ERGEBNISBAND

IPS ZIB
IPS-Coaching – Zurück ins Berufsleben

Modellprojekt ▪ Bundesprogramm rehapro ▪ Erster Förderaufruf

Projektverantwortlich:
Deutsche Rentenversicherung Nord
Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Gefördert durch:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

rehapro

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

IPS Zurück ins Berufsleben

Der vorliegende Ergebnisband stellt das Modellprojekt IPS ZIB 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 IPS ZIB 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 4
1.1 Ausgangslage 4
1.2 Inhalte 5
1.3 Ziele 8
1.4 Organisation und beteiligte Akteure 9
1.5 Wissenschaftliche Begleitung 10
1.5.1 Methoden 11

2 Ergebnisse des Modellprojekts 14

3 Erkenntnisse zu den innovativen (Teil-) Ansätzen und deren Wirkungen 24

4 Verstetigung vor Ort 27
4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung 27
4.2 Verstetigung bei der DRV Nord und der DRV Westfalen 28

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung 31

6 Anlagen 36
6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt 36
6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis 36
6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen 37

Vorbemerkung: Dieser Ergebnisband basiert auf dem gemeinsamen Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Projektes IPS-ZIB. Es handelt sich um eine durch die Antragstellenden (DRV Nord und DRV Westfalen) gekürzte und ergänzte Version.

1 Darstellung des Modellprojekts

1.1 Ausgangslage

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

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

Untersuchungen von Erwachsenen in klinischer psychiatrischer Behandlung weisen darauf hin, dass bei dem überwiegenden Teil der Wunsch besteht, in Arbeit zu kommen bzw. zu bleiben (Adamus et al., 2024), während die Beschäftigungszahlen von Personen mit psychischer Erkrankung tatsächlich deutlich unter jenen der gesunden Bevölkerung liegen (Gühne et al., 2022, Oschmiansky et al., 2017; Jäckel et al., 2017). Darüber hinaus zeigt sich, dass das klinische Behandlungssetting (psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung im SGB V-Bereich) vorhandene berufsbezogene Bedarfe der Patienten und Patientinnen aktuell nicht ausreichend berücksichtigt, und die klinischen Behandlungen nur sehr geringe Effekte auf Arbeitsunfähigkeit zeigen (Stengler und Becker, 2017). Berufstätige kehren in vielen Fällen nach einer stationär-psychiatrischen Behandlung nicht an ihren Arbeitsplatz zurück (Mernyi et al., 2018). Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA; berufliche Rehabilitation) werden von Menschen mit psychischen Erkrankungen spät – also häufig lange nach bereits erfolgter Exklusion vom allgemeinen Arbeitsmarkt – eingereicht und nicht selten auf grund einer mangelnden positiven Erfolgsprognose abgelehnt. Im Jahr 2023 wurden allerdings 41,8 % aller Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) wegen einer psychischen Erkrankung bewilligt (Deutsche Rentenversicherung Bund & Dezernat 0630 – Statistische Analysen, 2024).

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

Der Supported-Employment-Ansatz (SE, dt. unterstützte Beschäftigung; nicht analog zu unterstützter Beschäftigung nach § 55 SGB IX) wurde entwickelt, um Personen, welche aufgrund verschiedenster Einschränkungen (gesundheitlich, sozial) einen strukturell schwierigen Zugang zum Arbeitsmarkt haben, beim Finden und Halten von bezahlten Arbeitsstellen individuell, mithilfe einer Coaching-Fachkraft zu unterstützen. Diese Unterstützung beinhaltet nicht nur Begleitung bis zum Finden eines Jobs, sondern auch darüber hinaus (Rüst, 2017). Im Unterschied zum traditionellen „First-train-then-place“-Ansatz, welchem zufolge zunächst ein Arbeitstraining in einem geschützten Rahmen absolviert wird, bevor ein Wiedereinstieg auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt angestrebt wird (engl. prevocational training), verfolgt der Supported-Employment-Ansatz einen „First-place-then-train“-Ansatz.

Hierbei liegt der Fokus darauf, die Nähe zum Arbeitsmarkt nicht zu verlieren und möglichst schnell wieder ins Arbeitsleben einzusteigen. Die am besten untersuchte Form von SE ist das Individual Placement and Support (IPS) mit seinen acht Kernprinzipien (siehe Abb. 1). Es ist ein Konzept der beruflichen Rehabilitation für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, welches seinen Ursprung in den USA hat.

8 Kernprinzipien des Individual Placement and Support; Anmerkungen: aus dem Positionspapier zu SE der DGPPN (DGPPN, 2021)

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

Die wissenschaftliche Evidenz von IPS im Vergleich mit traditionellen „first-train-then-place"-Ansätzen in der Rehabilitation von Menschen mit psychischen Störungen ist mittels zahlreicher hochwertiger Studien und Übersichtsarbeiten belegt (Catty et al., 2008; Christensen et al., 2021; Mahmood et al., 2019; McGurk et al., 2003; Metcalfe et al., 2018; Suijkerbuijk et al., 2017, für den deutschsprachigen Raum siehe Richter & Hoffmann, 2018). Ein aktueller Überblick über den Stand der Forschung bezüglich der Umsetzung des IPS-Coachings inklusive der deutschsprachigen Projekte findet sich bei Stengler et al. (2021).

Aufgrund der klaren internationalen wissenschaftlichen Evidenz wird auch in der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen" der Supported-Employment-Ansatz empfohlen, was die Notwendigkeit seiner Berücksichtigung in der Praxis noch einmal erhöht (Gühne et al., 2019).

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

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

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

1.2 Inhalte

Dieser Abschnitt legt dar, woraus die innovativen Teilansätze des IPS-ZIB-Projektes hergeleitet wurden, was diese ausmacht und welche unmittelbaren sowie langfristigen Verbesserungen für die Teilnehmenden damit angestrebt wurden. Zudem wird dargelegt, wie diese Ansätze die derzeit gängige Praxis ergänzen.

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

Ein zentrales Merkmal von IPS ist die schnelle Suche nach Arbeit (Stengler et al., 2021), denn je länger psychisch Erkrankte dem Arbeitsmarkt fernbleiben, desto größer ist die Gefahr, dass sie den Wiedereinstieg in den Beruf nicht schaffen (Marwaha & Johnson, 2004; Pichler et al., 2021). Daraus leitet sich ab, dass es wichtig ist, die Teilnehmenden möglichst schnell wieder in Arbeit zu bringen. Um dies zu erreichen, wurde im Projekt IPS-ZIB der Ansatz erprobt, die Teilnehmenden möglichst niedrigschwellig direkt aus dem Klinikaufenthalt heraus in das IPS-Coaching einzusteuern, um Brüche in der Betreuung zu verhindern. Deshalb wurden Patienten und Patientinnen im IPS-ZIB-Projekt schon in der Endphase des Klinikaufenthaltes durch Klinikmitarbeitende oder die Mitarbeitenden der Forschungsabteilung über das Forschungsprojekt informiert und gezielt zur Teilnahme ermutigt. Der Erstkontakt zwischen Coach*in und Teilnehmer*in erfolgte in der Regel bereits in der Klinik. Die Teilnahme erforderte bei erfüllten Einsteuerungskriterien (siehe Abschnitt 1.5) keine formelle Antragstellung – ein bewusst niedrigschwellig gewählter Zugang, der Teilhabebarrieren abbaut. Denn im regulären Leistungssystem stellen bürokratische Verfahren häufig eine erhebliche Hürde dar, insbesondere für vulnerable Zielgruppen, die entweder ganz vom Zugang ausgeschlossen bleiben oder erst nach langen Bearbeitungszeiten Leistungen erhalten. Solche Verzögerungen gefährden Kontinuität und Stabilität im Unterstützungsverlauf und begünstigen erneute Brüche. Sowohl Personen mit bestehendem Arbeitsverhältnis (unabhängig von den Präferenzen hinsichtlich einer Rückkehr in das alte Beschäftigungsverhältnis), als auch Personen ohne Arbeitsvertrag konnten das IPS-Coaching in Anspruch nehmen. Explizit der **fließende Übergang von psychiatrischer Behandlung direkt in die weiterführende Leistung** (in diesem Falle das IPS-Coaching) ist einer der innovativen (Teil-) Ansätze bei IPS-ZIB, der zum Ziel hat, Brüche in der Versorgung zwischen stationären und ambulanten Angeboten zu verhindern. Perspektivisch erscheint die systematische Verankerung beruflicher Teilhabeaspekte in den Standards des klinischen Entlassmanagements als vielversprechender Ansatz, um bestehende Schnittstellenprobleme sowie Leerlaufzeiten im Eingliederungsprozess nach stationärer Behandlung zu reduzieren (Hamann & Brieger, 2019). Ergänzend ist anzumerken, dass eine solche Thematisierung idealerweise bereits ab dem ersten Tag der klinischen Behandlung einsetzen sollte, um Kontinuität und Nachhaltigkeit zu fördern. Der frühzeitige Einsatz eines IPS-Coachings kann hierbei eine zentrale Rolle einnehmen, indem er den Übergang in den allgemeinen Arbeitsmarkt aktiv begleitet und so eine kontinuierliche Unterstützung ohne Brüche im Versorgungspfad ermöglicht.

Die **frühzeitige Einsteuerung** in das IPS-Coaching zielte darauf ab, gemeinsam mit den Teilnehmenden rasch ein erstes Assessment durchzuführen, mit dem übergeordneten Ziel, den Wiedereinstieg ins Erwerbsleben möglichst zeitnah zu unterstützen. Denn je mehr Zeit nach der Entlassung aus der Klinik ohne berufliche Perspektive vergeht, desto stärker sinken die subjektiv empfundene Lebensqualität als auch das allgemeine Funktionslevel und die Motivation (Wallstroem et al., 2021). In Arbeit zu sein unterstützt hingegen das psychische Wohlbefinden (Marwaha und Johnson, 2004; Van der Noordt et al., 2014; Cartaya et al., 2024). Gemäß der derzeit üblichen Praxis folgt auf die Entlassung aus der stationären Behandlung oft eine stationäre medizinische Reha, was den beruflichen Wiedereinstieg einerseits vorbereiten, andererseits zusätzlich verzögern kann. Wird im Rahmen der medizinischen Reha zudem die Arbeitsfähigkeit abschlägig bewertet, verringert sich die Wahrscheinlichkeit eines Wiedereinstieges ins Erwerbsleben erheblich. Insofern ist ein zügig beginnendes arbeitsbezogenes Assessment, ein innovativer Ansatz, der in dieser Form im Projekt Erprobung erfuhr.

Seit den Anfängen des IPS-Konzeptes war das **individuelle Eingehen auf die Bedürfnisse** der Teilnehmenden eines seiner zentralen Merkmale (Stengler et al., 2021). Im Projekt IPS-ZIB bedeutete dies, dass die coachenden Personen gemeinsam mit den Teilnehmenden erarbeiteten und im Verlauf anpassten, in welcher Form, in welchem Rahmen und wie häufig Unterstützung erfolgen sollte. Im IPS-Coaching, als manualisierte Form des Supported Employment gibt es keine Mindest- oder Höchstdauer des Coachings und die Art der Unterstützung kann von der Motivation zum Schreiben von Bewerbungen bis zum Coaching am Arbeitsplatz alles beinhalten, was die Teilnehmenden als hilfreich

empfinden. Im Sozialsystem Deutschlands steht Job-Coaching bisher nur eingeschränkt zur Verfügung und ist je nach Akteur*in mit unterschiedlichen Schwerpunkten behaftet. Wird ein Bewerbungscoaching durch die Agentur für Arbeit gefördert, konzentriert sich das Coaching beispielsweise ausschließlich auf das Schreiben von Bewerbungen und die Vorbereitung auf ein Bewerbungsgespräch. Der IPS-Ansatz ist deshalb dahingehend innovativ, als dass es eine kompetente Person gibt, die bei allen Belangen rund um die Erwerbstätigkeit ansprechbar ist, sei es eine Umschulung, das Bewerbungen schreiben oder die Unterstützung im konkreten Arbeitsumfeld bei der Suche nach individuellen und passgenauen Lösungen.

