasche Stellensuche auf dem 1. Arbeitsmarkt	1
16. Stellensuche nach Bedürfnissen des Klienten	
17. Arbeitsplatzsuche – Regelmäßiger Kontakt mit Arbeitgeber	
18. Arbeitsplatzsuche – Qualität des Kontakts mit dem Arbeitgeber	1
19. Arbeitsstellendiversität	
20. Arbeitgeberdiversität	
21. Arbeitsplätze stehen allen Personen offen (und unterliegen keiner Quote)	
22. IPS ist dem individuellen Bedarf angepasst	
23. IPS ist zeitlich unbefristet	1
24. IPS arbeitet gemeindenah	1
25. IPS arbeitet aufsuchend im Rahmen integrierter Teams	
Summe	<u>14</u>

Tabelle 2: Übersicht aller 25 Items der Fidelity Scale ergänzt um den Inhalt

Nr.	Item Originaltitel	Inhalt
MITARBEITENDE		
1	Betreuungsschlüssel	IPS-Mitarbeitende betreuen in Vollzeit höchstens 20 Klientinnen und Klienten.
2	Anteil der Arbeitszeit, die für IPS-Tätigkeiten aufgewendet wird	IPS-Mitarbeitende sind ausschließlich mit IPS-Tätigkeiten beschäftigt
3	Umfang des Betreuungs-angebotes	IPS-Mitarbeitende ist für alle Phasen der Arbeitsvermittlung zuständig. Aufnahme, Einführung, Einschätzung, Stellenvermittlung, Job-Coaching und begleitende Unterstützung
ORGANISATION		
4	Integration der beruflichen Rehabilitation und der psychiatrischen Behandlung durch Teamzuordnung der Mitarbeiter	IPS-Mitarbeitende sind fest in ein bis zwei psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlungsteams eingebunden; mindestens 90 % ihrer Klientinnen und Klienten stammen aus diesen Teams.
5	Integration der beruflichen Rehabilitation und der psychiatrischen Behandlung durch regelmäßigen Kontakt der Teammitglieder	IPS-Mitarbeitende nehmen aktiv an den wöchentlichen Teamsitzungen teil, arbeiten räumlich nah am Behandlungsteam und dokumentieren gemeinsam in der Klientenakte.
6	Zusammenarbeit zwischen IPS-Mitarbeitern und Arbeitsvermittlung/Berufsberatern /Reha-Fachberatern	IPS-MA und Berufsberater haben regelmäßig und häufig Kontakt, um über gemeinsame TN zu sprechen
7	Berufliche Rehabilitations-abteilung	Ein IPS-Team besteht aus mindestens zwei vollzeitbeschäftigten IPS-Mitarbeitern sowie einem Teamleiter. In der wöchentlichen klientenbezogenen Supervision besprechen sie gemeinsam Strategien und tauschen Informationen über offene Stellen aus. Bei Bedarf können sie die Fälle der jeweils anderen Teammitglieder übernehmen.
8	Rolle des IPS-Teamleiters	1. Ein in Vollzeit beschäftigter IPS-Teamleiter ist für höchstens zehn IPS-Mitarbeiter zuständig. 2. IPS-Teamleiter führt wöchentliche IPS-Teambesprechungen durch 3. IPS-Teamleiter ist gemeinsam mit dem Leiter des Behandlungsteams verantwortlich für die Integration der Dienstleistungen 4. TL begleitet und unterstützt neue IPS- MA 5. IPS-Teamleiter untersucht jedes Quartal die aktuellen Ergebnisse

9	Keine Ausschlusskriterien	Dem Supported-Employment-Modell entspricht: Alle Klienten, die an einer Arbeitsstelle interessiert sind, haben Zugang zur IPS-Coaching Leistung unabhängig von ihrer Arbeitsbereitschaft, Substanzmissbrauch, der psychischen Symptomatik etc.
10	Fokus der Einrichtung auf den ersten Arbeitsmarkt	Das IPS-Angebot fördert die Vermittlung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt mit vielfältigen, aktiv eingesetzten Strategien.
11	Unterstützung von leitenden Angestellten für Supported Employment	Die Leitungsebene unterstützt die langfristige und nachhaltige Umsetzung von IPS.
DIENSTLEISTUNGEN		
12	Planung von Beschäftigungszielen und Sozialleistungsberatung	Alle Teilnehmenden erhalten eine umfassende, individuell abgestimmte Beschäftigungsplanung und Beratung zu Sozialleistungen.
13	Beratung über Offenlegung der psychischen Erkrankung	Die IPS-Mitarbeitenden unterstützen Klientinnen und Klienten dabei, eine informierte Entscheidung über eine mögliche Offenlegung ihrer Erkrankung gegenüber Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern zu treffen.
14	Kontinuierliches arbeitsbezogenes Assessment	Ein Assessment zu Arbeitserfahrungen auf dem ersten Arbeitsmarkt (Stärken, Fähigkeiten, Vorlieben etc.) sowie kontinuierliche Überprüfung der beruflichen Wünsche, Fähigkeiten und Möglichkeiten finden im Rahmen des IPS-Coachings statt.
15	Rasche Stellensuche auf dem ersten Arbeitsmarkt	Innerhalb von 30 Tagen findet der erste persönliche Kontakt zwischen Klient/Klientin oder Coach/Coachin und einer Arbeitgeberin bzw. einem Arbeitgeber statt.
16	Stellensuche nach Bedürfnissen des Klienten	Die Stellensuche richtet sich konsequent nach den individuellen Interessen und Präferenzen der Klientinnen und Klienten.
17	Arbeitsplatzsuche– Regelmäßiger Kontakt mit dem Arbeitgeber (Quantität)	PS-Coaches führen mindestens sechs persönliche Arbeitgeberkontakte pro Woche durch – auch mehrere Kontakte zur selben Arbeitgeberin bzw. zum selben Arbeitgeber werden berücksichtigt.
18	Arbeitsplatzsuche – Qualität des Kontakts mit dem Arbeitgeber	IPS-Coaches bauen durch persönliche Gespräche tragfähige Beziehungen zu Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern auf, informieren über den IPS-Ansatz und vermitteln die Stärken der Klientinnen und Klienten.
19	Arbeitsstellendiversität	IPS-MA unterstützen, sich für verschiedene Arbeitsbereiche zu bewerben

20	Arbeitgeberdiversität	IPS-MA unterstützen, sich für verschiedene Arbeitgeber zu bewerben
21	Arbeitsplätze stehen allen Personen offen	Die Suche nach geeigneten Stellen auf dem ersten Arbeitsmarkt sollte dauerhafte Arbeitsmöglichkeiten fokussieren, die nicht für Personen mit Einschränkungen reserviert sind.
22	IPS ist dem individuellen Bedarf angepasst	Teilnehmende erhalten passgenaue Unterstützung unter Einbezug relevanter Personen wie Behandlungsteam, Familie, Kolleginnen und Kollegen.
23	IPS ist zeitlich unbefristet	IPS-MA hat regelmäßig persönlichen Kontakt, wöchentlich im ersten Monat, danach monatlich für ein Jahr sowie nach Bedarf
24	IPS arbeitet gemeindenah	Unterstützungsleistungen werden im Lebensfeld der Teilnehmenden angeboten.
25	IPS arbeitet aufsuchend im Rahmen von integrierten Teams	Versäumte Termine führen nicht zur Beendigung; alle Kontaktversuche werden dokumentiert und umfassen auf Wunsch auch Hausbesuche. Die Unterstützung endet nur, wenn die teilnehmende Person eindeutig keine Hilfe mehr wünscht.

Ebene Mitarbeitende

Betreuungsschlüssel (1)

Inhalt

Die maximale Anzahl der Klienten, die ein IPS-Mitarbeiter in Vollzeit betreuen kann, ist auf 20 begrenzt. Diese Begrenzung gewährleistet eine qualitativ hochwertige Betreuung und ermöglicht eine individuelle und intensive Unterstützung der Klienten im Rahmen des IPS-Coachings.

Praxiserfahrung

Gemäß den Empfehlungen des Supported Employment Fidelity Review Manuals und unter Berücksichtigung unserer eigenen Erfahrungen sollte jede Vollzeitmitarbeiterin für maximal 10 bis 20 Teilnehmende zuständig sein. Dabei hat sich ein Caseload-Verhältnis von 1:10 grundsätzlich als bewährt erwiesen und wird ausdrücklich empfohlen.

Es ist zu beachten, dass der Unterstützungsbedarf im Verlauf des IPS-Coaching-Prozesses erfahrungsgemäß sukzessive abnimmt und dynamisch verläuft. Zusätzlich sollten zwei Aspekte berücksichtigt werden: Erstens der individuelle Bedarf der Teilnehmenden, insbesondere die eventuell noch bestehende Akuität der Erkrankung nach einem Klinikaufenthalt. Zweitens die in der IPS-Umsetzung beobachtete fehlende Dynamik im Ein- und Austritt von Teilnehmenden, da eine Nachrekrutierung nicht möglich war. Unter regulären Bedingungen kann eine phasenweise gesteigerte Nachfrage nach IPS-Coaching Einfluss auf die Caseload-Größe haben.

Merksatz

Ein Caseload von etwa 1:10 pro Vollzeit-IPS-Coach gilt als Richtwert, der flexibel an individuellen Unterstützungsbedarf, Krankheitsakuität und schwankende Nachfrage angepasst werden sollte.

Umfang des Betreuungsangebots (3)

Inhalt

Ein IPS-Mitarbeiter ist für alle Phasen der Arbeitsvermittlung verantwortlich. Dazu gehören die Aufnahme der Teilnehmenden, deren Einführung, die Einschätzung der individuellen Situation, die Vermittlung von Stellen, das Job-Coaching sowie die kontinuierliche begleitende Unterstützung.

Praxiserfahrung

Jede IPS-Coachin sollte grundsätzlich in der Lage sein, das gesamte Spektrum an Aktivitäten und Maßnahmen abzudecken, die der Arbeitsfindung, Arbeitsaufnahme und -erhaltung dienen. Dabei ist gegebenenfalls eine Abstimmung und Kooperation mit Dritten, wie behandelnden Fachkräften, Integrationsfachkräften der Jobcenter oder Agenturen für Arbeit sowie Sozialrechtsberatern, sinnvoll und notwendig, um die Teilnehmenden angemessen beraten und unterstützen zu können.

Eine kontinuierliche Beziehung zwischen Teilnehmenden und IPS-Coachin ist für viele von großer Bedeutung. Es ist jedoch auch denkbar, die Betreuungs- und Beratungsleistungen innerhalb des Teams entsprechend der jeweiligen Kompetenzprofile, Qualifikationen und Erfahrungen der IPS-Coachinnen zu verteilen. Dies kann beispielsweise rechtliche Beratung, Aspekte der Offenlegung der Erkrankung oder den Kontakt zu Arbeitgebern betreffen, um so die bestmögliche Unterstützung sicherzustellen (siehe auch Kapitel zur Ausgestaltung der Beziehung zwischen IPS-Coachin und Teilnehmenden)

Merksatz

Jede IPS-Coachin sollte das gesamte Spektrum der Unterstützung bei Arbeitsfindung und -erhaltung abdecken und dabei eng mit Fachkräften kooperieren, um Teilnehmende bestmöglich zu beraten. Eine kontinuierliche Beziehung ist wichtig, dennoch kann die Betreuung je nach Kompetenz der Coachinnen aufgeteilt werden.

Ebene Organisation

Die Items 4 und 5 wurden aufgrund der inhaltlichen Nähe zusammenfassend betrachtet.

Integration der beruflichen Rehabilitation und der psychiatrischen Behandlung durch Teamzuordnung der Mitarbeitenden (4)

Inhalt

Die IPS-Mitarbeiter integrieren sich in bis zu zwei medizinisch psychiatrische Behandlungsteams, die sich auf die Unterstützung psychisch erkrankter Menschen spezialisiert haben. Es wird angestrebt, dass mindestens 90 % der Teilnehmenden eines IPS-Mitarbeiters aus diesen ein oder zwei Teams stammen.

Integration der beruflichen Rehabilitation und der psychiatrischen Behandlung durch regelmäßigen Kontakt der Teammitglieder (5)

Inhalt

IPS-Mitarbeiter nehmen aktiv an wöchentlichen Besprechungen mit dem medizinisch/ psychiatrischen Behandlungsteam teil, die nicht durch Verwaltungstreffen ersetzt werden können. Diese Treffen dienen dazu, gemeinsam über die einzelnen Teilnehmenden und deren Berufsziele zu beraten. Es wird

empfohlen, dass der IPS-Mitarbeiter ein eigenes Arbeitszimmer im Büro seiner Kollegen aus den klinischen Teams hat oder zumindest über ein Arbeitszimmer in deren Nähe verfügt. Die Dokumentation der medizinischen Behandlung sowie der beruflichen Wiedereingliederung erfolgt in einer individuellen Tabelle für jeden Teilnehmenden. Darüber hinaus unterstützen die IPS-Mitarbeiter das Team bei der Einweisung von Klienten, die noch nicht am IPS-Programm teilnehmen.

Praxiserfahrung

Die Integration der beruflichen Rehabilitation in die psychiatrische Behandlung sowie in die psychosoziale Versorgung stellt ein einzigartiges Merkmal des IPS-Ansatzes dar und sollte daher von Anfang an strukturell und logistisch berücksichtigt und umgesetzt werden. Je nach organisatorischer Verankerung des IPS-Coachings im klinisch-therapeutischen Kontext sollte die IPS-Coachin kooperative Leistungen zwischen den Akteurinnen im Bereich der beruflichen Rehabilitation und den klinischen Fachleuten erbringen. Dabei ist es wichtig, diese Schnittstelle aktiv mitzugestalten, beispielsweise durch die Teilnahme an Fallbesprechungen. Diese Art der Integration wird dringend empfohlen und sollte bei der Planung des IPS-Programms Priorität haben.

Zudem ist es ratsam, die Zusammenarbeit zwischen den Rehabilitationsakteuren und den klinischen Fachkräften formal zu regeln, etwa durch einen Kooperationsvertrag. Eine solche Integration ist auch möglich, wenn die berufliche Rehabilitation und die psychiatrische Behandlung nicht innerhalb einer gemeinsamen Organisation stattfinden.

Im Verlauf der stationären Behandlung (auf der Station, in der Tagesklinik oder in der Institutsambulanz) sollte der Lebensbereich Arbeit bereits thematisiert und durch ein Kompetenzteam, bestehend aus Sozialdienst und therapeutischen Mitarbeitenden, angegangen werden. Dies ermöglicht eine frühzeitige Anbahnung des IPS-Coachings und die Planung beruflicher Perspektiven während der Therapie. Ein niedrigschwelliger Zugang zum IPS-Coaching, inklusive Finanzierungsmöglichkeiten, ist hierbei essenziell.

Merksatz

Eine enge Kooperation zwischen Behandlungsteam und IPS-Coaching-Team ermöglicht IPS-Coaching aus einer Hand, trotz unterschiedlicher Anbieter und Leistungsträger.

Zusammenarbeit zwischen den IPS-Mitarbeitenden und Arbeitsvermittelnden/ Berufsberatenden/ Reha-Fachberatenden (6)

Inhalt

Die IPS-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter stehen in regelmäßigem Austausch mit den Berufsberaterinnen und Berufsberatern, um sich über gemeinsam betreute Klientinnen und Klienten abzustimmen und mögliche Überweisungen zu besprechen.

Regelmäßig stattfindende Meetings bieten Raum, gemeinsame Erfolge zu reflektieren sowie Lösungsansätze zu entwickeln, damit die Teilnehmenden ihre beruflichen Ziele erreichen können. Beide Berufsgruppen bringen dabei wichtiges Fachwissen und praktische Erfahrung ein, die für die Unterstützung bei beruflichen Entwicklungen erforderlich sind. Daher sollten sowohl Berufsberatung als auch IPS-Coaching durchgängig in den Prozess einbezogen sein.

Praxiserfahrung

Jeder IPS-Coach und jede IPS-Coachin sollte grundsätzlich in der Lage sein, die gesamte Bandbreite an Aktivitäten und Maßnahmen zur Arbeitsfindung, -aufnahme und -erhaltung eigenständig durchzuführen. Abhängig von der individuellen Bedarfslage der Teilnehmenden ist jedoch zu prüfen, wann eine enge

Abstimmung und Zusammenarbeit mit Akteuren und Akteurinnen des Vermittlungssystems (z. B. Integrationsfachkräfte in Jobcentern oder der Agentur für Arbeit, Sozialrechtsberatende, Karriereberatende) notwendig und sinnvoll ist. Dies dient einer bedarfsgerechten Beratung und Begleitung der Teilnehmenden sowie der Nutzung möglicher Synergien.

Eine fallbezogene Zusammenarbeit sollte dabei auf Grundlage einer formalisierten Kooperationsvereinbarung erfolgen, die die gemeinsamen Aufgaben, die jeweiligen Handlungsspielräume, Formen der Kontaktaufnahme sowie datenschutzrelevante Aspekte klar definiert.

Für ein wirksames IPS-Angebot ist zudem eine strukturierte und systematische Vernetzung des IPS-Coaching-Teams mit den Akteuren und Akteurinnen der Arbeitswelt erforderlich – einschließlich Arbeitgebern und Arbeitgeberinnen sowie deren Verbänden und Dachorganisationen. Regelmäßige fallbezogene und fallübergreifende Treffen bilden hierfür eine wesentliche Voraussetzung.

Die hierfür erforderlichen Kompetenzen und Ressourcen müssen bereits bei der Planung des Angebots berücksichtigt werden.

Merksatz

Ein wirksames IPS-Angebot gelingt, wenn Coaches und Coachinnen eigenständig arbeiten, klar mit Vermittlungs- und Arbeitsmarktakteuren kooperieren und durch verbindliche Absprachen sowie ein starkes regionales Netzwerk unterstützt werden.

Berufliche Reha-Abteilung (7)

Inhalt

Ein IPS-Team besteht aus mindestens zwei vollzeitbeschäftigten IPS-Mitarbeitern sowie einem Teamleiter. In der wöchentlichen teilnehmendenbezogenen Supervision besprechen sie gemeinsam Strategien und tauschen Informationen über offene Stellen aus. Bei Bedarf können sie die Fälle der jeweils anderen Teammitglieder übernehmen.

Praxiserfahrung

Aus unserer Praxis hat sich gezeigt, dass es – unabhängig von der organisatorischen Anbindung des Trägers – sinnvoll ist, ein eigenständiges Team mit dem Schwerpunkt „Coaching“ und eigener Teamleitung vorzuhalten. Bei einer Teamgröße von sieben Mitarbeitenden mit einem Gesamtumfang von 6,5 VZÄ ist eine Teamleitung mit mindestens 0,5 VZÄ erforderlich. Die Aufgaben der Teamleitung sind unter Item 8 näher beschrieben.

Merksatz

Ein wirksames IPS-Angebot benötigt ein eigenständiges Coaching-Team mit klar benannter Teamleitung, die bei entsprechender Teamgröße mindestens 0,5 VZÄ umfasst.

Rolle der IPS-Teamleitung (8)

Inhalt

Das IPS-Team wird von einem Teamleiter geführt. Die Kompetenzen der IPS-Mitarbeiter werden durch ergebnisbasierte Supervision weiterentwickelt. Alle fünf Schlüsselfunktionen des IPS-Teamleiters sind erfüllt.

- Ein vollzeitbeschäftigter IPS-Teamleiter übernimmt die Verantwortung für maximal zehn IPS-Mitarbeiter. Er ist ausschließlich für Leitungsaufgaben zuständig. (Programmleiter, die weniger

als zehn Mitarbeitende betreuen, können einen Teil ihrer Arbeitszeit für weitere Aufgaben nutzen.)

- Der IPS-Teamleiter führt wöchentliche Teambesprechungen durch, in denen die Situation der Klienten analysiert und Strategien zur Unterstützung bei der Arbeitssuche entwickelt werden.
- Zur Sicherstellung einer integrierten Versorgung steht der IPS-Teamleiter in regelmäßigem Kontakt mit dem psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlungsteam. Dabei unterstützt er die Lösung programmbezogener Herausforderungen, wie zum Beispiel Schwierigkeiten bei Überweisungen. Einmal pro Quartal nimmt er an einem Treffen jedes relevanten Behandlungsteams teil.
- Neue IPS-Mitarbeiter sowie Mitarbeitende mit Herausforderungen in der Akquise von Arbeitsstellen werden vom IPS-Teamleiter einmal monatlich begleitet und erhalten anschließend gezielte Rückmeldungen zu ihrer Arbeitsweise.
- Mindestens einmal im Quartal führt der IPS-Teamleiter zudem ein strukturiertes Gespräch mit jedem IPS-Mitarbeiter, um die bisher erzielten Klientenergebnisse zu reflektieren und Ansätze für weitere Verbesserungen im Programm zu entwickeln.

Praxiserfahrung

Basierend auf unseren Praxiserfahrungen empfiehlt es sich – unabhängig vom Grad der Integration des IPS-Coaching-Angebots in das klinisch-therapeutische Setting – eine IPS-Teamleitung zu benennen, die folgende Aufgaben übernimmt:

- Rekrutierung und Qualifizierung geeigneter IPS-Coachinnen.
- Organisation und Durchführung der Teambesprechungen sowie Koordination der kollegialen Beratung, um teaminterne Anliegen zu klären, Fallbesprechungen durchzuführen und die Zusammenarbeit mit klinischen Akteurinnen sowie den Beteiligten im Vermittlungssystem zu sichern und zu stärken.
- Supervision der IPS-Coachinnen, insbesondere bei Herausforderungen in Coaching-Prozessen oder im Umgang mit Teilnehmenden.
- Fallübergreifende Organisation und Pflege der Zusammenarbeit mit Leistungsanbietenden und Behandelnden im klinischen, ambulanten und vermittlungsbezogenen Kontext.
- Kontinuierliches Controlling zentraler steuerungsrelevanter Indikatoren der Leistungserbringung (z. B. Teilnehmendenzahlen, Caseload, Kontaktfrequenzen, Drop-out-Rate einschließlich Beendigungsgründen, erfolgreiche Vermittlungen) sowie Sicherstellung der standardisierten Dokumentation. Diese Daten bilden eine Grundlage für die interne Steuerung und können in Gesprächen mit Leistungskostenträgerinnen genutzt werden.
- Aufbau und Pflege eines regionalen Kompetenznetzwerks „Arbeit und psychische Gesundheit“, mit dem Ziel, die formelle und informelle Zusammenarbeit sowie den Austausch mit relevanten regionalen Akteurinnen aus Wirtschaft, Vermittlungs- und Beratungssystemen sowie Beratungs- und Betreuungsdiensten zu stärken und im Sinne der Teilnehmenden wirksam einzusetzen.

Merksatz

Für ein erfolgreiches IPS-Angebot ist eine klar benannte Teamleitung entscheidend, die Coaches und Coachinnen führt, Zusammenarbeit und Netzwerke koordiniert, die Qualität sichert und zentrale Steuerungsdaten kontinuierlich im Blick behält.

Keine Ausschlusskriterien (9)

Inhalt

Grundsätzlich können alle Personen, die arbeiten möchten, IPS-Coaching erhalten – unabhängig von ihrer aktuellen Arbeitsfähigkeit, psychischen Symptomen, Substanzgebrauch, früherem gewalttätigen Verhalten, kognitiven Einschränkungen, der Einhaltung therapeutischer Vorgaben, Obdachlosigkeit, dem bisherigen Lebenslauf oder einem früheren Kontakt mit Polizei oder Justiz. Ebenso spielen Auftreten und Anzahl vorheriger Arbeitsverhältnisse keine Rolle.

Praxiserfahrung

In Abhängigkeit von der Zielgruppe, den zuständigen Leistungsträgern und Leistungsträgerinnen sowie weiteren Kontextfaktoren empfiehlt es sich, einen Kriterienkatalog für die Einsteuerung in das IPS-Programm zu entwickeln. Die Kriterien sollten transparent begründet und gegenüber interessierten Personen klar kommuniziert werden, um einen möglichst hohen Grad an Inklusion zu gewährleisten.

Nach unseren Erfahrungen ist es besonders sinnvoll, arbeitsmarktferne Personen – sowohl mit als auch ohne aktuellen Arbeitsvertrag – in ein IPS-Programm einzusteuern.

Merksatz

Ein transparenter Kriterienkatalog erleichtert die inklusive Einsteuerung ins IPS-Programm, wobei besonders arbeitsmarktferne Personen vorrangig berücksichtigt werden sollten.

Fokus der Einrichtung auf den ersten Arbeitsmarkt (10)

Inhalt

Das IPS-Angebot nutzt verschiedene Strategien, um Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt zu fördern. Bereits bei der Aufnahme werden Fragen zur Arbeitsmotivation gestellt. Zudem stellt das IPS-Angebot Informationsmaterial wie Flyer, Broschüren, Poster und Hinweise am schwarzen Brett bereit, um über Arbeitssuche sowie über die IPS-Dienste und -Leistungen zu informieren.

Praxiserfahrung

Für die Vermittlung empfiehlt es sich, grundsätzlich den allgemeinen Arbeitsmarkt in den Fokus zu stellen. Je nach Gesundheitszustand, beruflichen Kompetenzen und individuellen Bedürfnissen der Teilnehmenden sollte jedoch im Einzelfall geprüft werden, ob vor dem Einstieg in eine reguläre Beschäftigung kurze vorbereitende Maßnahmen – wie Probearbeiten, Hospitationen, Praktika oder eine stufenweise Wiedereingliederung – sinnvoll sind, um den Übergang in das berufliche Umfeld ohne Überforderung der Teilnehmenden zu gestalten.

Für die berufliche Wiedereingliederung ist es in jedem Fall ratsam, das IPS-Coaching im betrieblichen Umfeld gemeinsam mit dem Arbeitgeber oder der Arbeitgeberin fortzusetzen. Dadurch kann der Übergang gut koordiniert werden, und es besteht die Möglichkeit, ein arbeitsplatzbezogenes IPS-Coaching zu prüfen und gegebenenfalls umzusetzen.

Die bestehenden Optionen, mit AU-Status in Deutschland schrittweise wieder in den allgemeinen Arbeitsmarkt einzusteigen, sind begrenzt. Daher braucht es flexiblere Möglichkeiten – ergänzend zum Hamburger Modell (Paragraf 74 SGB V, stufenweise Wiedereingliederung) und zu Maßnahmen der medizinischen Belastungserprobung –, insbesondere dann, wenn Teilnehmende sich nach längerer Krankschreibung beruflich neu orientieren möchten.

Merksatz

Eine erfolgreiche Vermittlung gelingt, wenn der Fokus auf dem ersten Arbeitsmarkt liegt, Übergänge individuell entlastend gestaltet werden und das IPS-Coaching im betrieblichen Umfeld fortgeführt wird – unterstützt durch flexible Wiedereingliederungsoptionen.

Ebene Dienstleistungen

Beratung über die Offenlegung der Erkrankung (13)

Inhalt

Die Klientinnen und Klienten werden vom IPS-Mitarbeiter bzw. von der IPS-Mitarbeiterin umfassend dabei unterstützt, eine informierte Entscheidung darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang sie ihre Erkrankung gegenüber dem Arbeitgeber oder der Arbeitgeberin offenlegen möchten.

Praxiserfahrung

Aus unserer Praxiserfahrung empfiehlt sich eine umfassende, multidisziplinäre Beratung und Begleitung zur Frage der möglichen Offenlegung einer Erkrankung – idealerweise bereits vor Beginn des IPS-Coachings, während des Aufnahmeprozesses sowie regelmäßig im weiteren Verlauf. Die Haltung der Teilnehmenden sowie die äußeren Rahmenbedingungen können sich im Verlauf eines IPS-Coaching-Prozesses verändern, sodass Chancen und Risiken der Offenlegung fortlaufend gemeinsam mit dem Coach oder der Coachin abzuwägen sind.

Ziel ist es, den Teilnehmenden eine fundierte, sogenannte informierte Entscheidung zu ermöglichen. Bewährt hat sich dabei auch der Einsatz strukturierter Entscheidungshilfen, etwa in Form von Leitfäden.

Merksatz

Eine informierte Entscheidung zur Offenlegung einer Erkrankung gelingt am besten durch kontinuierliche, multidisziplinäre Beratung – von Beginn an und über den gesamten IPS-Prozess hinweg – unterstützt durch klare Entscheidungshilfen wie Leitfäden.

Rasche Stellensuche auf dem ersten Arbeitsmarkt (15)

Inhalt

Die berufliche Begutachtung sowie der erste persönliche Kontakt zwischen Klient bzw. Klientin oder IPS-Mitarbeiter bzw. IPS-Mitarbeiterin und einem potenziellen Arbeitgeber erfolgen innerhalb von 30 Tagen nach der Aufnahme in das Programm.

Praxiserfahrung

Aus der Praxiserfahrung sollte eine zügige (Wieder-)Eingliederung von Beginn an als zentrale Zielsetzung des IPS-Ansatzes verstanden werden. Die IPS-Coachin bzw. der IPS-Coach unterstützt die Teilnehmenden dabei, möglichst frühzeitig Kontakt zu ihrer bisherigen oder einer neuen Arbeitgeberin bzw. einem neuen Arbeitgeber aufzunehmen, um den (Wieder-)Einstieg gemeinsam und strukturiert planen zu können. Unsere Erfahrungen zeigen, dass dies grundsätzlich gut realisierbar war.

In engem Zusammenhang damit steht eine umfassende und ergebnisoffene Beratung zur Frage der Offenlegung der Erkrankung (siehe Item 13 der Fidelity Scale). Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass der Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme eine besonders sensible Phase darstellt: Entsteht zu viel Druck, kann die tragende Arbeitsbeziehung zwischen Coach bzw. Coachin und Teilnehmenden leiden.

Zudem zeigt die Praxis, dass viele Teilnehmende—insbesondere solche, die das Coaching abgebrochen haben—hinsichtlich einer Arbeitsaufnahme ambivalent sind. Deshalb ist es wichtig, die Motivation zur zeitnahen Arbeitsaufnahme möglichst bereits vor Beginn des IPS-Coachings sorgfältig zu klären. Teilnehmende sollten so beraten werden, dass klar wird: Die frühzeitige Aufnahme einer Arbeit ist ein zentrales Merkmal des IPS-Ansatzes und eine wesentliche Voraussetzung für dessen Wirksamkeit.

Merksatz

Eine zügige Arbeitsaufnahme ist zentral für den IPS-Ansatz – sie gelingt, wenn Motivation früh geklärt, Offenlegungsfragen sorgfältig beraten und sensible Übergangsphasen ohne Druck gemeinsam gestaltet werden.

Arbeitsplatzsuche – Qualität des Kontakts mit dem Arbeitgeber (18)

Inhalt

IPS-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter sollten durch mehrere persönliche Besuche eine vertrauensvolle Beziehung zu Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern aufbauen. Dabei können sie deren Bedürfnisse besser kennenlernen, den Nutzen des IPS-Angebots erläutern und die Stärken von Klientinnen und Klienten vermitteln, die gut zum Unternehmen passen könnten.

Praxiserfahrung

Das volle Potenzial des IPS-Ansatzes am Arbeitsplatz kann nur dann ausgeschöpft werden, wenn das IPS-Coaching-Angebot in ein regionales Kompetenznetzwerk eingebettet ist. Dieses Netzwerk sollte vor allem eine kontinuierliche, professionelle und ausreichend ausgestattete Kooperation mit Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern sowie eine aktive Anti-Stigma-Arbeit ermöglichen. Dafür ist es notwendig, strukturelle Zugänge zu Arbeitgebern systematisch zu gestalten, beispielsweise durch Kooperationen mit regionalen Industrie- und Handelskammern.

Aufgrund sowohl hoher Selbst- als auch Fremdstigmatisierung wünschen viele Teilnehmende kein IPS-Coaching direkt am Arbeitsplatz; auch Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber reagieren teilweise zurückhaltend. Daher sind regionale Kampagnen zur Überwindung von Stigmatisierung ein wichtiger begleitender Bestandteil der IPS-Implementierung.

Merksatz: Ohne Netzwerk kein IPS-Coaching.

IPS ist zeitlich unbefristet (23)

Inhalt

IPS-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter nehmen spätestens eine Woche vor Beginn eines neuen Arbeitsverhältnisses persönlichen Kontakt zu den Teilnehmenden auf. Nach Arbeitsbeginn erfolgt der nächste Kontakt innerhalb von drei Tagen. Im ersten Monat finden wöchentliche Gespräche statt. Anschließend wird während des ersten Arbeitsjahres mindestens einmal pro Monat Kontakt gehalten – auf Wunsch der teilnehmenden Person auch über diesen Zeitraum hinaus.

Praxiserfahrung

Die Praxiserfahrung zeigt, dass sich die Dauer des IPS-Coachings konsequent am individuellen Bedarf der Teilnehmenden orientieren sollte. Das Coaching muss so lange wie erforderlich verfügbar sein und darf nicht von vornherein zeitlich begrenzt werden. IPS-Verläufe sind selten linear – Krisen, Unterbrechungen, temporäre Beendigungen oder veränderte Zielsetzungen gehören regelmäßig dazu. Deshalb sollten Rückkehroptionen jederzeit möglich sein und ein niedrigschwelliger Wiedereinstieg organisatorisch wie finanziell von Beginn an eingeplant werden.

Merksatz

IPS-Coaching muss so lange wie nötig, passgenau und individuell verfügbar sein – mit flexiblen Rückkehroptionen und einem jederzeit möglichen, niedrigschwelligen Wiedereinstieg, da Unterstützungsverläufe selten linear verlaufen.

IPS arbeitet gemeindenah (24)

Inhalt

Arbeitsbezogene Unterstützung – wie das Treffen von Vereinbarungen, die Suche nach einem geeigneten Arbeitsplatz und die begleitende Betreuung – wird von allen IPS-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeitern gemeindenah erbracht.

Praxiserfahrung

Das IPS-Coaching findet in der Lebenswelt der Teilnehmenden statt und erfolgt daher überwiegend aufsuchend. Idealerweise ist das IPS-Coaching in einen regionalen sozialpsychiatrischen Verbund bzw. ein entsprechendes Netzwerk eingebunden, sodass die Aufgaben der IPS-Coachin bzw. des IPS-Coachs gemeindenah erbracht werden.

Die Erfahrungen aus dem Modellprojekt IPS-ZIB zeigen jedoch, dass Gemeinwesenorientierung nicht zwingend Hausbesuche oder eine dauerhafte persönliche Präsenz in Beratungsstellen, Einrichtungen oder Behörden bedeutet. Der Umfang und die Form der Präsenz – einschließlich der Nutzung digitaler Medien – sollten sich flexibel an den Bedürfnissen der Teilnehmenden orientieren, beispielsweise an ihrem Mobilitätsgrad oder ihrer Erreichbarkeit.

Merksatz

IPS-Coaching ist gemeindenah, flexibel und bedarfsorientiert – die Form der Präsenz richtet sich stets nach den Bedürfnissen der Teilnehmenden, nicht umgekehrt.

Ergänzende themenbezogene Praxiserfahrungen

Gestaltung der Beziehung zwischen IPS-Coach/IPS-Coachin und Teilnehmer/Teilnehmerin

Aus der Praxiserfahrung sollte die Beziehung zwischen IPS-Coach und IPS-Coachin sowie Teilnehmer und Teilnehmerin so gestaltet werden, dass der Coach bzw. die Coachin in allen Phasen des Coaching-Prozesses als erste Ansprechperson zur Verfügung steht. Ziel ist es, ein hohes Maß an Beziehungskontinuität zu erreichen, das die Grundlage für eine vertrauensvolle und stabile Zusammenarbeit bildet.

Die kontinuierliche Arbeitsbeziehung zwischen Teilnehmer oder Teilnehmerin und Coach oder Coachin ist nicht nur für die Vertrauensbildung wichtig, sondern gemäß der IPS-Fidelity Scale (3. Kriterium) eine zentrale Voraussetzung für eine konzepttreue Umsetzung des IPS-Coachings und zur Vermeidung von Drop-outs. Eine stabile Beziehung fördert zudem die Zielklarheit, stärkt die Motivation und unterstützt eine offene Kommunikation über Belastungen, Wünsche und mögliche Hindernisse im beruflichen Integrationsprozess.

Gleichzeitig bedeutet Beziehungskontinuität nicht, dass alle Leistungen ausschließlich durch eine Person erbracht werden müssen. Fachliche Unterstützungs- und Beratungsangebote – etwa zu rechtlichen Fragen, zum Umgang mit der Offenlegung der Erkrankung oder zu speziellen Anforderungen im beruflichen Kontext – können teamintern verteilt und durch Coaches und Coachinnen mit

entsprechender Expertise ergänzt werden. Dies erhöht die Qualität der Beratung und ermöglicht eine bestmögliche Unterstützung der Teilnehmer und Teilnehmerinnen.

Unabhängig davon ist eine systematische und standardisierte Prozessdokumentation unverzichtbar. Sie dient nicht nur der Steuerung und Qualitätssicherung, sondern ermöglicht auch eine qualifizierte Vertretung im Fall von krankheits- oder urlaubsbedingten Ausfällen. Eine klare Vertretungsregelung sollte verbindlich festgelegt und den Teilnehmern und Teilnehmerinnen bereits zu Beginn des IPS-Prozesses transparent kommuniziert werden.

Trotz des Prinzips der Beziehungskontinuität muss die Möglichkeit bestehen, die zugeordnete IPS-Coachin bzw. den IPS-Coach zu wechseln, wenn sich zu Beginn oder im Verlauf zeigt, dass die Zusammenarbeit zwischen Coach oder Coachin und Teilnehmer oder Teilnehmerin nicht harmoniert – aus fachlichen, zwischenmenschlichen oder anderen Gründen. Ein Wechsel sollte professionell und lösungsorientiert ermöglicht werden, um die bestmögliche Unterstützung sicherzustellen

Merksatz

Eine vertrauensvolle, ressourcenorientierte Beziehung auf Augenhöhe sowie eine klare Orientierung am Willen der Teilnehmer und Teilnehmerinnen sind zentrale Voraussetzungen für ein wirksames und koordinierendes IPS-Coaching.

