ERGEBNISBAND

LIPSY

Leipziger Individual Placement and Support für psychisch erkranke Menschen

Modellprojekt ▪ Bundesprogramm rehapro ▪ Erster Förderaufruf

Projektverantwortlich:
Jobcenter Leipzig, Stadt

Gefördert durch:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

rehapro

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Der vorliegende Ergebnisband stellt das Modellprojekt LIPSY aus dem Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ vor.

Mit rehapro fördert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Erprobung innovativer Ansätze in den Bereichen Prävention, Rehabilitation und Nachsorge in den Jobcentern und Rentenversicherungsträgern und setzt damit den gesetzlichen Auftrag gemäß § 11 SGB IX um. Ziel ist es, die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu stärken und die trägerübergreifende Zusammenarbeit zu verbessern. Wirksame Ansätze sollen identifiziert und in das Regelangebot der Jobcenter und Rentenversicherungsträger übernommen werden. Die gewonnenen Erkenntnisse aus rehapro können so allen Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zugutekommen.

In diesem Band werden die Inhalte und Ziele des Projekts LIPSY erläutert. Des Weiteren werden die Ergebnisse und Erkenntnisse zu den innovativen Ansätzen des Projekts sowie deren Wirkungen präsentiert. Außerdem werden Verstetigungsoptionen vor Ort sowie Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und bundesweiten Verstetigung dargestellt.

Mit der Dokumentation der Ergebnisse sollen der Erkenntnisgewinn aus den rehapro-Projekten nachhaltig verankert und eine Basis für den Diskussionsprozess zur bundesweiten Verstetigung geschaffen werden. Die Veröffentlichung der Ergebnisbände auf der Website bundesprogramm-rehapro.de macht die Erkenntnisse für alle Beteiligten und Interessierten sichtbar, leicht zugänglich und nutzbar.

Inhaltsverzeichnis

1 Darstellung des Modellprojekts 7
1.1 Ausgangslage 7
1.2 Inhalte 8
1.3 Ziele 13
1.4 Beteiligte Einrichtungen 16
1.5 Wissenschaftliche Begleitung – Ziele & Methoden 16
1.5.1 LIPSY-Basisevaluation 17
1.5.2 LIPSY-Trial 18
1.5.3 Exkurs: Add-on „Befragung von Integrationsfachkräften“ 20

2 Ergebnisse des Modellprojekts 22
2.1 Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung 22
2.1.1 Wer wurde von LIPSY erreicht? – Profil der LIPSY-TN 23
2.1.2 Ergebnisse aus der LIPSY-Basisevaluation 24
2.1.3 Evaluation des LIPSY-Trials 32
2.2 Ergebnisse aus dem Jobcoaching im Jobcenter 42
2.3 Exkurs: Ergebnisse aus der Fokusgruppe mit IFKs des Jobcenters 42
2.4 Limitationen & Hürden 43

3 Erkenntnisse zu den innovativen (Teil-)Ansätzen und deren Wirkungen 45
3.1 Erkenntnisse auf der Ebene der Teilnehmenden 45
3.1.1 Erkenntnisse der wissenschaftlichen Begleitung aus der LIPSY-Basisevaluation 45
3.1.2 Erkenntnisse der wissenschaftlichen Begleitung aus dem LIPSY-Trial 46
3.1.3 Erkenntnisse aus dem klinisch-psychologischen Assessment 47
3.1.4 Erkenntnisse aus dem Jobcoaching im Jobcenter (Jobcenter) 48
3.1.5 Erkenntnisse aus dem LIPSY-Trial im Park-Klinikum 48
3.2 Erkenntnisse auf der Ebene der Zusammenarbeit innerhalb des Projektes 49
3.2.1 Erkenntnisse aus der Zusammenarbeit innerhalb des Jobcenters (Jobcenter) 49
3.2.2 Erkenntnisse aus der Vernetzung innerhalb des Park-Klinikums 49
3.2.3 Erkenntnisse der Organisation und Zusammenarbeit zw. Jobcenter und Park-Klinikum 50
3.3 Erkenntnisse aus der Zusammenarbeit mit Externen 50
3.3.1 Erkenntnisse aus der Zusammenarbeit des Jobcenters mit externen Kooperationseinrichtungen 50
3.3.2 Erkenntnisse aus der Zusammenarbeit des Park-Klinikums mit externen Kooperationseinrichtungen 51

4 Verstetigung vor Ort 52
4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung 52
4.2 Verstetigung im eigenen Jobcenter 54
4.3 Verstetigung beim Verbundpartner Park-Klinikum Leipzig 56

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und bundesweiten Verstetigung 57
5.1 Allgemein 57
5.2 Optionen für eine bundesweite Verstetigung in den Jobcentern 57
5.3 Gesetzliche Rahmenbedingung der Psychiatrischen Institutsambulanzen im SGB V 58
5.4 Abschließende Einordnung und Fazit 59

6 Anlagen 61
6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt 61

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: LIPSY- Projektübersicht. 9

Abbildung 2: Klinisch-psychologisches Assessment. 10

Abbildung 3: Kernprinzipien des IPS (Drake et al., 2012). 12

Abbildung 4: IPS-Phasenmodell (LIPSY) 13

Abbildung 5: Organigramm, LIPSY 16

Abbildung 6: Ablauf der wissenschaftlichen Begleitung des LIPSY-Projektes (erstellt von: J. Messall, Service Satz und Grafik, Universitätsbibliothek Leipzig) 17

Abbildung 7: Beschreibung des TAU für Interventions- und Kontrollgruppe im LIPSY-Trial 19

Abbildung 8: Erreichte TN-Zahlen im LIPSY-Projekt 23

Abbildung 9: Histogramm zur subjektiven Arbeitsfähigkeit zu Projektstart im Vergleich zur besten jemals erreichten Arbeitsfähigkeit; basierend auf der ersten Frage des Fragebogens „Work Ability Index – WAI“ mit einem Wertebereich von 0 (schlechteste Arbeitsfähigkeit) 27

Abbildung 10: Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung (in %, gefiltert für vollständige Befragungsunterlagen und Erwerbslosigkeit mit Bürgergeld bei Projekteintritt) 30

Abbildung 11: Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen oder Nebenbeschäftigung oder eines Studiums bzw. einer Ausbildung (in %, gefiltert für vollständige Befragungsunterlage, erwerbslose Bürgergeldempfangende ohne Nebentätigkeit oder Studium/Ausbildung bei Projekteintritt 31

Abbildung 12: Mittelwerte des subjektiven Gesundheitszustandes in der LIPSY-Basisevaluation über alle vier Messzeitpunkte gefiltert für TN mit vorliegenden Fragebögen zu allen Zeitpunkten (0 = denkbar schlechtester Gesundheitszustand, 100 = denkbar bester Gesundheit 31

Abbildung 13: Verläufe der psychischen sowie körperlichen Lebensqualität im LIPSY-Trial (SF-12). Der SF-12 nimmt t-Werte an 40

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Soziodemographische Angaben aus dem Baseline-Fragebogen für den Studienarm „LIPSY-Basisevaluation“ 24

Tabelle 2: Gesicherte Diagnosen der TN im Studienarm „LIPSY-Basisevaluation“ 25

Tabelle 3: Berufsbezogene Variablen der TN im Studienarm „LIPSY-Basisevaluation“ 26

Tabelle 4: Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer, neurologisch-psychiatrisch-psychotherapeutischer und weiterer Versorgungsleistungen durch Trial-TN in den vergangenen sechs Monaten vor Eintritt in das Projekt LIPSY 28

Tabelle 5: Häufigkeiten der empfohlenen Versorgungsmaßnahmen und ihr Umsetzungserfolg 29

Tabelle 6: Psychische Gesundheit im zeitlichen Verlauf gefiltert für vollständig vorliegende Fragebögen zu allen Messzeitpunkten.....32

Tabelle 7: . Soziodemographie und arbeitsbezogene Variablen im LIPSY-Trial 33

Tabelle 8: Gesicherte Diagnosen der TN im LIPSY-Trial 34

Tabelle 9: Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer, neurologisch-psychiatrisch-psychotherapeutischer und weiterer Versorgungsleistungen in den vergangenen sechs Monaten vor Eintritt in das Projekt LIPSY (n= 91).....35

Tabelle 10: (Re)Integration in den Arbeitsmarkt im LIPSY-Trial.....37

Tabelle 11: Gesundheit und soziale Integration der Trial-TN 38

Tabelle 12: Prozessevaluation durch die IPS-Coaches nach 18 Monaten (Zeitpunkt t3).....40

Abkürzungsverzeichnis

AGH	Arbeitsgelegenheit
aKG	Aktive Kontrollgruppe
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
Et al.	und andere (deutsch)
FÄ	Fachärzte
FAQ	Häufig gestellte Fragen (deutsch)
F-Diagnose	ICD-10 Code für psychische Verhaltensstörungen
ggw.	gegenwärtig
ICD	Internationales Klassifizierungssystem von Krankheiten
ID	Identifikationsnummer
IFK	Die Integrationsfachkräfte
IG	Interventionsgruppe
IPS	Individual Placement and Support
ISAP	Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin & Public Health, Universität Leipzig
KG	Kontrollgruppe
KI	Konfidenzintervall
KSK	körperlicher Gesundheitszustand
LIPSY	Leipzig – individuelle und professionelle Stabilisierung für psychisch kranke Menschen
M	Mittelwert
n=	Stichprobengröße
opt.	optional
OR	Odds Ratio
PIA/ PIAen	Psychiatrische Institutsambulanz (en)
PKL	Helios Park-Klinikum Leipzig
PSK	psychischer Gesundheitszustand
PZR	Projektzeitraum
RCT	randomized controlled trial
SD	Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
t0, t1, t2, t3	vier Messzeitpunkte (t0 – t3)
TAU	Treatment as usual
TN	Teilnehmende
VP	Versuchsperson

1 Darstellung des Modellprojekts

1.1 Ausgangslage

Insgesamt sind in Deutschland jedes Jahr 27,8% der erwachsenen Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen (Jacobi et al., 2014), wobei Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen existieren. So zeigt die Forschung, dass sich Arbeitslosigkeit und eine reduzierte psychische Gesundheit gegenseitig verstärken können (Dehn et al., 2024; Hakulinen et al., 2019; Stengler et al., 2021). Zugrundeliegende Mechanismen können hierbei z. B. einerseits der Wegfall von finanziellen Ressourcen, sozialen Interaktionen und sinnstiftender Tätigkeit durch die Arbeitslosigkeit und andererseits die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und krankheitsbezogene Einschränkungen sein. Zudem kann der (Wieder-)Einstieg auch seitens der Betriebe durch Unsicherheiten und unklare Erwartungen erschwert werden (Gruber et al., 2024). Eine umfassende Metaanalyse zeigte, dass psychische Problemlagen bei arbeitslosen Personen im Vergleich zu Erwerbstätigen mit 34% mehr als doppelt so häufig vorkommen (Paul & Moser, 2009). Zur psychischen Gesundheit von erwerbslosen Menschen in Deutschland gibt es kaum repräsentative Daten.

Die Arbeitslosigkeit hatte im Jahr des ersten Förderaufrufes (2018) neue Tiefstwerte erreicht und die Zahl der Menschen, die auf Grundsicherungsleistungen angewiesen waren, verzeichnete einen Rückgang. Dennoch zeigte sich ein deutlicher Trend: Unter den Langzeitarbeitslosen verfestigte sich eine Lang- und Längstzeitarbeitslosigkeit aufgrund von multiplen Vermittlungshemmnissen. Sie entfernten sich immer weiter vom Arbeitsmarkt.

Die Integrationsfachkräfte (IFK) im Jobcenter stellten zunehmend fest, dass eine nicht unerhebliche Anzahl an Kunden und Kundinnen offensichtliche gesundheitliche Auffälligkeiten zeigten und aus verschiedenen Gründen nicht in der Lage waren, eigeninitiativ Angebote der beruflichen, medizinischen Rehabilitation bzw. Präventionsmöglichkeiten ihrer Krankenkassen in Anspruch zu nehmen. Allgemein bekannt war, dass Langzeitarbeitslose einen schlechteren Gesundheitszustand einhergehend mit einem geringeren Wohlbefinden im Vergleich zu Erwerbstätigen hatten (Eggs et al., 2014; Schubert et al., 2013).

Eine große Rolle nahmen psychische Erkrankungen ein. Die IFKs im Jobcenter Leipzig trafen in ihrer täglichen Beratungsarbeit zunehmend auf Menschen mit offensichtlichen, aber teilweise auch latenten psychischen Auffälligkeiten. Dies zeigte bereits das Vorgängerprojekt „MehrWert 50plus“ (Huster, 2016) für Erwerbslose ab 50 Jahren. Hier konnten bei etwa 66% der älteren Erwerbslosen, die sich für ein psychosoziales Coaching anmeldeten, psychische Erkrankungen diagnostiziert werden.

Es wurde davon ausgegangen, dass mindestens ein Drittel der erwerbsfähigen Leistungsberechtigten im Jobcenter Leipzig psychische Einschränkungen mit Auswirkungen auf die Vermittlungsarbeit haben. Psychische Erkrankungen als Vermittlungshemmnisse könnten mit einer optimalen Versorgung jedoch abgebaut werden, was eine Teilhabe am Arbeitsleben wieder ermöglichte und ein Beitrag zur Arbeitskräftesicherung leisten würde.

Jedoch war die Versorgungslandschaft für Menschen mit psychischen Belastungen in einer Großstadt wie Leipzig sehr umfangreich und komplex. Hier bestand auf der Seite der Arbeitsförderung (IFKs des Jobcenters Leipzig) zum einen das Problem, sich einen Überblick über das regionale Versorgungsnetzwerk zu schaffen und zum anderen psychische Auffälligkeiten bei Kunden und Kundinnen besser zu verstehen und eine motivierende Ansprache an die Betroffenen leisten zu können.

In der täglichen Arbeit mit Personen mit psychischen Erkrankungen gab es bislang keine standardisierten Abläufe, die die IFKs des Jobcenters Leipzig in ihrer Arbeit unterstützen. Während das Fallmanagement[1] über umfangreiches Spezialwissen verfügte, traf dies nicht auf alle regulären IFKs zu. Gelegentlich erfolgte eine direkte Ansprache der Betroffenen durch die zuständige IFK, die auf das reguläre Gesundheitssystem oder die Hausärztin bzw. den Hausarzt zur medizinischen Abklärung der

[1] Im Jobcenter Leipzig gibt es ein beschäftigungsorientiertes Fallmanagement für Leistungsbeziehende mit multiplen, gravierenden Vermittlungshemmnissen.

Einschränkungen verwiesen. Teils wurden Hinweise auf Beratungsstellen gegeben oder Flyer ausgehändigt.

Auf der anderen Seite nahmen die IFKs wahr, dass die meisten Betroffenen trotz Ansprache und Hinweise auf Anlaufstellen sich nicht selbständig um ihre psychosoziale Versorgung kümmerten bzw. es ihnen nicht gelang.

Bislang erfolgten keine (standardisierten) Screenings nach psychologischen Auffälligkeiten im Beratungskontext des Jobcenters Leipzig. Sowohl durch fehlende externe Psychologen bzw. Psychologinnen, wie auch einer fehlenden intensiven Zusammenarbeit mit Akteuren des Gesundheitssystems konnte eine flächendeckende zielgerichtete Beratung in diesem Kontext bislang nicht umgesetzt werden.

Gesetzt den Fall, dass für Betroffene eine konkrete Diagnose und Handlungsempfehlung durch eine medizinische Fachkraft vorlagen, standen bislang die medizinische Behandlung und gesundheitliche Stabilisierung im Vordergrund. Während dieses oft lang andauernden Prozesses wurden die Aktivitäten zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt zurückgefahren bzw. ausgesetzt. Behandlung und Wiedereingliederung erfolgten nacheinander, wodurch sich der Prozess der Arbeitsaufnahme verzögerte, mögliche Kompetenzen verloren gingen und sich die Arbeitslosigkeit verfestigte. Dies wirkte sich mitunter negativ auf die Integrationschancen der Betroffenen aus. Wenn es zum Prozess der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt kam, begann dies zumeist mit einem vorbereitenden Arbeitstraining in geschütztem Rahmen in Form von Maßnahmen. Zudem erfolgte kein Austausch zwischen IFKs, Behandelnden bzw. Einrichtungen und anderen Leistungsträgern. Die einzelnen potentiellen Leistungen wurden getrennt voneinander betrachtet, sodass möglicherweise Chancen zur Wiedereingliederung verpasst wurden.

An dieser Stelle setzte das Projekt LIPSY an. Es sollte Personen mit psychischen Erkrankungen helfen, ihre gesundheitliche Situation zu stabilisieren, eine passende Behandlung zu erhalten und gleichzeitig aktiv bei der Beschäftigungsaufnahme unterstützen.

1.2 Inhalte

Zielgruppe des Modellprojekts waren erwerbsfähige Leistungsberechtigte des Zweiten Buches Sozialgesetzbuches (SGB II), die im aktiven Bürgergeldbezug[2] standen, sich psychisch belastet fühlten und/oder bei sich Symptome feststellten, die eine psychische Erkrankung vermuten ließen. Ausschlussgründe stellten eine gravierende Sprachbarriere, akute Suchterkrankungen, primär organische Erkrankungen sowie akute Psychosen und Suizidalität dar.

Diese Kundinnen und Kunden bekamen von ihrer regulären IFK im Jobcenter Leipzig eine freiwillige Teilnahme am Modellprojekt angeboten. Nach einem standardisierten Aufnahmeverfahren - Ausgabe einer Infobroschüre zum Projekt und eines Screeningbogens durch die regulären IFKs des Jobcenters bzw. ausführliche Projekt- und Studieninformation durch die im Projekt tätigen Psychologinnen - erfolgte eine psychologische Diagnostik, die von im Projekt beschäftigten Psychologinnen des Park-Klinikums Leipzig in den Räumlichkeiten des Jobcenters durchgeführt wurde. Anschließend erhielten Teilnehmende (TN) - im Falle der Feststellung einer psychischen Erkrankung und entsprechend ihrer psychosozialen Problemlage - gezielte Empfehlungen für weiterführende Hilfen im medizinischen bzw. psychosozialen Versorgungssystem. Parallel zu dieser Lotsung bekamen TN ein Jobcoaching und Unterstützung in psychosozialen Belangen im Jobcenter Leipzig angeboten. TN mit einer schweren psychischen Erkrankung wurde eine unmittelbare multimodale Behandlung in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) des Park-Klinikums angeboten. Dort erhielten manche - als regulären Bestandteil der Behandlung - ein den Genesungsprozess begleitendes spezifisches Jobcoaching-Angebot (IPS-Jobcoaching) zur Unterstützung der Aufnahme einer Beschäftigung, die im Idealfall sozialversicherungspflichtig sein sollte. TN mit einer schweren psychischen Erkrankung, die den zweiten Projektteil im Park-Klinikum ablehnten oder nicht die Einschlusskriterien erfüllten,

[2] Zu Beginn der Projektumsetzung bezogen die Teilnehmenden Arbeitslosengeld II. Dieses wurde mit Einführung zum 01.01.2023 mit dem Bürgergeld ersetzt.

bekamen die Möglichkeit, das Jobcoaching der LIPSY-IFK im Jobcenter (JC-Jobcoaching) in Anspruch zu nehmen.

Allen TN wurden in dieser Weise durch LIPSY neue Chancen auf das Erlangen bzw. die Stärkung ihrer beruflichen, sozialen und gesundheitlichen Teilhabe angeboten.

Die folgende Grafik (Abbildung 1) gibt einen Überblick über das Projekt und beschreibt den Pfad durch die Angebote, den die TN im Modellprojekt durchlaufen konnten:

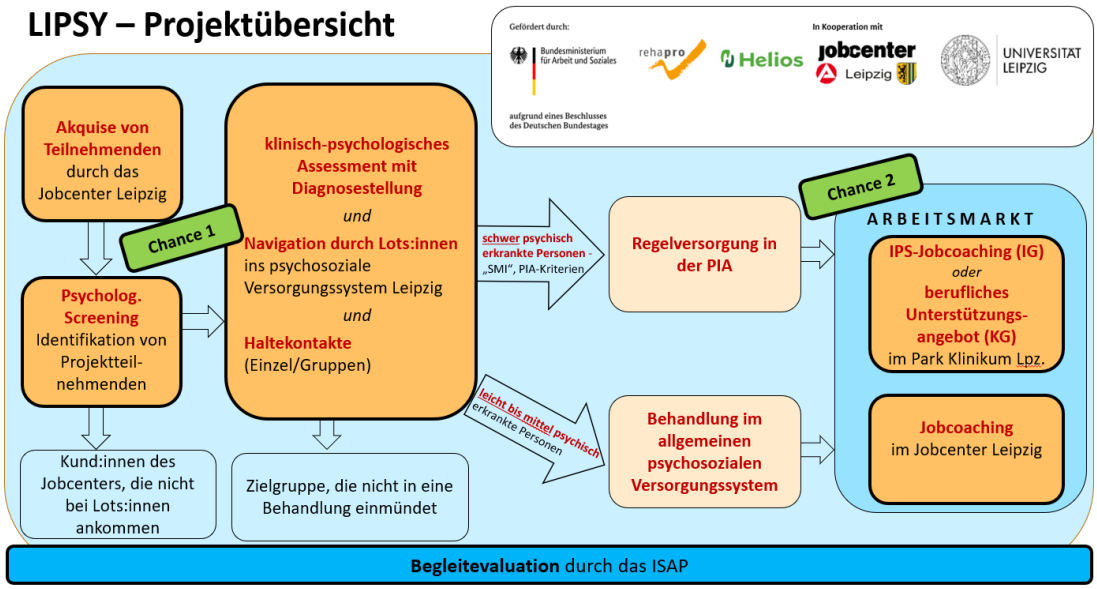


Abbildung 1: LIPSY- Projektübersicht.

Rekrutierung von Teilnehmenden – Screeningbogen & Schulungen

Im Rahmen des LIPSY-Projekts sollten ursprünglich alle Kundinnen und Kunden durch die IFK des Jobcenters angesprochen werden. Um die Ansprache zu vereinheitlichen und möglichst viele Betroffene zu erreichen wurde der Screeningbogen entwickelt. Kundinnen und Kunden hatten auf diese Weise die Möglichkeit, ihre eigene Stimmung auf einem Gemütsbarometer einzuschätzen. Zusätzlich beinhaltete der Screeningbogen 13 Fragen, die sich auf die häufigsten psychischen Erkrankungen bezogen. Die Zustimmung zu diesen Fragen konnte ein Hinweis für das Vorliegen einer psychischen Erkrankung sein. Bei der Entwicklung des Screeningbogens wurde besonderer Wert auf den Datenschutz gelegt. Der Bogen sollte selbsterklärend und leicht verständlich sein, sodass Kundinnen und Kunden ihn eigenständig, ohne Unterstützung durch die IFK, ausfüllen konnten und keine Gesundheitsinformationen an das Jobcenter weitergegeben werden mussten.

Am Ende des Screeningbogens befand sich eine klare Handlungsempfehlung, Kontakt zu den Psychologinnen des LIPSY-Projekts aufzunehmen, wenn mindestens eine der Fragen bejaht oder die Stimmung auf dem Gemütsbarometer unter 60 eingeschätzt wurde. Die Kunden und Kundinnen konnten sich alternativ auch ohne das Ausfüllen des Screeningbogens bei den LIPSY-Psychologinnen im Jobcenter melden. Sowohl der Selbsttest als auch die Inanspruchnahme des darauffolgenden klinisch-psychologischen Assessments waren freiwillige Angebote.

Um die regulären IFKs optimal auf die Rekrutierung vorzubereiten, wurden eigens für das Projekt entwickelte Schulungen geplant und durchgeführt. Die Agenda umfasste:

organisatorische und allgemeine Informationen zum LIPSY-Projekt

- Ausführungen zum Aufbau und Einsatz des Screeningbogens, Vermittlung von Informationen über den Aufbau und den Ablauf des klinisch-psychologischen Assessments im Jobcenter Leipzig, Erörterung von Grundlagen zu psychischen Erkrankungen und Schaffung eines Überblicks über die psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Leipzig

- Erklärungen zur Rekrutierung, zur Auswahl von TN für LIPSY und den Ablauf des Projekts auf Jobcenterseite
- Vorstellung des Park-Klinikums, der dortigen Behandlungs- und des beruflichen Unterstützungsangebots, basierend auf dem Ansatz „Individual Placement and Support“ (IPS)
- abschließende Fragerunde

Zur nachhaltigen Unterstützung erhielten alle IFKs Handouts zur Schulung sowie einen FAQ-Handzettel zum Screeningbogen.

Klinisch-psychologisches Assessment – Diagnostik und Bedarfsermittlung

Das klinisch-psychologische Assessment wurde im Projekt in mehreren Schritten durchgeführt (Abbildung 2). Nach einer telefonischen Terminvereinbarung fand zunächst ein Erstgespräch mit einer LIPSY-Psychologin statt. In diesem Gespräch wurden die TN vertiefend über das Projekt und die wissenschaftliche Begleitung informiert und um ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme gebeten (. Parallel zur Aufnahme in die LIPSY-Studie wurden ein Kontaktbogen sowie der erste Fragebogen ausgeteilt. Anschließend erfolgte eine ausführliche Anamnese, bei der sowohl persönliche als auch medizinische und psychosoziale Daten erhoben wurden. Zur weiteren Diagnostik kamen standardisierte psychologische Testverfahren und strukturierte Interviews zum Einsatz.

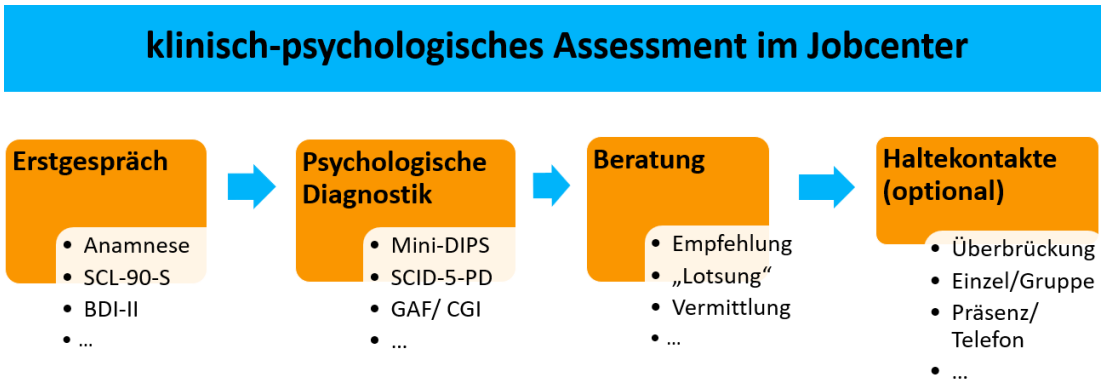


Abbildung 2: Klinisch-psychologisches Assessment.

Im abschließenden Termin erhielten die TN eine Rückmeldung zur Diagnostik, Beratung sowie individuelle Empfehlungen für die weitere Behandlung. Je nach Bedarf wurden Vermittlungsangebote in das psychosoziale Versorgungsnetzwerk oder, bei schwereren Erkrankungen, u.a. eine Überweisung in eine PIA ausgesprochen. Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung standen den LIPSY-Psychologinnen Checklisten zur Verfügung, um die Einschlusskriterien für alle Studienabschnitte von LIPSY zu prüfen. Zudem wurde eine Diagnosebogen ausgefüllt, um die Diagnosen, den Schweregrad und das Funktionsniveau festzuhalten.