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

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

Die durchgeführte Intervention

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

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

Offenlegung der Erkrankung und einem möglichen Coaching am Arbeitsplatz. Die letzte und fünfte Phase des IPS-Coachings, das „Coaching nach Arbeitsaufnahme“, widmete sich der Begleitung der Wiedereingliederung bzw. dem Ankommen im neuen Job.

Das Aufgabenspektrum der IPS-Coaches und die darin vorgesehenen Aktivitäten und Kontakte zu anderen Akteuren und Akteurinnen lassen sich als „idealtypischer“ Ablauf eines Coaching-Prozesses visualisieren. „Idealtypisch“, weil es eine chronologische Abfolge suggeriert, die in der IPS-Coaching-Praxis nicht in jedem Falle sequenziell umgesetzt werden kann. Die Orientierung an ein „Phasenmodell“ (siehe Abbildung 1) kann jedoch hilfreich sein, um a) einen Überblick über die Aktivitäten, die ein*e IPS-Coach*in abdecken sollte, zu erhalten, und um b) nach dem Start des IPS-Coaching-Angebotes, den laufenden Coaching-Prozess zu strukturieren, zu reflektieren und gegenüber Dritten zu dokumentieren.

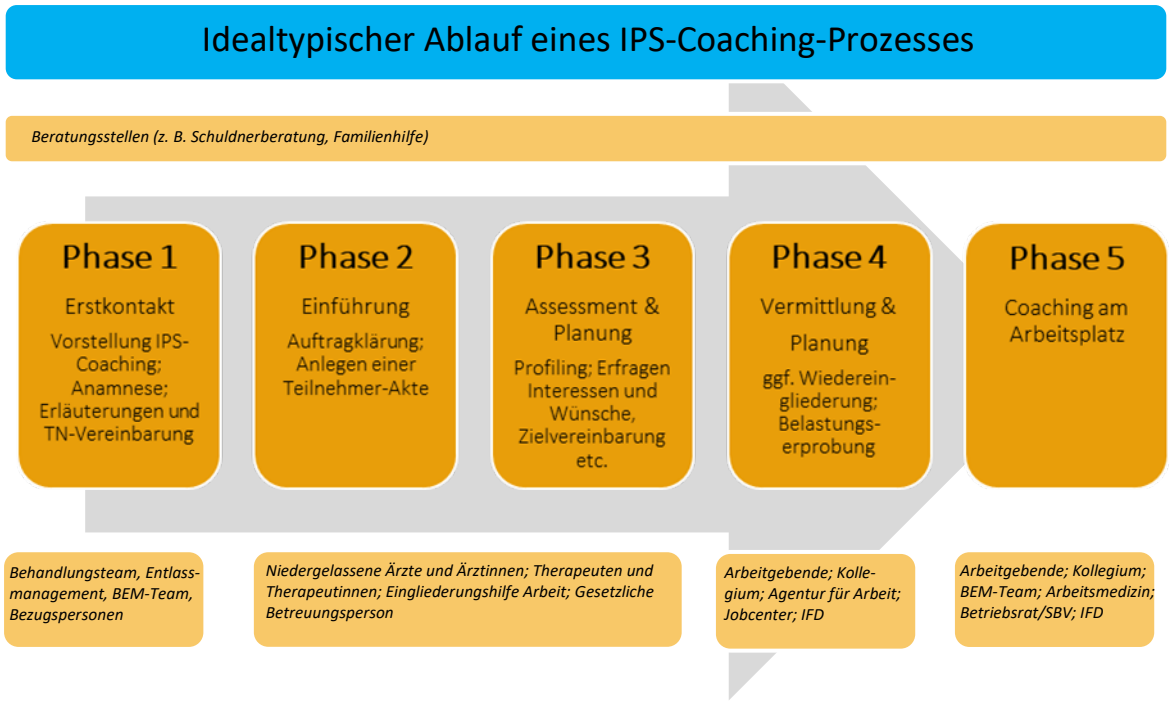


Abbildung 1: Phasenmodell des IPS-Coaching-Prozesses mit Prozessbeteiligten und Aktivitäten

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

1.3 Ziele

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

Entsprechend der acht Kernprinzipien des IPS begleitet der/die Jobcoach*in die Teilnehmenden über einen langen Zeitraum, wenn gewünscht auch über den Zeitpunkt des Wiedereintrittes in den Beruf

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

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

Forschungshypothesen

Hypothese A:

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

Nebenhypothesen:

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

Hypothese B:

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

1.4 Organisation und beteiligte Akteure

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

In Abbildung 2 sind die Projektpartner*innen und weitere Beteiligte dargestellt. Das Projekt ist multizentrisch konzipiert und wird **in zwei Regionen in Mecklenburg-Vorpommern**[1] sowie in **einer Region in Nordrhein-Westfalen** durchgeführt. Koordinierende **Antragstellerin** des Projektes IPS-ZIB ist die **Deutsche Rentenversicherung Nord** (DRV Nord). **Verbundpartnerin ist die DRV Westfalen**, Kooperationspartnerinnen sind die DRV Bund sowie die DRV Knappschaft-Bahn-See. Der **Landesverband Sozialpsychiatrie MV e. V.** sowie die **Stiftung Bethel** übernehmen jeweils die regionale Koordination, während das **Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V.** und die **Forschungsabteilung des Evangelischen Klinikums Bethel gGmbH** mit ihren wissenschaftlichen Mitarbeitenden die Evaluation umsetzen. Die Einbindung von Erfahrungswissen gehört heute zum Standard wissenschaftlicher Arbeit in der psychiatrischen Forschung. Daher gehört zum Team des Instituts für Sozialpsychiatrie eine Mitarbeiterin mit einer Doppelrolle, sowohl als erfahrene Expertin als auch als Psychologin. Durchgeführt wird das IPS-Coaching durch die regionalen Leistungsanbieter von Rehabilitationsmaßnahmen, in MV dem **Berufsförderungswerk Stralsund GmbH** und in Bielefeld der **Stiftung Bethel, Stiftungsbereich proWerk.** Für die Verzahnung mit dem **psychiatrischen Versorgungssystem** sind die Psychiatrische Klinik MediClin Müritz-Klinikum, das Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universitätsmedizin Greifswald, das Evangelische Krankenhaus Bethanien gGmbH und das Evangelische Klinikum Bethel gGmbH in das Projekt eingebunden. Die wissenschaftliche Begleitung sowie das operative Projektmanagement hat federführend das Institut für Sozialpsychiatrie in Mecklenburg-Vorpommern in enger Abstimmung mit der Forschungsabteilung des Evangelischen Klinikums Bethel inne. Ein **regelmäßiger Austausch** zwischen der DRV Nord, der DRV Westfalen, den kooperierenden Rentenversicherungsträgern und den Forschungsgruppen **erfolgt im Rahmen der Lenkungsgruppentreffen**. Die Lenkungsgruppe übernahm dabei zugleich die Funktion eines Beirates, wodurch ein zusätzliches Gremium nicht erforderlich war. Darüber hinaus bestand eine enge und kontinuierliche Abstimmung mit dem Leipziger IPS-Projekt unter Frau Professorin Stengler.

1.5 Wissenschaftliche Begleitung

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

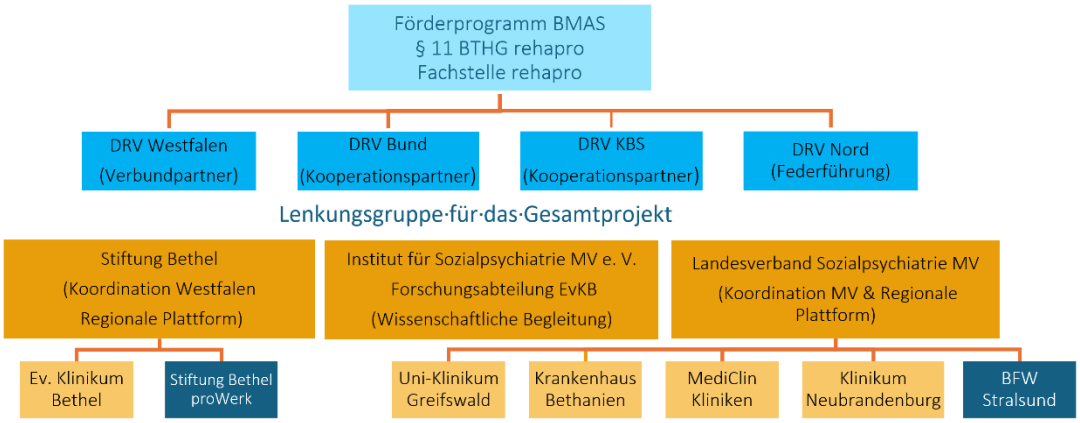


Abbildung 2: Die Beteiligten des IPS-ZIB Projektes

Für den Bereich Westfalen wurde die Begleitforschung von einer Arbeitsgruppe unter der Leitung von Dr. Lorenz Dehn aus der Forschungsabteilung der Universitätsklinik für Psychiatrie und

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

Psychotherapie (Leitung: Prof. Dr. Martin Driessen) am Evangelischen Klinikum Bethel übernommen. Zu den Aufgaben gehörten auch hier die Studienvorbereitung, -organisation und -durchführung sowie die Datenerhebung und -auswertung für Westfalen bzw. das Gesamtprojekt. Beide wissenschaftlichen Einrichtungen arbeiteten während der Projektlaufzeit eng zusammen. Projektziel war von Beginn an eine gemeinsame Evaluation der Daten aus MV und Bielefeld.

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

1.5.1 Methoden

Das Kapitel fasst die methodischen Grundlagen des Projekts zusammen.

Design

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

Der Interventionsgruppe (IPS-G) wurde über einen maximalen Zeitraum von zwei Jahren ein IPS-Coaching (Inhalte des Coachings siehe Abschnitt 1.2) angeboten. Im Rahmen des IPS-Coachings konnten außerdem alle regulären Angebote zur beruflichen Teilhabe genutzt werden. Die Vergleichsgruppe (VG) wurde zeitlich nach der IPS-G rekrutiert, sodass die Teilnehmenden nicht zufällig den Gruppen zugewiesen wurden. Dies geschah, da die Kliniken zurückgemeldet hatten, nicht genügend Teilnehmende für Interventions- und Vergleichsgruppe gleichzeitig einsteuern zu können. Um eine ausreichende Stichprobengröße in der Interventionsgruppe sicherzustellen, wurden die Gruppen daher nicht randomisiert kontrolliert zugeteilt, sondern nacheinander aufgefüllt. Die VG wurde ebenfalls über maximal zwei Jahre beobachtet und hatte die Möglichkeit (ebenso wie die IPS-G), alle regulären Angebote der beruflichen Rehabilitation zu nutzen. Im Rahmen der stationären Klinikbehandlung, aus der heraus alle Teilnehmenden rekrutiert wurden, erhielt die VG ein strukturiertes Entlassmanagement durch die Klinikmitarbeitenden. Bei den halbjährlich stattfindenden Monitorings wurde den Teilnehmenden der VG außerdem bei Bedarf Informationsmaterial zu beruflichen Unterstützungsangeboten ausgehändigt. Es sollten 150 Personen für die Intervention (jeweils 75 in Mecklenburg-Vorpommern und 75 in Westfalen) und 150 Personen für die Vergleichsgruppe im Regelsystem (jeweils 75 in Mecklenburg-Vorpommern und 75 in Westfalen) an der Studie beteiligt werden.