Qualifikation und Weiterbildung des IPS-Coaching-Teams

Zur Basis- Qualifikation

Die Qualifikation der IPS-Coaches und IPS-Coachinnen stellt eine zentrale Komponente der Strukturqualität eines IPS-Coaching-Programms dar. Sie bildet eine wesentliche Grundlage, um den IPS-Ansatz entsprechend den Qualitätskriterien der Fidelity Scale umzusetzen. Besonders relevant ist hierbei das dritte Kriterium der Fidelity Scale (Version mit 25 Items, siehe Kapitel 4), das den Umfang des Aufgaben- und Unterstützungsangebots eines IPS-Coaches bzw. einer IPS-Coachin beschreibt. Daraus lassen sich das erforderliche Fach- und Methodenwissen sowie die notwendige formale Qualifikation und Berufserfahrung ableiten.

Bereits in der Vorbereitungsphase eines IPS-Coaching-Angebots sollte berücksichtigt werden, dass jeder IPS-Coach und jede IPS-Coachin die gesamte Bandbreite an Aktivitäten abdecken muss, die der Arbeitsfindung, Arbeitsaufnahme und Arbeitsstabilisierung dienen. Dazu gehören unter anderem:

- die Unterstützung in allen Phasen der Arbeitssuche,
- die Vermittlung und Aufnahme einer Beschäftigung,
- die Begleitung und Nachbetreuung am Arbeitsplatz,
- die Anpassung betrieblicher Rahmenbedingungen an individuelle Bedarfe,
- die Unterstützung in Krisensituationen nach einer Arbeitsaufnahme,
- sowie die fallbezogene und fallübergreifende Kooperation mit Dritten.

Je nach Bedarf der Teilnehmenden kann eine enge Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren und Akteurinnen – etwa Behandlern und Behandlerinnen, Integrationsfachkräften in Jobcentern oder der Agentur für Arbeit, Sozialrechtsberatern und Sozialrechtsberaterinnen – notwendig und sinnvoll sein, um Teilnehmende und Arbeitgeber bzw. Arbeitgeberinnen passgenau beraten und begleiten zu können.

Das Aufgabenspektrum einer IPS-Coachin und eines IPS-Coaches sowie die damit verbundenen Aktivitäten und Kooperationsprozesse lassen sich als idealtypischer Ablauf eines Coaching-Prozesses darstellen. Die Bezeichnung „idealtypisch“ verdeutlicht, dass eine strikte chronologische Reihenfolge in der praktischen Umsetzung nicht immer möglich oder sinnvoll ist. Dennoch kann ein orientierendes Phasenmodell (siehe Abbildung ...) hilfreich sein, um:

- a) einen strukturierten Überblick über alle zentralen Aufgaben einer IPS-Coachin bzw. eines IPS-Coachs zu erhalten und
- b) nach Beginn des IPS-Angebots den laufenden Coaching-Prozess systematisch zu planen, zu strukturieren, zu reflektieren und transparent gegenüber Dritten darstellen zu können.

Abbildung 1: Phasenmodell des IPS-Coaching-Prozesses mit Prozessbeteiligten und Aktivitäten

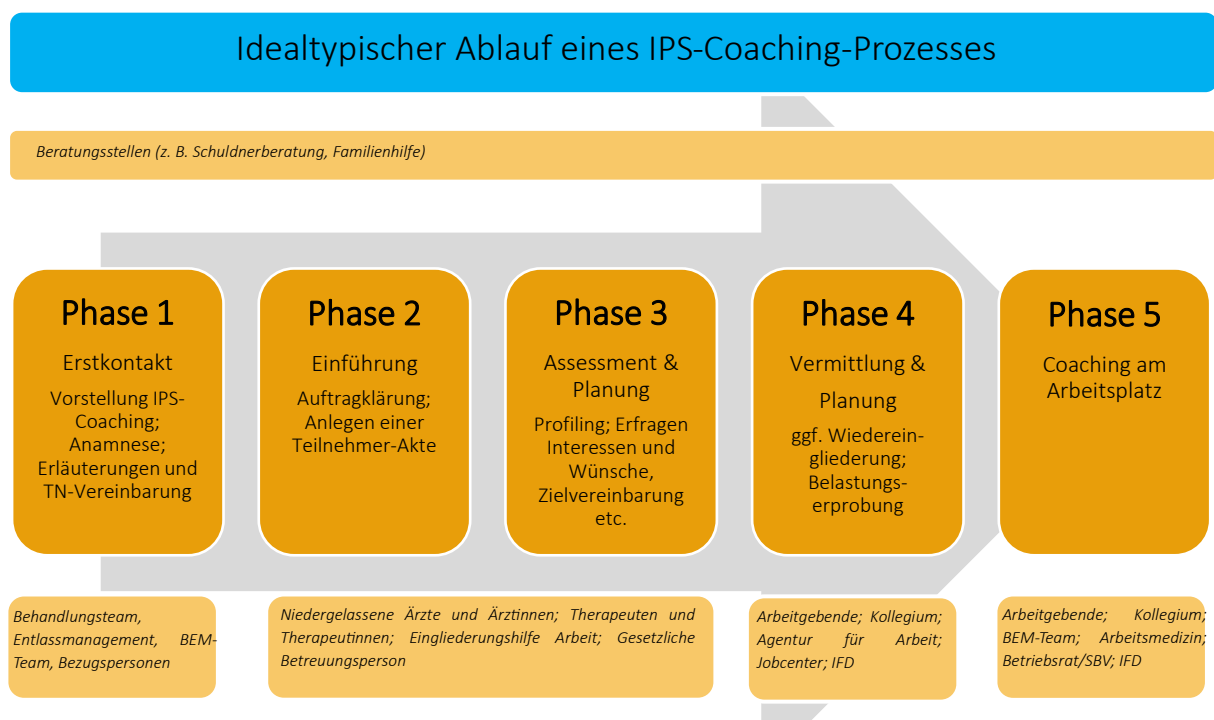


Abbildung: Phasenmodell des IPS-Coaching-Prozesses mit Prozessbeteiligten und Aktivitäten

IPS-Coaches und IPS-Coachinnen sollten sich durch eine ausgeprägte Ressourcenorientierung auszeichnen und ihre Arbeit an den Fähigkeiten und Fertigkeiten der Teilnehmer und Teilnehmerinnen ausrichten. Diese Haltung setzt voraus, Teilnehmende als Expertinnen und Experten ihrer eigenen Lebenssituation zu betrachten und ihnen auf Augenhöhe zu begegnen. Grundlage dafür ist eine wertschätzende, lösungsorientierte und empathische Grundhaltung.

Besonders wichtig ist diese Haltung, wenn Teilnehmer und Teilnehmerinnen – zusätzlich zum IPS-Coaching – weitere medizinische, therapeutische oder sozialberatende Unterstützungsangebote nutzen. Unsere Erfahrungen zeigen, dass viele Teilnehmende gleichzeitig verschiedene psychosoziale und medizinische Hilfen in Anspruch nehmen und somit mehrere Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen haben, die Aussagen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit treffen (z. B. Hausärzte und Hausärztinnen, Therapeutinnen und Therapeuten im Rahmen der medizinischen Rehabilitation, Arbeitsvermittler und Arbeitsvermittlerinnen). Dies kann – zusätzlich zu einer ohnehin bestehenden eigenen Ambivalenz – zu Verunsicherung und Demotivation führen.

Im Rahmen des IPS-Coachings ist daher sicherzustellen, dass die Interessen, Wünsche und der Wille des Teilnehmers bzw. der Teilnehmerin klar gehört werden und handlungsleitend sind. Dies erfordert koordinierende Fähigkeiten und diplomatisches Vorgehen im Umgang mit verschiedenen beteiligten Akteuren und Akteurinnen, insbesondere wenn unterschiedliche fachliche Einschätzungen bestehen. Solche Anforderungen entsprechen zentralen Case-Management-Kompetenzen

Zur Weiterbildung

Die Verantwortlichen für das IPS-Coaching-Angebot müssen festlegen, welche der zuvor beschriebenen Inhalte und Kompetenzen allen Mitgliedern des IPS-Teams bereits vor Beginn des Programms bzw. spätestens während des Onboardings vermittelt werden sollen und welche Fachkenntnisse sowie methodischen Fähigkeiten in begleitenden Fortbildungen nach dem Start des Angebots vertieft werden können. Entscheidungsleitend ist dabei die Einschätzung, ob im Team zu Beginn bereits ausreichend Kompetenzen vorhanden sind, um auf einer soliden fachlichen und methodischen Basis mit dem IPS-Coaching starten zu können.

Für die Weiterqualifizierung empfiehlt es sich, einen strukturierten Fortbildungsplan zu erstellen, der Inhalte, Referentinnen und Referenten sowie Zeitpunkte der Qualifizierungen festhält. Ein solcher Plan sollte idealerweise zu Beginn der Coaching-Aktivitäten vorliegen (siehe Übersicht der im IPS-Modellprojekt realisierten Fortbildungen). Darüber hinaus ist eine bundesweite Vernetzung mit anderen IPS-Standorten sinnvoll, um von bestehenden Erfahrungswerten und bewährten Vorgehensweisen zu profitieren und diese in das eigene IPS-Coaching-Angebot einfließen zu lassen.

Tabelle 3 Fortbildungsprogramm IPS-ZIB

Jahr	Nr.	Inhalt	Format	Zeit in h	Datum	Qualifikation der Referent*innen/ Institution
2021	1	Einführung (IPS) Job-Coaching Teil 1	online	8	16.-17.03.2021	• Supervisorin DGSv • Systemische Coach • Train-the-Trainer • Jobcoach am Arbeitsplatz DGJCAP Fokus Jobcoaching
	2	Einführung (IPS) Job-Coaching Teil 2	online	8	31.05.-01.06.2021	
	3	Einführung Reharecht	online	4	12.08.2021	Juristin, Reha Grundsatz- und Steuerung DRV Nord, Reha-Fachberaterin, DRV Nord
	4	(IPS) Job-Coaching	präsenz	16	27.10.-28.10.2021	• Supervisorin DGSv • Systemische Coach • Train-the-Trainer • Jobcoach am Arbeitsplatz DGJCAP Fokus Jobcoaching Ärztin, Direktorin Zentrum für Seelische Gesundheit Chefärztin Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Helios Park-Klinikum Leipzig
		Austausch LIPSY	präsenz	3	29.10.2021	Dipl. Soz.arb./-päd. Psychiatrische Institutsambulanz (PIA), E-PSY

						Koordinator LIPSY, HELIOS Park-Klinikum Leipzig
2022	5	Beziehung und Netzwerkarbeit	online	4	26.04.2022	M. A. Klinische Sozialarbeit, Alice Salomon Hochschule Berlin
	6	Case Management und Stärkenorientierung	online	4	12.05.2022	
	7	Anti-Stigma im Kontext Arbeit	online	3	02.05.2022	Professur- Sozialpsychologie, Sozialpsychiatrie und Gender/Diversity, Hochschule Neubrandenburg
	8	Kennenlernen und Austausch IPS-Expertin B. Bärtsch	online	3,5	04.08.2022	Bettina Bärtsch (Zürich), Psychologin, Supervisorin, Coachin, Buchautorin „Jobcoaching mit Menschen mit psychischen Erkrankungen“
	9	Sozialrecht	online	4	26.10.2022 (abgesagt ERKRANKUNG)	Juristin für Sozialrecht Sozialverband VdK Mecklenburg-Vorpommern e.V.
	10	Psychische Erkrankung (Fokus Depression und Persönlichkeitsstörung) und Auswirkungen auf Arbeitsleben	präsenz	7	23.02.2023	EX-IN Genesungsbegleiterin/ Erfahrungsexpertise, M.A. Soziale Arbeit, Geschäftsführung Landesverband Sozialpsychiatrie M-V e. V.
	11	Austausch IPS-ZIB mit ggf. IPS Coaching Reichenau	online	16	08.-11.11.2022	Projektleitung Supported Employment (IPS), Zentrum für Psychiatrie Reichenau

Zwischen 2021 und 2022 wurden für das IPS-Team umfangreiche Qualifizierungsangebote in verschiedenen Formaten (online und Präsenz) durchgeführt. Die Fortbildungen lassen sich in folgende thematische Schwerpunkte bündeln:

1. Grundlagen des IPS-Coachings

- Mehrteilige Einführung in das IPS-Coaching (Theorie, Methodik, Prozessabläufe).
- Vertiefungsmodul Job-Coaching in Präsenz mit praktischen Anteilen.
- Austauschformate mit externen IPS-Expertinnen und -Projekten.

2. Rechtliche Grundlagen

- Einführung in das Rehabilitationsrecht (DRV Nord).
- Austausch zu sozialrechtlichen Fragestellungen (Sozialverband VdK).

3. Fachspezifisches Hintergrundwissen

- Psychische Erkrankungen, insbesondere Depressionen und Persönlichkeitsstörungen, sowie deren Auswirkungen auf berufliche Teilhabe.
- Stigma und Antistigma im Kontext Arbeit.

4. Methoden- und Prozesskompetenzen

- Beziehungsgestaltung, Netzwerk- und Kooperationsarbeit.
- Case Management und stärkenorientierte Vorgehensweisen.
- Austausch mit anderen IPS-Teams zur Prozessreflexion und Weiterentwicklung.

Im Folgenden findet sich eine Übersicht ausgewählter Bildungs- und Weiterbildungsangebote sowie relevanter Empfehlungen und Curricula, die auch in unserem Projekt genutzt wurden, um die Coaches in kurzer Zeit inhaltlich-methodisch und kommunikativ zu qualifizieren bzw. fortzubilden. Ziel war es, ein einheitliches und fachlich fundiertes Vorgehen im Team sicherzustellen.

Tabelle 4: Übersicht möglicher Instrumente, Programme und Curricula zur Aus-/Weiterbildung von IPS-Coaches (Auswahl)

Nr.	Bezeichnung des Angebotes	Art	Anbieter / Autor	Weiterführende Informationen
1	Weiterbildung zum/zur <u>Jobcoach</u> am Arbeitsplatz	Weiterbildungsangebot in Präsenzphasen und online / Eigenarbeit	Landschaftsverband Westfalen-Lippe in Zusammenarbeit mit der Handwerkskammer Münster & das LWL-Berufsbildungswerk Soest	https://www.lwl-inklusionsamt-arbeit.de/de/beratung/jobcoaching/weiterbildung-jobcoach/
2	Empfehlungen zum Jobcoaching aus dem Projekt JADE	Publikation: Bundesarbeitsgemeinschaft Unterstützte Beschäftigung (2019). Definition und Selbstverständnis <u>JobcoachingAP</u>	HAWK, JADE Team, in Kooperation mit dem Qualitätsnetzwerk Jobcoaching AP unter der Moderation der Bundesarbeitsgemeinschaft Unterstützte Beschäftigung (BAG UB)	https://www.bag-ub.de/seite/428644/forumqualit%C3%A4tsnetzwerk-j http://www.i-f-b.org/wp-content/uploads/2024/04/WB-JobcoachAP-Frankfurt-2025-2026.pdf
3	Weiterbildung zum <u>JobcoachAP</u>	Weiterbildungsangebot in Präsenzphasen und online / Eigenarbeit	IFB in Nottun mit Veranstaltungsort Frankfurt	
4	Amerikanische Weiterbildung	online	IPS <u>Employment Center</u>	https://ipsworks.org/index.php/training-courses/

Empfohlene konzeptionelle Fortbildungslinie für ein IPS-Coaching-Team

Auf Grundlage der bisherigen Angebote lässt sich folgende strukturierte Fortbildungslinie empfehlen:

Modul 1 – Grundlagenqualifikation IPS

- Einführung in IPS-Coaching (Teil 1 und 2)
- Job-Coaching in Präsenz mit Praxiselementen
- Hospitationen / Erfahrungsaustausch mit etablierten IPS-Teams

Ziel: Konzeptverständnis, Prozesslogik, Kernkompetenzen und Fidelity-Anforderungen verinnerlichen.

Modul 2 – Recht, Rahmenbedingungen und Leistungsstrukturen

- Rehabilitationsrecht (SGB IX)
- Sozialrechtliche Grundlagen (Arbeitsfähigkeit, Teilhabeleistungen, Kranken- und Rentenversicherung)
- Rechte und Pflichten von Arbeitgebern und Arbeitnehmern

Ziel: Rechtssicherheit in Beratung und Schnittstellenarbeit.

Modul 3 – Methoden- und Beratungskompetenz

- Case Management und stärkenorientiertes Arbeiten
- Gesprächsführung, motivierende Haltung, Recovery-orientierung
- Beziehungsgestaltung und Netzwerkarbeit

Ziel: Klientenzentrierte, ressourcenorientierte und koordinierende Arbeitsweise stärken.

Modul 4 – Krankheitsbilder & arbeitsbezogene Auswirkungen

- Psychische Erkrankungen im Arbeitskontext (z. B. Depression, Persönlichkeitsstörungen)
- Krisenintervention und Stabilisierung
- Zusammenarbeit mit therapeutischen Akteuren und Akteurinnen

Ziel: Sicherheit im Umgang mit Teilnehmenden mit komplexen Bedarfen.

Modul 5 – Stigma, Offenlegung & psychosoziale Dynamiken

- Antistigma-Ansätze
- Beratung zur Offenlegung der Erkrankung
- Umgang mit Mehrfachzuständigkeiten und Widersprüchen im Helfersystem

Ziel: Teilnehmende sicher durch sensible Phasen des Coaching-Prozesses begleiten.

Modul 6 – Vertiefung & Qualitätssicherung

- Austausch mit anderen IPS-Standorten
- Fidelity-Arbeit und interne Qualitätssicherung
- Fallcoaching, Supervision, kollegiale Beratung

Ziel: Langfristige Qualität, kontinuierliche Reflexion und Weiterentwicklung des IPS-Angebots

Zusammenfassung der Praxiserfahrungen im Projekt IPS-Coaching – Zurück ins Berufsleben

Im Projekt „IPS-Coaching – Zurück ins Berufsleben“ wurde der Ansatz Individual Placement and Support (IPS) als spezifische Form des Supported Employment zur beruflichen Wiedereingliederung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in zwei Modellregionen erprobt. IPS unterscheidet sich grundlegend von traditionellen, stufenförmigen Rehabilitationskonzepten, indem es auf eine schnelle, passgenaue Vermittlung in reguläre Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, eine Vergütung mindestens auf Mindestlohniveau sowie eine individuelle, längerfristige Begleitung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber durch IPS-Jobcoaches setzt. Zentrale Leitlinie ist das Prinzip „erst platzieren, dann trainieren“.

Die Umsetzung erfolgte in einem von fragmentierten Zuständigkeiten und Schnittstellen geprägten deutschen Versorgungssystem. Zur Qualitätssicherung wurde die IPS-Fidelity-Skala eingesetzt, die die Programmtreue in den Bereichen Mitarbeitende, Organisation und Dienstleistungen bewertet. Im Projekt wurde eine interne Bewertung von 88 von 125 Punkten („ausreichend“) erreicht. Begrenzende Faktoren waren insbesondere die geringe Einbindung psychiatrischer Behandlerinnen und Behandler,

eine eingeschränkte Vernetzung mit Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern sowie strukturelle Hürden im Rehabilitationssystem.

Die dokumentierten Praxiserfahrungen orientieren sich an einer gezielten Auswahl von 14 der 25 Fidelity-Items. Diese wurden ausgewählt, weil sie sich unter den Bedingungen eines Modellprojekts als besonders praxisrelevant erwiesen haben. Kriterien, die von Beginn an vollständig umgesetzt waren oder sich inhaltlich stark überschneiden, wurden nicht vertieft betrachtet, um Redundanzen zu vermeiden. Die Erfahrungen werden entlang der drei Ebenen Mitarbeitende, Organisation und Dienstleistungen beschrieben.

Auf der Ebene der Mitarbeitenden zeigt sich, dass ein überschaubarer Betreuungsschlüssel (idealerweise ca. 1:10) sowie die Verantwortlichkeit der Jobcoaches für alle Phasen des Vermittlungs- und Stabilisationsprozesses (von der Aufnahme bis zur Nachbetreuung) zentrale Qualitätsfaktoren sind. Gleichzeitig wird deutlich, dass eine teaminterne Aufgabenteilung nach Kompetenzprofilen sinnvoll sein kann, etwa bei rechtlichen Fragen, Arbeitgeberkontakt oder Beratung zur Offenlegung der Erkrankung.

Auf der Ebene der Organisation bestätigen die Praxiserfahrungen die besondere Bedeutung der Integration in psychiatrische und psychosoziale Versorgungskontexte, etwa über feste Teamzuordnungen, Teilnahme an Fallbesprechungen und formalisierte Kooperationsvereinbarungen. Eine eigenständige Coaching-Einheit mit klar benannter Teamleitung erweist sich als förderlich für Steuerung, Qualitätssicherung, Netzwerkarbeit und Controlling (z. B. Fallzahlen, Caseload, Vermittlungen). Zudem wird unterstrichen, dass niedrigschwellige Zugänge ohne enge Ausschlusskriterien und ein konsequenter Fokus auf den ersten Arbeitsmarkt notwendig sind, zugleich aber flexible Übergänge (z. B. Praktika, stufenweise Wiedereingliederung) zur Entlastung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer genutzt werden sollten.

Im Bereich der Dienstleistungen sind insbesondere die Erfahrungen zur Beratung über die Offenlegung der Erkrankung, zur raschen Stellensuche, zur Qualität der Arbeitgeberkontakte sowie zur zeitlichen unbefristung und Gemeinwesenorientierung von IPS hervorzuheben. Die Erfahrungen zeigen, dass eine informierte Entscheidung zur Offenlegung nur durch kontinuierliche, multidisziplinäre Beratung und strukturierte Entscheidungshilfen möglich ist. Die frühe Kontaktaufnahme zu Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern ist grundsätzlich realisierbar, erfordert jedoch eine sorgfältige Klärung der Motivation und Ambivalenzen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Zugleich wird deutlich: Ohne systematisch aufgebautes regionales Netzwerk mit Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern und aktiver Anti-Stigma-Arbeit kann das Potenzial von IPS nicht voll ausgeschöpft werden. IPS-Coaching sollte dabei so lange wie nötig und gemeindenah, flexibel und bedarfsorientiert angeboten werden, inklusive klar geregelter Rückkehroptionen.

Ergänzend werden beziehungsbezogene und qualifikationsbezogene Aspekte hervorgehoben. Eine vertrauensvolle, ressourcenorientierte Arbeitsbeziehung auf Augenhöhe mit hoher Beziehungskontinuität wird als zentrale Voraussetzung für gelingendes IPS-Coaching und Drop-out-Prävention beschrieben. Gleichzeitig muss ein professioneller Wechsel der zuständigen Coachin bzw. des Coachs möglich sein. Für das IPS-Coaching-Team wird eine fundierte Basisqualifikation und ein strukturiertes, mehrstufiges Fortbildungskonzept empfohlen, das Grundlagen des IPS, rechtliche Rahmenbedingungen, Methoden- und Beratungskompetenz, Kenntnisse zu psychischen Erkrankungen, Anti-Stigma-Arbeit sowie Qualitätssicherung und Fidelity-Arbeit umfasst.

Insgesamt zeigen die Praxiserfahrungen, dass IPS unter den gegebenen strukturellen Rahmenbedingungen umsetzbar, aber zugleich anfällig für Systemgrenzen und Schnittstellenprobleme ist. Die im Projekt gewonnenen Erkenntnisse liefern konkrete Hinweise für die Weiterentwicklung von Strukturen, Kooperationen, Qualifizierung und Netzwerkarbeit und sollen dazu beitragen, die nachhaltige Implementierung des IPS-Ansatzes in Deutschland zu unterstützen und die beruflichen Teilhabechancen von Menschen mit psychischen Erkrankungen langfristig zu verbessern.

Anlage 12 Netzwerkaktivitäten und Veranstaltungen

Diese Anlage wurde eigenständig erarbeitet von Antje Werner (Landesverband Sozialpsychiatrie MV e. V.).

Übersicht Netzwerkaktivitäten extern/ Veranstaltungen

Im Folgenden wird eine nach Förderjahren strukturierte Übersicht über die Aktivitäten zur Stärkung der regionalen Vernetzung mit externen Akteur*innen dargestellt, die nicht zum Verbund der Projektbeteiligten gehören, für das Projekt IPS Coaching – Zurück ins Berufsleben.

2020

Im Jahr 2020 lag der Schwerpunkt unter Pandemiebedingungen darauf, **erste Schritte zum Aufbau eines regionalen Netzwerks** einzuleiten. Dazu gehörte die erfolgreiche Kontakthanbahnung mit den **regionalen Psychiatriekoordinatorinnen**, die den **Zugang zu sozialpsychiatrischen Gremien** (Psychosoziale Arbeitsgruppen) eröffneten und die **Öffentlichkeitsarbeit sowie die Projektvorstellung bei verschiedenen regionalen Akteurinnen aus unterschiedlichen Branchen** ermöglichten. Diese Aktivitäten fanden sowohl in Einzelgesprächen als auch in Gremien statt und verfolgten das Ziel, über das Projekt zu informieren und Partnerinnen für das entstehende Kompetenznetzwerk zu gewinnen.

Darüber hinaus wurde eine **Übersicht potenzieller regionaler Netzwerkpartner*innen** aus der (sozial-)psychiatrischen Versorgung und der Wirtschaft erstellt. Parallel dazu entstand eigenes Material für die Öffentlichkeitsarbeit, darunter ein Projektlogo, eine Broschüre, Texte für die Internetpräsenz sowie ein Flyer.

2021

Im Jahr 2021 wurden trotz weiterhin bestehender pandemiebedingter Einschränkungen wichtige Schritte zur Weiterentwicklung des Kompetenznetzwerks unternommen. Während das Knüpfen neuer Kontakte weiterhin erschwert war, konnten bestehende Kooperationen gezielt gestärkt und mit Blick auf den künftigen Netzwerkaufbau intensiv gepflegt werden.

Ein zentraler Bestandteil der Netzwerkaktivitäten war die **Organisation und Moderation der regionalen Psychosozialen Arbeitsgruppe „Arbeit und Beschäftigung“**, die in Vertretung für die Psychiatriekoordination übernommen wurde. In diesem Rahmen erfolgten sowohl die **Vorstellung des Projekts** als auch die Bewerbung der **Teilnahme an der durchgeführten Netzwerkanalyse**. Ergänzend dazu fanden **regelmäßige Treffen mit den Bereichsleiter*innen der Arbeitsagentur, des Jobcenters und des gemeinsamen Arbeitgeberservice** statt. Diese dienten dem Austausch über den Projektstand, der Präsentation erster Ergebnisse der Netzwerkanalyse sowie dem gemeinsamen Ausloten weiterer Kooperationsmöglichkeiten, einschließlich der Vorbereitung geplanter Veranstaltungen im Jahr 2022.

Die Zusammenarbeit mit den regionalen Psychiatriekoordinatorinnen wurde weiter vertieft, unter anderem durch die gemeinsame Gestaltung eines **Online-Forums zum Thema „Arbeit und psychische Gesundheit“** (siehe Flyer) im Rahmen der Woche der Seelischen Gesundheit im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte, an dem auch Projektpartner*innen aktiv beteiligt waren.

Neben den regionalen Aktivitäten wurde auch die **überregionale Vernetzung** vorangetrieben. Dazu gehörte die **Organisation eines regelmäßigen Austauschs mit dem Projekt LIPSY Leipzig** sowie die **Einbindung von LIPSY in eine überregionale Fortbildung in Stralsund**, an der sowohl die Projektleitung als auch der Koordinator von LIPSY teilnahmen.

Im Berichtsjahr wurden die regionalen und überregionalen Netzwerkaktivitäten weiter ausgebaut und durch diverse Veranstaltungen sowie kontinuierliche Kooperationen gestärkt. Regional erfolgte eine regelmäßige Beteiligung an allen Treffen der Psychosozialen Arbeitsgruppe „Arbeit und Beschäftigung“ des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte (LK MSE). Darüber hinaus wurde gemeinsam mit den regionalen Psychiatriekoordinatorinnen das zweite Online-Forum „Arbeit und psychische Gesundheit“ zum Thema „Inklusiver Arbeitsmarkt“ im Rahmen der Woche der psychischen Gesundheit geplant. **Die Organisation, Moderation und Dokumentation der regelmäßigen Treffen mit den Bereichsleiter*innen der Arbeitsagentur, des Jobcenters und des gemeinsamen Arbeitgeberservice** bildeten einen weiteren Schwerpunkt. Diese Treffen dienten weiterhin dem kontinuierlichen Austausch zum aktuellen Projektstand, der Vorstellung der Ergebnisse der ersten Erhebungsphase (T1) sowie dem Ausloten weiterer Kooperationsmöglichkeiten und mündeten in der Durchführung des **2. Online-Forums am 19.10.2022** (siehe Flyer).

Ergänzend dazu wurde das Projekt in der Psychosozialen Arbeitsgruppe Allgemeinpsychiatrie des Landkreises Vorpommern-Greifswald (LK V-G) vorgestellt. Weitere Projektvorstellungen und Austausche fanden mit den **Ergänzenden Unabhängigen Teilhabeberatungen (EUTB)** der Landkreise MSE und V-G statt. Zudem wurde das Projekt beim **Sozialverband VdK** in Schwerin präsentiert; im Anschluss daran wurde gemeinsam eine Fortbildung zum Thema Sozialrecht mit besonderem Fokus auf reharelevante Fragestellungen erarbeitet.

Auf überregionaler Ebene nahm das Projektteam am **X. Online Forum „Innovation Netzwerkarbeit“** teil, bei dem die Netzwerkanalyse sowie die Netzwerkarbeit des Projekts vorgestellt wurden. Darüber hinaus wurde der regelmäßige Austausch mit dem **Projekt LIPSY Leipzig** organisiert und weiter gefestigt. Dieser Austausch fand digital im achtwöchigen Rhythmus statt und wurde durch ein persönliches Treffen in Leipzig ergänzt, an dem die Projektleitungen von LIPSY und IPS-ZIB teilnahmen. Dabei wurden unter anderem die Daten der ersten Erhebungsphase (T1) sowie erste Ergebnisse der Prozessdokumentation diskutiert. Zusätzlich fand im Rahmen des jährlichen Treffens der Projektteams in Bielefeld (09.–11.11.) ein **Online-Austausch zwischen IPS-ZIB und dem IPS Coaching des Zentrum für Psychiatrie Reichenau** statt, die seit Jahren aus Eigenmitteln und Förderungen IPS Coaching aus der Klinik anbieten und erfolgreich umsetzen.

Bezogen auf den Aufbau des Kompetenznetzwerks zeigt sich, dass die in den Jahren 2020 und 2021 pandemiebedingt stark eingeschränkten regionalen Vernetzungsaktivitäten ab dem zweiten Quartal 2022 zunehmend reaktiviert werden konnten. Ein routinierter Umgang mit digitalen Formaten sowie eine wachsende Offenheit gegenüber digitalen Vernetzungsstrukturen erleichterten die Wiederaufnahme und Weiterführung bestehender Kooperationen. Die bisherige Vernetzungsarbeit wurde fortgeführt und trug zur weiteren Stärkung regionaler Kompetenzen im Bereich Arbeit und inklusiver Arbeitsmarkt bei.

Ausgehend von den Ergebnissen der Netzwerkanalyse lag ein **besonderer Schwerpunkt auf der Verbesserung der Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Sozialpsychiatrie und Unternehmen**. Die Analyse hatte deutlich gemacht, dass beide Bereiche zwar intern gut vernetzt sind, jedoch kaum Verbindungen zueinander bestehen. Vor diesem Hintergrund wurde im zweiten Online-Forum gezielt die Beteiligung von Unternehmerinnen und Arbeitgebervertretungen in enger Kooperation mit der Arbeitsagentur, dem Jobcenter und dem gemeinsamen Arbeitgeberservice gefördert. Ein regionaler Unternehmer stellte im Forum seine „Good Practice“-Erfahrungen zur Beschäftigung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sowie seine Ansätze moderner, inklusiver Personalführung vor. Eine anschließende Diskussion mit weiteren Arbeitgeberinnen bestätigte den Bedarf an vertiefter

Zusammenarbeit und führte zu der Vereinbarung, im Folgejahr ein gemeinsames Arbeitgeberforum zu entwickeln.

2023

Tabelle: Netzwerk- und Öffentlichkeitsaktivitäten 2023

Zeitraum	Bereich	Aktivität	Beschreibung
02/2023	Regional	Austausch mit regionalem Unternehmer	Gespräch mit einem Unternehmer, der das 2. Online-Forum 2022 unterstützt hat; konzeptionelle Vorbereitung eines Arbeitgeberforums.
02/2023	Regional	Kennenlernen der Einheitlichen Ansprechstellen für Arbeitgeber (EEA)	Gespräch mit Vertreter*innen der neuen EEA in den Regionen LK MSE und LK V-G; gegenseitige Projektvorstellungen und Planung einer Veranstaltung im LK MSE.
03/2023	Regional	Teilnahme an Eröffnungsveranstaltung „Perspektive Arbeit und Gesundheit“, Schwerin	Teilnahme an der Eröffnung; vorab Kooperationsgespräch via Zoom mit einer Beraterin der neuen Ansprechstelle.
03/2023	Regional	Teilnahme an PSAG „Arbeit und Beschäftigung“, LK MSE	Federführung bei der Vorbereitung des Workshops „Inklusiver Arbeitsmarkt“ (mit AfA und EEA) für die Netzwerkkonferenz Gemeindepsychiatrie am 03.05.2023; Abstimmung zum Arbeitgeberforum; Vorbereitung des geplanten Online-Forums.
05/2023	Regional	Mitgliederversammlung GPV LK MSE	Moderation und Durchführung eines Workshops „Inklusiver Arbeitsmarkt für Menschen mit psychischen Erkrankungen“.
05/2023	Regional	Regelmäßiges Vernetzungstreffen IPS-ZIB LK MSE	Organisation und Durchführung des Vernetzungstreffens mit AfA, Jobcenter, Arbeitgeberservice und Projektteam; Austausch zum Projektstand und Planung der Veranstaltungen 2023 (via Skype).
06/2023	Regional	Teilnahme an PSAG „Arbeit und Beschäftigung“, LK MSE	Federführung bei der Nachbereitung des Workshops „Inklusiver Arbeitsmarkt“ sowie Abstimmung des weiteren Vorgehens und der geplanten Veranstaltungen 2023.
09/2023	Regional	Vernetzung mit Arbeitsverwaltung und Wirtschaft	Organisation, Moderation und Dokumentation eines Treffens mit AfA, Jobcenter, DRV-Bund-Firmenservice, EEA und „Die Brücke“; Verabredung weiterer Aktivitäten zur Vernetzung mit Arbeitgebern.
10/2023	Regional	Projektvorstellung bei M-V Works	Organisation und Dokumentation der Vorstellung von IPS-ZIB und der regionalen Netzwerkaktivitäten

			gemeinsam mit dem EEA LK MSE; Ausloten von Kooperationsmöglichkeiten.
11/2023	Regional	Regelmäßiges Vernetzungstreffen IPS- ZIB LK MSE	Durchführung des Vernetzungstreffens (via Skype) mit AfA, Jobcenter, Arbeitgeberservice und Projektteam; Abstimmung der Netzwerkaktivitäten für 2024 und Planung des Forums „Arbeit und psychische Gesundheit“.
11/2023	Regional	Teilnahme an Fortbildung Reha Beratung M-V	Teilnahme am jährlichen Vernetzungstreffen; Vortrag zu IPS-ZIB („Wiedereingliederung in den Job nach Krankenhausaufenthalt“).
04/2023	Überregional	Vortrag im Expert*innenworkshop „Aktion Psychisch Kranke“ (Berlin)	Vortrag zu „Individuelle Wege in Arbeit und Beschäftigung aus dem Krankenhaus – Konzepte und Entwicklungsbedarfe“.
08/2023	Überregional	Austausch mit Vivantes Klinikum am Urban (Berlin/Kreuzberg)	Organisation des Austauschs; Vorbereitung eines gemeinsamen Workshops zu IPS- Implementierungserfahrungen für die Jahrestagung des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie.
09/2023	Überregional	Vortrag beim DVfR- Kongress (Berlin)	Vortrag und Workshopgestaltung zum rehapro-Modellprojekt IPS-ZIB in Kooperation mit LIPSY Leipzig.
09/2023	Überregional	Vortrag bei der Jahrestagung des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie (Dresden)	Vortrag und Workshop zu Vernetzung und Personenzentrierung durch Supported Employment und Supported Education (in Kooperation mit D. Jäckel).
laufend	Projektextern	Kooperation mit LIPSY Leipzig	Organisation des 8-wöchentlichen digitalen Austauschs zwischen den Projekten.
geplant 11/2023 → 04/2024	Projektextern	Austausch mit IPS- Coaching Helios Leipzig	Organisation eines Austausches zum Thema IPS-Coaching für Interessierte aus Mecklenburg-Vorpommern (Termin von 08.11.2023 auf 10.04.2024 verschoben).

Insgesamt zeigt das Berichtsjahr eine deutliche Stärkung der regionalen Vernetzung durch gemeinsam organisierte Veranstaltungen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben in Kooperation mit regionalen Akteurinnen und Netzwerkpartnerinnen. Insbesondere im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Schnittstelle zwischen Sozialpsychiatrie (Fokus: Teilhabe an Arbeit) und Arbeitgeber*innen konnten neue, für die Projektziele relevante Kontakte und Strukturen aufgebaut werden (u. a. EEA PAG, MV-Works).

Von besonderer Bedeutung war der Aufbau einer systematischen Zusammenarbeit mit der Einheitlichen Ansprechstelle für Arbeitgeberinnen, auch mit Blick auf die nachhaltige Sicherung und Fortführung der Netzwerkarbeit über die Projektlaufzeit hinaus. Die Netzwerkaktivitäten wurden überwiegend im Tandem geplant, abgestimmt und umgesetzt. Dazu gehörten unter anderem zwei Strategietreffen mit

regionalen Akteurinnen zur Vorbereitung des 3. Forums „Arbeit und psychische Gesundheit“ unter dem Titel „Gesundheit fördern – Fachkraft erhalten“, das 2024 in Kooperation mit der IHK, dem Jobcenter und der Agentur für Arbeit erstmals wieder in Präsenz stattfinden wird.