Nach Abschluss des klinisch-psychologischen Assessments erhielten die IFKs des Projekts, bei Vorliegen einer entsprechenden Schweigepflichtsentbindung, einen Übergabebogen. Darin wurde von den Psychologinnen die für eine potentielle Fortführung der Projektteilnahme erforderliche Einschätzung einer *nicht nur vorübergehenden gesundheitlichen Beeinträchtigung* bestätigt, der Schweregrad der psychischen Belastung eingeschätzt und darüber hinaus die empfohlenen Hilfsangebote dokumentiert.

Klinisch-psychologisches Assessment - Lotsung im Hilfesystem und Haltekontakte

Im Rahmen des LIPSY-Projekts übernahmen die LIPSY-Psychologinnen planmäßig eine lotsende Funktion im Hilfesystem. Sie empfahlen den TN bedarfsgerecht weiterführende psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Angebote. Dazu wurde von den Psychologinnen eine Netzwerkübersicht von Leipzig erstellt und fortlaufend aktualisiert. Diese enthielt alle Leipziger Anlaufstellen zu den Themen: Psychosoziale Versorgung, Sozialdienste, Arbeit, Familie und Partnerschaft,

Migration, Mobilität, Pflege von Angehörigen, Recht, Schulden, Selbsthilfegruppen, Sucht, Trauer, Vergünstigungen, Wohnen sowie nützliche Internet-Links.

Zusätzlich wurden von den LIPSY-Psychologinnen Haltekontakte mit den Kundinnen und Kunden in Form von persönlichen und/oder telefonischen Einzelgesprächen und Gruppenangeboten im Jobcenter angeboten. Die Häufigkeit und Dauer der Kontakte richteten sich nach dem individuellen Bedarf. Die Gruppentreffen waren für zwei Stunden geplant und in den Räumlichkeiten des Jobcenters verortet. Die Haltekontakte im Gruppensetting sollten einen geschützten Raum bieten und entsprechend des Recovery-Ansatzes dem Erfahrungsaustausch, der gegenseitigen Unterstützung sowie der Vermittlung von psychoedukativen Elementen dienen.

Jobcoaching im Jobcenter Leipzig

Mit Einverständniserklärung zur Teilnahme am Projekt wurde die Zuständigkeit für die Betroffenen jobcenterseitig in die Betreuung der LIPSY-IFKs übergeben.

Sofern die schwerwiegend erkrankten Teilnehmenden nicht in den zweiten Projektteil (LIPSY-Trial) einmündeten, sollten auch diese engmaschig durch die LIPSY-IFKs betreut und aktiv unterstützt werden.

Das JC-Jobcoaching beinhaltete insbesondere Motivierung, Nachhaltung und Hilfe beim Abbau von Hindernissen, aber auch die Fortführung der Lotsenfunktion und Weiterleitung ins Hilfesystem.

Parallel zur Behandlung bzw. teilweise bereits vor Behandlungsbeginn konnten die LIPSY-IFKs die TN bei deren weiteren Berufswegplanung unterstützen und bei Bedarf passende Eingliederungsinstrumente des SGB II anbieten. Auch Möglichkeiten wie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wurden gemeinsam mit den Teilnehmenden vorbereitet. Die LIPSY-IFKs standen den TN in allen Belangen beratend zur Seite und fungierten als aktives Bindeglied zwischen den einzelnen Akteuren, Trägern und Partnern außerhalb des medizinisch-klinischen Settings.

IPS-Jobcoaching und multiprofessionelle psychiatrische Behandlung im Helios Park-Klinikum Leipzig

TN, die die Voraussetzungen für den weiteren Projektteil im Helios Park-Klinikum erfüllten, konnten unmittelbar und begleitend zur Behandlung in die PIA des Helios Park-Klinikums aufgenommen werden. Dieser sogenannte LIPSY-Trial stand im Fokus der wissenschaftlichen Begleitstudie. Ihm lag ein strenges Forschungsdesign zugrunde, welches im Abschnitt 1.5 näher erläutert wird. Dort erhielten alle eine auf individuelle Bedarfe zugeschnittene multiprofessionelle Behandlung in Einzel- und Gruppensettings. Die IPS-Jobcoaches im LIPSY-Projekt waren Teil des therapeutischen Teams und sollten den TN parallel zur Behandlung das Jobcoaching auf Grundlage des IPS-Ansatzes anbieten. Empfehlungen aus dem Positionspapier einer Task-Force der DGPPN (Stengler et al., 2021) fanden in den IPS-Jobcoachings Berücksichtigung. Bei medizinischer Indikation konnten TN vorübergehend (teil-)stationär zur klinischen Behandlung aufgenommen werden.

Die Abbildung 3 zeigt die zentralen Prinzipien des IPS-Konzepts, die im LIPSY-Trial umgesetzt wurden.

Kernprinzipien des ***Individual Placement and Support***	
1.	Primäres Ziel von IPS ist das Finden und Erhalten von Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit Mindestlohn bzw. das Finden und Sichern einer regulären Ausbildung.
2.	Niemand wird ausgeschlossen, der Interesse hat, eine Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder eine reguläre Ausbildung aufzunehmen (zero exclusion): weder Rehabilitationsfähigkeit, Diagnose, Symptome, Substanzgebrauch oder Straffälligkeit in der Vergangenheit, psychiatrische Hospitalisationen noch Schwerbehinderung (GdB). Die Teilnahme am IPS basiert auf der Entscheidung der Interessenten.

Kernprinzipien des ***Individual Placement and Support***	
3.	Arbeits- bzw. ausbildungsbezogene und klinische Leistungen werden integriert erbracht. Ein IPS-Jobcoach gehört maximal zwei Behandlungsteams an.
4.	Die Arbeits- und Ausbildungsplatzsuche ist an den individuellen beruflichen Präferenzen ausgerichtet. Die Teilnehmenden haben eine Wahlfreiheit.
5.	IPS beinhaltet Beratung bzgl. Sozialversicherungsleistungen und finanzieller Hilfen.
6.	Zügige Arbeits- bzw. Ausbildungsplatzsuche, d. h. der Arbeitswunsch der IPS Teilnehmenden wird unmittelbar angegangen (i. d. R. innerhalb von 30 Tagen).
7.	Erschließen von Arbeits- bzw. Ausbildungsplätzen durch Vernetzung mit Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes und gezielte Suche nach Betrieben, die den Präferenzen der IPS Teilnehmenden entsprechen.
8.	Langfristiger und wenn nötig unbefristeter Support der Teilnehmenden.

Abbildung 3: Kernprinzipien des IPS (Drake et al., 2012).

Das IPS-Jobcoaching in LIPSY orientierte sich an einem zu Projektbeginn entwickelten und auf dem IPS-Ansatz basierenden Phasenmodell (Abbildung 4), in dem einzelnen Coachingphasen Module zugeordnet wurden und jede Phase mit einem definierten Ziel endete. Die Umsetzung erfolgte einerseits strukturiert, war andererseits hochflexibel in der Anwendung und konnte jederzeit situativ angepasst werden. Entsprechend konnten Phasen übersprungen oder einzelne Module ausgelassen werden, falls diese nicht benötigt wurden. Bedarfsorientiert war auch die Rückkehr in eine frühere Coachingphase eine Option.

Die Festlegung der nächsten Schritte erfolgte kontinuierlich in Abstimmung zwischen den IPS-Coaches und den IPS-Coachees[3] und unter Berücksichtigung des psychiatrischen Behandlungsprozesses sowie im Austausch mit den im Projekt beschäftigten LIPSY-IFKs.

[3] IPS-Coachee: Dies ist ein TN des LIPSY-Projektes, welcher am IPS teilnahm.

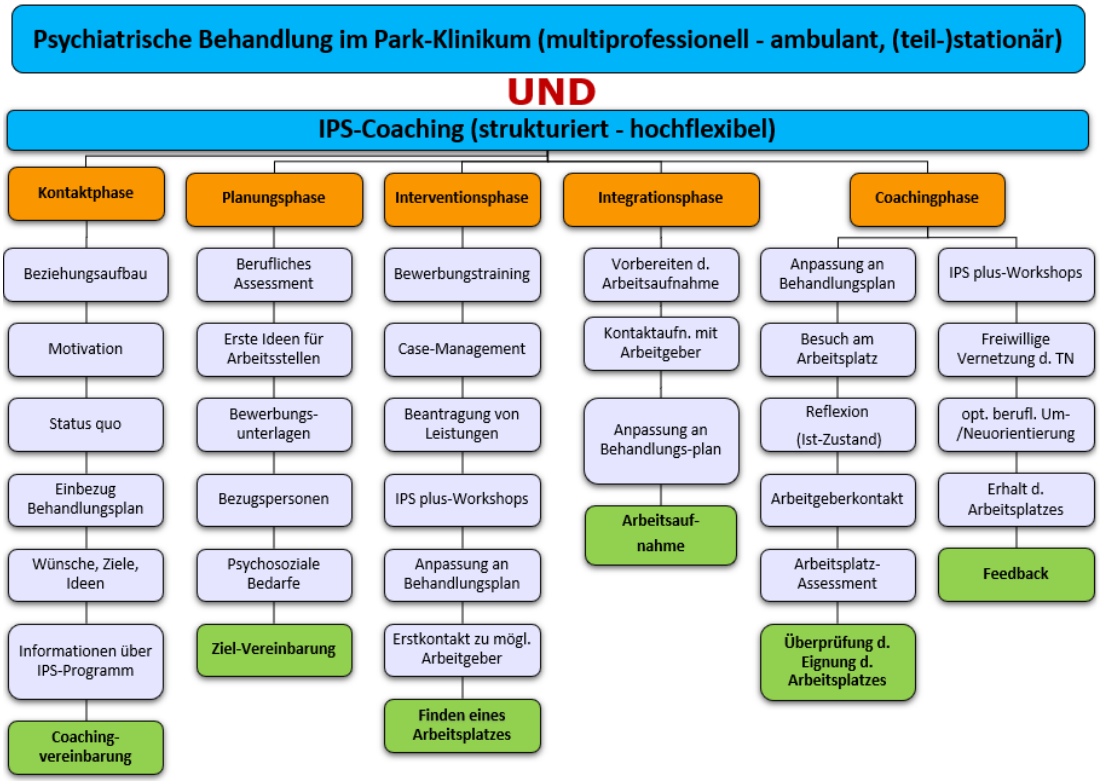


Abbildung 4: IPS-Phasenmodell (LIPSY)

1.3 Ziele

Die Zusammenarbeit zwischen dem Jobcenter Leipzig und dem Helios Park-Klinikum Leipzig verfolgte folgende Ziele:

- Langzeitarbeitslose zu reaktivieren, da psychische Erkrankungen oft Ursprung für Resignation und Alltagsentwöhnung sind und somit das Erwerbspotential für den Arbeitsmarkt wieder zu erschließen,
- die Beratungskompetenz der Integrationsfachkräfte des Jobcenters durch die Erarbeitung einer Übersicht über das psychosoziale Versorgungssystem in Leipzig zu verbessern,
- einer Chronifizierung psychischer Erkrankungen von TN durch klinische Diagnostik vorzubeugen,
- das medizinische System durch die Reduzierung von Verschlimmerungen und Chronifizierungen durch frühere Belastung zu entlasten,
- ungedeckte Hilfebedarfe zu erkennen und systematisch in Versorgung zu steuern,
- Teufelskreise zwischen Symptomatik und Arbeitslosigkeit zu durchbrechen,
- drohender (Teil-) Erwerbsminderung entgegenzuwirken nach den Prinzipien „Prävention vor Rehabilitation“ bzw. „Rehabilitation vor Rente“ und Verbesserung der Chancen zur beruflichen Teilhabe.

Eine frühzeitige Diagnose, eine gezielte Vermittlung in die psychosoziale Versorgungslandschaft und die zeitnahe Ausrichtung am Arbeitsmarkt waren dahingehend essentiell.

Während der gesamten Projektdauer sollten 2000 Personen an einem klinisch-psychologischen Assessment teilnehmen. Es war geplant, dass von diesen 2000 Personen 390 TN aktiv in die Betreuung der LIPSY-IFKs übergehen, wo sie bei der Anbindungssuche und Eingliederung in Arbeit unterstützt werden sollten (JC-Jobcoaching). 60 Personen mit schweren psychischen Erkrankungen sollten im Helios Park-Klinikum Leipzig eine medizinische Versorgung wie auch ein IPS-Coaching erhalten. Insgesamt sollten 65% bzw. 252 TN während der Projektlaufzeit in den 1. Arbeitsmarkt integriert werden.

Für die erfolgreiche Umsetzung des Projekts und die Erreichung der o. g. Ziele wurden folgende Unterziele in den Arbeitspaketen definiert.

Schulung der Integrationsfachkräfte und Rekrutierung von Teilnehmenden

Mit der Schulung der IFKs im Jobcenter wurden mehrere Ziele verfolgt, die sowohl die Qualität der Beratung als auch die Zusammenarbeit im Rahmen des LIPSY-Projekts stärken sollten:

- Sensibilisierung für psychische Auffälligkeiten im Gesprächskontakt mit Kundinnen und Kunden
- Unterstützung und Qualifizierung in der Gesprächsführung
- Information und Einweisung ins LIPSY-Projekt zur Rekrutierung von potenziellen TN
- Förderung der Vernetzung
- Überblick über psychiatrische und psychosoziale Versorgungsstrukturen zu vermitteln

Der Screeningbogen für die TN sollte ein entscheidendes Hilfsmittel für den Rekrutierungsprozess durch die IFKs und die Erreichung folgender Ziele sein:

- Sensibilisierung von Kunden und Kundinnen für mögliche psychische Beschwerden und das eigene Wohlbefinden
- Erhöhung der Bereitschaft für die Inanspruchnahme des niederschwelligen psychologischen Beratungsangebotes im Projekt
- Liefern von Hinweisen auf das Vorliegen einer psychischen Belastung
- Erreichung einer hohen Zugänglichkeit für alle Kunden und Kundinnen unabhängig von auffälligen Merkmalen für maximale Niedrigschwelligkeit und minimale Stigmatisierung

Klinisch-psychologisches Assessment

Die Ziele des klinisch-psychologischen Assessments im LIPSY-Projekt umfassten mehrere Aspekte:

- *Vertrauens- und Beziehungsaufbau:* Ein zentrales Ziel sollte der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Psychologin und TN sein. Dies sollte die Grundlage einer offenen Gesprächsatmosphäre darstellen und somit die Erfassung der individuellen Lebenssituation erleichtern. Zudem sollte das Vertrauen in das Projekt gestärkt werden, um die Bereitschaft zur Inanspruchnahme weiterer Unterstützungsangebote nach dem klinisch-psychologischen Assessment zu erhöhen.
- *Fundierte klinisch-psychologische Diagnostik:* Die psychologische Diagnostik sollte darauf abzielen, Art, Schwere und Dauer einer möglichen psychischen Erkrankung festzustellen. Mit Hilfe der klinischen Diagnose sollten passgenaue Empfehlungen für medizinische, psychotherapeutische oder psychosoziale Hilfen ausgesprochen werden können, um durch die Inanspruchnahme die Teilhabechancen, insbesondere eine Integration in Arbeit, zu verbessern.
- *Erfassung des psychosozialen Umfelds:* neben der Diagnosestellung sollten auch psychosoziale Faktoren wie Schulden, soziale Kontakte, Aktionsradius oder Veränderungswünsche erfasst werden, um die Lebenslage ganzheitlich zu verstehen und individuelle Unterstützungsbedarfe zu erkennen.
- *Motivation und Akzeptanz:* Die Diagnostik sollte die TN darin bestärken, dass sie für ihre Erkrankung keine Schuld tragen und dass Hilfe möglich ist. Durch die Rückmeldung der Ergebnisse sollte die Akzeptanz für weitere Maßnahmen und die Motivation zur Teilnahme an Unterstützungsangeboten erhöht werden.

Klinisch-psychologisches Assessment - Lotsung im Hilfesystem und Haltekontakte

Die Lotsungen in das Hilfesystem und die Haltekontakte als zentrale Elemente des LIPSY-Projekts, sollten mehrere wichtige Ziele verfolgen:

- *individuelle teilnehmerbezogene Unterstützung:* Die Lotsung sollte sich am Bedarf der TN und ggf. ihrer Bedarfsgemeinschaften orientieren. Ziel sollte es sein, passgenaue Hilfsangebote zu vermitteln.
- *Überbrückung von Wartezeiten:* Angesichts der aktuellen Versorgungsengpässe im Gesundheitssystem sollten die TN, während der oft langen Wartezeiten auf Therapie- oder Beratungsplätze, verlässlich begleitet werden. Die Haltekontakte sollten dazu dienen, diese Zeit

verbindlich zu überbrücken und im Sinne einer Verbesserung von Integrationschancen sinnvoll zu nutzen.
- *Stabilisierung:* Durch regelmäßige Haltekontakte sollte die Stabilisierung der TN gefördert werden. Sie sollten kontinuierliche Unterstützung erhalten, um Krisen vorzubeugen, Rückschritte zu vermeiden und ihre psychische Gesundheit zu stärken.
- *Unterstützung der Vermittlung:* Die Haltekontakte sollten helfen, die TN auf ihrem Weg zu begleiten, Hürden zu erkennen und gemeinsam Lösungswege zu erarbeiten. Im besten Fall sollte die Vermittlung in weiterführende Angebote zum Thema Arbeit besprochen oder umgesetzt, sowie die Motivation der Teilnehmenden für diesen Prozess aufrechterhalten werden.

Ziel war es Haltekontakte sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting anzubieten.

Jobcoaching und multiprofessionelle psychiatrische Behandlung im Park-Klinikum Leipzig

Ziel des IPS-Jobcoachings war es, TN bei der beruflichen (Neu-) Orientierung, beim Bewerbungsmanagement und der Arbeitsaufnahme zu unterstützen und zu begleiten, wenn diese erfolgt war. Der Arbeitsplatz sollte den Vorstellungen, Fähigkeiten und Ressourcen der TN entsprechen, damit bestmögliche Voraussetzungen gegeben waren, diesen langfristig zu erhalten. Der IPS-Ansatz folgt dem Grundsatz „erst platzieren - dann trainieren“ und hat die Aufnahme eines sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses zum Ziel. Mit einer gelingenden Arbeitsaufnahme wiederum, sind positive Wirkfaktoren verbunden, die sich begünstigend auf den Genesungsprozess auswirken können. Dazu zählen soziale Kontakte, Selbstwirksamkeitserleben, Strukturierung, Sinnerleben u. a. Dieser Integrationsprozess sollte parallel zur psychiatrischen Behandlung erfolgen und die IPS-Jobcoaches dabei in das multiprofessionelle Behandlungsteam integriert sein.

Der IPS-Coach konnte auch Arbeitgebende beraten und zwischen diesen und den TN bei Bedarf vermittelnd tätig werden, wenn sie dafür zuvor ihr Einverständnis gegeben hatten.

Jede Phase des IPS-Prozesses sollte mit einem Phasen-Ziel abgeschlossen werden. Ziel war es, in der Vorbereitungsphase ein entsprechendes Phasenmodell zu entwickeln. Ebenso sollten IPS-Dokumente als Arbeitsmittel konzipiert werden, die in den unterschiedlichen Coachingphasen von den IPS-Jobcoaches bzw. -Coachees als Arbeitshilfen genutzt werden konnten.

Der Methode liegt, in Ableitung aus den IPS-Prinzipien eine „Fidelity-Scale“ mit 25 Items zu Grunde, anhand derer die Programmtreue der Umsetzung des Angebots bewertet werden kann. Ein prozessevaluatives Ziel des Projektes war, die Programmtreue bei der Umsetzung des IPS-Ansatzes einzuhalten.

1.4 Beteiligte Einrichtungen

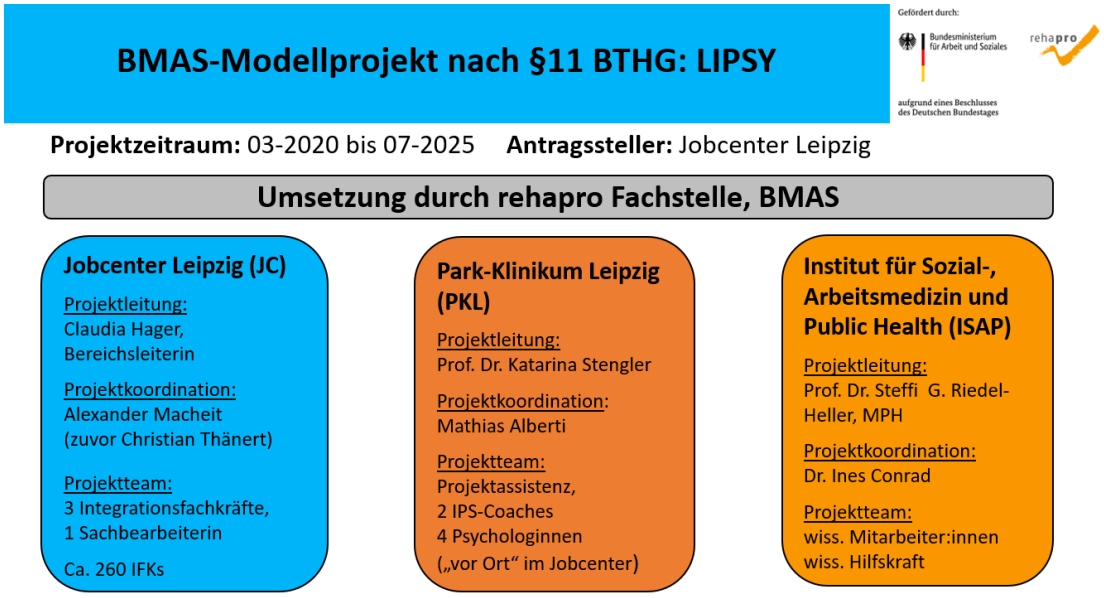


Abbildung 5: Organigramm, LIPSY

1.5 Wissenschaftliche Begleitung – Ziele & Methoden

Das Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) der Universität Leipzig führte die wissenschaftliche Begleitung des Modellprojekts „Leipzig - individuelle und professionelle Stabilisierung für psychisch kranke Menschen“ (LIPSY) durch. Dieser Abschnitt beschreibt die Ziele und methodische Gestaltung dieser wissenschaftlichen Begleitung. Wie in Abbildung 6 zu sehen, konnten TN des LIPSY-Projektes u. a. in Abhängigkeit vom Schweregrad ihrer psychischen Erkrankung in zwei verschiedene Studienarme einmünden. Daher werden im Folgenden sowohl die methodische Beschreibung als auch die Ergebnisdarstellung (Abschnitt 2) jeweils getrennt für den Studienarm „LIPSY-Basisevaluation“ und den Studienarm „LIPSY-Trial“ dargestellt.

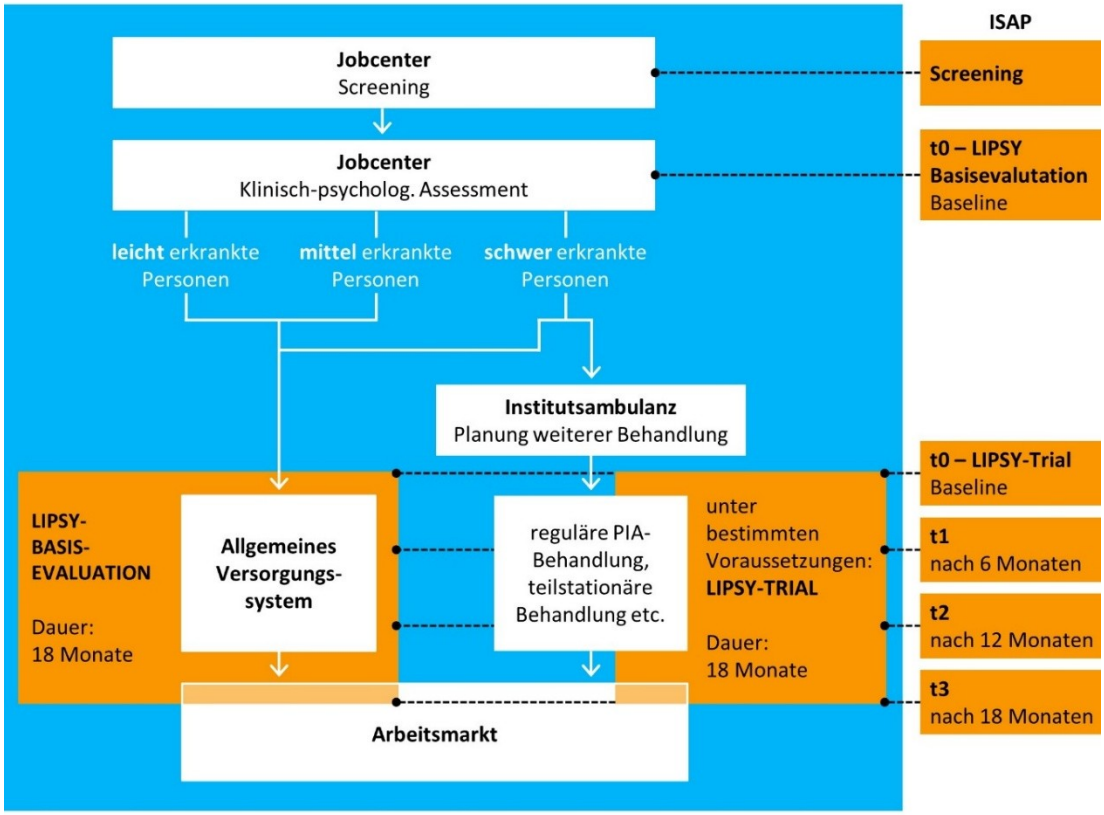


Abbildung 6: Ablauf der wissenschaftlichen Begleitung des LIPSY-Projektes (erstellt von: J. Messall, Service Satz und Grafik, Universitätsbibliothek Leipzig)

1.5.1 LIPSY-Basisevaluation

Ziele
Primäre Zielgröße war die Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt, also in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung. Des Weiteren sollten Veränderungen der psychischen Symptombelastung, der Lebensqualität und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen als sekundäre Zielgrößen über den Zeitraum der wissenschaftlichen Begleitung hinweg erfasst werden. Es sollte zudem untersucht werden, welche TN besser von dem Modellprojekt profitieren und diese Gruppe hinsichtlich ihrer soziodemographischen, motivationalen, berufsbezogenen und störungsbezogenen Determinanten so zu beschreiben, dass Angebote in Zukunft ggf. passgenauer zugeschnitten werden können.

Studiendesign & Einschlusskriterien
Voraussetzung für die Teilnahme am Modellprojekt war das Vorliegen mindestens einer psychischen Erkrankung, ein Mindestalter von 18 Jahren (Obergrenze: Renteneintrittsalter) sowie der Bezug von Bürgergeld (ehemals Arbeitslosengeld II). Personen, die am Modellprojekt teilnahmen, willigten schriftlich ein und sollten daher ausreichend Deutschkenntnisse besitzen. Es liegen positive Ethikvota jeweils für den Studienabschnitt LIPSY-Basisevaluation und LIPSY-Trial vor.