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

Definition der Zielgruppe

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

Zielgruppe: Erwachsene Menschen ab dem 26. Lebensjahr[2],

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

Einsteuerungskriterien:

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

Ausschlusskriterien:

- aktuelle Substanzabhängigkeit,
- Intelligenzminderung,
- keine ausreichende Motivation zur Teilnahme an der geplanten Maßnahme,
- gleichzeitige Teilnahme an einem anderen rehapro-Projekt.

Messinstrumente

Zur Erfassung von demographischen, berufsbezogenen und klinischen Merkmalen, wie zum Beispiel dem Gesundheitszustand und Teilhabeerwartung, wurden etablierte Erhebungsverfahren verwendet und durch selbstkonstruierte Messinstrumente ergänzt. Dabei wurden einige Verfahren primär für die wissenschaftliche Evaluationsstudie genutzt, während andere ausschließlich zur Bewertung der Einsteuerungskriterien, zur Überprüfung der Vergleichbarkeit zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe oder für die Prozessevaluation und Qualitätssicherung eingesetzt wurden. Für die Analyse der primären Fragestellungen flossen Daten aus allen Messzeitpunkten in die statistischen Modelle ein. Sekundäre Auswertungen konzentrierten sich hingegen auf die Baseline- und Abschlussmessungen, um spezifische Ausgangs- und Endzustände differenziert zu beurteilen. Eine detaillierte Beschreibung der Messinstrumente findet sich im ausführlichen Bericht der wissenschaftlichen Begleitung.

Ergebnismaße

Es wurden definierte Ergebnismaße (auch als Outcomes bezeichnet) gewählt, die zur differenzierten Bewertung der Wirksamkeit des IPS-Coachings zu den halbjährlichen Befragungszeitpunkten herangezogen wurden, darunter die Aufnahme von kompetitiver Arbeit, beantragte Leistungen der

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

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

Statistische Analysen

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

2 Ergebnisse des Modellprojekts

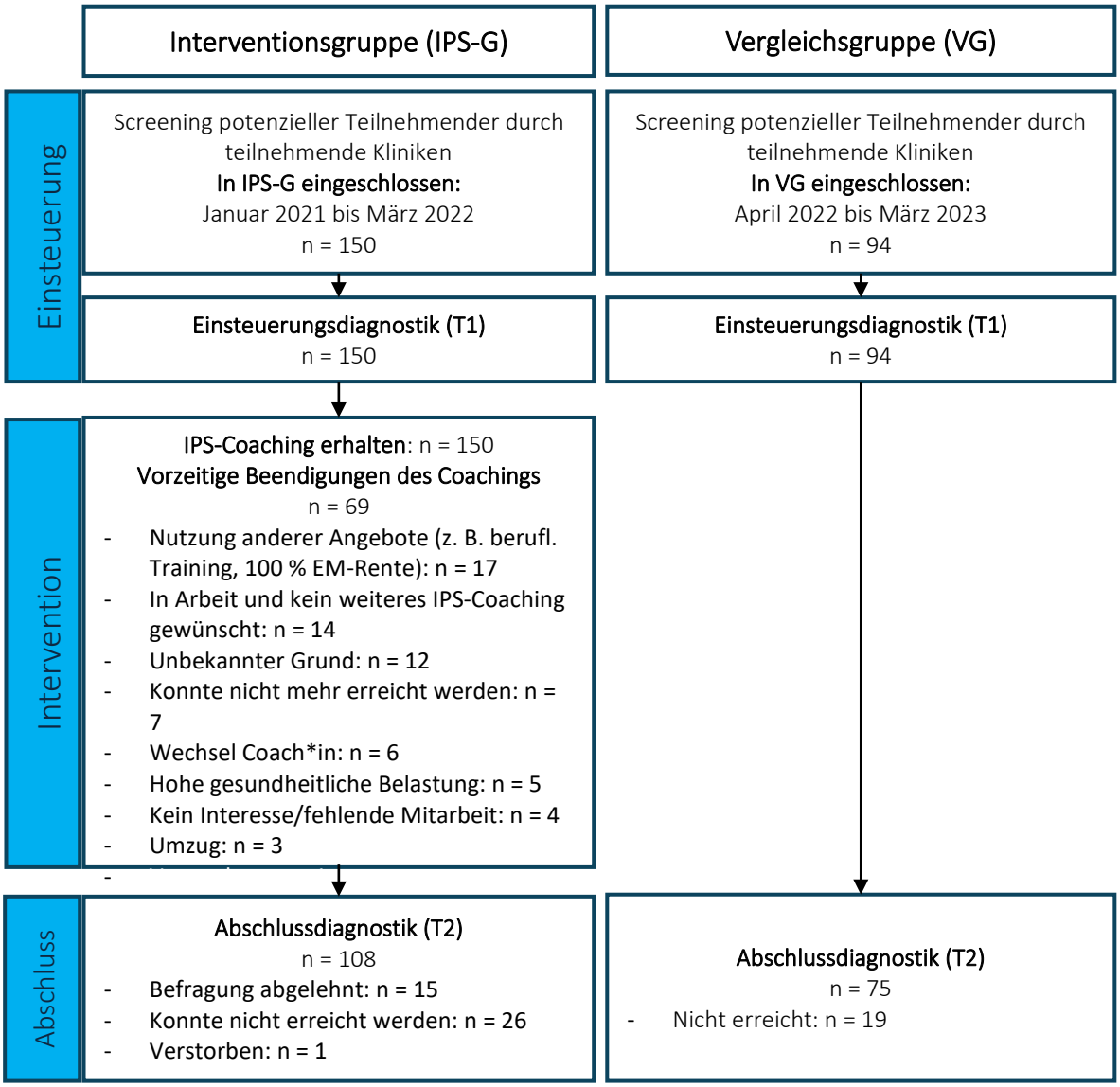


Abbildung 3: Rekrutierungs- und Follow-up-Verlauf in Form eines Flow-Charts

Einschluss und Baseline

In Abbildung 3 ist der gesamte Einsteuerungsprozess der Studienteilnehmenden dargestellt (Flow-Chart). In die IPS-G konnten, wie vorgesehen, 150 Personen eingesteuert werden. In die VG konnten 94 Personen eingesteuert werden. Ein möglicher Grund für die geringere Stichprobengröße der VG ist, dass es gerade im Kontrast zum IPS-Coaching kein zusätzliches Angebot einer Intervention gab. Dadurch könnte trotz der gezahlten Aufwandsentschädigung die Teilnahmebereitschaft der involvierten Kliniken und potenzieller Teilnehmender für die VG geringer gewesen sein.

Im Rahmen der Analysen wurden die beiden Projektstandorte – Bielefeld (urbanes Setting) und Mecklenburg-Vorpommern (ländliches Setting) – von der wissenschaftlichen Begleitung zunächst anhand der in der Baseline-Erhebung verwendeten Instrumente vergleichend untersucht. Da sich hierbei keine nennenswerten statistisch oder inhaltlich relevanten Unterschiede in den erhobenen Ausgangsmerkmalen feststellen ließen, erfolgte für die quantitativen Auswertungen eine Zusammenführung der Daten beider Standorte zu einer Gesamtstichprobe. Bestimmte (qualitative)

Teilfragestellungen wurden jedoch standortspezifisch bearbeitet (beispielsweise in Form von Fokusgruppen) und dementsprechend auch getrennt ausgewertet.

Hinsichtlich der gemessenen Ausgangsmerkmale waren die IPS-G und die VG weitgehend vergleichbar. Die VG bestand jedoch zu einem etwas höheren Anteil aus Frauen, hielt bei bestehendem Arbeitsvertrag diesen bereits seit längerer Zeit, und erreichte bessere Werte in einem Screeningverfahren für kognitive Leistungen. Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmenden hatte die Diagnose einer depressiven Störung und ca. zwei Drittel hatten bei Studieneinsteuerung einen bestehenden Arbeitsvertrag.

Hauptoutcome

Ein zusammengefasster Überblick über die zentralen beruflichen Ergebnismaße und den entsprechenden Vergleich zwischen IPS-G und VG (gemäß Haupthypothesen) wird in Abbildung 4 dargestellt.

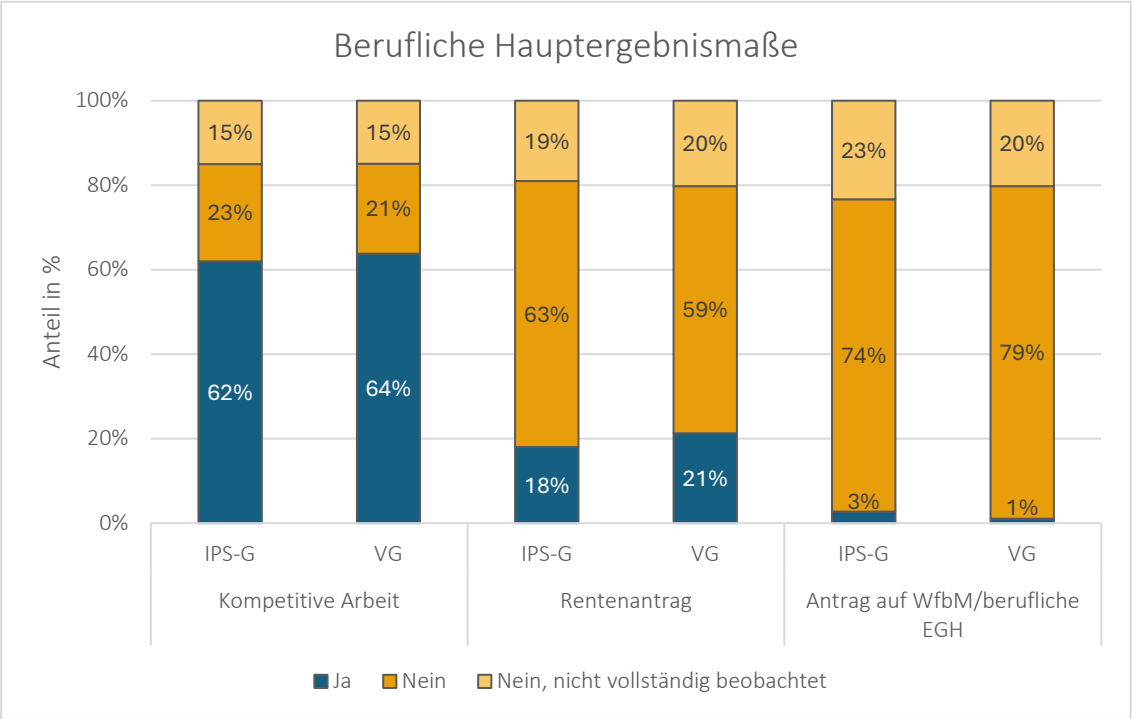


Abbildung 4: Überblick über die Ergebnisse in den beruflichen Hauptergebnismaßen

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

Eine explorative Auswertung der beruflichen Hauptergebnismaße in den Untergruppen der Personen mit und ohne bestehendes Arbeitsverhältnis legte deskriptiv nahe, dass in der Gruppe ohne bestehenden Arbeitsvertrag bei Studienbeginn in der VG häufiger EM-Rentenanträge gestellt wurden (36 %) als in der IPS-G (16 %). In Anbetracht der geringen Größe der Untergruppen war dieser Unterschied jedoch nur an der Grenze der statistischen Signifikanz (p = .055), sodass hier nur ein Hinweis auf potenzielle Unterschiede, jedoch kein belastbarer Beleg vorliegt. Insgesamt bleibt somit offen, ob IPS für Personen mit und ohne bestehende Arbeitsstelle unterschiedlich wirksam ist. Über alle

Teilnehmenden hinweg gab es Hinweise darauf, dass die (Wieder-) Aufnahme von Arbeit bei Personen, die bereits eine Stelle hatten, insgesamt häufiger gelang.

