ERGEBNISBAND

BEAS
Begleiteter Einstieg ins Arbeitsleben durch Starthilfe

Modellprojekt ▪ Bundesprogramm rehapro ▪ Erster Förderaufruf

Projektverantwortlich:
Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Gefördert durch:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

rehapro

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Der vorliegende Ergebnisband stellt das Modellprojekt BEAS 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 BEAS 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 6
1.4 Organisation/Beteiligte Akteure 7
1.5 Wissenschaftliche Begleitung 7

2 Ergebnisse des Modellprojekts 13

3 Erkenntnisse zu den innovativen (Teil-)Ansätzen und deren Wirkungen 15
3.1 Welche innovativen (Teil-)Ansätze halten Sie für wirksam und warum? 15
3.2 Welche weiteren Erkenntnisse haben Sie durch das Modellprojekt erlangt? Auch hier bitte die Erkenntnisse der wissenschaftlichen Begleitung einfließen lassen. 15

4 Verstetigung vor Ort 18
4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung 18
4.2 Verstetigung im eigenen Jobcenter/Rentenversicherungsträger (ggf. getrennt nach Verbundpartnern) 18

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung 19

6 Anlagen 20
6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt 20
6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis 20
6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen 21

1 Darstellung des Modellprojekts

1.1 Ausgangslage

Menschen, die aufgrund von suchtbezogenen, psychischen und/oder sozialen Belastungen aus dem Arbeitsleben gefallen sind, haben bei der Reintegration in den Arbeitsmarkt erhebliche Schwierigkeiten. Die Erfahrung zeigt, dass trotz guter Arbeitsmarktlage entweder kein Arbeitsplatz gefunden wird oder wenn ein Arbeitsplatz gefunden wird, dieser bei geringer Störung im Ablauf wieder verloren wird - sei es aufgrund mangelnder Belastbarkeit oder Rückfall in alte Gewohnheiten. Das führt in der Regel zu weiteren, längeren Arbeitslosenzeiten und zu einer Misserfolgsprägung. Auch bei Personen mit Arbeitsplatz, die eine Sucht- oder Psychosomatische Rehabilitationsmaßnahme durchlaufen, ergeben sich bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz oft Probleme, die es erforderlich machen, auf eine Stabilisierung des Beschäftigungsverhältnisses und den Erhalt der Arbeitsfähigkeit hinzuwirken.

Rehabilitative Maßnahmen scheitern oft in der Umsetzung der nachfolgenden notwendigen konkreten Schritte – dies zeigt sich insbesondere im Übergang von Suchtrehabilitationsmaßnahmen von arbeitslosen Menschen in die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Tätigkeit. Sozialrehabilitative Aspekte werden hier nur ungenügend berücksichtigt bzw. der Zuständigkeitswechsel (z.B. zum Jobcenter) führt hier zu einem Bruch in der Verfolgung weiterer Ziele. Die Betreuung langzeitarbeitsloser Menschen erfolgt durch das Jobcenter meist nicht im nötigen Umfang; Unterstützungsleistungen, vor allem beim Erhalt eines Beschäftigungsverhältnisses bzw. dessen Stabilisierung, sind nicht ausreichend vorhanden. Die ehemaligen Rehabilitanden, die nach der Rehabilitation in den Leistungsbezug des Jobcenters zurückfallen, erhalten auf dem Weg der Wiedereingliederung ins Arbeitsleben keine umfassende Unterstützung, obwohl diese aufgrund der oftmals durchbrochenen Erwerbsverläufe zur dauerhaften Integration dringend erforderlich wäre. Eine Sucht-Reha-Nachsorge im Anschluss an eine Medizinische Rehabilitation kann diese Unterstützung in dem erforderlichen Rahmen nicht leisten.

Diese Problematik ist analog im Bereich psychische Belastungen/Erkrankungen erkennbar. Versorgungsdefizite liegen hier eindeutig in der Beachtung und Bewältigung weiterer sozialer Erschwernisse, wobei meist die Beachtung/Identifikation dieser Problematik erfolgt, jedoch die Bewältigung dieser Barrieren (Verschuldung, familiäre Belastungen, Einsamkeit im häuslichen Umfeld, arbeitsbezogene Probleme u.a.) weitgehend in der individuellen Verantwortung der Betroffenen liegt. Im erwerbsbezogenen Bereich sind hier jedoch aufgrund unterschiedlicher Hemmnisse Barrieren vorzufinden, die bei einer größeren Personengruppe kaum oder gar nicht bewältigt werden können bzw. es werden Bewältigungsversuche unternommen, die aufgrund der hohen Vulnerabilität oft zum Scheitern verurteilt sind (Henkel, Zemlin 2009; Arbeitslosigkeit und Sucht: Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis).

Eine bei diesem Personenkreis häufig zur Stabilisierung notwendige Anbindung an niedergelassene Therapeuten scheitert zumindest kurzfristig an den nicht in ausreichender Anzahl zur Verfügung stehenden Strukturen. Ziel der medizinischen Rehabilitation ist der Erhalt bzw. die Verbesserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Die medizinische Rehabilitation endet also dort, wo dieses Ziel erreicht ist. Dann setzen bei Arbeitslosigkeit im Regelfall Maßnahmen im SGB II bzw. SGB III an. Rehabilitanden mit Arbeitsplatz kehren an ihren Arbeitsplatz zurück.

Aufgrund der arbeitsbezogenen Diagnostik in der Suchtrehabilitation ist jedoch deutlich, dass es nur wenige Rehabilitanden gibt, die nahezu keinerlei Probleme am Arbeitsplatz haben. Hier ist ein Rückkehrmanagement in größeren Betrieben zwar üblich, ergänzt durch Maßnahmen wie gestufte Wiedereingliederung, kleinere und mittlere Betriebe verfügen jedoch meist nicht über solche Reintegrationsmechanismen.

Bei arbeitslosen Rehabilitanden kommt hinzu, insbesondere bei Langzeitarbeitslosigkeit, dass oftmals größere zeitliche Lücken zwischen Rehabilitationsende und potentiellem Neuarbeitsbeginn liegen, die erhebliche Gefährdungen beinhalten (klassische Krisen im Übergang zwischen Hilfe/Behandlungssystemen).

BEAS setzt genau an dieser Stelle an, so dass Rehabilitanden aus ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Rehabilitation die Möglichkeit erhalten, im Rahmen eines arbeitsbezogenen Case Managements Unterstützung bei der Suche, der Vorbereitung und des (Wieder-)Einstiegs in ein Arbeitsverhältnis zu bekommen. Durch die Betreuung der Rehabilitanden in BEAS wird erreicht, dass der Drehtüreffekt ausgehebelt wird.

1.2 Inhalte

Neben Erfahrungen aus der stationären und ambulanten Suchtrehabilitation basiert BEAS auch auf Erfahrungen aus dem SGB II – Arbeitsprojekten und weiteren Aktivitäten, die die Eingliederung in Erwerbsarbeit zum Ziel haben. Suchtbezogene, psychische und/oder soziale Teilhabebeeinträchtigungen werden häufiger bei Menschen festgestellt, die auch längere Zeiten der Erwerbslosigkeit vorweisen.

Dieser ungünstige Kausaleffekt ist neben der in der Wissenschaft bereits evident nachgewiesenen Verknüpfung bei suchtbezogenen Störungen auch auf die Bereiche psychische Belastungen/Erkrankungen und soziale Beeinträchtigungen zu übertragen. Dies entspricht auch den Erfahrungen aus der Praxis der Suchtrehabilitation und den Erfahrungen aus SGB II – Arbeitsintegrationsprojekten. In den genannten Ansätzen wird zwar die Befähigung zur Erwerbsarbeit trainiert und verbessert, jedoch die konkrete Arbeitsaufnahme, das Finden eines Arbeitsplatzes, die Begleitung über erste Hürden und Krisen hinweg überwiegend Maßnahmen überlassen, die eher reagierend strukturiert sind, also davon abhängen, ob ein Betroffener sich aktiv Unterstützung sucht.