Darüber hinaus erfolgte eine inhaltliche Zusammenarbeit mit den Reha-Berater*innen der Agentur für Arbeit in Mecklenburg-Vorpommern. Im Rahmen ihrer Jahrestagung wurden IPS-Coaching, Praxiserfahrungen sowie Chancen für berufliche Wiedereingliederung vorgestellt und gemeinsam in Vorträgen und Workshops diskutiert.

Auch bundesweit wurde die Vernetzung mit bestehenden und potenziellen IPS-Standorten, wie dem Vivantes Klinikum Berlin, weiter ausgebaut und auf Fachtagungen vertieft. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse und Impulse flossen in die regionale Projektarbeit zurück und unterstützten die fachliche Weiterentwicklung.

2024

Tabelle: Netzwerk- und Öffentlichkeitsaktivitäten 2024

Quartal / Datum	Aktivität	Zielgruppe / Hinweise
Q1	Erweiterung der Netzwerkkontakte um die IHK (Wirtschaft & Standortpolitik).	Unternehmen der Region
Q1	Aufbau der Zusammenarbeit mit der Einheitlichen Ansprechstelle für Arbeitgeber (EAA).	Arbeitgebende / Netzwerkpartner
Q1	Vorbereitung der Veranstaltung „(psychische) Gesundheit fördern – Arbeitskraft sichern und erhalten“. Zusammenarbeit mit EAA, IHK, AfA, Jobcenter, PAG, DRV, Psychiatrische Kliniken, EX-IN u. a.	Regionale Netzwerkakteur*innen
Q2 – 09.04.2024	Durchführung der Veranstaltung „(psychische) Gesundheit fördern – Arbeitskraft sichern und erhalten“ (ca. 60 TN).	Arbeitgebende / Netzwerkpartner
Q2 – 10.04.2024	Veranstaltung „Wege in die Arbeit – IPS-Coaching“ (ca. 50 TN).	Fachpublikum IPS
Q2 – 26.04.2024	Workshop Anti-Stigma im Kontext Arbeit im Rahmen der GPV-Jubiläumsveranstaltung (35 TN).	Arbeitgebende / Sozialpsychiatrische Dienste

Q2 – 04.06.2024	Sprechstunde für Arbeitgeber*innen zum Thema Depression (30 TN).	Arbeitgebende
Q2 – 06.06.2024	Hybrid-Workshop L.I.G.A Berlin: Erfahrungen aus der Netzwerkarbeit IPS-ZIB.	Fachpublikum
Q3	Vorbereitung der Veranstaltung „Gesundheit fördern – Arbeitskraft sichern und erhalten“ im LK Vorpommern-Greifswald (Terminverschiebung auf 01.04.2025).	Regionale Netzwerkpartner
Q3 – 01.07.2024	Teilnahme Bar Camp MVWorks – Session betriebliche Gesundheitsförderung (ca. 50 TN).	Regionale Unternehmen
Q3 – 30.09.2024	Vortrag bei der PSAG-Arbeit & Beschäftigung MSE.	Netzwerkpartner
Q4 – 14.10.2024	Input zu psychischer Gesundheit bei IHK Schwerin (BGF-Workshop).	Arbeitgebende
Q4 – 15.10.2024	Organisation und Teilnahme MHFA-Kurs für Führungskräfte (14 TN).	Führungskräfte
Q4 – 12.11.2024	Vortrag im GPV MSE – Psychische Gesundheit im Job / Stand IPS-ZIB.	Mitglieder GPV
Q4 – 26.11.2024	Moderation „Sprechstunde Sucht“ für Führungskräfte (25 TN).	Arbeitgebende
Q4 – 04.12.2024	Zwei Vorträge beim Inklusionstag AfA/Jobcenter NB zu „Psychische Störungen im Kontext Arbeit“.	Mitarbeitende AfA/JC
Q4 – 05.12.2024	Teilnahme an Fokusveranstaltung BMAS Reha Pro.	Bundesweite Fachöffentlichkeit
Projektextern – fortlaufend	Regelmäßiger 8-wöchiger Austausch mit LIPSY Leipzig.	Kooperationspartner

Projektextern – 10.04.2024	Organisation der Veranstaltung „Wege in die Arbeit – IPS-Coaching“ gemeinsam mit LIPSY Leipzig, ISP MV und Klinikum NB	Fachpublikum IPS
----------------------------	--	------------------

Das Jahr 2024 war insbesondere durch die Durchführung konkreter gemeinsamer Veranstaltungen mit regionalen Netzwerkpartnerinnen geprägt. Ziel war es, die Schnittstelle zwischen der sozialpsychiatrischen Szene und den Arbeitgebenden weiter auszubauen. Die Veranstaltungen hatten zum Schwerpunkt, das Thema psychische Belastungen und psychische Gesundheitsstörungen am Arbeitsplatz öffentlich sichtbar zu machen und insbesondere Führungskräfte sowie Personalverantwortliche für die Bedeutung der betrieblichen Förderung psychischer Gesundheit zu sensibilisieren. Dadurch sollten Chancen zur Sicherung von Arbeits- und Fachkräften aufgezeigt, Barrieren bei der Beschäftigung von Menschen mit psychischen Erkrankungen abgebaut sowie die regionalen Unterstützungsangebote bekannt gemacht und Kontakte zu relevanten Akteurinnen hergestellt werden.

Die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Ansprechpartnerinnen der Einheitlichen Ansprechstellen für Arbeitgeber (EAA) hat sich dabei als besonders effektiv erwiesen. Als neuer wichtiger Kooperationspartner konnte im Berichtsjahr die Industrie- und Handelskammer (IHK) gewonnen werden. Die Ansprechpartnerinnen der Regionen unterstützten die gemeinsamen Veranstaltungen erheblich und eröffneten den direkten Zugang zu den Führungskräften der regionalen Unternehmen.

2025

Auch im ersten Halbjahr 2025 setzte das Projekt IPS-ZIB seine Aktivitäten konsequent fort. Am 23. Januar 2025 wurden auf der **10. rehapro-Fokusveranstaltung C2 zum Thema „Zusammenarbeit mit anderen Rechtskreisen / regionale Netzwerkarbeit“** die im Projekt gesammelten Erfahrungen vorgestellt und in Diskussions- und Austauschformate eingebracht. Am 20. Februar 2025 erfolgte ein Vortrag im Rahmen der Psychosozialen Arbeitsgruppe des Landkreises Mecklenburgische Seenplatte, bei dem neben einem Bericht zum Projektstand auch auf eine gemeinsam mit PAG und der regionalen Psychiatriekoordination organisierte Veranstaltung zur psychischen Gefährdungsbeurteilung im Arbeitsschutz hingewiesen wurde. An der Sitzung nahmen 15 Personen teil.

Am 18. März 2025 nahm das Projekt am „Inklusiven Netzwerktreffen“ in Parchim teil, das mit rund 200 Teilnehmenden der Weiterentwicklung der Teilhabe an Arbeit für Menschen mit Behinderungen gewidmet war. Am 28. März 2025 konnte in Neustrelitz die gemeinsam mit PAG und der Psychiatriekoordination organisierte regionale Netzwerkveranstaltung für Mitglieder des Gemeindepsychiatrischen Verbunds erfolgreich durchgeführt werden. Im Fokus stand die **psychische Gefährdungsbeurteilung im Kontext von Arbeitsschutz und psychischer Belastung**; insgesamt nahmen 65 Personen teil.

Am 1. April 2025 folgte die **Veranstaltung „Psychische Gesundheit fördern – Arbeitskraft sichern und erhalten“ in Greifswald** mit 70 Teilnehmenden, die sich an Arbeitgebende und Netzwerkpartner*innen richtete. Ergänzend dazu wurden im Rahmen der **Personalratssitzungen der IHK am 8. April und 12. Mai 2025 Inputs zum Thema Arbeit und psychische Gesundheit** gegeben. Diese Anti-Stigma-Aktionen zielten insbesondere auf die Sensibilisierung von Personalvertretungen und Führungskräften.

Den Abschluss des ersten Halbjahres bildete schließlich die **Abschlussveranstaltung des Projekts IPS-ZIB am 15. Mai 2025 in Schwerin**. Vor rund 45 Teilnehmenden wurden die zentralen Ergebnisse, Erfahrungen und Perspektiven der Projektarbeit vorgestellt und diskutiert.

Anlage 13 Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen

Bergdolt, J., Hubert, S., Beckendorf, B. & Dehn, L. B. (2025). "A Balancing Act": Practitioners' Experiences from a Supported Employment Program in Germany. Journal Of Psychosocial Rehabilitation And Mental Health. <https://doi.org/10.1007/s40737-025-00480-0>

Bergdolt, J., Hubert, S., Schreiter, J., Jenderny, S., Beblo, T., Driessen, M., Steinhart, I. & Dehn, L. B. (2025). Work re-entry and functioning in people with major depression: a longitudinal study of supported employment participants. BMC Psychiatry, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06826-z>

Bergdolt, J., Hubert, S., Schreiter, J., Jenderny, S., Beblo, T., Driessen, M., Steinhart, I. & Dehn, L. B. (2024). Predictors of return to work in people with major depression: Results from a supported employment program in Germany. Journal Of Affective Disorders, 364, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.07.084>

Hubert, S., & Dehn, L. (2022). Forschungsprojekt IPS-Coaching- Zurück ins Berufsleben (IPS-ZIB). Ergoscience, 17(4), 158-159.

Anlage E Verzeichnis der Berichte der wissenschaftlichen Begleitung

Anlage wurde aufgrund der Übersichtlichkeit und Praktikabilität als eigenständiges Dokument erstellt!



reha**pro**



Gefördert durch:



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

30. SEPTEMBER 2025

IPS-COACHING – ZURÜCK INS BERUFSLEBEN (IPS-ZIB)

ANLAGE E– ERGEBNISSE DER WISSENSCHAFTLICHEN BEGLEITUNG

Förderung: Bundesprogramm des Bundesministerium für Arbeit und Soziales
„Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“

Antragstellung: Deutsche Rentenversicherung Nord (federf.), Deutsche Rentenversicherungen
Westfalen, Bund und Knappschaft Bahn See

Projektlaufzeit: Jan 2020 bis Jun 2025

Wissenschaftliche Leitung: Prof Dr. Martin Driessen, Prof. Dr. Ingmar Steinhart

Wissenschaftliche Begleitung Projektstandort Bielefeld: Forschungsabteilung des
Evangelischen Klinikums Bethel gGmbH: Dr. Lorenz Dehn, Juliane Bergdolt, Stella Hubert

Wissenschaftliche Begleitung Projektstandort MV: Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-
Vorpommern e. V.: Julia Schreiter, Sarah Jenderny, Ilka Toebe

Inhalt

1	Projektziele	3
2	Forschungshypothesen	3
3	Methoden	4
3.1	Design	4
3.2	Zielgruppe	5
3.3	Rekrutierung und Ablauf	5
3.4	Die Intervention	6
3.5	Messinstrumente	8
3.6	Ergebnismaße	10
3.6.1	Aufnahme von kompetitiver Arbeit	10
3.6.2	Beantragte Leistungen der sozialen Sicherheit und Teilhabe	10
3.6.3	Dauer der Beschäftigung und Dauer bis zum Wiedereinstieg	10
3.7	Statistische Analysen und fehlende Werte	10
3.7.1	Stichprobenbeschreibung	10
3.7.2	Dichotome Ergebnismaße	11
3.7.3	Dauer der Beschäftigung und Dauer bis zum ersten Wiedereinstieg	11
3.7.4	Umgang mit fehlenden Werten	11
4	Ergebnisse	12
4.1	Einstreuung	12
4.2	Dropout	14
4.3	Stichprobenbeschreibung	14
4.3.1	Baseline-Erhebung	14
4.3.2	Nutzung von Unterstützungsangeboten im Zeitverlauf	17
4.4	Berufliche Ergebnismaße	18
4.4.1	Platzierung auf dem ersten Arbeitsmarkt	19
4.4.2	Antrag auf Erwerbsminderungsrente	19
4.4.3	Anträge auf Teilhabeleistungen	19
4.4.4	Subgruppenanalysen	19
4.4.5	Dauer der Beschäftigung	21
4.4.6	Dauer bis zum Wiedereinstieg	22
4.4.7	Aufnahme von nicht-kompetitiver Beschäftigung	22
4.4.8	Zusammenfassung und Zwischenfazit	22
4.5	Sekundäre Ergebnismaße	23
4.5.1	Methode	24
4.5.2	Ergebnisse	25

4.5.3	Zusammenfassung und Zwischenfazit	26
4.6	Netzwerkanalyse	26
4.6.1	Baseline-Erhebung	27
4.6.2	Abschlusserhebung	33
4.6.3	Zusammenfassung und Zwischenfazit	39
4.7	Fallbelastung	41
5	Diskussion und Schlussfolgerung	42
6	Quellen	47
7	Anlagen	50

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Ablauf der Rekrutierung	6
Abbildung 2:	Phasenmodell des IPS-Coaching-Prozesses mit Prozessbeteiligten und Aktivitäten	7
Abbildung 3:	Rekrutierungs- und Follow-up-Verlauf in Form eines Flow-Charts.....	13
Abbildung 4:	Überblick über die Ergebnisse in den beruflichen Hauptergebnismaßen	18
Abbildung 5:	Aufnahme von Arbeit in den Subgruppen	20
Abbildung 6:	Anträge auf Erwerbsminderungsrente in den Subgruppen	21
Abbildung 7:	Vergleich der Gesamtdauer in Arbeit während der Studienlaufzeit.....	21
Abbildung 8:	Einschätzung der Qualität der Zusammenarbeit.....	28
Abbildung 9:	Häufigkeit der Kontakte im Netzwerk	31

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Demografische Merkmale der Teilnehmenden bei Studieneinsteuerung.....	15
Tabelle 2:	Berufliche Merkmale der Teilnehmenden bei Studieneinsteuerung	15
Tabelle 3:	Klinische Merkmale der Teilnehmenden bei Studieneinsteuerung.....	16
Tabelle 4:	Nutzung von beruflichen Unterstützungsangeboten im Zeitverlauf	18
Tabelle 5:	Aufnahme einer kompetitiven Arbeit in der IPS-G und VG	19
Tabelle 6:	Anträge auf Erwerbsminderungsrenten.....	19
Tabelle 7:	Ergebnisse der Regressionsanalysen für die sekundären Ergebnismaße	25
Tabelle 8:	Vorschläge zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit Unternehmen	29
Tabelle 9:	Übersicht der Ergebnisse der Netzwerkanalyse 2024 Bielefeld	34
Tabelle 10:	Einzelauswertung Netzwerkanalyse 2024/2025 MV	38

Dieses Dokument beinhaltet die komprimierte Darstellung der Ergebnisse aus der wissenschaftlichen Begleitung des Projektes „IPS-Coaching – Zurück ins Berufsleben (IPS-ZIB)“ bezogen auf die Hauptfragestellungen. Die Erfahrungen und subjektiven Einschätzungen aus der praktischen Umsetzung des Modellprojektes (inkl. der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung) sind dem übergeordneten Abschlussbericht des Projektes zu entnehmen.

Bezieht sich der Text im Folgenden auf Mecklenburg-Vorpommern, sind damit die Projektregionen Mecklenburgische Seenplatte und Hansestadt Greifswald gemeint.

1 Projektziele

Ziel des Projektes IPS-ZIB ist es, zu untersuchen, inwiefern Personen, die aufgrund psychotischer oder affektiver Störungen in (teil-)stationärer Behandlung waren (siehe Abschnitt 3.2), mithilfe eines unterstützenden Angebotes durch eine*n IPS-Coach*in zeitnah eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt wiederaufnehmen können. Der Schwerpunkt auf diese Diagnosegruppen ergibt sich daraus, dass insbesondere Personen mit psychotischen Störungen aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung einen hohen Hilfe- und Unterstützungsbedarf haben (DGPPN, 2019). Gleichzeitig stellen affektive Störungen eine der häufigsten Diagnosen im Bereich psychischer Erkrankungen dar. Aufgrund der verfügbaren Ressourcen und einer begrenzten Stichprobengröße war es zudem erforderlich, die Zielgruppe auf bestimmte Diagnosen zu beschränken, um aussagekräftige Ergebnisse für die einzelnen Gruppen zu gewährleisten.

Entsprechend der acht Kernprinzipien des IPS begleitet der/die Jobcoach*in die Teilnehmenden über einen langen Zeitraum, wenn gewünscht auch über den Zeitpunkt des Wiedereintrittes in den Beruf hinaus. Erprobt wird ein auf individuelle Bedarfe zugeschnittenes Rehabilitationssetting, welches zusätzlich zum Coaching durch finanzielle Maßnahmen unterstützt wird, sowie durch regelmäßigen Austausch zwischen Sozialarbeiter*in, Behandler*in und Teilnehmer*in gerahmt wird. Coaching am Arbeitsplatz einschließlich Gesprächen mit der Kollegschaft und Arbeitgebenden ist integraler Bestandteil des IPS-Coachings und stand den Teilnehmenden ebenfalls zur Verfügung. Politische Ziele im Sinne des Förderprogramms rehapro sind die Vorbeugung chronischer Erkrankung oder drohender Behinderung, der Erhalt der Erwerbsfähigkeit oder ihre Wiederherstellung, um somit einer Frühverrentung oder dem Übergang in das Eingliederungshilfesystem (z. B. Werkstatt) entgegenzuwirken und gleichzeitig die berufliche und gesellschaftliche Teilhabe zu verbessern.

Ziel ist es, zu erproben, wie psychisch kranke Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf nachhaltig in den allgemeinen Arbeitsmarkt eingegliedert werden können, indem diese direkt aus der Krankenhausbehandlung heraus an einer individuell ausgerichteten Intervention teilnehmen.

2 Forschungshypothesen

Folgende wissenschaftliche Hypothesen wurden zum Projekt aufgestellt (Herleitung siehe übergeordneter Abschlussbericht):

Hypothese A:

Die Modellmaßnahme IPS-ZIB (IPS-Coaching – Zurück ins Berufsleben) führt dazu, dass der Anteil psychisch kranker Teilnehmer*innen mit komplexem Unterstützungsbedarf aus der Interventionsgruppe

(IPS-G), die innerhalb von 2 Jahren ab Beginn des IPS-Coachings wieder berufstätig werden, größer ist als unter den konventionellen Versorgungsbedingungen der Vergleichsgruppe (VG).

Nebenhypothesen:

1. Die Intervention führt dazu, dass der Anteil psychisch kranker Teilnehmer*innen aus der Interventionsgruppe (IPS-G), die innerhalb von 2 Jahren ab Beginn des IPS-Coachings einen Rentenantrag wegen Erwerbsminderung gestellt haben, geringer ist als unter den konventionellen Versorgungsbedingungen der Vergleichsgruppe (VG).
2. Die Intervention führt dazu, dass der Anteil psychisch kranker Teilnehmer*innen aus der Interventionsgruppe (IPS-G), die innerhalb von 2 Jahren ab Beginn des IPS-Coachings einen Antrag auf Aufnahme in die WfbM oder auf Eingliederungshilfe (EGH) gestellt haben, geringer ist als unter den konventionellen Versorgungsbedingungen der Vergleichsgruppe (VG).

Hypothese B:

Es wird erwartet, dass die Implementierung der Modellmaßnahme IPS- ZIB zu einer besseren Vernetzung der regionalen Akteure und Akteurinnen für die Themen Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung führt.

3 Methoden

3.1 Design

Zur Überprüfung der Annahme, dass das IPS-Coaching zu einer besseren Teilhabe am Berufsleben für die betroffene Zielgruppe führt, wurde eine prospektive kontrollierte Studie durchgeführt.

Der Interventionsgruppe (IPS-G) wurde über einen maximalen Zeitraum von zwei Jahren ein IPS-Coaching (Inhalte des Coachings siehe Abschnitt 3.4) angeboten. Im Rahmen des IPS-Coachings konnten außerdem alle regulären Angebote zur beruflichen Teilhabe genutzt werden. Die Vergleichsgruppe (VG) wurde zeitlich nach der IPS-G rekrutiert, sodass die Teilnehmenden nicht zufällig den Gruppen zugewiesen wurden. Dies geschah, da die Kliniken zurückgemeldet hatten, nicht genügend Teilnehmende für Interventions- und Vergleichsgruppe gleichzeitig einsteuern zu können. Um eine ausreichende Stichprobengröße in der Interventionsgruppe sicherzustellen, wurden die Gruppen daher nicht randomisiert kontrolliert zugeteilt, sondern nacheinander aufgefüllt. Die VG wurde ebenfalls über maximal zwei Jahre beobachtet und hatte die Möglichkeit (ebenso wie die IPS-G), alle regulären Angebote der beruflichen Rehabilitation zu nutzen. Im Rahmen der stationären Klinikbehandlung, aus der heraus alle Teilnehmenden rekrutiert wurden (siehe Abschnitt 3.3), erhielt die VG ein strukturiertes Entlassmanagement durch die Klinikmitarbeitenden. Bei den halbjährlich stattfindenden Monitorings (siehe Abschnitt 3.3) wurde den Teilnehmenden der VG außerdem bei Bedarf Informationsmaterial zu beruflichen Unterstützungsangeboten ausgehändigt.

Es liegen positive Ethikvoten zur Durchführung der Studie von der Ethikkommission der Universitätsmedizin Greifswald (BB 162/20) sowie der Ethikkommission der Ärztekammer Westfalen-Lippe (2020-785-b-S) vor. Das Protokoll wurde vorab im Deutschen Register für klinische Studien registriert (DRKS; ID: DRKS00023521).

3.2 Zielgruppe

Zielgruppe: Erwachsene Menschen ab dem 26. Lebensjahr¹,

- in einer aktuellen Krankenhausbehandlung (voll- oder teilstationär) oder in Behandlung in einer psychiatrischen Institutsambulanz bis zu drei Monate nach einem Krankenhausaufenthalt,
- aufgrund einer Erkrankung aus dem ICD-10 Diagnosespektrum F2 (psychotische Störungen) oder F3 (affektive Störungen) mit oder ohne weitere psychische Störungen,
- die in den vergangenen 24 Monaten mindestens 6 Monate in einem beitragspflichtigen Beschäftigungsverhältnis tätig waren,
- mit erheblicher Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit,
- mit komplexem Unterstützungsbedarf in mehreren Lebensbereichen,
- mit positiver Prognose in Bezug auf die künftige Erwerbstätigkeit durch die Intervention,
- ohne aktuell laufenden Antrag auf Erwerbsminderungsrente oder Aufnahme in eine WfbM,
- mit Bereitschaft zur ambulanten psychiatrischen Behandlung.

Einstellungskriterien:

- die vorgenannten Kriterien sind erfüllt,
- die Teilnehmenden haben ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache in Wort und Schrift,
- bei Migranten und Migrantinnen besteht ein unbefristetes Aufenthaltsrecht in Deutschland,
- das informierte schriftliche Einverständnis zur Teilnahme liegt vor.

Ausschlusskriterien:

- aktuelle Substanzabhängigkeit,
- Intelligenzminderung,
- keine ausreichende Motivation zur Teilnahme an der geplanten Maßnahme,
- gleichzeitige Teilnahme an einem anderen rehapro-Projekt.

3.3 Rekrutierung und Ablauf

Abbildung 1 zeigt einen Überblick über den Projektablauf der wissenschaftlichen Begleitung. Die Einteuerung von Teilnehmenden in die IPS-G bzw. in die VG erfolgte zeitlich versetzt zwischen Januar 2021 und Mai 2023, da im Rahmen des Modellprojektes der Aufbau der Gruppe mit der Zielintervention zuerst gesichert werden sollte. Somit wurde von Januar 2021 bis März 2022 zunächst die IPS-G rekrutiert und in einem zweiten Schritt von April 2022 bis Mai 2023 die VG. Die Teilnehmenden wurden während oder bis zu drei Monate nach einem stationären psychiatrischen Aufenthalt eingesteuert. Mitarbeitende der teilnehmenden Kliniken führten ein erstes Screening hinsichtlich der Einstellungskriterien durch und informierten potenzielle Teilnehmende über die Studie. In Bielefeld führten im Anschluss bei erstem Interesse Mitarbeitende des Forschungsteams in einem persönlichen Gespräch eine ausführliche Aufklärung durch, während dies in Mecklenburg-Vorpommern durch die Klinikmitarbeitenden (i. d. R. dem Sozialdienst) erfolgte. Bei Bereitschaft zur Teilnahme (inkl. schriftlichem Einverständnis) wurde die erste Untersuchung (T1) durch die wissenschaftlichen Mitarbeitenden (und teilweise auch hier durch

¹ In Abstimmung mit der DRV wurden Personen in das Projekt eingesteuert, die bereits beruflich orientiert waren und etwa 5 Jahre Rentenversicherungsabgaben geleistet haben könnten. Für Jüngere war in Bielefeld ein eigenes rehapro-Projekt geplant „Start in Ausbildung und Beruf (StAB)“.

Klinikmitarbeitende) vorgenommen. Parallel zum IPS-Coaching erfolgte die wissenschaftliche Datenerhebung über einen Zeitraum von zwei Jahren. Im Rahmen halbjährlicher Monitorings (T1a-T1c) wurden regelmäßig arbeitsbezogene Ergebnismaße sowie eine Auswahl klinischer Fragebögen erhoben (siehe Anlage 1). Die Erhebung wurde in der Regel persönlich oder bei Bedarf telefonisch und postalisch von Mitarbeitenden der wissenschaftlichen Begleitung oder dem Sozialdienst der teilnehmenden Kliniken durchgeführt. Teilnehmende in der VG wurden mit 10 € pro Befragungstermin entschädigt (in MV wurden Termine mit größerem Befragungsaufwand (T1b, T2) mit 20 € entschädigt). Nach zwei Jahren erfolgte die Abschlussbefragung (T2).

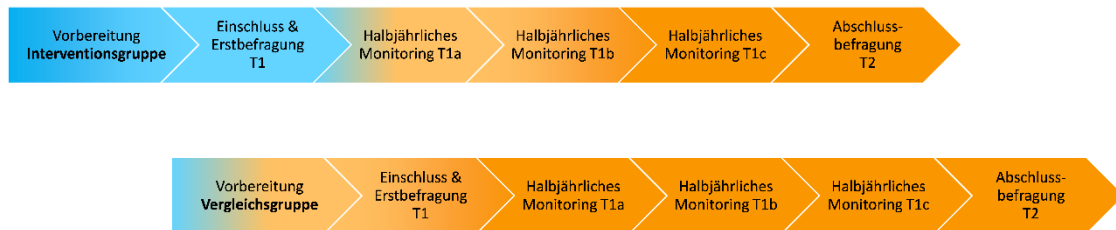


Abbildung 1: Ablauf der Rekrutierung

Die notwendige Fallzahl für die statistische Analyse (Poweranalyse) gemäß der Haupthypothese wurde mittels des Programms G-Power (Faul et al. 2007) ermittelt. Bei gegebener mittlerer Effektstärke von $w = 0,4$, einem α -Fehler = 0,05; einer Power $(1-\beta) = .95$ ergibt sich ein kritisches $14 \chi^2 = 11,07$ und ein notwendiger Stichprobenumfang von $n = 124$ für die Intervention und $n = 124$ für die Vergleichsgruppe. Rechnet man mit einer Dropout-Quote von bis zu 20 % in dem Zeitraum von 24 Monaten nach der Rekrutierung (Umzug, keine Antwort auf schriftliche Befragungen, aktiver Abbruch der Teilnahme, kritische Zuspitzungen des Krankheitsverlaufs mit wiederholten stationären Aufnahmen), sollen 150 Personen für die Intervention (jeweils 75 in Mecklenburg-Vorpommern und 75 in Westfalen) und 150 Personen für die Vergleichsgruppe im Regelsystem (jeweils 75 in Mecklenburg-Vorpommern und 75 in Westfalen) an der Studie beteiligt werden.

3.4 Die Intervention

Grundlage für die Begleitung der IPS-G durch die Coaches war das Manuel zur Durchführung des IPS-Coachings von Becker und Drake (1993). Für die Einschätzung der Programmtreue wurde die Fidelity Scale (Bond et al., 2012; Becker et al., 2015) in leicht adaptierter Form herangezogen.

Das IPS-Coaching im Modellprojekt IPS-ZIB lässt sich konzeptionell in fünf aufeinander aufbauende Phasen aufteilen (siehe Abb. 2). Das Coaching begann mit Phase 1, dem Erstkontakt. Hier lernten sich Coach*in und Teilnehmer*in kennen, Kontaktdaten wurden ausgetauscht und erste Informationen zur Erkrankung und aktueller Arbeitsfähigkeit erhoben. Dieser Erstkontakt war in erster Linie durch formelle Rahmenbedingungen gekennzeichnet. In der Phase 2, der Einführung, begann das eigentliche IPS-Coaching. Hier erfolgte die Auftragsklärung sowie die Abfrage der Erwartungshaltung an das Coaching. In der dritten Coaching-Phase „Assessment und Planung“ wurden gemeinsam berufliche Ziele konkretisiert und der gewünschte Umfang der Betreuung und Unterstützung besprochen. Ebenfalls Inhalt dieser Phase war eine Sozialfeldanamnese: Wie wird die Freizeit gestaltet? Wie wird Arbeit und Entspannung vereinbart? Mit welchen Erwartungen geht die Person die Arbeitsplatzsuche an und wie

stellt sie sich das künftige Arbeitsumfeld vor? Welche Ressourcen werden mitgebracht? Die Stellenvermittlung erfolgte in Phase Vier. Inhaltlich stand hier die Hinführung zum Job im Zentrum. Dies bedeutete entweder das Scouting nach möglichen Stellen und die Vorbereitung auf Vorstellungsgespräche oder, wenn die Rückkehr in ein bereits bestehendes Arbeitsverhältnis geplant war, die Planung der Wiedereingliederung sowie damit zusammenhängend die Abwägung der Offenlegung der Erkrankung und einem möglichen Coaching am Arbeitsplatz. Die letzte und fünfte Phase des IPS-Coachings, das „Coaching nach Arbeitsaufnahme“, widmet sich der Begleitung der Wiedereingliederung bzw. dem Ankommen im neuen Job.

Das Aufgabenspektrum (siehe dazu auch Abschnitt 4.7 und Anlage 11 im übergeordneten Abschlussbericht) der IPS-Coaches und die darin vorgesehenen Aktivitäten und Kontakte zu anderen Akteuren und Akteurinnen lassen sich als „idealtypischer“ Ablauf eines Coaching-Prozesses visualisieren. „Idealtypisch“, weil es eine chronologische Abfolge suggeriert, die in der IPS-Coaching-Praxis nicht in jedem Falle sequenziell umgesetzt werden kann. Die Orientierung an ein „Phasenmodell“ (siehe Abb. 2) kann jedoch hilfreich sein, um a) einen Überblick über die Aktivitäten, die ein*e IPS-Coach*in abdecken sollte, zu erhalten, und um b) nach dem Start des IPS-Coaching-Angebotes, den laufenden Coaching-Prozess zu strukturieren, zu reflektieren und gegenüber Dritten zu dokumentieren.

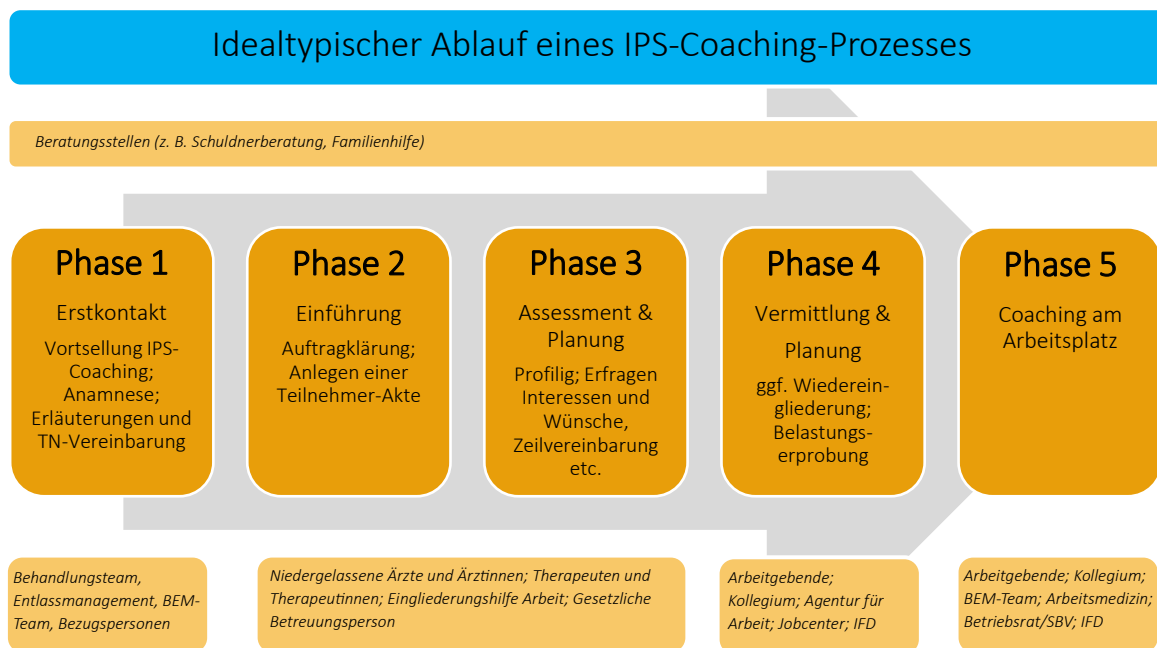


Abbildung 2: Phasenmodell des IPS-Coaching-Prozesses mit Prozessbeteiligten und Aktivitäten

Die Coaching-Inhalte waren hoch individuell und somit kann im Folgenden nur eine Auswahl möglicher Themen im Coaching-Prozess genannt werden. Berufswegeplanung, Gesundheit, Umgang mit der Erkrankung (z. B. Offenlegung), Unterstützungsbedarfe, Zielvereinbarung, Arbeitsplatzakquise und Unterstützung am Arbeitsplatz sind nur einige Inhalte, die die IPS-Coaches mit ihren Teilnehmenden im Modellprojekt IPS-ZIB thematisiert haben.

Detailliertere Informationen zum Coaching-Prozess sind Anlage 11 im übergeordneten Abschlussbericht zu entnehmen.

3.5 Messinstrumente

Zur Erfassung von demographischen, berufsbezogenen und klinischen Merkmalen wurden etablierte Erhebungsverfahren verwendet und durch selbstkonstruierte Messinstrumente ergänzt (siehe Anlage 1). Dabei wurden einige Verfahren primär für die wissenschaftliche Evaluationsstudie genutzt, während andere ausschließlich zur Bewertung der Einstellungskriterien, zur Überprüfung der Vergleichbarkeit zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe oder für die Prozessevaluation und Qualitätssicherung eingesetzt wurden. Für die Analyse der primären Fragestellungen flossen Daten aus allen Messzeitpunkten in die statistischen Modelle ein. Sekundäre Auswertungen konzentrierten sich hingegen auf die Baseline- und Abschlussmessungen, um spezifische Ausgangs- und Endzustände differenziert zu beurteilen.

Demographie, Berufsbiografie, beruflicher Verlauf

Zum Zeitpunkt der Studieneinstellung wurden relevante demografische Daten sowie verschiedene berufsbiografische Merkmale der Teilnehmenden systematisch erhoben. Informationen zur beruflichen Situation wurden darüber hinaus an sämtlichen Messzeitpunkten erfasst, um Veränderungen im Zeitverlauf adäquat abbilden zu können.

Minderung bzw. Gefährdung der Erwerbsfähigkeit

Als Maß für die selbstberichtete Arbeitsfähigkeit wurde in der Studie der standardisierte Fragebogen „Work Ability Index“ (WAI) verwendet (Hasselhorn & Freude, 2007; Tuomi et al., 2003). Eingesetzt wurde die Kurzversion des WAI, die aus sieben Dimensionen besteht und eine ökonomische sowie valide Erfassung der Arbeitsfähigkeit ermöglicht. Die Dimensionen decken unter anderem die subjektive Einschätzung der aktuellen und zukünftigen Arbeitsfähigkeit, die körperlichen und psychischen Anforderungen der Arbeit, die gesundheitlichen Ressourcen sowie die prognostizierte Erwerbsfähigkeit ab. Ergänzend wurde im Rahmen der IPS-ZIB-Studie auch der Work Ability Score (WAS) genutzt, ein einzelnes Item des WAI, bei dem die Teilnehmenden ihre aktuelle allgemeine Arbeitsfähigkeit auf einer Skala von 0 (völlig arbeitsunfähig) bis 10 (beste jemals erreichte Arbeitsfähigkeit) einschätzen. Die genaue Fragestellung lautet: „Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben?“.

Schwere der Erkrankung

Zur Erfassung der Schwere der Erkrankung wurden zwei Messinstrumente genutzt. Zum einen das Beck'sche Depressions-Inventar (BDI-II), welches den Schweregrad der depressiven Symptomatik erfasst (Beck et al., 1996; Hautzinger et al., 2006). Der BDI-II Fragebogen enthält 21 Items, wobei die Teilnehmenden pro Frage eine von vier Aussagen auswählen, die am besten beschreibt, wie sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben. Die Aussagen werden auf einer Skala von 0 bis 3 gewertet, wobei höhere Werte schwerere Symptome anzeigen. Alle Punkte werden zu einem Gesamtwert zwischen 0 und 63 addiert. Zusätzlich wurde die Montgomery-Åsberg-Depression-Rating-Scale (MADRS) genutzt, welche aus 10 Fragen besteht, die auf einer 7-stufigen Skala (Schweregrad: 0 = keine bis 6 = extrem) ebenfalls die Stärke der Symptome einer Depression anzeigt (Montgomery & Åsberg, 1979). Im Unterschied zum BDI allerdings wird dieser Fragebogen vom medizinischen Fachpersonal ausgefüllt, während der BDI-II ein Instrument zur Selbsteinschätzung ist.