Abbildung 6 gibt einen Überblick über den Ablauf der wissenschaftlichen Begleitung. Der Zugang zum Projekt wurde mithilfe eines eigens für das Projekt entwickelten **Screeningbogens** gesteuert, wie bereits im Abschnitt 1.2 beschrieben. Der Screeningbogen sollte allen Kunden und Kundinnen des Jobcenters zugänglich sein. Aufgrund der Coronakrise und den damit verbundenen Einschränkungen wurde der Zugangsweg zeitweise verändert, sodass Screeningbögen in der Projektanfangszeit mit der Post an eine vorab ausgewählte Gruppe verschickt wurden (siehe Limitationen).

Das sich anschließende **klinisch-psychologische Assessment** durch die Psychologinnen (des PKL) in den Jobcenter-Räumlichkeiten stellte sicher, dass die Einschlusskriterien erfüllt waren und Einverständniserklärungen vorlagen. Da Diagnose und Schwere der psychischen Belastungen wichtige

krankheitsbezogene Bedingungsfaktoren für den Nutzen des Modellprojekts für Betroffene sein können, erhielt das ISAP diese Informationen zum Zeitpunkt t0 in Form eines **Diagnosebogens** von den Psychologinnen. Der Diagnosebogen enthielt Informationen zum Vorliegen einer psychischen Erkrankung (ja/nein), die ICD-10 Diagnosenummer(n) und das Ausmaß der Funktionseinschränkungen (Global Assessment of Functioning [GAF]-Skala). Die Kontaktdaten der TN wurden zu t0 auf einem separaten **Kontaktbogen** erfasst. Die TN erhielten auf diese Weise eine fortlaufende Identifikationsnummer (ID) und ihre Daten wurden pseudonymisiert.

Das LIPSY-Projekt wurde im Rahmen der LIPSY-Basisevaluation schriftlich und fragebogenbasiert mittels Selbstbeurteilungsinstrumenten wissenschaftlich begleitet. Dabei erfolgte die Befragung zu vier Messzeitpunkten: bei Einschluss in das Modellprojekt (t0), sowie nach sechs (t1), 12 (t2) und 18 Monaten (t3). Es kamen etablierte Instrumentarien zum Einsatz, die u.a. Auskunft über die allgemeine psychische Symptombelastung und den Grad an Depressivität, Ängstlichkeit etc. gaben. Darüber hinaus wurden der Stand der beruflichen Reintegration, die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen, die Lebensqualität sowie die subjektiv bewertete körperliche und psychische Gesundheit erfasst. Zusätzlich wurden standardisierte Skalen sowie einzelne Items aus bekannten Bevölkerungsumfragen (ZENSUS, LIFE-Studie) verwendet.

Sämtliche Dokumente zum Messzeitpunkt t0 wurden von den Psychologinnen mithilfe einer Handanweisung zum Fragebogenmanagement auf Vollständigkeit geprüft. Die Kontaktbögen und Einverständniserklärungen wurden gesondert aufbewahrt und an das ISAP übergeben. Alle weiteren Befragungsunterlagen kamen fallweise in verschlossene Umschläge und wurden vom ISAP abgeholt. Manche TN erhielten bei bestimmten erfüllten Voraussetzungen die Möglichkeit, an einem zusätzlichen Studienarm teilzunehmen (LIPSY-Trial), zu dem randomisiert zugewiesen wurde. Genauere Informationen finden Sie im Abschnitt 1.5.2

Analysemethoden
Die zu vier Messzeitpunkten (t0 – t3) erhobenen Teildatensätze wurden anhand der vergebenen IDs verknüpft, um Veränderungen über die Zeit zu analysieren. Es konnten mehr als die angestrebten 800 TN mit psychischer Erkrankung und Bürgergeld-Bezug als Basis für die deskriptive Auswertung eingeschlossen werden. Die erreichten TN-Zahlen sind dem Ergebnisteil (2.1) zu entnehmen. Mittels ANOVA mit Messwiederholung und multipler Regressionsanalyse sollten die Veränderungen der Zielgrößen „Reintegration in den Arbeitsmarkt“ (primäre Zielgröße) sowie psychische Symptombelastung und Lebensqualität untersucht werden (sekundäre Zielgrößen). Für die Analyse der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen über die Zeit wurde ein McNemar-Test zwischen der Nutzung fachärztlicher Hilfen (Psychotherapie, Hausarzt/Hausärztin, Neurologe/Neurologin, Psychiater/Psychiaterin) zu Projekteintritt und zum 18-Monats-Follow-up-Zeitpunkt gerechnet. Um Zusammenhänge mit dem Inanspruchnahmeverhalten fachspezifischer Versorgungsleistungen abzubilden, wurde eine multiple logistische Regressionsanalyse mit folgenden Prädiktoren durchgeführt: Vorliegen einer Störung durch psychotrope Substanzen, Vorliegen einer affektiven Störung, Vorliegen einer Neurotischen, Belastungs- und Somatoformen Störung, GAF-Wert, Alter, Geschlecht, Dauer der Arbeitslosigkeit, zusammenlebend mit Partner bzw. Partnerin, alleinerziehend. Die Inanspruchnahme fachspezifischer Hilfe als abhängige Variable war definiert und dummykodiert über das Aufsuchen mind. eines der folgenden Angebote in den vergangenen sechs Monaten: Psychiater/Psychiaterin, Psychologe/Psychologin bzw. Psychotherapeut/Psychotherapeutin, Neurologe/Neurologin, Psychiatrische Institutsambulanz, Sozialpsychiatrischer Dienst, Tagesstätte/Kontaktstätte für Menschen mit psychischen Problemen, Aufenthalt in der Psychiatrie. Odds Ratios wurden bestimmt, um eine mögliche Beeinflussung des Inanspruchnahmeverhaltens abzubilden. Die Datenanalyse des zuvor kontrollierten und bereinigten Datensatzes erfolgte mit dem Programm SPSS 29.

1.5.2 LIPSY-Trial

Ziele
IPS steht für Individual Placement and Support, ein evidenzbasiertes Konzept zur beruflichen Rehabilitation, das nach dem Prinzip „first place, then train“ funktioniert. IPS-Coaching bezeichnet die individuelle Begleitung, um die Vermittlung und Stabilisierung am Arbeitsplatz zu unterstützen. Primärziel der wissenschaftlichen Begleitung im Rahmen der Trial-Studie war es, die Wirksamkeit der IPS-Intervention in einem deutschen Kontext zu überprüfen. Konkret galt es, die Hypothese zu testen,

dass die Behandlung mit IPS in der Interventionsgruppe der Behandlung in der aktiven Kontrollgruppe überlegen sei. Dabei wurde auf Basis der Literatur davon ausgegangen, dass Personen im Bürgergeld-Bezug mit schweren psychischen Erkrankungen zum Zeitpunkt t3 mit signifikant höherer Wahrscheinlichkeit mindestens einen Tag lang einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgegangen sind, wenn sie IPS erhalten hatten, im Vergleich zu denen, die kein IPS erhalten hatten.

Zusätzlich zur primären Fragestellung wurde eine Reihe weiterer soziodemographischer, arbeitsbezogener und gesundheitlicher Variablen über die vier Messzeitpunkte t0, t1, t2, t3 mit dem Ziel erhoben, die Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen Person, Arbeitsmarktintegration und (psychischer) Gesundheit im Längsschnitt zu untersuchen.

Weiteres Ziel war die Organisation, Planung und Erstellung der Prozessevaluation zu den Zeitpunkten t1 und t3 für die Personen in der Interventionsgruppe (Durchführung: PKL).

Studiendesign & Einschlusskriterien

Die Rekrutierung der Trial-TN fand während des klinisch-psychologischen Assessments statt (siehe Abbildung 6). Alle Trial-TN hatten auch an der Basisevaluation t0 teilgenommen und erhielten für den Trial zusätzlich eine gesonderte Studieninformation und Einverständniserklärung. Beim LIPSY Trial handelt es sich um einen sog. RCT. Ein RCT (englisch: randomized controlled trial) ist eine Studie, bei der die TN per Zufall in Gruppen eingeteilt werden, um die Wirkung einer Maßnahme zuverlässig zu prüfen. Dabei wurden die TN entweder einer Interventionsgruppe (IG), welche das IPS-Coaching erhielt, oder einer aktiven Kontrollgruppe (KG), an welche eine Informationsbroschüre zu Maßnahmen der beruflichen Wiedereingliederung ausgehändigt wurde, zugeordnet. Beiden Gruppen wurde die Standardbehandlung am Krankenhaus zuteil (Treatment as usual= TAU). Das TAU wird in Abbildung 7 näher beschrieben. Die TN wurden zudem nach Geschlecht und Alter stratifiziert.

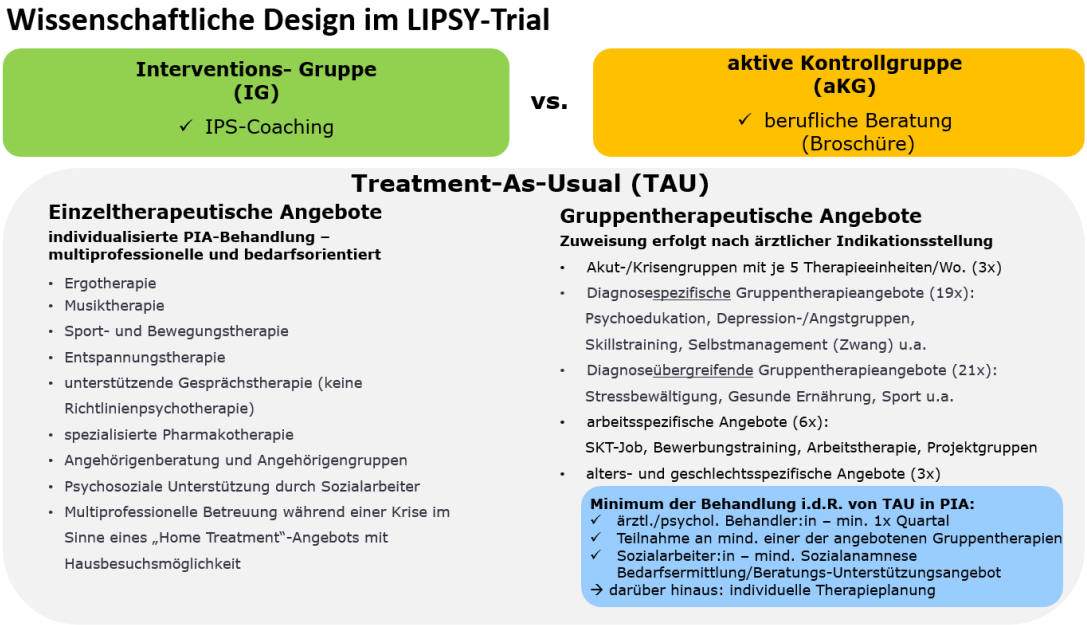


Abbildung 7: Beschreibung des TAU für Interventions- und Kontrollgruppe im LIPSY-Trial

Die Einschlusskriterien für den Trial umfassten *zusätzlich zu den Kriterien der Basisevaluation* (1) das Vorliegen einer schweren psychischen Erkrankung (GAF ≤ 50) als Hauptdiagnose unter Ausschluss akuter Intoxikationszustände und Delirien, (2) einen mittleren bis starken Wunsch, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, (3) die derzeitige Behandlung in der psychiatrischen Institutsambulanz des PKL. Die Behandlung in der PIA war dabei an weitere Voraussetzungen hinsichtlich Schwere und Dauer der Erkrankung(en) gebunden, welche auch außerhalb der Studie bestehen. Analog zur LIPSY-Basisevaluation wurden Daten zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt im Jobcenter erhoben und mit den Fragebogendaten verbunden.

Fragebogenbasierte Längsschnittbefragung
Als primäres Zielkriterium wurde die Beschäftigungsrate zum Messzeitpunkt t3 erhoben, also der Anteil der TN, die mindestens einen Tag auf dem ersten Arbeitsmarkt gearbeitet hatten. Unter den sekundären Outcomes wurden verschiedene Variablen zu allen vier Zeitpunkten zusätzlich zu denen, welche auch in der Basisbefragung erhoben wurden, gemessen. Darunter erwerbsbezogene Instrumente, z. B. zu Einstellungen zur Arbeit (DIAMO) und Selbstwirksamkeitserwartung hinsichtlich der Rückkehr in den Beruf (RTW-SE), und Items/ Fragebögen mit Gesundheitsbezug, z. B. die Frage nach der Erstmanifestation der psychischen Erkrankung oder die Einstellungen gegenüber Recovery (RAQ-7).

Prozessevaluation
Es wurde eine Prozessbewertung durchgeführt, um die Umsetzbarkeit, Akzeptanz und Anwendbarkeit des Interventionsprogramms zu untersuchen. Hierzu wurden von den IPS-Coaches Kurzfragebögen zu den TN der IG zu den Zeitpunkten t1 und t3 ausgefüllt. Neben Fragen zum Status des Coachingprozesses, z. B. „Hat der Coachee mindestens ein Gespräch im Rahmen der Interventionsphase erhalten“, wurde auch die Einschätzung des IPS-Coaches dahingehend erfragt, ob er/sie das Coaching hinsichtlich Reintegration als hilfreich empfunden hatte und wie er/sie den Einfluss der Corona-Pandemie auf den Prozess einschätzte. In diesem Bericht stellen wir die Prozessevaluation zu t3 in Kapitel 2.1.3.5 vor.

In der zweiten Projekthälfte entschied man sich in Absprache mit dem Kooperationspartner PKL, einzelne Akteure des IPS-Coaching-Prozesses genauer zu befragen und damit die Prozessevaluation zu erweitern. Für diese IPS-Toolbox 360° wurde ein Amendement auf Basis des Ethikvotums zum LIPSY-Trial gestellt und bewilligt. Es wurden Feedback-Fragebögen für folgende Gruppen entwickelt: (1) IPS-Coaches (2) Klinikmitarbeitende, (3) Arbeitgeber & Arbeitgeberinnen, (4) IPS-Coachees (TN der IG des LIPSY-Trials). Die IPS-Coaches sollten zu Elementen des Coaching-Prozesses, zur Zusammenarbeit mit den Klinikmitarbeitenden und zu ihrer eigenen Leistung, ihren Fähigkeiten und ihrem Fachwissen in Bezug auf IPS-Coaching befragt werden. Das Tool für die Klinikmitarbeitenden enthielt Fragen zur Umsetzung und Nützlichkeit sowie der Zusammenarbeit mit den IPS-Coaches. Arbeitgebern und Arbeitgeberinnen sollten ihre Sicht auf LIPSY, die Zusammenarbeit mit den IPS-Coaches und den Erfolg des Projekts bewerten. Voraussetzung war hierfür die zuvor unterschriebene und erfolgte Offenlegung zwischen IPS-Coachee und Arbeitgeber oder Arbeitgeberin.

Analysemethoden
Alle Daten wurden auf potenzielle Inkonsistenzen und fehlende Werte überprüft. Die Analysen der primären und sekundären Endpunkte wurden nach dem Intention-to-Treat-Prinzip durchgeführt, welches alle randomisierten Personen einschließt.

Veränderungen in den primären Zielvariablen wurden mittels *z*-Tests und χ^2-Tests analysiert. Behandlungseffekte auf primäre und sekundäre Endpunkte zu den Messzeitpunkten t1, t2 und t3 wurden unter Verwendung geeigneter Paneldaten-Regressionen untersucht. Dabei wurden Gruppe, Zeit sowie die Interaktion zwischen Gruppe und Zeit als Prädiktoren berücksichtigt und für relevante Kovariablen sowie Baseline-Werte kontrolliert.

Akzeptanz, Inanspruchnahme und Adhärenz in Bezug auf die Intervention wurden deskriptiv ausgewertet. Für alle Analysen wurde das Signifikanzniveau auf $p < .05$ festgelegt.

1.5.3 Exkurs: Add-on „Befragung von Integrationsfachkräften“

Im Projektverlauf entschied man sich in Absprache mit den Kooperationseinrichtungen PKL und Jobcenter, im Anschluss an eine schriftliche Befragung der IFKs zu den IFK-Schulungen zusätzlich eine Gruppendiskussion zur Vertiefung einzelner Inhalte durchzuführen. Ziel war es, mithilfe der qualitativen Methode „Fokusgruppe“, mehr über den allgemeinen Umgang von IFKs mit psychisch belasteten Kunden und Kundinnen zu erfahren. Außerdem wurden folgende Aspekte diskutiert:

- Erfahrungen und Erkenntnisse mit LIPSY im Jobcenter Leipzig
- Rolle und Einbindung der IFKs in die Projektumsetzung
- Zusammenarbeit mit LIPSY-Arbeitsgruppen (LIPSY-IFKs, Psychologinnen)

- Bewertung einzelner Projektbestandteile (Screening, Diagnostik etc.)
- Schulungen
- Ideen zur Verbesserung und Implementierung
- Sensibilisierung von IFKs für psychische Erkrankungen ihrer Kunden und Kundinnen

Die Teilnahme am Interview war freiwillig und anonym. Es wurde ein Amendement auf Grundlage des Ethikvotums der LIPSY-Basisevaluation gestellt und bewilligt. Die qualitativen Daten wurden inhaltsanalytisch nach Kuckartz (2018) ausgewertet und ein Kategoriensystem erstellt.

2 Ergebnisse des Modellprojekts

2.1 Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung

Seit Beginn der Rekrutierung im September 2020 konnten 1410 Kunden und Kundinnen angesprochen werden (siehe Abbildung 8). Der Screeningbogen wurde jedoch nicht, wie von der wissenschaftlichen Begleitung geplant, allen Kunden und Kundinnen zur Verfügung gestellt. Aufgrund der pandemischen Situation wurden einzelne Personen vorerst postalisch angeschrieben. Nach Lockerung der Kontaktbeschränkungen erschwerten die Folgen des Krieges die Arbeit im Jobcenter und es erfolgte weiterhin eine Vorauswahl der TN. Nach Entspannung der Situation und erfolgten Schulungen der IFKs des Jobcenters Leipzig gelang dennoch kein flächendeckender Einsatz des Screeningbogens. Mögliche Gründe wurden in einer Fokusgruppe zusammen mit IFKs erörtert (siehe Abschnitt „Exkurs“ 1.5.3).

Von den kontaktierten Personen erhielten 1148 ein Erstgespräch. Lediglich 77 Personen brachen den Kontakt nach diesem Erstgespräch ab. Weitere 93 brachen die Teilnahme im Rahmen des klinisch-psychologischen Assessments ab. Insgesamt konnten 977 Personen das klinisch-psychologische Assessment erfolgreich abschließen. Von diesen erfüllten 903 Personen die allgemeinen Einschlusskriterien der LIPSY-Studie. Wie in Abbildung 8 sichtbar, splittet sich die Gruppe an dieser Stelle in TN der LIPSY-Basisevaluation und des LIPSY-Trials auf. In die LIPSY-Basisevaluation konnten 810 Probanden und Probandinnen eingeschlossen werden. Aufgrund der Rekrutierungsumstände in den ersten Projektjahren wurde die Rekrutierung nicht im Dezember 2023 beendet, sondern bis Oktober 2024 fortgeführt, um ausreichend Erkenntnisgewinn zu generieren. Innerhalb der Probanden und Probandinnen, die den vollen Projektzeitraum über wissenschaftlich begleitet werden konnten (*n*=587), wurde eine Rücklaufquote zum Messzeitpunkt t3 von 40,0% erreicht. Nahezu alle TN der LIPSY-Basisevaluation (95,7%) erhielten ein JC-Jobcoaching.

Aufgrund der Schwere ihrer psychischen Erkrankung(en) wurde 309 Personen eine Behandlung in einer PIA empfohlen. Von diesen erfüllten 91 die Einschlusskriterien des LIPSY-Trials. Sie wurden per Zufallsprinzip der Interventionsgruppe (*n*=43) oder der Kontrollgruppe (*n*=48) zugewiesen und nahmen die Behandlung in der PIA des Helios Park-Klinikum auf (Rücklauf t3: 35,0%). Jedoch konnte durch die Zusammenarbeit mit dem Jobcenter Leipzig bezüglich der primären Zielgröße und einzelner sekundärer Zielgrößen eine nahezu vollständige Erhebung erreicht werden. Anders als in der Projektplanung festgelegt, erhielten manche TN des LIPSY-Trials (*n*=66) zusätzlich ein JC-Jobcoaching. Dieser methodische Eingriff in die kontrollierten Bedingungen des Studiendesigns wird im Abschnitt 2.4 erneut aufgegriffen.

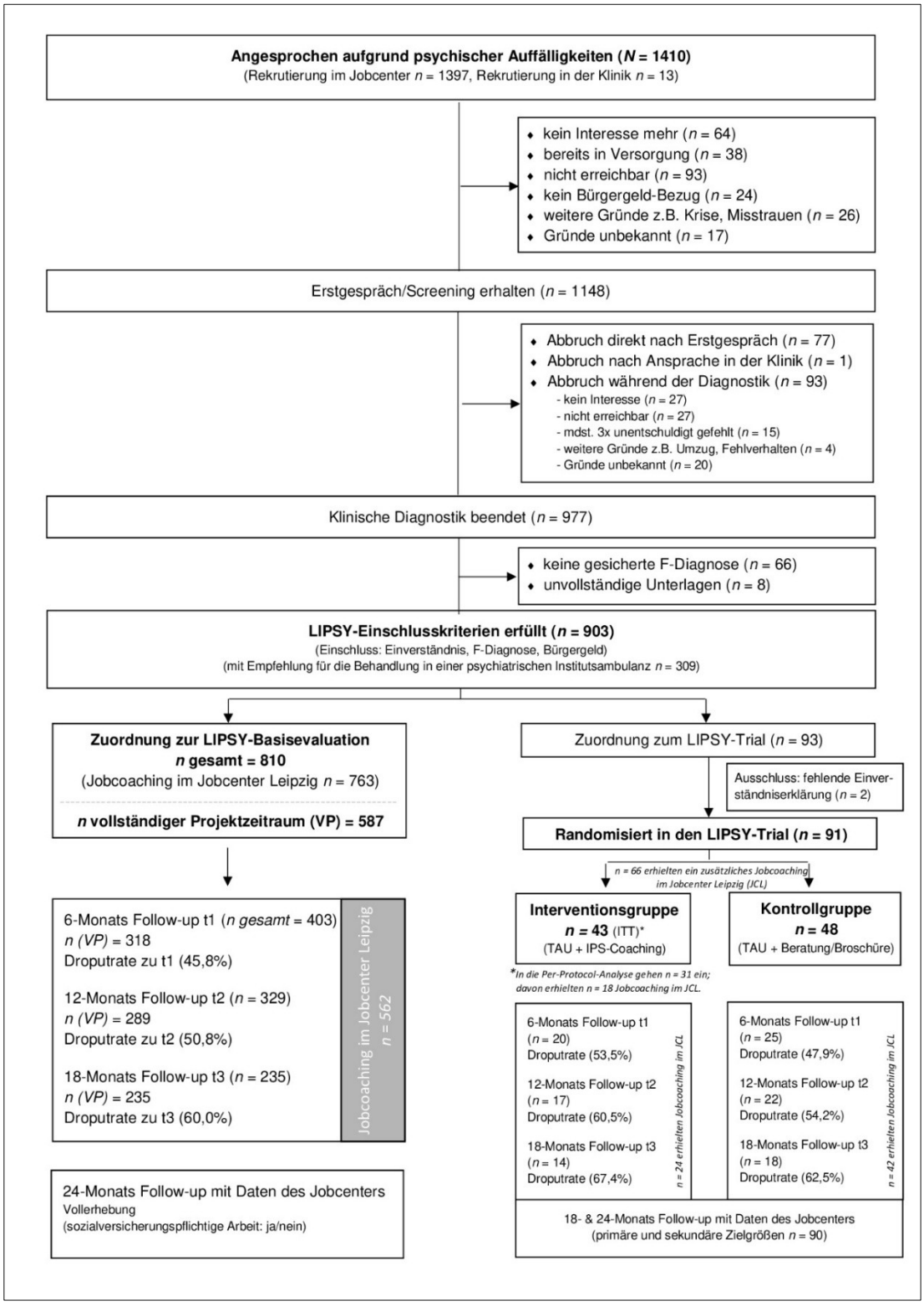


Abbildung 8: Erreichte TN-Zahlen im LIPSY-Projekt

2.1.1 Wer wurde von LIPSY erreicht? – Profil der LIPSY-TN

In den darauffolgenden Abschnitten 2.1.2 und 2.1.3. werden die Ergebnisse der Studienarme LIPSY-Basisevaluation und LIPSY-Trial getrennt aufgeführt. Vorab möchten wir in diesem Abschnitt das TN-Profil der Gesamtstudie LIPSY skizzieren.

Die TN der Gesamtstudie LIPSY waren durchschnittlich 36 Jahre alt (*n*=901) und bezüglich des Geschlechts nahezu gleichmäßig verteilt (50,2% weiblich, *n*=452). Sie lebten überwiegend ohne Partner

oder Partnerin zusammen (84,2%, *n*=750) und eigenständig zur Miete oder in Eigentum (89,5%, *n*=806). Dabei waren 14,1% alleinerziehend (*n*=119). Etwas über die Hälfte hatte Schulden (52,8%, *n*=465), wobei Kleinstbeträge von 80€ bis Großbeträge von 320.000€ angegeben wurden (Durchschnitt: 13.978,01€, *n*=376). Der Median lag bei 6.000€ (mittlere 50%: 1.800€ – 13.000€), d. h. die Hälfte der TN hatte Schulden unterhalb von 6.000€ und die andere Hälfte oberhalb von 6.000€. Jeder bzw. jede Dritte hatte einen Realschulabschluss (*n*=300) und 9% waren ohne Schulabschluss (*n*=80). Knapp 45% hatten zudem keinen Berufsabschluss erlangt (*n*=396). Die TN der Gesamtstudie waren bei Einmünden in LIPSY im Schnitt bereits seit vier Jahren und drei Monaten arbeitslos. Knapp jeder bzw. jede Vierte hatte noch nie ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis (22,9%, *n*=201). Zudem hatte etwas mehr als die Hälfte im Jahr vor Projekteintritt an keiner Jobcentermaßnahme teilgenommen (55,7%, *n*=502).

Die psychische Belastung war hoch und die Versorgungssituation schlecht. Die LIPSY-TN wiesen im Mittel eine schwere bis sehr schwere Beeinträchtigung ihrer alltäglichen Funktionen auf. Die Psychische Gesundheit lag im deutlich unterdurchschnittlichen Bereich (SF-12, psychisch: *M*=30,6, *n*=881) und die depressive Symptomatik war zu Projekteintritt mäßig ausgeprägt (PHQ-9: *M*=13,8, *n*=866). Knapp 40%, konkret 344 Probanden und Probandinnen, hatten in den sechs Monaten vor ihrer Teilnahme am LIPSY-Projekt keine Form der Hilfe bezüglich ihrer psychischen Belastung in Anspruch genommen. Am häufigsten wurden Hausarzt bzw. Hausärztin (36,6%, *n*=330) und Familie (33,2%, *n*=299) zu Rate gezogen sowie Medikamente eingenommen (27,4%, *n*=236).