Limitationen Hauptuntersuchung

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

Sekundäre Ergebnismaße

In einer explorativen Zusatzauswertung wurden die subjektive Arbeitsfähigkeit sowie psychosoziale Ergebnismaße im Selbstbericht der Teilnehmenden in der VG und IPS-G untersucht. Dabei wurde exploriert, ob sich die Gruppen unter Berücksichtigung der Ausgangsbedingungen in ihrer subjektiven Arbeitsfähigkeit, Funktionsfähigkeit, Symptombelastung und dem allgemeinen psychischen Gesundheitszustand bei der Abschlussbefragung (T2) unterschieden.

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

Netzwerkanalyse

Im Rahmen des Modellprojektes wurde ergänzend zu den quantitativen Analysen der primären und sekundären Ergebnismaße auch eine primär qualitativ-orientierte Analyse der psychosozialen Netzwerkstrukturen zur arbeitsbezogenen Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen durchgeführt. Ziel dieser Netzwerkanalyse war es, Ausprägungsformen und Veränderungen in dieser themenspezifischen Zusammenarbeit über den Projektverlauf hinweg zu untersuchen. Hierzu wurden sowohl zu Beginn (Baseline-Erhebung) als auch am Ende des Modellprojektes (Abschlusserhebung) verschiedene Netzwerkmerkmale und Bedarfe der Akteure und Akteurinnen erfasst. Aufgrund struktureller und organisatorischer Unterschiede zwischen den beiden Projektstandorten erwies sich an dieser Stelle eine getrennte Datenerhebung und -auswertung für die Netzwerkanalyse als methodisch sinnvoll.

Zu Beginn des Modellprojektes (2021) fand die Erhebung während der COVID-19-Pandemie statt, die zu deutlichen Einschränkungen der persönlichen Kommunikation und Vernetzung führte. Die Baseline-Erhebung kombinierte in beiden Regionen Online-Fragebögen an Akteure und Akteurinnen aus den Bereichen Sozialpsychiatrie, Rehabilitation und Arbeit mit telefonischen Interviews bei Arbeitgebenden und Arbeitsvertretungen. Aufgrund der geringen und unterschiedlich großen Fallzahlen in den Regionen sowie der möglicherweise selektiven Auswahl der Stichproben lassen sich keine generalisierbaren Aussagen über das Netzwerk in Bielefeld und den involvierten Regionen in MV treffen. Dennoch können die Ergebnisse erste Hinweise auf die Bedarfe und Zusammenarbeit liefern. Ein direkter Vergleich der Befragten beider Standorte ist aufgrund fehlender Kontrolle relevanter Stichprobencharakteristika nicht möglich und sollte bei der Interpretation berücksichtigt werden. Die Befragten aus der Onlineumfrage in Bielefeld gaben häufig an (13 von 16) mit Personen, die psychisch beeinträchtigt waren, Kontakt gehabt zu haben. Die Hälfte der Befragten (8 von 16) bewerteten die Zusammenarbeit bei konkreten Fällen als eher gut oder sehr gut und 44 % (7 von 16) berichteten von Kooperationsvereinbarungen und auch die Kenntnisse über konkrete Ansprechpartner*innen wurden in Bielefeld überwiegend (9 von 16) als eher gut oder sehr gut eingeschätzt. Fast alle Befragten in Bielefeld (15 von 16) sahen einen hohen bis sehr hohen Bedarf, die Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Erkrankungen auszubauen. In der Telefonbefragung gaben die meisten Bielefelder Arbeitgebenden (11 von 15) an, sich eher sicher oder sicher im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen zu fühlen und ebenso viele Befragte haben Kenntnisse zum regionalen Hilfesystem angegeben. Die meisten (12 von 15) befragten Arbeitgebenden wünschten sich Unterstützung im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen und etwa die Hälfte (8 von 15) möchten schneller mit unterstützenden Akteuren und Akteurinnen in Kontakt kommen. Bei der Onlineumfrage in den beiden involvierten Regionen in MV berichteten etwas mehr als die Hälfte (20 von 35) der Befragten von konkreten Erfahrungen mit Mitarbeitenden, die eine seelische Krise durchlebt haben. Lediglich ein Drittel (9 von 35) bewertete die Zusammenarbeit in ihrem Landkreis mit „eher gut“ oder „sehr gut“. Einen eher hohen oder sehr hohen Bedarf, die Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Erkrankungen auszubauen, sah die Mehrheit (25 von 35) der Befragten in den beteiligten Regionen in MV. Die Zusammenarbeit mit Unternehmen wurde jedoch nur von zwei der 35 Befragten mit „eher gut“ oder „sehr gut“ bewertet. In den Telefoninterviews gaben etwas mehr als die Hälfte (19 von 32) der befragten Vertretenden des 1. Arbeitsmarkes an, in den letzten 3 Jahren Kontakt mit Mitarbeitenden gehabt zu haben, die eine seelische Krise durchlebt haben. In den involvierten Regionen in MV gaben etwa ein Drittel (11 von 32) der Befragten an, sich im Umgang mit psychisch kranken Menschen sicher oder eher sicher zu fühlen. Die Mehrheit (25 von 32) der Befragten erwiderte auf die Frage nach der Bewertung der Zusammenarbeit mit Vertretenden von psychiatrischen Unterstützungs- und Hilfsangeboten, dass es keine gab.

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

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

Auf die Frage nach dem derzeitigen Stand der beruflichen Teilhabe berichteten die Interviewten in Bielefeld von Chancen und Herausforderungen. Das Bestehen von verschiedenen Angeboten zur beruflichen Teilhabe für Menschen mit psychischen Erkrankungen, darunter Unterstützungsprogramme, Vermittlungsprojekte und Praktika wurden als Chancen zur Teilhabe am Arbeitsleben benannt. Herausforderungen liegen laut der Befragten in Vorbehalten von Arbeitgebenden, bürokratischen Hürden, begrenzten Unterstützungsmöglichkeiten und fehlender Perspektive nach der WfbM. Die Entwicklungen der letzten Jahre wurden unterschiedlich bewertet: Die Experten und Expertinnen berichten einerseits von Stagnation aufgrund von Fachkräftemangel, Ressourcenknappheit und Corona-Effekten, andererseits von Verbesserungen durch größere Offenheit von Arbeitgebenden, gesetzliche Förderungen und gesellschaftlicher Sensibilisierung. Für die Zukunft wünschten sich die Befragten eine verstärkte Vernetzung der Akteure und Akteurinnen, höhere gesellschaftliche Akzeptanz, bedarfsgerechte Arbeitsplätze, flexiblere Arbeitsbedingungen sowie mehr Unterstützung und

Finanzierung für Arbeitgebende. In Mecklenburg zeigte die Befragung, dass die Mehrheit der Interviewten in den letzten drei Jahren Erfahrungen mit Personen in seelischen Krisen gemacht hat. Trotz dieser Erfahrung gaben die Arbeitgebenden und Arbeitsvermittelnden an, sich im Umgang mit psychisch belasteten Mitarbeitenden oder Arbeitssuchenden oft unsicher zu fühlen, wobei Unsicherheit besonders bei Arbeitgebenden ausgeprägt war. Es zeigte sich ein deutlicher Bedarf an praxisnaher Unterstützung. Gefordert wurden insbesondere Informationen zum Umgang mit psychischen Beeinträchtigungen, arbeitsrechtliche Hinweise, der Zugang zu Ansprechpersonen und externe Coaching-Programme. Die Mehrheit der Befragten schätzte ihren persönlichen Bedarf an vertiefender Auseinandersetzung mit dem Thema als hoch ein. Als praktisch erachtete Formate für Austausch und Zusammenarbeit wurden von den Befragten in MV u. a. fallbezogene Gespräche, interdisziplinäre Vernetzung, Schulungen und Aufklärungsmaßnahmen genannt. Die meisten Befragten berichteten zudem von einer Erweiterung regionaler Netzwerke im Bereich Beschäftigung von Personen in seelischen Krisen in den letzten drei Jahren, wobei die Ergebnisse im Kontext der Nähe zum IPS-ZIB-Projekt vorsichtig zu interpretieren sind.

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

Limitationen der Netzwerkanalyse

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

Qualitative und prozessbezogene Erfahrungen

Neben der quantitativen Analyse der sekundären und Hauptergebnismaße sowie der Analyse der Netzwerkstrukturen liefert die wissenschaftliche Begleitung Einblicke in qualitative und prozessbezogene Erfahrungen bei der **praktischen Umsetzung des IPS-Coachings**. Es wird dargelegt, wie die Intervention in der Praxis realisiert wurde und welche Faktoren möglicherweise den Verlauf und Erfolg des Coachings beeinflussten.

Fallspezifische Dokumentation der Coaches

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

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

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

Entwicklungsverläufe der Teilnehmenden mit Arbeitsaufnahme

Verläufe von Teilnehmenden, bei denen eine erfolgreiche Platzierung auf dem ersten Arbeitsmarkt dokumentiert wurde (n = 93), wurden durch die wissenschaftliche Begleitung näher betrachtet.

In der Gruppe mit Wiedereinstieg in ein bestehendes Arbeitsverhältnis zeigt sich, dass viele Teilnehmende früh und meist dauerhaft in ihr **vorheriges Beschäftigungsverhältnis** zurückkehrten. Diese Verläufe waren häufig stabil und kontinuierlich, was auf eine **erfolgreiche und nachhaltige Reintegration in bereits bekannte Strukturen** hindeutet. Dennoch gibt es individuelle Unterschiede hinsichtlich des Zeitpunkts des Wiedereinstiegs, der Dauer der Beschäftigung sowie der Kombination mit neuen Arbeitsverhältnissen. Die Gruppe ohne Wiedereinstieg in ein bestehendes Arbeitsverhältnis wies hingegen deutlich vielfältigere und dynamischere Verläufe auf. Viele Teilnehmende durchliefen mehrere Arbeitsverhältnisse, mit zum Teil kurzen Beschäftigungsdauern, Unterbrechungen und späten Einstiegen. Auch in dieser Subgruppe wurde das Coaching häufiger bis zum Studienende genutzt. Diese Vielfalt unterstreicht die Heterogenität der individuellen Integrationsverläufe und

verdeutlicht, dass der **Weg in Arbeit nicht linear** verläuft. Schlussfolgernd lässt sich festhalten, dass das IPS-Coaching sowohl stabile Rückkehrprozesse als auch komplexe Neuanfänge begleitet hat. Die Daten zeigen die Bandbreite individueller Wege zurück in Beschäftigung und heben die Bedeutung einer **flexiblen, längerfristigen Begleitung** hervor. Gleichzeitig macht die Übersicht deutlich, dass **eine rein dichotome Bewertung von „vermittelt ja/nein" der Komplexität individueller Erwerbsverläufe nicht gerecht** wird.