Gesundheitszustand

Auch hier wurden mehrere Messinstrumente verwendet, um möglichst viele Aspekte des komplexen Konstruktes erfassen zu können. Der subjektive Gesundheitszustand der Teilnehmenden wurde zunächst mithilfe des short form health survey (SF-36; Ware et al., 1996; Morfeld et al., 2011) erfasst. Hier werden die Befragten anhand von 12 Items gebeten, ihren aktuellen körperlichen und seelischen Gesundheitszustand im Vergleich zum vergangenen Jahr einzuschätzen. Beim SF-12 werden zwei Hauptsummenwerte (psychischer Gesundheitszustand, körperlicher Gesundheitszustand) auf einer Skala von 0 bis maximal 100 gebildet, wobei höhere Werte eine gesundheitlich bessere Lebensqualität

anzeigen. Als Gesamteinschätzung des aktuellen psychischen Gesundheitszustands wurde zusätzlich eine selbst entwickelte Skala zwischen 0 und 100 genutzt. Dafür markieren Teilnehmende auf einer visuellen Skala einen Strich, der zwischen den Polen 0 (schlechtester denkbarer seelischer Zustand) und 100 (bester denkbarer seelischer Zustand) liegt. Zuletzt wurde der psychische Gesundheitszustand zusätzlich durch die Symptom-Checkliste-Kurzversion (SCL-K-9; Derogatis et al., 1973) erfasst. Anhand von neun Fragen, z. B. zu emotionaler Stabilität, Antrieb und Ängstlichkeit, sollen die Teilnehmenden eine Selbstbeurteilung ihrer psychischen Symptombelastung vornehmen (Klaghofer & Brähler, 2001). Die Skala reicht dabei von 0 („überhaupt nicht“) bis 4 („sehr stark“), sodass insgesamt Punktwerte zwischen 0 und 36 erreicht werden können, wobei höhere Werte eine stärkere psychische Belastung anzeigen.

Kognitive Leistungsfähigkeit

Die objektive kognitive Leistungsfähigkeit wurde mit dem SCIP-D (Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry; Purdon, 2005; Lasser, 2011) erhoben. Er testet verbales Lernen, Funktionsfähigkeit des Arbeitsgedächtnisses, Sprachflüssigkeit und psychomotorische Geschwindigkeit. Auch bei diesem Fragebogen werden Subskalen zu einem Gesamtscore addiert, wobei ein höherer Wert eine bessere Testleistung anzeigt. Die subjektive kognitive Leistungsfähigkeit wurde anhand der FLei-Subskala für Exekutivfunktionen (Fragebogen zur geistigen Leistungsfähigkeit; Beblo et al., 2010) erhoben. Hierin werden die Teilnehmenden mit 10 Fragen gebeten einzuschätzen, wie häufig (0 = nie bis 4 = sehr häufig) bestimmte Schwierigkeiten in alltäglichen Situationen vorkommen. Ergänzt wurden diese Fragen durch sechs Zusatzitems, welche um eine Selbsteinschätzung der eigenen Performanz in Alltags- und Testsituationen im Vergleich zu anderen Personen der gleichen Altersgruppe baten. Die Skala reichte hier von -4 = schlechter bis 4 = besser.

Zufriedenheit

Die Teilnehmenden, die das Coaching nicht vorzeitig beendet haben, wurden mithilfe des Fragebogens zur Messung der Patientenzufriedenheit (ZUF-8; Schmidt et al., 1989) bei der Abschlussdiagnostik (T2) bezüglich ihrer Zufriedenheit mit dem IPS-Coaching befragt. Der ZUF-8 besteht aus acht Fragen, die in der ursprünglichen Version die Zufriedenheit mit einer Klinikbehandlung abbilden. Um die Fragen auf das IPS-Coaching zu beziehen, wurde bei den Items 3 und 4 „das IPS-Coaching“ anstelle von „unsere Klinik“ eingefügt und Frage 8 wurde in „Würden Sie das IPS-Coaching wieder nutzen (...)“ umformuliert. Beim ZUF-8 kann eine theoretische Skalenrange von 8 bis 32 erreicht werden, wobei höhere Skalenwerte eine größere Zufriedenheit ausdrücken.

Beeinträchtigung und Teilhabeerwartung

Der WHODAS 2.0 (World Health Organisation Disability Assessment Schedule; Üstün et al., 2010) ist ein Fragebogen der Weltgesundheitsorganisation zur Erfassung von Funktionalität und Behinderung aufgrund von gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Üstün et al., 2010). Im Projekt IPS-ZIB wurde die Interview-Version mit 36 Items genutzt. Anhand von sechs Domänen (Kognition, Mobilität, Self-Care, Interaktion, Haushalt und Arbeit/Schule, Partizipation) geben die Teilnehmenden auf einer Skala von 1 (keine) bis 5 (sehr stark oder nicht möglich) an, wie viele Schwierigkeiten sie mit bestimmten Alltagsaktivitäten haben. Mithilfe des „komplexen Scorings“ (siehe Manual, Üstün et al., 2010) wurde ein Gesamtwert zwischen 0 (keine Einschränkungen) und 100 (maximale Einschränkung) gebildet. Funktionalität im Bereich Arbeit/Schule wurde gemäß dem Manual ausgeschlossen. Die subjektive, also selbstbewertete Teilhabeerwartung wurde mit dem OxCAP-MH (Oxford Capabilities Questionnaire-Mental Health; Simon et al., 2013) anhand von 16 Items abgefragt, in welchem Ausmaß die Teilnehmenden im täglichen Leben eingeschränkt und inwiefern sie sozial integriert sind. Bei möglichen Summenwerten von 0 bis 100 zeigen höhere Werte eine höhere Teilhabe an.

3.6 Ergebnismaße

3.6.1 Aufnahme von kompetitiver Arbeit

Als primärer Indikator für den Erfolg des IPS-Coachings wurde die Aufnahme einer kompetitiven Beschäftigung für mindestens einen Tag während der Studiendauer genutzt. Dieses dichotome Erfolgskriterium der Arbeitsaufnahme ist in der Supported-Employment-Literatur sehr weit verbreitet (siehe z. B. de Winter et al., 2022) und stellt eine wichtige Schwelle in der beruflichen Rehabilitation dar. Es beinhaltet sowohl die Wiederaufnahme einer bereits bei Studieneinsteuerung bestehenden Tätigkeit als auch die Aufnahme einer neuen Beschäftigung. Eine dauerhafte Krankschreibung seit Studienbeginn in einer bestehenden Tätigkeit wurde hingegen nicht als erfolgreiche Arbeitsaufnahme gewertet. Als kompetitiv wurden sozialversicherungspflichtige Beschäftigungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt definiert, sowie selbstständige Tätigkeiten, mit denen der Lebensunterhalt bestritten wird. Zusätzlich wurden Umschulungen als erfolgreiche Aufnahme kompetitiver Arbeit gezählt, da auch hier bereits ein wichtiger Schritt in Richtung einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gegangen wurde.

Die Teilnehmenden gaben zu allen halbjährlichen Befragungszeitpunkten an, ob sie während des vergangenen halben Jahres mindestens einen Tag gearbeitet hatten. Wurde zu mindestens einem Zeitpunkt „ja“ angegeben und die Beschäftigung als kompetitiv gewertet, galt das Erfolgskriterium als erfüllt. In der IPS-G wurde bei fehlenden Befragungsdaten, aber weiterhin laufendem IPS-Coaching, die fallspezifische Dokumentation der Coaching-Fachkraft (siehe dazu Abschnitt 4.7.1 im übergeordneten Abschlussbericht) als Informationsquelle für diesen Aspekt genutzt.

Zusätzlich zur Aufnahme einer kompetitiven Beschäftigung wurde erfasst, ob Teilnehmende in der Studienlaufzeit einer Tätigkeit nachgingen, die nicht unter die o. g. Definition einer kompetitiven Beschäftigung fiel. Solche Tätigkeiten beinhalteten Arbeit in einer WfbM, selbstständige Nebentätigkeiten und geringfügige Beschäftigungen („Mini-Jobs“).

3.6.2 Beantragte Leistungen der sozialen Sicherheit und Teilhabe

Die halbjährlichen Befragungstermine beinhalteten neben der Aufnahme einer Tätigkeit die Frage nach der Beantragung einer Erwerbsminderungsrente, Aufnahme in eine WfbM bzw. Beantragung von EGH im beruflichen Bereich. Antworteten Teilnehmende bei mindestens einem Zeitpunkt mit „Ja“, wurde das jeweilige Kriterium als erfüllt gewertet. Es wurden zwei Indikatoren gebildet: „Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt“ und „Antrag auf Aufnahme in eine WfbM oder berufsbezogene EGH“.

3.6.3 Dauer der Beschäftigung und Dauer bis zum Wiedereinstieg

Bei Personen, die mindestens einen Tag in einer kompetitiven Beschäftigung gearbeitet haben, wurde die Dauer bis zur ersten Aufnahme einer Tätigkeit und die Dauer der Tätigkeit seit Beginn der (Wieder-)Aufnahme in Tagen berechnet. Übten Personen während der Studienlaufzeit mehrere Tätigkeiten aus, wurden die einzelnen Zeiten zu einer Gesamtdauer addiert. Nach einem erfolgten (Wieder-)Einstieg wurden darauffolgende Krankheitstage nur dann von der Dauer abgezogen, wenn sie über die gesamte Dauer des jeweils vergangenen halben Jahres andauerten.

3.7 Statistische Analysen und fehlende Werte

Alle statistischen Auswertungen erfolgten mit dem Statistikprogramm IBM SPSS Version 29.

3.7.1 Stichprobenbeschreibung

Für die Beschreibung der Stichprobe werden Mittelwerte und Standardabweichungen für metrische Variablen bzw. Häufigkeiten und Prozente für nominale Variablen angegeben. Unterschiede zwischen IPS-G und VG wurden für Häufigkeiten mithilfe von Chi-Quadrat-Tests (zweiseitige Testung, Angabe der exakten Signifikanz), und für metrische Variablen mithilfe von T-Tests berechnet. Bei Verletzung der Normalverteilungsannahme wurden außerdem Mann-Whitney-U-Tests berechnet, deren Ergebnis nur berichtet wird, sollte die Signifikanzentscheidung von der der T-Tests abweichen. P-Werte $<.05$ wurden als statistisch signifikant definiert.

3.7.2 Dichotome Ergebnismaße

Für die Hauptegebnisindikatoren (Aufnahme kompetitive Arbeit, Antrag auf Erwerbsminderungsrente, Antrag auf WfbM/berufliche EGH) wurden dichotome Variablen berechnet. Zunächst wurden die Häufigkeiten mithilfe von Kreuztabellen und Diagrammen deskriptiv dargestellt. Um die gerichteten Hypothesen zu prüfen, dass die IPS-G der VG in diesen Kriterien überlegen war, wurden Chi-Quadrat-Tests mit einseitiger Signifikanztestung durchgeführt. Bei erwarteten Zelloberhäufigkeiten <5 wird das Ergebnis des exakten Tests nach Fisher berichtet. P-Werte $<.05$ wurden als statistisch signifikant definiert.

3.7.3 Dauer der Beschäftigung und Dauer bis zum ersten Wiedereinstieg

Für die Berechnung der Beschäftigungsdauer wurde die Summe aller gearbeiteten Tage innerhalb des Beobachtungszeitraums seit der ersten Aufnahme einer neuen Tätigkeit bzw. des Wiedereinstiegs in eine bestehende Arbeitsstelle gebildet. Um Unterschiede zwischen IPS-G und VG in der Dauer der Tätigkeit und der Dauer bis zum ersten Wiedereinstieg zu untersuchen, wurden Gruppenvergleiche (T-Test bzw. Mann-Whitney-U-Test bei Nichterfüllen der Normalverteilungsannahme) berechnet.

3.7.4 Umgang mit fehlenden Werten

Stichprobenbeschreibung/T1 Untersuchung

Die Daten der T1 Erhebung zu Studieneinsteuerung waren größtenteils vollständig, da alle eingesteuerten Personen zu T1 untersucht werden konnten. In einigen Instrumenten und klinischen Fragebögen konnten jedoch aufgrund einzelner fehlender Items die Gesamtwerte nicht berechnet werden. Die meisten fehlenden Werte fanden sich im WHODAS 2.0 (23,4 %). Außerdem lagen erwartungsgemäß die Daten des Fremdbeurteilungsinstruments MADRS nicht für alle Teilnehmenden vor, da diese diagnosespezifisch angewendet wurden. Dennoch fehlten im MADRS auch bei Personen mit F3-Diagnose 14 % der Gesamtwerte.

Gemäß den Angaben im Manual des WHODAS 2.0 (Ustün et al., 2010) wurden hier einzelne fehlende Items durch den Mittelwert der Items der jeweiligen Subskala ersetzt, insofern insgesamt nicht mehr als zwei Werte fehlten. Wegen der geringen Anzahl fehlender Werte bei den anderen Variablen (max. 5,7 %) wurden hier für die Stichprobenbeschreibung nur Personen mit vollständigen Werten eingeschlossen.

Berufliche Ergebnismaße

Fehlende Werte in den beruflichen Ergebnismaßen entstanden durch den „Dropout“ von Teilnehmenden aus der wissenschaftlichen Begleitung (siehe Abb. 3). Wie beschrieben, wurden möglichst alle verfügbaren Datenquellen (Befragung der Teilnehmenden, fallspezifische Dokumentation der Coaches) dafür genutzt, die Hauptegebnismaße zu beantworten. Hatten Teilnehmende bis zu ihrem Ausscheiden aus der wissenschaftlichen Begleitung noch keine Arbeit aufgenommen/keinen Rentenanspruch/Antrag auf WfbM gestellt, wurden diese Ergebnismaße zunächst als „nein“ gewertet und in der deskriptiven Darstellung gesondert dargestellt. Um alle Teilnehmenden in die Gruppenvergleiche

einschließen zu können, wurden diese Werte bei den statistischen Tests als „nein“ gezählt (Intention-to-Treat-Analyse).

In Abschnitt 4.2 wird abschließend nochmals detailliert auf den Dropout sowie die durchgeführten Dropout-Analysen eingegangen.

4 Ergebnisse

4.1 Einstreuung

In Abbildung 3 ist der gesamte Einstreuungsprozess der Studienteilnehmenden dargestellt (Flow-Chart). In die IPS-G konnten, wie vorgesehen, 150 Personen eingesteuert werden. In die VG konnten 94 Personen eingesteuert werden. Ein möglicher Grund für die geringere Stichprobengröße der VG ist, dass es gerade im Kontrast zum IPS-Coaching kein zusätzliches Angebot einer Intervention gab. Dadurch könnte trotz der gezahlten Aufwandsentschädigung die Teilnahmebereitschaft der involvierten Kliniken und potenzieller Teilnehmender für die VG geringer gewesen sein.

Die Einstreuung erfolgte in die IPS-G ab Januar 2020 und in die VG ab April 2022. Um die vorgesehene Stichprobengröße zu erreichen, wurde in Abstimmung mit allen Projektbeteiligten der Rekrutierungszeitraum der IPS-G um drei Monate bis 31.03.2022 und der VG bis 30.04.2023 verlängert. Durch die Verlängerung des Einstreuungszeitraums konnten in der IPS-G 25 Personen nur ein um bis zu drei Monate verkürztes IPS-Coaching erhalten. Außerdem verkürzte sich der Beobachtungszeitraum (T1 bis T2) für 53 Teilnehmende der VG um bis zu sieben Monate ($Md = 4$ Monate). Die durchschnittliche Beobachtungsdauer, d. h. der Zeitraum für den Informationen über die Hauptergebnismaße vorliegen, war in der IPS-G länger ($Md = 730$ Tage; 24 Monate) als in der VG ($Md = 666,5$ Tage; 22 Monate).

Aus verschiedenen Gründen (siehe Abbildung 3) beendeten 69 Teilnehmende das IPS-Coaching vorzeitig, d. h. vor dem geplanten Termin zur Abschlussdiagnostik nach zwei Jahren (T2). Die hier angegebenen Gründe stammen aus der Dokumentation der IPS-Coaches. Eine detailliertere Auswertung von Gründen für eine frühzeitige Beendigung aus der Perspektive der Teilnehmenden findet sich in Abschnitt 4.7.3. Die mittlere Dauer des IPS-Coachings betrug $M = 542$ ($SD = 219$) Tage (ca. 18 Monate) bzw. $Md = 650$ Tage (ca. 21 Monate), mit einer minimalen Dauer von 35 Tagen.

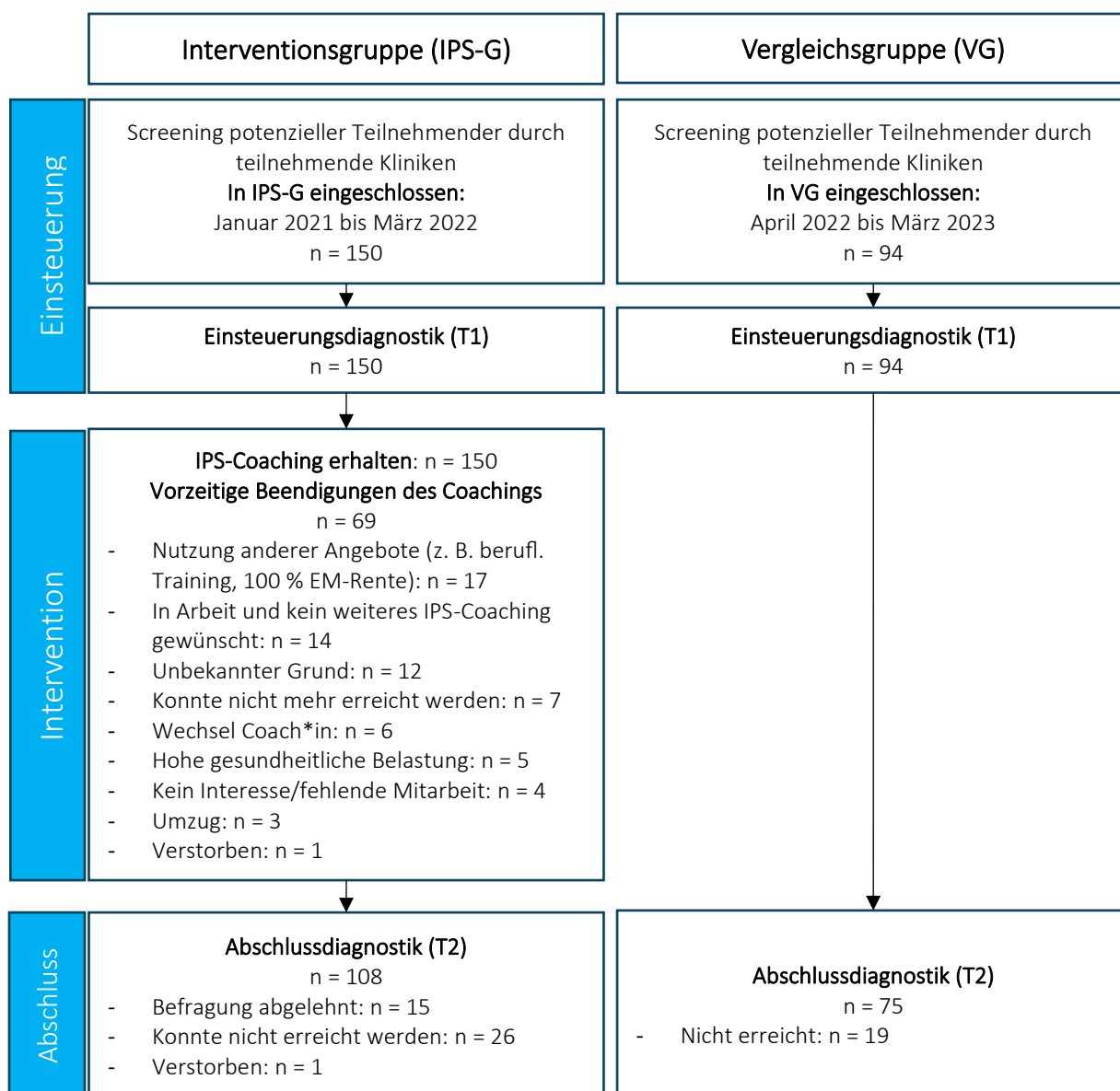


Abbildung 3: Rekrutierungs- und Follow-up-Verlauf in Form eines Flow-Charts

An der Abschlusserhebung nach zwei Jahren (T2) nahmen 108 Personen aus der IPS-G und 75 Personen aus der VG teil. Für diese Abschlussbefragung wurden alle Teilnehmenden kontaktiert, die in die Studie eingesteuert wurden und eine weitere Teilnahme nicht explizit abgelehnt hatten, unabhängig davon, ob das IPS-Coaching vorzeitig beendet wurde. Der Hauptgrund für eine Nichtteilnahme war in beiden Gruppen, dass die betreffenden Personen nicht mehr durch das Forschungsteam erreicht werden konnten.

Bei Personen aus der IPS-G, die nicht mehr erreicht werden konnten und bei denen das Coaching zum Zeitpunkt T2 noch nicht beendet war, konnten die Hauptegebnismaße (mind. einen Tag sozialversicherungspflichtig gearbeitet, EM-Rentenanspruch gestellt, Antrag auf WfbM/EGH) der Dokumentation der Coaches entnommen werden. Außerdem konnten die Hauptegebnismaße für Teilnehmende, bei denen das jeweilige Kriterium bereits zutraf (z. B. EM-Rentenanspruch gestellt), trotz fehlender Abschlussbefragung sicher beantwortet werden. Unsicherheit über das Erfüllen der Hauptegebnismaße besteht somit nur bei Personen, die nicht an der Abschlussbefragung teilnahmen, das Coaching bereits vorzeitig beendet hatten und bis zum letzten Zeitpunkt der Beobachtung das jeweilige Kriterium nicht erfüllten. Diese Teilnehmenden werden in den Auswertungen als „nein“ gezählt, jedoch gesondert dargestellt. Dieses Vorgehen führt zu einer unterschiedlich großen Anzahl

nicht vollständig beobachteter Teilnehmender in der Auswertung der einzelnen Ergebnismaße. Der Anteil von Teilnehmenden mit fehlenden Werten war in der IPS-G und VG jeweils vergleichbar.

4.2 Dropout

Aus der IPS-G konnten 42 Teilnehmende (28,0 %) und aus der VG 19 Teilnehmende (20,2 %) nicht zum T2-Termin befragt werden (Gründe siehe Abb. 3). Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant, $\chi^2(1) = 1.869$, $p = .224$. Es zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Personen, die an der T2-Befragung teilnahmen und denjenigen, die nicht teilnahmen in Bezug auf den Projektstandort (je 25,0 % „Dropout“), demographische sowie berufsbezogene Ausgangsmerkmale. Hinsichtlich klinischer Variablen zeigte sich jedoch, dass Personen, die nicht an der T2-Befragung teilnahmen, bei Studieneinsteuerung eine höhere Schwere depressiver Symptome in der Fremdeinschätzung (MADRS; $p = .003$), größere selbsteingeschätzte Funktionseinschränkungen (WHODAS 2.0; $p = .008$), größere selbsteingeschätzte kognitive Defizite (FLei; $p = .024$), geringere Hoffnung auf Erfolg (AMS-R HS; $p = .023$), schlechtere selbsteingeschätzte psychische Gesundheit (SF-12; $p = .004$) hatten. In allen weiteren Merkmalen zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Teilnehmenden an der Abschlussbefragung und „Dropouts“. In Anlage 2 werden die Ergebnisse der statistischen Analysen für alle untersuchten Variablen berichtet. Die Analyse der Dropouts sollte bei der Interpretation der weiteren Studienergebnisse berücksichtigt werden, da diese möglicherweise durch systematisch fehlende Werte verzerrt sein könnten.

4.3 Stichprobenbeschreibung

4.3.1 Baseline-Erhebung

Im Rahmen der Analysen wurden die beiden Projektstandorte – Bielefeld (urbanes Setting) und Mecklenburg-Vorpommern (ländliches Setting) – zunächst anhand der in der Baseline-Erhebung verwendeten Instrumente vergleichend untersucht. Da sich hierbei keine nennenswerten statistisch oder inhaltlich relevanten Unterschiede in den erhobenen Ausgangsmerkmalen feststellen ließen, erfolgte für die quantitativen Auswertungen eine Zusammenführung der Daten beider Standorte zu einer Gesamtstichprobe. Bestimmte (qualitative) Teilfragestellungen wurden jedoch standortspezifisch bearbeitet (beispielsweise in Form von Fokusgruppen) und dementsprechend auch getrennt ausgewertet. Die nachfolgenden quantitativen Berechnungen konzentrieren sich auf den standortübergreifenden Vergleich zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe.

Demographie

Tabelle 1 zeigt die demographischen Merkmale der IPS-G und VG. Die Teilnehmenden beider Gruppen waren im Mittel 42 Jahre alt und hatten als häufigste Schulabschlüsse zu ungefähr gleichen Teilen einen Realschulabschluss (46,0 % bzw. 40,4 %) und (Fach-)Abitur (41,3 % bzw. 43,6 %). In der VG war der Anteil weiblicher Teilnehmender mit 66 % größer als in der IPS-G mit 52,7 % ($p = .046$). Nur ein geringer Anteil an Personen beider Gruppen erhielt eine Wohnunterstützung und ca. ein Fünftel hatte einen amtlich anerkannten Grad der Behinderung.

Tabelle 1: Demografische Merkmale der Teilnehmenden bei Studieneinstellung

	IPS-G n = 150		VG n = 94		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Alter	42,13	11,0	42,46	11,7	$p = .823$
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
weiblich	79	52,7	62	66,0	$p = .046$
Haushaltsform					$p = .050$
Alleinlebend	69	46,0	40	42,6	
Paar ohne Kinder bis unter 25J	38	25,3	26	27,7	
Paar mit Kindern bis unter 25J	26	17,3	7	7,4	
Alleinerziehend	7	4,7	11	11,7	
Sonstige	10	6,7	10	10,6	
Unterstützte Wohnform	11	7,4	2	2,2	$p = .140$
Gesetzliche Betreuung	4	2,7	3	3,2	$p = 1.00$
Grad der Behinderung	35	23,5	18	19,1	$p = .432$
Höchster Schulabschluss					$p = .632$
Hauptschule	19	12,7	15	16,0	
Realschule/mittlere Reife	69	46,0	38	40,4	
(Fach-)Abitur	62	41,3	41	43,6	

Berufliche Merkmale

Hinsichtlich der erfassten beruflichen Merkmale waren beide Studiengruppen weitestgehend miteinander vergleichbar (siehe Tabelle 2). Circa zwei Drittel aller Teilnehmenden waren bereits seit über zehn Jahren berufstätig. In beiden Gruppen hatten ebenfalls etwa zwei Drittel der Teilnehmenden (63,3 % bzw. 70,2 %) einen bestehenden Arbeitsvertrag bei Studieneinstellung. Allerdings war die VG bereits länger bei der aktuellen Arbeitsstelle beschäftigt ($p = .017$). Ein deutlich geringerer Anteil der Teilnehmenden hatte einen Studienabschluss (22,0 % bzw. 26,6 %) im Vergleich zu einer abgeschlossenen Berufsausbildung (86,0 % bzw. 79,6 %).

Tabelle 2: Berufliche Merkmale der Teilnehmenden bei Studieneinstellung

	IPS-G n = 150		VG n = 94		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Arbeitsfähigkeit: WAI-Gesamtscore	20,88	6,01	20,99	6,15	$p = .882$
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
Abgeschlossene Berufsausbildung	129	86,0	74	79,6	$p = .214$
Abgeschlossenes Studium	33	22,0	25	26,6	$p = .442$
Arbeitsvertrag zu T1	94	62,7	66	70,2	$p = .268$
Dauer der Beschäftigung beim aktuellen Arbeitgebenden (in Monaten)	106,26 (<i>Md</i> = 71,00)	111,33	152,20 (<i>Md</i> = 118,00)	128,29	$p = .017^*$
Haupteinkommensquelle					$p = .869$
Lohn/Gehalt	12	8,0	9	9,6	
Krankengeld	108	72,0	72	76,6	

ALG-I	14	9,3	5	5,3	
Bürgergeld	9	6,0	4	4,3	
Unterstützung durch Angehörige/Freunde	3	2,0	2	2,1	
Sonstiges	4	2,7	2	2,1	
Dauer bisheriger Berufstätigkeit					$p = .533$
< 1 Jahr	1	0,7	2	2,1	
1 bis 5 Jahre	24	16,1	11	11,7	
5 bis 10 Jahre	24	16,1	19	20,2	
>10 Jahre	100	67,1	62	66,0	
Dauer der Krankschreibung in den letzten 12 Monaten					$p = .402$
100-365 Tage	91	60,7	64	68,8	
25-99 Tage	45	30,0	26	28,0	
10-24 Tage	10	6,7	2	2,2	
Höchstens 9 Tage	2	1,3	1	1,1	
Keinen Tag	2	1,3	0	0,0	

Anmerkungen: * statistisch signifikant

Klinische Merkmale

Die Gesamtgruppe bestand zum größten Anteil aus Personen mit einer affektiven Störung (F3 nach ICD-10). Davon waren in beiden Gruppen depressive Störungen (F32, F33, F34.1) die häufigsten Diagnosen (VG: 92,6 %; IPS-G: 86,0 %). Bei einer Person fehlte eine genaue Angabe der Diagnose/des Diagnosecodes. Bezüglich der durch Fragebögen erhobenen klinischen Merkmale, wie z. B. aktuelle Symptombelastung zu Studieneinstellung, waren beide Gruppen vergleichbar, mit Ausnahme der Testleistung in einem Screeningverfahren für die kognitive Leistung (SCIP) und den angegebenen Ressourcen im Rahmen der Beurteilung des komplexen Unterstützungsbedarfs. Bei der kognitiven Leistungsfähigkeit erreichte die VG im Mittel eine höhere Punktzahl und zeigte somit eine signifikant bessere Testleistung als die IPS-G ($p = .008$). Bei der Frage nach den vorhandenen Ressourcen erreichte ebenfalls die VG im Mittel eine höhere Punktzahl und gab somit signifikant bessere Ressourcen als die IPS-G an ($p = .008$).

Tabelle 3: Klinische Merkmale der Teilnehmenden bei Studieneinstellung

	IPS-G n = 150		VG n = 94		
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
ICD-10-F3 Diagnose [Affektive Erkrankungen] (vs. ICD-10-F2 [schizophrene Erkrankungen])	137	91,3	90	95,7	$p = .210$
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
SCIP: kognitive Leistung	73,47	12,19	77,69	11,08	$p = .008^*$
Seelischer Gesundheitszustand	45,49	19,50	43,00	19,60	$p = .335$
BDI-II (bei Personen mit F3 Diagnose): Depressive Symptomschwere Selbstbericht	25,52	11,23	23,64	10,21	$p = .216$
MADRS (bei Personen mit F3 Diagnose): Depressive Symptomschwere Fremdbbericht	25,57 (n = 120)	9,09	23,48 (n = 75)	7,17	$p = .077$

OxCAP (stand.): Subjektive Teilhabeerwartung	61,62	12,41	59,34	11,73	$p = .163$
SCL-K9: Psychische Belastung	16,35	6,89	17,26	7,10	$p = .326$
FLEI: subjektive kognitive Defizite	22,39	7,61	23,54	8,20	$p = .271$
AMS-R FF: Leistungsmotivation Skala Angst vor Misserfolg	15,15	3,39	15,41	3,41	$p = .549$
AMS-R HS: Leistungsmotivation Skala Hoffnung auf Erfolg	13,99	3,02	14,63	2,67	$p = .095$
SF-12 körperlich: körperlicher Gesundheitszustand	46,04	9,96	47,44	11,11	$p = .333$
SF-12 psychisch: psychischer Gesundheitszustand	23,55	10,02	23,54	11,22	$p = .992$
BSEF: berufliche Selbstwirksamkeitserwartung	17,36	5,71	17,56	5,31	$p = .795$
WHODAS 2.0 (fehlende Werte laut Manual ersetzt): Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit	45,69 (n = 145)	15,75	49,06 (n = 90)	15,79	$p = .113$
Komplexer Unterstützungsbedarf: Probleme	1,81	0,46	1,75	0,46	$p = .363$
Komplexer Unterstützungsbedarf: Ressourcen	1,28	0,53	1,43 (n = 93)	0,37	$p = .008^*$

Anmerkungen: * statistisch signifikant

4.3.2 Nutzung von Unterstützungsangeboten im Zeitverlauf

Berufsbezogene Unterstützungs- und Rehabilitationsangebote

Tabelle 4 zeigt eine Übersicht der Nutzung von Maßnahmen zur beruflichen Unterstützung und Rehabilitation im Gesamtverlauf der Studie (T1 bis T2). In der VG haben 38,3 % der Teilnehmenden angegeben mindestens ein Angebot genutzt zu haben, davon am häufigsten Beratungsangebote (14,9 %), insbesondere durch den Integrationsfachdienst (IFD), sowie berufliche Bildungs- oder Trainingsmaßnahmen (10,6 %). Außerdem haben 19,1 % der Teilnehmenden in der VG an einer stationären Rehabilitation teilgenommen (davon 68 % psychosomatisch).

In der IPS-G haben 33,3 % der Teilnehmenden im Verlauf der zweijährigen Studienlaufzeit weitere berufliche Unterstützungsangebote genutzt. Am häufigsten wurden berufliche Trainingsmaßnahmen, wie z. B. in beruflichen Trainingszentren oder Umschulungen, genannt. Diese wurden zum Teil nach vorzeitigem Coachingende, aber auch während des IPS-Coachings genutzt. An stationären Rehabilitationen nahmen insgesamt 35 Teilnehmende (23,3 %) der IPS-G teil. Dabei nutzten 20 Teilnehmende (57 %) eine stationäre psychosomatische Rehabilitation und 15 Teilnehmende (43 %) eine andere stationäre medizinische Rehabilitation oder die genaue Indikation wurde nicht angegeben. Von 11 Personen (11,7 %) in der VG und 14 Personen (9,3 %) in der IPS-G lagen zu keinem Verlaufsmesszeitpunkt Angaben zur Nutzung von Angeboten vor.

Tabelle 4: Nutzung von beruflichen Unterstützungsangeboten im Zeitverlauf

	IPS-G		VG	
	n	%	n	%
Anzahl gesamt	150		94	
Keine Angaben nach T1	20	13,3	14	14,9
Mindestens ein Angebot genutzt	50	33,3	36	38,3
Davon				
Berufliche Bildungs- und Trainingsmaßnahmen (z. B. Fortbildungen, Umschulungen, BTZ)	14	9,3	10	10,6
Beratungsangebote (z. B. IFD)	5	3,3	14	14,9
Stationäre Reha	35	23,3	18	19,1
Sonstige (z. B. Reha-Nachsorge)	7	4,7	3	3,2

Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung

86,5 % aller Teilnehmenden haben während der Studienlaufzeit angegeben, eine ärztliche und/oder therapeutische Behandlung für eine psychische Erkrankung genutzt zu haben (IPS-G: 88,7 %; VG: 83,0 %). Von 15 Personen (10,0 %) der IPS-G und 11 Personen (11,7 %) der VG lagen jedoch zu keinem Verlaufsmesszeitpunkt Angaben zur Behandlung vor. Eine Psychotherapie wurde von 58,0 % der Personen in der IPS-G und 51,1 % in der VG wahrgenommen, während 81,3 % der IPS-G und 75,5 % der VG eine ambulante ärztliche Behandlung angaben.

4.4 Berufliche Ergebnismaße

Ein zusammengefasster Überblick über die zentralen beruflichen Ergebnismaße und den entsprechenden Vergleich zwischen IPS-G und VG (gemäß Haupthypothesen) wird in Abbildung 4 dargestellt.

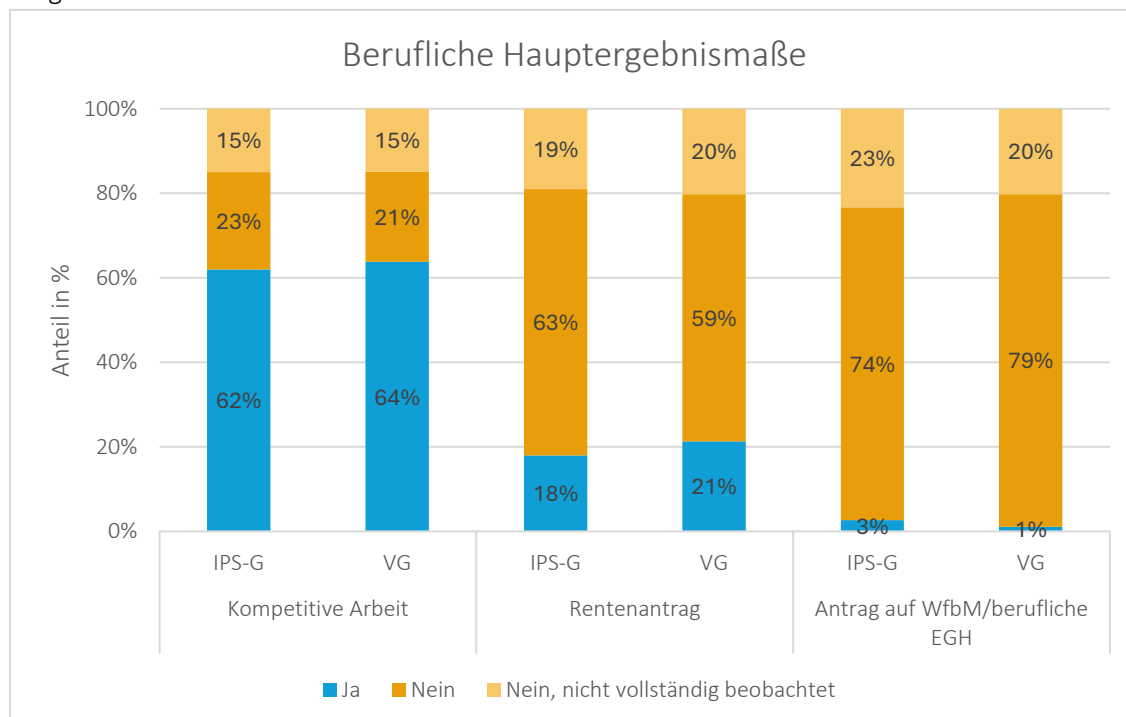


Abbildung 4: Überblick über die Ergebnisse in den beruflichen Hauptergebnismaßen

4.4.1 Platzierung auf dem ersten Arbeitsmarkt

In Tabelle 5 ist die Anzahl der Teilnehmenden aus der IPS-G bzw. VG dargestellt, die innerhalb der Studienlaufzeit mindestens einen Tag sozialversicherungspflichtig gearbeitet haben. In beiden Gruppen haben fast zwei Drittel der Teilnehmenden in einer kompetitiven Beschäftigung gearbeitet (IPS: n = 93; VG: n = 60). Jeweils 23 bzw. 14 Personen in der IPS-G und VG (je 15 %) wurden nicht bis zum Ende der Studienlaufzeit beobachtet und hatten bis zum letzten verfügbaren Beobachtungszeitpunkt nicht gearbeitet. Die Gruppen unterschieden sich nicht statistisch signifikant, $\chi^2 (1) = .083$, $p = .441$.

