



rehapro

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 Studieneinstellung.....	15
Tabelle 2:	Berufliche Merkmale der Teilnehmenden bei Studieneinstellung	15
Tabelle 3:	Klinische Merkmale der Teilnehmenden bei Studieneinstellung.....	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 Einstellung 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).

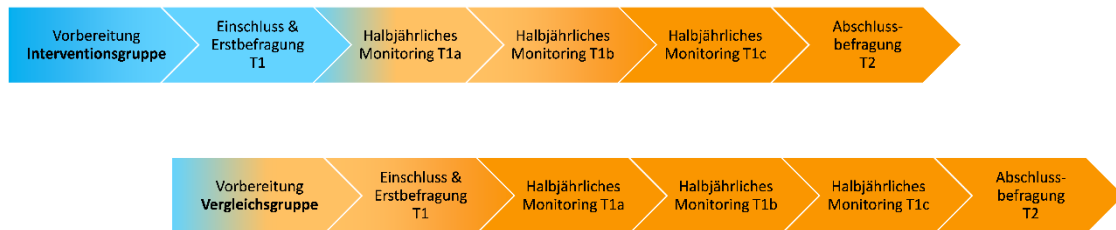


Abbildung 1: Ablauf der Rekrutierung

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.

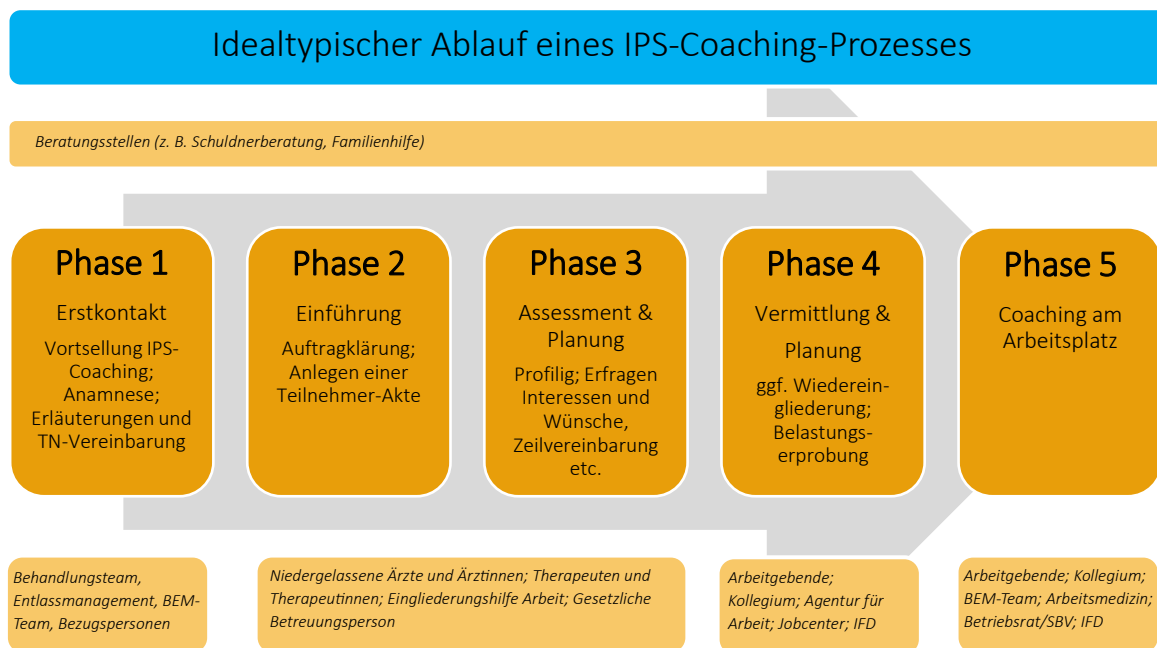


Abbildung 2: Phasenmodell des IPS-Coaching-Prozesses mit Prozessbeteiligten und Aktivitäten

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 denkbare seelischer Zustand) und 100 (bester denkbare 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 Einstellung

In Abbildung 3 ist der gesamte Einstellungsprozess der Studienteilnehmenden dargestellt (Flow-Chart). In die IPS-G konnten, wie vorgesehen, 150 Personen eingestellt werden. In die VG konnten 94 Personen eingestellt 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 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.