Vorzeitige Beendigung des Coachings

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

Bielefeld – Fragebogenerhebung zur vorzeitigen Beendigung

Insgesamt gab es eine breite Verteilung der Antworten auf die vorgegebenen Beendigungsgründe. Als meist genannter Grund in der offenen Frage nach den Gründen für die vorzeitige Beendigung wurde insbesondere das Ausscheiden des IPS-Coaches oder der IPS-Coachin genannt, was für die Relevanz der persönlichen Beziehung zwischen IPS-Coach*in und Teilnehmer*in spricht. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass personelle Kontinuität im Coachingprozess eine zentrale Rolle für den Verbleib im Programm spielt.

Darüber hinaus zeigt sich, dass individuelle Lebensumstände – insbesondere gesundheitliche Krisen oder bereits erreichte berufliche Stabilisierung – ebenso relevante Einflussfaktoren für eine Beendigung des Coachings darstellen. Diese Differenzierung verdeutlicht, dass Abbruch nicht immer gleichzusetzen ist mit Scheitern, sondern auch Ausdruck einer veränderten Bedarfslage oder erfolgreich abgeschlossener Zielerreichung sein kann, da über die Hälfte der befragten Teilnehmenden die Aussage „Ich habe das erreicht, was ich wollte" mit 4 oder 5 auf der oben genannten Skala bewertet haben.

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

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

Mecklenburg-Vorpommern – Interview bei vorzeitiger Beendigung

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

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

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

Zufriedenheit mit dem Coaching

Die Teilnehmenden, die an der Abschlussbefragung (T2) teilgenommen haben, wurden mithilfe des Fragebogens zur Messung der Patientenzufriedenheit (ZUF-8, Schmidt et al., 1989) bezüglich ihrer Zufriedenheit mit dem IPS-Coaching befragt.

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

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

Erfahrungen der Coaches

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

Bielefeld

Um die Erfahrungen mit dem IPS-Konzept im Rahmen des IPS-ZIB-Projektes am Standort Bielefeld zu erfassen, wurde eine Fokusgruppendiskussion mit vier Coaches durchgeführt und qualitativ

ausgewertet. Die IPS-Coaches erlebten ihre Rolle als einen Balanceakt, der mehrere Themen umfasste: Ermutigung der Teilnehmenden zur Rückkehr an den Arbeitsplatz, ohne sie unter Druck zu setzen; Unterstützung der Teilnehmenden bei gleichzeitiger Wahrung eigener Grenzen; Umsetzung des Coachings, auch wenn Teilnehmende keine Offenlegung am Arbeitsplatz wünschten; und Navigation durch die Komplexität des Pflege- und Sozialsystems. Entscheidend schien einerseits das Arbeitsbündnis zwischen Klient*in und Coach*in und andererseits sicheres Wissen bzw. ein guter Austausch zum Unterstützungssystem. Die Definition und das „Balancieren" ihrer vielseitigen Rollen als IPS-Coaches kann eine Herausforderung darstellen. Hilfreich für eine zukünftige Umsetzung können eine gründliche Vorbereitung und Schulung sowie gute strukturelle Voraussetzungen und Flexibilität bei allen Akteuren und Akteurinnen sein, um ein individuelles Coaching durchzuführen.

Mecklenburg-Vorpommern

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

Erfahrungen der Sozialarbeitenden

Ergänzend zu den im Rahmen des IPS-ZIB-Projektes erhobenen Perspektiven der Coaches wurde die Umsetzungspraxis des IPS-Coachings auch aus Sicht der beteiligten Klinikmitarbeitenden erfasst. Aufgrund begrenzter personeller und organisatorischer Ressourcen konnte diese ergänzende Datenerhebung per semi-strukturiertem Fokusgruppeninterview ausschließlich am Projektstandort in Mecklenburg-Vorpommern durchgeführt werden.

Im Rahmen des Fokusgruppeninterviews schilderten die Sozialarbeitenden zentrale Faktoren, die für eine erfolgreiche Einsteuerung von Patienten und Patientinnen in das IPS-Coaching als entscheidend angesehen wurden. Besonders hervorgehoben wurde die Bedeutung einer tragfähigen Beziehung zwischen Sozialarbeiter*in und Patient*in, da diese das Fundament für Vertrauen und Motivation bilde. Schwierigkeiten ergaben sich insbesondere bei der Einsteuerung in die Vergleichsgruppe, da hier keine direkte Leistungszusage möglich war. Die Auswahl erfolgte dort teils strategisch zugunsten „fitterer" Patienten und Patientinnen. Kritisch betrachtet wurde der Ausschluss bestimmter Zielgruppen: Zwar wurden Personen mit F2-Diagnose grundsätzlich zur Zielgruppe gezählt, jedoch ist es möglich, dass das Kriterium der Arbeitsmarktnähe dazu geführt hat, dass viele potenziell geeignete Teilnehmende mit diesen Diagnosen ausgeschlossen wurden. Ähnliches galt für jüngere Patienten und Patientinnen, die von den Sozialarbeitenden als besonders unterstützungsbedürftig und entwicklungsfähig beschrieben wurden. Obwohl die Budgetverteilung nicht zu den Aufgaben der Sozialarbeitenden zählte, wurde deutlich, dass sie – durch ihre Nähe zu den Patienten und Patientinnen – einen wertvollen Beitrag zur sinnvollen Verwendung hätten leisten können. Viele waren über das auskömmliche individuelle Budget nicht ausreichend informiert, was zur Folge hatte, dass mögliche Fördermaßnahmen ungenutzt blieben.

Fallbelastung

Der Caseload, also die Anzahl an Teilnehmenden, die ein*e IPS-Coach*in gleichzeitig betreut, spielt eine entscheidende Rolle für den Erfolg der Maßnahme. Mehrere Faktoren beeinflussen die optimale Fallzahl pro IPS-Coach*in und sollten für eine praktikable und ressourcenschonende Umsetzung berücksichtigt werden.

Die Arbeit eines IPS-Coaches ist vielseitig, anspruchsvoll und erfordert ein hohes Maß an Fachwissen, Empathie und organisatorischem Geschick. Der Arbeitsaufwand erstreckt sich über direkte und indirekte fallbezogene Tätigkeiten sowie übergeordnete Aufgaben, die den nachhaltigen Erfolg der beruflichen Integration sicherstellen. Durch kontinuierliche Weiterbildung, Supervision und eine enge Zusammenarbeit mit verschiedenen Beteiligten wird die Qualität und Wirksamkeit der Unterstützung gesichert. Im Projekt IPS-ZIB wurde ein Caseload von durchschnittlich 11,5 Teilnehmenden pro vollzeitbeschäftigte coachende Person geplant. Für 150 Teilnehmende wurden 15 Coaches (insgesamt 13 VK) im IPS-Projekt angestellt. 9 Coaches (auf 6,5 VK aufgeteilt) in der Stadt Bielefeld und insgesamt 7 Coaches (auf 6,5 VK aufgeteilt) in zwei Regionen Mecklenburg-Vorpommerns. Diese deutlich niedrigere Fallzahl als der im IPS-Manual vorgeschlagen Anzahl von 20 (Becker et al., 2015), sollte der Qualitätssicherung trotz Projektbedingungen dienen. Aufgrund der praktischen Erfahrungen aus dem IPS-ZIB-Projekt zeigte sich der vorausgeplante Caseload als optimale Richtgröße. Bei einer Umsetzung mit ähnlichen Voraussetzungen (ländliches Einzugsgebiet, schwer psychisch Kranke, neu aufgebautes Coaching-Team, neu aufzubauendes Kompetenznetzwerk) scheint ein Caseload von ca. 10-15 angemessen. Ein Caseload von 20 sollte jedoch aus Erfahrung des IPS-ZIB-Projektes nicht überschritten werden, um eine qualitativ hochwertige Maßnahme nicht zu gefährden. Die Fallzahl sollte regelmäßig überprüft und flexibel angepasst werden, um auf Veränderungen in der Teilnehmendenzahl, den Ressourcen oder den spezifischen Anforderungen der Teilnehmenden reagieren zu können.

Regionale Netzwerkarbeit

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

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

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

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

Im Projekt IPS-ZIB wurden mehrere innovative Ansätze erprobt (siehe Abbildung 5): Dazu zählt zunächst der niedrigschwellige Zugang zum IPS-Coaching direkt aus der stationären Behandlung, gefolgt von einem frühzeitig einsetzenden Assessment. Ein weiterer innovativer Bestandteil war die individuell zugeschnittene Unterstützung der Patienten und Patientinnen im Rahmen des Coachings. Ergänzend kam der Einsatz eines flexiblen, personenbezogenen Budgets hinzu – ein Vorgehen, das in dieser Form bislang in Deutschland nicht erprobt wurde. Der fünfte und letzte Teilansatz betraf die Umsetzung des IPS-Konzepts in Zusammenarbeit mit regionalen Akteuren und Akteurinnen des Regelsystems.

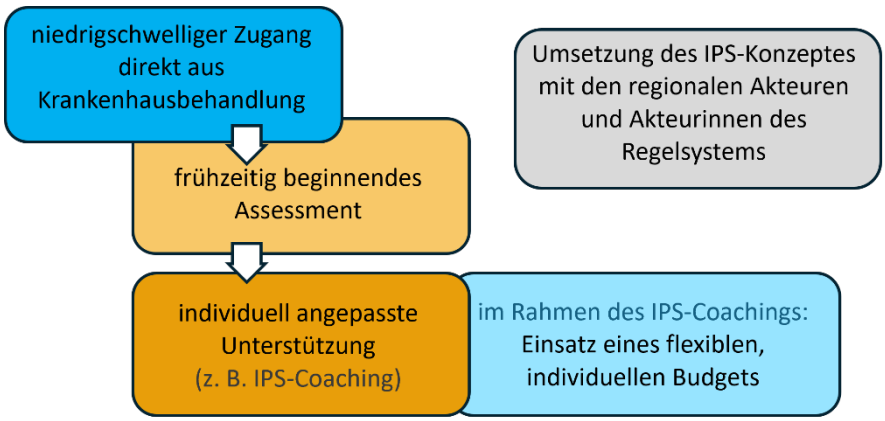


Abbildung 5: Übersicht über die innovativen Teilansätze

Die Praxiserfahrungen[3] zu den einzelnen Teilansätzen werden im Folgenden detailliert dargestellt.

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

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

Teilnehmende direkt aus der Krankenhausbehandlung und ohne bürokratische Hürden in das IPS-Coaching zu überführen, ein effektiver Weg ist, um Versorgungslücken zu schließen und die Kontinuität in der beruflichen Wiedereingliederung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu fördern.