Tabelle 5: Aufnahme einer kompetitiven Arbeit in der IPS-G und VG

	IPS-G		VG	
	n	%	n	%
Kompetitive Arbeit	93	62,0	60	63,8
Keine kompetitive Arbeit	34	23,0	20	21,3
Keine kompetitive Arbeit (nicht vollständig beobachtet)	23	15,0	14	14,9
	150		94	

4.4.2 Antrag auf Erwerbsminderungsrente

Tabelle 6 zeigt die Anzahl der in der Studienlaufzeit gestellten EM-Rentenanträge. Während in der IPS-G 18 % der Teilnehmenden (n = 27) einen Rentenanspruch stellten, taten dies in der VG 21,3 % (n = 20). Der Unterschied zwischen den Gruppen war nicht statistisch signifikant, $\chi^2 (1) = .399$, $p = .319$.

Tabelle 6: Anträge auf Erwerbsminderungsrenten

	IPS-G		VG	
	N	%	N	%
Antrag EM-Rente	27	18,0	20	21,3
Kein Antrag EM-Rente	94	63,0	55	58,5
Kein Antrag EM-Rente (nicht vollständig beobachtet)	29	19,0	19	20,2
	150		94	

4.4.3 Anträge auf Teilhabeleistungen

Vier Teilnehmende der IPS-G (2,7 %) und eine Person aus der VG (1,1 %) haben während der Studienlaufzeit einen Antrag auf Aufnahme in eine WfbM oder berufliche EGH gestellt. Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant, $p = .361$. Dabei spielte es keine Rolle, wie über den Antrag beschieden wurde (Daten zum Ausgang der Antragstellung liegen nicht vor).

4.4.4 Subgruppenanalysen

In Abbildung 5 ist der Anteil an Teilnehmenden, die kompetitiv gearbeitet haben, getrennt für die Teilnehmenden mit bzw. ohne Arbeitsvertrag bei Studieneinstellung zu sehen. Weder in der Gruppe mit Arbeitsvertrag ($p = .864$) noch in der Gruppe ohne Arbeitsvertrag ($p = 1.000$) unterschieden sich die IPS-G und die VG statistisch signifikant bzgl. des Anteils der Personen in kompetitiver Arbeit. Insgesamt ist zu erkennen, dass Teilnehmende mit einem bestehenden Arbeitsvertrag häufiger gearbeitet haben, als Personen ohne bestehenden Arbeitsvertrag (IPS-G: 68 % vs. 51 % bzw. VG: 70 % vs. 50 %). Dieser Vergleich war einzeln weder für die IPS-G statistisch signifikant ($p = .056$), noch für die VG ($p = .100$). In

der Gesamtgruppe aller Teilnehmenden (IPS-G & VG; n = 244) zeigte sich jedoch, dass Personen mit bestehendem Arbeitsvertrag zu T1 signifikant häufiger im Verlauf kompetitiv gearbeitet haben (69 % vs. 51 %), $\chi^2 (1) = 7,262$, $p = .008$.

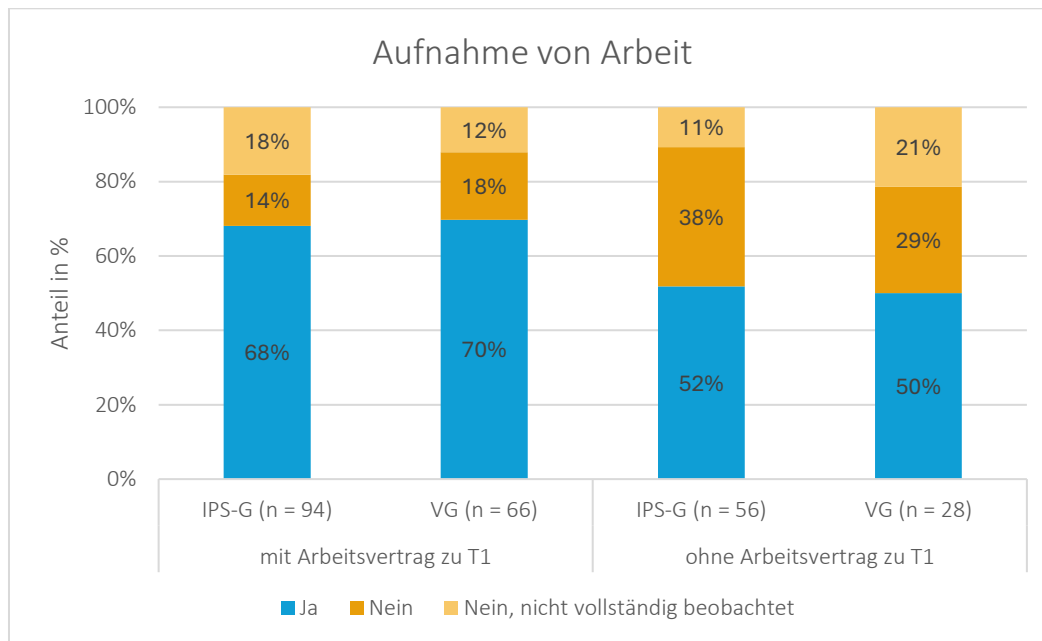


Abbildung 5: Aufnahme von Arbeit in den Subgruppen

In Bezug auf gestellte Erwerbsminderungsrentenanträge zeigte sich, dass innerhalb der Gruppe ohne Arbeitsvertrag bei Studieneinstellung in der VG (36 %) bei deskriptiver Betrachtung mehr Rentenanträge gestellt wurden als in der IPS-G (16 %). Der Unterschied war statistisch nicht signifikant, wobei der p-Wert an der Grenze des festgelegten Signifikanzniveaus lag, $\chi^2 (1) = 4.115$, $p = .055$. Innerhalb der Personengruppe mit bestehendem Arbeitsvertrag ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen IPS-G und VG ($p = .536$). Abbildung 9 zeigt den Anteil gestellter Rentenanträge jeweils für die Gruppen mit bzw. ohne Arbeitsvertrag bei Studieneinstellung.

Innerhalb der IPS-G gab es keinen signifikanten Unterschied ($p = .668$) zwischen Personen mit und ohne Arbeitsvertrag (zu T1) hinsichtlich der gestellten Rentenanträge. Innerhalb der VG stellten jedoch Teilnehmende ohne Arbeitsvertrag zu T1 signifikant häufiger einen Rentenantrag als Teilnehmende mit Arbeitsvertrag zu T1, $\chi^2 (1) = 4.963$, $p = .032$.

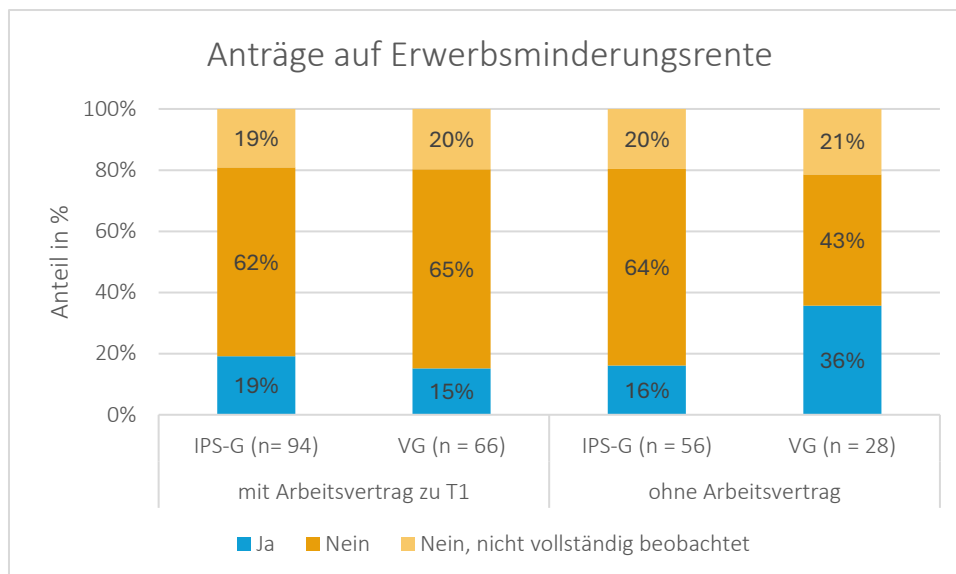


Abbildung 6: Anträge auf Erwerbsminderungsrente in den Subgruppen

Aufgrund der insgesamt sehr geringen Anzahl von Anträgen auf WfbM/berufliche EGH (siehe Abschnitt 4.4.3) wurde hier auf eine Subgruppenanalyse verzichtet.

4.4.5 Dauer der Beschäftigung

Die Analysen bzgl. der Dauer der Beschäftigung beziehen sich auf n = 93 Personen in der IPS-G und n = 60 Personen in der VG, die im Beobachtungszeitraum mindestens einen Tag kompetitiv gearbeitet haben. Abbildung 10 zeigt deskriptiv die Gesamtdauer „in Arbeit“ während der Beobachtungszeit von maximal zwei Jahren (pro Person kumulative Dauer aller Beschäftigungen). Bei Teilnehmenden in der VG wurden im Mittel Md = 422,5 Tage (13,9 Monate; Min: 15, Max: 703 Tage) in Arbeit dokumentiert und bei Teilnehmenden in der IPS-G Md = 486,0 Tage (16,0 Monate; Min: 2, Max: 730 Tage).

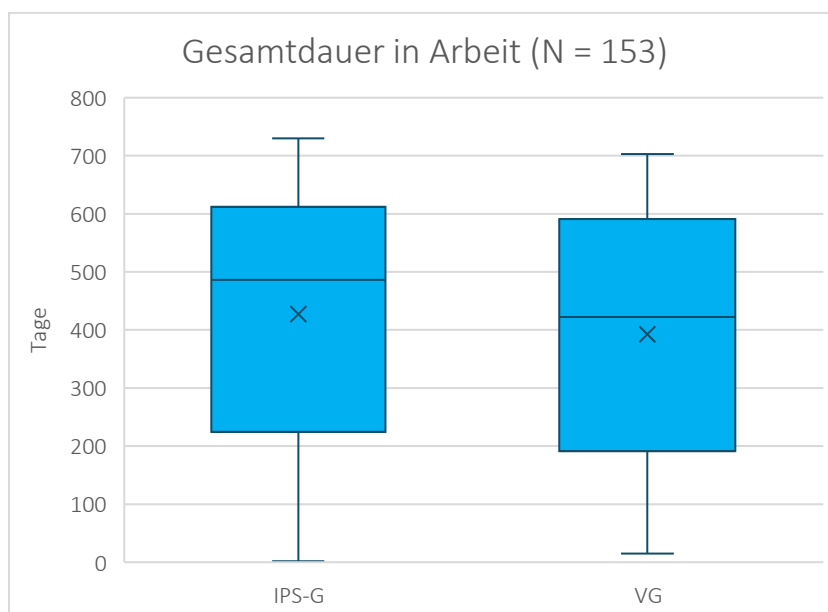


Abbildung 7: Vergleich der Gesamtdauer in Arbeit während der Studienlaufzeit

Anmerkungen: horizontaler Strich = Median, X = Mittelwert

Da die Dauer der Beschäftigung nicht normalverteilt war, wurden die statistischen Vergleiche zwischen IPS-G und VG mithilfe von non-parametrischen Testverfahren (Mann-Whitney-U-Test) berechnet. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen bzgl. der insgesamt gearbeiteten Tage, $U = 2510.00$, $Z = -1.046$, $p = .297$.

Es zeigten sich ebenfalls keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen der IPS-G und VG hinsichtlich der Gesamtdauer „in Arbeit“ in den Untergruppen der Teilnehmenden mit bestehendem Arbeitsvertrag zu T1 ($U = 1276$, $Z = -1.188$, $p = .237$) bzw. ohne bestehenden Arbeitsvertrag zu T1 ($U = 176.50$, $Z = -.687$, $p = .501$).

Aufgrund von verkürzten Beobachtungsdauern bei einigen Teilnehmenden (siehe Abschnitt 4.1) wurde in einer zusätzlichen Analyse die tatsächliche Beobachtungszeit berücksichtigt. Dazu wurde eine lineare Regressionsanalyse mit der abhängigen Variable „Anzahl Tage gearbeitet“ und den unabhängigen Variablen „Gruppe“ (IPS-G vs. VG) und „Beobachtungszeit“ berechnet. Auch hier zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen, $b = -1.380$, $SE = 33.683$, $p = .967$.

4.4.6 Dauer bis zum Wiedereinstieg

Die mittlere Dauer bis zur (Wieder-)Aufnahme einer Arbeit betrug in der Gesamtstichprobe $Md = 117$ Tage (ca. 4 Monate; $n = 153$). 85,6 % aller Teilnehmenden, die während der Studienlaufzeit eine Arbeit aufnahmen, taten dies zudem innerhalb des ersten Jahres. Zwischen der IPS-G und der VG zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede in der Dauer bis zur ersten Arbeitsaufnahme, $U = 2610.00$, $Z = -.673$, $p = .503$.

4.4.7 Aufnahme von nicht-kompetitiver Beschäftigung

In der IPS-G gingen insgesamt 21 Teilnehmende (14,0 %) einer „nicht-kompetitiven“ Beschäftigung nach. Davon nahmen 15 im Verlauf ebenfalls eine kompetitive Arbeit auf und sechs Personen waren ausschließlich in einer nicht-kompetitiven Tätigkeit beschäftigt. Diese Tätigkeiten waren: selbstständige Tätigkeit (1), geringfügige Beschäftigung (3), Tätigkeit in unterstützter Form (1), Honorartätigkeit (1). In der VG gaben insgesamt sieben Personen (7,4 %) eine „nicht-kompetitive“ Tätigkeit an, wovon sechs auch eine kompetitive Beschäftigung aufnahmen. Eine Person ging im Studienzeitraum ausschließlich einer geringfügigen Beschäftigung nach.

4.4.8 Zusammenfassung und Zwischenfazit

Für die Auswertung der Hauptfragestellung wurden im Rahmen einer prospektiven kontrollierten Studie insgesamt 150 Personen in die Interventionsgruppe (IPS-G; IPS-Coaching) und 94 Personen in die Vergleichsgruppe (VG; Regelversorgung) eingeschlossen. Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmenden hatte die Diagnose einer depressiven Störung und ca. zwei Drittel hatten bei Studieneinsteuerung einen bestehenden Arbeitsvertrag. Hinsichtlich der gemessenen Ausgangsmerkmale waren die IPS-G und die VG weitgehend vergleichbar. Die VG bestand jedoch zu einem etwas höheren Anteil aus Frauen, hielt bei bestehendem Arbeitsvertrag diesen bereits seit längerer Zeit, und erreichte bessere Werte in einem Screeningverfahren für kognitive Leistungen.

Die primäre Hypothese, dass das IPS-Coaching zu einem höheren Anteil von Personen führt, die während der Studienlaufzeit wieder berufstätig werden, konnte nicht bestätigt werden. Während 62 % der IPS-Teilnehmenden wieder kompetitiv gearbeitet haben, nahmen in der VG mit 63,8 % ähnlich viele Teilnehmende eine Arbeit auf. Ebenso gab es keine relevanten Unterschiede hinsichtlich der Anträge auf Erwerbsminderungsrente, Anträge auf Aufnahme in eine WfbM/berufsbezogene EGH, sowie der Dauer der Beschäftigung oder der Dauer bis zur (Wieder-)Aufnahme von Arbeit. Es lässt sich also festhalten, dass das IPS-Coaching unter den Bedingungen im Modellprojekt IPS-ZIB und in der vorliegenden

Stichprobe von Personen mit überwiegend depressiven Störungen und guter Berufshistorie nicht zu einer besseren Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt im Vergleich zur Regelversorgung führte.

Die explorative Auswertung der beruflichen Hauptergebnismaße in den Untergruppen der Personen mit und ohne bestehendes Arbeitsverhältnis legte deskriptiv nahe, dass in der Gruppe ohne bestehenden Arbeitsvertrag bei Studienbeginn in der VG häufiger EM-Rentenansprüche gestellt wurden (36 %) als in der IPS-G (16 %). In Anbetracht der geringen Größe der Untergruppen war dieser Unterschied jedoch nur an der Grenze der statistischen Signifikanz ($p = .055$), sodass hier nur ein Hinweis auf potenzielle Unterschiede, jedoch kein belastbarer Beleg vorliegt. Insgesamt bleibt somit offen, ob IPS für Personen mit und ohne bestehende Arbeitsstelle unterschiedlich wirksam ist. Über alle Teilnehmenden hinweg gab es Hinweise darauf, dass die (Wieder-)Aufnahme von Arbeit bei Personen, die bereits eine Stelle hatten, insgesamt häufiger gelang.

Limitationen

Die umfangreiche Untersuchung bei Studieneinsteuerung umfasste eine große Anzahl möglicher demographischer, berufsbezogener und klinischer Faktoren, die insgesamt eine gute Vergleichbarkeit der IPS-G und VG nahelegen. Die Teilnehmenden wurden jedoch nicht per Zufallsprinzip in die Gruppen zugeteilt, sodass nicht auszuschließen ist, dass sich die Gruppen bei Studienbeginn in Bezug auf nicht gemessene Merkmale unterschieden. Durch die Einstiegs- und Ausschlusskriterien unterschied sich die Stichprobe von vielen anderen internationalen und auch anderen deutschsprachigen IPS-Projekten, insbesondere aufgrund des großen Anteils der Teilnehmenden mit einem bestehenden Arbeitsvertrag zu Studienbeginn. Die vorliegenden Ergebnisse gelten daher zunächst nur für die untersuchte Gruppe von Personen mit überwiegend depressiven Störungen, die trotz eines hohen Unterstützungsbedarfs, Berufserfahrung und Nähe zum Arbeitsmarkt sowie häufig auch einen bestehenden Arbeitsvertrag aufwiesen. Eine weitere Limitation besteht darin, dass die dichotomen Hauptergebnismaße zwar relevante Etappen der beruflichen Rehabilitation abbilden, jedoch keine differenzierte Aussage zur langfristigen Stabilität oder dauerhaften Integration in den Arbeitsmarkt ermöglichen.

4.5 Sekundäre Ergebnismaße

Das primäre Ziel des IPS-Coachings ist die nachhaltige Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Die zentrale Fragestellung des Projekts IPS-ZIB war daher, ob IPS die Aufnahme von kompetitiver Arbeit im Vergleich zu Regelangeboten verbessert. Auch in der internationalen Literatur sind berufsbezogene Ergebnismaße, insbesondere die Arbeitsaufnahme und die Beschäftigungsdauer, besonders verbreitet (Frederick & VanderWeele, 2019; Kinoshita et al., 2013). Das Ziel der beruflichen Rehabilitation ist im IPS-Kontext jedoch auch mit dem Ziel der sozialen Teilhabe verbunden. Das IPS-Konzept beinhaltet eine individuelle, flexible und langfristige Begleitung durch eine*n Coach*in sowie den Austausch mit medizinischen und arbeitsrehabilitativen Stellen nach Bedarf der Teilnehmenden. Der niedrigschwellige Ansatz setzt den Fokus auf den Beruf, orientiert sich jedoch an der Lebenswelt der Teilnehmenden und bezieht bei Bedarf auch andere Themen mit ein, um Barrieren für eine nachhaltige Beschäftigung abzubauen. Die Bedeutung der Beziehung zwischen Coaches und Teilnehmenden zeigt sich auch in der Auswertung der Erfahrungen der IPS-Coaches bei IPS-ZIB (siehe dazu übergeordneter Abschlussbericht Abschnitte 4.7.3 sowie 4.7.5 und 4.7.6). Es ist daher denkbar, dass IPS über die berufliche Rehabilitation hinaus einen größeren Einfluss auf die Teilnehmenden haben könnte als die Regelversorgung. Die bisher ausgewerteten beruflichen Ergebnismaße wurden zwar von den Teilnehmenden selbst berichtet, beinhalten allerdings keine subjektive Einschätzung der Teilnehmenden. Für eine Gesamtbetrachtung der Wirkung des IPS-Coachings könnte es jedoch hilfreich sein, auch eine subjektive Komponente einzubeziehen. In einer explorativen Zusatzauswertung wurden daher die subjektive Arbeitsfähigkeit sowie psychosoziale Ergebnismaße im Selbstbericht der Teilnehmenden in der VG und IPS-G untersucht.

Dabei wurde exploriert, ob sich die Gruppen unter Berücksichtigung der Ausgangsbedingungen in ihrer subjektiven Arbeitsfähigkeit, Funktionsfähigkeit, Symptombelastung und dem allgemeinen psychischen Gesundheitszustand bei der Abschlussbefragung (T2) unterschieden.

4.5.1 Methode

In die Auswertung eingeschlossen wurden alle Teilnehmenden der IPS-G und VG (n = 244).

Ergebnismaße

Um die statistische Analyse auf relevante Fragestellungen zu fokussieren, wurden nach Abwägung der Anzahl fehlender Werte und praktischer Relevanz vier Maße ausgewählt, die möglichst verschiedene gängige Konstrukte abbilden: subjektiv wahrgenommene Arbeitsfähigkeit (WAS), Alltagsfunktionalität (WHODAS 2.0), Symptomschwere (BDI-II) und seelischer Gesundheitszustand. Da der Großteil der Teilnehmenden eine Depressionsdiagnose hatte (siehe Abschnitt 4.3.1), wurden bei der Analyse der Symptombelastung Teilnehmende mit psychotischen oder bipolaren Störungen ausgeschlossen und die Symptomschwere ausschließlich bei Teilnehmenden mit Depression untersucht.

Statistische Auswertung

Aufgrund von „Dropouts“ aus der wissenschaftlichen Begleitung und einzelnen fehlenden Items lagen vollständige Daten zu T1 und T2 im WAS von 168 Personen (68.9 %), im WHODAS von 116 Personen (47.5 %) und zum seelischen Gesundheitszustand von 171 (70,1 %) vor. Unter Ausschluss von Personen ohne Depressionsdiagnose (N = 217) lagen für den BDI-II vollständige Daten zu T1 und T2 von 143 Personen vor (65,9 %). Aufgrund der hohen Anzahl fehlender Werte und vieler verfügbarer weiterer Variablen im Datensatz, die zur Erklärung der fehlenden Daten beitragen können, wurde eine Multiple Imputation durchgeführt (van Buuren, 2018). Hierbei werden die fehlenden Daten mithilfe von anderen verfügbaren Variablen im Datensatz durch plausible Werte ersetzt. Dieses Vorgehen wird in einer festgelegten Anzahl an Durchgängen wiederholt und die Ergebnisse werden kombiniert, um die Unsicherheit der Ersetzung zu berücksichtigen. Es wurden 30 Imputationen mit vollständig bedingter Spezifikation (MCMC) und „Predictive Mean Matching“ (5 beste Vorhersagen) mit dem Statistikprogramm SPSS Version 29.0 durchgeführt. Als Prädiktoren, um die fehlenden Werte auf Itemebene zu schätzen, wurden alle Variablen aus den nachfolgenden Berechnungsmodellen sowie alle zu T1 gemessenen Variablen, die signifikant mit dem Wert oder dem Fehlen der Outcomes (WHODAS T2; WAS T2, BDI-II T2, seelischer Gesundheitszustand T2) zusammenhängen, genutzt. Aufgrund der hohen Anzahl an Items im WHODAS und BDI-II Fragebogen, wurde ein schrittweises Vorgehen mithilfe des „Parcel-Summary“ Ansatzes angewendet (Eekhout et al., 2016). Dafür wurden jeweils die WHODAS-Items der einzelnen Domänen zu T1 und T2 bzw. die BDI-II Items je zu T1 und T2 in separaten Modellen ersetzt, um die Anzahl der Items pro Modell zu reduzieren. Es wurden zwei separate Imputationsdatensätze für die klinischen Maße (BDI-II und seelischer Gesundheitszustand) und für den WAS und WHODAS gebildet.

Zunächst wurde die Veränderung in der Arbeitsfähigkeit und der Alltagsfunktionalität von Studieneinsteuerung (T1) bis zur Abschlussdiagnostik nach zwei Jahren (T2) für die VG und die IPS-G deskriptiv dargestellt. Hierfür wurden die deskriptiven Werte aus den imputierten Datensätzen verwendet. Für die Beantwortung der Ausgangsfragen wurden lineare Regressionsmodelle mit dem Kriterium WHODAS 2.0 Gesamtwert bzw. WAS, seelischer Gesundheitszustand und BDI-II zu T2 berechnet. Als Prädiktoren wurden die jeweiligen T1-Werte der Outcomes und die Variable „Gruppe“ (IPS-G vs. VG) eingeschlossen. Für alle Berechnungen werden sowohl die Ergebnisse der durch die Imputation vervollständigten Daten als auch die Ergebnisse unter alleiniger Berücksichtigung vorhandener Daten berichtet.

4.5.2 Ergebnisse

Insgesamt wurde sowohl in der IPS-G als auch in der VG eine Verbesserung in allen Maßen von T1 zu T2 beobachtet. Während zu T1 die Arbeitsfähigkeit (WAS) auf der beschriebenen Skala von 1 (völlig arbeitsunfähig) bis 10 (beste Arbeitsfähigkeit) im Mittel bei $M = 3.35$ ($SD = 2.21$) lag, lag sie bei T2 bei durchschnittlich $M = 5.25$ ($SD = 2.96$). Die durchschnittliche Einschränkung in der Funktionsfähigkeit im WHODAS Gesamtscore (0-100) lag zu T1 bei $M = 47,01$ ($SD = 15,70$) und bei T2 bei $M = 33,11$ ($SD = 17,31$). Der seelische Gesundheitszustand (0-100) wurde zu T1 mit durchschnittlich $M = 44,53$ ($SD = 19,59$) Punkten bewertet und verbesserte sich zu T2 ($M = 60,36$; $SD = 19,59$). Unter Personen mit depressiven Störungen verringerte sich außerdem die Symptomschwere (0-63) von T1 ($M = 24,95$; $SD = 10,80$) zu T2 ($M = 16,63$; $SD = 11,53$).

Die Ergebnisse der Regressionsanalysen zur Vorhersage der sekundären Ergebnismaße sind in Tabelle 7 dargestellt. In der Arbeitsfähigkeit (WAS) zu T2 zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der IPS-G und VG. Bezüglich der Alltagsfunktionalität (WHODAS 2.0), der Symptombelastung (BDI-II) und dem seelischen Gesundheitszustand zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der IPS-G und VG. Verglichen mit der VG hatte die IPS-G durchschnittlich einen um 4,5 Punkte reduzierten, also verbesserten, WHODAS Gesamtwert bei der Abschlussdiagnostik. Der seelische Gesundheitszustand (0-100) war zu T2 in der IPS-G um durchschnittlich 7,1 Punkte höher als in der VG. Unter den Teilnehmenden mit Depressionsdiagnose war die Symptombelastung zu T2 (0-63) in der IPS-G um durchschnittlich 3,6 Punkte niedriger als in der VG. Da die jeweiligen Ausgangswerte bei Studieneinsteuerung berücksichtigt wurden, sind diese Effekte unabhängig von möglichen Unterschieden bei Studieneinsteuerung zu interpretieren. Es sind jedoch die geringen Effektstärken mit einer zusätzlichen Varianzaufklärung der Variable „Gruppe“ zwischen 1,6 % (WHODAS) und 2,4 % (BDI-II) zu beachten.

Tabelle 7: Ergebnisse der Regressionsanalysen für die sekundären Ergebnismaße

	b [CI95]	SE	T	Sig.	Änderung in R ²
T2 WAS					
Originaldaten (n = 168)					.037
T1 WAS	.258 [.055; .462]	.103	2.511	.013*	.037
Gruppe (Ref: VG)	.121 [-.775; 1.018]	.454	.267	.789	.000
Imputation (n = 244)					.030
T1 WAS	.222 [.031; .414]	.097	2.286	.023*	.029
Gruppe (Ref: VG)	.094 [-.791; .980]	.450	.210	.834	.002
T2 WHODAS					
Originaldaten (n = 116)					.296
T1 WHODAS	.624 [.413; .834]	.106	5.867	<.001***	.267
Gruppe (Ref: VG)	-8.594 [-15.161; -2.026]	3.315	-2.592	.011*	.041
Imputation (n = 244)					.281
T1 WHODAS	.554 [.415; .832]	.063	8.757	<.001***	.265
Gruppe (Ref: VG)	-4.496 [-15.091; -2.096]	2.085	-2.156	.031*	.016
T2 Seelischer Gesundheitszustand					
Originaldaten (n = 171)					.148
T1 Seel. Gesund.	.414 [.241; .588]	.088	4.721	<.001***	.127
Gruppe (Ref: VG)	7.138 [2.210; 14.066]	3.509	2.034	.044*	.021

Imputation (n = 244)					.107
T1 Seel. Gesund.	.328 [.162; .495]	.085	3.879	<.001***	.085
Gruppe (Ref: VG)	6.901 [.101; 13.701]	3.456	1.997	.047*	.023
T2 BDI-II (nur Depression)					
Originaldaten (n = 143)					.215
T1 BDI-II	.560 [.373; .748]	.095	5.912	<.001***	.194
Gruppe (Ref: VG)	-3.719 [-7.464; .026]	1.894	- 1.963	.052	.022
Imputation (n = 217)					.178
T1 BDI-II	.430 [.283; .577]	.075	5.751	<.001***	.154
Gruppe (Ref: VG)	-3.593 [-6.600; -.586]	1.534	- 2.343	.019*	.024

Anmerkungen. *b* = Regressionsgewicht; *SE* = Standardfehler; *R*²: Varianzaufklärung für die Gesamtmodelle bzw. die zusätzliche Varianzaufklärung bei Aufnahme der einzelnen Prädiktoren ins Modell; * = signifikant; ** = sehr signifikant; *** = hoch signifikant; Gruppe: Referenzgruppe (0) ist die Vergleichsgruppe (VG).

4.5.3 Zusammenfassung und Zwischenfazit

Sowohl die IPS- als auch die Vergleichsgruppe verbesserten sich im Laufe der zweijährigen Studienlaufzeit in ihrer selbst eingeschätzten Arbeitsfähigkeit, Alltagsfunktionalität, Symptombelastung und dem seelischen Gesundheitszustand. In Übereinstimmung mit den anderen beruflichen Ergebnismaßen (siehe Abschnitt 4.4) gab es bei der Abschlussdiagnostik keine Unterschiede in der selbst eingeschätzten Arbeitsfähigkeit zwischen den Gruppen. Es zeigte sich jedoch, dass die IPS-G, unabhängig von den Angaben bei Studieneinsteuerung, nach zwei Jahren eine bessere Alltagsfunktionsfähigkeit und einen besseren seelischen Gesundheitszustand angab als die VG. Teilnehmende mit Depression berichteten außerdem eine geringere Symptombelastung nach zwei Jahren, wenn sie in der IPS-G statt in der VG waren. In Anbetracht des explorativen Vorgehens und der hohen Anzahl fehlender Werte (teilweise bis zu 52,5 %) können diese Ergebnisse nur erste Hinweise darauf geben, dass das IPS-Coaching nicht zu einer besseren Arbeitsfähigkeit, jedoch möglicherweise zu einer Verbesserung der selbstberichteten Funktionsfähigkeit und psychischen Gesundheit beigetragen haben könnte. Die praktische Relevanz der Unterschiede zwischen der IPS-G und VG muss im Hinblick auf die geringen Effektstärken jedoch kritisch diskutiert werden.

Limitationen

Bei der Auswertung der sekundären Ergebnismaße handelt es sich um ein exploratives Vorgehen, das post hoc als Ergänzung zur Hauptauswertung der beruflichen Eingliederung entwickelt wurde. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist außerdem die hohe Anzahl fehlender Werte zu berücksichtigen. Trotz Anwendung der multiplen Imputation als „State of the Art“ Methode im Umgang mit fehlenden Werten, gehen die Ergebnisse mit erhöhter Unsicherheit einher, da die tatsächlichen Angaben insbesondere der Teilnehmenden mit vollständig fehlenden Fragebögen, unklar bleiben. Bei der Auswertung des BDI-II fällt auf, dass bei Betrachtung nur der vollständigen Daten der Signifikanzwert leicht über .05 liegt und somit im Gegensatz zu den imputierten Daten auf einen statistisch nicht signifikanten Effekt der Gruppe hindeutet.

4.6 Netzwerkanalyse

Im Rahmen des Modellprojektes wurde ergänzend zu den quantitativen Analysen der primären und sekundären Ergebnismaße auch eine primär qualitativ-orientierte Analyse der psychosozialen

Netzwerkstrukturen zur arbeitsbezogenen Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen durchgeführt (siehe Kapitel 2). Ziel dieser Netzwerkanalyse war es, Ausprägungsformen und Veränderungen in dieser themenspezifischen Zusammenarbeit über den Projektverlauf hinweg zu untersuchen. Hierzu wurden sowohl zu Beginn (Baseline-Erhebung) als auch am Ende des Modellprojektes (Abschlusserhebung) verschiedene Netzwerkmerkmale und Bedarfe der Akteure und Akteurinnen erfasst. Aufgrund struktureller und organisatorischer Unterschiede zwischen den beiden Projektstandorten erwies sich an dieser Stelle eine getrennte Datenerhebung und -auswertung für die Netzwerkanalyse als methodisch sinnvoll.

4.6.1 Baseline-Erhebung

Das Ziel der ersten Netzwerkanalyse war es, den aktuellen Ist-Zustand der Vernetzung und Zusammenarbeit zur Beschäftigung von Menschen mit psychischen Erkrankungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu untersuchen und Bedarfe zu erfassen. Die Analyse der lokalen Netzwerkstrukturen in den Regionen Mecklenburg-Vorpommern und Westfalen (Bielefeld) erfolgte im Jahr 2021 mithilfe von zwei separaten Datenerhebungen. Zum einen wurden Akteure und Akteurinnen aus dem Bereich Sozialpsychiatrie, Rehabilitation und Arbeit anhand einer Online-Umfrage zur Vernetzung mit anderen Institutionen und Unternehmen befragt. Zum anderen wurden strukturierte telefonische Interviews mit Arbeitgebenden und Vertretenden von Verbänden geführt.

Bielefeld

Online-Fragebogen: Akteure/Akteurinnen der Sozialpsychiatrie, Rehabilitation und Arbeit

Am Standort Bielefeld wurde der Link für den Online-Fragebogen (siehe Anlage 3) an insgesamt 99 Personen versendet. Der Rücklauf war mit 16 gültigen Fällen gering. Teilgenommen haben Personen aus den folgenden Institutionen: Psychiatrische Klinik, Agentur für Arbeit, Eingliederungshilfe, Selbsthilfestellen, Beratungsstellen/Sozialpsychiatrie, Inklusionsunternehmen, Handelspartner*innen, Psychotherapie-Ambulanz, Tagesstätte.

- Erfahrung mit konkreten Fällen

Es zeigte sich, dass 13 von 16 Befragten (81 %) im Jahr 2019 mit Personen zu tun hatten, die psychisch beeinträchtigt waren und eine Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt aufnehmen wollten. Jeweils 3 Befragte hatten dabei täglichen, monatlichen bzw. quartalsweisen Kontakt, während eine Person die Frage nach der Häufigkeit nicht beantwortete. 11 dieser 13 Befragten (85 %) hatten im Rahmen eines oder mehrerer dieser Fälle mit mindestens einer anderen Einrichtung oder Person Kontakt. Vier dieser 13 Befragten (31 %) haben im Rahmen eines oder mehrerer dieser Fälle an einer Fallkonferenz teilgenommen. Die Zusammenarbeit in Bielefeld, wenn es um einen konkreten Fall zum Thema "Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen auf dem Arbeitsmarkt" geht, wurde durch 8 von 16 Befragten (50 %) als eher gut oder sehr gut eingeschätzt, von 3 Personen (19 %) weder gut noch schlecht und von 4 Personen (25 %) eher schlecht. Eine Person beantwortete die Frage nicht.

- Umfang von regionalem Austausch und Vernetzung

Es zeigte sich, dass sich 13 von 16 Befragten (81 %) mit Vertretenden anderer Einrichtungen, Diensten und Unternehmen thematisch austauschten, wenn es um Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen geht, die eine Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt aufnehmen möchten.

Dabei wurden von 10 Personen insgesamt 29 verschiedene Gremien, Arbeitskreise/-gruppen, Netzwerke o. ä. genannt, z. B. Fallbesprechung Jobcenter Kreis Gütersloh, Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft oder AGBI Bielefeld (Netzwerk der Bielefelder Beschäftigungsinitiativen). Von 8 Personen wurden insgesamt 20 verschiedene persönliche Kontakte/Telefonate benannt. 7 von 16

Befragte (44 %) gaben an, dass zwischen ihrer und anderen Institutionen/Unternehmen Vereinbarungen zur verbindlichen Zusammenarbeit (Kooperationsvereinbarungen) bestehen, wenn es um psychisch beeinträchtigte Menschen geht, die eine Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt aufnehmen, z. B. mit Jobcentern oder beruflichen Trainingszentren (BTZ). Neun Befragte (56 %) schätzten ihre Kenntnisse über die konkreten Ansprechpartner*innen in Bielefeld, wenn es um die Vermittlung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen auf den ersten Arbeitsmarkt geht, eher gut oder sehr gut ein. Vier Personen schätzten ihre Kenntnisse weder gut noch schlecht ein und 2 Personen eher schlecht. Eine Person beantwortete die Frage nicht.

- Qualität der Vernetzung und Zusammenarbeit

Die Ergebnisse zur Qualität des Austauschs sind in Abbildung 8 zusammengefasst.



Abbildung 8: Einschätzung der Qualität der Zusammenarbeit

Bedarfe

15 von 16 Befragten (94 %) schätzten den Bedarf, die Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen auf dem ersten Arbeitsmarkt in Bielefeld auszubauen, hoch oder sehr hoch ein. Eine Person beantwortete die Frage nicht. 8 von 16 Befragten (50 %) schätzten zudem den Bedarf, eine institutionenübergreifende Fallkonferenz/Fallbesprechung zu etablieren, die sich mit der individuellen Vermittlung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen auf den ersten Arbeitsmarkt beschäftigt, als hoch oder sehr hoch ein. Vier Befragte (25 %) sahen weder hohen noch niedrigen Bedarf und 3 Personen (19 %) sahen einen niedrigen Bedarf.