Worin unterscheidet sich BEAS von der üblichen Praxis?

Das Projekt BEAS setzt an sozialrehabilitativen Aspekten mit Berücksichtigung medizinischer und beruflicher Teilhabeleistungen an. Neu an BEAS sind die aktiv gesuchten und strukturierten Kontakte und Kooperationen mit Arbeitgebern, die Aufrechterhaltung derselben in Hinblick auf supportive Unterstützung in Krisensituation für Mitarbeitende und Unternehmen, weiterhin die verbindliche Begleitung am Arbeitsplatz und die Netzwerkarbeit in arbeitsbezogenen Kontexten. Zentrales Ziel ist also neben dem Finden eines angemessenen Arbeitsplatzes die nachhaltige Stabilisierung desselben.

Insbesondere durch ein sektorenübergreifendes konstantes Case Management, das im Rahmen von BEAS strikt erwerbsbezogen ausgerichtet bleibt, unterschiedet sich BEAS vom bisherigen Vorgehen, dass sehr stark in einzelne Aspekte wie Gesundheit (SGB V, SGB VI), Arbeit (SGB II, SGB III), Soziale Einbindung (SGB IX, SGB XII) fraktioniert ist. Das Fallmanagement führt zur Zielerreichung grundsätzlich zwei Systeme zusammen: das individuelle System, in dem durch persönliche Interaktion die Förderung des Selbstmanagements, also ein Empowerment und die Stärkung der Selbstverantwortung des Teilnehmers erreicht werden soll. Sowie das institutionelle System, in dem es um die Koordination von Sach- und Dienstleistungen und den Aufbau von Kooperationsbeziehungen geht. Es ergeben sich unterschiedliche Handlungs- Unterstützungs- und Steuerungsbedarfe, die zur Förderung des Teilnehmers möglichst effektiv miteinander verknüpft werden müssen.

Die Fallführung auf der individuellen Ebene verläuft über verschiedene Phasen:

- Beratung : Fallaufnahme und Profiling/Assessment
- Planung : Zielvereinbarung und Hilfeplanung
- Intervention: Durchführung, Leistungssteuerung
- Monitoring : Kontrolle und Optimierung
- Evaluation: Ergebnisbewertung und Dokumentation

Welche Erkenntnisse zur Wirkung und Verallgemeinerbarkeit im Zusammenhang aus anderen Praxiszusammenhängen, anderen Projekten oder Studien liegen vor?

Arbeitslosigkeit und Gesundheit sind vielfältig miteinander verknüpft (Henkel, 1992): Gesundheitlich eingeschränkte und erwerbsgeminderte Arbeitnehmer sind u.a. aufgrund betrieblicher Entlassungs- und Einstellungspraktiken besonders von Arbeitslosigkeit betroffen. Sie tragen ein höheres Risiko, entlassen zu werden, bleiben überdurchschnittlich lange arbeitslos und haben geringere Chancen der beruflichen Wiedereingliederung (Selektionseffekt). Der Verlust des Arbeitsplatzes und fortdauernde Arbeitslosigkeit können gesundheitsbezogenes Verhalten negativ beeinflussen und die Verstärkung sowie Entstehung gesundheitlicher Probleme, sowohl psychosozialer als auch physischer Art bewirken (Kausaleffekt).

Bislang ist die Zuständigkeit der Rentenversicherung am Ende einer Rehabilitationsbehandlung (ggfs. nach der Beendigung der Nachsorge) bei vollschichtigem Leistungsvermögen beendet. Aufgrund der oben

beschriebenen Punkte blieb die Rentenversicherung im Rahmen von BEAS bis zur tatsächlichen Integration am Arbeitsplatz zuständig.

Die Brücke zwischen diesen Rehabilitationszielen und der Realisierung eines konkreten Arbeitsplatzes mit nachhaltiger Begleitung ist nur durch verstärkte Intervention im sozialen Bereich zu erzielen. Dafür wird das Zielspektrum in Richtung soziale Rehabilitation erweitert, also durch Integration von Maßnahmen, die bislang eher isoliert im SGB II / III bzw. im SGB XII angesiedelt sind. Bei BEAS wird personenbezogen beurteilt, welche Leistungen erforderlich sind ohne die originäre Zuständigkeit der Rehabilitationsträger zu beachten. Dadurch wird sichergestellt, dass die Teilnehmer passgenaue Leistungen aus einer Hand erhalten, um das Ziel der Integration in Arbeit zu erreichen.

Der innovative Projektanteil überwog somit deutlich. Lediglich organisatorisch wurden nicht förderfähige Einzelleistungen (bewilligte Rehabilitationsmaßnahmen) aus dem Regelgeschäft, eingebaut. Hierfür war nur ein kleiner Teil (ca. 5%) der Personalressource im Projekt erforderlich.

Der weitaus überwiegende Aufwand (Personal- und Sachkosten sowie die Kosten der wissenschaftlichen Begleitung) wurde für den innovativen Projektteil eingesetzt:

- **Sozialtherapeutischer Mitarbeiter in der Begleitung/Betreuung/Case Management:**

Kontaktaufbau und -intensivierung zur Suchthilfe (Reha, Beratung, Arbeitsprojekte) sowie zum Hilfebereich psychisch Kranker (Beratung, Reha, Arbeitsprojekte) mit dem Ziel geeignete Teilnehmer zu gewinnen. Darauf erfolgten eingangsdiagnostische Gespräche und arbeitsbezogene Tests (Assessmentverfahren). Im Anschluss daran wurde zielgerichtet ein Bewerbungsverfahren/Gespräch terminiert und durchgeführt. Es erfolgte die Anstellung, ggf. zunächst als Orientierungspraktikum und danach der Übergang in eine feste Beschäftigung. Die weitere Begleitung war für 12 Monate geplant (mit wöchentlichen Kontakten/Gesprächen, ergänzenden psychosozialen Hilfe und Gesprächen mit dem Unternehmen, auch Krisenintervention). Bei Nichteinstellung wurden die Ursachen bewertet (Motivation, Eignung, Leistungsfähigkeit u.a.) und ggf. eine andere Tätigkeit angestrebt im gleichen wie o.g. beschriebenen Verfahren.

- **Netzwerkmitarbeiter Unternehmen – Kontaktaufbau und Kontaktpflege:**

Ausweitung bestehender Kontakte in der Region, Gewinnung weiterer Unternehmen für den BEAS-Projektansatz.

- **Projektleitung/Steuerung neben organisatorischen Steuerungsaufgaben inhaltlich innovativen Aufgabenanteilen:**

Aufbau und Verfolgung der Projektstruktur, sowie regelmäßige Berichterstattung. Interne Steuerungsaufgabe und Kontaktpflege mit den Kooperationspartnern. Ausbau des Projektangebotes an angrenzende Regionen (Karlsruhe/Pforzheim/Ortenau) mit den damit einhergehenden Aktivitäten (Gewinnung von Netzwerkpartnern usw.).

Aus Sicht der medizinischen Rehabilitation ist BEAS als strukturierter Ansatz an der Schnittstelle zum Arbeitsmarkt ein neuer Ansatz, da hier proaktiv alle Akteure mit eingebunden werden – insbesondere die Unternehmen.

Mit dem Projekt sollte aufgezeigt werden, dass eine strukturierte Begleitung im (Wieder-) eingliederungsprozess die Erfolgschance der Teilnehmenden deutlich erhöht. Es wurde erwartet, dass die Erfahrungen mit der Projektzielgruppe sich somit auch auf weitere Indikationsbereiche der Rehabilitation sich übertragen lassen.