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

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

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

Eine Innovation des IPS-ZIB-Projektes bestand - alternativ zu bisherigen IPS-Umsetzungen ausschließlich durch psychiatrische Kliniken – in der Realisierung des IPS-Coachings mit einem **Verbund aus regionalen Partnern und Partnerinnen**, um den Herausforderungen des stark versäulten deutschen Versorgungssystems zu begegnen. Während IPS-nahe Elemente vielerorts bereits vorhanden sind, erschwert die kleinteilige und wenig verzahnte Struktur des Medizin-, Sozial- und Rehabilitationssystems flexible Übergänge und eine kontinuierliche Begleitung. Die Einbindung regionaler Akteure und

Akteurinnen – mit vorhandener Erfahrung, gewachsenen Netzwerken und ortsnaher Verankerung – sollte eine Brücke von der klinischen Versorgung hin zum realen Arbeitsumfeld ermöglichen. Als Herausforderung zeigte sich, dass eine enge Zusammenarbeit unterschiedlicher Beteiligter hohe Anforderungen an Koordination, Rollenklarheit und Datenschutz stellt. Unterschiedliche Systemlogiken, etwa zwischen medizinischer Behandlung bzw. Rehabilitation, Arbeitsförderung und psychosozialer Unterstützung, erforderten ein gemeinsames Grundverständnis von Ziel und Methode – insbesondere das zentrale Prinzip „first place then train“, das von allen Beteiligten getragen werden muss. Gemeinsame Gespräche – möglichst im Beisein aller Beteiligten – zeigten sich als hilfreich, um nachträglichen Datenaustausch zu minimieren und Transparenz zu schaffen. In MV wurden die IPS-Teilnehmenden i. d. R. durch die Psychiatrischen Institutsambulanzen weiterbehandelt. In dieser Konstellation wurde als gewinnbringend die enge Zusammenarbeit zwischen Klinikmitarbeitenden und Coaches eingeschätzt, die sich idealerweise als ein (virtuelles) gemeinsames Team verstehen und kontinuierlich gemeinsam geschult werden. Falls die IPS-Teilnehmenden durch das Regelsystem der Kassenärztlichen Vereinigung (Niedergelassene Fachärzte und Psychotherapeuten) behandelt werden – wie dies oftmals in der Region Bielefeld der Fall war – müssen hier neue Kooperationskonstellationen zur Sicherstellung aufeinander abgestimmter Coaching- und Behandlungskonzepte entwickelt werden. Obwohl das IPS-Manual empfiehlt, Vorstufen zur Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt wie Praktika möglichst zu vermeiden und stattdessen eine direkte Arbeitsaufnahme zu bevorzugen, zeigten die Projekterfahrungen, dass Praktika gerade bei beruflicher Neuorientierung eine wertvolle Orientierungsmöglichkeit für alle Beteiligten darstellen konnten.

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

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

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

4 Verstetigung vor Ort

4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung

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

Die Umsetzung erfolgte in einem von unterschiedlichen Zuständigkeiten und Schnittstellen geprägten deutschen Versorgungssystem. Zur Qualitätssicherung wurde die IPS-Fidelity-Skala (Erklärung einarbeiten) eingesetzt, die die Programmtreue in den Bereichen Mitarbeitende, Organisation und Dienstleistungen bewertet. Im Projekt wurde eine interne Bewertung von 88 von 125 Punkten („ausreichend“) erreicht.

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

Auf der **Ebene der Mitarbeitenden** zeigt sich, dass ein überschaubarer Betreuungsschlüssel (idealerweise ca. 1:10) sowie die Verantwortlichkeit der Jobcoaches für alle Phasen des Vermittlungs- und Stabilisationsprozesses (von der Aufnahme bis zur Nachbetreuung) zentrale Qualitätsfaktoren sind. Vor dem Hintergrund üblicher Schwankungen in der Leistungsnachfrage, erscheint zudem ein flexibler Caseload, der maximal 20 Personen pro Coach*in vorsieht, entsprechend der IPS-Fidelity Scale-Empfehlung, als besser planbar. Gleichzeitig wird deutlich, dass eine teaminterne Aufgabenteilung nach Kompetenzprofilen sinnvoll sein kann, etwa bei rechtlichen Fragen, Arbeitgeberkontakt oder Beratung zur Offenlegung der Erkrankung.

Auf der **Ebene der Organisation** bestätigen die erlangten Praxiserfahrungen die besondere Bedeutung der Integration in psychiatrische und psychosoziale Versorgungskontexte, etwa über feste Teamzuordnungen, Teilnahme an Fallbesprechungen und formalisierte Kooperationsvereinbarungen. Eine eigenständige, konstant vorgehaltene Coaching-Einheit mit klar benannter Teamleitung erweist sich als förderlich für Steuerung, Qualitätssicherung, Netzwerkarbeit und Controlling (z. B. Fallzahlen, Caseload, Vermittlungen). Anders konzipierte, vergleichbare Leistungen, z.B. Job-Coachings AP (AP= am Arbeitsplatz), basieren auf freiberuflichen Job Coaches, die für große Regionen beauftragt werden, wodurch zwangsläufig Wartezeiten entstehen können. Zudem wird unterstrichen, dass niedrigschwellige Zugänge ohne enge Ausschlusskriterien und ein konsequenter Fokus auf den ersten Arbeitsmarkt notwendig sind, zugleich aber flexible Übergänge (z.B. in Form von Praktika, stufenweise Wiedereingliederung) zur Entlastung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer genutzt werden sollten.

Neben den Netzwerken zu Arbeitgebenden sind des Weiteren auch strukturelle Anbindungen an weitere Hilfsangebote, z.B. an die psychiatrischen Institutsambulanzen oder Integrationsfachdienste, wichtige Pfeiler für eine erfolgreiche Umsetzung der Maßnahme.

Im Bereich der **Dienstleistungen** sind insbesondere die Erfahrungen zur Beratung über die Offenlegung der Erkrankung, zur raschen Stellensuche, zur Qualität der Arbeitgeberkontakte sowie zur zeitlich unbefristeten Umsetzung und zur Gemeinwesenorientierung von IPS hervorzuheben. Die Erfahrungen zeigen, dass eine informierte Entscheidung zur Offenlegung nur durch kontinuierliche, multidisziplinäre Beratung und strukturierte Entscheidungshilfen möglich ist. Die frühe Kontaktaufnahme zu Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern ist grundsätzlich realisierbar, erfordert jedoch eine sorgfältige Klärung der Motivation und Ambivalenzen der Teilnehmenden.

Zugleich wird deutlich: Ohne systematisch aufgebautes regionales Netzwerk mit Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern und aktiver Anti-Stigma-Arbeit kann das Potenzial von IPS nicht voll ausgeschöpft werden. IPS-Coaching sollte dabei so lange wie nötig und gemeindenah, flexibel und bedarfsorientiert angeboten werden, inklusive klar geregelter Rückkehroptionen nach einer Beendigung des Coachings. Ergänzend werden beziehungsbezogene und qualifikationsbezogene Aspekte hervorgehoben. Eine vertrauensvolle, ressourcenorientierte Arbeitsbeziehung auf Augenhöhe mit hoher Beziehungskontinuität wird als zentrale Voraussetzung für gelingendes IPS-Coaching und Drop-out-Prävention beschrieben. Gleichzeitig muss ein professioneller Wechsel der zuständigen Coaches möglich sein.

Für das **IPS-Coaching-Team** wird eine fundierte Basisqualifikation und ein strukturiertes, mehrstufiges Fortbildungskonzept empfohlen, dass Grundlagen des IPS, rechtliche Rahmenbedingungen, Methoden- und Beratungskompetenz, Kenntnisse zu psychischen Erkrankungen, Anti-Stigma-Arbeit sowie Qualitätssicherung und Fidelity-Arbeit umfasst. Diese erforderlichen Qualifikationen sind derzeit noch nicht ausreichend am Markt vorhanden, daher sollte vor dem Aufbau eines IPS-Coaching-Teams eine ausreichende Qualifizierung sichergestellt werden.

Begrenzende Faktoren waren insbesondere die geringe Einbindung psychiatrischer Behandelnder, eine eingeschränkte Vernetzung mit Arbeitgebenden sowie strukturelle Hürden im Rehabilitationssystem.

Des Weiteren stellte die Eingrenzung der Zielgruppe (Einschlusskriterien), insbesondere in Bezug auf die Arbeitsmarktnähe/Arbeitshistorie, eine weitere Limitation dar. Mit der Öffnung dieses Kriteriums könnten mehr Personen mit anderen Diagnosen als depressive Störungen erreicht und der Fokus könnte stärker auf Personen ohne bestehenden Arbeitsvertrag gelegt werden. Neben den Menschen mit Schizophrenie (ohne bestehenden Arbeitsplatz) als eine der Kernzielgruppen von IPS-Programmen, gibt es beispielsweise auch Hinweise auf die Wirksamkeit von IPS für Menschen mit Suchterkrankungen (Hellström et al., 2021) oder Menschen, die bereits Leistungen aus der Sozialversicherung beziehen (Drake et al., 2023). Die Frage, welche Angebote für welche Personen (-gruppen) passend und effizient sind, ist für zukünftige Untersuchungen wichtig.

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

4.2 Verstetigung bei der DRV Nord und der DRV Westfalen

Die zentrale Erkenntnis der wissenschaftlichen Begleitung war, dass das **IPS-Coaching** sehr wohl vielversprechende konzeptionelle Elemente aufweist, es **im Hinblick auf die Hauptergebnismaße** in **der hier untersuchten Stichprobe** (v. a. depressive Erkrankungen, gute schulische und berufliche Ausgangssituation, hohe Arbeitsmarktnähe) aber **keinen bedeutsamen Vorteil gegenüber der Regelversorgung** hatte. Die gemessenen Effekte der Maßnahme im Hinblick auf die Outcomes „Reintegration in Arbeit“, „Vermeidung von Erwerbsminderungsrenteneintritten“ und „Vermeidung von Überleitungen in WfbM-Maßnahmen“ zeigen im Vergleich zu den derzeit in der Regelversorgung bestehenden Rehabilitationsangeboten für die beschriebene Zielgruppe keinen signifikanten Mehrwert. Unter Berücksichtigung eines wirtschaftlichen und sparsamen Umgangs mit den zur Verfügung stehenden Mitteln (Rehabudget) ist eine **Verstetigung** des erprobten Ansatzes seitens der DRV Nord und der DRV Westfalen **daher zum aktuellen Zeitpunkt nicht begründbar**.

Im Bericht der wissenschaftlichen Begleitung werden jedoch mögliche Erklärungen für die hier vorliegenden Ergebnisse diskutiert. Die Wirksamkeit des IPS-Ansatzes konnte außerdem in internationalen Untersuchungen außerhalb Deutschlands bereits belegt werden.

Die Ergebnisse der Netzwerkanalyse und der Zufriedenheitsbefragung der IPS-Teilnehmenden deuten außerdem darauf hin, dass es grundsätzlich Bedarf an verstetigter, langfristig angelegter und individueller Unterstützung gibt, die zwischen Psychiatrie und Arbeitswelt verortet ist.

Es wird betont, dass der **IPS-Ansatz als Handlungsoption weiter beobachtet** werden sollte. Die Ergebnisse des Modellprojekts können wichtige Hinweise und Ansatzpunkte für zukünftige Entwicklungen geben. Die DRV Nord wird prüfen, ob Folgeprojekte aus den dargestellten Erkenntnissen abzuleiten sind und sinnvoll erscheinen.