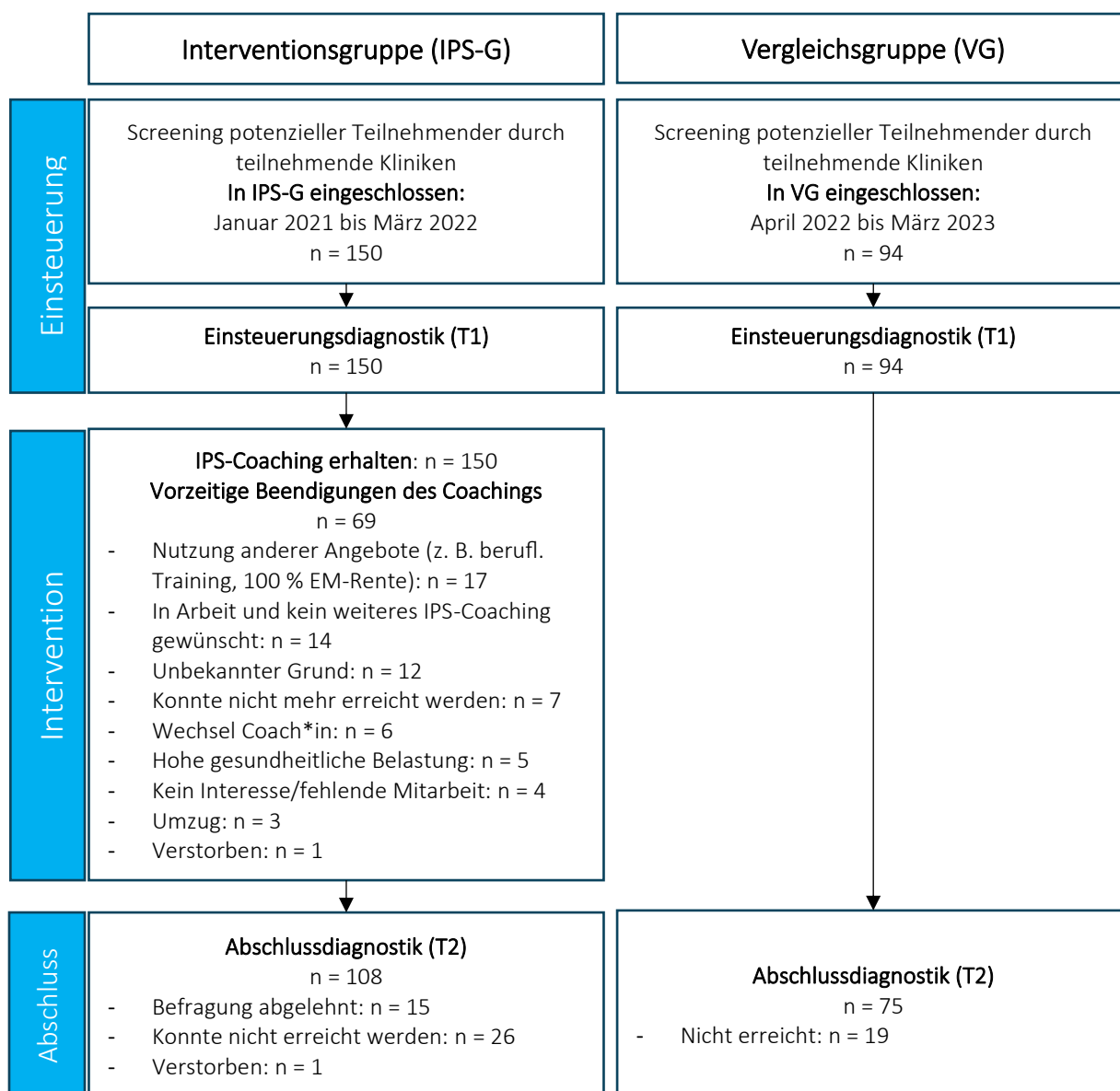


Abbildung 3: Rekrutierungs- und Follow-up-Verlauf in Form eines Flow-Charts

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 Studieneinsteuerung, 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 Studieneinsteuerung

	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.