1.3 Ziele

Ziel von BEAS war es, Menschen dieser Personengruppen zunächst aus dem Landkreis Rastatt und dem Stadtkreis Baden-Baden während einer laufenden Entwöhnungs- oder Psychosomatischen Behandlung (Rehabehandlung) zu identifizieren und eine umfassende, strukturierte Hilfe bei der beruflichen Reintegration bzw. bei der Stabilisierung des Arbeitsverhältnisses zur Verfügung zu stellen. Mit Hilfe einer sozialtherapeutischen Fachkraft erfolgten regelmäßige, manualisierte Gespräche mit den Teilnehmenden. Ebenfalls wurden

Moderatorenfunktion gegenüber dem Arbeitgeber übernommen.
Im Lauf des Projektes wurde dieser Ansatz auf die angrenzenden Landkreise Ortenau, Karlsruhe Stadt und Landkreis sowie Pforzheim Stadt und Enzkreis übertragen.

Neu an BEAS waren insbesondere die aktiv gesuchten und strukturierten Kontakte und Kooperationen mit Arbeitgebern, die Aufrechterhaltung derselben in Hinblick auf supportive Unterstützung in Krisensituation für Mitarbeitende und Unternehmen und die verbindliche Begleitung am Arbeitsplatz, sowie die Netzwerkarbeit in arbeitsbezogenen Kontexten.

Zentrales Ziel in BEAS galt neben dem Finden eines angemessenen Arbeitsplatzes die nachhaltige Stabilisierung des Arbeitsverhältnisses.

1.4 Organisation/Beteiligte Akteure

BEAS wurde auf Grundlage einer Konzeptidee der Fachklinik Fischer Haus gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg entwickelt und als Projekt der ersten Förderwelle im Jahr 2018 für das Bundesprogramm rehapro gemeldet.

Projektbeteiligte	**Aufgaben**
DRV Baden-Württemberg	• Antragsteller
Projektleitung: Projektleiter: Herr Marhoffer bis 06/2021 Stellv. Projektleiterin: Frau Walter Projektleiterin: Frau Walter ab 07/2021	• Koordination des Projektes • Vertretung der Projektpartner gegenüber Förderer • Unterstützung SEVERA bei der Projektevaluation • Sicherstellung der Programmevaluation (Gesamtevaluation) • Abrechnung der Fördermittel
Letztempfänger: SEVERA Freiburg Fachklinik Fischer Haus, Gaggenau	• Wissenschaftliche Begleitung • BEAS-Intervention und Durchführung der Maßnahme
Job Center Rastatt Job Center Baden-Baden	• Kooperationspartner der Fachklinik Fischer Haus, Gaggenau

1.5 Wissenschaftliche Begleitung

Ziel des Projekts BEAS war es, Menschen mit suchtbezogenen und psychosozialen Problemlagen zu identifizieren und im Rahmen eines arbeitsbezogenen Case-Managements bei der Suche, der Vorbereitung und beim (Wieder-)Einstieg in ein Arbeitsverhältnis zu unterstützen, um deren Persönlichkeit zu stärken sowie das Sozial- und Gesundheitssystem zu entlasten. Bei arbeitslosen Studienteilnehmenden sollte die Rate der beruflichen Reintegration auf 25% erhöht werden, und bei erwerbstätigen Teilnehmenden, die eine sucht- oder psychosomatische Rehabilitation durchlaufen, sollte der Arbeitsplatz stabilisiert und berufsbezogene Problemlagen in einem relevanten Maße reduziert werden (von der Warth et al., 2022).

Die konkreten Ziele unterschieden sich je nach Teilgruppe der Studienteilnehmenden:

Teilgruppe 1 der Studienteilnehmenden: Teilnehmende aus dem Bereich SGB II / SGB III, die arbeitslos waren und bisher keine Rehabilitation in Anspruch genommen hatten sowie arbeitslose Personen, die eine Rehabilitation durchführten. Für die Studienteilnehmenden der Teilgruppe 1 wurde angestrebt, die Rate der beruflichen Reintegration auf 25% zu erhöhen. Erfahrungsgemäß liegt diese Rate bisher bei nur ca. 10-15%.

Teilgruppe 2 der Studienteilnehmenden: Teilnehmende, die bereits erwerbstätig sind und eine Sucht- oder Psychosomatische Rehabilitation durchführen. Für die Studienteilnehmenden der Teilgruppe 2 wurde eine Stabilisierung des Arbeitsplatzes und eine Reduktion berufsbezogener Problemlagen in einem relevanten Maße angestrebt.

Des Weiteren sollte überprüft werden, wie die Effekte auf die primären und sekundären Zielgrößen vor dem Hintergrund bestehender Referenzdaten zur Ausprägung der Zielkriterien zu bewerten sind, und ob das arbeitsbezogene Case-Management positiv bewertet wurde und sich dadurch günstige Perspektiven für eine Dissemination ergaben.

Primäre Zielgrößen waren die berufliche Reintegration zwölf Monate nach Interventionsbeginn in Teilgruppe 1, und die Stabilisierung des Arbeitsplatzes sowie die Reduktion berufsbezogener Problemlagen zwölf Monate nach Interventionsbeginn in Teilgruppe 2.

Sekundäre Zielgrößen waren das eingliederungsbezogene Selbstmanagement und die Motivation zur Integration ins Erwerbsleben in Teilgruppe 1, die selbsteingeschätzte Arbeitsfähigkeit in Teilgruppe 2, Abstinenz im Falle einer vorherrschenden Suchtproblematik, sowie bei allen Studienteilnehmenden die Lebensqualität, psychische Gesundheit und Bewertung des Interventionsergebnisses.

Neben den **ergebnisbezogenen Zielkriterien** wurden **prozessbezogene Zielkriterien** definiert. Hierzu wird der Interventionsprozess umfassend aus unterschiedlichen Perspektiven bewertet, nämlich durch die Studienteilnehmenden selbst, durch die Personen, welche die Intervention durchführten (Arbeitsintegrationscoaches (AICs) und Unternehmenskoordinator*innen) sowie durch die Zuweisenden und die Arbeitgeber*innen der Teilnehmenden. Die tatsächlichen Interventionsprozesse wurden laufend in einem digitalen Dokumentationssystem erfasst.

Daten und Methoden

Bei BEAS handelt es sich um eine nicht-kontrollierte, monozentrische Interventionsstudie. Das Projekt setzte ein Mixed-Methods Design um und kombinierte eine qualitative Interviewbefragung zur Erfassung prozessbezogener Zielkriterien mit einer quantitativen Fragebogenerhebung zur Erfassung von primär ergebnisbezogenen Zielkriterien (von der Warth et al., 2023). BEAS wurde für eine Dauer von fünf Jahren geplant (Januar 2020 bis Dezember 2024). Im Juli 2020 begann die Einschlussphase und Evaluationsmessungen für den ersten Messzeitpunkt T0, zur Mitte der Intervention wurde T1 erhoben. Der letzte Einschluss in die Intervention erfolgte im Juni 2023. Somit endeten im Juni 2024 (12 Monate danach) die Intervention und die Evaluationsmessungen des letzten Messzeitpunktes T2. Anschließend erfolgten das Datenmanagement und die Datenanalyse: Quantitative Daten wurden mittels IBM SPSS Statistics Version 29 entsprechend ihrer Skalenniveaus analysiert (z.B. t-Tests oder Chi-Quadrat Tests), die Interviewbefragung wurde mit MAXQDA Plus (VERBI Software, 2017) nach Mayring (2020) ausgewertet.