2.1.2 Ergebnisse aus der LIPSY-Basisevaluation

Die TN der LIPSY-Basisevaluation (51,2% weiblich, Durchschnittsalter 36 Jahre, Altersrange: 17-63 Jahre) lebten überwiegend selbstständig (89,1%) und dabei mehrheitlich ohne Partner oder Partnerin (82,5%). Lediglich 4,8% waren verheiratet. Jede bzw. jeder Zehnte hatte keinen Schulabschluss (9,6%). Etwas mehr als die Hälfte hatte zu Projekteintritt Schulden. Bei knapp jedem bzw. jeder Fünften lag ein abgeschlossenes oder laufendes Insolvenzverfahren vor. Tabelle 1 gibt einen Überblick über alle soziodemographischen Angaben zur LIPSY-Basisevaluation.

Tabelle 1: Soziodemographische Angaben aus dem Baseline-Fragebogen für den Studienarm „LIPSY-Basisevaluation“

Anmerkungen.

[a] Dargestellt sind Mittelwert (M) und die Standardabweichung (SD) im Klammerausdruck.

[b] Dargestellt sind absolute Zahlen und relative Zahlen (%) im Klammerausdruck.

[c] Dargestellt sind der Median[4] und der Bereich der mittleren 50%.

Soziodemographie	***n* = 587**
Alter in Jahren	36,3 (11,3)[a]
Geschlecht („weiblich”), *n*=586	300 (51,2%)[b]
Schulbildung	*n*=582
Ohne Hauptschulabschluss	56 (9,6%)[b]
Niedrig *(Hauptschulabschluss)*	138 (23,7%) [b]
Mittel *(Realschule, Polytechnische Oberschule)*	240 (40,3%) [b]

[4] Median: Der Median ist der mittlere Wert, wenn man eine Liste von Werten der Größe nach sortiert. Er zeigt, was in der Mitte liegt. Wenn alle sagen, wie viel Geld sie am Tag ausgegeben haben, gibt beispielsweise der Wert 15€ an, dass eine Hälfte der Befragten mehr als 15€ ausgegeben hat und die andere Hälfte weniger. Bei vielen Ausreißern im Datensatz zeigt dieser Wert realistischer, was typisch für die Stichprobe ist.

Hoch *(Fach/-Hochschulreife, Fachoberschule)*	138 (23,7%) [b]
Familienstand	*n*=584
Verheiratet	28 (4,8%) [b]
Ledig	470 (80,5%) [b]
Geschieden	71 (12,2%) [b]
Wohnsituation	*n*=587
Eigenständig	523 (89,1%)[b]
Bei Angehörigen	51 (8,7%)[b]
Betreutes Wohnen	5 (0,9%)[b]
Zusammenleben mit Partner („ja“, *n*=578)	101 (17,5%) [b]
Kind(er) < 18 Jahre im Haushalt („ja“, *n*=495)	120 (24,2%) [b]
Alleinerziehend („ja”), *n*=548	84 (15,3%) [b]
Schulden	
Schulden liegen vor („ja“, *n*=569)	297 (52,2%) [b]
Schuldenhöhe in Euro (*n*=237)	6.000,00 (2.000,00 – 12.735,00)[c]
Aktuell/ früher Insolvenzverfahren („ja“, *n*=575)	104 (18,1%)[b]

2.1.2.1 Psychische Gesundheit

Das klinisch-psychologische Assessment zeigte eine Häufung von Diagnosen der Kategorien F32 und F33 des ICD-10, also depressive Episoden und rezidivierende depressive Störungen. Diese kamen als gesichert vergebene Diagnosen bei 60,5% der TN vor. Auch häufig vertreten, mit 46%, waren neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen. Etwa jede fünfte Person hatte eine Form der Substanzstörungen (21%). Die Tabelle 2 gibt einen Überblick über alle gesicherten Diagnosen im Studienarm „LIPSY-Basisevaluation“. Verdachtsdiagnosen wurden im Rahmen des klinisch-psychologischen Assessments ebenfalls vergeben, jedoch hierbei nicht berücksichtigt. Der Globalwert zum Funktionsniveau (GAF-Wert) aus dem amerikanischen Klassifikationssystem psychischer Erkrankungen liegt im Mittel bei 49,6 (Minimum 0; Maximum 100). Dieser Wert steht für ernste Symptome und eine Beeinträchtigung der sozialen sowie beruflichen Leistungsfähigkeit. Demnach wiesen die TN der LIPSY-Basisevaluation aufgrund ihrer Funktionseinschränkungen im alltäglichen Leben und ihrer geschilderten Symptomatik im Durchschnitt eine schwere Belastung auf.

Tabelle 2: Gesicherte Diagnosen der TN im Studienarm „LIPSY-Basisevaluation“

Anmerkungen.

Für die TN konnten jeweils bis zu sechs Diagnosen vermerkt werden. Daher sind in der Tabelle Komorbiditäten und Multimorbiditäten inbegriffen.

ICD-10-Code	Diagnosegruppe	Prävalenz
F32-F33	**Depression**	**60,5%**

ICD-10-Code	Diagnosegruppe	Prävalenz
F4	**Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (z.B. Angst, Trauma)**	**46,0%**
F1	Substanzstörungen	21,0%
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	15,7%
F90	ADHS (hyperkinetische Störungen)	3,4%
F50	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	2,9%
F2	Schizophrenie	1,0%
(ICD-11)	komplexe Posttraumatische Belastungsstörung	1,0%
F84.5	Autismus	0,9%

2.1.2.2 Berufsbezogene Aspekte

Knapp die Hälfte der Befragten war ohne beruflichen Abschluss (45,3%). Mit 40,9% waren am häufigsten schulische und berufliche Ausbildungen als berufsqualifizierende Abschlüsse vertreten. Ein sehr geringer Teil (8,8%) hatte ein abgeschlossenes Studium vorzuweisen (siehe Tabelle 3).



tum Zeitpunkt der Diagnosestellung waren die TN der LIPSY-Basisevaluation durchschnittlich knapp fünf Jahre arbeitslos. Gefragt nach der Arbeitslosigkeit bezogen auf die gesamte Erwerbsbiographie kamen sie auf durchschnittlich etwas mehr als sieben Jahre. Jede bzw. jeder Vierte hatte noch nie mehr als 14 Stunden pro Woche gearbeitet. Zu Projekteintritt hatten knapp 12% eine geringfügige Beschäftigung, mit der sie das Bürgergeld aufstocken konnten. Ergänzend sollten sie ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit einschätzen und dabei an die beste je erreichte Arbeitsfähigkeit in ihrem Leben denken. Lediglich 16,5% beurteilten ihre Arbeitsfähigkeit auf einem eher guten Niveau.



Gleichwohl wollte die Mehrheit der TN arbeiten: 75,9% gaben einen mittleren bis stark ausgeprägten Wunsch nach bezahlter Beschäftigung an. Dennoch zeigten lediglich 35,2% eine positive Erwerbsprognose. Hierbei wurde u. a. das Rentenbegehren erfasst.



Tabelle 3: Berufsbezogene Variablen der TN im Studienarm „LIPSY-Basisevaluation“

Anmerkungen.

[a] Dargestellt sind Mittelwert (M) und die Standardabweichung (SD) im Klammerausdruck.

[b] Dargestellt sind absolute Zahlen und relative Zahlen (%) im Klammerausdruck.

Berufsbezogene Variablen	***n* (%)**
Ausbildung	*n*=576
Ohne Abschluss und ggw. nicht in Ausbildung	261 (45,3%)[b]
Beruflich-betriebliche/ beruflich-schulische Ausbildung	236 (40,9%)[b]
Meister / Techniker	25 (12,3%)[b]
(Fach-)Hochschulabschluss	45 (8,8%)[b]

In Ausbildung	5 (0,9%)[b]
Anderer Abschluss	4 (0,7%)[b]
Bisherige Arbeitserfahrung („voll- oder teilzeiterwerbstätig“), *n*=572	436 (76,2%)[b]
Bezahlte Nebentätigkeit („ja“), *n*=579	68 (11,7%)[b]
Jobcentermaßnahme im Jahr vor Projektstart („ja“), *n*=587	262 (44,6%)[b]
Dauer Arbeitslosigkeit in Monaten	
Aktuell, *n*=511	58,8 (64,1)[a]
Über die gesamte berufliche Laufbahn, *n*=396	85,5 (74,5) [a]
Wunsch nach bezahlter Arbeit	*n*=580
Gering ausgeprägt	140 (24,1%)[b]
Mittelschwer ausgeprägt	312 (53,8%)[b]
Schwer ausgeprägt	128 (22,1%)[b]
Arbeitsfähigkeit (WAI Item 1, *Range* 0-10), *n*=574	3,3 (2,4)[a]

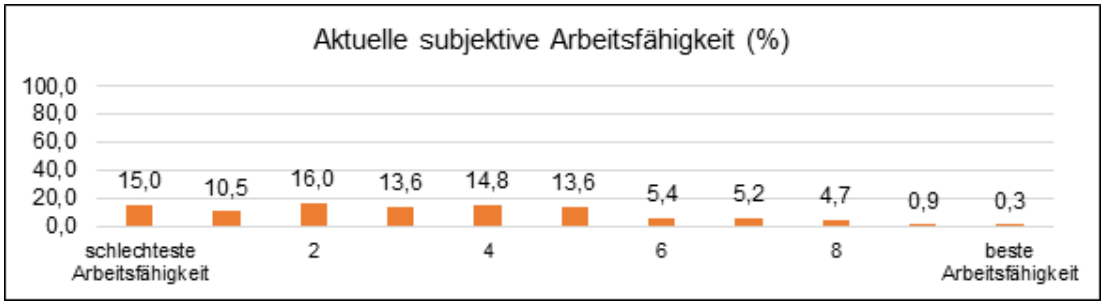


Abbildung 9: Histogramm zur subjektiven Arbeitsfähigkeit zu Projektstart im Vergleich zur besten jemals erreichten Arbeitsfähigkeit; basierend auf der ersten Frage des Fragebogens „Work Ability Index – WAI“ mit einem Wertebereich von 0 (schlechteste Arbeitsfähigkeit)

2.1.2.3 Versorgungssituation

Die Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer, neurologisch-psychiatrisch-psychotherapeutischer und weiterer Versorgungsleistungen in den sechs Monaten vor dem Zeitpunkt der Diagnosestellung ist in Tabelle 4 dargestellt. Am häufigsten wurde der Hausarzt bzw. die Hausärztin aufgesucht (36,5%), kontaktiert wurden diese durchschnittlich viermal innerhalb der sechs Monate (*Range* 1–50, *SD* 5,08). An zweiter Stelle wurden Psychiater und Psychiaterinnen aufgesucht (20,8%), mit einer durchschnittlichen Kontakthäufigkeit von 3,6 (*Range* 1–56, *SD* 5,77), gefolgt von Psychotherapeuten und -therapeutinnen (16,7%) mit durchschnittlich 6,4 Kontakten (*Range* 1–90, *SD* 12,65). Der Sozialpsychiatrische Dienst wurde lediglich von 2,2% der Befragten kontaktiert. Die Inanspruchnahme psychosozialer Hilfen war insgesamt sehr gering. Am ehesten wurden Ergotherapien (4,4%), Entspannungsverfahren (4,1%) und Selbsthilfegruppen (3,4%) genutzt, um Hilfe bei psychischen Problemen zu erhalten. Von 40,5% der Befragten wurde keine Form der im FIMPsy erfragten Hilfen bei psychischen Problemen in den sechs Monaten vor Projekteintritt in Anspruch genommen. Insgesamt wird das vorhandene Hilfesystem nicht voll genutzt und ein großer Teil der TN kam unversorgt in das Projekt, trotz ernster psychischer Einschränkungen.

Tabelle 4: Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer, neurologisch-psychiatrisch-psychotherapeutischer und weiterer Versorgungsleistungen durch Trial-TN in den vergangenen sechs Monaten vor Eintritt in das Projekt LIPSY

Anmerkungen.

Dargestellt sind absolute Zahlen und relative Zahlen (%) im Klammerausdruck.

Versorgungsbezogene Variablen	***n* (%)**
Ambulante fachspezifische Hilfen	*(n=586)*
Hausarzt/Hausärztin	214 (36,5%)
Psychiater/Psychiaterin	122 (20,8%)
Psychologe/Psychologin oder Psychotherapeut/Psychotherapeutin	98 (16,7%)
Neurologe/Neurologin	35 (6,0%)
Kliniknahe Hilfen	
Psychiatrische Institutsambulanz (n=538)	61 (11,3%)
Psychiatrie (n=587)	36 (6,1%)
Anschlussheilbehandlung/Entwöhnungsbehandlung aufgrund einer Abhängigkeitserkrankung (n=587)	6 (1,0%)
Weitere psychosoziale Hilfen	*(n=587)*
Beratungsstelle	53 (9,0%)
Selbsthilfegruppe	20 (3,4%)
Sozialpsychiatrischer Dienst/Psychosozialer Krisendienst	13 (2,2%)
Tagesstätte/Kontaktstätte für Menschen mit psychischen Problemen	12 (2,0%)
Nicht-psychotherapeutische, ergänzende Hilfen	*(n=587)*
Ergotherapie/Arbeitstherapie	26 (4,4%)
Entspannungstechniken	24 (4,1%)
Tanztherapie/Bewegungstherapie	9 (1,5%)
Kunsttherapie	8 (1,4%)
Psychoedukation	7 (1,2%)
Musiktherapie	6 (1,0%)
Soziotherapie	2 (0,3%)
Theatertherapie	0 (0,0%)
Einnahme von Psychopharmaka (n=565)	153 (27,1%)
Inanspruchnahme irgendeiner Form der aufgeführten Hilfen (n=570)	**339 (59,5%)**

2.1.2.4 Lotsen in Versorgung

Im letzten Gespräch des klinisch-psychologischen Assessments wurden den TN auf Grundlage der Ergebnisse individuelle Behandlungsempfehlungen gegeben. Mit den Empfehlungen wurde das Ziel verfolgt, die TN in das allgemeine Versorgungssystem zu lotsen und sie an bestehende Hilfestrukturen anzubinden. Die Empfehlungen sowie deren Erfolg wurden von den Psychologinnen dokumentiert. Von 14 Personen der LIPSY-Basisevaluation fehlten Angaben über Empfehlungen, sodass

Informationen von 573 TN vorlagen. Von allen TN, die mindestens eine Empfehlung erhalten hatten und deren Erfolgsstatus bekannt war (*n*=425), hatten 89,2% mindestens einer Behandlungsempfehlung erfolgreich nachgehen können. Bei genauerer Betrachtung hatten 54,9% eine erfolgreiche Empfehlung, 30,6% konnten zwei Empfehlungen erfolgreich umsetzen und 14,5% waren drei oder mehr erfolgreichen Empfehlungen nachgegangen. Von den TN, bei denen die Informationen über die Empfehlungen vollständig vorlagen (*n*=573) haben 80,6% eine Empfehlung zur Psychotherapie erhalten. Diese Behandlungsempfehlung wurde am häufigsten ausgesprochen. Etwas weniger als die Hälfte konnte dieser Empfehlung erfolgreich nachgehen (43,0%, *n*=198). Alle weiteren Empfehlungen und deren Erfolg sind der Tabelle 5 zu entnehmen.

Tabelle 5: Häufigkeiten der empfohlenen Versorgungsmaßnahmen und ihr Umsetzungserfolg

Anmerkungen.

Die Kategorie „Misserfolg" fasst TN zusammen, die die Empfehlung ablehnten oder in der Kontaktaufnahme scheiterten. Fett hervorgehoben sind die drei erfolgreichsten Empfehlungen, wobei Kategorien mit einer Häufigkeiten von weniger als 30 Empfehlungen aufgrund mangelnder Aussagekraft nicht einbezogen wurden.

Empfehlungen	***n* (%)**		**Erfolg *n* (%)**		**Misserfolg *n* (%)**		**Unklar *n* (%)**	
Ambulante Psychotherapie	462	(80,6)	198	(42,9)	52	(11,3)	212	(45,9)
Psychosoziales Gemeindezentrum	127	(22,2)	13	(10,2)	25	(19,7)	89	(70,1)
Niedergelassener FÄ Psychiatrie	126	(22,0)	54	(42,9)	23	(18,3)	49	(38,9)
Anbindung an PIA des PKL	125	(21,8)	**56**	**(44,8)**	65	(52,0)	4	(3,2)
Selbsthilfegruppe	109	(19,0)	10	(9,2)	29	(26,6)	70	(64,2)
(Teil)stationäre psychiatrische Versorgung	105	(18,3)	42	(40,0)	24	(22,9)	39	(37,1)
Selbstfürsorge	104	(18,2)	**64**	**(61,5)**	6	(5,8)	34	(32,7)
Ergänzende psychosoziale Vereine	94	(16,4)	14	(14,9)	19	(20,2)	61	(64,9)
Suchtberatung	73	(12,7)	18	(24,7)	23	(31,5)	32	(43,8)
Störungsspezifische Sprechstunden	56	(9,8)	18	(32,1)	7	(12,5)	31	(55,4)
Anbindung PIA (nicht PKL)	36	(6,3)	**17**	**(47,2)**	0	(0,0)	19	(52,8)
Schuldenberatung	33	(5,8)	11	(33,3)	2	(6,1)	20	(60,6)
Hilfen im Bereich berufliche Teilhabe	30	(5,2)	11	(36,7)	8	(26,7)	11	(36,7)
Familienberatung	30	(5,2)	7	(23,3)	10	(33,3)	13	(43,3)
sonstige Fachärzte	26	(4,5)	11	(42,3)	3	(11,5)	12	(46,2)
Medizinische/psychosomatische Reha	25	(4,4)	11	(44,0)	7	(28,0)	7	(28,0)
Entgiftung/Entwöhnung	22	(3,8)	10	(45,5)	7	(31,8)	5	(22,7)
Hilfen im Bereich Wohnen	20	(3,5)	10	(50,0)	1	(5,0)	9	(45,0)

Empfehlungen	*n* (%)		Erfolg *n* (%)		Misserfolg *n* (%)		Unklar *n* (%)	
Adipositasprogramm	17	(3,0)	2	(11,8)	4	(23,5)	11	(64,7)
Hausarzt Anbindung	15	(2,6)	8	(53,3)	3	(20,0)	4	(26,7)
Hilfen im Bereich soziale Teilhabe	12	(2,1)	5	(41,7)	3	(25,0)	4	(33,3)
Trauerberatung	6	(1,0)	4	(66,7)	1	(16,7)	1	(16,7)
Migration	3	(0,5)	0	(0,0)	1	(33,3)	2	(66,7)

2.1.2.5 Längsschnittliche Veränderungen

Versorgungssituation

Innerhalb der LIPSY-Basisevaluation wurde die Inanspruchnahme verschiedener Hilfen zu Projekteintritt und 18 Monate später untersucht. Erfragt wurde jeweils die Inanspruchnahme der zurückliegenden sechs Monate. Zum Follow-up wurde mehr fachärztliche Hilfe in Anspruch genommen. Die Inanspruchnahme stationärer Behandlungskonzepte, wie die Psychiatrie oder Rehabilitationseinrichtungen, hatte sich nicht bedeutsam verändert. Psychosoziale Hilfen (u. a. Selbsthilfegruppen, Beratung, künstlerische Therapien) wurden signifikant häufiger in Anspruch genommen; ebenso die Psychotherapie. Auch der Vergleich von Inanspruchnahme irgendeiner Art von Hilfe zeigte eine signifikante Zunahme über die Projektzeit. Wie bereits berichtet, waren 40,5% zu Projektstart nicht an das Versorgungssystem angebunden und hatten dieses auch in den sechs Monaten vor Projekteintritt nicht genutzt. Von dieser unterversorgten Gruppe hatten 58,1% nach Projektende irgendeine Form von Hilfe(n) in Anspruch genommen.

Bei der Überprüfung von Zusammenhängen mit dem *Inanspruchnahmeverhalten fachspezifischer Versorgungsleistungen* zeigten sich fünf Variablen signifikant. Drei der signifikanten Prädiktoren wichen deutlich von einem Odds Ratio von 1 ab. Das Modell zeigte, dass psychisch erkrankte Menschen mit Bürgergeld-Bezug sich 1,7-mal häufiger in fachspezifische Behandlung begaben, wenn sie an einer affektiven Störung litten (*p*=.018; 95%-KI 1.09–2.57). Zudem war die Wahrscheinlichkeit, eine fachspezifische Behandlung aufzusuchen, bei Frauen nahezu um das Zweifache erhöht im Vergleich zu den Männern (*p*=.002; 95%-KI 1.29–3.05). Der Status „Alleinerziehend“ wirkte sich negativ auf die Inanspruchnahme fachspezifischer Hilfe aus (OR 0.16; *p*<.001; 95%-KI 0.07–0.35).

Erwerbssituation

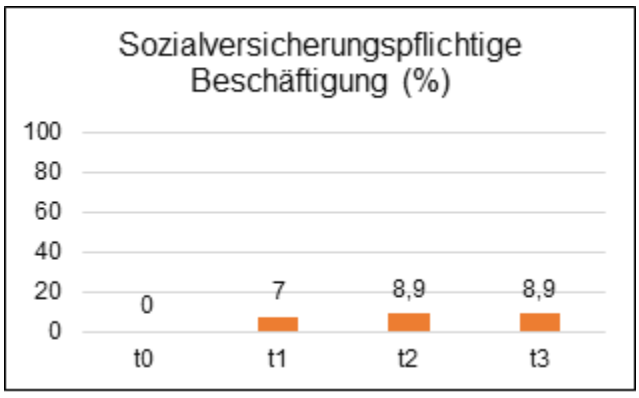


Abbildung 10: Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung (in %, gefiltert für vollständige Befragungsunterlagen und Erwerbslosigkeit mit Bürgergeld bei Projekteintritt)

Im Längsschnitt wurden die TN u. a. zu erwerbsbezogenen Aspekten befragt. Zum Vergleich wurden in die Analysen nur diejenigen eingeschlossen, die zu allen vier Messzeitpunkten einen Fragebogen ausgefüllt haben und zu Projekteintritt erwerbslos und Bürgergeld-Empfänger oder -Empfängerin waren (n=158). Von diesen konnten in den ersten sechs Monaten nach Projekteintritt 7% eine

sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufnehmen. Zu den weiteren Messzeitpunkten waren es jeweils 8,9% (siehe Abbildung 10).

Ein ähnliches Bild ergab sich, wenn man zusätzlich die Aufnahmen von Nebentätigkeiten und eines Studiums oder einer Ausbildung hinzunimmt und zusätzlich diejenigen filtert, die bereits bei Projekteintritt eine Nebentätigkeit hatten (Abbildung 11). Auch hier zeigte sich die größte Veränderung in den ersten sechs Monaten nach Eintritt in das Projekt.

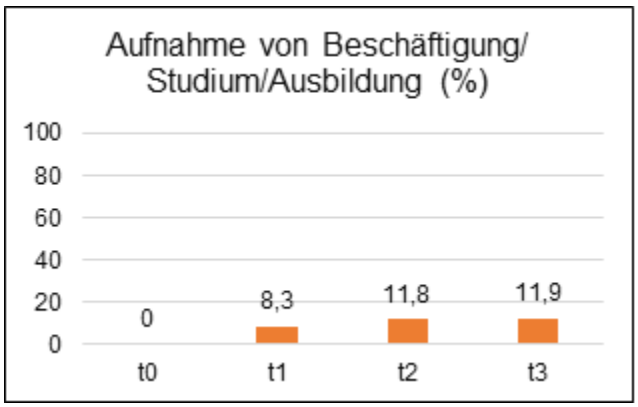


Abbildung 11: Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen oder Nebenbeschäftigung oder eines Studiums bzw. einer Ausbildung (in %, gefiltert für vollständige Befragungsunterlage, erwerbslose Bürgergeldempfangende ohne Nebentätigkeit oder Studium/Ausbildung bei Projekteintritt

Im bereits erwähnten Fragebogen zur Arbeitsfähigkeit konnten die TN ihre psychischen Leistungsreserven zu Beginn des Projektes und 18 Monate später einschätzen. Die psychischen Leistungsreserven sind als Teilaspekt der selbst eingeschätzten Arbeitsfähigkeit zu verstehen. Aufgrund des Lotsens in das Versorgungssystem und der engeren Betreuung im Jobcenter war davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit zunimmt. Diese Hypothese konnte bestätigt werden. Die Leistungsreserven wurden nach Projektende signifikant höher eingeschätzt als zu Beginn, $t(224)= -1.97$, $p=.025$, wobei der Mittelwertsunterschied gering war. Wohingegen zu Projekteintritt nur 35,2% eine positive Erwerbsprognose hatten, konnten 18 Monate später 39,6% eine positive Prognose erreichen (n=149).

Psychische Gesundheit

Ihren subjektiven und allgemeinen Gesundheitszustand bewerteten die TN im Mittel über die gesamte Projektteilnahme als eher niedrig. Ein sehr leichter Anstieg ist vor allem in den ersten sechs Monaten des Projektes zu verzeichnen (vergleiche Abbildung 12). Die Veränderungen waren nicht signifikant.

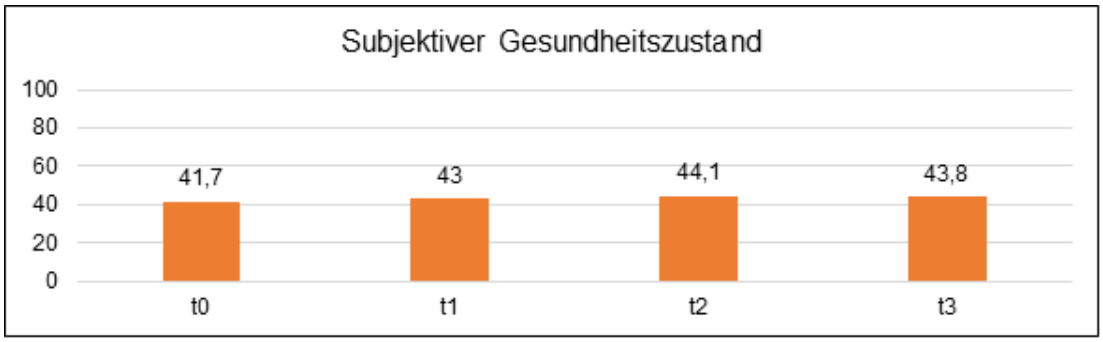


Abbildung 12: Mittelwerte des subjektiven Gesundheitszustandes in der LIPSY-Basisevaluation über alle vier Messzeitpunkte gefiltert für TN mit vorliegenden Fragebögen zu allen Zeitpunkten (0 = denkbar schlechtester Gesundheitszustand, 100 = denkbar bester Gesundheit

Ein ähnliches Bild ergab sich für die selbst eingeschätzte körperliche und psychische Gesundheit der vergangenen vier Wochen zu jedem Messzeitpunkt sowie für die depressive Symptomatik und die globalen psychischen Beschwerden (vergleiche Tabelle 6). Die Werte verdeutlichen die starke psychische, aber auch körperliche Einschränkung der TN für verschiedene psychische Syndrome (Depressivität, Ängstlichkeit, Somatisierung).