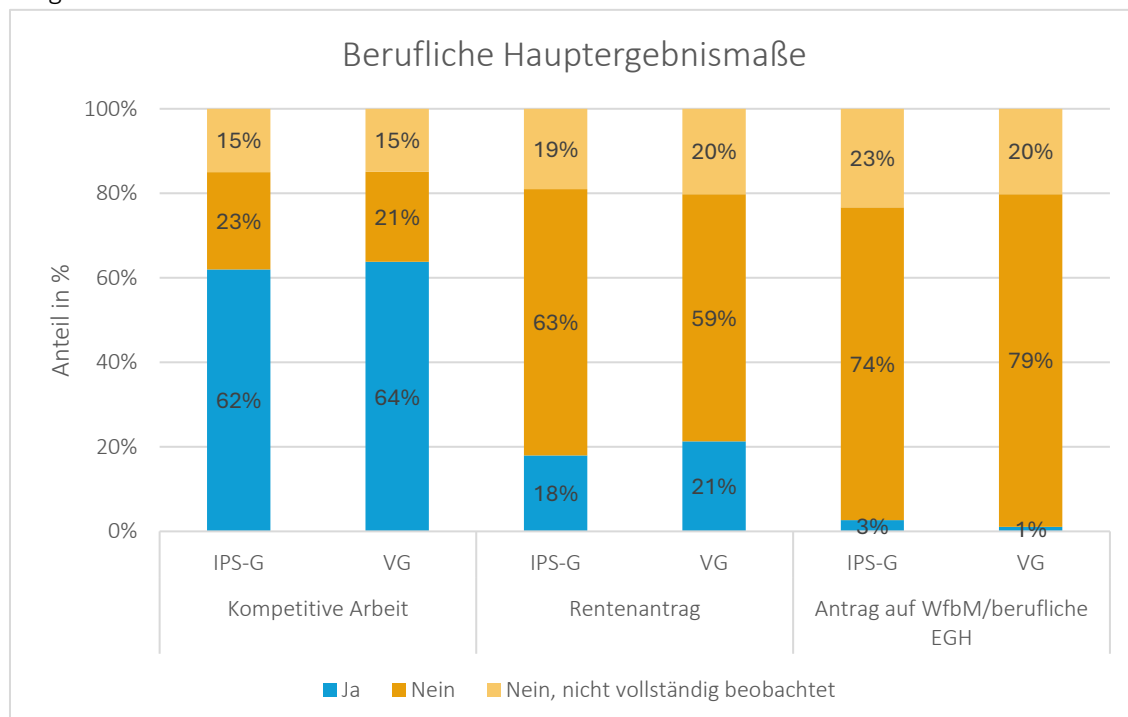


Abbildung 4: Überblick über die Ergebnisse in den beruflichen Hauptergebnismaßen

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 %), $\chi^2 (1) = 7,262$, $p = .008$.