Studienpopulation

Entsprechend des multiperspektivischen Ansatzes besteht die Studienpopulation der Evaluation des Projektes BEAS insgesamt aus vier Gruppen:

Gruppe 1: Studienteilnehmende

Teilgruppe 1: Teilnehmende aus dem Bereich SGB II / SGB III, die arbeitslos sind und bisher keine Rehabilitation in Anspruch genommen haben sowie arbeitslose Personen, die eine Rehabilitation durchführen
Teilgruppe 2: Teilnehmende, die erwerbstätig sind und eine Sucht- oder Psychosomatische Rehabilitation durchführen

Gruppe 2: Personen, die die Intervention durchführen

AICs, welche die Intervention durchführen und Unternehmenskoordinator*innen, die den Kontakt zu Arbeitgeber*innen aufbauen und pflegen

Gruppe 3: Zuweisende

Mitarbeiter*innen in ambulanten, ganztägig ambulanten und stationären Einrichtungen der Sucht- oder Psychosomatischen Rehabilitation sowie Mitarbeiter*innen der regionalen Jobcenter und Arbeitsagenturen

Gruppe 4: Arbeitgeber*innen

Arbeitgeber*innen, die einen oder mehrere BEAS-Teilnehmende beschäftigen, bevorzugt solche Arbeitgeber*innen, die viele BEAS-Teilnehmenden beschäftigen

Für AICs, Unternehmenskoordinator*innen, Zuweisende und Arbeitgeber*innen wurden keine Ein- und Ausschlusskriterien definiert.

An der Intervention nahmen n = 143 (T0) Personen teil. Zu T1 waren es n = 124, zu T2, waren es noch 116 Teilnehmende. Des Weiteren sollten alle AICs (ca. n = 4) und Unternehmenskoordinator*innen (ca. n = 2), eine Teilgruppe der Zuweisenden (bis zu n = 12) und eine Teilgruppe der Arbeitgeber*innen (bis zu n = 12) interviewt werden.

Tabelle 1und Tabelle 2 geben eine Übersicht über die Zielkriterien zu allen Messzeitpunkte sowie deren Datenquellen.

Tabelle 1: Operationalisierung der ergebnisbezogenen Zielkriterien

t0 = vor der Intervention, t1 = 3 Monate nach Interventionsbeginn, t2 = 12 Monate nach Interventionsbeginn im Rahmen eines verbindlichen Abschlussgesprächs

Zielkriterium	Operationalisierung	Messzeitpunkt			Datenquelle
		T0	T1	T2	
Ergebnisbezogene Zielkriterien					
Berufliche Reintegration	Kritische Return-to-work-Ereignisse (in Anlehnung an Streibelt et al. (2017)): Erwerbslosigkeit Erwerbstätigkeit, aber zu t2 krankheitsbedingter Ausfall von mehr als 8 Wochen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt Antrag auf eine weitere berufliche Rehabilitation gestellt Notwendigkeit einer stufenweisen Rückkehr an den Arbeitsplatz Berufliche Reintegration wird angenommen, wenn keines der Ereignisse auftritt.			x	Erwerbstätige Personen
Stabilisierung des Arbeitsplatzes und der Reduktion berufsbezogener Problemlagen	SIMBO-Fragebogen (2007 (Streibelt et al., 2007)	x	x	x	Erwerbstätige Personen
Selbsteingeschätzte Arbeitsfähigkeit	Fragebogen Work Ability Index - Kurzversion (Hasselhorn & Freude, 2007)	x	x	x	Erwerbstätige Personen
Einstellungen zur Arbeit	DIAMO Fragebogen (3 Skalen: Einstellung zur Arbeit, Ziel-Aktivität, Ziel-Inhibition) (Fiedler, 2006).	x	x	x	Alle Studienteilnehmenden
Eingliederungsbezogenes Selbstmanagement	Selbst entwickelte Items	x	x	x	Nicht erwerbstätige Personen
Motivation zur Integration ins Erwerbsleben	Selbst entwickelte Items	x	x	x	Nicht erwerbstätige Personen
Subjektive Prognose zur Erwerbstätigkeit	SPE (Mittag & Raspe, 2003)	x	x	x	Nicht erwerbstätige Personen
Job-Coping und Rückkehrintention	JoCoRi (Muschalla et al., 2016)	x	x	x	Nicht erwerbstätige Personen
Abstinenz	Ununterbrochene Abstinenz von 30 Tagen (Operationalisierung gemäß der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie DGSS)	x	x	x	Alle Studienteilnehmende
Lebensqualität	Fragebogen SF-12 (Morfeld et al., 2011)	x	x	x	Alle Studienteilnehmenden
Psychische Gesundheit	PHQ-4 (Löwe et al., 2010)	x	x	x	Alle Studienteilnehmenden

Zielkriterium	Operationalisierung	Messzeitpunkt			Datenquelle
Covid-bezogene Belastungen	Selbst entwickelte Items	x	x	x	Alle Studienteilnehmende

Tabelle 2: Operationalisierung der prozessbezogenen Zielkriterien

T0 = vor der Intervention, T1 = 3 Monate nach Interventionsbeginn, T2 = 12 Monate nach Interventionsbeginn im Rahmen eines verbindlichen Abschlussgesprächs
Die zuweisenden Personen sowie die AICs und Unternehmenskoordinator*innen wurden während ihrer Projektteilnahme einmal jährlich interviewt. Studienteilnehmende und Arbeitgeber*innen wurden einmalig interviewt.

Zielkriterium	Operationalisierung	Messzeitpunkt			Datenquelle
		T0	T1	T2	
Prozessbezogene Zielkriterien					
Bewertung des Interventions-prozesses	Bewertung von Dauer, Umfang und Ablauf der Maßnahme (z.B. bzgl. Krisen und bezogen auf die Zieldimensionen Abstinenz, Integration ins Erwerbsleben, Anbindung an das Hilfesystem vor Ort)		x		Interview mit einer Teilgruppe der Studienteilnehmenden (N=15)
	Bewertung von Dauer, Umfang und Ablauf der Maßnahme (z.B. bzgl. Krisen und bezogen auf die Zieldimensionen Abstinenz, Integration ins Erwerbsleben, Anbindung an das Hilfesystem vor Ort)		x	x	Fragebogenerhebung mit allen Studienteilnehmenden
	Zufriedenheit mit der Intervention, ZUF-8 (Schmidt & Nüblin, 2002)		x	x	Fragebogenerhebung mit allen Studienteilnehmenden
	Bewertung der Beziehung zum AIC; HAQ (Bassler et al., 1995)		x	x	Fragebogenerhebung mit allen Studienteilnehmenden

Zielkriterium	Operationalisierung	Messzeitpunkt	Datenquelle
	Erfahrungen bezüglich der Vermittlung geeigneter Studienteilnehmer in BEAS (z.B. Zielgruppenerreichung, Hürden in der Vermittlung)	Jährlich	Interview mit einer Teilgruppe der Zuweisenden (N=12)
	Erfahrungen mit dem Interventionskonzept (u.a. Umsetzung der Interventionselemente, Akzeptanz, Probleme in der Implementierung)	Jährlich	Interview mit allen AICs (ca. N=4) und Unternehmenskoordinator*innen (ca. N=2)
	Erfahrungen mit dem Interventionskonzept (z.B. Krisenintervention, Begleitung am Arbeitsplatz)	Ca. 6 Monate nach Beginn der Interventionsphase	Interview mit einer Teilgruppe der Arbeitgeber*innen (N=10)
Dokumentation des tatsächlichen Interventionsprozesses	Basisdokumentation (z.B. Ausbildungs- und Erwerbsbiographie, Qualifikationen, Lebenssituation), Art und Anzahl der Gespräche mit dem AIC, Gesprächsdauer und zentrale Gesprächsinhalte, Abschlussdokumentation	laufend während der Intervention	Die Dokumentation erfolgt durch den AIC
Gründe für einen Abbruch der Inter-vention	subjektive Gründe für die vorzeitige Beendigung der Intervention	Möglichst zeitnah nach Abbruch der Intervention, max. einen Monat nach Abbruch	Interview mit einer Teilgruppe der Studienteilnehmenden, die die Intervention vorzeitig beenden (N=10)

2 Ergebnisse des Modellprojekts

Menschen mit suchtbezogenen oder psychischen Belastungen erleben bei ihrer Reintegration ins Erwerbsleben häufig Probleme. Entweder wird kein Arbeitsplatz gefunden oder ein bestehender Arbeitsplatz wird bei Konflikten schnell wieder verloren bzw. aufgegeben. Im Rahmen des Projekts „Begleiteter Einstieg ins Arbeitsleben durch Starthilfe“ wurde eine sektorenübergreifende, erwerbsbezogene Fallbegleitung entwickelt, welche die Reintegration für Personen mit suchtbezogenen oder psychischen Belastungen erleichtern soll.