Tabelle 6: Psychische Gesundheit im zeitlichen Verlauf gefiltert für vollständig vorliegende Fragebögen zu allen Messzeitpunkten

Anmerkungen.

Dargestellt sind Mittelwerte und Standardabweichungen im Klammerausdruck. SF-12: Short-Form-Health Survey, PHQ-9: Patient Health Questionnaire 9-Item-Version, Mini-SCL = Mini-Symptom-Checklist, GSI: Globaler Kennwert

Konstrukte	**t0**	**t1**	**t2**	**t3**
körperliche Gesundheit (SF-12, mittlere t-Werte), n=159	41,6 (11,0)	42,2 (10,4)	41,8 (10,4)	42,3 (10,8)
psychische Gesundheit (SF-12, mittlere t-Werte), n=159	32,1 (9,9)	32,3 (10,4)	33,4 (11,0)	32,9 (10,4)
depressive Symptomatik (PHQ-9, mittlere Summenwerte), n=149	13,1 (5,4)	13,0 (5,8)	12,6 (5,6)	12,6 (5,5)
Globalwert psychischer Gesundheit (GSI des Mini-SCL), n=162	21,3 (11,2)	23,2 (12,8)	21,5 (12,0)	22,8 (12,9)

2.1.3 Evaluation des LIPSY-Trials

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Evaluation des LIPSY-Trials vorgestellt. Die Teilnehmenden des Trials erhielten zum Zeitpunkt t0 sowohl den Fragebogen der Basisbefragung als auch einen zusätzlichen Fragebogen speziell für Trial-Teilnehmende. Zu allen Folgeterminen wurden eigenständige Trial-Fragebögen ausgehändigt, die inhaltlich an die Basisbefragung angelehnt waren (siehe Abbildung 6). Bei unserer Auswertung konzentrieren wir uns auf die wichtigsten Variablen sowie die Zeitpunkte t0, t3 und die Veränderungen zwischen t0 und t3.

2.1.3.1 Soziodemographie und berufsbezogene Aspekte

Aufgrund der Randomisierung gab es zum Messzeitpunkt t0 keine bedeutsamen Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Tabelle 7 gibt einen Überblick über die soziodemographischen Variablen bei den TN des LIPSY-Trials. Es handelte sich um eine relativ junge (34,4 Jahre), zu etwas mehr als der Hälfte weibliche (51,6%) Gruppe, die nur zu einem sehr kleinen Teil mit dem Partner bzw. der Partnerin zusammenlebte (11%). Auffallend war, dass fast alle Haushalte mit Kind/ern (18,3%) auch alleinerziehend waren (86,7% der Haushalte mit Kind/ern). Ein hoher Anteil der TN war verschuldet (50%), fast ein Fünftel (17,6%) befand sich in einem Insolvenzverfahren oder hatte sich schon einmal in einem solchen befunden. Die Medianschuldenhöhe lag bei 5000 Euro, d. h. dass 50% der TN um mehr als diesen Betrag verschuldet waren.

Bei der Betrachtung der arbeitsbezogenen Variablen fällt auf, dass mehr als die Hälfte der TN weder einen beruflichen Abschluss hatte, noch sich in der Ausbildung befand (54,9%). Hierzu passt, dass die Hälfte der TN bereits mehr als zwei Jahre – und auf die gesamte berufliche Laufzeit bezogen bereits mehr als vier Jahre und acht Monate – arbeitslos war. Fast ein Fünftel der Befragten war noch nie auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig (17,8%). Die selbsteingeschätzte Arbeitsfähigkeit befand sich im unteren mittleren Bereich, was bei der hochbelasteten Stichprobe ein durchaus positives Ergebnis darstellt.

Insgesamt ergibt sich aus den soziodemographischen und arbeitsbezogenen Variablen das Bild einer hochbelasteten Gruppe in einer komplexen Belastungssituation, welche gesundheitliche, familiäre,

finanzielle und arbeitsbezogene Dimensionen aufweist. Es erscheint hochwahrscheinlich, dass sich diese Belastungen gegenseitig verstärken und – ohne adäquate Interventionen – chronifizieren.

Tabelle 7: . Soziodemographie und arbeitsbezogene Variablen im LIPSY-Trial

Anmerkungen.

Falls nicht anders vermerkt, werden kontinuierliche Variablen als Mittelwert (Standardabweichung) und kategoriale Variablen als absoluter Anteil (prozentualer Anteil) präsentiert und es wird von der maximalen Stichprobengröße von n = 91 ausgegangen.

[a] Dargestellt sind der Median[5] und der Bereich der mittleren 50%.

Soziodemographie	***n* = 91**
Alter in Jahren	32,4 (9,3)
Geschlecht („weiblich“)	47 (51,6%)
Schulbildung	
Ohne Hauptschulabschluss	1 (1,1%)
Niedrig *(Hauptschulabschluss)*	27 (29,7%)
Mittel *(Realschule, Polytechnische Oberschule)*	35 (38,5%)
Hoch *(Fach/-Hochschulreife, Fachoberschule)*	28 (30,8%)
Familienstand	
Verheiratet	3 (3,3%)
Ledig	84 (92,3%)
Geschieden	4 (4,4%)
Wohnsituation	
Eigenständig	80 (87,9%)
Bei Angehörigen	9 (9,9%)
Betreutes Wohnen	2 (2,2%)
Zusammenleben mit Partner („ja“)	10 (11,0%)
Kind(er) < 18 Jahre im Haushalt („ja“, n= 82)	15 (18,3%)
Alleinerziehend („ja“, n= 87)	13 (14,9%)
Schulden	
Schulden liegen vor („ja“, n= 90)	45 (50%)
Schuldenhöhe in Euro, n= 40	5.000,00 (969,00 – 7.875,00)[a]

[5] Median: Der Median ist der mittlere Wert, wenn man eine Liste von Werten der Größe nach sortiert. Er zeigt, was in der Mitte liegt. Wenn alle sagen, wie viel Geld sie am Tag ausgegeben haben, gibt beispielsweise der Wert 15€ an, dass eine Hälfte der Befragten mehr als 15€ ausgegeben hat und die andere Hälfte weniger. Bei vielen Ausreißern im Datensatz zeigt dieser Wert realistischer, was typisch für die Stichprobe ist.

Aktuell/ früher Insolvenzverfahren	16 (17,6%)
Arbeitsbezogene Variablen	
Ausbildung	
keinen beruflichen Abschluss und nicht in Ausbildung	50 (54,9%)
beruflich-betriebliche/ beruflich-schulische Ausbildung	27 (29,7%)
Fach-/ Meister-, Technikerschule/ Berufsakademie	1 (1,1%)
(Fach-)Hochschulabschluss	13 (14,3%)
Bisherige Arbeitserfahrung („Voll- oder Teilzeit“, n= 88)	71 (80,7%)
Bezahlte Nebentätigkeit, n= 90	14 (15,6%)
Jobcentermaßnahme im Jahr vor Projektstart	40 (44,0%)
Bereits auf ersten Arbeitsmarkt tätig gewesen, n= 90	
Ja, weniger als 1 Jahr	18 (20,0%)
Ja, mehr als 1 Jahr	38 (62,2%)
Dauer Arbeitslosigkeit in Monaten	
Aktuell, n= 82	24,0 (12,0 – 53,3)[a]
Über die gesamte berufliche Laufbahn, n= 69	56,0 (30,0 – 84,0)[a]
Arbeitsfähigkeit (WAI Item 1, Range 0-10, n= 90)	4,1 (2,3)

2.1.3.2 Psychische Gesundheit

Im klinisch-psychologischen Assessment zeigte sich eine Häufung von Diagnosen aus den ICD-10-Kategorien F4 (59,3%) – Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen – sowie F32/33 (50,5%) – depressive Episoden und rezidivierende depressive Störungen. Etwa jeweils ein Viertel der TN wies eine Substanzstörung beziehungsweise eine Persönlichkeits- und Verhaltensstörung auf. Darüber hinaus wurden bei jeweils 3,3% der Befragten eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) beziehungsweise eine Essstörung diagnostiziert. Fast zwei Drittel der TN wiesen mehr als eine F-Diagnose auf (64,8%), die Hälfte war bei Erstauftreten einer psychischen Erkrankung 16 Jahre oder jünger. Tabelle 8 bietet einen umfassenden Überblick über alle gesicherten Diagnosen im Studienarm „LIPSY-Trial“.

Das durchschnittliche Funktionsniveau, gemessen am Global Assessment of Functioning (GAF-Wert) aus dem amerikanischen Klassifikationssystem psychischer Erkrankungen, lag bei 46,2 Punkten (Skala von 0 bis 100). Ein GAF-Wert in diesem Bereich deutet auf eine deutliche Beeinträchtigung der psychosozialen Funktionsfähigkeit hin und ist mit ernsthaften Einschränkungen im Alltag verbunden. Dies bedeutet, dass die betroffenen Personen sowohl im sozialen als auch im beruflichen Umfeld und in ihrer Alltagsbewältigung erheblich eingeschränkt sind.

Tabelle 8: Gesicherte Diagnosen der TN im LIPSY-Trial

Anmerkungen.

Für die TN konnten jeweils bis zu sechs Diagnosen vermerkt werden. Daher sind in der Tabelle Komorbiditäten und Multimorbiditäten inbegriffen.

ICD-10-Code	Diagnosegruppe	Prävalenz in %
F4	**Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (z.B. Angst, Trauma)**	**59,3 %**
F32-F33	**Depression**	**50,5 %**
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	25,3 %
F1	Substanzstörungen	24,2 %
F2	Schizophrenie	5,5 %
F90	ADHS (hyperkinetische Störungen)	3,3 %
F50	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	3,3 %
F84.5	Autismus	1,1 %

2.1.3.3 Versorgungssituation

TN wurden danach befragt, ob sie innerhalb der letzten sechs Monate verschiedene Versorgungsangebote in Anspruch genommen hatten. Insgesamt zeigte sich, dass 64,8% mindestens eine der allgemeinmedizinischen, neurologisch-psychiatrisch-psychotherapeutischen oder weiteren Versorgungsleistungen genutzt hatten (siehe Tabelle 9).

Des Weiteren zeigen die Daten, dass 31,9% der TN hausärztliche Betreuung in Anspruch genommen hatten. Psychologische und psychotherapeutische Behandlungen wurden von 26,4% der Befragten genutzt, psychiatrische Versorgung von 22,0 % und neurologische Fachärzte und Fachärztinnen von 4,4%. Die psychiatrische Institutsambulanz wurde von 28,9% der TN in Anspruch genommen, 16,5% hatten einen Aufenthalt in der Psychiatrie und 2,2% nahmen eine Anschlussheilbehandlung oder Entwöhnungsbehandlung aufgrund einer Abhängigkeitserkrankung in Anspruch. Weitere psychosoziale Hilfen wie Beratungsstellen, sozialpsychiatrische Dienste, Tagesstätten und Selbsthilfegruppen wurden von 3,3% bis 8,8% der TN genutzt.

Ergänzende Angebote wie Ergotherapie, Soziotherapie, Psychoedukation, Tanz- und Bewegungstherapie, Kunst- und Musiktherapie sowie Entspannungstechniken wurden von 0,0% bis 4,4% der Personen in Anspruch genommen. Die Einnahme von Psychopharmaka wurde bei 34,1% der TN dokumentiert.

Tabelle 9: Inanspruchnahme allgemeinmedizinischer, neurologisch-psychiatrisch-psychotherapeutischer und weiterer Versorgungsleistungen in den vergangenen sechs Monaten vor Eintritt in das Projekt LIPSY (n= 91)

Anmerkungen.

Dargestellt sind absolute Zahlen und relative Zahlen (%) im Klammerausdruck.

Versorgungsbezogene Variablen	***n* (%)**
Ambulante fachspezifische Hilfen	
Hausarzt/Hausärztin	29 (31,9%)
Psychologe/Psychologin oder Psychotherapeut/Psychotherapeutin	24 (26,4%)
Psychiater/Psychiaterin	20 (22,0%)

Versorgungsbezogene Variablen	*n* (%)
Neurologe/Neurologin	4 (4,4%)
Kliniknahe Hilfen	
Psychiatrische Institutsambulanz (n=83)	24 (28,9%)
Psychiatrie	15 (16,5%)
Anschlussheilbehandlung/Entwöhnungsbehandlung aufgrund einer Abhängigkeitserkrankung	2 (2,2%)
Weitere psychosoziale Hilfen	
Beratungsstelle	8 (8,8%)
Tagesstätte/Kontaktstätte für Menschen mit psychischen Problemen	4 (4,4%)
Sozialpsychiatrischer Dienst/Psychosozialer Krisendienst	3 (3,3%)
Selbsthilfegruppe	3 (3,3%)
Nicht-psychotherapeutische, ergänzende Hilfen	
Ergotherapie/Arbeitstherapie	4 (4,4%)
Tanztherapie/Bewegungstherapie	2 (2,2%)
Musiktherapie	2 (2,2%)
Entspannungstechniken	2 (2,2%)
Soziotherapie	1 (1,1%)
Psychoedukation	1 (1,1%)
Kunsttherapie	1 (1,1%)
Theatertherapie	0 (0,0%)
Einnahme von Psychopharmaka (n=85)	29 (34,1%)
Inanspruchnahme irgendeiner Form der aufgeführten Hilfen (n=88)	**57 (64,8%)**

2.1.3.4 Längsschnittliche Veränderungen (von t0 zu t3)

Berufliche (Re)Integration inklusive primäre Zielgröße

Aufgrund der Dropoutrate von 64,8% zum Messzeitpunkt t3 gingen lediglich die Daten von 32 TN in die Analysen ein. Bedenkt man zusätzliche variablenspezifische fehlende Werte, so ergeben sich noch weniger verwertbare Ergebnisse. Es wurde deshalb, wenn möglich, auf die Daten des Jobcenters zurückgegriffen, welche uns eine Vollerhebung ermöglichte.

Tabelle 10 beschreibt die (Re)Integration der TN des LIPSY-Trials. Mit Hinblick auf die primäre Zielgröße des LIPSY-Trials, d. h. „mindestens 1 Tag auf dem ersten Arbeitsmarkt innerhalb des Projektzeitraumes von 18 Monaten“, fand sich kein Unterschied zwischen den Gruppen. Allerdings zeigte

sich eine tendenzielle Überlegenheit der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe hinsichtlich der Aufnahme einer Nebentätigkeit/eines Ehrenamtes (33,3% vs. 21,7%) und hinsichtlich des Erhalts von Maßnahmen - z. B. Coaching oder Umschulung (35,7% vs. 29,8%). Zudem zeigt sich eine tendenzielle Überlegenheit der Interventionsgruppe bei der (Re)Integration nach 24 Monaten (30,2% vs. 26,1%).

Tabelle 10: (Re)Integration in den Arbeitsmarkt im LIPSY-Trial

Anmerkungen.

PZR = Projektzeitraum. Falls nicht anders vermerkt, werden kontinuierliche Variablen als Mittelwert (Standardabweichung) und kategoriale Variablen als absoluter Anteil (prozentualer Anteil) präsentiert und es wird von der maximalen Stichprobengröße von *n* = 91 ausgegangen.

[a] Dargestellt sind der Median und der Bereich der mittleren 50%.

Variablen	***n* = 91**
Personen außerhalb Bürgergeld-Bezug im PZR (n= 90)	
IG	11 (25,6%)
KG	12 (25,5%)
Alle	23 (25,6%)
Personen außerhalb Bürgergeld-Bezug nach 2 Jahren (n= 89)	
IG	13 (30,2%)
KG	12 (26,1%)
Alle	25 (28,1%)
Wie lang ohne Bürgergeld-Bezug während des PZR? (n= 90)?	
0 Monate	66 (73,3%)
Median (n= 24 ohne „0 Monate“)	
IG	5,5 (2,3 – 9,0)[a]
KG	7,5 (2,8 – 10,0)[a]
Alle	6,0 (2,3 – 10,0)[a]
Veränderungen	
Weiterbildung (Studium, Ausbildung, Abendschule, n= 87)	
IG	2 (4,8%)
KG	2 (4,4%)
Alle	4 (4,6%)
Nebenbeschäftigung oder Ehrenamt (n= 88)	
IG	14 (33,3%)
KG	10 (21,7%)

Variablen	***n* = 91**
Alle	24 (27,3%)
Maßnahmen außerhalb von LIPSY (n= 89)	
Arbeitsgelegenheit	7 (7,9%)
Träger §45 SGB III (Coaching, Bewerbertraining)	13 (14,6%)
Arbeitgeber §45 SGB III (Probearbeit)	
Häufigkeit Prozent Gültige Prozente Kumulierte Prozente	
Gültig Nein 87 95,6 97,8 97,8	
Ja 2 2,2 2,2 100,0	2 (2,2%)
Gesamt 89 97,8 100,0	
Fehlend −99 2 2,2	
Gesamt 91 100,0	
Weiterbildung §81 SGB III (Umschulung)	
Häufigkeit Prozent Gültige Prozente Kumulierte Prozente	
Gültig Nein 87 95,6 97,8 97,8	
Ja 2 2,2 2,2 100,0	2 (2,2%)
Gesamt 89 97,8 100,0	
Fehlend −99 2 2,2	
Gesamt 91 100,0	
Rehabilitation	7 (7,9%)
Mindestens eine der obigen Maßnahme	29 (32,6%)
IG	15 (35,7%)
KG	14 (29,8%)

Psychische Gesundheit

Bei Betrachtung der gesundheitlichen Variablen zeigt sich eine hohe Belastung der TN (siehe Tabelle 11), repräsentiert durch hohe Ausprägungen bei GSI (26,6) und PHQ-9 (15,4), wobei letzterer Wert einer mittelschweren depressiven Symptomatik entspricht, sowie bei den Werten für die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Während diese hinsichtlich der körperlichen Gesundheit leicht unterdurchschnittlich ausfielen (45,6), wies der Wert für psychische Gesundheit auf schwerwiegende Einschränkungen hin (29,2). Vergleicht man Interventions- und Kontrollgruppe zum Zeitpunkt t0, so lassen sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede feststellen, dies spricht für den Erfolg der Randomisierung.

Tabelle 11: Gesundheit und soziale Integration der Trial-TN

Anmerkungen.

Falls nicht anders vermerkt, werden kontinuierliche Variablen als Mittelwert (Standardabweichung) und kategoriale Variablen als absoluter Anteil (prozentualer Anteil) präsentiert und es wird von der maximalen Stichprobengröße von *n* = 91 ausgegangen.

Gesundheit und soziale Integration	**t0** (*n* = 91)	**t3** (*n* = 33)
Psych. Belastung (GSI/ Mini-SCL, 0 – 72)		
IG (n= 43/14)	24,8 (13,0)	24,1 (15,5)
KG (n= 48/19)	28,2 (14,0)	24,1 (10,7)
Alle (n= 91/33)	26,6 (13,6)	24,1 (12,8)
Depressivität (PHQ-9, Range 0–27)		
IG (N0 41/13)	14,6 (5,0)	12,9 (6,2)
KG (n= 46/19)	16,2 (5,1)	15,0 (5,4)
Alle (n= 87/32)	15,4 (5,1)	14,1 (5,7)
Gesundheitsfragebogen (SF-12, Range 0–100)		
Körperliche Gesundheit		
IG (n= 41/13)	45,4 (12,0)	45,6 (11,6)
KG (n= 48/19)	45,7 (8,7)	43,8 (9,0)
Alle (n= 89/32)	45,6 (10,3)	44,5 (10,0)
Psychische Gesundheit		
IG (n= 41/13)	30,2 (10,1)	32,3 (11,8)
KG (n= 48/19)	28,3 (7,9)	29,0 (8,8)
Alle (n= 89/32)	29,2 (9,0)	30,3 (10,1)
Soziale Isolation (LSNS-6 < 12)1		
IG (n= 42/14)	26 (61,9%)	9 (64,3%)
KG (n= 47/18)	34 (72,3%)	10 (55,6%)
Alle (n= 89/32)	60 (67,4%)	19 (59,4%)

Für die Variablen Psychische Belastung, Depression sowie körperliche und psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität ergab sich weder eine signifikante Veränderung über die Zeit (t0 zu t3) noch ein Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe zu t3. Die zeigt die Verläufe im SF-12 mit der retrospektiven Selbsteinschätzung des psychischen (PSK) und körperlichen Gesundheitszustandes (KSK) in den vergangenen vier Wochen.

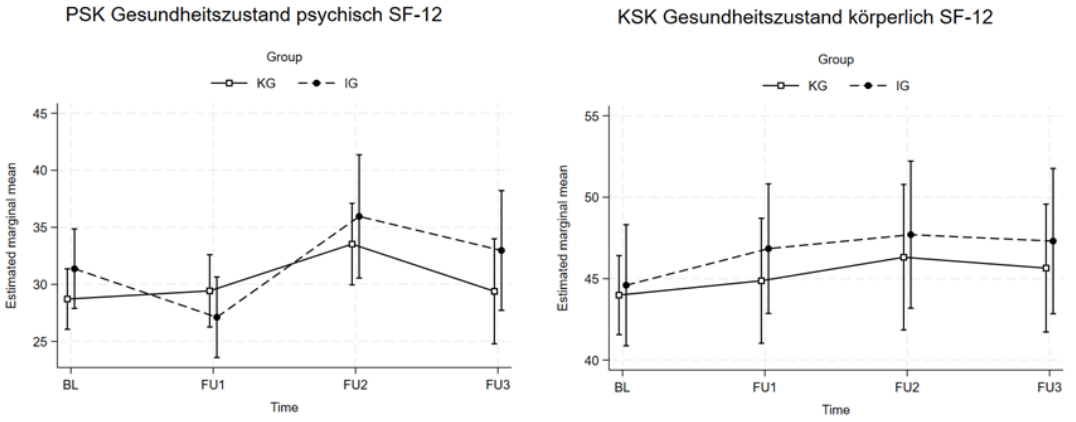


Abbildung 13: Verläufe der psychischen sowie körperlichen Lebensqualität im LIPSY-Trial (SF-12). Der SF-12 nimmt t-Werte an.

Während es zwischen Interventions- und Kontrollgruppe kaum Unterschiede gab, zeigte sich ein deutlicher Unterschied zwischen den TN des LIPSY-Trials und den TN der LIPSY-Basisevaluation. So steht einer Reintegrationsquote zu t3 von 26% (LIPSY-Trial) einer Quote von 9% in der Basisevaluation gegenüber, ein Unterschied der sich auch hinsichtlich vieler anderer arbeitsmarktbezogener und gesundheitlicher Variablen zu Gunsten des LIPSY-Trials zeigt. Dies ist umso erstaunlicher, als sich in der LIPSY-Basisevaluation auch TN mit leichteren bis mittelschweren psychischen Beschwerden befanden.

2.1.3.5 Prozessevaluation

Nach 18 Monaten (Zeitpunkt t3) wurde eine Prozessevaluation durch die IPS-Coaches durchgeführt, die Ergebnisse finden sich in Tabelle 12. Es zeigt sich eine hohe Frequenz von Treffen zwischen Coach und Coachee. So fanden bei der Hälfte der TN zwölf oder mehr Treffen während des Projektes insgesamt statt und neun oder mehr Treffen während der Interventionsphase. In etwas mehr als der Hälfte der Fälle schätzten die IPS-Coaches das IPS-Coaching als eher nicht oder überhaupt nicht hilfreich ein (58,3%), in einem Fünftel der Fälle wurde eine stark negative Auswirkung pandemiebedingter Einschränkungen durch die IPS-Coaches wahrgenommen (21,6%).

Tabelle 12: Prozessevaluation durch die IPS-Coaches nach 18 Monaten (Zeitpunkt t3)

Anmerkungen.

Falls nicht anders vermerkt, werden kontinuierliche Variablen als Mittelwert (Standardabweichung) und kategoriale Variablen als absoluter Anteil (prozentualer Anteil) präsentiert.

[a] Dargestellt sind der Median und der Bereich der mittleren 50%.

Prozessevaluation t3	***n* = 43**
Anzahl der Treffen Coach-Coachee (Median, n= 43)	12,0 (5,0–25,0)
≥ 1 Gespräch in Interventionsphase („ja“, n= 38)	31 (81,6%)
Anzahl Treffen Interventionsphase (Median, n= 40)	8,5 (3,0–17,5)
Einschätzung IPS hilfreich (n= 36)	2,0 (1,0–3,8)
Überhaupt nicht hilfreich	16 (44,4%)
Eher nicht hilfreich	5 (13,9%
Halbwegs hilfreich	6 (16,7%)

Prozessevaluation t3	***n* = 43**
Überwiegend hilfreich	5 (13,9%)
Sehr hilfreich	4 (11,1%)
Auswirkung durch Pandemie (n= 37)	
Keine Auswirkung	19 (51,4%)
Kaum negative Auswirkungen	10 (27,0%)
Stark negative Auswirkungen	8 (21,6%)

2.1.3.6 Ergebnisse aus der IPS-Toolbox 360°

IPS-Teilnehmende („Coachees")

Neben den Coaches wurden auch die TN (Coachees) zu ihren Erfahrungen am Ende des IPS-Jobcoachings befragt. Durch die geringe Gruppengröße von 13 Personen lassen sich diese Ergebnisse nur eingeschränkt interpretieren, trotzdem kann man sie als Trends oder Hinweise verstehen. Es zeigte sich, dass einige TN es als hilfreich oder sehr hilfreich (53,8%) empfanden, dass das IPS-Jobcoaching Teil des PIA-Angebotes war. In Bezug auf die Verbesserung ihrer beruflichen Situation gaben 38,5% an, dass das IPS-Jobcoaching mindestens hilfreich war. Andererseits nahmen auch jeweils 38,5% IPS als Teil des PIA-Angebotes und hinsichtlich der Verbesserung ihrer beruflichen Situation als nicht oder überhaupt nicht hilfreich wahr. Ähnliches zeigte sich bei der Frage, wie sehr die Inhalte des IPS-Jobcoachings den Bedürfnissen der TN entsprachen. Hier gaben wiederum jeweils 38,5% an, dass es ihnen sehr entsprochen hätte bzw., dass es keine bis überhaupt keine Entsprechung mit ihren Bedürfnissen gab.

Klinikmitarbeitende

Im Rahmen der IPS-Toolbox wurden insgesamt zwölf Klinikmitarbeitende des PKL zu ihren Erfahrungen im Zusammenhang mit IPS im klinischen Alltag befragt. Die Gruppengröße ist gering, weshalb die Zahlen als Hinweise zu verstehen sind. Es können keine allgemeingültigen Aussagen über die Arbeit mit IPS im Klinikteam getätigt werden.

Die Hälfte der Befragten war in der Sozio- und Ergotherapie tätig, darunter ein Viertel Ärzte und Ärztinnen. Die übrigen Befragten waren in der Pflege oder psychotherapeutisch tätig. Der Großteil (83,3%) arbeitete in der Psychiatrischen Institutsambulanz. Fast alle Teilnehmenden hatten durch andere Mitarbeitende und Vorgesetzte vom LIPSY-Projekt erfahren, eine Person über den Klinik-Newsletter, alle waren mit den LIPSY-Prozessen im Rahmen ihrer eigenen Tätigkeit zufrieden und empfanden den IPS-Ansatz als Bestandteil der klinischen Behandlung.