Zwölf Teilnehmende (75 %) haben Ideen geäußert, um die Zusammenarbeit mit Unternehmen in Bielefeld zu verstärken. Die Zusammenfassung dieser Antworten ist in Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 8: Vorschläge zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit Unternehmen

Leichter Zugang (zu Praktika)	Professionelle Unterstützung	Auf Unternehmen zugehen und informieren	Mehr und öffentlicher Austausch
„ fehlende Praktikumsplätze... “	„ Begleitung am Arbeitsplatz , falls notwendig“	„ Anreize für Arbeitgeber schaffen, psychisch erkrankte Personen einzustellen“	„Ich denke der Austausch muss offener erfolgen“
„ längere Praktika , Vermittler müssen die Arbeitsplätze kennen, um besser zu vermitteln.“	„mehr qualifiziertes Personal “	„Mehr aufsuchende Kontakte bei Unternehmen durch z. B. die Reha-Beraterinnen der Agentur für Arbeit“	„... es gibt große Berührungshemmnisse... weil die gegenseitigen Erwartungen unklar sind “
„... niedrigschwelliger Einstieg ... um gemeinsame Erfahrungen zu sammeln...“	„gutes Job-Coaching... “	„Netzwerk mit Personen der Unternehmen auf höherer Hierarchie-Ebene ; Entwicklung einer gemeinsamen Haltung für Inklusion“	„...mehr öffentliche Diskussionen mit allen Akteuren und Betroffenen , Förderung der Diversität durch öffentliche Veranstaltungen oder positive lokale Beispiele in den Medien.“
	„...wieder persönliche Betreuung , nicht nur telefonisch.“	„...über Unterstützungsangebote informieren → persönlicher Ansprechpartner ist der Schlüssel dazu!“	
		„auch kleine und mittelständische Unternehmen heranzuführen“	

Telefoninterviews: Vertretende des 1. Arbeitsmarktes: Verbände & Arbeitgebende

Für die Durchführung telefonischer Interviews (Fragebogen siehe Anlage 3) mit Vertretungen des allgemeinen Arbeitsmarkts wurden in Bielefeld insgesamt 81 Unternehmen und 16 Verbände/Innungen kontaktiert. Anhand eines Online-Firmenverzeichnisses für Bielefeld wurden zufällig Firmen kontaktiert (z. B. jeder 100. Eintrag eines Abschnitts). Mit 15 Personen wurden Telefoninterviews abgeschlossen. Darunter waren zwei Vertretende von Verbänden und 13 Arbeitgebende (Bau-/Elektro-Großhandel, Immobiliengewerbe, Druckerei, Metallverarbeitung, Raumausstattung, Restaurantverwaltung, Dachdeckerei, Beschäftigungsprojekt, Automobilhandel).

Erfahrungen

47 % der Teilnehmenden haben in den vergangenen 3 Jahren Erfahrungen mit Mitarbeitenden in psychischen Krisen gemacht. 73 % fühlen sich sicher oder eher sicher im Umgang mit psychisch erkrankten Mitarbeitenden. 11 von 15 Befragten (73 %) haben Kenntnisse zum regionalen Hilfesystem in der Region. Die meisten davon aus informellen (55 %) und formellen Kontakten (36 %). 2 von 15 Befragten (13 %) nehmen an regionalen Arbeitskreisen teil. 4 von 15 Befragten (27 %) hatten Kontakt zu mindestens einem externen Dienst, der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in Arbeit vermittelt (darunter Agentur für Arbeit (4), Jobcenter (2), IFD (1), Arbeitsmediziner*in (1)). Vier von 15 Befragten (27 %) sehen eine gute bis sehr gute Zusammenarbeit zwischen ihnen und den Akteuren und Akteurinnen des psychiatrischen Hilfesystems. Die übrigen Befragten können hierzu keine Aussage treffen (40 %) oder sehen keine bis schlechte Zusammenarbeit (33 %).

Bedarfe

80 % wünschten sich Unterstützung im Umgang mit psychisch erkrankten Mitarbeitenden, z. B. in Form von: festen Ansprechpersonen von Hilfsangeboten (75 %), Informationen zum Umgang mit psychischen Beeinträchtigungen (67 %), ein extern gefördertes Coaching-Programm (wie bspw. IPS-Coaching) (58 %), Informationen über arbeitsrechtliche Aspekte (33 %) und/oder sonstige Unterstützungsmöglichkeiten (33 %).

53 % möchten schneller mit Akteuren und Akteurinnen in Kontakt kommen, die bei Mitarbeitenden mit psychischen Beeinträchtigungen unterstützen können. 40 % haben einen mittleren bis sehr hohen Bedarf für intensivere Zusammenarbeit mit Vertretenden von psychiatrischen Hilfsangeboten, 2 Befragte (13 %) haben wenig, 6 Befragte (40 %) haben keinen Bedarf.

Es wurden außerdem Vorschläge erfragt, wie die Zusammenarbeit mit Vertretenden von psychiatrischen Hilfsangeboten, um Menschen mit psychischen Erkrankungen besser auf den ersten Arbeitsmarkt zu vermitteln/zuhalten, verbessert werden kann. Die genannten Ideen beinhalteten den Aufbau fester Strukturen zu Ansprechpersonen/-organisation (4), Aufklärung über mögliche unterstützende Angebote oder ein vorangehendes Training (je 1), sowie eine direkte und offene Kommunikation mit Betroffenen, Arbeitgebenden und Behandelnden (1).

Mecklenburg-Vorpommern

Online-Fragebogen: Akteure/Akteurinnen der Sozialpsychiatrie, Rehabilitation und Arbeit

In Mecklenburg-Vorpommern wurde der Link für den Online-Fragebogen (Fragebogen siehe Anlage 3) an 83 Ansprechpersonen verschickt. Die Rücklaufquote betrug mit 35 gültigen Fällen 42 %. Teilgenommen haben psychiatrische Kliniken (3), der regionale IFD (1), die Agentur für Arbeit/das Jobcenter (7), Vertretende der Selbsthilfe/Genesungsbegleitung (EX-IN) (3), eine Praxis für Psychotherapie (1), Mitarbeitende der Eingliederungshilfe (EGH) (10) sowie der öffentlichen Verwaltung/Kommune (5), Sozial- und Sucht-Beratungsstellen (2) sowie Bildungsträger (2) und Rentenversicherungsträger (1).

71 % berichten von fallübergreifender Zusammenarbeit bei der Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Menschen, welche eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt aufnehmen wollen. Von diesen 25 Personen geben 12 (48 %) an, in mindestens einem Gremium zum Thema Arbeit vertreten zu sein.

Erfahrungen mit konkreten Fällen berichteten 57 % der 35 Befragten; davon berichteten 7, an einer Fallkonferenz teilgenommen zu haben. Vier dieser Fallkonferenzen fanden im Rahmen des Teilhabeanforderungsverfahrens (SGB IX) statt und die anderen drei wurden initiiert vom Jobcenter, von der Agentur für Arbeit und einem EGH-Leistungserbringer (je 1).

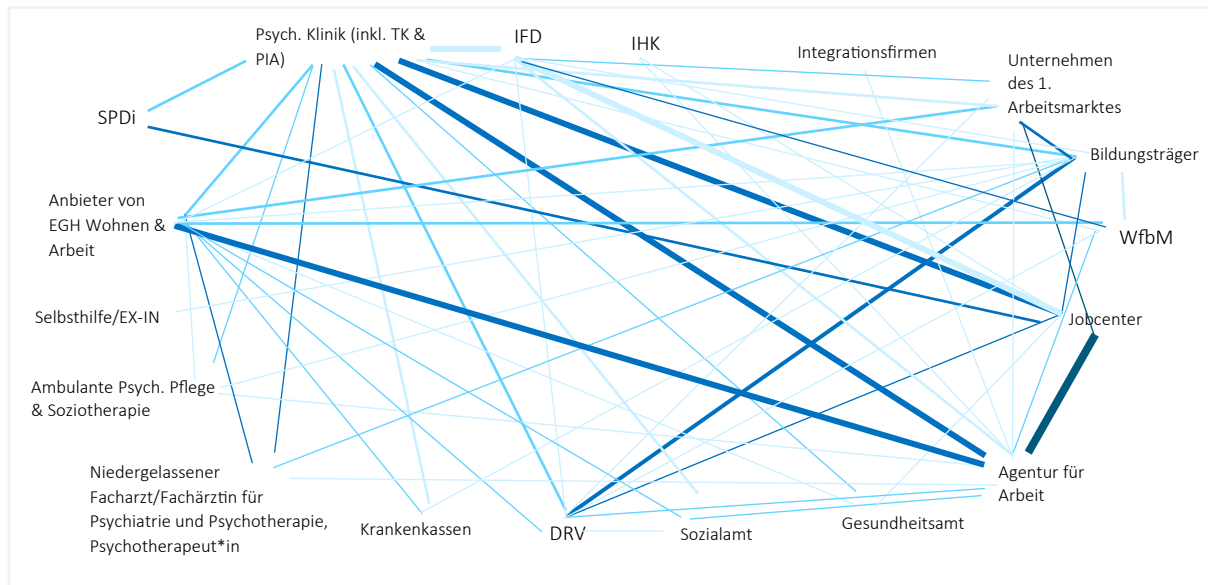


Abbildung 9: Häufigkeit der Kontakte im Netzwerk

Anmerkungen: $n = 16$; vollständiger Wortlaut der Frage: „Wenn Sie im Jahr 2019 in Ihrem Arbeitskontext mit einer Person zu tun hatten, die psychisch beeinträchtigt war, eine Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt aufnehmen wollte und die sie im Bereich Arbeit und Beschäftigung unterstützt haben (fallbezogene Zusammenarbeit), wie häufig hatten Sie dazu Kontakt mit welchen Ihrer Netzwerkpartner und -partnerinnen?“; Je dunkler und dicker die Verbindungen, desto häufiger der Kontakt

täglich
wöchentlich
monatlich
quartalsweise

Abbildung 9 zeigt, zwischen welchen Beteiligten Kontakte und in welcher Intensität angegeben wurden. Laut Angaben der beteiligten Gesprächspartner*innen stehen Jobcenter und Agentur für Arbeit täglich in konkreten Fällen von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen miteinander in Kontakt. In wöchentlichem Kontakt mit diesen beiden Beteiligten stehen ferner psychiatrische Kliniken, sowie Unternehmen des 1. Arbeitsmarktes, Bildungsträger, SPDi, DRV und Anbieter von EGH-Wohnen und Arbeit. Insgesamt lässt das Netzwerkdiagramm vermuten, dass Jobcenter, Agentur für Arbeit sowie die psychiatrischen Kliniken und Anbieter*innen von EGH-Wohnen und Arbeit als zentrale Beteiligte mit vielen relevanten Personen in Kontakt stehen. Die Netzwerkgrafik macht keine Aussage über die Richtung der initiierten Kontakte bezüglich des Umfangs und der Qualität von Austausch und Vernetzung. Es lässt sich konstatieren, dass kaum Kooperationsvereinbarungen bestehen; von diesen berichteten 5 von 34 Befragten.

Ein Drittel (25,8 %) bewertet die Zusammenarbeit im Bereich „Beschäftigung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen auf dem ersten Arbeitsmarkt“ in ihrem Landkreis auf einer Skala von 1 = sehr schlechte Zusammenarbeit bis 5 = sehr gute Zusammenarbeit mit 4 oder 5. Knapp ein weiteres Drittel (26,8 %) entschied sich für eine 3 und 40 % ($n = 14$) fanden die Zusammenarbeit eher schlecht mit einer Bewertung von 1 oder 2. Die restlichen 2 der 35 befragten Personen machten zu der Frage keine Angaben. In Bezug auf fallbezogene Zusammenarbeit war die Einschätzung ein wenig positiver (25,7 % = 4 oder 5; 34,3 % = 3; 22,9 % = 1 oder 2; 17,1 % keine Angabe). 60 % der 35 Befragten sahen gleichzeitig einen gesteigerten Bedarf (Einschätzung auf einer Skala von 1 = kein Bedarf bis 5 = sehr hoher Bedarf mit 4 oder 5) an institutionsübergreifenden Fallkonferenzen, um Menschen individualisierter auf dem ersten Arbeitsmarkt platzieren zu können. Die Mehrheit (71,4 %) der Umfrageteilnehmenden bewerteten den Ausbaubedarf hinsichtlich der Beschäftigungsmöglichkeiten psychisch Beeinträchtigter auf dem 1. Arbeitsmarkt in ihrem Landkreis analog zur Bewertungsskala der Vorfrage mit 4 oder 5. Lediglich zwei (5,7 %) von 35 Befragten beantworteten die Frage „Wie schätzen Sie Ihre Zusammenarbeit mit Unternehmen und Unternehmerinnen in Ihrem Landkreis ein, um Menschen mit psychischen Erkrankungen auf den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren?“ (1 = sehr

schlechte Zusammenarbeit, 5 = sehr gute Zusammenarbeit) mit 4. Eine sehr gute Zusammenarbeit wurde von keinem der Befragten angegeben. Zusätzlich zur geschlossenen Frage nach der Zusammenarbeit mit Unternehmen wurde nach einer Begründung (offenes Antwortschema) für die Einschätzung gefragt. Von 25 Antworten thematisieren 10 Vorurteile gegenüber psychisch Erkrankten. Es wurden Äußerungen wie *„AG nehmen eher AK mit körperlichen Einschränkungen als mit einer psychischen Erkrankung, da diese nicht zuverlässig und kontinuierlich sind“* und *„Unternehmen sind oft nicht aufgeschlossen für den Personenkreis“* gemacht. Ein Leistungsanbieter schätzte ein: *„[der] Bedarf psychisch erkrankter Menschen in unserer Einrichtung ist diesbezüglich sehr gering“*. Des Weiteren gaben weitere 10 Personen an, dass es keine Zusammenarbeit gibt bzw. sie dazu *„keine Kenntnis“* haben. Nur zwei Beiträge berichteten konkret von guten Kontakten zu Unternehmen. Auf die offene Frage nach Ideen zur Verbesserung der Vernetzung in den 1. Arbeitsmarkt nannten die Befragten (n = 19) am häufigsten (7) konkrete (meist finanzielle) Unterstützungsmaßnahmen für die Unternehmen wie beispielsweise *„Finanzierung von Assistenzleistungen“*, *„Budget für Arbeit als Instrument unkompliziert und schnell [...] nicht nur für Menschen, die in einer WfbM sind“* oder *„unbürokratische Wege von Seiten der JC und BA (z. B. ALG-I-Bezug und Praktika)“*. Des Weiteren wurde sehr häufig (6) die Aufklärung thematisiert, wie auch die Vernetzung (3) u. a. *„auf der unteren Fallebene statt auf höchster Führungsebene“* und konkrete Ansprechpartner (3) für bzw. in Betrieben.

Telefon-Interviews: Vertretende des 1. Arbeitsmarktes; Verbände und Arbeitgebende

In Mecklenburg-Vorpommern wurden 32 Telefoninterviews (Fragebogen siehe Anlage 3) geführt in den beiden Landkreisen Mecklenburgische Seenplatte und Vorpommern-Greifswald, davon 16 (50 %) mit Verbänden, 7 (22 %) mit Innungen bzw. Kammern und 9 (28 %) mit Arbeitgebenden. Die Befragten kamen mehrheitlich aus dem Handwerk (13) und der Wirtschaft (10), sowie Gesundheit/Soziales (3), Industrie/Handel (3), Tourismus (2) und Landwirtschaft (1). Bei 24 der 32 interviewten Personen handelte es sich um Führungskräfte, die restlichen Interviewpersonen waren Fachkräfte.

Von eigenen Erfahrungen oder Erfahrungen der Mitgliedsvereine in den letzten drei Jahren mit Mitarbeitenden, die eine seelische Krise durchlebt haben, berichteten 59 % der 32 Befragten. Davon wiederum berichteten 8 Personen von Fällen von Burnout/Depression, 3 gaben an, als Angehörige betroffen zu sein, 2 Personen gaben an, eine Erkrankung von Mitarbeitenden nur zu vermuten und jeweils 2 berichteten von Frühverrentungen aufgrund psychischer Probleme sowie von steigenden Zahlen Betroffener seit der Covid-19-Pandemie bzw. von einer generell steigenden Tendenz psychischer Erkrankungen. 56 % der befragten Arbeitgebenden oder Arbeitgebervertretende fühlten sich eher unsicher bzw. unsicher im Umgang mit Mitarbeitenden in seelischen Krisen; 35 % fühlten sich sicher bzw. eher sicher. 6 % der Befragten machten dazu keine Angaben und 3 % gaben an, keinen Umgang gehabt zu haben. Auf die Frage nach Unterstützungsbedarfen im Umgang mit Mitarbeitenden in seelischen Krisen gaben zunächst 3 der 32 Befragten an, keine Unterstützung zu brauchen, weil das herkömmliche Wiedereingliederungsmanagement ausreiche und eine Person machte gar keine Angaben zu dieser Frage. Von den übrigen 28 Personen wurde am häufigsten n = 22 (78,6 %) die Antwort *„Ansprechpartner*innen von Hilfeangeboten“* gewählt. Ein *„externes gefördertes Coaching-Programm (z. B. IPS-Coaching)“* wünschten sich 17 (60,7 %) der Befragten und sowohl *„Informationen über den Umgang mit psychischen Beeinträchtigungen“* als auch *„Informationen über arbeitsrechtliche Aspekte“* wurden von 16 (57,1 %) der Befragten genannt. Zwei Personen (7 %) antworteten auf *„Sonstiges, und zwar...“* mit Bedarfen nach einer *„Stelle mit Lotsenfunktion“* bzw. nach einer Sensibilisierung und Aufklärung der Arbeitgebenden und -nehmenden für das Thema.

Gefragt nach der Kenntnis von Organisationen, welche Menschen in oder nach einer seelischen Krise helfen, verwiesen 15 (46,9 %) von 32 auf den Hausarzt bzw. die Hausärztin, weiterhin genannt (31,3 %) wurde die psychiatrisch-psychologische Versorgung (u. a. psy. Kliniken, PIA, Psychologen und Psychologinnen, SPD) und Beratungsstellen sowie Selbsthilfe (18,8 %). Auf die Internetrecherche,

konkrete Leistungsanbieter (z. B. Caritas) und Krankenkassen fielen jeweils 15,6 % der Angaben. Vier (12,5 %) Befragte nannten den Betriebsarzt oder die Betriebsärztin und die letzten drei Nennungen verwiesen auf Gleichstellungsbeauftragte, den Landesfrauenrat und allgemein den Landkreis. Ebenfalls drei (9,4 %) Angaben fielen auf den Arbeitssektor wie beispielsweise die Agentur für Arbeit, das Job-Center oder die Industrie- und Handelskammer. Eine Person hat keine Angaben gemacht und sechs Personen hatten keine Kenntnisse darüber, wo Menschen in oder nach einer seelischen Krise Hilfe finden. Auf die Frage danach, welche Dienste die Befragten in ihrer Region kennen, die Menschen mit seelischen Krisen in Arbeit vermitteln, nannten 21 Personen (von n = 31) die Bundesagentur für Arbeit (BA) und das Jobcenter. Jedoch gab nur je eine Person an, in Bezug auf das Thema „Einstellung von Menschen mit seelischen Krisen“ in den letzten drei Jahren in Kontakt mit der Agentur für Arbeit oder dem Job-Center gestanden zu haben. Während 14 Interviewte die Frage „Haben Sie den Wunsch, beim Umgang mit Mitarbeitenden in seelischen Krisen schneller mit Fachpersonal aus Ihrer Region in Kontakt zu kommen (z. B. durch Teilnahme an Arbeitskreisen, Einladung zu Fachtagen etc.)?“ bejahten, antworteten ebenso viele mit „nein“. Vier Personen machten keine Angaben. Auf die Frage nach der Einschätzung zur persönlichen Zusammenarbeit mit Vertretenden von psychiatrischen Unterstützungs-/Hilfsangeboten auf einer Skala von 1 = sehr schlechte Zusammenarbeit bis 5 = sehr gute Zusammenarbeit geben 9 % (n = 3) eine 1 oder 2 an. Die Mehrheit (78 %) gab an, dass es keine Zusammenarbeit gibt. Auf die Frage nach dem Bedarf, die Zusammenarbeit zu intensivieren (1 = kein Bedarf, 5 = sehr hoher Bedarf) antworteten 47 % mit 1 oder 2. Weitere 31 % bewerteten den Bedarf mit 3. Dennoch machten 71,9 % der 32 Befragten Angaben dazu, welche Ideen sie zur Verstärkung der Zusammenarbeit hätten. Am häufigsten (n = 12 von 23) wurde bei dieser Frage auf die Wichtigkeit der persönlichen Ansprache hingewiesen. Sechs Personen würden das Thema in bestehende Treffen oder Versammlungen integrieren und vier Befragte nannten vor allem kleinere und informelle Zusammentreffen (z. B. Stammtisch). Drei Mal wurde auf (z. T. gemeinsam organisierte) größere Veranstaltungen hingewiesen.

Zum Abschluss hatten die Teilnehmenden in einer offenen Frage die Möglichkeit, zusätzliche Anmerkungen oder Vorschläge zum Thema ‚Arbeitssituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen auf dem ersten Arbeitsmarkt‘ zu äußern. 11 der 32 Befragten haben keine Angaben zum Abschluss gemacht. Von 21 Personen deuteten 7 an, dass sie keinen Bedarf/kein Interesse an dem Thema haben, mit Aussagen wie „*derzeit kein Thema*“ oder „*[...] Thema, ebenso wie das Gender-Thema ein künstlich gemachtes Thema von Büromenschen*“. Acht Personen sagten, dass die Mitarbeitenden „*klar im Kopf*“ sein müssen oder dass sie „*gesunde, funktionierende Leute*“ brauchen. Fünf Befragte verwiesen darauf, dass das Thema sehr schambehaftet ist und das Leute „*wahrscheinlich nicht zu einer Veranstaltung kommen*“ würden. Dass das Thema größer wird und/oder man sich diesem widmen sollte, bemerkten sechs Personen.

4.6.2 Abschlusserhebung

Aufgrund der pandemiebedingten Einschränkungen war eine methodisch identische und gleich umfangreiche Wiederholung der Baseline-Erhebung am Projektende nicht umsetzbar. Die COVID-19-Pandemie führte insbesondere zu einem erheblichen Rückgang der persönlichen Kommunikation und veränderten Prioritäten bei den beteiligten Institutionen, insbesondere den Kliniken. Zudem war aufgrund der verbleibenden Projektlaufzeit und der pandemiebedingten Störungen nicht davon auszugehen, dass sich die Netzwerkstrukturen in einem Maße verändert hatten, welches durch eine vollständige Wiederholung der Baseline-Methoden zuverlässig messbar gewesen wäre. Daher wurde die zweite Erhebung methodisch angepasst und in beiden Regionen in Form strukturierter, leitfadengestützter Einzelinterviews mit Stakeholder durchgeführt.

Bielefeld

Für die Netzwerkanalyse 2024 wurden Fachleute aus dem psychosozialen Bereich in Bielefeld bezüglich ihrer Einschätzung zu Entwicklungen der vergangenen Jahre und Bedarfe für die Zukunft befragt. Ziel war es, Anhaltspunkte für die weitere Entwicklung der beruflichen Teilhabe zu erhalten. Hierzu wurden 30-minütige Interviews mit Fachleuten aus den Bereichen berufliche Teilhabe, Rehabilitation und Arbeitsintegration durchgeführt.

Die Interviewpartner*innen wurden per E-Mail angefragt und erhielten ein Informationsschreiben zu den Interviews, in dem sie über das Ziel, die Durchführung sowie dem Umgang zum Schutz ihrer Daten informiert wurden. Die Teilnahme an den Interviews war freiwillig und eine Nicht-Teilnahme hatte keine Nachteile für die Interviewpartner*innen. Die Experten und Expertinnen haben in einer Einwilligungserklärung ihre freiwillige Teilnahme schriftlich bestätigt. Zudem wurde ein Interviewprotokoll vorgelegt, in dem die Fachleute freiwillig Angaben zu ihrem Alter, ihrem Beruf bzw. Berufsstatus, einer möglichen Leitungstätigkeit sowie ihrem aktuellen Arbeitsbereich machen konnten. Die Interviews wurden vom 15.07.24 – 14.10.24 geführt.

Folgende Fragen wurden an die Interviewten gestellt:

1. Welchen Bezug haben Sie zu dem Thema berufliche Teilhabe in Bielefeld?
2. Wir interessieren uns dafür, was sich im Bereich der beruflichen Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den letzten 2 Jahren verändert hat. Können Sie mir darüber etwas erzählen?
3. Was braucht es in Zukunft, um die berufliche Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern?
4. Gibt es noch etwas, das Sie gerne ansprechen würden?

Diese Fragen wurden mit allgemeinen Nachfragen zum Thema IPS und Vernetzung ergänzt.

Die Interviews wurden anschließend pseudonymisiert und transkribiert. Danach wurden die Interviews durch eine wissenschaftliche Mitarbeiterin, mithilfe von MAXQDA, induktiv kodiert. Die Codes wurden dann zu Kategorien zusammengeführt, die innerhalb des Teams diskutiert und reflektiert wurden. Das daraus entstandene Kategoriensystem umfasst vier Hauptkategorien, mit weiteren Unterkategorien, die im Folgenden dargestellt werden.

Ergebnisse

Im Rahmen der Netzwerkanalyse wurden insgesamt sechs Interviews mit sieben Personen aus den Arbeitsfeldern Arbeitsvermittlung, Koordination und Inklusion, Gesundheitsförderung sowie Fachberatung geführt. Die Interviewpartner*innen B2 und B3 haben gemeinsam an einem Interview teilgenommen. Sechs der sieben Interviewten haben zum Zeitpunkt der Befragung eine Leitungsposition inne.

Tabelle 9: Übersicht der Ergebnisse der Netzwerkanalyse 2024 Bielefeld

Beschreibung der eigenen Arbeit und Vernetzung
– Beschreibung der eigenen Zielgruppe – Angebote der eigenen Organisation – Eigene Beschreibung von Teilhabe am Arbeitsleben – Die eigene Vernetzung
Derzeitiger Stand der beruflichen Teilhabe in Bielefeld
– Chancen zur Teilhabe am Arbeitsleben – Aktuelle Angebote zur beruflichen Teilhabe – Erprobung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als Schlüssel für den Einstieg

– Herausforderungen für die Teilhabe am Arbeitsleben – Vorbehalte von Arbeitgebenden vor einer Einstellung – Probleme der Regelleistungen – Kein Wunsch nach Rückkehr auf den allgemeinen Arbeitsmarkt – Leistungsdruck des allgemeinen Arbeitsmarkts zu hoch – Vertrauen in eigene Fähigkeiten fehlen
Veränderungen der letzten Jahre
– Umsetzung Bundesteilhabegesetz stagniert – Veränderte Wahrnehmung von Arbeit in der Öffentlichkeit – mehr Chancen auf berufliche Teilhabe – Arbeitgebende offener für Einstellung von Menschen mit psychischen Erkrankungen – mehr Möglichkeiten unterstützt auf dem allg. Arbeitsmarkt zu arbeiten – Weniger Arbeitsaufnahmen/Integration
Wünschenswert für die Zukunft
– mehr Vernetzung – mehr gesellschaftliche Akzeptanz für psychische Erkrankungen – mehr Bereitschaft der Arbeitgebenden, Menschen mit psychischen Erkrankungen einzustellen/Praktika anzubieten – Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen – Bedarf für jemanden „der Brücken schafft, der Ansprechpartner ist“ – Unterstützungsmöglichkeiten für Arbeitgebende schaffen

Anmerkungen: Hauptthemen und Unter-codes

Hauptkategorie 1: Beschreibung der eigenen Arbeit und Vernetzung

Die Fachleute haben Einblicke in ihre Arbeit und ihre Vernetzung gegeben. Diese Hauptkategorie unterteilt sich in vier Unterkategorien.

In dieser Kategorie wurden Angaben zu der eigenen Zielgruppe (B2-B7), den Angeboten der Organisationen (B1, B2, B3, B4, B6, B7), der eigenen Vernetzung (B1-B7) sowie eigene Beschreibungen zu Teilhabe am Arbeitsleben (B1, B6, B7) erfasst. Zur Teilhabe am Arbeitsleben wurde u. a. gesagt: „(...), dass man wieder in Kontakt kommt. Dass man auch einfach so Gespräche führt. Ja, dass man eine Aufgabe hat. Also Teilhabe am Arbeitsleben halt. Also auf inhaltlicher und auf sozialer Ebene.“ (B6)

Hauptkategorie 2: Derzeitiger Stand der beruflichen Teilhabe in Bielefeld

Diese Hauptkategorie unterteilt sich in 2 Unterkategorien: Chancen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Herausforderungen für die Teilhabe am Arbeitsleben.

Als Chancen wurden zum einen aktuelle Angebote zur beruflichen Teilhabe genannt. Es existieren Programme zur Unterstützung von psychisch erkrankten Menschen zum Finden und Erhalten von Arbeit (B1, B7) und auch Programme für Arbeitgebende, die sie dabei unterstützen chronisch erkrankte Menschen einzustellen und zu halten (B1-B3). Darüber hinaus gibt es auch Projekte zur Vermittlung von Arbeitgebenden und Arbeitsuchenden mit einer psychischen Erkrankung (B2, B4, B7). Als Beispiele wurde das Angebot des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe sowie verschiedene zeitlich gebundene (Modell-) Projekte in und um Bielefeld genannt.

Zum anderen werden Erprobungen in Form von bspw. Praktika auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als Chance benannt (B6). B6 sagt hierzu: „deswegen ist es wichtig, dass die Teilnehmenden Praktika in Unternehmen absolvieren können, (...) und dann zu sehen: ‚So, was schaffe ich, was schaffe ich nicht? und von den Sachen, die ich nicht schaffe, wo kann man da noch unterstützen?‘“

Als Herausforderung wurden Vorbehalte von Arbeitgebenden gegenüber der Einstellung von Menschen mit psychischen Erkrankungen (B2, B6, B7) sowie strukturelle Probleme innerhalb der Regelleistungen

genannt. Letztere würden den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen oft nicht gerecht (B1, B6, B7), seien mit einem hohen bürokratischen Aufwand verbunden (B4) und würden nur begrenzte Unterstützungsmöglichkeiten bieten (B4). Zudem seien die Zugangshürden für entsprechende Maßnahmen zu hoch (B3, B7), und es fehle häufig an klaren Perspektiven nach der WfbM (B2, B3). Des Weiteren wurden folgende Faktoren als herausfordernd beschrieben: der hohe Leistungsdruck auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (B5), der fehlende Wunsch einiger Menschen mit psychischen Erkrankungen, in diesen zurückzukehren (B1, B5, B6) sowie ein fehlendes Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten (B5).

Hauptkategorie 3: Veränderungen der letzten Jahre

Die Veränderungen der letzten Jahre wurden von den Fachleuten unterschiedlich bewertet. B1 äußerte, dass die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes stagniere. Außerdem wurden weniger Arbeitsaufnahmen und weniger Integration bemerkt. Als Ursachen hierfür wurde der Fachkräftemangel genannt, der auf der einen Seite zu einem steigenden Bedarf an qualifiziertem Personal führe, dessen Anforderungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht erfüllt werden könne (B5). Auf der anderen Seite erhöhe dieser Mangel den Druck auf bestehendes Personal, was zu einem Mangel an Ressourcen führe, die für die Integration von Betroffenen notwendig seien (B7). Zudem wurden die nach wie vor spürbaren Auswirkungen der Corona-Pandemie als ein weiterer hemmender Faktor benannt (B2).

In anderen Interviews wurde hingegen eine Verbesserung der beruflichen Teilhabe festgestellt, die auf verbesserten Chancen beruhe. Arbeitgebende zeigten sich zunehmend offener, Menschen mit psychischen Erkrankungen einzustellen. Dies wurde zum einen durch den Arbeitskräftemangel begünstigt, zum anderen durch die Fördermöglichkeiten der Regelversorgung sowie durch die persönlichen Erfahrungen von Unternehmensleitungen im Umgang mit psychischen Erkrankungen im eigenen Umfeld. Zudem wurden in der heutigen Zeit deutlich mehr Möglichkeiten gesehen, unterstützt auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu arbeiten, als noch vor einigen Jahren. Zu den Gründen für diese Entwicklung zählen das Teilhabe-Chancen-Gesetz (B3), ein gestiegener Bedarf an Arbeitskräften (B6) sowie eine zunehmende gesellschaftliche Sensibilisierung für das Thema (B7).

In den letzten Jahren wurde auch eine veränderte Wahrnehmung von Arbeit in der Öffentlichkeit festgestellt. Einerseits sei das Thema heute stärker präsent (B7) und werde zunehmend als Teil eines *„gesunden Lebens oder in ein Leben mit Teilhabe in dieser Gesellschaft“* gesehen (B4). Andererseits benennt B4 den Druck, den die Gesellschaft auf arbeitslose Menschen ausübe und sagte im Interview: *“(...) die Gesellschaft ist, wenn es um das Thema Job Center geht, im Moment ja auch wieder sehr deutlich: ‚Wer nicht arbeiten will, der muss dann eben. Da muss mal mehr Druck rein.‘ (...) Wir waren auf einem anderen Wege mit dem Bürgergeld (...)“*.

Hauptkategorie 4: Wünschenswert für die Zukunft

Es wurden einige Wünsche für die Zukunft genannt, die sich in sechs Unterkategorien zusammenfassen ließen. Es wurde sich mehr Vernetzung zwischen Akteuren und Akteurinnen im psychosozialen Arbeitsfeld gewünscht, mit dem Ziel die berufliche Teilhabe weiter voranzutreiben (B7, B5). B4 nannte zudem, dass sich die gesellschaftliche Akzeptanz psychischer Erkrankungen weiter verbessern müsse.

Es wurde auch eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen angeregt. In diesem Zusammenhang wurde der Wunsch nach flexibleren Zuverdienstmöglichkeiten für Menschen, die soziale Leistungen beziehen, geäußert (B1, B5). Zudem wurde betont, wie wichtig es ist, Arbeitsstellen anzubieten, die den individuellen Stärken und Schwächen der Mitarbeitenden gerecht werden (B1, B4, B6, B7). Auch der Wunsch nach mehr Angeboten – oder überhaupt erst Angeboten – zwischen dem allgemeinen Arbeitsmarkt und dem zweiten Arbeitsmarkt wurde formuliert (B1, B2, B3, B5, B6).

Darüber hinaus wurde die Notwendigkeit gesehen, mehr individuelle Unterstützung zu bieten, statt den gängigen Gruppenkonzepten (B1, B5, B6). Ein weiterer Vorschlag war, dass es eher ein Jobcoaching durch das Unternehmen selbst geben müsste, um Menschen mit psychischen Erkrankungen bedürfnisorientiert integrieren zu können (B2, B5).

Für die Zukunft bräuchte es zudem mehr Bereitschaft von Arbeitgebenden, Menschen mit psychischen Erkrankungen einzustellen oder Praktika anzubieten (B2, B3, B5, B6, B7) sowie auch Unterstützungsmöglichkeiten für Arbeitgebende. Arbeitgebende sollten insgesamt mehr Unterstützung erhalten, wenn sie integrative Arbeitsplätze anbieten wollen (B4, B5, B6, B7) und auch eine bessere Finanzierung für diese Arbeitsplätze erhalten (B2, B5). B1 sieht zudem den „*Abbau des Förderdschungels*“ als notwendig und wirft die Frage auf, inwiefern sich der Kündigungsschutz verändern ließe, da dieser auch abschreckend für Arbeitgebende sein könnte.

Es bräuchte zudem noch jemanden, „*der Brücken schafft, der Ansprechpartner ist*“ (B7) und sowohl Arbeitgebende und Angestellte wie auch Nutzende inklusiver Arbeitsplätze unterstützt (B1, B6, B7).

Mecklenburg-Vorpommern

Im Rahmen der zweiten Netzwerkanalyse (2024/2025) in Mecklenburg-Vorpommern zum Thema Beschäftigung von Personen in seelischen Krisen wurden insgesamt 15 Akteurinnen und Akteure aus den Bereichen Arbeitgebende (6), Arbeitsvermittlung (5) und Sozialpsychiatrie (4) mittels strukturierter Telefoninterviews befragt. Ziel der Erhebung war es, den gegenwärtigen Stand der praktischen Erfahrungen, Unterstützungsbedarfe sowie Kooperations- und Weiterentwicklungswünsche im Kontext beruflicher Teilhabe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu ermitteln. Die Datenerhebung erfolgte mit einem strukturierten Gesprächsleitfaden (siehe Anlage 4), der überwiegend geschlossene und einzelne offene Fragen umfasste. Die Interviews wurden vom 18.09.2024 bis 06.03.2025 durchgeführt. Für die Interpretation der Angaben sollte berücksichtigt werden, dass alle Interviewpartner*innen angaben, „Berührungspunkte zum Projekt rehapro IPS-ZIB“ gehabt zu haben.

Auf die Einstiegsfrage „Haben Sie in den letzten 3 Jahren Erfahrungen mit Mitarbeitenden /Arbeitssuchenden gemacht, die seelische Krisen (z. B. Depressionen, Angsterkrankungen, Burn-Out, Sucht, o. ä.) durchlebt haben?“ bzw. für die Fachkräfte aus der Sozialpsychiatrie „Waren Sie in den letzten Jahren in die Arbeitsplatzsuche von Patient*innen/Klient*innen involviert?“ berichten zwei Drittel (67 %) der Befragten, in mehreren Fällen mit dieser Thematik befasst gewesen zu sein und weitere 13 % bestätigten dies für einen Einzelfall. Besonders hoch war der Anteil entsprechender Erfahrungen bei den Fachkräften aus dem psychiatrischen Hilfesystem, von denen drei von vier Personen (75 %) angaben, in die Arbeitsplatzsuche von Patienten und Patientinnen involviert gewesen zu sein. Nur drei Personen (je eine aus jeder der drei Gruppen) berichteten über keine entsprechenden Erfahrungen.