Die Fallbegleitung umfasste ein individuelles Coaching mit Arbeitsintegrationscoachs (AICs) von bis zu einem Jahr, mit dem Ziel, 25% der Teilnehmenden zu reintegrieren bzw. die Stabilisierung in der Erwerbstätigkeit bei den Personen, die bereits einer Arbeit nachgingen, zu unterstützen.

Der Zeitplan für BEAS konnte vollständig eingehalten werden. Alle geplanten Arbeitspakte/Meilensteine in den Regionen Rastatt/Baden-Baden, Karlsruhe, Pforzheim/Enzkreis und Offenburg/Ortenaukreis konnten umgesetzt werden.

Die geplante Teilnehmenden-Fallzahl von 250 konnten trotz intensiver Akquise durch die Fachklinik Fischer Haus, nicht vollständig mit insgesamt 143 Teilnehmenden erreicht werden. Dies lag als unmittelbare Folge in den ersten beiden Projektjahren u.a. auch an der Pandemiesituation. In den Folgejahren verbesserte sich die Situation. Des Weiteren konnten die Jobcenter zunächst aufgrund der Pandemiesituation und später im Projektverlauf aufgrund des erhöhten Aufkommens in der Betreuung von Ukraineflüchtlingen weniger Personen als erwartet der Maßnahme zuweisen.

Durchwegs positiv ist zu bewerten, dass die Zusammenarbeit mit den Zuweisenden (Jobcenter, Suchtberatungsstellen, Rehakliniken), als auch deren Kommunikation im Verlauf des Projektes deutlich sich verbessert hat. Somit gelang es auch, den Bekanntheitsgrad von BEAS zu erhöhen.

Insgesamt nahmen 143 Personen an der BEAS Intervention teil. Zum Messzeitpunkt 1 (t1) waren es n = 124 und zum Messzeitpunkt 2 (t2) n = 116 Personen. Die primäre Zielgröße, 25% der zu Projektbeginn (t0) Arbeitslosen bis zum Messzeitpunkt 2 (t2) wieder in Arbeit zu integrieren, wurde mit einer Integrationsrate von 40% deutlich erfüllt. Der Anteil derer, die zu Beginn erwerbstätig waren und zu t2 nicht mehr, betrug ca. 16%. Zudem wurde eine weitere, explorative Analyse zu T2 durchgeführt: Auf die Frage „Haben Sie aktuell einen Arbeitsplatz oder sind erwerbstätig?“, haben insgesamt n=106 Personen geantwortet. Von den n=106 Teilnehmenden, haben 63 Personen (59,4 %) mit „ja“ geantwortet und 43 Teilnehmende (40,6 %) mit „nein“. Dies bedeutet, dass rund 60% aller Teilnehmenden am Ende der Befragung einer Erwerbstätigkeit nachgingen. Diese Auswertung erfolgte unabhängig vom Erwerbsstatus zu T0.

Für Personen mit Erwerbstätigkeit zu t0 galt, dass sie abschließend einen statistisch signifikant geringeren Bedarf an beruflichen Maßnahmen hatten und dass die subjektive, also sich selbst zugetraute, Arbeitsfähigkeit zunahm. Unabhängig vom Erwerbsstatus zeigte sich, dass sich die Lebensqualität im psychischen Bereich statistisch signifikant verbesserte. Bei den weiteren Zielgrößen ergaben sich keine statistisch signifikanten Veränderungen. Die zur Bewertung von BEAS durchgeführten Interviews (Prozessevaluation) mit Teilnehmenden, Interventionist:innen und Zuweisenden zeigten eine grundsätzliche Zufriedenheit mit der Intervention.

Insgesamt lässt sich die BEAS-Intervention hinsichtlich des Nutzens als erfolgreich bewerten, da das Ziel, mindestens 25% der Personen, die zu Beginn keiner Erwerbstätigkeit nachgingen, in Arbeit zu bringen, mit einer 40%-Quote deutlich erfüllt wurde. Besonders die Arbeit der Arbeitsintegrationscoachs wurde als relevant für den Erfolg der Intervention eingestuft.

Erwartungsgemäß gab es im Projektverlauf auch Rückfälle und Krisensituationen in Bezug auf Abhängigkeitserkrankungen, sowie diverse vorzeitige Beendigungen z.B. aus Motivationsgründen, vorrangigen medizinischen Behandlungen. Diese Quote liegt zum Ende des Projektzeitraums jedoch bei unter 10%.

Im Vergleich zu bestehenden Angeboten und Leistungen für diese spezifische Zielgruppe wurde der Aspekt der Niederschwelligkeit und Unterstützung – primär für die Zielgruppe, sekundär aber auch für die Zuweisenden – als für BEAS charakteristisch ausgemacht.

BEAS wurde daher als weniger bürokratisch im Vergleich zur Regelversorgung oder anderen Projekten/Angeboten sowie stark Klient*innenzentriert wahrgenommen. Dieser weniger komplizierte, engmaschige und individuell ausgerichtete Zugang wurde als sehr passend für die Zielgruppe bewertet, die (durch die Zuweisenden) als zusehends arbeitsmarktfern und komplex beschrieben wurde. Entsprechend gut wurde der Ansatz in BEAS durch die Kund*innen/Patient*innen angenommen. Am Ende der Einschlussphase in das Projekt zeigte sich ebenfalls auf, dass es weiterhin zu zahlreichen Anfragen von neuen Teilnehmende kam, die jedoch aufgrund des Einschlussendes abgelehnt werden mussten.

Eine (langfristige) Verstetigung, die auch innerhalb der Prozessevaluation von den Zuweisenden prinzipiell befürwortet wurde, könnte hinsichtlich ihres potenziellen Nutzens und Anwendungsmöglichkeiten in Bezug auf die hier genannten Aspekte vielversprechend sein.

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

3.1 Welche innovativen (Teil-)Ansätze halten Sie für wirksam und warum?

Der Teilansatz der Arbeitsintegrationscoaches (AICs) wurde in den durchgeführten Interviews sowohl von der Gruppe der Zuweisenden als auch von den Klient*innen als besonders relevant und außerordentlich positiv für die erfolgreiche Umsetzung der Intervention hervorgehoben. Diese übereinstimmende Einschätzung unterstreicht die zentrale Bedeutung dieses Ansatzes im Gesamtkontext des Projekts.

Die bedeutsame Wirksamkeit dieses spezifischen Teilansatzes resultiert insbesondere aus zwei Kernaspekten: Zum einen aus der engmaschigen und kontinuierlichen Begleitung der Teilnehmenden über den gesamten Interventionszeitraum hinweg, und zum anderen aus der flexiblen Möglichkeit, auf die individuellen und oft komplexen Bedürfnisse der Klient*innen gezielt und passgenau einzugehen.

In den detaillierten Interviews wurde wiederholt berichtet, dass es für die Teilnehmenden äußerst motivierend sei, eine*n dedizierte*n Ansprechpartner*in zu haben und dadurch Zugang zu einer intensiven, persönlichen Begleitung zu erhalten. Diese direkte und verlässliche Unterstützung wurde als besonders wertvoll empfunden. Zudem zeigte sich, dass auch für die Zuweisenden die AICs häufig als wichtige Ansprechpartner*innen fungierten und sich deren Einsatz als unterstützend für die Arbeitsabläufe erwiesen hatte.

Ein zentraler Aspekt der Arbeit der AICs bestand darin, dass sie sorgfältig und einfühlsam sowohl auf die persönlichen als auch auf die beruflichen Anforderungen und Herausforderungen der Teilnehmenden eingingen. Diese klient*innenzentrierte und ganzheitliche Unterstützung wurde von den Zuweisenden als besonders relevanter und wertvoller Aspekt der Intervention hervorgehoben. Aus der differenzierten Perspektive der Zuweisenden war dieser spezifische Teilansatz der Intervention für das besondere Klientel, denen aufgrund ihrer vielfältigen und spezifischen Herausforderungen (wie beispielsweise Suchtproblematiken oder psychische Labilität) bislang kein anderes, gleichermaßen hilfreiches und niederschwelliges Angebot gemacht werden konnte, von herausragender Bedeutung.

Zusammenfassend lässt sich auf Basis der gesammelten Erkenntnisse und Rückmeldungen festhalten, dass es deutliche Hinweise darauf gibt, dass die synergetische Kombination aus engmaschiger, kontinuierlicher Betreuung und niederschwelliger, individuell zugeschnittener Begleitung durch die AICs zu einer Wirksamkeit der Intervention geführt hat. Diese Erkenntnis unterstreicht die Relevanz und den Erfolg des gewählten Ansatzes im Rahmen des Projekts.

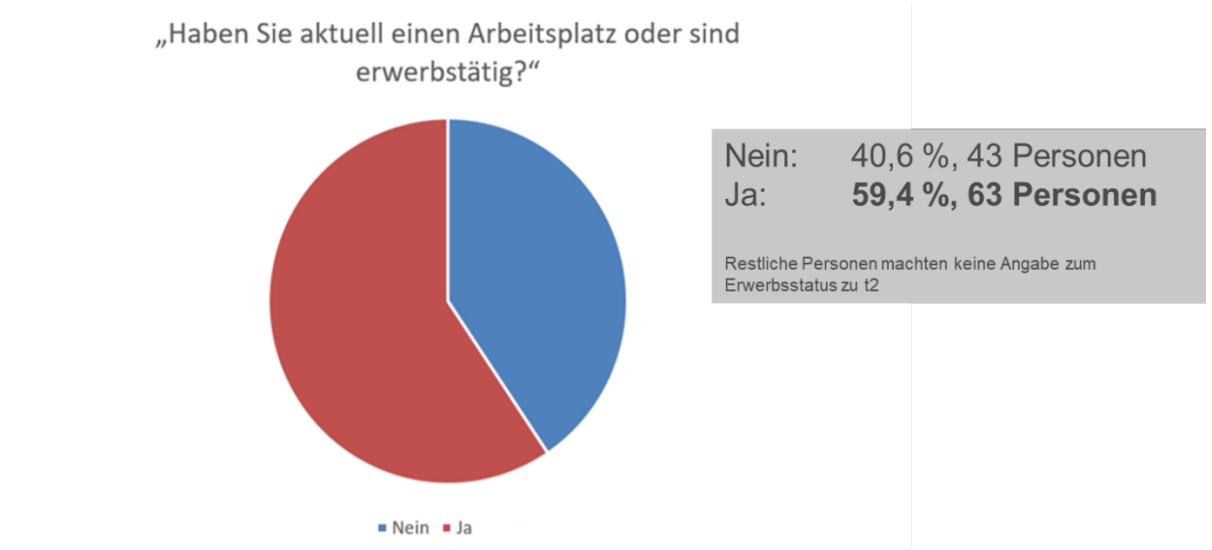
3.2 Welche weiteren Erkenntnisse haben Sie durch das Modellprojekt erlangt? Auch hier bitte die Erkenntnisse der wissenschaftlichen Begleitung einfließen lassen.

Der Verlust oder die Instabilität des Arbeitsplatzes aufgrund von Substanzmissbrauch oder psychischen Erkrankungen führt zu erheblicher psychischer Belastung, finanzieller und sozialer Instabilität und verursacht höhere Kosten für das Sozialsystem. Angesichts dieser weitreichenden Auswirkungen auf Individuen und Gesellschaft ist es von Bedeutung, die wissenschaftlichen Erkenntnisse zu den Zusammenhängen zwischen Arbeitsplatzverlust, Substanzmissbrauch und psychischen Erkrankungen genauer zu betrachten.

Ein zentrales Ergebnis des BEAS-Projekts war, dass rund 40% der arbeitslosen Teilnehmenden reintegriert werden konnten. Der Anteil derjenigen, die zu Beginn erwerbstätig waren und zum Ende der Intervention hin nicht mehr, betrug etwa 16%. Das BEAS-Projekt war somit erfolgreich und das Ziel,

25% der zu Beginn der Studie arbeitslosen Personen bis zum zweiten Messzeitpunkt wieder in Beschäftigung zu bringen, wurde erfüllt.

Zudem zeigte die Erhebung, dass insgesamt (unabhängig vom Erwerbsstatus zu Beginn der Intervention) abschließend ca. 60% der Teilnehmenden in Arbeit waren.



Insbesondere auf psychosozialer Ebene zeigt die BEAS-Intervention ihre Wirkung: Unabhängig vom Erwerbsstatus nahm die psychische Lebensqualität zwischen den beiden Messzeitpunkten statistisch signifikant zu. Bei den Personen, die zu Beginn erwerbstätig waren, zeigte sich ein signifikant geringerer Bedarf an beruflichen Maßnahmen und ihre subjektive Arbeitsfähigkeit verbesserte sich im Verlauf der Studie. Die Arbeitsfähigkeit (kategorisiert nach drei Stufen) nahm für einige Teilnehmende von *mäßig* bis *gut* zu. Diese positiven Veränderungen, lassen sich möglicherweise darauf zurückführen, dass die Unterstützung der AICS einen erheblichen Einfluss hatten. So wurde dies in den Interviews berichtet, als die Teilnehmenden zu der Bewertung der BEAS-Intervention sowie den AICs befragt wurden. Hier wurde mehrfach geschildert, dass die AICs als Ansprechpersonen für unterschiedliche Bedarfe zur Verfügung standen. So halfen sie beispielweise Konflikte zu moderieren oder waren Ansprechperson bei gesundheitlichen Themen. Zentral waren die Akzeptanz und die Verfügbarkeit der AICs ohne hohen bürokratischen Aufwand.

Bei weiteren (primären sowie sekundären) Endpunkten wurden keine signifikanten Veränderungen festgestellt.

Darüber hinaus wurde das Projekt seitens aller Zuweisenden gut bis sehr gut bewertet – wobei punktuell auch Schwächen gesehen wurden, je nach Arbeitskontext der unterschiedlichen Zuweisenden-Stellen. Im Vergleich zu bestehenden Angeboten und Leistungen für diese spezifische Zielgruppe wurde allseits der Aspekt der Niederschwelligkeit und Unterstützung – primär für die Zielgruppe, sekundär aber auch für die Zuweisenden – als für BEAS charakteristisch ausgemacht. BEAS wurde daher als weniger bürokratisch sowie stark klient*innenzentriert wahrgenommen. Dieser weniger komplizierte, engmaschige und individuell ausgerichtete Zugang wurde als sehr adäquat für ebenjene Zielgruppe bewertet, die als zusehends arbeitsmarktfern und komplex beschrieben wurde. Entsprechend gut wurde der Ansatz in BEAS durch die Kund*innen/Patient*innen angenommen, so die Zuweisenden. Eine (langfristige) Verstetigung wurde prinzipiell von allen Zuweisenden befürwortet – vorbehaltlich der finanziellen Machbarkeit.

Eine wesentliche Limitation der Studie bestand darin, dass nur eine relativ geringe Anzahl an Teilnehmenden rekrutiert werden konnten – was allerdings der generell schweren Zugänglichkeit zur Befragungszielgruppe geschuldet sein dürfte. Die eher geringe Anzahl an Studienteilnehmenden führte allerdings dazu, dass bestimmte Auswertungen, wie die Anwendung multivariater Verfahren, nicht durchgeführt werden konnten. Dies begrenzte die Möglichkeiten, komplexere Zusammenhänge und Einflussfaktoren detailliert zu analysieren, was potenziell zu weniger aussagekräftigen Ergebnissen in Bezug auf die Wirksamkeit bestimmter Maßnahmen führen könnte. Zudem erschwert eine geringe Fallzahl den Nachweis der statistischen Signifikanz, da bei geringerer Fallzahl höhere Effekte erzielt werden müssen, um Signifikanz zu erreichen.

Eine weitere Limitation stellen die fehlenden Werte dar: die Stichprobengrößen schwanken über die drei Messzeitpunkte sowie zwischen den einzelnen untersuchten Konstrukten teilweise recht stark. Das führt bei einigen Kennwerten zu ungenaueren Effektschätzungen, wodurch es zu einer Über- bzw. Unterschätzung von Effekten kommen kann. Ursachen für fehlende Werte können vielfältig sein: z.B. variierende Motivation, die Länge des Fragebogens, aber auch Scham weiter arbeitslos zu sein, trotz der Teilnahme an der Maßnahme. Eine mögliche Vorgehensweise für zukünftige Studien könnte dabei sein, den Fragebogen zu kürzen (was aber mit einem Informationsverlust verbunden wäre) und zu digitalisieren. Des Weiteren wäre eine stärkere Incentivierung denkbar. Da die AICs im Verlauf als großer Motivator seitens der Teilnehmenden bewertet wurden, könnte es für zukünftige Befragungen sinnvoll sein, die Fragebögen in deren Beisein unter Gewährleistung des Datenschutzes zu beantworten. So könnte man zudem Abbruchgründe erfassen.

Die weltweite Covid-19-Pandemie hat im Rahmen des Projekts zu Problemen geführt haben, da die Arbeitssuche und die in der Intervention angebotene Unterstützungsleistung von der Pandemie betroffen waren. Seit Beginn der Pandemie haben Arbeitslosigkeit und Kurzarbeit in Deutschland zugenommen (Destatis, 2021). Vorläufige Ergebnisse zeigen, dass Personen mit niedrigem Bildungsniveau von den pandemiebedingten Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt besonders betroffen sind: Je niedriger das Bildungsniveau, desto höher ist der Anteil der Personen, die in Kurzarbeit oder unbezahlten Urlaub gewechselt haben oder entlassen wurden (Naumann et al., 2020). In den Interviews wurde vor allem seitens der Zuweisenden bei den Jobcentern und Agenturen für Arbeit erwähnt, dass es in der Akutphase der Pandemie zu vielen Umstellungen in den Abläufen kam. Dies könnte dazu geführt haben, dass nicht alle potentiell Teilnehmenden für BEAS identifiziert werden konnten.

Darüber hinaus erscheint denkbar, dass die möglicherweise mit Schamgefühlen behaftete Thematik der Erwerbslosigkeit Befragte zu sozial erwünschtem Antwortverhalten verleitet hat, was insbesondere für den quantitativen Teil der Interventionsbewertung gelten könnte. Die ergänzende qualitative Befragung könnte diese Verzerrung durch die persönliche, vertrauensbildende Interaktion zwischen Interviewenden und Interviewten in Teilen ausgeglichen haben.

Trotz der Limitationen in Bezug auf die Fallzahlen war das Projekt insgesamt ein Erfolg, da ein bedeutsamer Anteil der Teilnehmenden erfolgreich wieder in Arbeit integriert werden konnte und der entsprechende Zielwert erreicht wurde. Insbesondere die Arbeit der AICs spielte dabei eine zentrale Rolle im Prozess der beruflichen Wiedereingliederung. Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass die AICs einen maßgeblichen Beitrag zur Reintegration der Teilnehmenden geleistet haben. Zwar sind weitere Studien mit größeren Fallzahlen erforderlich, um die zugrundeliegenden Prozesse im Detail zu analysieren und differenzierte Erkenntnisse zu gewinnen, doch lässt sich bereits jetzt eine klare Handlungsempfehlung ableiten: Die AICs sollten auch in zukünftigen Programmen eine tragende Rolle bei der beruflichen Wiedereingliederung übernehmen.

Aus den Interviews, die mit den Zuweisenden geführt wurden, ging hervor, dass diese eine Verstetigung der BEAS-Intervention befürworten. Dies legt nahe, BEAS als Teil der Regelversorgung einzuführen. Die Interviews legen außerdem nahe, dass BEAS gleichzeitig zur Therapie stattfinden sollte, da die befragten Zuweisenden die Arbeit in diversen therapiebezogenen Prozessen als relevantes Thema wahrnahmen. Den Interviews folgend, sollte BEAS außerdem enger mit therapeutischen Prozessen verknüpft werden. Letztlich gilt es, die BEAS-Intervention in Beratungsstellen bekannter zu machen, um Menschen mit Suchtthematik erfolgreich in den Arbeitsmarkt zu reintegrieren.

4 Verstetigung vor Ort

4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung

Die Erkenntnisse aus den innovativen Ansätzen, zeigen auf, dass eine Verstetigung der BEAS-Intervention befürwortet wird, und legen daher nahe, BEAS als Teil der Regelversorgung einzuführen. Wie ebenfalls aus den Ergebnissen entnommen werden kann, legen diese Interviews nahe, dass BEAS gleichzeitig zur Therapie stattfinden sollte, da die befragten Zuweisenden die Arbeit in diversen therapiebezogenen Prozessen als relevantes Thema wahrgenommen haben. Des Weiteren, sollte BEAS außerdem enger mit therapeutischen Prozessen verknüpft und in den Sucht-Beratungsstellen bekannter werden. So kann es dann auch gelingen, Menschen mit Suchtthematik erfolgreicher in den Arbeitsmarkt zu integrieren.

Die gewonnenen Erkenntnisse und Wirksamkeiten der Innovationen zeigten auf, dass BEAS erfolgreich war. Diese Ergebnisse des Modellprojektes bewegten uns dazu, BEAS auch im Hinblick auf die aktuelle Überarbeitung eines Rentenversicherungsübergreifendes Fallmanagements im Rahmen einer Übergangsphase als Projekt auf bis zu zwei Jahren weiter zu führen.

Um BEAS durch die Rentenversicherung weiterführen zu können, mussten jedoch konzeptionelle Anpassungen vorgenommen werden.

Dies betrafen insbesondere folgende Punkte:

- Anpassung der Zielgruppe im Zuständigkeitsbereich der Deutschen Rentenversicherung, begrenzt auf Teilnehmende die sich in einer medizinischen Rehabilitation befinden bzw. vor kurzem abgeschlossen haben und über eine positive Erwerbsprognose auf dem ersten Arbeitsmarkt verfügen, unabhängig des Erwerbsstatus.
- Erweiterung der Zielgruppe um Fälle aus dem Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die Zuweisung erfolgt ausschließlich durch die Deutschen Rentenversicherung.
- Kosten der Maßnahme (monatliche Fallpauschale)
- Verkürzung der Maßnahmedauer. Diese wurde von einer ursprünglichen Maßnahmedauer von 12 Monaten auf 6 bis max. 9 Monate gekürzt. Die Auswertungen der Fachklinik Fischer Haus zeigten auf, dass die Teilnehmenden im Durchschnitt nach 6-9 Monaten auf dem ersten Arbeitsmarkt vermittelt werden konnten.

Der regionale Einzugsbereich der Teilnehmenden blieb hiervon vorerst unberührt. Aktuell wird von Seiten der Deutschen Rentenversicherung Bund eine Zuweisung von DRV-Bund-Teilnehmenden geprüft.
Die Zeitdauer in der das Projekt eigens durch die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg weitergeführt wird, beträgt 2 Jahre. Erst nach Abschluss kann abschließend über eine Verstetigung in den Regelbetrieb entschieden werden.

4.2 Verstetigung im eigenen Jobcenter/Rentenversicherungsträger (ggf. getrennt nach Verbundpartnern)

Erläuterung siehe oben unter Punkt 4.1

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, das rund 40% der arbeitslosen Teilnehmenden reintegriert werden konnten. Lediglich 16% derjenigen, die zu Beginn erwerbstätig waren, waren zum Ende der Intervention dies nicht mehr. Das BEAS-Projekt war somit erfolgreich und das Ziel, 25% der zu Beginn der Studie arbeitslosen Personen bis zum zweiten Messzeitpunkt wieder in Beschäftigung zu bringen, wurde erfüllt.

Unabhängig dieser wissenschaftlichen Erhebung konnten abschließend ca. 60% der Teilnehmenden in Arbeit vermittelt werden.

Wie bereits erwähnt, zeigen die Erkenntnisse aus den innovativen Ansätzen auf, dass eine Verstetigung der BEAS-Intervention befürwortet wird, und legen daher nahe, BEAS als Teil der Regelversorgung einzuführen. Eine zentrale Rolle in BEAS spielt hierbei die Arbeit der AICs, in der beruflichen Eingliederung. Diese trugen maßgeblich dazu bei, die Teilnehmenden in den Arbeitsmarkt zu integrieren.

Wie unter 4.1 genannt, hat uns dies bewogen, BEAS im Rahmen einer Übergangsphase als Projekt auf bis zu zwei Jahren weiter zu führen. Jedoch mussten Anpassungen in Bezug auf Zielgruppe, Kosten und Dauer vorgenommen werden, um BEAS im Hinblick der rechtlichen, gesetzlichen Vorgaben und Zuständigkeiten der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg weiterführen zu können. Um abschließend eine Entscheidung über eine mögliche Verstetigung treffen zu können, sollte das Projekt im Rahmen seiner Übergangsphase abgewartet werden.

6 Anlagen

6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt

Übersichtskasten

Projekttitel	Begleiteter Einstieg ins Arbeitsleben durch Starthilfe
Akronym	BEAS
Zuwendungsempfänger	Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
Projektbeteiligte	Fachklinik Fischer Haus Mönchkopfstraße 21, 76571 Gaggenau UNIVERSITÄTSKLINIKUM FREIBURG Institut für Medizinische Biometrie und Statistik Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung (SEVERA) Hugstetter Straße 49 · 79106 Freiburg
Förderaufruf	Erster Förderaufruf
Projektzeitraum	01.01.2020 – 31.12.2024

6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis

Fachklinik, F. H. (2020). Fachklinik entwickelt Projekt für begleitenden Einstieg ins Arbeitsleben. Badisches Tagblatt, 1.

Fachklinik, F. H. (2022). Flyer. Begleiteter Einstieg ins Arbeitsleben durch Starthilfe. Pforzheim.

Fachklinik, F. H. (2022). Flyer. Begleiteter Einstieg ins Arbeitsleben durch Starthilfe. Rastatt / Baden-Baden.

Fachklinik, F. H. (2022). Flyer. Begleiteter Einstieg ins Arbeitsleben durch Starthilfe. Offenburg / Ortenaukreis.

Fachklinik, F. H. (2022). Flyer. Begleiteter Einstieg ins Arbeitsleben durch Starthilfe. Karlsruhe.

Literaturverzeichnis

Mayring, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (7 ed.). Deutscher Studienverlag.

Naumann, E., Möhring, K., Reifenscheid, M., Wenz, A., Rettig, T., Lehrer, R., ... & Blom, A. G. (2020). COVID-19 policies in Germany and their social, political, and psychological conse-quences. European Policy Analysis, 6(2), 191-202. doi: https://doi.org/10.1002/epa2.1091

Statistisches Bundesamt (Destatis). Corona statistics - Economic impacts 2021 [Available from: https://www.destatis.de/EN/Themes/Cross-Section/Corona/Economy/context-economy.html#labour accessed 25th March 202 .

VERBI Software. (2017). MAXQDA 2018. In VERBI Software.

von der Warth, R., Jung, M., Farin-Glattacker, E. (2023). Ergebnisse der Interviews mit den In-terventionist*innen des arbeitsbezogenen Fallmanagements im Modellprojekt BEAS – eine qua-litative Prozessevaluation. Psychosoziale und Medizinische Rehabilitation, 36(2):135-142.

von der Warth, R., Allen, R., Höhn, C., Uhlmann, A., Kessemeier, F., Marhoffer, K,

Seiser, E., Peter-Höhner, S. & Farin-Glattacker, E. (2022). "Supported Return-to-Work for Peo-ple with Substance-Related or Mental Disorders Using a Case Management: Study Protocol of a Mixed-Methods Study." OSF. January 24. osf.io/qyd3s. (Repository)

6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen

von der Warth, R. & Farin-Glattacker, E. (2023, Februar). Belastungen durch die Covid-19 Pandemie bei Personen mit suchtbezogenen Problemlagen – Ergebnisse aus der BEAS Studie. DRV-Schriften Band 128, 32. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 128: 204-205.

von der Warth, R. & Farin-Glattacker, E. (2024, März). Wer profitiert vom arbeitsbezogenen Case Management im BEAS Projekt? Programmevaluation des Bundesprogramms rehapro, Duisburg.

von der Warth, R., Allen, R., Höhn, C., Uhlmann, A., Kessemeier, F., Marhoffer, K., Seiser, E., Peter-Höner, S., Farin-Glattacker, E. (2022). Supported return- to-work after substance-related rehabilitation using a case management: study protocol of a mixed-methods study. Frankfurt: OSF.doi:10.17605/OSF.IO/QYD3S.

von der Warth, R., Höhn, C., Uhlmann, A., Kessemeier, F., Marhoffer, K., Seiser, E., Peter-Höner, S., Farin-Glattacker, E. (2021, Oktober). Begleiteter Einstieg ins Arbeitsleben durch Starthilfe – Studienprotokoll einer Mixed-Methods Studie. 20. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung 2021, Online Kongress. Abstract veröffentlicht bei German Medical Science GMS Publishing House; doi: 10.3.

von der Warth, R., Jung, M., & Farin-Glattacker, E (2023). Ergebnisse der Interviews mit den Interventionst*innen des arbeitsbezogenen Fallmanagements im Modellprojekt BEAS - eine qualitative Prozessevaluation.Psychosoziale und Medizinische Rehabilitation, 123, 136-142.

von der Warth, R., Kessemeier, F., Farin-Glattacker, E. (2022). Barriers, facilitators and experiences linked to a job-related case management in individuals with substance abuse disorder. International Journal of Environmental Research and Public Health. 19:2, 8657. https://doi.org/10.3390/ijerph19148657.

von der Warth, R., Kessemeier, F., Farin-Glattacker, E. (2022, März). Erfahrungen mit dem Sozialsystem im Rahmen eines erwerbsbezogenen Case Managements und die moderierende Rolle der Fallbegleiter* innen. 31. Rehawissenschaftliches Kolloquium, Münster/Hybrid.

Weitere Publikationen und Vorträge sind in Planung.

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