Die Mitarbeitenden wurden zu einzelnen Elementen der Zusammenarbeit mit den IPS-Coaches befragt und konnten angeben, inwiefern diese besonders gut funktioniert hätten. Hier zeigten sich hohe Zustimmungswerte hinsichtlich Erreichbarkeit der IPS-Coaches („trifft zu": 83,3%) und individueller Absprachen zu Patienten und Patientinnen (66,7%). Zusätzlich wurden die „kontinuierliche Abstimmung zwischen Behandlung und Aktivitäten zur Arbeitsaufnahme", „multiprofessionelle Therapie", „Feedback der IPS-Coaches" und die „unkomplizierte Absprache im Rahmen der Behandlungsplanung" als weitere Punkte genannt, welche gut funktioniert hätten. Die Mitarbeitenden wurden auch befragt, wie aus ihrer Sicht verschiedene Aspekte umgesetzt wurden. Im Folgenden wird der Anteil der Personen genannt, welche entweder „überwiegend" oder "voll und ganz" zustimmten: Nutzung gemeinsamer Räume für IPS-Coaching und Behandlung (83,3%), fallbezogene Zusammenarbeit mit den IPS-Jobcoaches (91,6%), „Kollegialer Austausch über Stellenwert von Beruf und Arbeit für Patienten und Patientinnen" (91,7%). 91,7% empfanden das IPS-Jobcoaching zudem als nützlich, 75% schätzten die Wahrscheinlichkeit durch das IPS-Coaching eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufzunehmen als „höher" oder „viel höher" ein. Kritisiert wurde, dass manche Patienten und Patientinnen zu belastet seien, um direkt in Arbeit zu gelangen.

Eine Befragung der Arbeitgebenden im Rahmen der IPS-Toolbox 360° war nicht möglich, da die betreffenden Trial-Teilnehmenden einer Offenlegung ihrer gesundheitlichen Situation gegenüber (potenziellen) Arbeitgebenden widersprochen hatten.

2.2 Ergebnisse aus dem Jobcoaching im Jobcenter

Ausgehend von den 1148 gescreenten TN boten die LIPSY-IFKs 1051 Personen ein Jobcoaching am Jobcenter (JC-Jobcoaching) an. Diese wechselten nach Einwilligung von der Betreuung der regulären Vermittlung zu ihnen.

Aufgrund der Ein- und Ausschlusskriterien der LIPSY-Studie, welche erst am Ende des klinisch-psychologischen Assessments vollständig geprüft wurden und da TN jederzeit die Einwilligung zur Studienteilnahme zurückziehen konnten, reduzierte sich die Zahl der auszuwertenden TN mit JC-Jobcoaching. Von den 903 in die LIPSY-Studie eingeschlossenen TN nahmen 810 TN der LIPSY-Basisevaluation und 66 TN des LIPSY-Trials am JC-Jobcoaching teil (vergleiche Abbildung 8).

Anders als im Studiendesign verankert, erhielten 24 TN der Interventionsgruppe (IG) und 42 TN der Kontrollgruppe (KG) ein JC-Jobcoaching. Dies erfolgte parallel zu den kontrollierten Bedingungen: „IPS“ in der IG und „Beratung & Broschüre“ in der KG. Die Verteilung war ungleichmäßig. Während in der KG nahezu alle TN JC-Jobcoaching zusätzliche erhielten, waren es in der IG etwas mehr als die Hälfte.

Der ursprünglich anvisierte Betreuungsschlüssel von 1:75 ließ sich nicht halten, da allen Betroffenen, die freiwillig am Projekt teilnehmen wollten, auch diese Chance geboten werden sollte.

Von allen TN, die in die LIPSY-Studie eingeschlossen waren und den vollständigen Projektzeitraum von 18 Monaten erreichten (*n*=587), erhielten nahezu alle ein JC-Jobcoaching (*n*=562). **Von diesen konnten 8,7% in den 18 Monaten nach Projekteintritt einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung für mindestens einen Tag nachgehen**. Die durchschnittliche Dauer von allen, die durch die LIPSY-IFKs betreut wurden, lag bei 504 Tagen; im Median bei 441 Tagen (*n*=1051). Auch dies überstieg die in der Konzeption angenommene Betreuungsdauer von sechs bis zwölf Monaten.

2.3 Exkurs: Ergebnisse aus der Fokusgruppe mit IFKs des Jobcenters

„Wir hatten vorher [vor LIPSY] wenig Anlaufmöglichkeiten für Kunden mit psychischen Erkrankungen und wenig Möglichkeiten. Wir hatten den Psychologischen Dienst im Haus, aber weitere Therapien oder Übergang zwischen Arbeitsmarkt und ärztlicher Betreuung hat gefehlt.“

Zusammengenommen wurden psychische Erkrankungen als Vermittlungshemmnis angesehen, welches häufig mit weiteren Vermittlungshemmnissen in Erscheinung tritt. Insbesondere durch fehlende Diagnostik und fehlende Anbindung der Kunden und Kundinnen und damit fehlender Klärung von Gesundheit und Krankheit, würde die Arbeitsvermittlung zum Stillstand kommen. Kunden und Kundinnen könnten nicht abgegeben und müssten (häufig ergebnislos) kontaktiert werden, was wiederum Zeit für andere Prozesse blockierte. Gleichzeitig fehlte vielen ein Überblick über das Hilfesystem, sodass Informationsweitergabe im Rahmen der Arbeitsvermittlung kaum realisierbar wäre. Falls bzgl. einer psychischen Belastung dennoch Hilfen empfohlen würden, träfen Kunden und Kundinnen auf ein ambulantes Hilfesystem mit teils langen Wartezeiten. Weitere Unterstützung in der Hilfesuche könnten die IFKs nicht leisten.

Das LIPSY-Projekt hätte hier Brücken angeboten. Lücken zwischen Hilfebedürftigen und dem Hilfesystem könnten auf diese Weise geschlossen werden. LIPSY bot die nötige Klärung von Gesundheit und Krankheit und hätte auf diese Weise das Potenzial, Prozesse im Jobcenter zu beschleunigen. Die Kooperationen im LIPSY-Projekt zwischen Klinik, Universität und IFK ermöglichten kürzere Wege und mehr Austausch im Rahmen der Fallarbeit. IFKs des Jobcenters betrachteten LIPSY daher überwiegend als Stütze und Entlastung ihrer eigenen Arbeit und oft als einzige Option für ihre Kunden und Kundinnen.

„Ich kann Kunden, mit denen ich nicht vorankomme, abgeben. Ich bin Arbeitsvermittler und kann dadurch genau das tun."*

„Was haben denn unsere Kunden für eine Alternative, wenn das Projekt endet. Es gibt keine Alternative."

2.4 Limitationen & Hürden

Ziele: Die avisierten TN-Zahlen aus Projektskizze und -antrag (2018), welche in der geplanten Zeit nicht erreicht werden konnten, beruhten auf TN-Zahlen eines früheren Projektes im Jobcenter Leipzig: „MehrWert 50plus", welches auf einer Münchner Untersuchung aus den Jahren 2006 und 2007 basierte (Bühler et al., 2013). Das Leipziger Vorgängerprojekt richtete sich an 50- bis 65-Jährige Arbeitssuchende im Raum Leipzig und hatte zum Ziel, sie in den ersten Arbeitsmarkt zu vermitteln. Dabei stand die psychische Erkrankung nicht im Vordergrund und sowohl psychisch fitte als auch psychisch belastete ältere Arbeitsnehmer und Arbeitnehmerinnen wurden rekrutiert. Die TN-Zahlen und Vermittlungsmöglichkeiten waren bei dieser arbeitsmarktnäheren und psychisch weniger belasteten Gruppe deutlich höher als bei der eher jungen LIPSY-Stichprobe. Ein großer Teil der LIPSY-Stichprobe, insbesondere des LIPSY-Trials, sind junge Menschen, die erst einen Berufsabschluss erlangen müssen, bevor sie auf den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren sind. Die Generation 50+ wurde von LIPSY kaum angesprochen.

Rekrutierung: Der Rekrutierungsstart der LIPSY-Basisevaluation in 2020 und des LIPSY-Trials in 2021 war stark von den Einschränkungen durch die Pandemie geprägt. Im Rahmen der Pandemie sowie der damit zusammenhängenden Schutzmaßnahmen wurden entgegen des ursprünglichen Projektplanes: (1) die persönliche Rekrutierung am JC durch alternative Methoden, z. B. Post und Anruf, ergänzt; (2) Gespräche mit den Psychologinnen am JC unter den geltenden Hygienebestimmungen durchgeführt bzw. eingeschränkt oder fanden nicht statt (Besuchsstopp), was zu einer reduzierten TN-Zahl führte. Der ursprüngliche Einschluss-STOPP in das LIPSY-Projekt wurde deshalb von 12/22 auf 10/24 (für den LIPSY-Trial: 12/23) verschoben. Da für die TN am LIPSY-Projekt in der Finanzierung keine monetären Anreize vom Förderer vorgesehen waren, wurde den TN am LIPSY-Trial die Möglichkeit durch das ISAP gegeben, ein persönliches Abschlussgespräch zu erhalten, um die Teilnahme an der Befragung t3 zu steigern. Die persönliche und flächendeckende Rekrutierung am Jobcenter durch alle IFKs mithilfe des Screeningbogens fand jedoch auch nach Aufhebung aller Einschränkungen nicht statt. Das Jobcenter hatte sich entschieden, das Filterschema aus der Pandemiezeit für das Verteilen des Screeningbogens über die gesamte Projektlaufzeit weiter zu nutzen.

Primäre Zielgröße und Endpunkt: Die primäre Zielgröße „mind. ein Tag in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung im 18-monatigen Projektzeitraum" orientierte sich an früheren RCT-Studien zum IPS. Die LIPSY-TN waren jedoch überraschend jung und deutlich psychisch belasteter als ursprünglich angenommen und in anderen Studien zu sehen. Die gewählte Zielgröße ist bei der erreichten Gruppe daher in Frage zu stellen. In den sekundären Analysen bezogen wir daher die Aufnahme von Ausbildungen und beruflichen Qualifikationsmaßnahmen mit ein. Aufgrund der Schwere und Chronizität der psychischen Belastungen sollte der zu betrachtende Erfolgszeitraum ausgeweitet werden. Erste vielversprechende Hinweise gab eine Untersuchung einiger Erfolgsparameter mit Daten des Jobcenters im Zeitraum von 24 Monaten. Größere Zeiträume wären wünschenswert.

Klinisch-psychologisches Assessment & Lotsen in die PIA: In die Analysen gingen ausschließlich gesicherte Diagnosen ein. Bestimmte klinische Diagnosen wie Persönlichkeitsstörungen wurden nach Aussagen des PKL zumeist als Verdachtsdiagnosen angegeben. Es ist daher davon auszugehen, dass manche Erkrankungsbilder im Datensatz unterrepräsentiert sind. Das anschließende Lotsen in Versorgung sah für schwere Fälle die Anbindung möglichst in der PIA des PKL vor, um hier den

Studienarm „LIPSY-Trial“ zu befüllen. Dabei zeigten die Zahlen, dass einige schwer Belastete trotz Empfehlung und kurzer Wege nicht in der PIA des Helios-Parkklinikums angekommen sind. Möglicherweise hätte man auch stärker in andere PIAS der Region überweisen können.

LIPSY-Trial & JC-Jobcoaching: Ein Jobcoaching am Jobcenter durch die LIPSY-IFKs war im Studiendesign lediglich für die TN der LIPSY-Basisevaluation vorgesehen. Die LIPSY-IFKs führten jedoch auch mit TN des LIPSY-Trials Jobcoaching durch. Dabei erhielten deutlich mehr TN der KG das JC-Jobcoaching im Vergleich zur IG. Dieser Eingriff in das randomisiert-kontrollierte Design schränkt die Aussagekraft der Ergebnisse des LIPSY-Trials ein. Weitere Zahlen zum JC-Jobcoaching wurden der wissenschaftlichen Begleitung nicht übermittelt und verblieben im Jobcenter. Generell macht dies deutlich, dass qualitativ hochwertige Forschungsdesigns im Setting Jobcenter u. a. aufgrund der vielen Beteiligten sehr aufwendig, herausfordernd und kaum kontrollierbar sind.

Dropout: Die Dropoutraten vom Einmünden in das LIPSY-Projekt bis zum Messzeitpunkt t3 (18 Monate) waren mit etwa 60% höher als die ursprünglich angenommenen 40% aus Vorgängerstudien (u. a. Burns & Catty, 2008). Es ist anzunehmen, dass die multiplen psychosozialen Belastungen und fehlende monetäre Anreize das Anbinden der TN an die LIPSY-Studie erschwerten. Um dennoch etwa 40% Rücklauf nach eineinhalb Jahren zu erreichen wurden diverse Anstrengungen unternommen: Mit Ausnahme von t0 wurden zu allen übrigen Messzeitpunkten telefonische Rückruf- und Erinnerungsaktionen durchgeführt, um den Rücklauf zu erhöhen und Änderungen in den Kontaktdaten zu erfassen. Zusätzlich kamen zu allen Zeitpunkten Erinnerungsanschreiben zum Einsatz. TN im LIPSY-Trial wurden vor Messzeitpunkt t3 gesondert angerufen, Dank ausgesprochen und ein persönliches Abschlussgespräch mit Möglichkeit zur persönlichen Rückmeldung ausgewählter Ergebnisse angeboten. TN, die man nicht erreichte, wurden gesondert vermerkt. Es fand daraufhin Austausch zwischen den Psychologinnen im Jobcenter und den LIPSY-IFKs statt. Dies diente ebenfalls der Rücklauf-Erhöhung. Adress-/Kontaktlisten, Dropoutlisten, Rücklauflisten wurden kontinuierlich geführt und es fand ein kontinuierliches Controlling der Fallzahlen und der Rücklaufstatistik in enger Zusammenarbeit mit den Projektpartnern statt.

3 Erkenntnisse zu den innovativen (Teil-)Ansätzen und deren Wirkungen

3.1 Erkenntnisse auf der Ebene der Teilnehmenden

Aus den in Kapitel 2 dargestellten Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitung des LIPSY-Projektes lassen sich zentrale Erkenntnisse auf Teilnehmenden-Ebene ableiten. Die Erkenntnisse beziehen sich auf die Machbarkeit von (randomisiert-kontrollierten) Studien im Setting Jobcenter, auf die Möglichkeiten psychisch erkrankte Kundinnen und Kunden zu erreichen sowie auf einzelne Teilansätze wie Lotsen und IPS. Zentrale Aussagen werden komprimiert dargestellt:

3.1.1 Erkenntnisse der wissenschaftlichen Begleitung aus der LIPSY-Basisevaluation

LIPSY erreicht viele schwer psychisch erkrankte Bürgergeldempfangende.
309 Personen wurde aufgrund schwerer psychischer Erkrankung eine Behandlung in einer PIA empfohlen. Die eingesetzten Instrumente zeigten eine hohe psychische Belastung; schwere bis sehr schwere Beeinträchtigung der Alltagsfunktion und eine psychische Gesundheit deutlich unter dem Normbereich (SF-12 psychisch ca. 30,6).

Überraschend viele junge Menschen sind arbeitsmarktfern und psychisch erkrankt!
Das Durchschnittsalter im LIPSY-Trial betrug lediglich 32 Jahre, in der LIPSY-Basisevaluation 36 Jahre.

Adressierte Kunden und Kundinnen zeigen multiple Belastungen.
52,8% hatten Schulden (Durchschnitt ca. 13.978€; Median 6.000€); etwa eine von drei Personen hatte keinen Berufsabschluss; ca. 9% waren ohne Schulabschluss, 14,1% waren alleinerziehend. Die Teilnehmenden waren arbeitsmarktfern und im Durchschnitt bereits seit über vier Jahren ohne Arbeit.

Mit einem niedrigschwelligen Diagnostik- und Beratungsangebot im Jobcenter werden Betroffene erreicht, die bislang keine Hilfen in Anspruch genommen hatten.
Etwa 40% hatten in den letzten sechs Monaten vor Teilnahme keinerlei Hilfe wegen psychischer Belastung erhalten; häufigste Anlaufstellen waren Hausarzt (≈36,6%) und Familie (≈33,2%).

Screenings im Jobcenter funktionieren, werden von Kunden & Kundinnen angenommen und eignen sich zur Bedarfsfeststellung.
Seit September 2020 wurden 1410 Personen mit dem Screeningbogen kontaktiert. Von diesen konnten 903 Personen final in LIPSY eingeschlossen werden. Der Screeningbogen konnte aufgrund pandemiebedingter Einschränkungen vorerst nicht flächendeckend eingesetzt werden. Später stellten sich Einstellungen und Haltungen bei einem Teil der Integrationsfachkräfte sowie auf Leitungsebene als Barrieren im Einsatz des Screeningbogens heraus.

Lotsen bzw. bedarfsgerechte Empfehlungen ins Versorgungssystem im Jobcenter werden sehr gut angenommen und führen zu Erfolgen.
Von 573 TN lagen Informationen zu Empfehlungen und deren Erfolg vor. Von diesen konnten 89,2% mindestens eine Empfehlung umsetzten. Beispielsweise erhielten 80,6% eine Psychotherapie-Empfehlung; ca. 43,0% von diesen konnten der Empfehlung erfolgreich nachgehen (erste Terminvereinbarung oder Wartelistenplatz). Über die Projektzeit hinweg nahm insgesamt die Nutzung jeglicher Hilfen signifikant zu. Innerhalb der unterversorgten Gruppe zu Projektstart (40,5% ohne Anbindung)

nutzten 58,1% nach Projektende (18 Monate später) irgendeine Form von Hilfe. Die Wartelisten waren über die gesamte Projektlaufzeit von LIPSY gefüllt.

Klinische Diagnostik im Jobcenter ermöglicht die Identifizierung von Risikogruppen
Männer und Alleinerziehende zeigten eine geringere Wahrscheinlichkeit sich Hilfe zu suchen. Betroffene mit Depression holten sich eher Hilfe als die Betroffenen mit anderen psychischen Diagnosen.

Die Teilnahme an LIPSY und Reintegration in Arbeit
Es gab eine signifikante Zunahme der selbst eingeschätzten psychischen Arbeitsreserven nach Projektende. Die Erwerbsprognose verbesserte sich im Mittel leicht von 35,2% zu Projektbeginn auf 39,6% 18 Monate später.

IFKs sehen LIPSY als Entlastung und Beschleunigung ihrer Arbeit
Nach Aussagen der IFKs im Jobcenter Leipzig könnten Projekte wie LIPSY Lücken zwischen Hilfsbedürftigen und Hilfesystem schließen. Kooperationen zwischen Klinik, Universität und Jobcenter ermöglichten kürzere Wege und mehr Austausch. LIPSY stellte eine wichtige Stütze in der Fallarbeit mit psychisch belasteten Kunden und Kundinnen dar und war manchmal die einzige Option möglicher Angebote bzw. Maßnahmen, die den IFKs für betroffene Kunden und Kundinnen mit einer psychischen Problemlage zur Verfügung stand.

3.1.2 Erkenntnisse der wissenschaftlichen Begleitung aus dem LIPSY-Trial

Insgesamt ergab sich hinsichtlich unserer primären Zielgröße „1 Tag auf dem ersten Arbeitsmarkt“ kein Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe zum Messzeitpunkt t3 (nach 18 Monaten). Auch bei den präsentierten Variablen zur psychischen Gesundheit – psychische Belastung, Depression und gesundheitsbezogene Lebensqualität – ergaben sich keine Gruppenunterschiede zu t3. Dies deutet darauf hin, dass in unserer Studie die IPS-Intervention gegenüber dem Standardvorgehen nicht überlegen war. Zudem zeigten sich bei den Variablen der psychischen Gesundheit keine signifikanten Veränderungen von t0 zu t3. Dies könnte darauf hindeuten, dass der Zeitraum für die Studie zu kurz gewählt war. Diese Vermutung wird auch dadurch unterstützt, dass sich tendenzielle Vorteile der IG im Bereich der Gesundheit zeigen, auch wenn diese nicht signifikant sind, und die IG nach zwei Jahren[6] eine tendenziell höhere Arbeitsmarktintegration aufweist. Dennoch ist anzumerken, dass es sich hierbei nur um Trends und kleine Stichprobengrößen (bei der psychischen Gesundheit) handelt. Im Folgenden werden die wichtigsten Erkenntnisse aus dem LIPSY-Trial kurz vorgestellt:

Erheblicher ungedeckter Bedarf an Screening, Diagnose und Behandlung psychischer Erkrankungen.
Die Analyse zeigte eine hohe Belastung durch psychische Erkrankungen sowie häufig das Vorliegen mehrerer F-Diagnosen, bei gleichzeitig geringer Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen in den letzten sechs Monaten.

Hinweise auf die Bedeutung einer adäquaten Behandlung psychischer Erkrankungen für die mittel- bis langfristige Integration in den Arbeitsmarkt.
Zwischen Interventions- und Kontrollgruppe zeigten sich kaum Unterschiede. Allerdings wiesen die Trial-Teilnehmenden insgesamt eine bessere Arbeitsmarktintegration auf als Personen der Basisbefragung.

[6] Mit Unterstützung durch das Jobcenter konnte im LIPSY-Trial für die primäre Zielgröße ein zusätzlicher Follow-up Zeitpunkt nach 24 Monaten erhoben werden, um einen größeren Erkenntnisgewinn zu generieren.

Hinweise auf interindividuelle Unterschiede bei Nützlichkeit von IPS.
Die Prozessevaluation deutet darauf hin, dass die wahrgenommene Nützlichkeit von IPS zwischen den Coachees stark variiert. Zukünftige Forschung sollte untersuchen, welche Personengruppen besonders von dieser Intervention profitieren – und welche weniger. Die gute Einbindung der IPS-Maßnahmen in den Klinikalltag deutet auf eine hohe Implementierbarkeit hin. Zudem äußerten sich die Klinikmitarbeitenden positiv hinsichtlich Erreichbarkeit der IPS-Coaches, individueller Absprachen zu Patienten und Patientinnen und der Zusammenarbeit mit den IPS-Coaches insgesamt.

3.1.3 Erkenntnisse aus dem klinisch-psychologischen Assessment

Die hohe Anzahl an erteilten Schweigepflichtsentbindungen der TN im Hinblick auf den Austausch über relevante gesundheitliche und berufliche Aspekte zwischen den LIPSY-Mitarbeitenden des Park-Klinikums und des Jobcenters zeigt, dass Kunden und Kundinnen des Jobcenters grundsätzlich eine Offenheit und Bereitschaft für einen institutionsübergreifenden Austausch mitbringen.

Über den gesamten Projektzeitraum hinweg konnte eine kontinuierliche Nachfrage zur Teilnahme am Projekt festgestellt werden. Dies deutet auf einen anhaltend hohen Bedarf an niederschwelliger psychologischer und psychosozialer Hilfe bei Menschen mit psychischen Belastungen im Bürgergeld-Bezug hin. Die meisten Bürgergeldempfänger und -empfängerinnen, die in das Projekt mündeten, interessierten sich im Rahmen der klinisch-psychologischen Diagnostik für Hilfsangebote, erschienen zuverlässig zu den vereinbarten Terminen und ließen sich auf die zusätzlichen Anforderungen durch die Teilnahme an der wissenschaftlichen Evaluation ein - zeigten also große Bereitschaft, sich aktiv zu beteiligen und konnten langfristig für das Projekt gewonnen werden. Die Projektidee fand bei den TN hohen Anklang.

Nach Einschätzung der Projekt-Psychologinnen begünstigten folgende Faktoren ein erfolgreiches Assessment bzw. die Weitervermittlung in das medizinische, psychologische und psychosoziale Versorgungsnetz oder in Arbeit:

- *Leidensdruck, Veränderungs- und Arbeitsmotivation*: wenn TN unglücklich mit ihrer Situation waren und daran etwas ändern wollten, konnten eher Erfolge erzielt werden. Eine höhere Frustrationstoleranz und gute Emotionsregulationsstrategien erhöhten ebenfalls die Erfolgswahrscheinlichkeiten.
- *Art des Erkrankungsbildes:* schwere Suchterkrankungen wirkten sich oftmals negativ auf die Zuverlässigkeit der TN aus und verschlechterten die Weitervermittlungschancen. Gleichzeitig können aus Sicht der Projekt-Psychologinnen aus dem Vorhandensein bestimmter Diagnosen keine pauschalen Aussagen über die allgemeine Leistungs-, Arbeitsfähigkeit und Chancen zur Teilhabe getroffen werden.
- *Freiwilligkeit der Projektteilnahme:* LIPSY wurde als freiwilliges Angebot für psychisch belastete Menschen im Bürgergeldbezug konzipiert – nicht als Maßnahme. Mitarbeitende hoben immer wieder den Charakter der Freiwilligkeit hervor. Der klinische Eindruck der Psychologinnen zeigte, dass TN, die sich eher „geschickt" fühlten, tendenziell auch weniger veränderungsmotiviert waren und es im weiteren Verlauf vermehrt zu Abbrüchen oder zum Ausschluss durch Projektmitarbeitenden-Seite kam.

Im Erstkontakt zeigte sich, dass sich viele TN für die psychologische Beratung im Rahmen von LIPSY regelmäßige und längerfristige Gesprächssitzungen erhofften. Der hohe Bedarf an engmaschiger und gezielter Begleitung spiegelte sich auch in der erfolgreichen Weitervermittlungsrate und in der Anzahl an Haltekontakten wider. Im Rahmen der psychologischen Beratung von LIPSY schien dabei die ganzheitliche Sicht auf die jeweilige individuelle Situation besonders hilfreich gewesen zu sein; also nicht nur das psychische Befinden in den Blick zu nehmen, sondern auch körperliche Aspekte und soziale Lebensumstände zu adressieren.

Der klinische Eindruck zeigte darüber hinaus, dass die TN-Einzelgespräche bevorzugten und sich mit dem Annehmen von Gruppenangeboten schwertaten. Gleichzeitig ließ sich festhalten, dass durchgeführte Gruppenangebote von TN überwiegend als gewinnbringend und informativ eingeschätzt wurden. Einige TN, die dem Angebot zuvor skeptisch gegenüberstanden, wollten aufgrund positiver Gruppenerfahrungen weitere Gruppen wahrnehmen. Der niederschwellige Zugang zu Gruppenangeboten stellte aus Sicht der Projekt-Psychologinnen ein wertvolles und wichtiges Instrument da.

Die klinisch-psychologische Diagnostik hatte im LIPSY-Projekt einen hohen Stellenwert, um passgenaue Empfehlungen für medizinische, psychotherapeutische und psychosoziale Hilfen zu gewährleisten. Als Frühintervention im Jobcenter konnte eine wichtige Versorgungslücke geschlossen werden. Zum einen indem Menschen mit psychischen Auffälligkeiten über ihr Erkrankungsbild und ihre Problemlage aufgeklärt wurden und zum anderen indem ein niederschwelliger Zugang in die PIA des Park-Klinikums bzw. eine deutlich gezieltere und in vielen Fällen begleitete Vermittlung zu weiterführenden Hilfsangeboten ermöglicht wurde.