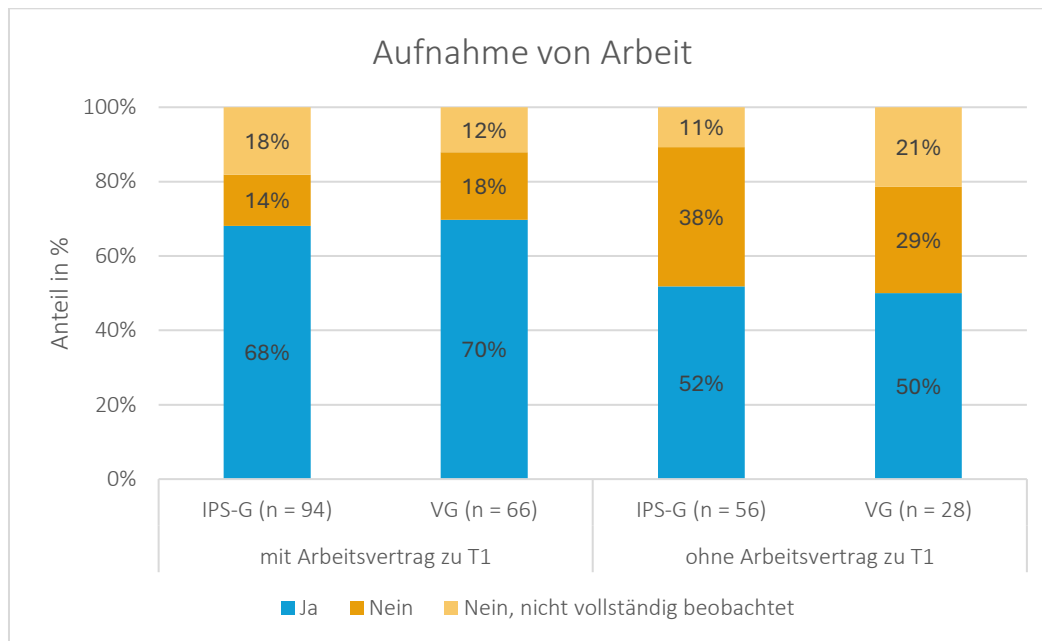


Abbildung 5: Aufnahme von Arbeit in den Subgruppen

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, $\chi^2 (1) = 4.963$, $p = .032$.

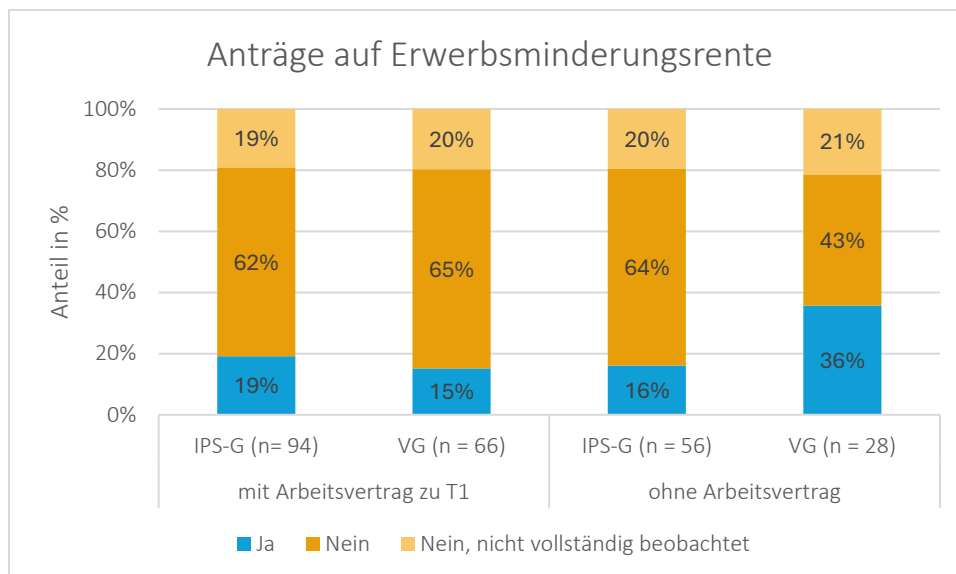


Abbildung 6: Anträge auf Erwerbsminderungsrente in den Subgruppen

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).