Trotz dieser Erfahrungen zeigte sich, dass die subjektive Sicherheit im Umgang mit betroffenen Personen bei den Befragten aus den Gruppen Arbeitgebende und Arbeitsvermittelnde (n = 11) eingeschränkt ist. Nur eine Person (9 %) gab an, sich im Umgang mit psychisch belasteten Mitarbeitenden bzw. Klienten und Klientinnen sicher zu fühlen, während sich mehr als die Hälfte (55 %) als „unsicher“ einschätzte. Diese Unsicherheit war insbesondere bei Arbeitgebenden ausgeprägt (67 %).

In Bezug auf den wahrgenommenen Unterstützungsbedarf zeigte sich (siehe Tabelle 10) ein klarer Wunsch nach praxisnaher und zugänglicher Hilfestellung. Von den befragten Arbeitgebenden und Arbeitsvermittelnden, wurde der Zugang zu Ansprechpartnern und -partnerinnen von Hilfsangeboten am häufigsten (AG: 27 %; AV 38 %) benannt. Bei den Arbeitgebenden fielen auf die Frage nach der benötigten Unterstützung, wenn es um Mitarbeitende nach seelischen Krisen geht, 23 % der Nennungen auf Informationen über den Umgang mit psychischen Beeinträchtigungen und 18 % auf

Informationen zu arbeitsrechtlichen Aspekten. Bei den Arbeitsvermittelnden hingegen wurde in Bezug auch die benötigte Unterstützung, wenn es um die Vermittlung von Arbeitssuchenden geht, das extern geförderte Coaching-Programm zu 25 % genannt sowie die Informationen über den Umgang mit psychischen Beeinträchtigungen zu 13 %. Keiner der Befragten gab an, keine Unterstützung zu benötigen. Sieben Personen machten ergänzende Angaben („Sonstiges“), unter anderem wurde hier von 3 der 5 Arbeitgebenden, die sich zu dieser Frage geäußert haben, der MHFA-Kurs (Mental Health First Aid) angesprochen. (Da alle Befragten Berührungspunkte zum IPS-ZIB-Projekt hatten und daher bereits durch Veranstaltungen für Arbeitgebende wie MHFA-Kurse bzw. entsprechende Hinweise darauf, in Kontakt gekommen sein könnten, sollte diese Nennung nicht überbewertet werden). Auch eine Kultur des wertschätzenden Miteinanders („im Gespräch bleiben“, „gute Atmosphäre schaffen“, „aufeinander achten“) sowie ein „gutes angstfreies Mindset der Führungskräfte“ ist mehreren Befragten aus der Gruppe der Arbeitgebenden wichtig.

Tabelle 10: Einzelauswertung Netzwerkanalyse 2024/2025 MV

Frage an die Arbeitgebenden und Arbeitsvermittelnden: Welche dieser Unterstützungen brauchen Sie, wenn es um die Vermittlung von Arbeitssuchenden bzw. Mitarbeitende nach seelischen Krisen geht? (vorgegebener Inhalt)	Nennungen und Anteil der Nennungen in der Adressatengruppe			
	AG (n = 22)	%	AV (n = 8)	%
Information über den Umgang mit psychischen Beeinträchtigungen (z. B. Depression)	5	23 %	1	13 %
Ansprechpartner*innen von Hilfsangeboten	6	27 %	3	38 %
externes gefördertes Coaching-Programm (z. B. IPS-Coaching: steht Arbeitgebenden und-nehmenden individuell und langfristig unterstützend zur Seite)	2	9 %	2	25 %
Informationen zu arbeitsrechtlichen Aspekten	4	18 %	0	0 %
Ich brauche keine Unterstützung	0	0 %	0	0 %
weiß ich nicht	0	0 %	0	0 %
Sonstiges	5	23 %	2	25 %

Ein weiterer Themenbereich betraf den subjektiven Bedarf der Arbeitgebenden und -vermittelnden (n = 11), sich künftig intensiver mit dem Thema „Beschäftigung von Personen in seelischen Krisen“ auseinanderzusetzen. Die Mehrheit der Befragten (54 %) schätzte den persönlichen Bedarf als „hoch“ oder „sehr hoch“ ein („kein“ = 0 %; „geringer“ = 9 %, „mittelmäßiger“ = 36 %, „hoher“ = 45 %, „sehr hoher“ = 9 %, „weiß nicht“ = 0 %). Vier von 6 Arbeitgebenden sahen für sich einen hohen Bedarf („sehr hoher“ = 0 %), sich vertiefend mit dem Thema auseinanderzusetzen, während bei den Arbeitsvermittelnden eine von 5 Personen einen hohen und eine Weitere einen sehr hohen Bedarf angab.

Aufbauend auf den angezeigten Bedarf, sich mit dem Thema zu beschäftigen, wurden die Interviewpartner*innen gefragt „Welche Arten des Austausches und der Zusammenarbeit mit dem Thema (Beschäftigung von Personen in seelischen Krisen) fänden Sie praktisch?“. Eine der 15 befragten Personen hat sich dazu nicht geäußert. 10 der 14 Befragten nannten Austauschformate. Davon thematisierten fünf Personen konkret fallbezogene Gespräche. Der Austausch wurde in allen drei Gruppen angesprochen – sowohl innerhalb der eigenen Berufsgruppe als auch interdisziplinär. Die Fachkräfte der Sozialpsychiatrie und die Arbeitsvermittelnden nannten unter anderem Psychosoziale

Arbeitsgruppen, einen Austausch mit „Fachexperten und -expertinnen“ wurde von den Arbeitgebenden und Arbeitsvermittelnden genannt und der Austausch mit Unternehmen von den Arbeitgebenden. 57 % der 14 Personen, die sich auf diese Frage geäußert haben, fänden Schulungen oder Aufklärungsmaßnahmen praktisch. Fünf Personen nannten Veranstaltungen, neun sprechen die Vernetzung – sowohl auf regionaler als auch institutioneller Ebene an. Acht Personen sprachen strukturelle Rahmenbedingungen an, darunter Vorschläge wie Dienstvereinbarungen, Checklisten, digitale Plattformen oder ein Monitoring. Eine einzelne Person merkt darüber hinaus an, dass eine übergeordnete Koordination möglicherweise durch einen Verband organisiert, praktisch wäre, während eine andere Person diese übergreifende Koordinationsfunktion ebenfalls anspricht, es aber vor allem in der Verantwortung der Psychiatrieplanung sehe. Der Einbezug von Betroffenen wurde von vier der 14 Befragten explizit genannt. Öffentlichkeitsarbeit wurde ebenfalls von vier Befragten thematisiert und teilweise verbunden mit dem Wunsch auf eine höhere Sichtbarkeit des Themas über Kammern, Berufsverbände und regionale Akteure und Akteurinnen. Drei der sechs befragten Arbeitgebenden nannten die Einrichtung interner Ansprechpartnerinnen im Unternehmen als praktische Form des Austausches und der Zusammenarbeit zum Thema „Beschäftigung von Personen in seelischen Krisen“ – in der Regel verortet in der Personalabteilung.

Die Frage „Hat sich Ihr regionales Netzwerk zum Thema Beschäftigung von Personen in seelischen Krisen in den vergangenen drei Jahren verändert?“ bejahten 10 von 15 Befragte (67 %). Dies betraf fünf von sechs Arbeitgebenden, drei von fünf Arbeitsvermittelnden und zwei von vier psychiatrischen Fachkräften. Nur zwei der 15 Befragten haben hierzu genauere Angaben gemacht. Eine Person aus der Gruppe der Arbeitsvermittelnden hat die Erweiterung der Zusammenarbeit und Netzwerke sowie die Zunahme der Unterstützungsanfragen durch Arbeitgebende genannt. Eine Fachkraft aus dem Bereich der Sozialpsychiatrie berichtete von einer vermehrten Vernetzung zwischen Sozialpsychiatrie und Arbeitgebende. Auch die Ergebnisse dieser Frage sind unter Berücksichtigung der Nähe der Befragten zum IPS-ZIB-Projekt und den dazugehörigen Veranstaltungen mit Vorsicht zu interpretieren.

4.6.3 Zusammenfassung und Zwischenfazit

Die Netzwerkanalyse wurde an beiden Projektstandorten (Bielefeld und in zwei Landkreisen in Mecklenburg-Vorpommern) zu zwei Messzeitpunkten durchgeführt, um Entwicklungen und Bedarfe in den regionalen Kooperations- und Unterstützungsstrukturen zur beruflichen Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu erfassen.

Zu Beginn des Modellprojektes (2021) fand die Erhebung während der COVID-19-Pandemie statt, die zu deutlichen Einschränkungen der persönlichen Kommunikation und Vernetzung führte. Die Baseline-Erhebung kombinierte in beiden Regionen Online-Fragebögen an Akteure und Akteurinnen aus den Bereichen Sozialpsychiatrie, Rehabilitation und Arbeit mit telefonischen Interviews bei Arbeitgebenden und Arbeitsvertretungen. Aufgrund der geringen und unterschiedlich großen Fallzahlen in den Regionen sowie der möglicherweise selektiven Auswahl der Stichproben lassen sich keine generalisierbaren Aussagen über das Netzwerk in Bielefeld und den involvierten Regionen in MV treffen. Dennoch können die Ergebnisse erste Hinweise auf die Bedarfe und Zusammenarbeit liefern. Ein direkter Vergleich der Befragten beider Standorte ist aufgrund fehlender Kontrolle relevanter Stichprobencharakteristika nicht möglich und sollte bei der Interpretation berücksichtigt werden. Die Befragten aus der Onlineumfrage in Bielefeld gaben häufig an (13 von 16) mit Personen, die psychisch beeinträchtigt waren, Kontakt gehabt zu haben. Die Hälfte der Befragten (8 von 16) bewerteten die Zusammenarbeit bei konkreten Fällen als eher gut oder sehr gut und 44 % (7 von 16) berichteten von Kooperationsvereinbarungen und auch die Kenntnisse über konkrete Ansprechpartner*innen wurden in Bielefeld überwiegend (9 von 16) als eher gut oder sehr gut eingeschätzt. Fast alle Befragten in Bielefeld (15 von 16) sahen einen hohen

bis sehr hohen Bedarf, die Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Erkrankungen auszubauen. In der Telefonbefragung gaben die meisten Bielefelder Arbeitgebenden (11 von 15) an, sich eher sicher oder sicher im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen zu fühlen und ebenso viele Befragte haben Kenntnisse zum regionalen Hilfesystem angegeben. Die meisten (12 von 15) befragten Arbeitgebenden wünschten sich Unterstützung im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen und etwa die Hälfte (8 von 15) möchten schneller mit unterstützenden Akteuren und Akteurinnen in Kontakt kommen. Bei der Onlineumfrage in den beiden involvierten Regionen in MV berichteten etwas mehr als die Hälfte (20 von 35) der Befragten von konkreten Erfahrungen mit Mitarbeitenden, die eine seelische Krise durchlebt haben. Lediglich ein Drittel (9 von 35) bewertete die Zusammenarbeit in ihrem Landkreis mit „eher gut“ oder „sehr gut“. Einen eher hohen oder sehr hohen Bedarf, die Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Erkrankungen auszubauen, sah die Mehrheit (25 von 35) der Befragten in den beteiligten Regionen in MV. Die Zusammenarbeit mit Unternehmen wurde jedoch nur von zwei der 35 Befragten mit „eher gut“ oder „sehr gut“ bewertet. In den Telefoninterviews gaben etwas mehr als die Hälfte (19 von 32) der befragten Vertretenden des 1. Arbeitsmarktes an, in den letzten 3 Jahren Kontakt mit Mitarbeitenden gehabt zu haben, die eine seelische Krise durchlebt haben. In den involvierten Regionen in MV gaben etwa ein Drittel (11 von 32) der Befragten an, sich im Umgang mit psychisch kranken Menschen sicher oder eher sicher zu fühlen. Die Mehrheit (25 von 32) der Befragten erwiderte auf die Frage nach der Bewertung der Zusammenarbeit mit Vertretenden von psychiatrischen Unterstützungs- und Hilfsangeboten, dass es keine gab.

Die Ergebnisse der Baseline-Erhebung deuten trotz begrenzter Stichprobengröße und pandemiebedingter Einschränkungen darauf hin, dass in beiden Regionen ein Bedarf an strukturierter, interdisziplinärer Zusammenarbeit und gezielten Unterstützungsangeboten besteht.

In der zweiten Erhebung (2024/2025) wurden aufgrund pandemiebedingter und organisatorischer Einschränkungen andere Methoden eingesetzt: In Bielefeld wurden qualitative Interviews mit Experten und Expertinnen geführt, in Mecklenburg-Vorpommern strukturierte Telefoninterviews. Die Ergebnisse der zweiten Netzwerkerhebung bieten einen wertvollen Einblick in den Stand der regionalen Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen etwa 3–4 Jahre nach der Baseline-Erhebung und ermöglichen damit eine grobe Einschätzung aktueller Entwicklungen und fortbestehender Herausforderungen.

Auf die Frage nach dem derzeitigen Stand der beruflichen Teilhabe berichteten die Interviewten in Bielefeld von Chancen und Herausforderungen. Das Bestehen von verschiedenen Angeboten zur beruflichen Teilhabe für Menschen mit psychischen Erkrankungen, darunter Unterstützungsprogramme, Vermittlungsprojekte und Praktika wurden als Chancen zur Teilhabe am Arbeitsleben benannt. Herausforderungen liegen laut der Befragten in Vorbehalten von Arbeitgebenden, bürokratischen Hürden, begrenzten Unterstützungsmöglichkeiten und fehlender Perspektive nach der WfbM. Die Entwicklungen der letzten Jahre wurden unterschiedlich bewertet: die Experten und Expertinnen berichten einerseits von Stagnation aufgrund von Fachkräftemangel, Ressourcenknappheit und Corona-Effekten, andererseits von Verbesserungen durch größere Offenheit von Arbeitgebenden, gesetzliche Förderungen und gesellschaftlicher Sensibilisierung. Für die Zukunft wünschten sich die Befragten eine verstärkte Vernetzung der Akteure und Akteurinnen, höhere gesellschaftliche Akzeptanz, bedarfsgerechte Arbeitsplätze, flexiblere Arbeitsbedingungen sowie mehr Unterstützung und Finanzierung für Arbeitgebende. In Mecklenburg zeigte die Befragung, dass die Mehrheit der Interviewten in den letzten drei Jahren Erfahrungen mit Personen in seelischen Krisen gemacht hat. Trotz dieser Erfahrung gaben die Arbeitgebenden und Arbeitsvermittelnden an, sich im Umgang mit psychisch belasteten Mitarbeitenden oder Arbeitssuchenden oft unsicher zu fühlen, wobei Unsicherheit besonders bei Arbeitgebenden ausgeprägt war. Es zeigte sich ein deutlicher Bedarf an praxisnaher Unterstützung. Gefordert wurden insbesondere Informationen zum Umgang mit psychischen Beeinträchtigungen, arbeitsrechtliche Hinweise, der Zugang zu Ansprechpersonen und externe

Coaching-Programme. Die Mehrheit der Befragten schätzte ihren persönlichen Bedarf an vertiefender Auseinandersetzung mit dem Thema als hoch ein. Als praktisch erachtete Formate für Austausch und Zusammenarbeit wurden von den Befragten in MV u. a. fallbezogene Gespräche, interdisziplinäre Vernetzung, Schulungen und Aufklärungsmaßnahmen genannt. Die meisten Befragten berichteten zudem von einer Erweiterung regionaler Netzwerke im Bereich Beschäftigung von Personen in seelischen Krisen in den letzten drei Jahren, wobei die Ergebnisse im Kontext der Nähe zum IPS-ZIB-Projekt vorsichtig zu interpretieren sind.

Insgesamt geben die Ergebnisse Hinweise darauf, dass das Thema berufliche Teilhabe psychisch erkrankter Menschen in den beteiligten Regionen von hoher Relevanz ist und von den Akteuren und Akteurinnen auch zu beiden Befragungszeitpunkten wahrgenommen wird. Die Befunde deuten zudem auf bestehende Herausforderungen in der formellen Kooperation und in der praktischen Umsetzung hin. Insbesondere in MV gibt es in der Praxis spürbare Unsicherheiten im Umgang mit Menschen in seelischen Krisen. Vor diesem Hintergrund erscheint es weiterhin notwendig, institutionsübergreifende Zusammenarbeit, gezielte Sensibilisierung sowie Unterstützungsangebote für Betroffene und Arbeitgebende systematisch auszubauen und nachhaltig in den regionalen Strukturen zu verankern. Sowohl in Bielefeld als auch in MV wurde der Wunsch nach Ansprechpartnern und -partnerinnen sowie nach Informationen zum Umgang mit Menschen in seelischen Krisen geäußert. In beiden Regionen wird der Bedarf an strukturierten Kooperationsformaten, verbindlicher Koordination und einer nachhaltigen Verankerung der Thematik im Hilfesystem betont, um eine bessere Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Arbeitsmarkt zu erzielen.

Limitationen

Die Netzwerkanalyse ist durch die pandemiebedingten Einschränkungen, die unterschiedlichen Methoden zu T1 und T2 sowie die kleinen, nicht-repräsentativen Stichproben limitiert. Telefonische Erhebungen und der Einsatz überwiegend geschlossener Fragen in der zweiten Netzwerkanalyse in MV reduzierten die Tiefe der Daten. Zudem könnte soziale Erwünschtheit in den Antworten insbesondere bei sensiblen Themen wie Stigmatisierung oder Unsicherheit im professionellen Handeln eine Rolle gespielt haben und auch regionale Besonderheiten die Ergebnisse beeinflusst haben. Da die Befragungsteilnehmenden teilweise selektiv ausgewählt wurden, ist die Aussagekraft der Ergebnisse hinsichtlich einer Verallgemeinerung auf die Gesamtpopulation eingeschränkt. Somit sind die Befunde als explorative Hinweise auf Netzwerkentwicklungen zu verstehen.

4.7 Fallbelastung

Der Caseload, also die Anzahl an Teilnehmenden, die ein*e IPS-Coach*in gleichzeitig betreut, spielt eine entscheidende Rolle für den Erfolg der Maßnahme. Mehrere Faktoren beeinflussen die optimale Fallzahl pro IPS-Coach*in und sollten für eine praktikable und ressourcenschonende Umsetzung berücksichtigt werden.

Die Arbeit eines IPS-Coaches ist vielseitig, anspruchsvoll und erfordert ein hohes Maß an Fachwissen, Empathie und organisatorischem Geschick. Der Arbeitsaufwand erstreckt sich über direkte und indirekte fallbezogene Tätigkeiten sowie übergeordnete Aufgaben, die den nachhaltigen Erfolg der beruflichen Integration sicherstellen. Durch kontinuierliche Weiterbildung, Supervision und eine enge Zusammenarbeit mit verschiedenen Beteiligten wird die Qualität und Wirksamkeit der Unterstützung gesichert. Im Projekt IPS-ZIB wurde ein Caseload von durchschnittlich 11,5 Teilnehmenden pro vollzeitbeschäftigte coachende Person geplant. Für 150 Teilnehmende wurden 15 Coaches (insgesamt 13 VK) im IPS-Projekt angestellt. 9 Coaches (auf 6,5 VK aufgeteilt) in der Stadt Bielefeld und insgesamt 7

Coaches (auf 6,5 VK aufgeteilt) in zwei Regionen Mecklenburg-Vorpommerns. Diese deutlich niedrigere Fallzahl als der im IPS-Manual vorgeschlagenen Anzahl von 20 (Becker et al., 2015), sollte der Qualitätssicherung trotz Projektbedingungen dienen. Aufgrund der praktischen Erfahrungen aus dem IPS-ZIB-Projekt zeigte sich der vorausgeplante Caseload als optimale Richtgröße. Bei einer Umsetzung mit ähnlichen Voraussetzungen (ländliches Einzugsgebiet, schwer psychisch Kranke, neu aufgebautes Coaching-Team, neu aufzubauendes Kompetenznetzwerk) scheint ein Caseload von ca. 10-15 angemessen. Ein Caseload von 20 sollte jedoch aus Erfahrung des IPS-ZIB-Projektes nicht überschritten werden, um eine qualitativ hochwertige Maßnahme nicht zu gefährden. Die Fallzahl sollte regelmäßig überprüft und flexibel angepasst werden, um auf Veränderungen in der Teilnehmendenzahl, den Ressourcen oder den spezifischen Anforderungen der Teilnehmenden reagieren zu können.

Limitationen

Das IPS-ZIB-Projekt fand unter spezifischen Projektbedingungen (z. B. Einstieungskriterien, Projektregionen) statt und kann somit nur zur Annäherung an eine allgemein gültige Empfehlung dienen. Rückschlüsse auf einen tatsächlichen mittleren Bedarf an Coachingzeit, -frequenz, und -intensität pro Fall, sind mit Vorsicht zu interpretieren, da es große Schwankungen in der Dokumentationsweise der Coaches gab und die fallspezifische Dokumentation nicht dazu diente, die Arbeitszeit der coachenden Person vollumfänglich abzubilden.

5 Diskussion und Schlussfolgerung

Das Ziel des Modellprojekts IPS-ZIB war, die Erprobung der praktischen Umsetzung eines IPS-Coachings mit regionalen Partnern und Partnerinnen in den Modellregionen Bielefeld und Mecklenburg-Vorpommern sowie die Wirksamkeit des IPS-Ansatzes zu untersuchen. Trotz pandemiebedingter Herausforderungen gelang es, ein innovatives Angebot zur beruflichen (Re-)Integration zu initiieren, die beteiligten regionalen Anbieter*innen von beruflichen Rehabilitationsleistungen sowie die psychiatrischen Versorgungskliniken für das Konzept aufzuschließen und insgesamt 244 Teilnehmende für das Projekt zu gewinnen. Die wissenschaftliche Begleitung untersuchte gemäß der unter Kapitel 2 formulierten Hypothesen, ob das IPS-Coaching zu einer größeren Anzahl von Personen in Arbeit und zu einer geringeren Zahl von Anträgen auf Erwerbsminderungsrente und Aufnahme in eine WfbM führte als die Regelversorgung. Diese primäre Auswertung wurde ergänzt durch Analysen sekundärer Ergebnismaße, Untersuchungen der regionalen Netzwerkstrukturen und Bedarfe, sowie Erfahrungen mit der Durchführung des IPS-Coachings in Form der fallspezifischen Dokumentation, Zufriedenheit der Teilnehmenden, Beendigungen und Erfahrungen der Beteiligten aus der Praxis.

Vergleich des IPS-Coachings mit der Regelversorgung: Ein differenziertes Bild

Das IPS-Coaching war der Regelversorgung nicht, wie vermutet, im Hinblick auf die berufliche Teilhabe überlegen. Sowohl in der IPS- als auch in der Vergleichsgruppe haben im Laufe des zweijährigen Erhebungszeitraumes fast zwei Drittel der Teilnehmenden wieder gearbeitet und es gab keine signifikanten Unterschiede in der Zahl der Anträge auf Erwerbsminderungsrente und Aufnahme in eine WfbM. Auch die Ergebnisse für andere berufliche Ergebnismaße (Dauer bis Wiedereinstieg, Dauer in Arbeit, subjektive Arbeitsfähigkeit) legten keine Unterschiede zwischen der IPS- und der Vergleichsgruppe nahe. Absolut sind die (Re-)Integrationsraten mit internationalen Studien zum IPS-Coaching vergleichbar und spiegeln insofern einen Erfolg sowohl des IPS-Coachings als auch der Regelversorgung bei der beruflichen Rehabilitation der untersuchten Zielgruppe wider. Die Meta-Analyse von de Winter et al. (2022) zeigte beispielsweise, dass der Anteil von Personen in Arbeit in den Interventionsgruppen durchschnittlich bei 48,8 % und in den Vergleichsgruppen bei 28,3 % lag. Im Rahmen der europäischen EQOLISE Studie nahmen insgesamt 54,5 % der IPS-Teilnehmenden und 27,6 % der Teilnehmenden in der Vergleichsgruppe eine Arbeit auf (Burns et al., 2007). In Bezug auf den

deutschsprachigen Raum zeigte eine aktuelle Analyse von Routinedaten von IPS-Teilnehmenden in Berlin eine Eingliederungsrate auf den allgemeinen Arbeitsmarkt von 51,7 % (Jäckel et al., 2024).

Zusammenfassend könnten verschiedene Merkmale der vorliegenden Studienbedingungen möglicherweise erklären, warum trotz der international vergleichbaren Integrationsquoten der IPS-Gruppe keine Überlegenheit gegenüber der Vergleichsgruppe gefunden wurde: die Zielgruppe/Stichprobe des Projekts, die konkreten Umsetzungsbedingungen des IPS-Coachings sowie die zeitlich versetzte Rekrutierung während der Covid-19-Pandemie und nicht randomisierte Zuteilung der Gruppen. Diese Punkte werden im Folgenden detailliert diskutiert.

Stichprobe

Die in diesem Modellprojekt untersuchten Personengruppen (Interventions- und Vergleichsgruppe) scheinen gleichermaßen (gut) vom angebotenen IPS-Coaching bzw. den regulären Rehabilitationsangeboten profitiert zu haben. Allerdings unterschied sich die vorliegende Stichprobe in mehrfacher Hinsicht von anderen IPS-Studien. Nach den vom Projektträger vorgegebenen Einstellungskriterien wurden nur (wenige Ausnahmen) erwachsene Personen über 26 Jahren berücksichtigt,

- die in den vergangenen zwei Jahren für mindestens sechs Monate sozialversicherungspflichtig gearbeitet haben.
- Die Stichprobe war überwiegend bereits seit mehr als zehn Jahren berufstätig,
- hatte zum großen Teil bei Studieneinstellung einen bestehenden Arbeitsvertrag,
- und bestand überwiegend aus Personen mit depressiven Störungen.

Diese Merkmale sprechen in der Summe für eine große Nähe der Teilnehmenden zum Arbeitsmarkt trotz einer akuten psychischen Krise mit stationärem Behandlungs- und komplexem Unterstützungsbedarf. In internationalen IPS-Studien hingegen ist häufig ein Einstellungskriterium, dass aktuell keine Beschäftigung vorliegt (z. B. Kinoshita et al., 2013). Eine kürzere Dauer seit der letzten Berufstätigkeit bzw. eine vorhandene Berufstätigkeit in der Vergangenheit wurde konsistent als wichtigster förderlicher Faktor für die erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung in der IPS-Literatur gefunden (Metcalf et al., 2017; Vierung et al., 2015). Außerdem scheint eine Rückkehr in ein vorhandenes Arbeitsverhältnis insgesamt mit größerem Erfolg verbunden zu sein, als die Suche nach einer neuen Beschäftigung (Zürcher et al., 2023), wie auch unsere Ergebnisse bestätigten.

Das Einstellungskriterium der Arbeitsmarktnähe könnte zusätzlich dazu geführt haben, dass Personen mit F2-Diagnosen kaum erreicht und hauptsächlich Personen mit affektiven Störungen eingestuft wurden. IPS wurde in den USA häufig für Menschen mit so genannten „schweren psychischen Erkrankungen“ untersucht, wobei dieser Begriff unterschiedlich gebraucht wird, jedoch insbesondere Schizophrenie umfasst. Eine Meta-Analyse zeigte, dass IPS bei Personen mit affektiven Störungen weniger effektiv war als bei Personen mit Schizophrenie (de Winter et al., 2022). Die geringere Effektivität führten die Autoren und Autorinnen dabei auf die erfolgreichereren Vergleichsgruppen zurück, die den Unterschied zwischen der IPS- und der Vergleichsgruppe und somit die Effektgröße verkleinerten. In einem weiteren Review fanden Hellström et al. (2021) keinen signifikanten Effekt von IPS für Teilnehmende mit depressiven Störungen, wiesen jedoch aufgrund von kleinen Subgruppen auch auf eine geringe Power hin. Insgesamt kam eine weitere Meta-Analyse zu dem Schluss, dass kombinierte arbeitsbezogene und klinische Interventionen zwar positive Auswirkungen auf die Anzahl der Krankheitstage für

Menschen mit Depression haben können, dass sie jedoch nicht den Anteil von Personen in Arbeit erhöhten (Nieuwenhuijsen et al., 2020).

Insgesamt sprechen diese Befunde dafür, dass die in der vorliegenden Studie untersuchte Stichprobe aufgrund ihrer Arbeitshistorie gute Voraussetzungen für eine erfolgreiche Arbeitsaufnahme hatte. Es hätte also eine besonders hohe Eingliederungsquote in der IPS-Gruppe erfordert, um einen signifikanten Unterschied zur Regelversorgung zu finden. Gleichzeitig erfüllte die Stichprobe mehrere Merkmale (vorwiegend depressive Störungen, europäischer Kontext), die in der Literatur mit geringeren Unterschieden von IPS zur Regelversorgung einhergehen (de Winter et al., 2022). Die, durch die Einstimmungskriterien zusätzlich geforderte, gute Prognose könnte eine Zielgruppe angesprochen haben, die von den bestehenden zahlreichen Angeboten des Versorgungssystems bereits gut profitieren. Eine Öffnung für vulnerablere Personengruppen, die durch bestehende Angebote eher ausgeschlossen werden oder hiervon nicht ausreichend profitieren, könnte möglicherweise die Wirksamkeit des IPS erhöhen. In Anbetracht dessen, dass bisherige Interventionen gerade für Menschen mit Depression allerdings nicht dazu führten, dass mehr Personen Arbeit aufnehmen (Nieuwenhuijsen et al., 2020), und auch in der vorliegenden Studie ca. 35 % der Teilnehmenden nicht in Arbeit kamen, scheint gleichzeitig der Bedarf für diese Zielgruppe weiterhin vorhanden zu sein, Interventionen zu verbessern. Dies könnte insbesondere für Personen ohne bereits bestehenden Arbeitsvertrag gelten, von denen etwa die Hälfte trotz scheinbar guter Ausgangsbedingungen auch mit IPS im Studienzeitraum keine Arbeit aufgenommen hat.

Umsetzung des IPS-Coachings

Die Ergebnisse der Netzwerkanalyse und der Zufriedenheitsbefragung der IPS-Teilnehmenden deuteten darauf hin, dass es grundsätzlich Bedarf nach verstetigter, langfristig angelegter und individueller Unterstützung gibt, die zwischen Psychiatrie und Arbeitswelt verortet ist. Supported Employment wird außerdem aufgrund der bereits aus anderen Untersuchungen vorliegenden umfassenden Evidenz unter dem Evidenzgrad A in der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ und der S3-Leitlinie „Schizophrenie“ empfohlen (DGPPN, 2019).

Aus den Ergebnissen zur Umsetzung des IPS-Coachings (Fokusgruppen, fallspezifische Dokumentation, Programmtreue mittels Rating der Fidelity Scale) gibt es Hinweise darauf, dass im Rahmen der modellhaften Erprobung an zwei neuen Standorten noch Hürden für die vollumfängliche Umsetzung bestanden. Möglicherweise könnte mithilfe einiger (struktureller) Anpassungen die Wirksamkeit gegenüber der Regelversorgung zukünftig erhöht werden. Das in den USA entwickelte IPS-Coaching folgt festgelegten Prinzipien und einem Manual (Becker et al., 2015). Die Treue, mit der das Programm umgesetzt wird („IPS Fidelity“), kann anhand eines Bewertungsschemas, der „IPS Fidelity Scale“, eingeschätzt werden (Bond et al., 2012). Eine höhere Programmtreue wurde in mehreren Studien, unter anderem auch in Deutschland, mit besseren Ergebnissen für die berufliche Integration der Teilnehmenden in Verbindung gebracht (Bond et al., 2012; de Winter, 2020, Jäckel, 2024). Im vorliegenden Projekt wurde die Programmtreue in einer internen Wertung mit 88 von 125 Punkten (siehe Anlage 11 im übergeordneten Abschlussbericht) bewertet, was laut Fidelity Scale als „genügend“ eingestuft wird. Herausforderungen, die im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung analysiert wurden, beinhalten insbesondere einen geringen Austausch mit psychiatrischen Behandlern und Behandlerinnen, wenig Vernetzung mit dem allgemeinen Arbeitsmarkt, die geringe Umsetzung des Coachings am Arbeitsplatz, sowie strukturelle Hürden für die individuelle Umsetzung (siehe auch Auswertung der fallspezifischen Dokumentation und Fokusgruppen mit den IPS-Coaches). In einer randomisiert kontrollierten Studie in Schweden wurde in einer ähnlichen Zielgruppe von

Menschen mit Depression und Angststörungen in einem leicht angepassten IPS-Konzept ebenfalls kein signifikanter Effekt von IPS auf die Aufnahme von Arbeit gefunden (Hellström et al., 2017). Vergleichbar mit den genannten Schwierigkeiten in der Umsetzung der IPS-Prinzipien, vermutet die Autorenschaft, dass eine fehlende Verzahnung mit dem Behandlungskontext, sowie fehlendes Coaching am Arbeitsplatz wegen Hürden bei der Offenlegung zur Erklärung dieser Ergebnisse beitragen könnten. Zusätzlich berichteten die Coaches im vorliegenden Projekt teilweise von Konflikten zwischen IPS-Prinzipien (z. B. schneller Wiedereinstieg und Beachten persönlicher Präferenzen; siehe Abschnitt 4.7.5 im übergeordneten Abschlussbericht).

Studiendesign

Im Vergleich mit anderen Studien, bei denen die IPS-Gruppe eine ähnliche Integrationsquote erreicht, zeigt sich die Vergleichsgruppe in dieser Erhebung mit einem besonders hohen Anteil an Teilnehmenden mit einer erfolgreichen Arbeitsaufnahme. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass sich die hier untersuchte Vergleichsgruppe von denen anderer Studien unterscheidet. Dies kann einerseits an einer insgesamt verschiedenen Studienpopulation liegen (siehe Abschnitt 3.2), es ist jedoch auch möglich, dass sich die Vergleichsgruppe aufgrund der zeitlich versetzten Rekrutierung und nicht randomisierten Gruppenzuweisung systematisch von der IPS-Gruppe unterschied.

Die Rekrutierung der IPS-Gruppe fiel beispielsweise in eine Zeit mit stärkeren Auswirkungen der Covid-19-Pandemie, was sie in der beruflichen Reintegration benachteiligt haben könnte. Zudem könnten die Klinikmitarbeitenden durch die zeitlich zuerst erfolgte Rekrutierung der IPS-Gruppe bereits durch das IPS-Coaching-Angebot sensibilisiert worden sein. Das könnte dazu geführt haben, dass die Vergleichsgruppe in diesem Projekt eine Versorgung erhalten hat, die über das (bisherige) Regelangebot hinausging. Durch die fehlende Randomisierung könnten sich die Gruppen außerdem neben den gefundenen Unterschieden in Geschlecht, Dauer der Beschäftigung, Ressourcen und kognitiven Leistung, in nicht gemessenen Merkmalen unterschieden haben. Beispielsweise wurden eine größere Bereitschaft zu Veränderung (Hellström et al., 2023) und Selbstwirksamkeit in Bezug auf die Rückkehr zur Arbeit (Bjørkedal, et al., 2023) in anderen Studien bereits als förderlich für die Wiederaufnahme von Arbeit bei Menschen mit Depression identifiziert, hier jedoch nicht erfasst. Aus der Befragung der Klinikmitarbeitenden ging außerdem hervor, dass möglicherweise nach klinischem Eindruck weniger stark belastete Patienten und Patientinnen zur Teilnahme an der Vergleichsgruppe motiviert wurden, was sich allerdings nicht in den Fragebogendaten zeigte.

Umsetzungserfahrungen der innovativen Teilansätze

Wenngleich keine Überlegenheit der IPS-Gruppe in den primären Ergebnismaßen festgestellt werden konnte, geben qualitative Rückmeldungen und Sekundäranalysen Hinweise darauf, dass die Umsetzung einzelner innovativer Teilansätze des IPS-Coachings weiterhin erprobt werden sollte.

So wurden von den Projektbeteiligten positive Erfahrungen mit dem frühzeitigen Assessment berichtet: Die direkte arbeitsbezogene Einschätzung bereits im Klinikaufenthalt helfe, die berufliche Perspektive zu klären, Motivation zu nutzen und Übergänge aktiv zu gestalten. Auch die individuell angepasste Unterstützung wurde im Projektverlauf von vielen Teilnehmenden in sehr unterschiedlicher Form in Anspruch genommen. Die Möglichkeit zur individuellen Gestaltung von Kontakthäufigkeit und -form, Coaching am Arbeitsplatz sowie der Einsatz von Fortbildungen ermöglichten eine an den jeweiligen Bedarf angepasste Begleitung. Für die Nutzung des individuellen Budgets als Instrument zur Überbrückung systemischer Lücken – etwa für Qualifizierungen oder Arbeitsmittel – schien es noch Barrieren zu geben, weshalb dessen Wirkung zukünftig weiterer Untersuchung bedarf. Die zögerliche Inanspruchnahme deutet jedoch darauf hin, dass neue Instrumente nicht nur angeboten, sondern auch

aktiv eingeführt und praxisnah begleitet werden müssen. Eine besondere Stärke des Projekts lag in der Verortung des Coachings bei regionalen Partnern und Partnerinnen. Die Zusammenarbeit außerhalb der Klinik bietet die Möglichkeit für eine Perspektivverschiebung und Nutzung bereits bestehender Kompetenzen in der Rehabilitation sowie der Vernetzungen im Arbeitsmarkt. Deutlich wurde auch, dass hiermit auch Herausforderungen (Datenschutz, Systemlogiken, Rollenklarheit) verbunden sind, welche durch gemeinsame Gespräche, klare Absprachen und institutionalisierte Schnittstellen produktiv bearbeitet werden sollten.

Als Lösungsansatz dieser Problematik wurde im IPS-ZIB-Projekt das Coaching mit regionalen Akteuren und Akteurinnen umgesetzt, um bereits bestehende Kompetenzen in der Rehabilitation und Vernetzungen im Arbeitsmarkt zu nutzen. Aktuelle Modelle in Deutschland siedeln das Coaching meist in Kliniken an. Durch die Nutzung schon vorhandener und in der Rehabilitation erfahrener Beteiligter vor Ort, erfolgt im Projekt IPS-ZIB ein direkter Übergang von der Krankenhauswelt in die Welt des Arbeitsmarktes.

Bedeutung der Beziehungsarbeit und Prozessqualität

Durchgehend zeigte sich, dass der Aufbau tragfähiger Beziehungen ein zentraler Bestandteil des Coachings war. Die Zufriedenheitsbefragung unterstreicht, dass viele Teilnehmende den persönlichen Kontakt und die kontinuierliche Begleitung sehr schätzten. Gleichzeitig wurde deutlich: Wo die Beziehung nicht tragfähig war – etwa durch fehlende Passung, zu wenig Information oder mangelnde Kontinuität –, kam es häufiger zu Abbrüchen. Die Dokumentation der Coachingverläufe bestätigte zusätzlich die individuelle Nutzung eines flexiblen, langfristig angelegten und personenzentrierten Vorgehens. Unterschiedliche Ausgangsbedingungen, ländliche Strukturen, lange Fahrtzeiten oder geringe digitale Akzeptanz erfordern spezifische Anpassungen. Gerade die Heterogenität der individuellen Erwerbsverläufe – von stabilen Rückkehrprozessen bis zu mehrfachen Wechseln – macht deutlich, dass Erfolg nicht allein an dichotomen Endpunkten (z. B. Arbeitsaufnahme ja/nein) festgemacht werden kann, sondern auch in der Qualität des Prozesses selbst liegt.

Schlussfolgerung und Ausblick

Zusammenfassend lässt sich sagen: Das IPS-ZIB-Projekt hat für die konkret arbeitsmarktbezogenen Ergebnismaße für die IPS-Gruppe keinen Vorteil gegenüber der Regelversorgung erzielt. Gleichwohl hat das Projekt einige Impulse für mögliche Anpassungen der Strukturen in der Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen gesetzt - allerdings unter der Voraussetzung weiterer Evaluation. Insbesondere die Kombination mehrerer innovativer Elemente sollte in Projekten weiterverfolgt werden – auch wenn einzelne Ansätze (z. B. das individuelle Budget, die Verzahnung mit dem Behandlungssystem oder das Coaching am Arbeitsplatz) noch nicht voll ausgeschöpft wurden.

Die Erfahrungen zeigen, dass nachhaltige Wirkung nicht durch neue Methoden allein, sondern durch deren passgenaue, kontextbezogene und gut abgestimmte Umsetzung entsteht. Entscheidend ist dabei die Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure und Akteurinnen, die Qualität der Beziehung zu den Teilnehmenden und die Bereitschaft, neue Wege zu denken – auch über Systemgrenzen hinweg.

Gleichzeitig deuten die Ergebnisse darauf hin, dass bestimmte Zielgruppen (etwa Personen, die kein bestehendes Arbeitsverhältnis haben) nicht ausreichend von den vorhandenen Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich dem hier erprobten Ansatz des IPS-Coachings profitieren. Für diese Gruppen, die im bestehenden System oft nur unzureichend erreicht oder unterstützt werden, muss über alternative Reha-Ansätze nachgedacht werden. Eine Option könnte ein angepasstes bzw. erweitertes IPS-Coaching-Konzept bieten und sollte in einem neuen Projekt erprobt werden

6 Quellen

- Abele, A. E., Stief, M. & Andrä, M. S. (2000). Zur ökonomischen Erfassung beruflicher Selbsteffizienzerwartungen- Neukonstruktion einer BSEF-Skala. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 44, 145-151.
- Beblo, T., Kunz, M., Brokate, B., Scheurich, A., Weber, B., Albert, A., Richter, P. & Lautenbacher, S. (2010). Entwicklung eines Fragebogens zur subjektiven Einschätzung der geistigen Leistungsfähigkeit (FLei) bei Patienten mit psychischen Störungen. *Zeitschrift für Neuropsychologie*.
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). Manual for the BDI-II. The Psychological Corporation.
- Becker, D., Swanson, S., Reese, S., Bond, G. & McLeman, B. (2015). Deutsche Version des SUPPORTED EMPLOYMENT FIDELITY REVIEW MANUAL- Eine Anleitung zur Anwendung der evidence-based IPS Supported Employment Fidelity Scale. Dartmouth Psychiatric Research Center
- Becker, G. & Drake, R. (1993). A working life. The individual placement and support (IPS) program. Concord, NH: New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center.
- Bjørkedal, S., Fisker, J., Hellström, L., Hoff, A., Poulsen, R., Hjorthøj, C., Bojesen A., Rosenberg N., & Eplov, L. (2023). Predictors of return to work for people on sick leave with depression, anxiety and stress: secondary analysis from a randomized controlled trial. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 96(5), 715-734. <https://doi.org/10.1007/s00420-023-01968-7>
- Bond, G., Peterson, A., Becker, D., & Drake, R. (2012). Validation of the Revised Individual Placement and Support Fidelity Scale (IPS-25). *Psychiatric Services*, 63(8), 758-763. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100476>
- Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R., Fioritti, A., Knapp, M., Lauber, C., Rössler, W., Tomov, T., van Busschbach, J., White, S., & Wiersma, D. (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet*, 370(9593), 1146-1152. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)61516-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)61516-5)
- de Winter, L., Couwenbergh, C., van Weeghel, J., Sanches, S., Michon, H., & Bond, G. (2022). Who benefits from individual placement and support? A meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 31, e50. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35815640/>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). (2019). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Springer. https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-020I_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). (2019). S3-Leitlinie Schizophrenie. Langfassung, 2019, Version 1.0, zuletzt geändert am 15. März 2019, verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-009.html>
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale—preliminary report. *Psychopharmacol bull*, 9(1), 13-28.
- Drake, R. & Bond, G. (2023). Individual placement and support: History, current status, and future directions. *Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports*, 2(3), e122.
- Eekhout, I., de Vet, H., de Boer, M., Twisk, J., & Heymans, M. (2016). Passive imputation and parcel summaries are both valid to handle missing items in studies with many multi-item scales. *Statistical Methods in Medical Research*, 27(4), 1128-1140. <https://doi.org/10.1177/0962280216654511>

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191. <https://doi.org/10.3758/bf03193146>

Frederick, D. & VanderWeele, T. (2019). Supported employment: Meta-analysis and review of randomized controlled trials of individual placement and support. *PLOS ONE*, 14(2), e0212208. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212208>

Hasselhorn, H. & Freude, G. (2007). *Der Work Ability Index. Ein Leitfaden.* Verlag für neue Wissenschaft.

Hautzinger, M., Keller, F., & Kühner, C. (2006). *BDI-II. Beck–Depressions–Inventar Revision – Manual.* Harcourt Test Services.

Hellström, L., Christensen, T., Bojesen, A., & Eplov, L. (2023). Predictors of Return to Work for People with Anxiety or Depression Participating in a Randomized Trial Investigating the Effect of a Supported Employment Intervention. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 33(1), 61-70. <https://doi.org/10.1007/s10926-022-10046-7>

Hellström, L., Pedersen, P., Christensen, T., Wallstroem, I., Bojesen, A., Stenager, E., Bejerholm, U., van Busschabach, J., Michon, H., Mueser, K., Reme, S., White, S., & Eplov, L. (2021). Vocational Outcomes of the Individual Placement and Support Model in Subgroups of Diagnoses, Substance Abuse, and Forensic Conditions: A Systematic Review and Analysis of Pooled Original Data. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 31(4), 699-710. <https://doi.org/10.1007/s10926-021-09960-z>

Hellström, L., Bech, P., Hjorthøj, C., Nordentoft, M., Lindschou, J., & Eplov, L. F. (2017). Effect on return to work or education of Individual Placement and Support modified for people with mood and anxiety disorders: results of a randomised clinical trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 74(10), 717-725. <https://doi.org/10.1136/oemed-2016-104248>.

Jäckel, D., Leopold, K., & Bechdolf, A. (2024). Individual Placement and Support in der psychiatrischen Versorgung: Evaluation klinischer Routinedaten mittels eines retrospektiven Chart-Reviews. *Nervenarzt*, 95(9), 839-844. <https://doi.org/10.1007/s00115-024-01706-5>.

Kinoshita, Y., Furukawa, T., Kinoshita, K., Honyashiki, M., Omori, I., Marshall, M., Bond, G., Huxley, P., Amano, N., & Kingdon, D. (2013). Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2013(9), Cd008297. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008297.pub2>

Klaghofer, R., & Brähler, E. (2001). Konstruktion und Teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90–R. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*.

Lang, J. W., & Fries, S. (2006). A revised 10-item version of the Achievement Motives Scale. *Euro-pean Journal of Psychological Assessment*, 22(3), 216-224.

Lasser, I. (2011). Die deutsche Version des Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP-D): psychometrische Eigenschaften einer kurzen Skala zur Erfassung kognitiver Leistungsfähigkeit bei schizophrenen Patienten. *na*.

Metcalfe, J., Drake, R., & Bond, G. (2017). Predicting Employment in the Mental Health Treatment Study: Do Client Factors Matter? *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(3), 345-353. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0774-x>

Montgomery, S. A. & Åsberg, M. (1979). A New Depression Scale Designed to be Sensitive to Change. *The British Journal Of Psychiatry*, 134(4), 382–389. <https://doi.org/10.1192/bjp.134.4.382>

- Morfeld, M., Kirchberger, I., & Bullinger, M. (2011). SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand: Deutsche Version des Short Form-36 Health Survey. Hogrefe.
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H., Neumeyer-Gromen, A., Verhoeven, A. C., Bültmann, U., & Faber, B. (2020). Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database, Systematic Reviews*, 10(10), Cd006237. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006237.pub4>
- Overall, J. E. & Gorham, D. R. (1962). The brief Psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10(3), 799–812. <https://doi.org/10.2466/pr0.1962.10.3.799>
- Purdon, S. E. (2005). The screen for cognitive impairment in psychiatry. Administration and psychometric properties. Edmonton, Alberta, Canada: PNL.
- Schmidt, J., Lamprecht, F., & Wittmann, W. W. (1989). Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. [Satisfaction with inpatient care: Development of a questionnaire and first validity assessments.]. *PPmP: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 39(7), 248-255.
- Simon J, Anand P, Gray A, Rugkåsa J, Yeeles K, Burns T. (2013). Operationalising the capability approach for outcome measurement in mental health research. *Soc Sci Med*. 2013 Dec; 98:187-96. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.09.019.
- Tuomi, K., Ilmarinen, J., Jahkola, A., Katajarinne, L., & Tulkki, A. (2003). Work ability index. Finnish Institute of Occupational Health ICOH.
- Üstün, T., Kostanjsek, N., Chatterji, S., & Rehm, J. (2010). Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). In: Geneva: World Health Organization.
- Van Buuren, S. (2018). Flexible Imputation of Missing Data (2 ed.). Chapman and Hall/CRC. <https://doi.org/10.1201/9780429492259>
- Viering, S., Jäger, M., & Kawohl, W. (2015). Welche Faktoren beeinflussen den Erfolg von Supported Employment? *Psychiatrische Praxis*, 42(6), 299-308. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1387695>
- Ware, J. E., Kosinski, M. & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form health survey. *Medical Care*, 34(3), 220–233. <https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003>
- Zürcher, S., Zürcher, M., Burkhalter, M., & Richter, D. (2023). Job Retention and Reintegration in People with Mental Health Problems: A Descriptive Evaluation of Supported Employment Routine Programs. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 50(1), 128-136. <https://doi.org/10.1007/s10488-022-01227-w>

7 Anlagen

Anlagenverzeichnis:

Anlage 1 Messinstrumente

Anlage 2 Dropout-Analyse

Anlage 3 Fragebögen der Netzwerkanalyse I (2021)

Anlage 4 Fragebogen der Netzwerkanalyse II MV (2024/2025)

Anlage 1 Messinstrumente

Übersicht eingesetzter Messinstrumente

Merkmal	Instrument	T1	T1a	T1b	T1c	T2
Demographie	Eigenkonstruktion	X				
Komplexer Unterstützungsbedarf	Eigenkonstruktion in Anlehnung an Bedarfsanalyse und Förderplan (Fallmanagement DRV Nord)	X				
Minderung/Gefährdung der Erwerbsfähigkeit	Work Ability Index (WAI) (Kurzversion); Tuomi (1998); Hasselhorn & Freude (2007)	X	X	X	X	X
Schwere der Erkrankung	Becks' Depressions Inventar II (BDI-II); Hautzinger, Keller & Kühner (2006)	X	X	X	X	X
	F3 Diagnose: Montgomery-Asberg Depression-Rating Scale (MADRS); Montgomery & Asberg (1979); Schmidtke, Fleckenstein, Moises & Beckmann (1988)	X	X	X	X	X
	F2 Diagnose: BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale); Overall & Gorham, (1962)					
Berufsbiografie/beruflicher Verlauf	Eigenkonstruktion inkl. Elemente der rehapro-Programmevaluation (Monitoring)	X	X	X	X	X
Gesundheitszustand	Fragebogen zum Gesundheitszustand: deutsche Version des short Form-36 health survey (SF-12); Morfeld, Kirchberger & Bullinger (2011)	X	X	X	X	X
Seelischer Gesundheitszustand	Eigenkonstruktion	X	X	X	X	X
Psychische Belastung	Symptom-Checklist-Kurzversion-9 (SCL-K-9); Derogatis (1996); Klaghofer & Brähler (2001)	X	X	X	X	X
Berufliche Selbstwirksamkeitserwartung	T1: Skala zur Erfassung genereller beruflicher Selbstwirksamkeitserwartungen (BSEF-Skala); Abele & Stief (2000)	X				
Leistungsmotivation	Achievement Motives Scale - Revised (AMS-R); Lang & Fries (2006)	X				X
Objektive kognitive Leistungsfähigkeit	Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry - deutsche Version (SCIP-D); Purdon (2005)	X				X
Subjektive kognitive Leistungsfähigkeit	Fragebogen zur geistigen Leistungsfähigkeit – Dimension Exekutiv (FLei Exekutiv) + Zusatzfragen; Beblo et al. (2010)	X				X
Beeinträchtigung, Funktionsniveau	WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) (36-Item-Version);	X				X
Subjektive Teilhabeerwartung	Oxford Capabilities Questionnaire - mental health (OxCAP-MH); Simon et al. (2013)	X				X
Zufriedenheit mit dem IPS-Coaching (IG)	Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit (ZUF-8); Schmidt et al. 1989, 1994; Schmidt & Nübling (2002)					X

Anlage 2 Dropout-Analyse

Vergleich Personen, die an der T2 Befragung teilgenommen haben vs. „Dropouts“ bei T2

p-Wert: χ^2 Test für kategoriale Variablen, exakte Signifikanz (zweiseitig); wenn erwartete Zellohäufigkeit < 5 exakter Test nach Fisher

t-Test für metrische Variablen, ggf. zusätzlich Mann-Whitney-U Test bei Abweichung von Normalverteilung

Fehlende Werte max. 5.7 % (BDI-II), außer für WHODAS und CARPE (N siehe unten)

Demographische Variablen

	Teilgenommen		„Dropout“		
	n = 183		n = 61		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Alter	42,18	11,09	42,49	11,76	p = .849
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
weiblich	104	73,8	37	26,2	p = .655
Haushaltsform					p = .130
Alleinlebend	79	43,2	30	49,2	
Paar ohne Kinder bis unter 25J	53	29,0	11	18,0	
Paar mit Kindern bis unter 25J	27	14,8	6	9,8	
Alleinerziehend	10	5,5	8	13,1	
Sonstige	14	7,7	6	9,8	
Unterstützte Wohnform	7	3,8	6	10,0	p = .094
Gesetzliche Betreuung	6	3,3	1	1,6	p = .684
Grad der Behinderung	39	21,4	14	23,0	p = .858
Höchster Schulabschluss					p = .380
Hauptschule	24	13,1	10	16,4	
Realschule/mittlere Reife	77	42,1	30	49,2	
(Fach-)Abitur	82	44,8	21	34,4	

Arbeitsbezogene Variablen

	Teilgenommen		„Dropout“		
	n = 183		n = 61		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Arbeitsfähigkeit: WAI Gesamtscore	20,86	5,96	21,08	6,37	p = .802
Falls Arbeitsvertrag zu T1: Dauer der Beschäftigung (in Monaten)	123,02	120,34	131,78	121,80	p = .692
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
Abgeschlossene Berufsausbildung	157	86,3	46	75,4	p = .071
Abgeschlossenes Studium	47	25,7	11	18,0	p = .297
Arbeitsvertrag zu T1	120	75,0	40	25,0	p = 1.00
Haupteinkommensquelle					p = .434

Lohn/Gehalt	18	9,8	3	4,9	
Krankengeld	135	73,8	45	73,8	
ALG I	13	7,1	6	9,8	
Bürgergeld	8	4,4	5	8,2	
Unterstützung	5	2,7	0	0,0	
Angehörige/Freunde	4	2,2	2	3,3	
Sonstiges					
Dauer bisheriger Berufstätigkeit					p = .421
< 1 Jahr	1	0,5	2	3,3	
1 bis 5 Jahre	26	14,3	9	14,8	
5 bis 10 Jahre	32	17,6	11	18,0	
>10 Jahre	123	67,6	39	63,9	
Dauer der Krankschreibung in den letzten 12 Monaten					p = .538
100-365 Tage	113	61,7	42	70,0	
25-99 Tage	56	30,6	15	25,0	
10-24 Tage	10	5,5	2	3,3	
Höchstens 9 Tage	3	1,6	0	0,0	
Keinen Tag	1	0,5	1	1,7	

Klinische Variablen

	Teilgenommen n = 183		„Dropout“ n = 61		
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
F3 Diagnose (vs. F2)	169	92,3	58	95,1	p = .574
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
SCIP	75,70	11,79	73,12	12,27	p = .151
Seelischer Gesundheitszustand (0-100)	45,17	19,52	42,61	19,85	p = .377
BDI-II	23,42	10,01	26,79	12,83	p = .072
MADRS	23,60	8,54	27,62	7,49	p = .003
OxCAP (stand.)	61,33	12,08	58,95	12,42	p = .195
SCL-K9	16,44	6,91	17,48	7,14	p = .315
FLEI	22,16	7,91	24,79	7,37	p = .024
AMS-R FF	15,23	3,36	15,31	3,52	p = .871
AMS-R HS	14,52	2,68	13,41	3,39	p = .023
SF-12 körperlich	46,53	10,59	46,68	9,94	p = .925
SF-12 psychisch	24,71	10,48	20,22	9,77	p = .004
BSEF	17,27	5,23	17,93	6,43	p = .477
WHODAS 2.0	46,09	15,50	52,57	15,94	p = .013
WHODAS 2.0 (fehlende Werte laut Manual ersetzt)	45,47	15,76	51,66	15,30	p = .008

Anlage 3 Fragebögen der Netzwerkanalyse I (2021)

Fragen aus der Onlinebefragung

Allgemeine Angaben

1. Bitte tragen Sie die genaue Art der Einrichtung/Institution ein, in der Sie tätig sind*:
2. Bitte tragen Sie die genaue Bezeichnung der Funktion ein, in der Sie tätig sind*:
3. Bitte kreuzen Sie den Landkreis an, in dem Sie beruflich tätig sind*:

* Wenn Sie an der Umfrage teilnehmen möchten, sind diese Angaben erforderlich. Um ein genaues Bild der regionalen Netzwerkstrukturen zeichnen zu können, ordnen wir Ihre Angaben dem entsprechenden Landkreis und der angegebenen Institution zu.

Zusammenarbeit in der Region

4. Tauschen Sie sich mit Vertreter*innen anderer Einrichtungen, Dienste und Unternehmen thematisch darüber aus, wenn es um Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen geht, die eine Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt aufnehmen möchten? (fallübergreifende Zusammenarbeit)

- ☐ ja
☐ nein

Falls ja, in welcher Form tauschen Sie sich aus?

- ☐ Gremium, Arbeitskreis/-gruppe, Netzwerk

Name, Häufigkeit/Regelmäßigkeit, Teilnehmende:

- ☐ persönliche Treffen/Telefonate:

Mit wem? (Institution/Bereich):

5. Hatten Sie im Jahr 2019 in Ihrem Arbeitskontext mit einer Person zu tun, der/die psychisch beeinträchtigt war, eine Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt aufnehmen wollte und der/die sie im Bereich Arbeit und Beschäftigung unterstützt haben? (fallbezogene Zusammenarbeit)

- ☐ nein

- ☐ ja, Anzahl der Personen: __ __

- 5a Falls ja, wie häufig ist es im Jahr 2019 vorgekommen, dass Sie mit einer oder mehreren Personen zu tun hatten, der/die psychisch beeinträchtigt war/en und eine Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt aufnehmen wollte/n?

quartalsweise	monatlich	wöchentlich	täglich
☐	☐	☐	☐

- 5b Falls ja, haben Sie für diesen Fall/diese Fälle im Jahr 2019 an einer Fallkonferenz teilgenommen?

- ☐ ja, im Rahmen des Teilhabeplanverfahrens (SGB IX)
☐ ja, im Rahmen von Sonstige und zwar (initiiert von):
☐ nein

- 5c Falls ja, mit welchen Einrichtungen/Personen hatten Sie im Durchschnitt wie häufig in diesem Fall/in diesen Fällen (im Jahr 2019) Kontakt?
Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile eine Antwortmöglichkeit an.

	Ich hatte keinen Kontakt	quartals- weise	monatlich	wöchentlich	täglich
Psychiatrische Klinik(en) (inkl. Tagesklinik, PIA)	☐	☐	☐	☐	☐
Sozialpsychiatrischer Dienst	☐	☐	☐	☐	☐
Anbieter von Eingliederungshilfe im Bereich Wohnen und Arbeit	☐	☐	☐	☐	☐
Niedergelassene Fachärzt/innen für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeut/innen	☐	☐	☐	☐	☐
Ambulante Psychiatrische Pflege und Soziotherapie	☐	☐	☐	☐	☐
Selbsthilfe, Genesungsbegleitung, Ex-In	☐	☐	☐	☐	☐
Gesetzliche Krankenkassen	☐	☐	☐	☐	☐

	Ich hatte keinen Kontakt	quartals- weise	monatlich	wöchentlich	täglich
Rentenversicherungsträger	☐	☐	☐	☐	☐
Sozialamt	☐	☐	☐	☐	☐
Gesundheitsamt	☐	☐	☐	☐	☐
Agentur für Arbeit	☐	☐	☐	☐	☐
Jobcenter	☐	☐	☐	☐	☐
Firmen und Unternehmen des ersten Arbeitsmarktes	☐	☐	☐	☐	☐
Integrationsfirmen	☐	☐	☐	☐	☐
Industrie- und Handelskammer (IHK)	☐	☐	☐	☐	☐
Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM)	☐	☐	☐	☐	☐
Integrationsfachdienst (IFD)	☐	☐	☐	☐	☐
Anbieter beruflicher Trainings- maßnahmen (z.B. Berufs- trainingszentrum, Berufsbildungswerk, RPK = Reha psych. Kranker)	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstige, und zwar: _____	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstige, und zwar: _____	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstige, und zwar: _____	☐	☐	☐	☐	☐

6. Bestehen zwischen Ihrer und anderen Institutionen und Unternehmen Vereinbarungen zur verbindlichen Zusammenarbeit (Kooperationsvereinbarungen), wenn es um psychisch

beeinträchtigte Menschen geht, die eine Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt aufnehmen möchten?

☐ nein

☐ ja, und zwar mit:

Bewertung und Bedarfe

7. Bitte geben Sie zu den nachfolgenden Themen in Ihrem Landkreis Ihre Einschätzung ab. Geben Sie bitte Ihre Antwort auf einer Skala von 1- 5 an.

7a Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit zum Thema „Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen auf dem ersten Arbeitsmarkt“ in Ihrem Landkreis ein, wenn es nicht um eine bestimmte Person geht, sondern um den Personenkreis im Allgemeinen?
Sehr schlechte Zusammenarbeit (1) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr gute Zusammenarbeit (5)

7b Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit zum Thema „Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen auf dem ersten Arbeitsmarkt“ in Ihrem Landkreis ein, wenn es konkret um einen bestimmten Fall geht, der diskutiert wird?
Sehr schlechte Zusammenarbeit (1) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr gute Zusammenarbeit (5)

7c Wie hoch schätzen Sie in Ihrem Landkreis den Bedarf ein, eine institutionsübergreifende Fallkonferenz / Fallbesprechung zu etablieren, die sich mit der individuellen Vermittlung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen auf den ersten Arbeitsmarkt beschäftigt?
Kein Bedarf (1) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr hoher Bedarf (5)

7d Wie schätzen Sie Ihre eigene Kenntnis über die konkreten Ansprechpartner*innen in Ihrem Landkreis ein, wenn es um die Vermittlung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen auf den ersten Arbeitsmarkt geht?
Sehr schlechte Kenntnis (1) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr gute Kenntnis (5)

7e Wie würden Sie aus Ihrer Sicht in Ihrem Landkreis die Vernetzungsqualität insgesamt bewerten, wenn es um die Vermittlung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen auf den ersten Arbeitsmarkt geht?
Sehr schlechte Vernetzungsqualität (1) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr gute Vernetzungsqualität (5)

7f Wie hoch schätzen Sie den Bedarf in Ihrem Landkreis ein, die Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen auf dem ersten Arbeitsmarkt auszubauen?
Kein Bedarf (1) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr hoher Bedarf (5)

8. Bitte bewerten Sie die folgenden Bedarfe in Ihrem Landkreis in Bezug auf die Zusammenarbeit zwischen Unternehmer*innen und Vertreter*innen von psychiatrischen Hilfsangeboten, um Menschen mit psychischen Erkrankungen auf den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren. Geben Sie bitte Ihre Antwort auf einer Skala von 1- 5 an.

8a Wie schätzen Sie Ihre Zusammenarbeit mit Unternehmer*innen in Ihrem Landkreis ein, um Menschen mit psychischen Erkrankungen auf den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren?
Sehr schlechte Zusammenarbeit (1) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr gute Zusammenarbeit (5)

8a1 Bitte begründen Sie Ihre Angabe kurz:

8b Wie hoch ist Ihr Bedarf, die Zusammenarbeit mit Unternehmer*innen in Ihrem Landkreis zu intensivieren, um Menschen mit psychischen Erkrankungen auf den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren?

kein Bedarf (1) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr hoher Bedarf (5)

8c Welche Ideen haben Sie, Ihre Zusammenarbeit mit Unternehmer*innen in Ihrem Landkreis zu verstärken, damit der Verbleib oder die Vermittlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen auf den ersten Arbeitsmarkt besser gelingen kann?

Abschluss

Nicht immer passen die Kategorien eines Fragebogens zu den Gegebenheiten vor Ort.

Bitte teilen Sie uns hier Ihre Anregungen und Wünsche bezüglich der Befragung mit:

Fragen aus der Telefonbefragung

1. Haben Sie / Ihre Mitgliedsvereine in den letzten 3 Jahren Erfahrungen mit Mitarbeiter*innen gemacht, die seelische Krisen (z.B. Depressionen, Angsterkrankungen, Burn-Out o.ä.) durchlebt haben?
☐ nein
☐ ja, und zwar:
☐ Keine Angabe
2. Wie sicher fühlen Sie sich / Ihre Mitgliedsvereine im Umgang mit Mitarbeiter*innen, die seelische Krisen haben?
☐ Sicher ☐ Eher sicher ☐ eher unsicher ☐ Unsicher ☐ Keine Angabe
3. Welche nachfolgend genannte Unterstützung brauchen Sie / Ihre Mitgliedsvereine im Umgang mit Mitarbeiter*innen, die sich in seelischen Krisen befinden?
☐ Informationen über den Umgang mit psychische Beeinträchtigungen (z.B. Depression)
☐ Ansprechpartner*innen von Hilfsangeboten
☐ Informationen über arbeitsrechtliche Aspekte
☐ Externes gefördertes Coaching-Programm (z.B. IPS-Coaching: steht Arbeitgeb. und Arbeitnehm. individuell und langfristig unterstützend zur Seite)
☐ Sonstiges, und zwar:
☐ Brauchen keine Unterstützung
☐ Keine Angabe
4. Welche Organisationen in Ihrer Region kennen Sie, die Menschen in oder nach einer seelischen Krise helfen?
☐ Ich kenne:
☐ Keine Kenntnis
☐ Keine Angabe
5. Welche Dienste in Ihrer Region kennen Sie, die Menschen mit seelischen Krisen in Arbeit vermitteln? *Ankreuzen in Tabelle unter 6. Nicht alle einzeln abfragen.*
☐ Keine Angabe

6. Mit welchen Diensten davon hatten Sie in Bezug auf das Thema Einstellung von Menschen mit seelischen Krisen in den letzten 3 Jahren bereits Kontakt?

*Zum Ankreuzen für Interviewer*in (nicht alle einzeln abfragen):*

☐ Keine Angabe

Psychiatrische Klinik(en) (inkl. Tagesklinik, PIA)	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Sozialpsychiatrischer Dienst	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Anbieter von Eingliederungshilfe im Bereich Wohnen und Arbeit	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Niedergelassene Fachärzt/innen für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeut/innen	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Ambulante Psychiatrische Pflege und Soziotherapie	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Selbsthilfe, Genesungsbegleitung, Ex-In	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Gesetzliche Krankenkassen	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Rentenversicherungsträger	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Sozialamt	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Gesundheitsamt	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Agentur für Arbeit	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Jobcenter	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Firmen und Unternehmen des ersten Arbeitsmarktes	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Integrationsfirmen	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Industrie- und Handelskammer (IHK)	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM)	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Integrationsfachdienst (IFD)	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Anbieter beruflicher Trainingsmaßnahmen (z.B. Berufstrainingszentrum, Berufsbildungswerk, RPK)	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Sonstige, und zwar: _____	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Sonstige, und zwar: _____	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Sonstige, und zwar: _____	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Sonstige, und zwar: _____	☐ Kenntnis	☐ Kontakt
Kein/e	☐ Kenntnis	☐ Kontakt

7. Woher haben Sie Ihre Kenntnis über das psychiatrische Hilfesystem in Ihrer Region? (Für Interviewer: Bitte nachfolgende Punkte benennen)

☐ Zeitung, Medien

☐ Informelle Kontakte, z.B. zu Ärzt*innen, Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen

☐ Formelle Kontakte, z.B. durch Teilnahme an regionalen Arbeitskreisen

- ☐ Sonstiges, und zwar:
- ☐ Keine Kenntnis
- ☐ Keine Angabe

Nur fragen, wenn das bei Frage 7 erwähnt wird:

7a Wenn Sie an regionale Arbeitskreisen teilnehmen, welche sind das?

8. Haben Sie den Wunsch, beim Umgang mit Mitarbeiter*innen in seelischen Krisen schneller mit Expert*innen aus Ihrer Region in Kontakt zu kommen (z.B. durch Teilnahme an Arbeitskreisen, Einladung zu Fachtagen etc.)?

- ☐ nein
- ☐ ja und zwar mit/in
- ☐ Keine Angabe

9. Wie schätzen Sie Ihre Zusammenarbeit mit Vertreter*innen von psychiatrischen Unterstützungs-/ Hilfsangeboten ein, um Menschen mit psychischen Erkrankungen auf den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren?

Bitte geben Sie Ihre Antwort auf einer Skala von 1- 5 an:

1 bedeutet sehr schlechte bzw. keine Zusammenarbeit – 5 bedeutet sehr gute Zusammenarbeit.

Sehr schlechte bzw. keine Zusammenarbeit (1) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr gute Zusammenarbeit (5)

- ☐ Keine Angabe

9a Bitte begründen Sie Ihre Angabe ggf. kurz:

10. Wie hoch ist Ihr Bedarf, die Zusammenarbeit mit Vertreter*innen von psychiatrischen Hilfsangeboten in Ihrem Landkreis zu intensivieren, um Menschen mit psychischen Erkrankungen auf den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren?

Bitte geben Sie Ihre Antwort auf einer Skala von 1- 5 an:

1 bedeutet kein Bedarf – 5 bedeutet sehr hoher Bedarf.

Kein Bedarf (1) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr hoher Bedarf (5)

- ☐ Keine Angabe

11. Welche Ideen haben Sie, Ihre Zusammenarbeit mit Vertreter*innen von psychiatrischen Hilfsangebote in Ihrem Landkreis zu verstärken, damit der Verbleib oder die Vermittlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen auf den ersten Arbeitsmarkt besser gelingen kann?

- ☐ Meine Ideen lauten:
- ☐ Keine Angabe

12. Haben Sie zum Abschluss dieser Befragung weitere Anmerkungen und Anregungen bezüglich dieses Themas?

Angaben zu Beginn oder am Ende des Telefonates:

13. Art des Betriebes, in der Interviewte*r tätig ist:

14. Genaue Bezeichnung der Funktion, in der Interviewte*r tätig ist:

15. Interviewte*r ist beruflich tätig im Landkreis:

16. Dürfen wir Sie in 3 Jahren nochmal zu dem Thema kontaktieren? Dafür werden wir Ihre Kontaktdaten verschlüsselt speichern und nach dem zweiten Kontakt in 3 Jahren löschen.

- ☐ ja
- ☐ nein

Anlage 4

Frage	Frage an Arbeitgeber	Frage an Arbeitsvermittler	Frage an in der Psychiatrie Tätige
Frage 1	Haben Sie in den letzten 3 Jahren Erfahrungen mit Mitarbeitenden gemacht, die seelische Krisen (z. B. Depressionen, Angsterkrankungen, Burn-Out, Sucht, o.ä.) durchlebt haben? Ja, mit einem Einzelfall Ja, mit mehreren Fällen Nein Weiß nicht	Haben Sie in den letzten 3 Jahren Erfahrungen mit Arbeitssuchenden gemacht, die seelische Krisen (z. B. Depressionen, Angsterkrankungen, Burn-Out, Sucht, o.ä.) durchlebt haben? Ja, mit einem Einzelfall Ja, mit mehreren Fällen Nein Weiß nicht	Waren Sie in den letzten Jahren in die Arbeitsplatzsuche von PatientInnen/KlientInnen involviert? Ja, mit einem Einzelfall Ja, mit mehreren Fällen Nein Weiß nicht
Frage 2	Wie sicher fühlen Sie sich im Umgang mit Mitarbeitenden in seelischen Krisen? sicher eher sicher eher unsicher unsicher hatten keine keine Angabe	Wie sicher fühlen Sie sich im Umgang mit Arbeitssuchenden in seelischen Krisen? sicher eher sicher eher unsicher unsicher hatten keine keine Angabe	
Frage 3	Welche Unterstützung brauchen Sie, wenn es um Mitarbeitende geht, die sich in seelischen Krisen befinden? -Informationen über den Umgang mit psychischen Beeinträchtigungen (z.B. Depressionen), -Ansprechpartner*innen von Hilfsangeboten, -Informationen über arbeitsrechtliche Aspekte, -Externes gefördertes Coaching-Programm (z.B. IPS-Coaching: steht Arbeitgeb. und Arbeitnehm. individuell und langfristig unterstützend zur Seite), -Sonstiges, und zwar:;	Welche Unterstützung brauchen Sie, wenn es um die Vermittlung von Arbeitssuchenden nach seelischen Krisen geht? -Informationen über den Umgang mit psychischen Beeinträchtigungen (z.B. Depressionen), -Ansprechpartner*innen von Hilfsangeboten, -Informationen über arbeitsrechtliche Aspekte, -Externes gefördertes Coaching-Programm (z.B. IPS-Coaching: steht Arbeitgeb. und Arbeitnehm. individuell und langfristig unterstützend zur Seite),	

	-Brauchen keine Unterstützung, -Weiß nicht	-Sonstiges, und zwar:; -Brauchen keine Unterstützung, -Weiß nicht	
Frage 4	Wie schätzen Sie Ihren Bedarf ein, sich weiter mit dem Thema (Beschäftigung von Personen in seelischen Krisen) zu befassen? kein geringer mittelmäßiger hoher sehr hoher weiß nicht	Wie schätzen Sie Ihren Bedarf ein, sich weiter mit dem Thema (Beschäftigung von Personen nach seelischen Krisen) zu befassen? kein geringer mittelmäßiger hoher sehr hoher weiß nicht	
Frage 5	(Wenn bei Frage 4 mit „geringer“, „mittelmäßiger“, „hoher“ oder „sehr hoher“ geantwortet wurde:) Welche Arten des Austausches und der Zusammenarbeit fänden Sie dafür praktisch? Freies Antwortfeld Als Erweiterung: „Was halten Sie z.B. von ...?“ Austausch/Zusammenarbeit mit ... -Jobcenter und Arbeitsamt -FachärztInnen/TherapeutInnen (fachliches Input in Form von Kurzvorträgen) -Schulung zum Thema im Unternehmen -anderen Betrieben zu Umsetzungsbeispielen (best practice) -Berufsverband/IHK (Infoabend) -Betroffenen -Experten für BGM und Arbeitsschutz	(Wenn bei Frage 4 mit „geringer“, „mittelmäßiger“, „hoher“ oder „sehr hoher“ geantwortet wurde:) Welche Arten des Austausches und der Zusammenarbeit fänden Sie dafür praktisch? Freies Antwortfeld Als Erweiterung: „Was halten Sie z.B. von ...?“ Austausch/Zusammenarbeit mit... -eigenem psychologischen Dienst -mit Kliniken/externen TherapeutInnen -Betrieben der Umgebung -Berufsverbänden auf Infoabenden -Anbietern beruflicher Rehas ...	
Frage 6	Hatten Sie Berührungspunkte zum Projekt rehapro IPS-ZIB? Ja, und zwar... Nein	Hatten Sie Berührungspunkte zum Projekt rehapro IPS-ZIB? Ja, und zwar ... Nein	Hatten Sie Berührungspunkte zum Projekt rehapro IPS-ZIB? Ja, und zwar ... Nein

	weiß nicht	weiß nicht	weiß nicht
Frage 7	Hat sich Ihr regionales Netzwerk zum Thema Beschäftigung von Personen in seelischen Krisen in den vergangenen drei Jahren verändert? Ja, und zwar ... Nein weiß nicht	Hat sich Ihr regionales Netzwerk zum Thema Beschäftigung von Personen in seelischen Krisen in den vergangenen drei Jahren verändert? Ja, und zwar ... Nein weiß nicht	Hat sich Ihr regionales Netzwerk zum Thema Beschäftigung von Personen in seelischen Krisen in den vergangenen drei Jahren verändert? Ja, und zwar ... Nein weiß nicht