Den Rückmeldungen von TN war zu entnehmen, dass die räumliche Nähe der Psychologinnen direkt im Jobcenter mehrere positive Effekte für sie hatte: Die TN konnten die psychologischen Angebote ohne einen institutionellen Wechsel in eine psychiatrische Einrichtung in Anspruch nehmen, was die Hemmschwelle zur Inanspruchnahme der Hilfen deutlich senkte. Durch den direkten Zugang zu den psychologischen Fachkräften war eine schnelle und unkomplizierte Ansprache belastender Themen möglich. Dies stärkte das Vertrauen in das Angebot und förderte die Einstellung, gemeinsam mit den Projekt-Psychologinnen und den LIPSY-IFK an Lösungen zu arbeiten.

3.1.4 Erkenntnisse aus dem Jobcoaching im Jobcenter (Jobcenter)

Das im Rahmen des Modellprojekts LIPSY umgesetzte Jobcoaching im Jobcenter erwies sich als zentrales Instrument zur Stabilisierung und Aktivierung psychisch belasteter Teilnehmender. Durch die Übernahme der Betreuung durch spezialisierte LIPSY-Integrationsfachkräfte konnte eine deutlich engmaschigere, kontinuierlichere und bedarfsorientierte Begleitung realisiert werden als im regulären Vermittlungskontext.

Das Jobcoaching zeichnete sich insbesondere durch motivierende Gesprächsführung, Nachhaltung sowie eine aktive Unterstützung beim Abbau individueller Vermittlungshemmnisse aus. Viele Teilnehmende profitierten davon, dass berufliche Perspektiven auch in Phasen gesundheitlicher Instabilität thematisiert und schrittweise weiterentwickelt werden konnten. Dabei zeigte sich, dass eine parallele Ausrichtung auf gesundheitliche Stabilisierung und arbeitsmarktbezogene Zielklärung einen wichtigen Beitrag zur Aufrechterhaltung von Motivation und Selbstwirksamkeit leistete.

Zudem fungierten die LIPSY-IFKs als verbindendes Element zwischen Jobcenter, medizinisch-psychosozialem Hilfesystem und weiteren relevanten Akteuren. Diese Lotsen- und Koordinationsfunktion erleichterte die Inanspruchnahme externer Unterstützungsangebote und trug dazu bei, Verzögerungen im Integrationsprozess zu reduzieren. Insgesamt konnte das Jobcoaching im Jobcenter dazu beitragen, Vermittlungsprozesse auch bei komplexen Problemlagen handlungsfähig zu halten und langfristige Perspektiven für eine berufliche Teilhabe zu eröffnen.

3.1.5 Erkenntnisse aus dem LIPSY-Trial im Park-Klinikum

Die TN gaben in den Erstgesprächen häufig an, deutlich unter ihrer Erkrankung zu leiden und zu diesem Zeitpunkt noch keine konkrete berufliche Perspektive zu haben. So äußerten sie zunächst beispielhaft den Wunsch „ich möchte mich wieder gesund fühlen und einer Arbeit nachgehen können, die ich schaffen kann“. Im Laufe des IPS-Coaching-Prozesses konnten sowohl Aktivitäten zur Stabilisierung umgesetzt, als auch Arbeitsstellen vermittelt werden. Bei gegebener Notwendigkeit war es für einige TN hilfreich eine Maßnahme - aus dem Leistungskatalog des SGB II (z.B. Probearbeiten, Arbeitsgelegenheit (AGH)) oder eine ehrenamtliche Tätigkeit - als Zwischenschritt in Richtung 1. Arbeitsmarkt zu nutzen. Die enge, unmittelbare Verknüpfung zwischen IPS-Jobcoaching, den multiprofessionellen Therapien und der Zusammenarbeit mit den LIPSY-IFK im Jobcenter erwies sich als eines der wesentlichen Erfolgsmomente, um den schwer psychisch erkrankten, Menschen im IPS-Jobcoaching eine berufliche und soziale Teilhabeperspektive – parallel zum psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting - zu ermöglichen.

Als grundlegenden Wirkfaktor für ein erfolgreiches Coaching, benannten die IPS-Jobcoaches zudem eine professionelle und ebenso vertrauensvolle Beziehung zwischen den Teilnehmenden und dem Coach, sowie zu den Behandlern und Behandlerinnen der PIA. Zusätzlich war für ein zielführendes IPS-Jobcoaching das Vorhandensein oder die Erarbeitung einer intrinsischen Motivation hinsichtlich der Aufnahme einer Tätigkeit besonders relevant.

Darüber hinaus wirkte es nach Einschätzung der IPS-Jobcoaches aufbauend, große und kleine (Teil-) Erfolge hervorzuheben, um vorhandene Ressourcen in den Fokus zu rücken und das Selbstwirksamkeitserleben der TN zu stärken. „Teilnehmende waren anfangs oft ungläubig, wenn ich sie als Arbeitnehmende wahrnahm, da sie sich im klinischen Setting eher als Patienten verstanden.“, resümierte eine der IPS-Jobcoaches im Gespräch.

Auch eine verlässliche Unterstützung förderte das Vertrauen und die Bereitschaft zur Mitwirkung. Beispielsweise, wenn sich TN eine Zeit lang auf Grund verschiedener Umstände nicht gemeldet hatten und der IPS-Coach bei erneuter Kontaktaufnahme verständnisvoll reagierte.

Bei der Anwendung des IPS-Ansatzes ergab sich nach den ersten Erfahrungen in den Coachings die Notwendigkeit, projekt- und zielgruppenspezifische Anpassungen vorzunehmen, die zuvor mit der Leitung der Projektgruppe erörtert wurden.

3.2 Erkenntnisse auf der Ebene der Zusammenarbeit innerhalb des Projektes

3.2.1 Erkenntnisse aus der Zusammenarbeit innerhalb des Jobcenters (Jobcenter)

Innerhalb des Jobcenters erwies sich die projektbezogene Zusammenarbeit zwischen regulären Integrationsfachkräften, LIPSY-IFKs und den im Jobcenter tätigen Psychologinnen des PKL als besonders wirkungsvoll. Die regelmäßigen Fallbesprechungen entwickelten sich im Projektverlauf zu einem zentralen Arbeitsformat, das eine ganzheitliche Sicht auf die Teilnehmenden ermöglichte und die Qualität der Beratungs- und Entscheidungsprozesse deutlich erhöhte.

Der strukturierte Austausch erleichterte es, unterschiedliche Einschätzungen abzugleichen, Ambivalenzen der Teilnehmenden zu erkennen und individuelle Unterstützungsstrategien gemeinsam zu entwickeln. Insbesondere bei komplexen Fallkonstellationen trug dies zu einer höheren Handlungssicherheit der beteiligten Fachkräfte bei.

Als zusätzlicher Erfolgsfaktor erwies sich die räumliche Nähe der Psychologinnen im Jobcenter. Diese ermöglichte kurze Kommunikationswege, spontane Abstimmungen sowie sogenannte „warme Übergaben“, bei denen Teilnehmende persönlich begleitet wurden. Dadurch konnten Hemmschwellen abgebaut, Vertrauen gestärkt und Prozesse deutlich beschleunigt werden. Insgesamt führte die enge interne Zusammenarbeit zu einer spürbaren Entlastung der Mitarbeitenden und zu einer verbesserten Qualität der Betreuung psychisch belasteter Kundinnen und Kunden.

3.2.2 Erkenntnisse aus der Vernetzung innerhalb des Park-Klinikums

Aus klinischer Sicht war die kontinuierliche und strukturierte Zusammenarbeit zwischen den LIPSY-Psychologinnen, den ärztlichen Behandelnden der PIA und den IPS-Coaches ein zentraler Erfolgsfaktor im Projektverlauf, damit die Ergebnisse und Empfehlungen aus dem klinischen Assessment im Jobcenter in der PIA-Behandlung der Klinik Berücksichtigt und darauf aufgebaut werden konnte.

Die detaillierten Übergabeberichte aus dem klinisch-psychologischen Assessment wurden von den PIA-Behandelnden als äußerst hilfreich bewertet, da sie eine unmittelbare und gezielte Behandlungsplanung ermöglichten. Dadurch konnten Termine zur Feindiagnostik auf ein Minimum reduziert, die Therapieplanung frühzeitiger konkretisiert und die Arbeitsmotivation der Teilnehmenden unverzüglich adressiert werden. Dies begünstigte ebenso ein nahtloses Anknüpfen an die Trial-Teilnahme.

Die regelmäßigen, verschiedenen Besprechungsformate und situativen fallbezogenen Abstimmungen im interdisziplinären Team der PIA sorgten für einen reibungslosen Informationsfluss, klare Verantwortlichkeiten und effiziente Abläufe. Insbesondere ein gemeinsames Verständnis für die angestrebten beruflichen Ziele konnte dadurch optimal in den Behandlungsprozess integriert werden.

Darüber hinaus zeigte sich, dass durch den alternativen Zugangsweg über das Park-Klinikum die Reichweite des Projekts erhöht und insbesondere für den Trial zusätzliche Teilnehmende akquiriert

werden konnten. Durch die gezielte Ansprache von Bestandspatientinnen und -patienten der PIA mit Bürgergeldbezug und Arbeitsmotivation, konnten zusätzliche Teilnehmende für das LIPSY-Projekt gewonnen werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Die multiprofessionelle Zusammenarbeit sowie die flexiblen Zugangswege waren entscheidend, um therapeutische Aktivitäten der psychiatrischen Behandlung und Schritte der Arbeitsintegration passgenau aufeinander abzustimmen. Dies trug aus Sicht der Projektmitarbeitenden sowohl zur Effizienz und Zielgenauigkeit als auch zum Behandlungs- und Integrationserfolg bei.

3.2.3 Erkenntnisse der Organisation und Zusammenarbeit zw. Jobcenter und Park-Klinikum

Die regelmäßigen Fallbesprechungen zwischen Psychologinnen und LIPSY-Integrationsfachkräften entwickelten sich im Projektverlauf zu einem zentralen Format und wurden von den Beteiligten als äußerst wirksam eingestuft. Der strukturierte Austausch ermöglichte eine ganzheitliche Sicht auf die Teilnehmenden, förderte ein gemeinsames Verständnis von Arbeits- und Veränderungsmotivation und unterstützte die Entwicklung abgestimmter Vorgehensweisen. Unterschiedliche Wahrnehmungen konnten abgeglichen und individuelle Unterstützungsbedarfe gezielt identifiziert werden. Besonders bei komplexen Problemkonstellationen erwies sich der Austausch als wertvolles Instrument zur gemeinsamen Entscheidungsfindung. Auch konnten Ambivalenzen der Teilnehmenden identifiziert und gezielt adressiert werden.

Die räumliche Nähe der LIPSY-Psychologinnen zu den Projektmitarbeiterinnen des Jobcenters erwies sich als besonders förderlich für die Zusammenarbeit im LIPSY-Projekt. Durch die unmittelbare Erreichbarkeit waren sogenannte „warme Übergaben“ – also die persönliche Vorstellung und Begleitung der Kundinnen und Kunden – problemlos möglich. Situative Anliegen ließen sich direkt und ohne lange Kommunikationswege klären, was die Effizienz und Flexibilität der Arbeit deutlich steigerte. Darüber hinaus förderten eine enge Zusammenarbeit und eine gute Kommunikationskultur ein Gefühl der Zusammengehörigkeit und der gemeinsamen Verantwortlichkeit. Dies wirkte sich konstruktiv auf die Betreuung der TN aus.

In der Zusammenarbeit der IPS-Jobcoaches mit den IFK waren verschiedene Aspekte bedeutsam: ergänzend zu den regelhaften, fallbezogenen Quartalstreffen wurden flexible, teilnehmerbezogene Absprache genutzt. Beispielhaft war es bei der Abstimmung der Berufswegeplanung von TN durch die enge Zusammenarbeit möglich, den Antragsprozess von Eingliederungshilfen frühzeitig einzuleiten oder die erforderlichen Gutachten des ärztlichen Dienstes bzw. Maßnahmen zur Eignungsabklärung im Vorfeld geplanter Umschulungen unmittelbar zu veranlassen.

TN profitierten durch die Zusammenarbeit davon, dass sowohl die jeweiligen Expertisen der Mitarbeitenden in die Beratung einflossen, als auch auf die jeweiligen Angebote des Jobcenters und der Klinik zurückgegriffen werden konnte. Dies half z.B. dabei Verfahrenswege im SGB II frühzeitig zu berücksichtigen und einzuplanen oder für die Arbeitsaufnahme relevante Aspekte der psychiatrischen Behandlung zu berücksichtigen.

Dabei war es im Behandlungs- und Integrationsprozess immer wichtig, Wünsche und Bedürfnisse der TN bestmöglich einzubeziehen.

3.3 Erkenntnisse aus der Zusammenarbeit mit Externen

3.3.1 Erkenntnisse aus der Zusammenarbeit des Jobcenters mit externen Kooperationseinrichtungen

Aus Sicht des Jobcenters zeigte sich, dass die systematische Vernetzung mit externen Kooperationseinrichtungen einen entscheidenden Mehrwert für die Betreuung psychisch belasteter Leistungsberechtigter darstellte. Durch klar definierte Kommunikationswege, transparente Zuständigkeiten und die Nutzung standardisierter Übergabeinformationen konnten Vermittlungsprozesse zielgerichteter gestaltet werden.

Die Zusammenarbeit ermöglichte es, externe Unterstützungsangebote frühzeitig in die Integrationsstrategie einzubeziehen und arbeitsmarktbezogene Aspekte bereits während medizinischer oder psychosozialer Stabilisierungsphasen mitzudenken. Gleichzeitig trug die enge Abstimmung dazu bei, Doppelstrukturen zu vermeiden und vorhandene Ressourcen effizienter zu nutzen.

Besonders hervorzuheben ist, dass die externe Vernetzung die Handlungsmöglichkeiten des Jobcenters erweiterte und zu einer höheren Verbindlichkeit im Unterstützungsprozess führte. Insgesamt bestätigten die Projekterfahrungen, dass eine aktiv gestaltete Kooperation mit externen Einrichtungen eine zentrale Voraussetzung für nachhaltige Integrationsverläufe bei komplexen Problemlagen ist.

3.3.2 Erkenntnisse aus der Zusammenarbeit des Park-Klinikums mit externen Kooperationseinrichtungen

Im Rahmen der Lotsungen wurden die Kapazitätsgrenzen der allgemeinen psychosozialen Versorgungsstrukturen deutlich. Besonders schwierig schien der Zugang zu niedergelassenen Fachärzten und -ärztinnen sowie zu Psychologischen Psychotherapeuten und -therapeutinnen zu sein. Praxen, die keine neuen Patienten und Patientinnen mehr aufnahmen, gar keine Wartelisten mehr führten oder während der Sprechzeiten nicht ans Telefon gingen und auf E-Mails nicht antworteten, waren häufig die Regel, nicht die Ausnahme. So hatten es vor allem Menschen mit Auffälligkeiten auf der Persönlichkeitsebene, Strukturierungsproblemen, reduzierter Stressbelastbarkeit oder einer noch sehr ambivalenten Therapiemotivation zusätzlich schwer, einen Therapieplatz zu finden. Aufgrund dieser Herausforderungen etablierten sich die Haltekontakte und die Haltegruppen zur Unterstützung der Vermittlung in weiterführende Angebote als ganz entscheidende Instrumente. Es wurde Raum für die Schilderungen der frustranen Suche gegeben und Suchstrategien überprüft, um diese ggf. anzupassen. Ebenso wurden Erfolgsgeschichten vorgestellt, um die TN zum „Dranbleiben“ zu motivieren. Aus Sicht der LIPSY-Psychologinnen konnten durch diese Formen des „Nachhaltens“ deutlich mehr TN einen Platz im medizinisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgungssystem finden.

Hinsichtlich der Möglichkeiten einer Zusammenarbeit mit Arbeitgebenden, wurden im IPS-Jobcoaching mit den TN zu Beginn der Interventionsphase mögliche Vor- und Nachteile einer Offenlegung relevanter Aspekte der psychischen Erkrankung gegenüber einem potenziellen Unternehmen besprochen und situativ abgewogen. Im Projektverlauf war keiner der TN zu einer Offenlegung bereit. Die TN befürchteten bei einer Offenlegung eher Nachteile hinsichtlich ihrer Bewerbungschancen oder negative Folgen bei erfolgter Anstellung, wie Anspielungen oder Mobbing durch Arbeitskollegen und -kolleginnen.

Die IPS-Jobcoaches fungierten im Projekt im Hintergrund und nahmen nach erfolgter Arbeitsaufnahme die Rolle eines beratenden Begleiters ein. Den TN gab dies Sicherheit, da sie bei Schwierigkeiten am Arbeitsplatz jederzeit die Möglichkeit hatten, ihren IPS-Jobcoach zu kontaktieren, um Unterstützung zu bekommen.

Aus den Feedbackgesprächen der LIPSY-Psychologinnen mit den Vereinen des Leipziger Versorgungsnetzwerks lässt sich folgendes Fazit ziehen: Das LIPSY-Projekt wurde im psychosozialen Versorgungsnetz Leipzigs als sinnvolle Ergänzung wahrgenommen, da es flexible und niedrigschwellige Unterstützung bot und damit eine hochrelevante Versorgungslücke für psychisch belastete Langzeitarbeitslose schloss. Die Kooperation zwischen Jobcenter, Park-Klinikum und psychosozialen Beratungsstellen wurde von den Partnern als hilfreich eingeschätzt, da deren verschiedene Angebote im Projekt miteinander verknüpft werden konnten. Besonders geschätzt wurde die als vertrauensvoll und persönlich wahrgenommene Betreuung der TN.

Von den Projekt-Psychologinnen wurden Begleitschreiben und angeforderte Befunde erstellt, die als unterstützende Instrumente für die Zusammenarbeit mit externen Kooperationseinrichtungen im Sinne der TN dienten. Die transparente und nachvollziehbare Zusammenarbeit mit den Akteuren und Akteurinnen des Hilfesystems war entscheidend für die Sicherung der Versorgungskontinuität, die Gewährleistung bedarfsgerechter Lotsung ins medizinische und psychosoziale Hilfesystem und das Anknüpfen an Probleme und Lösungsansätze, die im Projektverlauf initiiert wurden.

4 Verstetigung vor Ort

4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung

Bereits mit Projektantrag wurden verschiedene Varianten der Verstetigung des Projektansatzes von LIPSY in Betracht gezogen. Gestützt durch die während des Projekts erlangten Erfahrungen und Ergebnissen, spiegelten sich mögliche Ansätze vorrangig in folgenden Optionen wider:

- Strukturelle, in jedem Fall inhaltlich verbindliche Verzahnung zwischen Jobcentern und Akteuren der psychiatrisch-psychosozialen Versorgungsszene
- Implementierung von Job-Coaching in Orientierung am IPS-Ansatz im Rahmen multiprofessioneller PIA-/Krankenhausbehandlung (bzw. auch in anderen psychosozialen Systemen - etwa in Angeboten des Gemeindepsychiatrischen Verbunds)
- Spezialisierung und Schulung von Integrationsfachkräften der JC für den Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Beratung und bei der Vermittlung geeigneter Maßnahmen bzw. der Arbeitsvermittlung

Synergien durch verbindliche Zusammenarbeit zwischen Jobcenter und Klinik

Eine verbindlich anschlussfähige Verzahnung zwischen Versorgungsangeboten und Unterstützungsmöglichkeiten aus dem Jobcenter bleibt auch über den Projektzeitraum hinaus ein wesentlicher Erfolgsfaktor, da sich im Projekt die Kooperation zwischen den Strukturen des Jobcenters und den Versorgungsangeboten der Klinik sehr bewährt hat. Die inhaltlichen und wenn möglich strukturellen Synergien des gemeinsamen und abgestimmten Handelns sollen daher weitgehend über das Projektende hinaus genutzt und gegebenenfalls in modifizierter Form in die Regelversorgung implementiert werden. Auch die Übertragbarkeit einer zuverlässigen Zusammenarbeit zwischen dem Jobcenter und weiteren Akteuren der psychiatrischen/ psychosozialen Versorgung in der Stadt Leipzig sollen dabei in Betracht gezogen werden.

Eine bereits vor dem LIPSY-Projekt bestandene Kooperation zwischen Klinik und Jobcenter hat gezeigt, dass eine einfache Terminvermittlung für psychisch belastete Kundinnen und Kunden des Jobcenters allein nicht zielführend ist, da viele der vermittelten Personen nicht in der Klinik ankamen. Basierend auf den Erfahrungen aus dem Modellprojekt zeigt sich die Realisierung eines Erstkontakts zu einer therapeutischen Mitarbeiterin oder Mitarbeiter der Klinik im Jobcenter als eine geeignete Möglichkeit, Kundinnen und Kunden mit psychischen Belastungslagen persönlich „vor Ort“ anzusprechen und zu einem großen Teil zielführend in Versorgungsangebote vermitteln zu können. In der Klinik haben erfahrene Mitarbeitende die erforderlichen Kompetenzen, diese Funktion als Lotse gemäß den dafür erforderlichen Anforderungen auszuüben.

Im Erstkontakt kann zunächst bedarfsorientiert geprüft werden, welche Behandlungs- und Beratungsangebote passgenau wären. Ist eine Vermittlung in die PIA vorgesehen, können Betroffene direkt über das Behandlungsangebot informiert und im besten Fall ein unmittelbarer Erstkontakt hergestellt werden. Die oft als peinlich oder mit Scham behaftete Schwelle zur Inanspruchnahme psychischer Hilfen kann so leichter überwunden werden.

Analog zum LIPSY-Projekt, sollte als wichtiger Aspekt beibehalten werden, dass die Inanspruchnahme der Angebote auf freiwilliger Basis geschieht und der Jobcenter-Kundin bzw. dem Jobcenter-Kunde keine Sanktionierungen drohen, wenn diese die Vermittlung in weiterführende Hilfen ablehnen. Vertrauen in und Bereitschaft für psychische Hilfen sind ein wesentlicher Garant für die gemeinsam erstellten Teilhabeziele.

„Best-Practice-Modell“ - Umsetzung des IPS-Ansatzes im Rahmen von PIA/ Klinikbehandlung

Das im LIPSY-Projekt entwickelte und in der Umsetzung erprobte IPS-Phasenmodell, sowie die dazugehörige Prozessbeschreibung und die IPS-Jobcoaching-Dokumente können im Sinne eines „Best-

Practice-Modells“ praktikable Arbeitshilfen bei der Verstetigung sein. Insbesondere für „IPS-Neulinge“ können diese Unterlagen als „Starter-Kit“ verwendet werden.

Da Erfahrungen aus dem Projekt gezeigt haben, dass bei bestimmten Fallkonstellationen eine Priorisierung, Flexibilisierung und Öffnung der von der Fidelity-Scale geforderten Umsetzungskriterien sinnvoll scheint, sollte die beschriebene Einschätzung bei zukünftigen Vorhaben Berücksichtigung finden – die Fidelity-Scale umfeld- und zielgruppenspezifisch flexibel angewendet und weiterentwickelt werden.

Verstetigung der LIPSY-Integrationsfachkräfte innerhalb des Jobcenters Leipzig als Fokusteam Gesundheit / Reha/ SB (Schwerbehinderung)

Ein wichtiger Teil der Projektumsetzung waren die LIPSY-Projektmitarbeitenden, die im direkten Kontakt mit den TN standen und diese auf ihrem Weg begleiteten. Als eigenständiges Team innerhalb der jobcenterinternen Struktur wäre die Möglichkeit gegeben, die Spezialisierung „Betreuung von Personen mit gesundheitlichen bzw. psychischen Beeinträchtigungen“ fortzuführen und somit Wissen, wie auch erworbene Softskills weiter zu nutzen. Zielgruppen dieser Konstellation wären analog der Zielgruppen der Projekte LIPSY und „SanusLE“ (s. Kapitel 4.2), wie auch Kunden und Kundinnen des Jobcenters mit einem Reha/SB-Status und der Handlungsstrategie „Leistungsfähigkeit fördern“. Durch die erprobte Lotsen- und Kümmerer-Funktion zur Unterstützung Betroffener mit dem Ziel passgenauer ins Hilfesystem einzumünden und die Arbeitsfähigkeit zu fördern, steigert sich die Chance auf eine Integration in den ersten Arbeitsmarkt[7]. Zur Umsetzung wäre im Vergleich zur regulären Vermittlung ein reduzierter Betreuungsschlüssel notwendig, um eine hohe Kontaktdichte, wie auch individuelle Hilfestellungen (z. B. aufsuchende und begleitende Elemente) zu bieten. Die Zusammenarbeit sollte auf Freiwilligkeit basieren (analog zum beschäftigungsorientierten Fallmanagement im Jobcenter), da so eine Betreuung und Beratung auf Augenhöhe und ohne Zwang erfolgen kann. Zudem würde die Netzwerkarbeit einen wichtigen Pfeiler des Sonderteams darstellen und müsste im medizinischen Bereich weiter ausgebaut werden.

Übernahme der gewonnenen Erkenntnisse durch einen internen Wissenstransfer

Im Jobcenter wurden im Projekt viele praktische Erfahrungen bezüglich des Umgangs mit psychischen und gesundheitlich beeinträchtigten Personen gemacht. Zudem wurde eine Fülle an Fachwissen gesammelt, durch die sich die Ansprache und Beratung der Betroffenen durch die Integrationsfachkräfte verbesserte und ein zielgerichtetes Lotsen in entsprechende passgenaue Hilfsangebote des lokalen Versorgungssystems ermöglicht wurde. Dieses Wissen zum Versorgungssystem und zum praktischen Umgang mit den Betroffenen kann in Form eines Wissenstransfers an die regulären IFKs des Jobcenters Leipzig weitergegeben werden, um die allgemeine Beratung im Haus weiter zu entwickeln und zu verbessern.

Koordination bzw. Beauftragte für Gesundheit

Innerhalb des Jobcenters Leipzig gibt es bereits einige Koordinatoren und Koordinatorinnen bzw. Beauftragte, die für diverse Fokusthemen verantwortlich sind. Durch eine Person, die sich für den Bereich Gesundheit verantwortlich zeigt, könnte die Netzwerkarbeit fortgesetzt und eine zusätzliche Schnittstelle für Ansprechpersonen nach innen und außen geschaffen werden. Bislang gibt es keine zentrale Ansprechperson zu diesem Thema, was Kooperationen erschwert und die Netzwerkarbeit auf mehrere Personen runterbricht. Dies führt zu unterschiedlichen Wissens- und Netzwerkressourcen der einzelnen IFKs in der regulären Vermittlung.

Durch eine zentrale Koordinierung des Themengebiets durch eine Person könnten die Angebote und Möglichkeiten des in Leipzig und Sachsen verorteten Netzwerks für die Institution transparenter gemacht und den Integrationsfachkräften zur Verfügung gestellt werden. Zudem könnte das Jobcenter, wie bei der bereits etablierten Koordinatorin für Migration, mit einer gleichbleibenden

[7] Der erste Arbeitsmarkt steht für den regulären Arbeitsmarkt. Arbeitsverhältnisse werden ohne Zuschüsse des Staates entlohnt und richten sich nach dem Mindestlohngesetz, wie auch dem deutschen Arbeitsrecht.

Ansprechperson Präsenz bei vorhandenen Veranstaltungen zeigen und einen Schritt näher an die Bürger der Stadt treten.