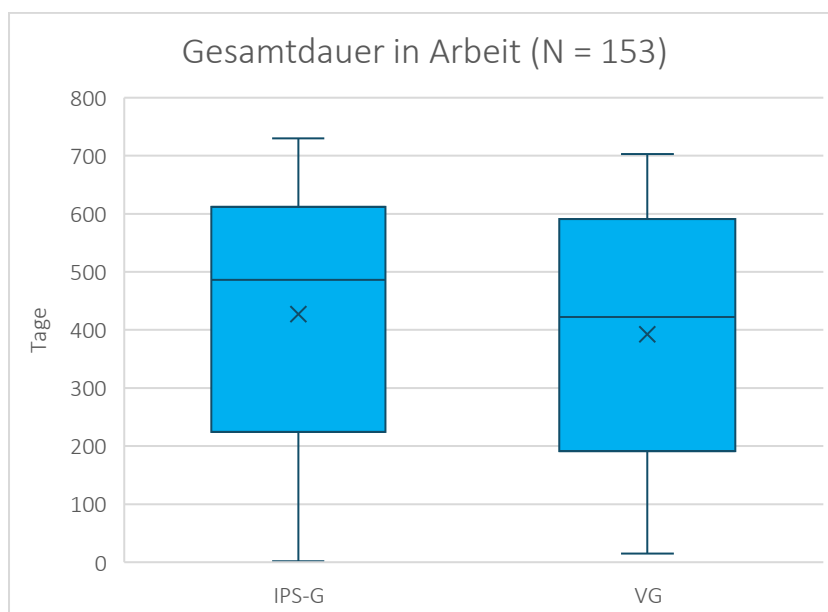


Abbildung 7: Vergleich der Gesamtdauer in Arbeit während der Studienlaufzeit

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).

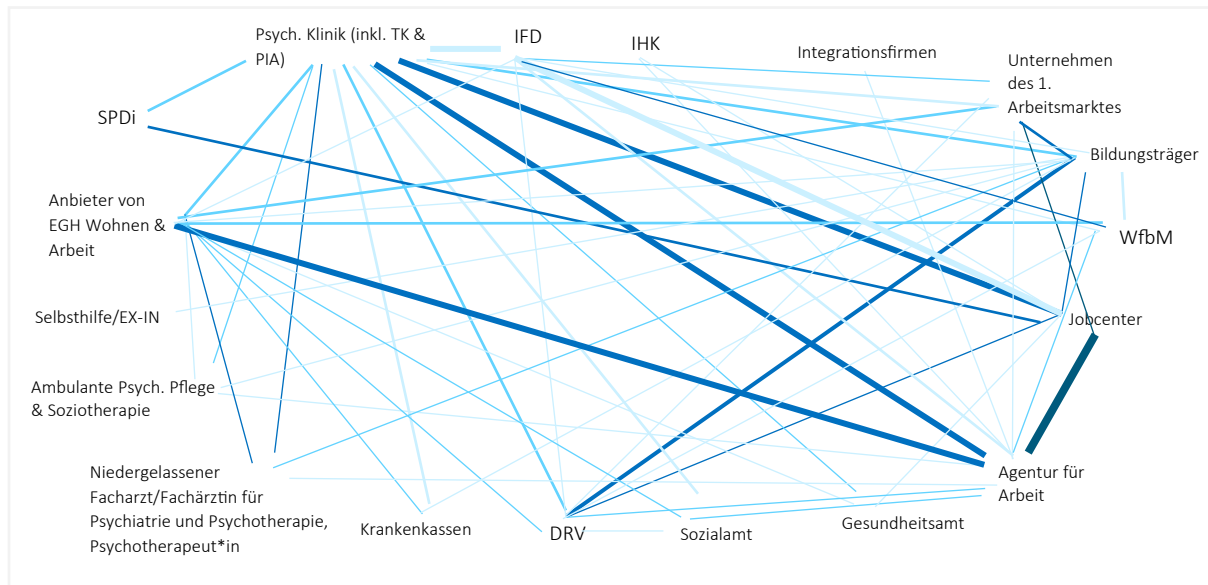


Abbildung 9: Häufigkeit der Kontakte im Netzwerk

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 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 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