Die folgenden Punkte sind daher als ein explorativer Beitrag zu verstehen, der auf Basis der fünfeinhalbjährigen Projektlaufzeit **Handlungsempfehlungen** für eine **zukünftige potenzielle Implementierung** des IPS-Coachings ableitet:

- Die hohe Zahl an Bedarfsmeldungen von Institutionen der psychosozialen und psychiatrischen Versorgung für ihre Patienten / Klienten, auch über die Laufzeit des Modellprojektes hinaus, hat gezeigt, dass es **für die fokussierte Zielgruppe** (primär depressiv erkrankte Menschen mit einem komplexen Unterstützungsbedarf, guten beruflichen Ausgangsbedingungen, einer hohen Arbeitsmarktnähe und ohne einen Behindertenstatus) offensichtlich einen **hohen Bedarf an Unterstützung im Übergang zum allgemeinen Arbeitsmarkt** gibt, der von den bisherigen Angeboten der beruflichen Rehabilitation nicht (angemessen) abgedeckt werden kann.
- Die Erprobung der hier gewählten strukturellen Variante des IPS-Coachings – alternativ zum bisher in Deutschland favorisierten „reinen Klinik-Interventions-Modell“ – gemeinsam mit Partnern und Partnerinnen, die Kompetenzen in der beruflichen Rehabilitation haben, aber außerhalb der psychiatrischen Behandlung regional tätig sind, wird insgesamt als **umsetzbare Option** eingeschätzt. Allerdings war die Umsetzung eines zentralen Bausteins des IPS-Konzepts, die enge Verzahnung zwischen Coaching und Behandlungsteam, nur bedingt gelungen, am ehesten unter der Voraussetzung der Übernahme der Behandlung durch die Institutsambulanzen. Um die Programmtreue zu erhöhen und den Coaches einen Fokus auf das Thema „Arbeit“ zu ermöglichen, erscheint für eine zukünftige Umsetzung eine **verbindlichere Einbindung der Coaches in/an ein Behandlungsteam** bzw. ein engerer Austausch mit dem Behandlungsteam wichtig. In Regionen mit einer psychiatrischen Versorgung im Wesentlichen durch KV-Vertragsärzte/Psychotherapeuten müsste hierzu eine konsensfähige Konzeption erarbeitet werden.

Ergänzend dazu scheint eine Integration der beruflichen Rehabilitation und der psychiatrischen Behandlung auch möglich, wenn beides nicht strukturell in einer Organisation verortet ist. Der Lebensbereich Arbeit und damit das Thema berufliche Wiedereingliederung, sollte im (teil-) stationären Bereich spätestens im Rahmen eines qualifizierten Entlassmanagements thematisiert und durch ein Kompetenzteam, z.B. unter Beteiligung des Sozialdienstes und therapeutischer Mitarbeitenden, umgesetzt werden. So könnte frühzeitig bereits während der Behandlung die Anbahnung des IPS-Coachings und damit die berufliche Perspektivplanung beginnen.

- Aus der Umsetzung des Coaching-Konzeptes im Rahmen eines Modells unter Beteiligung regionaler Akteure und Akteurinnen ergibt sich die Frage, bei welchem Angebot ein Coaching-Team angegliedert werden könnte. Das **Coaching könnte z. B. an den Integrationsfachdienst angegliedert sein**. Hier ist sicherzustellen, dass eine intensive Verzahnung mit dem jeweiligen Behandlungsteam gegeben ist (s. o.) und die seit 2018 für den IFD gültigen Möglichkeiten, auch Leistungen für Menschen ohne einen formalen Behindertenstatus über den IFD abzurufen, genutzt werden. Zum anderen könnte das Coaching (wie beispielsweise bereits in Leipzig am Helios-Park-Klinikum praktiziert) an der regionalen Versorgungsklinik (z. B. PIA) angegliedert werden. In diesem Fall muss die enge Verzahnung mit der Arbeitswelt sichergestellt werden.
- Bei Patienten und Patientinnen mit bestehendem Arbeitsvertrag gab es Hinweise auf eine insgesamt erfolgreichere Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt auch im Regelsystem. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass **für Patienten und Patientinnen mit geringerer Arbeitsmarktnähe** und ggf. **ohne aktuellen Arbeitsplatz**, auf den sie zurückkehren können, **spezielle Interventionen entwickelt**, erprobt und evaluiert **werden sollten**. Ob ein ggf. modifiziertes/ergänztes IPS-Coaching an dieser Stelle hilfreich wäre, müsste erprobt werden. Seitens der Rentenversicherung könnte überlegt werden, die Eingangskriterien insofern „abzusenken“, dass z. B. auch Personen mit F2-Diagnosen (Psychosen) bei vorliegender Rehafähigkeit oder einer arbeitsmarktferneren Berufsbiografie Zugang zu den Interventionen bekommen bzw. könnte es sinnvoll sein, dass die Leistung durch andere Leistungsträger durchgeführt wird.

- Bedeutsam scheint zu sein, dass der **Lebensbereich Arbeit bereits während der Behandlung im Krankenhaus fokussiert** wird. So kann frühzeitig während der Behandlung die Anbahnung arbeitsweltbezogener Interventionen wie z.B. ein IPS-Coaching und damit die berufliche Perspektivplanung beginnen. Ein niedrigschwelliger Zugang zu arbeitsweltbezogenen Maßnahmen und ein qualifizierter Einsteuerungsprozess, der in einer verbindlichen (Ziel-) Vereinbarung im Hinblick auf die rasche Rückkehr auf den ersten Arbeitsmarkt mündet, könnte den Start eines gelingenden beruflichen Rehabilitationsprozesses befördern. Die Patienten und Patientinnen sollten **beim Verlassen der Klinik bereits verbindlich wissen, mit wem sie weiterarbeiten können**. Das erfordert, dass die Patienten und Patientinnen bestenfalls mit einem vereinbarten Termin für das nächste Treffen mit einer namentlich bekannten Person die Klinik verlassen.
- Daran anknüpfend müssen **Antragsverfahren** z.B. für ein Coaching (bestenfalls gelingt ein Ablauf ohne eine behördliche Antragsstellung) so organisiert sein, dass sie **niedrigschwellig und zeitnah bearbeitet und entschieden** werden können, um den Weg zurück auf den ersten Arbeitsmarkt möglichst ohne Unterbrechungen gewährleisten zu können. Überlegenswert wäre ein Prozess ähnlich dem der probatorischen Sitzungen in der ambulanten Psychotherapie, indem Patienten und Patientinnen zeitnah im Anschluss an die stationäre psychiatrische Krankenhausbehandlung (oder sogar noch innerhalb dieser) die Gelegenheit bekommen, die persönlichen Möglichkeiten und Bedarfe über wenige Termine mit einer dafür geschulten Person auszuloten, ggf. auszuprobieren und bei Bedarf den Beginn einer Intervention z.B. eines Coachings kurzfristig zu initiieren.
- In Bezug auf den Übergang aus der Klinik heraus, ist es zentral, **zeitliche wie personelle Unterbrechungen** in der Begleitung zu **vermeiden**, weil an jeder „Bruchstelle“ die Möglichkeit besteht, dass Patienten und Patientinnen aus dem Prozess herausfallen und der Wiedereinstieg in Arbeit dadurch erschwert wird. Dazu könnten **Jobcenter** wie auch die **Rentenversicherung** in die **Kooperation mit den psychiatrischen Versorgungskliniken** „investieren“, z.B. indem sie in den Kliniken vor Ort **mit eigenem Personal präsent** sind und frühzeitig anschließende Maßnahme initiieren. Die Patienten und Patientinnen sind hier gut zu erreichen und können von der Klinik zügig direkt in mögliche Unterstützungsangebote eingesteuert werden.
- Ein weiterer Baustein betrifft den **Aufbau und die kontinuierliche Pflege des regionalen Netzwerkes**, bestehend aus Arbeitgebenden und in der Rehabilitation Tätigen sowie der Arbeitsvermittlung. Die Wirksamkeit hochqualifizierter Coaches oder Arbeitsvermittler und -vermittlerinnen ist begrenzt, wenn sie nicht Teil eines funktionierenden Netzwerks sind, in dem persönliche Kontakte und kurze Kommunikationswege etabliert sind. Dabei kommt der **Einbindung lokaler Arbeitgebender** und ihrer Netzwerkstrukturen eine besondere Bedeutung zu – sowohl um ihre aktive Mitwirkung zu fördern als auch um bestehende Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Krisenerfahrungen abzubauen. Wünschenswert wäre es, wenn die beteiligten Mitarbeitenden in den psychiatrischen Kliniken in dieses Netzwerk eingebunden sind.
- Ein wesentlicher Diskussionspunkt in der Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist die Frage der Offenlegung der Krankheit, sowohl bei der Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz als auch bei der Jobsuche. Hier bestehen seitens der Rehabilitanden große Ängste vor einer Stigmatisierung. Hier gilt es sowohl in der regionalen Netzwerkarbeit insbesondere gegenüber den Arbeitgebenden für einen offeneren Umgang mit psychischen Krankheiten zu werben als auch im individuellen Coaching das Thema kontinuierlich (mit) zu bearbeiten. Eine **gesamtgesellschaftliche, überregionale Antistigma-Arbeit** sollte hier unterstützend wirken. Der Firmenservice der Deutschen Rentenversicherung kann hier einen wichtigen Beitrag leisten.

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung

Vor dem Hintergrund der unter 4. beschriebenen Bewertung hinsichtlich der Verstetigung im eigenen Zuständigkeitsbereich der Deutschen Rentenversicherung Nord und der Deutschen Rentenversicherung Westfalen kann **eine Übertragbarkeit auf andere Verstetigungsebenen zum jetzigen Zeitpunkt nicht empfohlen** werden.

Aus dem Bericht der wissenschaftlichen Begleitung lassen sich, wie auch unter 3. beschrieben, **Impulse für die weitere Diskussion und Entscheidungsfindung** empfehlen. Erforderlich für die Zielgruppe der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist die Ermöglichung eines Jobcoachings, dessen Zugangsvoraussetzungen barrierearm bzw. niederschwellig sind, jüngere Personen mit geringen Anspruchszeiten einbezieht und andererseits nicht das Vorliegen einer Behinderung zur Leistungsgewährung erfordert (siehe § 49 SGB IX).

Zusammenfassend lassen sich die folgenden zentralen Aspekte **benennen, die** für eine erfolgreiche Umsetzung des IPS-Ansatzes **relevant erscheinen:**

- Enge Abstimmung zwischen psychiatrischen Versorgungseinrichtungen (z. B. Kliniken, PIA) und den zuständigen Akteuren und Akteurinnen der Arbeitsförderung (Jobcenter, Agentur für Arbeit) ist essenziell.
- Frühzeitiger, möglichst nahtloser Zugang zur Unterstützung, idealerweise direkt im Anschluss an eine stationäre oder ambulante psychiatrische Behandlung.
- Niedrigschwellige Zugänge durch sichtbare und vertrauensbildende Kooperation zwischen psychiatrischer Versorgung und Arbeitsvermittlung.
- Einbindung und Stärkung bestehender regionaler Strukturen, um vorhandene Ressourcen gezielt zu nutzen und Doppelstrukturen zu vermeiden.
- Verbindliche Kooperationsvereinbarungen zur Klärung von Rollen und Verantwortlichkeiten sowie zur Förderung einer strukturierten Zusammenarbeit und Vermeidung von Versorgungsbrüchen.
- Angebot des IPS-Coachings für ausgewählte Zielgruppen, wie z.B. junge Erwachsene oder Personen ohne Beschäftigung prüfen.
- Kontinuierliche Netzwerkpflege mit gegebenenfalls dafür notwendigen personellen oder strukturellen Ressourcen.

Insgesamt konnte das Projekt aufzeigen,

1. dass es lohnenswert ist, die Schnittstelle zwischen psychiatrischer Klinik und Rehabilitation sowie zwischen der Rehabilitation und dem Arbeitsmarkt im Sinne eines „gleitenden und direkten Übergangs“ neu zu justieren.
2. dass für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen (hier mit der Diagnose „Depression“), die noch einen Arbeitsplatz haben und dem Grunde nach als „arbeitsmarktnah“ beschrieben werden können, das aktuelle System von Behandlung und Rehabilitation durchaus geeignet ist, ca. zwei Drittel der Personen wieder in Arbeit zu bringen.
3. dass für das verbleibende Drittel die Barrieren differenzierter untersucht werden müssen und neue Interventionen zu entwickeln wären, ggf. mit einem IPS-Coaching als integrierten Baustein.
4. dass für Personen ohne aktuellen Arbeitsvertrag ein IPS-Coaching ggf. ein sinnvoller rehabilitativer Ansatz sein könnte, der durchaus im bestehenden System etabliert werden könnte bei gleichzeitig weiterer begleitender Evaluation.

Literaturverzeichnis

Adamus, C., Richter, D., Sutor, K., Zürcher, S. J. & Mötteli, S. (2024). Preference for Competitive Employment in People with Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis of Proportions. Journal Of Occupational Rehabilitation. https://doi.org/10.1007/s10926-024-10192-0

Becker, D., Swanson, S., Reese, S., Bond, G. & McLeman, B. (2015). Deutsche Version des SUPPORTED EMPLOYMENT FIDELITY REVIEW MANUAL - Eine Anleitung zur Anwendung der evidence-based IPS Supported Employment Fidelity Scale. Dartmouth Psychiatric Research Center

Becker, G. & Drake, R. (1993). A working life. The individual placement and support (IPS) program. Concord, NH: New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center.

Blank, L., Peters, J., Pickvance, S., Wilford, J. & MacDonald, E. (2008). A Systematic Review of the Factors which Predict Return to Work for People Suffering Episodes of Poor Mental Health. Journal Of Occupational Rehabilitation, 18(1), 27–34. https://doi.org/10.1007/s10926-008-9121-8

Bond, G., Peterson, A., Becker, D., & Drake, R. (2012). Validation of the Revised Individual Placement and Support Fidelity Scale (IPS-25). Psychiatric Services, 63(8), 758-763. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100476

Bühring, P. (2014). Psychische Erkrankungen und Frühverrentung: Therapie und Reha vor Rente. Deutsches Ärzteblatt 2/2014, https://www.aerzteblatt.de/archiv/psychische-erkrankungen-und-fruehverrentung-therapie-und-reha-vor-rente-88e3f56e-8d31-4d3c-8640-775a751562db

Cartaya, M. J. M., Rodríguez, Á. A., Pérez, A. R., Suárez, M. S., Rodríguez-Novo, N., Rodríguez-Novo, Y. & Pulido, F. R. (2024). Experiences of individuals with serious mental disorders in regular employment through the Individual Placement and Support model. Frontiers in Psychiatry, 15. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1423742

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

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

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

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

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

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

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). (2019). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Springer. https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-020l_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf

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

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

Drake, R. & Bond, G. (2023). Individual placement and support: History, current status, and future directions. Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports, 2(3), e122.

Gühne, U., Pabst, A., Kösters, M. & Hasan, A., Falkai, P., Kilian, R., Allgöwer, A., Ajayi, K., Baumgärtner, J., Brieger, P., Frasch, K., Heres, S., Jäger, M., Küthmann, A., Putzhammer, A., Schneeweiß, B., Schwarz, M., Becker, T., Breilmann, J., & Riedel-Heller, S. (2022). Predictors of competitive employment in individuals with severe mental illness: results from an observational, cross-sectional study in Germany. Journal of Occupational Medicine and Toxicology 17, 3. https://doi.org/10.1186/s12995-022-00345-3

Gühne, U., Weinmann, S., Riedel-Heller, S., & Becker, T. (Eds.). (2019). S3-Leitlinie psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Springer-Verlag.

Gühne, U. & Riedel-Heller, S. (2015). Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. Expertise im Auftrag der Gesundheitsstadt Berlin und der DGPPN. https://www.dgppn.de/_Resources/.../Expertise_Arbeitssituation_2015-09-14_fin.pdf

Gühne, U., Riedel-Heller, S. & Kupka, P. (2020). Wie sich psychische Erkrankungen auf die Teilhabe am Arbeitsmarkt auswirken - ein Überblick (Serie "Psychisch Erkrankte im SGB II: Situation und Betreuung"). In: IAB-Forum No. 25.08.2020 Nürnberg.

Hamann, J. & Brieger, P. (2019). Return to Work – berufliches Entlassmanagement. Nervenheilkunde 38(07):481–484

Hellström, L., Pedersen, P., Christensen, T., Wallstroem, I., Bojesen, A., Stenager, E., Bejerholm, U., van Busschabach, J., Michon, H., Mueser, K., Reme, S., White, S., & Eplov, L. (2021). Vocational Outcomes of the Individual Placement and Support Model in Subgroups of Diagnoses, Substance Abuse, and Forensic Conditions: A Systematic Review and Analysis of Pooled Original Data. Journal of Occupational Rehabilitation, 31(4), 699-710. https://doi.org/10.1007/s10926-021-09960-z

Huber, M. & Kawohl, W. (2013). Maßnahmen und Konzepte am Beispiel des Supported Employment der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Berufliche Inklusion von Menschen mit Behinderung: Best Practices aus dem ersten Arbeitsmarkt, 303-313.

Jäckel, D., Willert, A., Brose, A., Leopold, K., Nischk, D., Senner, S., Pogarell, O., Sachenbacher, S., Lambert, M., Rohenkohl, A., Kling-Lourenco, P., Rüsch, N., Bermpohl, F., Schouler-Ocak, M., Disselhoff, V., Skorupa, U., & Bechdolf, A. (2023). Enhancing educational and vocational recovery in adolescents and young adults with early psychosis through Supported Employment and Education (SEEearly): study protocol for a multicenter randomized controlled trial. Trials, 24(1), 440. https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-023-07462-2

Jäckel, D., Kupper, Z., Glauser, S., Mueser, K., & Hoffmann, H. (2017). Effects of sustained competitive employment on psychiatric hospitalizations and quality of life. Psychiatric services, 68(6), 603-609.

Jahoda, M. (1982). Employment and unemployment. Cambridge books.

Jahoda, M. (1981). Work, employment, and unemployment: Values, theories, and approaches in social research. American psychologist, 36(2), 184.

Mahmood, Z., Keller, A., Burton, C., Vella, L., Matt, G., McGurk, S., & Twamley, E. (2019). Modifiable predictors of supported employment outcomes among people with severe mental illness. Psychiatric Services, 70(9), 782-792.

McGurk, S., Mueser, K., Harvey, P., LaPuglia, R., & Marder, J. (2003). Cognitive and symptom predictors of work outcomes for clients with schizophrenia in supported employment. Psychiatric services, 54(8), 1129-1135.

Metcalfe, J., Drake, R., & Bond, G. (2018). Economic, labor, and regulatory moderators of the effect of individual placement and support among people with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. Schizophrenia Bulletin, 44(1), 22-31.

Mernyi, L., Hölzle, P., & Hamann, J. (2018). Berufstätigkeit und Rückkehr an den Arbeitsplatz bei stationär-psychiatrisch behandelten Patienten. Psychiatrische Praxis, 45(04), 197-205.

Nischk, D., Herwig, U., Senner, S., & Rockstroh, B. (2024). Effektivität und Kosteneffizienz von Individual Placement and Support (IPS) in Deutschland–eine Vergleichsstudie bei Menschen mit Psychosen. Psychiatrische Praxis, 51(02), 84-91. DOI: 10.1055/a-2165-8728.

Oschmiansky, F., Popp, S., Riedel-Heller, S., Schwarzbach, M., Gühne, U., & Kupka, P. (2017). Psychisch Kranke im SGB II: Situation und Betreuung, IAB-Forschungsbericht, No 14/2017. https://hdl.handle.net/10419/182170

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

Pichler, E., Stulz, N., Wyder, L., Heim, S., Watzke, B., & Kawohl, W. (2021). Long-term effects of the individual placement and support intervention on employment status: 6-year follow-up of a randomized controlled trial. Frontiers in psychiatry, 12, 709732.

Richter, D. & Hoffmann, H. (2018). Effectiveness of supported employment in non-trial routine implementation: systematic review and meta-analysis. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2018 Aug 4. doi: 10.1007/s00127-018-1577-z

Riedel-Heller, S., Stengler, K., & Seidler, A. (2012). Psychische Gesundheit und Arbeit. Psychiatrische Praxis, 39(03), 103-105.

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

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

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

Schröder, H. & Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). (2024). Pressemitteilung. In Pressemitteilung (S. 2–11) [Press-release]. https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/News/Pressemitteilungen/2025/wido_bgf_fehltage_langzeiterkrankungen_2024_2025.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. Nervenarzt, 92(9), 955-962. https://doi.org/10.1007/s00115-020-01038-0

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

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

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

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

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

6 Anlagen

6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt

Übersichtskasten

Projekttitel	IPS-Coaching – Zurück ins Berufsleben
Akronym	IPS ZIB
Zuwendungsempfänger	Deutsche Rentenversicherung Nord Deutsche Rentenversicherung Westfalen
Projektbeteiligte	Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V.
	Berufsförderungswerk Stralsund GmbH
	Psychiatrische Klinik am Mediclin Müritz-Klinikum
	Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universitätsmedizin Greifswald
	Evangelisches Krankenhaus Bethanien gGmbH
	Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V.
	Evangelisches Klinikum Bethel gGmbH
	Stiftung Bethel Stiftungsbereich proWerk
	Deutsche Rentenversicherung Bund
	Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
Förderaufruf	Erster Förderaufruf
Projektzeitraum	01.01.2020 bis 30.06.2025

6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis

Verzeichnis zusätzlicher Dokumente

(Handbücher, Workflows, Dokumentationen, Handlungsleitfäden, Vereinbarungen, Berichte etc.)

- Anlage 11 des Abschlussberichtes der wissenschaftlichen Begleitung:

„Praxisempfehlungen“

- Anlage 12 des Abschlussberichtes der wissenschaftlichen Begleitung: „Netzwerkaktivitäten und Veranstaltungen“

Werden als PDF-Dateien zur Verfügung gestellt.

6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen

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

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

Bergdolt, J., Hubert, S., Schreiter, J., Jenderny, S., Beblo, T., Driessen, M., Steinhart, I. & Dehn, L. B. (2024). Predictors of return to work in people with major depression: Results from a supported employment program in Germany. Journal Of Affective Disorders, 364, 1–8. https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.07.084

Hubert, S., & Dehn, L. (2022). Forschungsprojekt IPS-Coaching - Zurück ins Berufsleben (IPS-ZIB). Ergoscience, 17(4), 158-159.

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