4.2 Verstetigung im eigenen Jobcenter

Im Laufe der Projektumsetzung zeigte sich, welche Ansätze in der Arbeit mit der Zielgruppe gewinnbringend waren und welche für eine dauerhafte Verstetigung in Frage kamen.

Verstetigung im Jobcenter Leipzig

Parallel zu LIPSY wurde im Jobcenter Leipzig mit „SanusLE“ ein zweites rehapro-Projekt des ersten Förderaufrufs umgesetzt. Beide Projekte hatten ihre eigenen Zielgruppen, Inhalte und Umsetzungsverläufe.[8] Sie wurden vom selben Projektkoordinator zeitgleich getrennt voneinander umgesetzt, teilten sich jedoch die Räumlichkeiten und Organisationseinheit im Haus und agierten in der Struktur des Jobcenters Leipzig als ein gemeinsames Team. In der alltäglichen Arbeit kam es immer wieder zu thematischen Überschneidungen beider Projekte und man profitierte von einem gegenseitigen Erfahrungsaustausch. Im Verlauf zeigte sich zudem, dass es auch zu einer Überschneidung der Zielgruppen in Bezug auf Personen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung in ihrer Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit eingeschränkt waren, kam.

Mit Beginn der Planung der Verstetigung wurde deutlich, dass aufgrund ähnlicher Erfahrungen beider Projekte eine gemeinsame Verstetigung zielführend wäre, um die größtmöglichen positiven Effekte bei der Überführung ins Regelgeschäft zu erreichen.

Die Umsetzung des Verstetigungsansatzes für beide Projekte im Jobcenter Leipzig setzt sich aus vier Teilbereichen zusammen:

- Zweidimensionaler Wissenstransfer (Information der Mitarbeitenden; Überführung der Netzwerkübersicht)
- Kompetenzteam Gesundheit
- Anpassung der Inhalte der Maßnahmen nach §45 SGB II
- Nachhaltung und Überprüfung der Umsetzung

Wissenstransfer der gewonnenen Erkenntnisse ins Regelgeschäft

Beide Projekte erarbeiteten gemeinsam ein Konzept, wie das im Laufe der Umsetzung erlangte praktische Wissen den Fachkräften des Regelgeschäfts zugänglich gemacht werden konnte. Aus jedem Team des Vermittlungsbereichs des Jobcenters Leipzig wurde eine Vertretung benannt, die als Gesundheitsmultiplikatorin bzw. -multiplikator fungiert. In einem gemeinsamen Workshop mit den LIPSY-Projektmitarbeiterinnen wurde dargestellt, welche Erfahrungen im Umgang mit den Zielgruppen gemacht wurden, welche Arbeitsweisen sich als positiv bzw. negativ zeigten und mit welchen Ansätzen den Betroffenen weitergeholfen werden konnte. Zudem wurden Informationsmaterialen zusammengestellt, welche die Arbeit mit der Zielgruppe erleichtern und positiv beeinflussen können. Dazu zählten neben Übersichten zu diversen Kliniken und gesundheits(-medizinischen) Diensten inkl. der regionalen Zuständigkeiten in der Stadt, auch Hintergrund- und Spezialwissen, um auch weiterhin eine gute Beratung und zielgerichtete Weiterleitung der Betroffenen ermöglichen zu können. Die LIPSY-Psychologinnen steuerten in der Vorbereitung nützliche Hinweise und Informationen bei. Dabei handelte es sich unter anderem um Unterscheidungen von spezifischen Professionen, die Suche nach geeigneten Behandlungsformen und Informationen zu Krankheitsbildern, mit denen die Mitarbeiterinnen im Projekt vorrangig konfrontiert waren. Um dies für die Anwesenden greifbarer zu machen, wurde ein exemplarischer Ablauf der Zusammenarbeit mit einer betroffenen Person an einem fiktiven Beispiel durchgegangen. Die Aufgabe der Gesundheitsmultiplikatorin bzw. des Gesundheitsmultiplikators bestand anschließend darin, das erlangte Wissen in die jeweiligen Organisationseinheiten zu tragen und dort weiterzugeben. Die Umsetzung des Wissenstransfers erfolgte im Juni 2025

[8] Bei „SanusLE“ lag der Fokus auf der Zielgruppe der gesundheitlich eingeschränkten erwerbsfähigen Leistungsberechtigten, denen durch ein amtsärztliches Gutachten bescheinigt wurde, dass sie für voraussichtlich bis zu sechs Monate nicht erwerbsfähig seien.

durch die Integrationsfachkräfte beider Projekte, um die Ergebnisse und Erkenntnisse der jeweiligen Projekte nachhaltig zu in die Regelbetreuung zu implementieren.

Bereitstellung der entstandenen Netzwerkkarte

Parallel zum persönlichen Wissenstransfer war die jobcenterinterne Bereitstellung der in den Projekten entstandenen Netzwerkkarte ein wichtiger Aspekt, um einen Teil der Projektarbeit zu verstetigen. Unter Federführung des „SanusLE“-Projekts, jedoch mit aktiver Beteiligung der LIPSY-Integrationsfachkräfte entstand eine Karte, die während der Projektlaufzeit auf- und ausgebaut wurde. Sie umfasst 266 Adressen und Anlaufstellen im Stadtgebiet Leipzig und ist in 13 thematische Schwerpunkte geclustert:

Gesundheit, Rehabilitation, Ernährung, Sucht, Quartiersmanagement, Wohnen, Sport, Teilhabe, Familie, Jugendarbeit, Frauen, Migration und Ehrenamt.

Bereits im April 2025 wurde die Karte an den Sachbearbeitenden Digitalisierung des Jobcenters Leipzig übergeben, der die Implementierung in das interne Informationssystem bis Ende des Jahres 2025 verantwortet. Die Bereitstellung ermöglicht es allen Angestellten des Jobcenters Leipzig, auf die darin erfassten Anlaufstellen und Kontakte zuzugreifen und die Informationen in ihrer täglichen Arbeit zu nutzen. Zudem wurde die Netzwerkkarte an das rehapro-Projekt „G2 – gemeinsam gesund“ weitergegeben, welches im Rahmen des dritten Förderaufrufs ebenfalls im Jobcenter Leipzig umgesetzt wird.

Kompetenzteam Gesundheit

Die Erfahrungen und Erkenntnisse, die in LIPSY und „SanusLE“ erarbeitet wurden, sollen auch langfristig in das Regelgeschäft des Jobcenters überführt werden. So sollen die Erkenntnisse auch in die Arbeit des rehapro-Projekts „G2“ im Jobcenter Leipzig einfließen und weiterentwickelt werden. Um dies nachhaltig zu gestalten, erfolgten regelmäßige Austauschformate zwischen den rehapro-Projektleitungen des Jobcenters Leipzig und der Fachexpertin „Markt & Integration“. Dieses Format wird bis sechs Monate nach Beendigung der Teilprojekte LIPSY und „SanusLE“ fortgeführt, um den nachhaltigen Wissenstransfer über die Projektenden hinaus in das Regelgeschäft zu begleiten. Das Kompetenzteam Gesundheit ist für die vollständige Umsetzung des internen Verstetigungskonzepts des Jobcenters Leipzig verantwortlich.

Anpassung der Inhalte der Maßnahmen nach §45 SGB II

Aktuell bietet das Jobcenter Leipzig zwei Maßnahmen für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen oder einem Grad der Behinderung an. Die durch die Projekte und insbesondere auf Seiten von LIPSY durch die Arbeit mit den Projekt-Psychologinnen gemachten Erfahrungen werden auch in künftige Ausschreibungen für Maßnahmen unter Beachtung der fachlichen Weisungen zum §45 SGB III einfließen. Aufgrund der aktuellen Gesetzeslage ist eine Maßnahme, welche die Schwerpunkte des Projekts aufgreift, nicht durchführbar. Dies liegt darin begründet, dass die Durchführung diagnostischer, präventiver oder therapeutischer Inhalte in die Zuständigkeit der Krankenkassen oder Rehabilitations-Träger fällt und von einer Förderung nach dem SGB II/III ausgeschlossen ist. Stehen solche Problemlagen im Vordergrund, müssen die Betroffenen aktuell an die zuständigen Sozialleistungsträger verwiesen werden.

Nachhaltung und Überprüfung der Umsetzung

Um die Implementierung der durch das Projekt gewonnenen Erfahrungen in das Regelgeschäft des Jobcenters nachzuhalten und die Arbeit des Kompetenzteams Gesundheit zu überprüfen, wurden die einzelnen Schritte der Umsetzung zeitlich definiert und werden durch entsprechende Stellen nachgehalten. So wird sichergestellt, dass die Erkenntnisse und Effekte des Projekts in die tägliche Arbeit mit Betroffenen mit einfließen und optimiert werden können.

Rehapro-Projekt „G2 – gemeinsam gesund“

Abseits von der regulären Verstetigung nach Projektende stellt auch die Entwicklung und Konzeption des Projekts „G2“ einen Verstetigungsansatz des Projekts dar. Die Konzeption von „G2“ erfolgte aufgrund der bis zu diesem Zeitpunkt gemachten Erfahrungen von LIPSY und „SanusLE“ und war ausschlaggebend für die Ausgestaltung verschiedener Parameter. So sind die Definition und der Umgang mit der Zielgruppe, die Ansprache der Betroffenen und die Positionierung im Haus von den Projekten beeinflusst worden. Da der anvisierte Betreuungsschlüssel bei LIPSY nicht gehalten werden konnte, wurde dieser bei „G2“ überdacht und entsprechend angepasst, sowie durch eine Festsetzung der Betreuungsdauer im Projekt gedeckelt. Nur so ist eine zielgerichtete und engmaschige Zusammenarbeit mit den Teilnehmenden dauerhaft möglich. Auch wurde mehr Wert auf einen systemischen Beratungsansatz und Supervision gelegt. Um das vorhandene Wissen weiter zu nutzen, wurden neben der oben beschriebenen Netzwerkkarte auch praktische Erfahrungen transferiert. So gab es ein Mentorensystem, um dem neuen Team, welches zu Beginn ausschließlich aus extern eingestellten Mitarbeitenden bestand, helfend zur Seite zu stehen. Ergänzend fanden Austauschformate zwischen den Fachkräften der Projekte statt.

4.3 Verstetigung beim Verbundpartner Park-Klinikum Leipzig

Verzahnung der Institutionen - Sprechstunden „vor Ort“

Um die institutionelle Zusammenarbeit zwischen dem Jobcenter Leipzig und dem Park-Klinikum Leipzig über das Projektende hinaus zu gewährleisten, ist auszuloten, ob in den jeweiligen Einrichtungen regelmäßige Sprechzeiten der jeweils kooperierenden Institution angeboten werden können. Die hier visionär skizzierten Vorhaben befindet sich zum Zeitpunkt des Projektendes in Abstimmung.

I. Jobcenter vor Ort im Park-Klinikum – „offene Sprechstunde“

Ziel des Angebots ist eine **möglichst** frühzeitige Unterstützung zur Teilhabe an Arbeit von akut und schwer psychisch erkrankten Menschen, die sich aktuell zur Behandlung in einem der klinischen Bereiche - ambulant bzw. (teil-)stationär – befinden und den Weg in Jobcenter und ähnliche berufsfördernde Bereiche nicht selbständig finden können. Die Beratungs- und Informationsgespräche der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jobcenters sollen der Entwicklung einer ressourcenorientierten Arbeits- bzw. Beschäftigungsperspektive dienen und zu einer Verkürzung von beruflichen „Leerlaufzeiten“ im Anschluss an die Entlassung aus der Klinik beitragen.

II. Park-Klinikum vor Ort im Jobcenter – „Indikationssprechstunde“

Durch das Angebot einer sog. „Indikationssprechstunde“ hätten psychisch belastete Kundinnen und Kunden des Jobcenter Leipzig die Möglichkeit, sich in Räumlichkeiten des Jobcenters, analog zum LIPSY-Projekt, Kontakt zu einer klinischen Mitarbeiterin oder einem Mitarbeiter aufzunehmen. Die Beratungsgespräche könnten, Betroffenen eine erste individuelle und bedarfsgerechte Orientierung über kommunale Behandlungs- und Versorgungsangebote geben und bei entsprechender Indikation direkt in ein ambulantes, klinisches, multimodales und wohnortnahes Behandlungsangebot navigieren.

IPS-Jobcoaching

Das im Modellprojekt erprobte IPS-Jobcoaching wird auch nach Beendigung des Projekts Patientinnen und Patienten der PIA im Rahmen der SGB V-Regelleistungen und der damit definierten Leistungsumfänge angeboten. Perspektivisch sollen davon insbesondere auch Kundinnen und Kunden das Jobcenters profitieren, die einen definierten PIA-Bedarf haben. Neben den in die multimodale Behandlung integrierten Einzel-Jobcoachings, stehen den arbeitssuchenden Patientinnen und Patienten auch eine Auswahl von beschäftigungs-spezifischen Gruppenangeboten wie z.B. Arbeits-/Belastungserprobung, Bewerbungs- und Soziales Kompetenztraining (SKT „Job“) zur Verfügung.

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und bundesweiten Verstetigung

5.1 Allgemein

Unabhängig davon, wie eine Verstetigung von Projektteilen bei den am Projekt beteiligten Institutionen gelingt, besteht seitens des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (Förderer) ein Interesse an der Prüfung und Bewertung einer möglichen bundesweiten Option zur Übertragbarkeit. Folglich bezieht sich eine weitere und nunmehr letzte zentrale Frage darauf, welche Ansätze aus dem Modellprojekt LIPSY sich für eine Verstetigung auf Bundesebene eignen.

Die Thematisierung der gesundheitlichen und psychosozialen Situation von Kundinnen und Kunden des Jobcenters hat sich als zielführend erwiesen. Gesundheitliche Beeinträchtigungen stellen Vermittlungshemmnisse in Bezug auf die Integration und Teilhabe an Arbeit dar und haben insbesondere bei jüngeren Kunden und Kundinnen mit der COVID-19-Pandemie zugenommen.

Wenn nicht ausreichend Mittel und Angebote zur Bewältigung dieser Probleme zur Verfügung gestellt werden, wird für eine Vielzahl von Kundinnen und Kunden des Jobcenters eine dauerhafte Integration in Beschäftigung unwahrscheinlicher und es erhöht sich das Risiko von Langzeitarbeitslosigkeit, was wiederum massive Kosten für den Staat zur Folge hat. Damit eine gesundheitliche und psychosoziale Stabilisierung sowie eine damit einhergehende Verbesserung der Leistungsfähigkeit und der Vermittlungschancen gelingen können, ist eine regelhafte Vernetzung der IFK der Jobcenter mit relevanten Akteuren und Akteurinnen der jeweiligen Region notwendig.

Für die medizinische Versorgung schwer psychisch erkrankter Personen zeigte sich im Projekt die Zusammenarbeit mit der PIA geeignet. Durch die vielfältigen medizinischen und therapeutischen Angebote können hier komplexe Beeinträchtigungen in der Behandlung thematisiert und behandelt werden. Ebenso besteht im klinischen Setting die Möglichkeit, ein genesungsbegleitendes und unterstützendes IPS-Jobcoaching zu integrieren, in dem die IPS-Jobcoaches der Kliniken konstruktiv und lösungsorientiert mit den IFK der Jobcenter fallbezogen zusammenarbeiten und Synergien der jeweiligen Expertisen wirksam werden.

Für die verschiedenen Ansätze aus dem Modellprojekt ergibt sich eine umfassende Relevanz zur Generalisierung. Eine weitere Untersuchung in kontrastierten Modellregionen könnte dazu dienen, die Übertragbarkeit zu überprüfen und weitere Erkenntnisse zur Wirksamkeit zu gewinnen - aus Projektsicht ein nächster Schritt für eine bundesweite Implementierung. Auch die Übertragbarkeit einer zuverlässigen Zusammenarbeit zwischen dem Jobcenter und weiteren Akteuren und Akteurinnen der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung könnten dabei in Betracht gezogen werden.

5.2 Optionen für eine bundesweite Verstetigung in den Jobcentern

- Gesundheitsorientierter Fokus in der Beratung
- Strukturelle Anpassungen der Ärztlichen Gutachten
- Zusammenarbeit mit gesundheitlichen Eingeschränkten erwerbsfähigen Leistungsberechtigten im Jobcenter
- Vernetzung des Jobcenters innerhalb des Wirkungsbereichs
- Wissensaufbau zur zielgerichteten Ansprache
- Gesellschaftliche Wahrnehmung und Erfordernisse bundeweiter gesetzlicher Regelungen

Untergesetzliche Ebene

Auf dieser Ebene ist eine Verankerung der Förderung von Beschäftigungsfähigkeit und Teilhabe im Steuerungssystem des SGB II-Bereichs erforderlich – zusätzlich und gleichgewichtig zu den bisherigen Steuerungszielen. Zur Steuerung und Nachhaltung ist eine systematische Abbildung nachvollziehbarer Entwicklungs- und Integrationsfortschritte der geförderten Personen in den Fachverfahren

notwendig. Bislang sind diese einerseits aufgrund des Aufbaus des genutzten Fachverfahrens und der Zielindikatoren nicht möglich und auswertbar. Andererseits ist eine Dokumentation der Teilschritte in Hinblick auf die gesundheitliche Entwicklung aufgrund des Datenschutzes nicht umsetzbar.

Die vorstehenden präsentierten Vorschläge zu gesetzlichen und untergesetzlichen Anpassungen basieren auf Erkenntnissen der wissenschaftlichen Begleitungen von mehr als einem Dutzend rehapro-Modellprojekten, die sich zu einem Forschungsverbund zusammengeschlossen haben. Die Vorschläge basieren im Wesentlichen auf den Befunden und Ergebnissen von zwei Fachforen zum Thema Verstetigung und Übertragbarkeit, die im März 2023 in Hamburg und im Januar 2024 in Berlin stattfanden. Anwesend waren Projektleitungen von insgesamt 14 rehapro-Modellprojekten sowie Bereichsleitung und Geschäftsführung der beteiligten Jobcenter.

Gesetzliche Rahmenbedingungen im Jobcenter (SGB II)

Es ist eine verbindliche Verankerung der fachlichen Zusammenarbeit aller Rechtskreise erforderlich, die Schnittstellen in Bezug auf gesundheitsfördernde Aspekte aufweisen. Dies betrifft bei der Betreuung der Betroffenen durch die Jobcenter insbesondere das SGB III (Öffnung für Rehabilitation), SGB V, SGB VI, SGB VIII, SGB IX (bspw. Öffnung IFD für alle gesundheitlichen Beeinträchtigten) sowie gegebenenfalls das SGB XII und AsylbLG. Vordergründiges Ziel sollte eine verbesserte Kommunikation zwischen den Rechtkreisen, wie auch eine kooperative Leistungserbringung aller angesprochenen Rechtskreise sein, um die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt für Leistungsbeziehende des SGB II-Bereich zu vereinfachen.

Die Zusammenarbeit von Akteuren verschiedener Rechtskreise wird bislang mit massiven datenschutzrechtlichen Hemmnissen beeinträchtigt und erschwert eine lösungs- und kundenorientierte interinstitutionelle Fallbearbeitung. Eine gesetzliche Verankerung ihrer Zusammenarbeit muss daher eine datenschutzrechtlich konforme Prozessgestaltung sicherstellen.

5.3 Gesetzliche Rahmenbedingung der Psychiatrischen Institutsambulanzen im SGB V

<u>Indikationssprechstunde von Psychiatrischen Institutsambulanzen in Jobcentern</u>

Kooperationsvereinbarungen sowie die konkrete organisatorische Umsetzung sind im Einzelfall unter der Berücksichtigung örtlicher Gegebenheiten und relevanter gesetzlicher Regelungen zwischen den beteiligten Akteuren und Akteurinnen individuell zu vereinbaren. Voraussetzung aus unserer Sicht ist die Einzelleistungsvergütung der PIA nach Bayrischem Modell, da nur so einzelne Berufsgruppen entsprechend finanziert für Ihre Leistungsumfänge im erforderlichen Maße wirksam werden können.

<u>IPS-Jobcoaching als Angebot in den Psychiatrischen Institutsambulanzen psychiatrischer Kliniken</u>

Psychiatrischen Institutsambulanzen, die leistungsbezogen nach dem sog. „Bayrischen Modell“ abrechnen können, haben ideale Voraussetzungen, Job-Coaching nach den Prinzipien des IPS-Ansatzes in die multimodale Behandlung zu integrieren. Zutreffend ist dies für die Bundesländer Sachsen, Bayern, Baden-Württemberg (in Sachsen-Anhalt und Thüringen wird ein „Mischmodell“ praktiziert).

In PIAen, die quartalsweise sogenannte „Fallpauschalen“ abrechnen, sind Leistungsmöglichkeiten für das Angebot eines Jobcoachings begrenzt. Dies gilt für alle anderen Bundesländer, die nicht nach dem „Bayrischen Modell“ abrechnen.

Ziel der PIA-Behandlung ist u.a. der in der Anlage 2 zu §118 SGB V beschriebene Auftrag zur „sozialen Integration“, zu deren Erreichung die Aufrechterhaltung bzw. die Aufnahme einer Arbeit oder Beschäftigung ein wesentlicher Faktor darstellt. Die Anwendung der Kernprinzipien des IPS-Ansatzes stellen dazu ein evidenzbasiertes sozialtherapeutisches notwendiges Instrumentarium dar.

5.4 Abschließende Einordnung und Fazit

Das Modellprojekt LIPSY hat über einen Zeitraum von mehr als fünf Jahren gezeigt, dass eine enge Verzahnung von psychosozialer Versorgung, klinischer Diagnostik und arbeitsmarktbezogener Unterstützung für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Bürgergeldbezug wirksam und praktikabel umgesetzt werden kann. Insbesondere die frühzeitige Identifikation psychischer Belastungen, die gezielte Lotsung in bestehende Hilfesysteme sowie die parallele Ausrichtung auf berufliche Teilhabe erwiesen sich als zentrale Erfolgsfaktoren.

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung belegen, dass ein erheblicher Teil der Teilnehmenden zuvor unzureichend versorgt war und durch LIPSY erstmals Zugang zu bedarfsgerechten Unterstützungsangeboten erhielt. Gleichzeitig konnte gezeigt werden, dass berufliche (Re-)Integration auch bei schweren psychischen Erkrankungen möglich ist, wenn medizinische Behandlung und arbeitsmarktbezogene Interventionen nicht sequenziell, sondern integriert erfolgen.

Die im Projekt erprobten Strukturen und Prozesse sind jedoch an bestimmte rechtliche, institutionelle und regionale Rahmenbedingungen gebunden. Eine bundesweite Übertragung erfordert daher Anpassungen, insbesondere in Bezug auf die Finanzierung, die Schnittstellen zwischen Leistungssystemen sowie die Verfügbarkeit entsprechender Versorgungsangebote.

Insgesamt liefert LIPSY belastbare Erkenntnisse für die Weiterentwicklung von Unterstützungsangeboten an der Schnittstelle von Arbeitsmarkt und Gesundheit. Das Projekt zeigt, dass integrierte Ansätze nicht nur zur Stabilisierung der Teilnehmenden beitragen, sondern auch langfristig Chancen für eine nachhaltige berufliche Teilhabe eröffnen. Vor diesem Hintergrund bietet LIPSY eine tragfähige Grundlage für eine Verstetigung auf lokaler Ebene sowie für weiterführende Diskussionen zur strukturellen Verankerung vergleichbarer Ansätze auf Bundesebene.

Literaturverzeichnis

Bühler, B., Kocalevent, R., Berger, R., Mahler, A., Preiß, B., Liwowsky, I., Carl, P., & Hegerl, U. (2013). Versorgungssituation von Langzeitarbeitslosen mit psychischen Störungen. *Der Nervenarzt*, *84*(5), 603–607. https://doi.org/10.1007/s00115-011-3457-6

Burns, T., & Catty, J. (2008). IPS in Europe: The EQOLISE trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *31*(4), 313–317. https://doi.org/10.2975/31.4.2008.313.317

Dehn, L. B., Suer, J., Klein, R., & Driessen, M. (2024). Die Arbeits- und Beschäftigungssituation von psychisch erkrankten Menschen mit ambulanter Wohnunterstützung: Eine Auswertung gemeindepsychiatrischer Routinedaten. *Psychiatrische Praxis*, *51*(04), 216–220. https://doi.org/10.1055/a-2196-2218

Drake, R. E., Bond, G. R., & Becker, D. R. (2012). *Individual Placement and Support: An Evidence-Based Approach to Supported Employment*. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199734016.001.0001

Eggs, J., Trappmann, M., & Unger, S. (2014). *Grundsicherungsempfänger und Erwerbstätige im Vergleich: ALG-II-Bezieher schätzen ihre Gesundheit schlechter ein*. https://doku.iab.de/kurzber/2014/kb2314.pdf

Gruber, D., Böhm, M., & Gattringer, F. (2024). Gelingensfaktoren für die Arbeitsmarktintegration von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung – eine qualitative Befragung von Betrieben in Österreich. *Psychiatrische Praxis*, *51*(01), 9–15. https://doi.org/10.1055/a-2082-6519

Hakulinen, C., Elovainio, M., Arffman, M., Lumme, S., Pirkola, S., Keskimäki, I., Manderbacka, K., & Böckerman, P. (2019). Mental disorders and long-term labour market outcomes: Nationwide cohort study of 2 055 720 individuals. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *140*(4), 371–381. https://doi.org/10.1111/acps.13067

Huster, S. (2016). *Psychosoziales Coaching bringt Langzeitarbeitslose wieder in Arbeit*. https://www.uni-leipzig.de/newsdetail/artikel/psychosoziales-coaching-bringt-langzeitarbeitslose-wieder-in-arbeit-2016-03-02

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., & Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, *85*(1), 77–87. https://doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y

Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4.). Beltz Juventa.

Paul, K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, *74*(3), 264–282. https://doi.org/10.1016/j.jvb.2009.01.001

Schubert, M., Parthier, K., & Kupka, P. (2013). *Menschen mit psychischen Störungen im SGB II. IAB-Forschungsbericht*. https://doku.iab.de/forschungsbericht/2013/fb1213.pdf

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

6 Anlagen

6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt

Übersichtskasten

Projekttitel	Leipziger Individual Placement and Support für psychisch erkrankte Menschen
Akronym	LIPSY
Zuwendungsempfänger	Jobcenter Leipzig, Stadt
Projektbeteiligte	Helios Parkklinikum Leipzig GmbH
	Universität Leipzig – Institut für Sozialmedizin
	Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP)
Förderaufruf	Erster Förderaufruf
Projektzeitraum	1.3.2020 bis 31.7.2025

Impressum

Herausgeber:
Bundesministerium für Arbeit und Soziales
11017 Berlin

Stand: September 2026

Hier abonnieren Sie die Newsletter des BMAS: www.bmas.de/newsletter

Service für hörbeeinträchtigte und gehörlose Menschen:

E-Mail: info.gehoerlos@bmas.bund.de
Gebärdentelefon: www.gebaerdentelefon.de/bmas

Satz/Layout: neues handeln AG
Fotos: Alle Fotos wurden vom Projekt zur Verfügung gestellt.

Wenn Sie aus dieser Publikation zitieren wollen, dann bitte mit genauer Angabe des Herausgebers, des Titels und des Stands der Veröffentlichung

Gefördert durch:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

rehapro

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages