



Zentrum für Psychiatrie  
Reichenau



# Abschlussbericht Projektphase 2015-2020

## Supported Employment (IPS) Reichenau

Leben und Arbeiten mit  
psychischer Beeinträchtigung im  
Landkreis Konstanz

# Projektbericht IPS-Reichenau 2015-2020

## Leben und Arbeiten mit psychischer Beeinträchtigung im Landkreis Konstanz: Zur Praktikabilität und Effektivität von „Individual Placement and Support“ (IPS)

Dr. Daniel Nischk & Ann-Kristin Hörsting

### Für die IPS-Projektgruppe:

Sandra Flügel, Sandra Götz, Susanne Hauk, Felix Heckenberger und Winfried Klimm mit den ehemaligen Kolleginnen Ruth Frackenpohl, Eva Grünmüller, Stefanie Klein und Dr. Andrea Temme.

**Version August 2022:** In der vorliegenden Version wurden kleinere statistische Mängel behoben. Darüber hinaus werden die Ergebnisse der mittlerweile abgeschlossenen kontrollierten Studie an jungen Psychosebetroffenen nur noch gemäß der Vorauswertung (1.1.2019) zusammenfassend berichtet. Ausführliche Ergebnisse finden interessierte Lesende in einer Veröffentlichung, über die nach Publikation auf unserer Webseite berichtet wird.

### Korrespondenz:

Dr. Daniel Nischk, Zentrum für Psychiatrie Reichenau, Feurstein-55, 78479 Reichenau.

[d.nischk@zfp-reichenau.de](mailto:d.nischk@zfp-reichenau.de) oder 07531-9778761.

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Individual Placement and Support (IPS) bezeichnet einen empirisch fundierten Rehabilitationsansatz, der darauf abzielt, Menschen mit psychischen Erkrankungen direkt auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu begleiten und langfristig zu betreuen. Obwohl IPS in den aktuellen S3-Leitlinien „Psychosoziale Therapien“ der DGPPN mit dem höchsten Evidenzgrad empfohlen wird, existiert für IPS gegenwärtig noch keine Regelfinanzierung in Deutschland. Um die berufliche Rehabilitation psychisch Kranker im Landkreis Konstanz zu verbessern sowie Erkenntnisse zur Effektivität und Praktikabilität von IPS unter den hiesigen sozialrechtlichen Bedingungen zu gewinnen, initiierte die Geschäftsleitung der Zentren für Psychiatrie im Jahr 2015 ein eigenfinanziertes Modellprojekt am Standort Reichenau.

**Umsetzung und Begleitevaluation:** 125 Teilnehmende wurden zwischen 1.7.2015-30.6.2020 in das IPS-Projekt aufgenommen und 18 Monate nachverfolgt. Die Beschäftigungsquoten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wurden nach verschiedenen Indikatoren und Auswertungsbedingungen analysiert. Um zu überprüfen, ob IPS als zusätzliches Angebot zu den verfügbaren Rehabilitationsverfahren die Beschäftigungsquoten von jungen Menschen mit Störungen aus dem schizophrenen Spektrum verbessert, wurden 20 junge Psychosebetroffene ( $\leq 30$  Jahre oder  $\leq 2$  stationäre Behandlungen) mit 20 Kontrollpersonen aus angrenzenden Gebieten verglichen, die mit den dort üblichen Angeboten unterstützt wurden. Die Ergebnisse dieser Teilstudie werden in diesem Projektbericht nur zusammenfassend berichtet, sondern in einer gesonderten Publikation. Darüber hinaus wurden zahlreiche Praktikabilitätsindikatoren (z.B. Abbruchquoten, Krankheitstage) berechnet und kritische Umsetzungsfragen (z.B. der Vernetzung mit anderen Diensten) qualitativ betrachtet.

**Erfahrungen und Ergebnisse:** Die Nachfrage nach IPS-Unterstützung war höher als mit im Durchschnitt 2,4 -Stellenanteilen bewerkstelligt werden konnte. Die Beschäftigungsquoten des IPS-Projektes Reichenau entsprachen auf allen Indikatoren den internationalen Erfahrungen. Zwischen 60.4% (*Arbeitsplatzsuche*) und 89.7% (*Arbeitsplatzerhalt*) der Klientinnen und Klienten waren auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig. In der (noch nicht

vollständig abgeschlossenen) Vergleichsstudie bei jungen Psychosebetroffenen war die IPS-Gruppe der Kontrollgruppe auf allen tätigkeitsbezogenen Variablen signifikant überlegen. Bei 20.8% aller Teilnehmenden (aus allen Bedingungen) kam es zu einer vorzeitigen Beendigung der Unterstützung. Die Arbeitsstellen erwiesen sich ganz überwiegend als nachhaltig und angemessen vergütet. Besonders effektiv war IPS beim Erhalt einer bestehenden Stelle sowie bei abgeschlossener Berufsausbildung. Teilnehmende aus vollstationären Wohneinrichtungen und jüngere Teilnehmende ( $\leq 25$  Jahre) waren seltener beschäftigt. Um den besonderen Bedürfnissen jüngerer Teilnehmender zu entsprechen, initiierten wir 2019 das Teilprojekt „Supported Employment & Education“ (SEE), ein durch den Europäischen Sozialfonds kofinanziertes Programm, das das IPS-Format mit der zusätzlichen Zielrichtung des Erreichens von Bildungsabschlüssen ergänzt, stärker noch das soziale Umfeld in den Blick nimmt und zusätzlich Selbsterfahrungs- und Bildungsmodule enthält. Nach den bisherigen Erfahrungen erreicht SEE ähnliche Integrationsquoten wie IPS bei Erwachsenen: 12 von 19 Teilnehmenden (63%) wurden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bzw. in den berufsfördernden Regelsystemen betreut.

Während der Projektphase erwies sich die Zusammenarbeit mit anderen psychosozialen Hilfsdiensten sowie den Jobcentern, der Agentur für Arbeit und dem Integrationsfachdienst als sehr unkompliziert. Als ambulantes und gemeindenahes Format konnte die Betreuung auch während der verschiedenen Lockdown-Maßnahmen seit März 2020 nahezu unverändert fortgeführt werden.

**Schlussfolgerungen:** IPS ist unter hiesigen sozialen und rechtlichen Bedingungen ebenso effektiv wie in anderen Ländern und verbessert als Ergänzung zu den bestehenden Angeboten die Beschäftigungsquote bei jungen Menschen mit Psychosen signifikant, welche im Allgemeinen langfristig besonders von sozialer Behinderung und Frühberentung bedroht sind. IPS zeigte sich darüber hinaus als akzeptiert und ohne schädliche Begleiterscheinungen. IPS adressiert einen bislang unzureichend gedeckten Bedarf an niedrigschwelliger, langfristiger, ambulanter Unterstützung direkt auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und ggf. auch als

„Lotse“ in andere Maßnahmen. Im Hinblick auf anzustrebende Finanzierungsmöglichkeiten ist aus unserer Sicht eine „Pauschalfinanzierung“ von IPS-Diensten (im Gegensatz etwa zu einzelfallbezogenen Stundenkontingenten) zu präferieren, um Niedrigschwelligkeit, raschen (Wieder-)Einstieg und langfristige Unterstützung gewährleisten zu können.

# Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung .....	6
2.	Ausgangspunkt und Zielsetzung .....	8
2.1.	Was ist IPS? .....	8
2.2.	Die beruflich-rehabilitative Situation psychisch Kranker in Deutschland .....	10
2.3.	Die beruflich rehabilitative Situation psychisch Kranker im Landkreis Konstanz...	13
2.4.	Zielsetzung des IPS-Projekts Reichenau .....	14
3.	Umsetzung .....	16
3.1.	Aufbau und Entwicklung .....	16
3.2.	Qualitätssicherung .....	16
3.3.	Öffentlichkeitsarbeit und sonstige Tätigkeiten .....	17
3.4.	Zuweisungswege und Projekteinschluss .....	17
3.5.	Teilprojekte und Auswertungsbedingungen .....	18
4.	Ergebnisse .....	20
4.1.	Klinische und demografische Merkmale der Teilnehmenden .....	20
4.2.	Erhobene Parameter und Auswertung .....	22
4.3.	Ergebnisse .....	24
4.3.1.	Ist IPS im Landkreis Konstanz ebenso effektiv wie in anderen Ländern?....	27
4.3.2.	Verbessert IPS die Beschäftigungsquoten von jungen Menschen mit Psychosen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt in der Region?.....	28
4.3.3.	Wie nachhaltig sind die Arbeitsstellen, die durch IPS erworben bzw. erhalten wurden?	29
4.3.4.	Wie praktikabel, akzeptiert und sicher ist IPS? .....	29
4.3.5.	Wie hoch liegen die Monatsgehälter von IPS-Stellen?.....	30
4.3.6.	Welche Faktoren erschweren oder erleichtern die Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bei IPS?.....	32

4.3.7.	Wie gestaltete sich die Zusammenarbeit mit anderen psychosozialen Diensten?	34
4.3.8.	Welche Auswirkungen hatte die Corona-Krise auf die IPS-Arbeit?.....	35
4.3.9.	Wie wirksam ist Supported Employment and Education (SEE)?.....	36
4.4.	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	36
5.	Fazit und Ausblick.....	41
6.	Literatur.....	45

## Anhänge

# 1. Einleitung

Das Zentrum für Psychiatrie Reichenau (ZfP) fühlt sich als psychiatrischer Hauptversorger des Landkreises Konstanz seit jeher dem Ziel verpflichtet, Menschen mit psychischen Erkrankungen ein möglichst selbstbestimmtes inklusives Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Auch wenn dieses Ziel mittlerweile durch einen breiten gesellschaftlichen Konsens getragen wird, bestehen auch 12 Jahre nach Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention z.T. erhebliche Barrieren für Menschen mit seelischen Behinderungen. Für den Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben bemängelte die UN-Monitoring-Stelle in Deutschland (CRPD-Report, 2015) besonders die hohe Anzahl von Menschen mit Behinderungen, die unter den beschützenden Bedingungen des besonderen Arbeitsmarktes betreut werden. Diese sog. „train place“-Rehabilitation (auch als „prevocational training“ (PVC) bezeichnet) bereiten die Betroffenen nur unzureichend für den Eintritt auf den allgemeinen Arbeitsmarkt vor (vgl. auch Gühne & Riedel-Heller, 2015). Zwar finden zumindest Elemente der unterstützten Beschäftigung (engl. supported employment; SE) bei vielen Verfahren zunehmend eine gewisse Berücksichtigung, eine nachhaltige Verbesserung der beruflichen Teilhabe hat sich jedoch bislang dadurch nicht ergeben. Das weltweit am besten wissenschaftlich evaluierte Verfahren zur beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker, das sog. „Individual Placement and Support“ (IPS; Drake & Becker, 1993), das eine langfristige Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen direkt auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beinhaltet, wird trotz allgemeiner Empfehlung (siehe z.B. S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien“ der DGPPN) in Deutschland bislang kaum umgesetzt.

2015 initiierte die Geschäftsleitung der Zentren für Psychiatrie ein klinikfinanziertes IPS-Modellprojekt am Standort Reichenau. Es handelte sich um das erste IPS-Angebot in Deutschland innerhalb der beruflich-rehabilitativen Regelversorgung eines Landkreises. Damit reagierte die Zentrumsleitung auf den lange vorbestehenden Bedarf an direkten Unterstützungsmöglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Insbesondere jüngeren Menschen mit psychischen Erkrankungen sollte darüber hinaus eine rehabilitative



Unterstützung angeboten werden, die ohne artifizielle Übungskontexte auskommt, welche von den Betroffenen oft als stigmatisierend und als sozialer Ausschluss missverstanden werden. IPS erschien auch deshalb als besonders geeignet, weil das IPS bereits programmatisch die klassischen zentralen sozialpsychiatrischen Forderungen nach individualisierter, gemeindenaher und inklusiver Unterstützung (Steinhart & Wienberg, 2016) umsetzt, welche ebenso als ein Grundprinzip bei der Formulierung des Bundesteilhabegesetz (BTHG) diene.

Die begleitende wissenschaftliche Evaluation sollte für den Landkreis Konstanz die Frage beantworten, ob ein IPS-Angebot 1.) in den hiesigen Sozialbedingungen ähnlich effektiv ist wie in anderen Ländern und 2.) als Ergänzung zu den bestehenden und üblichen Rehabilitationsangeboten die Beschäftigungsquoten von Menschen mit psychischen Erkrankungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verbessert. Darüber hinaus wollten wir auch Erkenntnisse zur praktischen Anwendung von IPS im hiesigen Sozialraum gewinnen, u.a. zur Nachhaltigkeit dieser Tätigkeiten und potentiellen Problemen bei der Einbettung von IPS in die allgemeine sozialpsychiatrische Angebotsstruktur.

Der vorliegende Projektbericht informiert interessierte Lesende über die Umsetzung und über die vielfältigen Aktivitäten der IPS-Projektgruppe und legt ein eindrückliches Zeugnis über die Wirksamkeit und Praktikabilität dieses Ansatzes im Landkreis Konstanz ab.

## 2. Ausgangspunkt und Zielsetzung

### 2.1. Was ist IPS?

Individual Placement and Support (IPS) bezeichnet ein empirisch fundiertes Verfahren zur beruflichen Rehabilitation von Menschen mit psychischer Erkrankung, das seit den 80er Jahren durch Robert Drake und Deborah Becker (2003) entwickelt wurde und seither in den USA, jedoch zunehmend auch in Europa, Australien und Asien umgesetzt und empirisch überprüft wurde. IPS basiert auf 8 Kernprinzipien (z.B. Bond, Drake & Becker, 2020): 1.) Fokus auf eine Anstellung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, 2.) Zero-Exclusion (jeder Interessent wird unabhängig von seiner vermeintlichen „Eignung“, Berufserfahrung oder weiteren Problemen aufgenommen), 3.) Fokus auf die Präferenzen der Klientinnen und Klienten (statt auf die Expertise oder klinische Meinung von Rehabilitationsexperten), 4.) rasche Vermittlung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt (statt umfangreiches Assessment oder vorbereitendes Training), 5.) gezielte Jobentwicklung (angepasst an die Interessenten und Einschränkungen der Teilnehmenden und in enger Absprache mit dem Arbeitgeber), 6.) Einbezug des psychiatrischen Hilfesystems, 7.) kontinuierliche sozialrechtliche Beratung, z.B. über mögliche Zuschüsse oder Auswirkungen einer Tätigkeit auf Rentenzahlungen, 8.) unbefristete Unterstützung, auch über verschiedene Tätigkeiten hinweg (Beendigung wird individuell ausgehandelt).

Diese Prinzipien wurden zu einer sog. „Fidelity-Scale“ (Bond et al., 1997) zusammengefasst, mit der die Umsetzungstreue der IPS-Prinzipien erhoben werden kann (siehe Abbildung 1). Eine höhere Umsetzungstreue geht mit höherer Vermittlungshäufigkeit auf den allgemeinen Arbeitsmarkt einher (Henry, Hashemi & Zhang, 2014).

- |    |  |
|----|--|
| 1  | Fallzahl pro Job-Coach < 25 Teilnehmer                                 |
| 2  | Mitarbeitende sind ausschließlich als Job-Coach tätig                  |
| 3  | Job-Coach übernimmt alle Aufgaben von Anfang bis Ende                  |
| 4  | Job-Coaches sind Teil eines gemeindepsychiatrischen Teams              |
| 5  | Job-Coaches bilden ein Team mit gemeinsamen Sitzungen und Supervision  |
| 6  | Kein Interessierter am <i>Supported Employment</i> wird ausgeschlossen |
| 7  | Fortlaufende Assessments am Arbeitsplatz                               |
| 8  | Rasche Vermittlung an kompetitiven Arbeitsplatz (< 1 Monat)            |
| 9  | Arbeitsplatzsuche nach individuellen Bedürfnissen                      |
| 10 | Es werden Stellen in verschiedenen Sparten angeboten                   |
| 11 | Stellen sind nicht befristet sondern langfristig                       |
| 12 | Job-Coaches helfen beim Stellenwechsel                                 |
| 13 | Coaching von Teilnehmer und Arbeitgeber ist zeitlich nicht befristet   |
| 14 | Das Angebot ist gemeindeintegriert                                     |
| 15 | Die Job-Coaches arbeiten aufsuchend                                    |

del-

IPS gilt weltweit als das einzige evidenzbasierte Verfahren zur beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker. Richter und Hoffmann (2019) trugen über 80 Studien zusammen, die sich mit der Effektivität der verschiedenen Varianten von Supported Employment befassen. Für IPS alleine existieren mittlerweile 28 qualitativ hochwertige randomisiert kontrollierte Studien (Bond, Drake & Becker, 2020) mit 6468 Probanden aus allen Erdteilen. In 27 von 28 Studien fand sich eine signifikante Überlegenheit von IPS gegenüber den Kontrollbedingungen, die ganz überwiegend dem Ansatz des *prevocational training* (PVT) entsprachen: Während 55% der IPS-Klienten kompetitiv beschäftigt waren, erreichten dies nur 25% der Kontrollpersonen<sup>1</sup>. Durch IPS werden mehr Menschen mit psychischen Erkrankungen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelt als durch PVT, Übungsfirmen oder beschützte Werkstätten (Cochrane-Analyse: Suijkerbuijk et al. 2017; Modini et al. 2016); die Überlegenheit gegenüber anderen Verfahren zeigt sich unabhängig u.a. von der Arbeitslosenquote,

---

1 [ipsworks.org/index.php/evidence-for-ips/](https://ipsworks.org/index.php/evidence-for-ips/)

Regelungen zur Zeitarbeit und der Höhe von Sozialleistungen (Brinchmann et al., 2019). In europäischen Ländern ließ sich die Überlegenheit des IPS-Ansatzes durch die sog. EQOLIZE-Studie (Burns & Catty, 2008) replizieren. Allerdings fand die Teilstudie am deutschen Standort in Ulm (Kalkan et al., 2008) zwar eine Überlegenheit von IPS, jedoch keinen signifikanten Unterschied zwischen IPS und RPK, wobei die Ergebnisse u.a. aufgrund der Abbruchquote von über 70% in der RPK-Kontrollgruppe letztlich nur schwer zu interpretieren waren (siehe hierzu z.B. Nischk, 2020). Einen besonders eindrucksvollen Beleg für die Effektivität des IPS-Ansatzes bietet die von Drake, Becker und Kollegen im Jahr 2002 ins Leben gerufene IPS-Learning-Community, ein Zusammenschluss von mittlerweile 367 IPS-Projekten aus den USA und Europa, die quartalsweise die Beschäftigungsquoten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt veröffentlicht. So wurden zum Ende des 3. Quartals 2020 insgesamt 21.852 Klienten durch IPS-Projekte betreut, von denen 9.113 (41.2%) auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt waren<sup>2</sup>. Seit Beginn der regelmäßigen Querschnittserhebungen im Jahr 2002 befand sich die Beschäftigtenquote stets über 40%, selbst in der Finanzkrise 2009 oder unter den Auswirkungen der Corona-Pandemie.

Entgegen der häufig geäußerten Befürchtung, dass die Konfrontation mit dem Arbeitsmarkt viele Menschen mit psychischen Erkrankungen überfordern könnte, ist IPS nicht mit einer erhöhten Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen assoziiert. Im Gegenteil, eine berufliche Tätigkeit war über verschiedene Studien mit höherer Lebenszufriedenheit, höherem Selbstwertgefühl und selteneren Hospitalisierungen verbunden (siehe zusammenfassend z.B. Luciano, Bond & Drake, 2014).

## **2.2. Die beruflich-rehabilitative Situation psychisch Kranker in Deutschland**

Obwohl IPS auch in Deutschland in den aktuellen Leitlinien „Psychosoziale Therapien“ der DGPPN (2019) mit dem höchsten Evidenzgrad empfohlen wird, ist IPS bislang

---

<sup>2</sup> <https://ipsworks.org/index.php/2020/12/09/clients-served-and-working-update-q3-2020/>

nicht in die Regelfinanzierung aufgenommen worden. Zwar besteht auch in Deutschland mittlerweile ein breiter Konsens darüber, dass es mehr Möglichkeiten der Unterstützung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bedarf, jedoch folgen die meisten der bestehenden Angebote noch immer mehr oder weniger dem „first train, then place“-Ansatz (*prevocational training*), bei dem Rehabilitanden zunächst durch Trainingsmaßnahmen in beschützenden Übungskontexten hinsichtlich beruflich relevanter Fähigkeiten gefördert werden, bevor dann (zumeist zum Abschluss der Maßnahme) eine Platzierung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt angestrebt wird. Dieses Prinzip findet sich u.a. in Werkstätten für Behinderte Menschen (WFBM) und in vollstationären (seltener auch in ambulanten) Rehabilitationseinrichtungen des Verfahrens zur „Rehabilitation psychisch Kranker“ (RPK). Neuere Angebote in Beruflichen Trainingszentren (BTZ) oder die Unterstützte Beschäftigung (UB) sind zwar prinzipiell „betriebsnäher“ konzipiert, u.a. Hospitationen und Praktika, bleiben jedoch ansonsten dem Gedanken des vorbereitenden Trainings weitgehend treu. Elemente der direkten Unterstützung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt finden sich zwar auch in den Angeboten des Integrationsfachdienstes (IFD) und beim sog. „Jobcoaching“ (z.B. bei verschiedenen Anbietern über die Agentur für Arbeit). Jedoch ist diese Unterstützung entweder nicht umfassend genug, nicht ausreichend langfristig verfügbar oder kommt nur wenigen Teilnehmenden mit hohen Bildungsabschlüssen zugute.

An den in Deutschland verfügbaren rehabilitativen Angeboten wird immer wieder kritisiert, dass aus ihnen zu selten nachhaltige Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt entstehen. Tatsächlich kann die Wirksamkeit keines der in Deutschland etablierten Rehabilitationsverfahren für psychisch Kranke nach wissenschaftlichen Standards als belegt gelten. Es existieren lediglich Katamnesedaten der Anbieter selbst (zusammenfassend: Gühne & Riedel-Heller, 2015), die jedoch aufgrund fehlender Kontrollgruppen und fehlender Angaben zur längerfristigen Beschäftigungssituation kaum zu interpretieren sind. Über das langfristige Schicksal der Rehabilitanden sind kaum Zahlen bekannt. Die Mehrheit dürfte mehrere Maßnahmen durchlaufen, einige sogar auf regelrechte „Maßnahmenkarrieren“ zurückblicken.

Als weitere Probleme gelten 1.) die oft langen und für Betroffene intransparenten Antragsverfahren, 2.) die hohen Abbruchquoten einzelner Maßnahmen (z.B. brechen bis zu 2/3 aller Teilnehmenden eine RPK-Maßnahme vorzeitig ab (siehe Gühne & Riedel-Heller, 2015, S.43; vgl. Stengler et al., 2014) und 3.) der fortgesetzte Unterstützungsbedarf nach Abschluss der Maßnahmen, dem kaum ausreichend entsprochen werden kann (sog. „Schnittstellenproblematik“). Bei der Mehrzahl der Teilnehmenden dürften Einschränkungen auch nach Abschluss einer intensiven PVT-Maßnahme fortbestehen (siehe ausführlich Nischk, Temme, Rusch, 2020). Gerade dann, wenn es tatsächlich darum geht, eine Anstellung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erreichen und zu erhalten, ist der Rehabilitand dann paradoxer Weise auf sich alleine gestellt.

In der Summe dürften die dargelegten Probleme die Inklusionsproblematik erheblich verschärfen. Psychische Erkrankungen sind mittlerweile Hauptursache für Frühberentungen; ihr Anteil hat sich zwischen 2001 und 2013 auf 42.9% fast verdoppelt und findet zumeist vor dem 50. Lebensjahr statt (BptK-Studie, 2013). Menschen mit schizophrenen Störungen werden im Schnitt sogar vor dem 40 Lebensjahr berentet (Richter et al., 2006).

Obgleich die Wirksamkeit des IPS-Verfahrens empirisch als gesichert gilt, verläuft die Einführung in Deutschland schleppend. Hierzu trägt einerseits die besondere Problematik verschiedener sozialrechtlicher Kostenträger bei, andererseits jedoch auch der zuweilen recht polemische Widerstand etablierter Leistungsanbieter (z.B. Kilian, 2016; siehe dazu Nischk, 2020). Um die Einführung von IPS in Deutschland voranzutreiben, sind Erfahrungswerte für den hiesigen sozialrechtlichen Rahmen hilfreich, u.a. zu den zu erwartenden Beschäftigungsquoten, zur Nachhaltigkeit der durch IPS betreuten Arbeitsstellen sowie zu etwaigen Besonderheiten der praktischen Umsetzung. Zusätzlich sind empirische Daten wünschenswert, die belegen, dass IPS die Integrationsquoten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gegenüber den herkömmlichen Rehabilitationsangeboten („rehabilitation as usual“ - RAU) verbessert. Aus der Perspektive der Kostenträger ist der Nachweis einer Überlegenheit gegenüber eines *spezifischen* anderen Angebotes hingegen von untergeordneter

Bedeutung, da die Mehrzahl der Menschen mit psychischen Erkrankungen ohnehin mehrere Verfahren durchlaufen dürfte. Auch gibt es keine empirischen Hinweise für eine differentielle Wirksamkeit dieser Verfahren für bestimmte Gruppen. Dementsprechend erfolgt die Zuweisung nach persönlicher Präferenz der Interessenten oder Empfehlung von Rehabilitationsfachleuten.

### **2.3. Die beruflich rehabilitative Situation psychisch Kranker im Landkreis Konstanz**

Die unter 2.2. genannten allgemeinen Probleme bei der beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker in Deutschland bestanden vor Beginn des IPS-Angebotes auch im Landkreis Konstanz. Patientinnen und Patienten des ZfP-Reichenau beklagten immer wieder den Mangel an betriebsnahen und inklusiven Arbeits- und Rehabilitationsangeboten sowie die langen und intransparenten Antragsverfahren. So wurden sowohl in den drei Integrationsfirmen, über den Integrationsfachdienst (IFD) und die Unterstützte Beschäftigung (UB) im Jahr 2010 kaum mehr als jeweils 5-8 Menschen mit psychischen Erkrankungen erfolgreich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt integriert (Teilhabeplan Landkreis Konstanz, 2010). Die berufliche Perspektive von jungen Menschen mit potentiell schwerwiegenden psychischen Erkrankungen, wie etwa des schizophrenen oder bipolaren Spektrums, war besonders prekär: das Regelverfahren, die medizinisch-berufliche Rehabilitation nach dem RPK-Verfahren, war und ist nur überregional und deshalb vollstationär verfügbar, so dass nach Abschluss dieser Maßnahme infolge des „Schnittstellenproblems“ viel zu wenig Rehabilitanden längerfristig auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Fuß fassen können. Die ortsansässige WFBM war jedoch schon aufgrund der dort vorherrschenden Altersstruktur für junge Menschen wenig akzeptabel (und kann - wie andere Werkstätten auch - aufgrund vielfältiger auch struktureller Gründe kaum ihren Integrationsanspruch umsetzen). Für die Gruppe junger Psychosebetroffener wurde auch seitens des speziellen Frühbehandlungsangebotes am ZfP Reichenau (Station 34, „Soteria“) ein besonderer Handlungsbedarf festgestellt: Von knapp 100 jungen ersterkrankten Patientinnen und Patienten der Soteria wiesen 60% keinen Ausbildungsabschluss auf, 87% verfügten über

keinerlei berufliche Einkünfte, 60% wohnten nicht selbständig. Somit wiesen die zum großen Teil erstmals stationär behandelten jungen Menschen bereits das Bildungs- und Einschränkungsprofil der älteren Betroffenen der Eingliederungshilfe auf, welche kaum noch den Weg auf den allgemeinen Arbeitsmarkt finden - von den knapp 400 Beziehern von Leistungen zur Eingliederungshilfe waren 2010 nur 2% sozialversicherungspflichtig tätig (Teilhabebericht Landkreis Konstanz, 2010).

Zusammenfassend bestand im Landkreis Konstanz vor Beginn des IPS-Projekts ein ungedeckter Unterstützungsbedarf nach 1.) längerfristiger, gemeindenaher und ambulanter sowie präventiv ausgerichteter Begleitung direkt auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und 2.) Beratung und Begleitung zu Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation (Beratungs- und Lotsenfunktion).

## **2.4. Zielsetzung des IPS-Projekts Reichenau**

Um dem Bedarf nach längerfristiger, gemeindenaher und ambulanter Unterstützung direkt auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu entsprechen, wurde im Juli 2015 das IPS-Projekt am Standort Reichenau gegründet und zügig aufgebaut. Ziel dieses zunächst auf fünf Jahre angelegten klinikfinanzierten Modellprojektes war es, Erkenntnisse über die Effektivität und Praktikabilität des IPS-Ansatzes im Landkreis Konstanz zu gewinnen. In der begleitenden Evaluation ging es um drei Themenkomplexe: 1.) Ist IPS ebenso effektiv im Landkreis Konstanz wie in anderen Ländern? 2.) Verbessert IPS die Beschäftigungsquoten psychisch Kranker im Landkreis Konstanz? und 3.) Wie praktikabel ist IPS unter den hiesigen sozialen und rechtlichen Bedingungen? Unter diesen Themenkomplex fallen z.B. Fragen nach Verdienstmöglichkeiten, der Nachhaltigkeit der Berufstätigkeiten, den Auswirkungen auf die Gesundheit, der Kooperation mit Ämtern und anderen Dienstleistern sowie den Folgen der Coronakrise auf das IPS-Angebot.



Um diese Fragen zu beantworten, wurden alle Teilnehmenden hinsichtlich klinischer und beruflicher Verlaufsparemeter über 18 Monate nachverfolgt. Die daraus gewonnenen Indikatoren (u.a. Beschäftigungsquoten, Krankheitstage und Abbruchquoten) wurden 1.) Vergleichswerten aus anderen Ländern, die in zwei Reviews/ Metaanalysen publiziert wurden (Bond, Becker & Drake, 2012; Burns & Catty, 2008), gegenübergestellt. Um zu überprüfen, ob sich 2.) durch das zusätzliche IPS-Angebot die Beschäftigungsquoten psychisch Kranker verbessern, führten wir eine kontrollierte Vergleichsstudie mit jungen Psychosebetroffenen durch, die im Allgemeinen besonders von Frühberentung und sozialer Behinderung bedroht sind (z.B. Üstun et al., 1999). Als Kontrollpersonen dienten Psychosebetroffene aus anderen Landkreisen, die dort mit den üblichen Maßnahmen (z.B. RPK oder BTZ) unterstützt wurden, also „rehabilitation as usual“ (RAU) erhielten.

## **3. Umsetzung**

### **3.1. Aufbau und Entwicklung**

Das IPS-Projekt Reichenau wurde seit Frühjahr 2015 systematisch vorbereitet und zum 1.7.2015 begonnen. Die Datenerhebung begann im September 2015. Zur Vorbereitung gehörte ein 2-Tages-Workshop mit Prof. Dr. Robert Drake und Prof. Dr. Debora Becker (Dartmouth-College/ New Hampshire, USA) sowie regelmäßige Planungssitzungen der neu konstituierten IPS-Projektgruppe. Wissenschaftliche wie praktische Unterstützung wurde darüber hinaus durch Bettina Bärtsch (IPS-Zürich) und PD. Dr. Holger Hoffmann (IPS-Bern) geleistet. Seither standen im Reichenauer IPS-Projekt durchgängig zwischen 1,8-2,3 Stellenanteile (S. H., S. F., E. G., R. F.), verteilt auf 2-4 Jobcoaches, zur Verfügung. Ein Teamleiter (D. N.) unterstützte die Coaches supervisorisch in psychologisch-psychiatrischen Fragen sowie federführend bei der Begleitevaluation. Das IPS-Team wurde darüber hinaus durch den Leiter der Abteilung Therapie und Kultur (W.K.) bei der Öffentlichkeitsarbeit sowie durch die zuständigen Chefärztinnen (A. T., A.-K. H.) in konzeptuellen und organisatorischen Fragen unterstützt.

### **3.2. Qualitätssicherung**

Das IPS-Verfahren ist präzise anhand von 15 Kriterien definiert (Becker & Drake, 2003). Die Umsetzungstreue des Projektes wurde quartalsweise anhand der IPS-Fidelity-Scale (Bond et al., 1997; Abbildung 1) als Selbstbewertung eingeschätzt. Mit einem über die Quartale konstanten Wert von 65-67 (von 75 Punkten) kann insgesamt von einer guten bis sehr guten Umsetzungsgüte ausgegangen werden. Darüber hinaus bestand regelmäßige supervisorische Unterstützung durch Fr. Dr. B. Bärtsch, die das IPS-Projekt in Zürich/ Schweiz federführend aufgebaut hat, sowie fachliche Kooperation u.a. mit dem IPS-Projekt in Berlin (Fr. D. Jäckel).

### **3.3. Öffentlichkeitsarbeit und sonstige Tätigkeiten**

Zu den Kernaufgaben des IPS-Projekts gehört neben der Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankung auch die kontinuierliche Netzwerkarbeit mit Arbeitgebern (z.B. in Form jährlicher Arbeitgeberveranstaltungen und regelmäßiger Newsletter), Zuweisern (u.a. Ärzten und Therapeuten), kooperierenden Institutionen des sozialpsychiatrischen (u.a. Schulen, Sozialpsychiatrischer Dienst und Hilfsverein) und beruflichen Hilfesystems (u.a. Jobcenter, Agentur für Arbeit und andere Anbieter). Darüber hinaus wurde das IPS-Projekt auch der allgemeinen Öffentlichkeit vorgestellt (z.B. bei den Rotariern, durch Vorträge und durch Beiträge in der Lokalpresse). Kontakte zu anderen IPS-Projekten (Berlin, Leipzig) wurden aufgebaut und vertieft. Unser Projekt wurde darüber hinaus dem Fachpublikum in Publikationen und auf Kongressen (u.a. DGPPN-Kongress 2019) vorgestellt. Das IPS-Team ist in verschiedenen Arbeitskreisen auf Kreis-, Landes- sowie nationaler und europäischer Ebene regelmäßig vertreten und hat dort den IPS-Gedanken befördert sowie Finanzierungsmöglichkeiten ausgelotet. Schließlich wurden auch verschiedene IPS-Initiativen (u.a. Leipzig, Memmingen und Kiel) durch Hospitation, Beratung und Supervision unterstützt. Eine Aufstellung dieser sehr vielfältigen Aktivitäten findet sich in Anhang II.

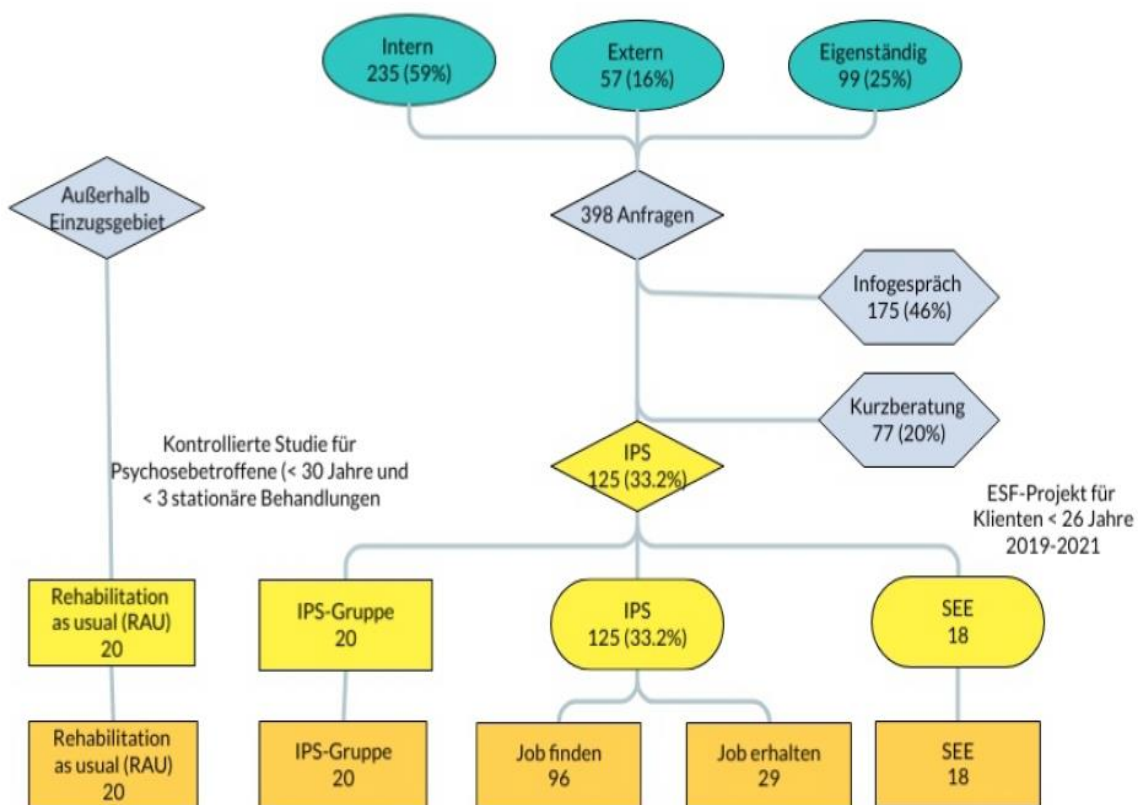
### **3.4. Zuweisungswege und Projekteinschluss**

Über den Projektzeitraum (1.7.2015 - 30.6.2020) erfolgten 398 Anfragen (siehe Abbildung 1, folgende Seite) aus dem Landkreis Konstanz sowie erreichbaren angrenzenden Gebieten. 235 (59%) der Anfragen waren klinikintern, 57 (16%) von externen Stellen und 99 (25%) eigenständig (siehe Anhang I für eine dezidierte Auflistung). Von den 398 Anfragen konnten 125 (33.2%) Klientinnen und Klienten in das IPS-Projekt übernommen werden. Sofern aufgrund mangelnder personeller Kapazitäten kein Platz angeboten werden konnte, wurde den Interessierten angeboten, sich ggf. nach sechs Monaten erneut zu melden, um dann vordringlich aufgenommen zu werden. Aus 77 (20%) Anfragen entstanden Kurzberatungen (2-5

Sitzungen), in denen in der Regel besondere sozialrechtliche und berufsrehabilitative Fragestellungen bearbeitet wurden.

Die Aufnahme ins IPS-Projekt stand grundsätzlich jedem Interessierten offen, sofern 1.) grundsätzliches Einverständnis bestand, die psychischen Einschränkungen gegenüber dem Arbeitgeber offenzulegen, 2.) eine begleitende therapeutische oder psychiatrische Unterstützung existierte und 3.) dem Jobcoach Kontaktaufnahmen (i.d.R. gemeinsam mit dem Teilnehmenden) mit dem sonstigen Hilfe- und Sozialsystem erlaubt wurden.

### 3.5. Teilprojekte und Auswertungsbedingungen



**Abbildung 2:** Zuweisungswege, Projekt (gelb)- und Auswertungsbedingungen (orange) der Gesamtstichprobe (N=144); Abkürzungen: IPS = Individual Placement and Support; SEE = Supported Employment and Education

Teilnehmende wurden verschiedenen Teilprojekten bzw. Auswertungsbedingungen zugewiesen, die die statistische Analyse leiteten (vgl. Abbildung 2). Insgesamt 125 Klientinnen

und Klienten waren bis zum 30.6.2020 in der IPS-Bedingung betreut worden. Die 125 Teilnehmenden wurden getrennt unter den Auswertungsbedingungen *Arbeitsplatzsuche* ( $n = 96$ ) und *Arbeitsplatzerhalt* ( $n = 29$ ) ausgewertet. Darüber hinaus wurden die Teilnehmenden noch weiteren Auswertungsbedingungen zugewiesen:

*Kontrollierte Studie:* Die ersten 40 Klienten mit einer Hauptdiagnose aus dem schizophrenen Spektrum (ICD-10: F2; F31.2 oder F31.5), einem Alter  $\leq 30$  und  $\leq 2$  stationärer Vorbehandlungen wurden in die kontrollierte Vergleichsstudie miteinbezogen; als Vergleichsgruppe fungierten hier Interessierte aus angrenzenden Gebieten, die aufgrund der räumlichen Entfernung ihres Wohnortes nicht in die IPS-Bedingung eingeschlossen werden konnten. Die Kontrollpersonen erhielten „rehabilitation as usual“ (RAU), d.h. sie wurden gemäß der örtlich üblichen Rehabilitationsangebote in ihren Landkreisen unterstützt. Entweder wurden diese Rehabilitationsmaßnahmen bereits durch das ZfP Reichenau eingeleitet oder - wo dies nicht möglich war - ein Kontakt mit den relevanten örtlichen Stellen hergestellt (z.B. Rehaberater der Agentur für Arbeit, Sozialpsychiatrischer Dienst).

*Supported Employment and Education (SEE):* Klientinnen und Klienten  $\leq 25$  Jahren wurden seit 2019 im Rahmen des Teilprojekts „Supported Employment and Education“ (SEE) betreut. Es handelt sich um ein durch den Europäischen Sozialfonds (ESF) zu 50% kofinanziertes Angebot, dessen Finanzierung aktuell bis 31.12.2021 gesichert ist. SEE erweitert IPS durch 1.) Unterstützung auch bei Schul- und sonstigen Bildungsabschlüssen, 2.) zusätzliche monatliche Workshopmodule mit gemeinsamem Lernen, Austausch und Selbsterfahrung, 3.) intensiverer Einbezug von Eltern und Angehörigen.

## 4. Ergebnisse

### 4.1. Klinische und demografische Merkmale der Teilnehmenden

In die vorliegende Analyse wurden sämtliche 125 Teilnehmende, die zwischen dem 1.7.2015 - 30.6.2020 im IPS-Projekt betreut worden waren, miteinbezogen. Die mittlere Teilnahmedauer betrug 12.44 Monate (Median: 13.00 Monate), bei 49 (39.2%) Teilnehmenden war der 18-monatige Beobachtungszeitraum beendet (die Teilnehmenden wurden danach ohne weitere Evaluation weiterbetreut).

Bei der Gesamtstichprobe ( $N = 125$ ) handelt es sich um eine u.E. nach recht repräsentative Stichprobe des allgemeinen psychiatrischen Versorgungsklientels (siehe Tabelle 1). Die Altersstruktur war heterogen (16-56 Jahre) mit einem Durchschnittsalter von  $M = 31.8$  ( $SD = 10.32$ ).  $N = 54$  (43.2%) waren weiblich. Die Diagnosestellung erfolgte gemäß ICD-10 unter Einbezug von Checklisten und der Krankenakte: Bei  $n = 65$  (52%) Klientinnen und Klienten lag eine Hauptdiagnose aus dem schizophrenen Spektrum (ICD-10: F2 sowie F31.2/5) vor, während bei  $n = 55$  (44%) eine affektive Störung (F3), bei  $n = 3$  (2.4%) eine Persönlichkeitsstörung (F6) sowie bei  $n = 2$  (1.6%) ein Asperger-Autismus (F84.5) bestand. Bei  $n = 56$  (44.8%) war die Hauptdiagnose innerhalb der letzten 5 Jahre gestellt worden. Ein hoher Anteil der Teilnehmenden war erheblich psychosozial eingeschränkt: Eine gegenwärtige Suchtproblematik (F1) bestand bei  $n = 24$  (19.2%) der Teilnehmenden,  $n = 51$  (40.8%) wohnten nicht selbständig, ebenso viele hatten noch keinen Berufsabschluss erlangt,  $n = 49$  (39.2%) waren länger als ein Jahr arbeitslos,  $n = 29$  (23.2%) wiesen einen Grad der Behinderung von mindestens 50 (oder gleichgestellt) auf und  $n = 24$  (19.2%) standen unter gesetzlicher Betreuung. In der kontrollierten Vergleichsstudie (IPS versus RAU bei jungen Psychosebetroffenen) unterschieden sich beide Gruppen nicht signifikant auf klinischen oder demografischen Variablen (siehe Anhang III).

**Tabelle 1:** Demografische Angaben der Gesamtstichprobe der IPS-Klienten ( $N = 125$ ) in den Bedingungen Jobfinden ( $n = 96$ ) und Joberhalt ( $n = 29$ )

Alter	31.87 (10.32)
Weiblich	54 (43.2%)
<i>Wohnen</i>	
Selbständig/ mit Partner	74 (59.2%)
Eltern	34 (27.2%)
Ambulant betreutes Wohnen	3 (2.4%)
Vollstationäres Wohnen	13 (10.4%)
Asylbewerberunterkunft	1 (0.8%)
<i>Schulabschluss</i>	
Hauptschule	22 (17.6%)
Mittlere Reife	51 (40.0%)
FH-Reife	9 (7.2%)
Abitur	43 (34.4%)
<i>Berufsabschluss</i>	
Keine Ausbildung	51 (40.8%)
Ausbildung Bildungsträger	2 (1.6%)
Ausbildung	55 (44.0%)
Studium	17 (13.6%)
<i>Hauptsächliches Einkommen</i>	
ALG I/ II	45 (36.0%)
Grundsicherung	7 (5.6%)
Eltern	24 (19.2%)
Krankengeld	31 (24.8%)
Gehalt	5 (4.0%)
Rente/ Grundsicherung	3 (2.4%)
(Teil-)Rente	4 (3.2%)
Vermögen	1 (0.8%)
Kein Einkommen	1 (0.8%)
Partnerschaft	31 (24.8%)
Arbeitslos > 1 Jahr	49 (39.2%)
<i>Hauptdiagnose</i>	
Schizophrenes Spektrum (ICD-10: F2/ F31.2/5)	65 (52.0%)
Affektive Störung (F3)	55 (44.0%)
Persönlichkeitsstörung	3 (2.4%)
Asperger-Autismus (F84.5)	2 (1.6%)
<i>Nebendiagnose</i>	
Gegenwärtige Sucht (F1)	24 (19.2%)
Affektive Störung (ICD-10: F3)	1 (0.8%)
Angststörung (F4)	10 (8.0%)
Persönlichkeitsstörung (F6)	7 (5.6%)
Minderbegabung (F7)	1 (0.8%)
ADHS (F9)	4 (3.2%)
<i>Dauer der psychischen Erkrankung</i>	
> 2 Jahre	27 (21.6%)

2-5 Jahre	29 (23.2%)
5-10 Jahre	46 (36.8%)
10-15 Jahre	19 (15.2%)
15-20 Jahre	1 (0.8%)
<hr/>	
Grad der Behinderung $\geq$ 50	29 (23.2%)
Gesetzliche Betreuung	24 (19.2%)

**Anmerkungen:** Angegeben sind Mittelwerte (Standardabweichungen) oder Häufigkeiten (%)

## 4.2. Erhobene Parameter und Auswertung

Bei allen Teilnehmenden wurden demografische (u.a. Alter, Berufserfahrung, Wohnform) und klinische Basisdaten (u.a. Diagnose, Erkrankungsdauer) per Interview erhoben. Monatlich wurden Tage und Stunden beruflicher Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, Krankheitstage, Behandlungstage im Krankenhaus, Bruttolohn sowie Häufigkeit und Dauer des IPS-Coachings erhoben. Die Gründe vorzeitiger Beendigungen wurden erfasst; Abbrüche von beiderseitig entschiedenen Unterbrechungen (= „reguläre Beender“) unterschieden. In allen Analysen wurden Abbrecher miteinbezogen (Intention-to-Treat-Analyse).

Um zu überprüfen, ob durch IPS im Landkreis Reichenau ähnlich hohe Beschäftigungsquoten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erzielt werden wie in anderen Ländern, wurden Vergleichswerte aus zwei internationalen Publikationen herangezogen: Bond, Drake und Becker (2012) fassten die Ergebnisse von 15 randomisierten Vergleichsstudien (9 aus den USA, 6 aus anderen Ländern) zusammen. Besonders relevant für das hiesige Projekt waren die Ergebnisse der europäischen EQOLISE-Studie, einer Multicenter-Studie mit randomisiert kontrollierten Vergleichsstudien in Italien, England, Niederlande, Schweiz, Bulgarien und Deutschland (Burns & Catty, 2008). Die Beschäftigungsquoten wurden nach verschiedenen Kriterien berechnet: Anteil der Teilnehmenden, die a.) während des 18-monatigen Beobachtungszeitraumes mindestens 1 Tag auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt waren, die b.) mindestens 20h/Woche über mindestens 2 Monate tätig waren und die c.) „nachhaltig“ waren, d.h. vollständig sozialversicherungspflichtig sowie auf mindestens ein Jahr



befristet. Schließlich wurde d.) der berufliche Status zum Abschluss des Beobachtungszeitraums (bzw. zum Stichtag 30.6.2020) erhoben.

Um zu überprüfen, ob IPS als ergänzendes Angebot im Landkreis Konstanz die Beschäftigungsquoten bei jungen Psychosebetroffenen ( $\leq 30$  Jahre und  $\leq 2$  stationäre Vorbehandlungen) verbessert, wurden 20 IPS-Teilnehmende mit 20 Kontrollpersonen verglichen, die in angrenzenden Landkreisen RAU erhielten. Hier werden vorläufige Ergebnisse (Stand 1.1.2019) berichtet.

Klinische und beschäftigungsbezogene Indikatoren wurden annualisiert und deskriptiv aufbereitet. Vergleiche erfolgten mit geeigneten Verfahren (u.a. *t*-Test und  $X^2$ ) auf 5%-Signifikanzniveau. Der Einfluss von bestimmten Risiko- und protektiven Faktoren auf die Wahrscheinlichkeit, eine Anstellung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu finden, wurde mit dem *relativen Risiko* (Risk Ratio, RR) bestimmt. Dies bezeichnet das Verhältnis der Wahrscheinlichkeit bei Vorliegen eines Faktors zur Wahrscheinlichkeit bei Nichtvorliegen. Die Auswertung erfolgte mit Hilfe von SPSS, Version 23.

## 4.3. Ergebnisse

Die wesentlichen quantitativen Ergebnisse finden sich in den Tabellen 2-5 auf den folgenden Seiten. Zur besseren Übersicht werden die Ergebnisse im Folgenden anhand folgender Leitfragen berichtet:

1. Ist IPS im Landkreis Konstanz ebenso effektiv wie in anderen Ländern?
2. Verbessert IPS die Beschäftigungsquoten von jungen Menschen mit Psychosen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt in der Region?
3. Wie nachhaltig sind die Arbeitsstellen, die durch IPS erworben bzw. erhalten wurden?
4. Wie praktikabel, akzeptiert und sicher ist IPS?
5. Wie viel verdienen IPS-Klientinnen und Klienten?
6. Welche Faktoren erschweren oder erleichtern das Finden oder Erhalten einer Tätigkeit durch IPS?
7. Wie gestaltete sich die Zusammenarbeit mit anderen psychosozialen Diensten?
8. Welche Auswirkungen hatte die Corona-Krise auf die IPS-Arbeit?
9. Wie wirksam ist Supported Employment and Education (SEE)?

**Tabelle 2:** Integrationsraten auf den allgemeinen Arbeitsmarkt aller Teilnehmenden, die bis zum 30.6.2020 in das IPS-Projekt aufgenommen wurden (N = 125), jeweils nach verschiedenen Kriterien für die Bedingungen *Arbeitsplatzsuche* (n = 96) und *Arbeitsplatzerhalt* (n = 29) sowie die entsprechenden vorläufigen Ergebnisse bei der kontrollierten Vergleichsstudie IPS bei Psychosebetroffenen (n= 40; Stand 1.1.2019)

	Arbeitsplatz- Suche (n = 96)	Arbeitsplatz- erhalt (n = 29)
Tage auf AA pro Jahr	52.68 (66.02)	114.66 (88.05)
Stunden auf AA pro Jahr	289.75 (425.84)	659.25 (553.58)
> 1 Tag <sup>1</sup>	58 (60.4%)	26 (89.7%)
> 2 M und > 20h/ W <sup>2</sup>	36 (37.5%)	23 (79.3%)
Nachhaltige Anstellung <sup>3</sup>	29 (30.2%)	24 (82.8%)
der regulären Beender	25/49 (51.0%)	14/15 (93.3%)
Tätig auf AA/BFD/ FSJ <sup>4</sup> zum 31.6.2020	42 (43.8%)	25 (86.3%)
<u>davon:</u>		
BFD/ FSJ	2 (2.1%)	2 (6.9%)
Ausbildung AA	4 (4.2%)	1 (3.4%)
450€-Job	7 (7.3%)	-
AA < 20h	2 (2.1%)	2 (6.9%)
AA < 30h	8 (8.3%)	5 (17.2%)
AA < 41h	19 (19.8%)	15 (51.7%)
Nicht tätig	54 (56.2%)	4 (13.7%)
<u>davon:</u>		
Arbeitsuchend	42 (43.8%)	3 (10.3%)
Ehrenamt/ Rente	2 (2.1%)	-
WFBM	1 (1.0%)	-
Niederschw.	3 (3.1%)	-
Arbeiten	2 (2.1%)	-
Schule/ Studium	1 (1.0%)	1 (3.4%)
RPK	2 (2.1%)	
Umschulung		
BVB		

**Anmerkungen:** Zellen enthalten Mittelwerte und Standardabweichungen oder Häufigkeiten und %-Angaben  
Abkürzungen: AA = Allgemeiner Arbeitsmarkt; BFD = Bundesfreiwilligendienst; FSJ = Freiwilliges Soziales Jahr;  
WFBM = Werkstatt für Behinderte Menschen; RPK = Rehabilitation Psychisch Kranker

<sup>1</sup> Während der Teilnahme mindestens 1 Tag auf allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt

<sup>2</sup> Während der Teilnahme für mindestens 2 Monate 20h/ Woche beschäftigt

<sup>3</sup> „Nachhaltig“ = voll sozialversicherungspflichtige Anstellungsverhältnisse, mindestens auf 1 Jahr befristet und über den Beobachtungszeitraum hinausreichend.

<sup>4</sup> AA/ BFD / FSJ = Anteil derjenigen, die zum Abschluss des Beobachtungszeitraumes bzw. Stichtag 30.6.2020 entweder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig waren oder Bundesfreiwilligendienst/ Freiwilliges Soziales Jahr absolvierten.

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

**Tabelle 3:** Beschäftigungsquoten aus internationalen Studien zur Effektivität von IPS

	Bond et al. (2012) <sup>1</sup>	EQOLIZE <sup>2</sup>
	<b>EG/KG</b>	<b>EG/KG</b>
Tätig AA <sup>3</sup> (>1 Tag)	58.9% / 23.2%	54.5%/27.6%
Tätig AA > 20h/W. und 2 Monate	43 % / 14.2%	-
Stunden/ Jahr	284.3/ 86,1	285.7/ 79.3
Tage/Jahr	64/24.1	86.7/20.3
Fehltage	-	20.1 /31.3

**Anmerkungen:** Angeben sind Prozentwerte oder Mittelwerte. <sup>1</sup>Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2012). Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 11, 32–39. <sup>2</sup>Burns, T., & Catty, J. (2008). IPS in Europe: the EQOLISE trial. *Psychiatric rehabilitation journal*, 31(4), 313–7. <sup>3</sup> AA = Allgemeiner Arbeitsmarkt; EG = IPS-Gruppe; KG = Kontrollgruppe

**Tabelle 4:** Vergleich gegenwärtiger Beschäftigungsquoten aller aktiv unterstützten IPS-Klienten im IPS-Reichenau mit der IPS-Learning-Community<sup>1</sup> zum 31.06.2020

	IPS-Reichenau		IPS-Learning-Community
	<i>Arbeitsplatzssuche</i> (n = 43)	<i>Arbeitsplatzerhalt</i> (n = 11)	<i>Arbeitsplatzssuche</i> N = 21096 (369 IPS-Projekte) <sup>2</sup>
Arbeitslos/ ohne Tätigkeit	16 (38.5%)	-	
Schule/ Universität	-		
FSJ/ BFD	-	2 (18.1%)	
Mini-/Midijob	5 (11.9%)	-	
<b>Voll sozialversichpfl. angestellt</b>	<b>19 (45.2%)</b>	<b>9 (81.8%)</b>	<b>8607 (40.8%)</b>

**Anmerkungen:** <sup>1</sup> Zusammenschluss von 369 IPS-Projekten über die Arbeitsgruppe von Drake & Becker am Dartmouth College, New Hampshire (USA), die seit 2002 regelmäßig quartalsweise Integrationsquoten veröffentlichen. <sup>2</sup> IPS-Projekte in den USA, Italien und Montreal; <https://ipsworks.org/index.php/2020/09/11/clients-served-and-working-update-q2-2020/>

**Tabelle 5:** Weitere tätigkeitsbezogene Merkmale in der IPS-Gruppe

Anzahl der Stellenwechsel auf AA ( $n = 84$ )		
1 Tätigkeit	56 (66.7%)	
2 Tätigkeiten	22 (26.2%)	
> 2 Tätigkeiten	6 (10.2%)	
Tage bis Tätigkeit auf AA ( $n = 58$ ) <sup>1</sup>		
Weniger als 34 Tage	40%	
Weniger als 65 Tage	50%	
Fehltag ( $n = 58$ ) <sup>1</sup>		
kein Fehltag	58.9%	
Weniger als 22 Tage	85.7%	
Krankhaustage (Job finden)		
nicht auf AA tätig ( $n = 38$ )	21.05 (35.03)	$t(94) = 0.906; p = .342$
> 1 Tag auf AA ( $n = 58$ )	14.67 (28.67)	
Von den auf AA tätigen:		
Kein Krankhaustag	65.5%	
30 Krankhaustage oder weniger	85.5%	
Vorzeitige Beendigungen ( $n = 125$ )		
Abbruch	13 (10.4%)	
Andere Maßnahme	5 (4.0%)	
Umzug	7 (5.6%)	
Schwangerschaft	1 (0.8%)	

#### 4.3.1. Ist IPS im Landkreis Konstanz ebenso effektiv wie in anderen Ländern?

Die Beschäftigungsquoten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von IPS entsprechen im Landkreis Konstanz denen in anderen Ländern. Während der 18-monatigen Beobachtungsphase waren bei IPS-Reichenau 60.4% der Klientinnen und Klienten (Bedingung: *Arbeitsplatzsuche*) mindestens einen Tag auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt (Tabelle 2), was sogar höher lag als die Zahlen aus anglo-amerikanischen Studien (58.9%; Bond et al., 2012; Tabelle 3) und der europäischen EQOLIZE-Studie (54.5%; Burns & Catty, 2008). Auch die übrigen Maßzahlen entsprechen weitgehend den internationalen Erfahrungen: 37.5% waren mehr als 2

Monate mehr als 20h/Woche beschäftigt (43.2%; Burns & Catty, 2008). In der Stichtagserhebung aller *gegenwärtigen* Klienten zum 30.6.2020 waren 45.2% der IPS-Teilnehmer (*Arbeitsplatzsuche*) voll sozialversicherungspflichtig angestellt, was höher lag als die Beschäftigungsquote von 40.8% der IPS-Learning-Community (ipsworks.org) bei 21096 IPS-Klientinnen und Klienten in den USA und Kanada.

Die Klientinnen und Klienten waren im Durchschnitt annualisiert 289.8 Stunden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig (284.3 Stunden bei Burns & Catty, 2008; 285.7 Stunden bei EQOLIZE), verteilt auf 52.7 Tage, was etwas niedriger als in den Vergleichsstudien war (64 Tage bei Burns & Catty, 2008; 86.7 bei EQOLIZE).

#### **4.3.2. Verbessert IPS die Beschäftigungsquoten von jungen Menschen mit Psychosen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt in der Region?**

Hierzu wurden die Beschäftigungsquoten und weitere Kennziffern junger Menschen ( $\leq 30$  Jahre,  $\leq 2$  stationäre Behandlungen) mit Schizophrenie-Spektrums-Störungen mit denen einer Kontrollgruppe verglichen, die in angrenzenden Landkreisen nach den regional üblichen Rehabilitationsverfahren (RAU) betreut wurden. Für die ausführlichen Ergebnisse sei auf die entsprechende Publikation verwiesen, die nunmehr (August 2022) zeitnah eingereicht wird. In der Zwischenauswertung zum Zeitpunkt der Berichtlegung deutete sich jedoch eine deutliche Überlegenheit der IPS-Gruppe gegenüber der RAU-Gruppe auf den meisten untersuchten Kriterien an. In der KG brachen 9 Teilnehmende die geplante Rehabilitation bereits während des Antragsverfahrens ab. Lediglich in dieser Gruppe ergaben sich 4 Anstellungen, die sich jedoch nicht als nachhaltig erwiesen. Von den 11 Absolventen verschiedener Rehabilitationsverfahren (in erster Linie RPK) fand (bislang) nur eine Person im Anschluss eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

### 4.3.3. Wie nachhaltig sind die Arbeitsstellen, die durch IPS erworben bzw. erhalten wurden?

Entscheidend für jedes berufliche Rehabilitationsangebot ist, ob die dadurch erreichten Anstellungsverhältnisse nachhaltig bzw. dauerhaft sind. Zu dieser Frage existieren allerdings in Deutschland keinerlei aussagekräftigen Studien, sodass hier keine Vergleiche zu anderen Verfahren möglich sind. Wir definierten die Anstellungsverhältnisse als nachhaltig, sofern sie a.) vollständig sozialversicherungspflichtig waren, b.) mindestens auf ein Jahr befristet und c.) über das Ende des Beobachtungszeitraums hinausreichten. In diesem Sinn waren 30.2% ( $n = 29$ ) der Anstellungsverhältnisse in der Bedingung *Arbeitsplatzsuche* ( $n = 96$ ) nachhaltig (Tabelle 2), in der kontrollierten Vergleichsstudie (IPS für junge Psychosebetroffene) sogar 47.6% ( $n = 10$ ), während in der RAU-Kontrollgruppe keine einzige nachhaltige Anstellung gelang. Bei den regulären Beendern (*Arbeitsplatzsuche*) stieg die Quote nachhaltiger Tätigkeiten auf 51% ( $n = 25$ ), während diese Kennziffer in der kontrollierten Vergleichsstudie unverändert blieb. In der Bedingung *Arbeitsplatz erhalten* ( $N = 29$ ) war die Quote der nachhaltigen Anstellungsverhältnisse mit 82.8% ( $n = 24$ ) besonders hoch.

### 4.3.4. Wie praktikabel, akzeptiert und sicher ist IPS?

Die meisten der Klientinnen und Klienten, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig waren (> 1 Tag), waren lediglich auf einer Stelle (66.7%) oder 2 Stellen (26.2%) tätig. Nur eine Minderheit (7.2%) wechselte mehrfach die Arbeitsstellen (Tabelle 3).

Eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wurde in der Bedingung *Arbeitsplatzsuche* im Mittel nach  $M = 111.34$  ( $SD = 121.34$ ) Tagen erreicht. Dies lag niedriger als die mittlere Dauer, die Drake und Kollegen (2012) anhand von 9 US-amerikanischen Studien mit 167.7 Tagen berechneten.

Bei der Berechnung der Fehltage und der Krankenhaustage wurde lediglich die Bedingung *Arbeitssuche* berücksichtigt, u.a. weil das IPS-Coaching bei den Teilnehmern, die eine Tätigkeit zu erhalten versuchten, in der Regel schon während der Krankschreibung

(stufenweise Wiedereingliederung) begann. Die Anzahl der Fehltag bei den erfolgreich auf den allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelten Klientinnen und Klienten lag in unserer Stichprobe mit  $M = 30.95$  ( $SD = 145.57$ ) höher als in der europäischen EQOLIZE-Studie ( $M = 20.1$ ). Allerdings waren diese Angaben in unserer Stichprobe durch wenige Klientinnen und Klienten mit hohen Ausfallzeiten verzerrt. Immerhin 58.9% der Teilnehmenden wiesen keinen einzigen Fehltag auf, 85.7% weniger als 22 Tage, was dem bundesdeutschen Durchschnitt entspricht. Die Krankenhaustage unterschieden sich nicht signifikant zwischen denjenigen, die während des 18-monatigen Beobachtungszeitraums auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig waren und denjenigen, die dies nicht waren, 14.67 vs. 21.05,  $t(94) = 0.96$ ,  $p = .342$ . 65.5% der Beschäftigten wiesen keinen einzigen Krankenhaustag auf, bei 84.5% waren dies 30 Tage oder weniger.

Es kam zu  $n = 26$  (20.8%) vorzeitigen Beendigungen: Hiervon waren 13 (10.4%) Abbrüche im engeren Sinne. In 5 Fällen (4.0%) wurde der Teilnehmende in eine andere, passender erscheinende Maßnahme überführt, 7 Teilnehmende zogen um, eine Teilnehmerin wurde schwanger.

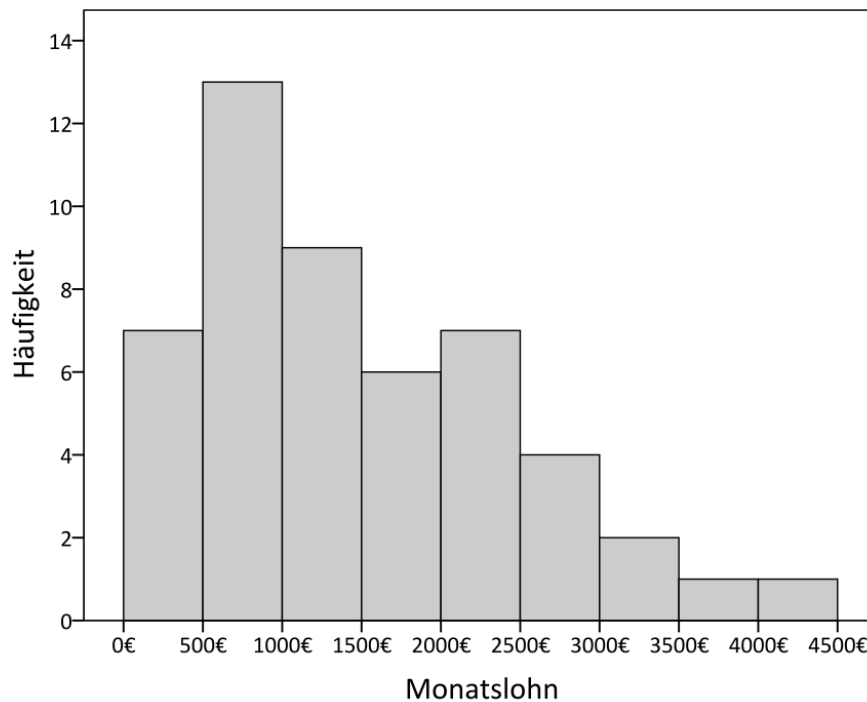
Die Gesamtbetreuungsdauer („face-to-face“) pro Klientin oder Klient betrug annualisiert  $M = 26.67$  ( $SD = 9.76$ ) Stunden, was sich auf  $M = 30.23$  ( $SD = 11.52$ ) Kontakte verteilte. Hinzu kommen Anfahrtszeiten, weitere fallbezogene Tätigkeiten (z.B. Arbeitgeberkontakte, Recherchen, Angelegenheiten mit Ämtern), die im Durchschnitt  $M = 7.76$  ( $SD = 6.67$ ) Stunden betragen, jedoch mit hoher Spannweite (3.01 - 20.00).

#### **4.3.5. Wie hoch liegen die Monatsgehälter von IPS-Stellen?**

Neben der Nachhaltigkeit einer Anstellung ist bedeutsam, ob das damit verbundene Gehalt ein inklusives Leben in der Gesellschaft ermöglicht. Hierzu liegen nach unserer Kenntnis für keine der etablierten Verfahren Daten vor, jedoch ist gerade der IPS-Ansatz immer wieder dafür kritisiert worden, dass er überwiegend finanziell höchst prekäre Anstellungsverhältnisse



schaffen würde. Abbildung 3 enthält die Häufigkeiten verschiedener Gehaltshöhen. Zugrunde gelegt wurde der gemittelte Bruttolohn der gearbeiteten Monate pro Teilnehmenden.



**Abbildung 3:** Gemittelte Monatsgehälter der nachhaltig Beschäftigten ( $n = 50$ )

Demnach lag das gemittelte Monatseinkommen bei 1477€ (1270.51). Das untere Viertel der Beschäftigten verdiente weniger als 699.79€ pro Monat; das obere Viertel mehr als 2155.83€. Zu bedenken bei dieser Aufstellung ist, dass ihr u.a. unterschiedliche Wochenstunden und Tätigkeiten (z.T. auch Ausbildungsverhältnisse) zugrunde liegen. Wie prekär oder angemessen eine Anstellung im Hinblick auf die Lebenshaltungskosten ist, wird darüber hinaus natürlich auch vom weiteren Einkommen sowie ggf. auch von unterhaltspflichtigen Familienangehörigen bestimmt, sodass eine weitere Interpretation der Einkommen nicht möglich ist.

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Bedingungen *Arbeitsplatzsuche* und *Arbeitsplatzerhalt* (1444.03€ versus 1518.95€). Menschen mit Schizophreniespektrums-Diagnosen verdienten tendenziell weniger als Teilnehmende mit anderen Diagnosen (1261.04€

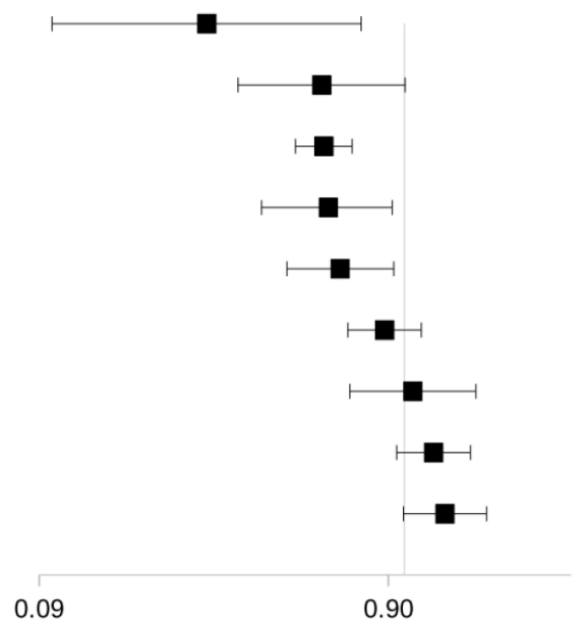
versus 1626.04€;  $U = 233$ ;  $p = .12$ ), wobei dies im Wesentlichen darauf zurückging, dass sich die im Schnitt jüngeren Psychosebetroffenen häufiger in Ausbildungsverhältnissen befanden.

#### **4.3.6. Welche Faktoren erschweren oder erleichtern die Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bei IPS?**

Die Zuweisung zu einem bestimmten beruflichen Rehabilitationsverfahren erfolgt bislang nach klinischem Eindruck von Rehabilitationsexperten bzw. Präferenz der Klientinnen und Klienten. Auf wissenschaftliche Daten kann dabei nicht zurückgegriffen werden.

Aus diesem Grund gingen wir der Frage nach, welche klinischen und demografischen Merkmale mit einer höheren oder niedrigen Wahrscheinlichkeit assoziiert waren, eine Anstellung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu finden. Überprüft wurde der Einfluss folgender Merkmale (Ja/ Nein): Vollstationäres Wohnen, Alter < 26, Arbeitsplatzsuche (versus Arbeitsplatzzerhalt), anerkannte (oder gleichgestellte) Schwerbehinderung, Arbeitslosigkeit  $\geq 1$  Jahr, Diagnose aus dem schizophrenen Spektrum (ICD-10: F2, F31.2/5), Partnerschaft und abgeschlossene Berufsausbildung. Als Maßzahl wurde das relative Risiko berechnet, also die Wahrscheinlichkeit bei Vorliegen eines bestimmten Faktors mindestens einen Tag auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig gewesen zu sein im Verhältnis zur Wahrscheinlichkeit bei Nichtvorliegen des Faktors (siehe Abbildung 3).

Vollstationäres Wohnen	0.27	95% CI ( 0.10 - 0.75 )
Alter < 26 Jahre	0.58	95% CI ( 0.33 - 1.01 )
Arbeitsplatzsuche	0.59	95% CI ( 0.49 - 0.71 )
Schwerbehinderung	0.61	95% CI ( 0.39 - 0.92 )
Arbeitslos > 1 Jahr	0.66	95% CI ( 0.46 - 0.93 )
Männliches Geschlecht	0.88	95% CI ( 0.69 - 1.12 )
Diagnose Schizophrenie	1.06	95% CI ( 0.70 - 1.60 )
Partnerschaft	1.21	95% CI ( 0.95 - 1.55 )
Abg. Ausbildung	1.31	95% CI ( 0.99 - 1.72 )



**Abbildung 3:** Die Wahrscheinlichkeit eine Anstellung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu finden in Abhängigkeit von verschiedenen Risiko- und protektiven Faktoren. Angegeben sind „Wahrscheinlichkeitsverhältnisse“ (Relatives Risiko, RR) sowie deren Konfidenzintervalle. Ein RR < 1 bezeichnet eine geringere Wahrscheinlichkeit bei Vorliegen des Faktors, ein RR > 1 weist auf eine höhere Wahrscheinlichkeit hin. Signifikant sind Faktoren, deren Konfidenzintervalle *nicht* die vertikale Linie schneiden.

Vollstationäres Wohnen (RR = 0.27), anerkannte (oder gleichgestellte) Schwerbehinderung (RR = 0.61), die Bedingung *Arbeitsplatzsuche* (statt *Arbeitsplatzerhalt*) (RR = 0.59), Arbeitslosigkeit  $\geq$  1 Jahr (RR = 0.66) waren signifikant ( $p < .5$ ) mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt assoziiert, Alter < 26 (RR = 0.58) lediglich tendenziell. Das Vorliegen einer abgeschlossenen Ausbildung erhöhte die Wahrscheinlichkeit (RR = 1.31) tendenziell. Das Vorliegen einer schizophrenen Spektrumsstörung und männliches Geschlecht hatten keinen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig gewesen zu sein.

Bei den Klientinnen und Klienten aus dem Bereich des vollstationären Wohnens handelt es sich überwiegend um bereits schwer chronifizierte Patienten, die im Allgemeinen nicht mehr als „rehabfähig“ betrachtet werden. Neben den krankheitsbedingten Einschränkungen dürften aber auch mangelnde finanzielle Anreize eine Rolle spielen, da Einkünfte mit den Versorgungskosten verrechnet werden. Da fast alle dieser vollstationär wohnenden Klientinnen

und Klienten auch einen anerkannten Grad der Behinderung aufwiesen, erklärt dies auch den signifikanten Effekt der Schwerbehinderung. Wird dies statistisch berücksichtigt, ist der Status der Schwerbehinderung nicht mehr negativ mit der Integrationsquote assoziiert.

Das Vorliegen einer Störung aus dem schizophrenen Spektrum hatte keinen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit einer Beschäftigung. Dies bestätigt die Ergebnisse einer großen US-amerikanischen Studie, wonach IPS die an sich niedrigere Beschäftigungsrate von Menschen mit schizophrenen Störung im Vergleich zu affektiven Störungen kompensiert.

Der positive Effekt einer abgeschlossenen Ausbildung auf die Chance auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt zu sein, ist allgemein bekannt und rechtfertigt auch die große gesellschaftliche Anstrengung, jungen Menschen einen Ausbildungsabschluss zu ermöglichen. Die vielfältigen Anforderungen bei der Begleitung junger Menschen (< 26 Jahre) haben dazu geführt, dass wir ab 2019 mit „Supported Employment and Education“ (SEE) ein intensiviertes IPS-Programm gemeinsam mit dem Europäischen Sozialfonds initiierten (siehe 4.3.9).

#### **4.3.7. Wie gestaltete sich die Zusammenarbeit mit anderen psychosozialen Diensten?**

Die Zusammenarbeit mit anderen Angeboten des sozialen Hilfesystems, z.B. Schulberatungen, niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychotherapeuten, dem sozialpsychiatrischen Dienst sowie Kolleginnen aus betreuten Wohneinrichtungen erwies sich als durchweg unkompliziert. Das IPS-Team baute darüber hinaus Kontakte mit den beteiligten Stellen der Bundesagentur für Arbeit (z.B. den Rehaberatern) sowie den Jobcentern auf. In Bezug auf spezifische Klienten erfolgte eine kooperative Zusammenarbeit. Das Vorgehen erfolgte in gegenseitiger Abstimmung, wobei die unterschiedlichen Aufgabenschwerpunkte jeweils beidseitig als ergänzend wahrgenommen wurden. Z.T. wurden auch über das Jobcenter potentielle Klienten zugewiesen. Das gleiche galt auch für den Integrationsfachdienst (IFD).

Das Klientel des IFD überschneidet sich nur z.T. mit dem des IPS-Projektes. Der IFD bietet Unterstützung für Menschen mit anerkannter (oder gleichgestellter) Schwerbehinderung an, die jedoch von vielen, insbesondere jüngeren Klienten, abgelehnt wird. Darüber hinaus bot der IFD im Landkreis Konstanz schon aufgrund des Betreuungsschlüssels von annähernd 1:60 (siehe Teilhabeplan Landkreis Konstanz 2010) nur eine vergleichsweise niedrigfrequente Unterstützung an, die deshalb gerade die oft langwierige Suche nach einem geeigneten Arbeitsplatz ausschließt. Insofern wurde die Zusammenarbeit bei einzelnen Klienten allseits als sinnvolle Ergänzung wahrgenommen.

#### **4.3.8. Welche Auswirkungen hatte die Corona-Krise auf die IPS-Arbeit?**

Die seit März 2020 bestehenden Schutz- und Hygienemaßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie wirkten sich auch auf die Arbeit des IPS-Teams aus. Zwar konnte die Kontaktdichte - verstärkt per Videofonie oder im Freien unter Abstandswahrung - weitgehend aufrechterhalten werden, jedoch änderte sich z.T. der Fokus der Unterstützung. Zum Stichtag 30.4.2020 wurden 40% der Klienten von ihren Coaches als deutlich „psychisch belasteter“ als zuvor wahrgenommen; bei 20% hatte sich der Betreuungsaufwand deutlich erhöht, insbesondere weil viele Klienten Schwierigkeiten bei der Tagesstrukturierung und Zukunftsängste angaben. Die Auswirkungen der Lockdown-Maßnahmen auf die bestehenden Arbeitsplätze waren jedoch bis 30.6.2020 erfreulich gering. Nur eine Klientin verlor ihre Anstellung, jedoch waren mehrere Klientinnen und Klienten von Kurzarbeit und Überzeitenabbau betroffen. Insgesamt erwies sich das IPS-Projekt auch während der Coronakrise aufgrund seiner flexiblen ambulanten Ausrichtung als gut anwendbar. Für einen ausführlichen Bericht sei auf Nischk und Hörsting (2020) verwiesen.

### **4.3.9. Wie wirksam ist Supported Employment and Education (SEE)?**

Aufgrund des höheren Hilfebedarfs junger Menschen mit psychischer Erkrankung wurde 2019 der Projektarm *Supported Employment & Education (SEE)*, kofinanziert durch den Europäischen Sozialfonds (ESF), ins Leben gerufen. SEE ergänzt das IPS-Format durch stärkeren Einbezug des sozialen Umfeldes, stärkeren Fokus auf Berufsorientierung, Schule und Ausbildung sowie regelmäßige Workshops mit Lern- und Selbsterfahrungsanteil. Zum Ende des ersten Förderzyklus am 31.12.2020 waren 31 Klientinnen und Klienten aufgenommen worden. Es handelte sich ganz überwiegend bereits schwer beeinträchtigte junge Menschen. 9 erfüllten die Kriterien für eine Störung des Schizophrenie-Spektrums, 15 (48.4%) wiesen mehr als eine Diagnose auf. Zum Abschluss befanden sich 12 (38.7%) Teilnehmende in einer Berufsausbildung oder in Anstellung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, 1 (3.2%) besuchte die Schule, ein weiterer ein Berufsbildungswerk. Bei 77.4% der Teilnehmenden konnte ein „Herausfallen“ aus dem System, d.h. ein Abbrechen jedweder Unterstützung, vermieden werden. Die vorläufigen Erfahrungen deuten somit einen auf positiven Effekt von SEE bei jungen Menschen mit psychischen Erkrankungen. Im kommenden Förderzyklus (bis 31.12.2021) sollen Angehörige noch intensiver als zuvor miteinbezogen werden und „Ex-In“-Kolleginnen und Kollegen als zusätzliche Berater fungieren.

## **4.4. Zusammenfassung der Ergebnisse**

Insgesamt 125 Klientinnen und Klienten sowie 20 Kontrollpersonen wurden während der 5-jährigen Projektphase innerhalb verschiedener Untersuchungsbedingungen betreut. Allgemein bestand ein noch deutlich höherer Wunsch nach IPS-Unterstützung als mit den 1,8-2,4-Coaching-Stellen angeboten werden konnte. Die Höhe des Bedarfs kann jedoch nicht genau, etwa in Stellenanteilen, beziffert werden, da wir schon in einer frühen Projektphase die Warteliste abschafften, sondern stattdessen Interessenten anboten, sich ggf. nach sechs Monaten erneut zu melden, um dann vordringlich ins Projekt aufgenommen zu werden. Dies

geschah bewusst, um nicht anderen Entwicklungen und Möglichkeiten der Interessenten im Wege zu stehen.

IPS ist hinsichtlich der erreichten Beschäftigungsquoten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt im Landkreis Konstanz ähnlich effektiv wie in anderen Ländern. 66.2% (*Arbeitsplatzsuche*) der Klientinnen und Klienten waren während des 18-monatigen Untersuchungszeitraumes auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig. Bond et al. (2012) errechneten für 15 Studien aus den USA und anderen englischsprachigen Studien eine Quote von 58.9%, in der europäischen EQOLIZE-Studie (Burns & Catty, 2008) lag diese bei 54.5%. 37.5% unserer Klienten waren mindestens zwei Monate für mindestens 20h/ Woche beschäftigt (Bond et al: 43%). Zum 31.6.2020 war der Anteil der gegenwärtig auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Beschäftigten mit 53.7% (von insgesamt 54 gegenwärtigen Teilnehmern) sogar höher als die US-amerikanische Quote der IPS-Learning-Community (40.8% bei 210096 Klienten in 369 Projekten).

Auch auf den anderen Maßzahlen ergaben sich vergleichbare Ergebnisse: Die IPS-Klienten arbeiteten annualisiert vergleichbar viele Stunden ( $M = 289.75$ ; Bond et al: 284.3; EQOLIZE: 285.7), jedoch etwas weniger Tage ( $M = 52.68$ ; Bond et al: 64; EQOLIZE: 86.67) und mit etwas höheren Fehltagen ( $M = 30.95$ ; EQOLIZE: 20.1).

IPS verbesserte darüber hinaus nach den vorläufigen Ergebnissen zum 1.1.2019 die berufliche Integration von jungen Menschen ( $\leq 30$  Jahre oder  $\leq 2$  stationäre Behandlungen) mit Psychoseerfahrungen (ICD-10: F2; F31.2/5) im Landkreis Konstanz. Die IPS-Gruppe ( $n = 20$ ) war nach vorläufigen Ergebnissen der RAU-Gruppe ( $n = 20$ ), die in (strukturell ähnlichen) angrenzenden Landkreisen mit den üblichen Maßnahmen betreut wurde (RAU), auf fast allen Indikatoren signifikant überlegen. Allerdings kann die sich abzeichnende Überlegenheit des IPS-Ansatzes aufgrund des gewählten Studiendesigns nicht eindeutig auf die IPS-Unterstützung selbst bezogen werden, da bislang nur 11 der 20 Klienten überhaupt eine Maßnahme begannen (RPK-Verfahren:  $n = 9$ ; Integrationsfirma:  $n = 1$ ; Berufsbildungswerk:  $n = 1$ ); die restlichen 9 Klienten blieben bereits im Antragsverfahren „stecken“ und erhielten dann faktisch keinerlei

professionelle Unterstützung mehr. Von den RPK-Rehabilitanden war bislang niemand 18 Monate nach Abschluss der Maßnahme auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig. Die lediglich vier Anstellungsverhältnisse in der Kontrollgruppe kamen durch persönliche Kontakte und familiäre Unterstützung zustande und waren nur von kurzer Dauer. Die Kontrollpersonen beklagten in unseren Nachbefragungen sowohl das lange und komplizierte Antragsverfahren für Rehabilitationsmaßnahmen als auch die Tatsache, dass nach Abschluss der für alle Klienten überregionalen RPK-Maßnahme keine ausreichende Unterstützung in der Heimatgemeinde verfügbar gewesen sei.

Die häufige Befürchtung, dass durch IPS insbesondere kurzfristige und prekäre Arbeitsverhältnisse erreicht werden, fand keine Bestätigung: Insgesamt wurden bei 30.2% der Gesamtgruppe *Arbeitsplatzssuche* ( $n = 96$ ) nachhaltige Anstellungen erreicht; bei Klienten, die die IPS-Maßnahme regulär beendeten, lag dieser Anteil bei 52%. Von den berufstätigen Klienten ( $n = 84$ ) waren 66.7% lediglich auf einer einzigen Arbeitsstelle tätig, 26.2% kam es zu mindestens einem Stellenwechsel. Das monatliche Bruttogehalt der nachhaltigen Beschäftigungen lag bei  $M = 1477\text{€}$ ,  $\frac{1}{4}$  der Berufstätigen verdienten weniger als 700€,  $\frac{1}{4}$  mehr als 2155€. Vergleichszahlen aus anderen beruflich-rehabilitativen Angeboten in Deutschland liegen nicht vor.

IPS scheint überdies praktikabel, umsetzbar und akzeptiert: Tätigkeiten wurden nach  $M = 111.34$  ( $SD = 121.34$ ) Tagen begonnen. Die annualisierte Betreuungsdauer (face-to-face) betrug  $M = 26.67$  ( $SD = 9.76$ ) Stunden, hinzu kommt ein indirekter Zeitaufwand (Fahrten, Dokumentation, Telefonate) von ca. 7 Stunden. Die Quote der vorzeitigen Beendigungen (20.8%) ist im Vergleich zu anderen Maßnahmen (siehe Gühne und Riedel-Heller, 2015) sehr niedrig, besonders wenn man bedenkt, dass Abbrüche im engeren Sinne nur bei 10.8% vorkamen. Zwar lag die Zahl der Fehltage bei  $M = 30.95$  recht hoch, jedoch wiesen 58.9% keinen Fehltag auf und 85.7% weniger als 22 Tage, was dem bundesdeutschen Durchschnitt entspricht.



Um einen Eindruck über die differentielle Wirksamkeit des IPS-Ansatzes zu bekommen, wurden die Beschäftigungsquoten bei Vorliegen verschiedener Risiko- oder protektiver Faktoren verglichen. Im Einklang mit anderen Untersuchungen nivelliert IPS die häufig gefundenen schlechteren Integrationsquoten bei Menschen mit Störungen des schizophränen Spektrums. Besonders effektiv war IPS bei Klientinnen und Klienten, bei denen IPS zum Arbeitsplatzverlust (n = 29) eingesetzt wurde. 89.7% waren während des Beobachtungszeitraumes auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt, fast immer nachhaltig. Der Erhalt von Arbeitsplätzen trotz oder nach psychischer Erkrankung scheint besonders relevant, um die Gefahren längerer Erwerbslosigkeit nach psychischer Krise/ Erkrankung zu reduzieren, zumal die Beschäftigungsquoten psychisch Kranker seit den 90er Jahren zu sinken scheinen (Richter & Hoffmann, 2019).

Klientinnen und Klienten aus dem vollstationären Wohnen (nicht jedoch aus anderen betreuten Wohnformen) wiesen eine vierfach niedrigere Wahrscheinlichkeit auf, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelt zu werden als andere Teilnehmende (RR = 0.27 [0.09-0.75]). Neben den deutlichen krankheitsbezogenen Einschränkungen spielen hier vermutlich auch mangelnde finanzielle Anreize eine Rolle, da der größere Anteil des Verdienstes mit den Wohnkosten verrechnet wird. Insgesamt handelt es sich um eine Gruppe von eher älteren Menschen mit oft festgestellter Schwerbehinderung und erheblichen psychosozialen Einschränkungen, für die zwar eine sinnvolle (oft ehrenamtliche) Beschäftigung gefunden werden kann, jedoch eine Berufstätigkeit eher selten erreicht werden kann. Klientinnen und Klienten < 26 Jahre waren tendenziell seltener beschäftigt (RR = 0.58 [0.34-1.00]). Die besonderen Herausforderungen junger Menschen zum Eintritt ins Berufsleben sind allgemein bekannt: Junge Klienten nehmen oft weniger bereitwillig Hilfe an, es bestehen wenig berufliche Erfahrungen und deshalb z.T. unrealistische Zielvorstellungen. Viele Klientinnen und Klienten gehen psychiatrischen und psychotherapeutischen Hilfsangeboten aus dem Weg. Familiäre Konflikte sind in Anbetracht der bestehenden Probleme häufig. Aufgrund des höheren Hilfebedarfs dieser Gruppe wurde 2019 der Projektarm *Supported Employment & Education*

(SEE), kofinanziert durch den Europäischen Sozialfonds, initiiert. SEE ergänzt das IPS-Format durch stärkeren Einbezug des sozialen Umfeldes, stärkeren Fokus auf Berufsorientierung, Schule und Ausbildung und regelmäßige Workshops mit Lern- und Selbsterfahrungsanteil. Die bisherigen Erfahrungen mit 19 Klientinnen und Klienten (Stichtag 31.12.2020) zeigen, dass durch diese intensivierete Betreuung in 14/ 31 Fällen (45.2%) eine berufliche Tätigkeit oder Schulbesuch erreicht werden kann. Diese vorläufigen Befunde deuten somit auch einen präventiven Effekt bei jungen Menschen mit psychischen Erkrankungen an.

## 5. Fazit und Ausblick

Dieser Projektbericht fasst die wesentlichen Ergebnisse des Reichenauer IPS-Projektes zwischen 2015-2020 zusammen. Es handelt sich um das erste bundesdeutsche Projekt, das IPS als Teil der Regelversorgung psychisch Kranker in einem bestimmten Versorgungsgebiet umsetzte. Das Reichenauer IPS-Projekt ergänzt die eindrucksvolle Befundlage zur Effektivität von IPS in anderen Ländern um eine Machbarkeits- und Effektivitätsstudie unter den realen sozialen und rechtlichen Bedingungen in Deutschland.

IPS ist nach unseren Ergebnissen auch unter den hiesigen sozialrechtlichen Bedingungen effektiv, praktikabel und sicher: Die Beschäftigungsquoten auf den allgemeinen Arbeitsmarkt entsprechen weitgehend denen aus anderen Ländern. IPS adressiert nach unseren Ergebnissen einen bislang durch andere psychosoziale und berufsrehabilitative Angebote nicht abgedeckten Bedarf, nämlich der langfristigen Unterstützung von Menschen bei der Stellensuche und beim Stellenerhalt. Es konnte zudem gezeigt werden, dass IPS bei jüngeren Menschen mit Störungen des Schizophrenie-Spektrums die Beschäftigungsquoten auf den allgemeinen Arbeitsmarkt gegenüber einer „rehabilitation as usual“-Kontrollbedingung signifikant verbesserte. Da jedoch nahezu die Hälfte der Probanden in der Kontrollbedingung überhaupt keine berufliche Rehabilitationsmaßnahme erhielten, lässt sich der Unterschied zwischen den Bedingungen nicht eindeutig auf die IPS-Unterstützung zurückführen, sondern weist noch einmal nachdrücklich auf die Nachteile der langen und intransparenten Antragsverfahren hin, die den Betroffenen bei der Beantragung von Leistungen im Stich lassen (siehe auch Nischk, Rusch & Temme, 2020). Die IPS-Begleitung hingegen erfolgte aufgrund der Klinikfinanzierung (bei entsprechender Verfügbarkeit) nahtlos, niederschwellig und begleitete die Klientinnen und Klienten ggf. auch in passender erscheinende Maßnahmen, die ansonsten - wie die Erfahrungen in der Kontrollgruppe darlegen - vielleicht niemals zustande gekommen wären. Der IPS-Coach übernahm als Steuerungsinstanz die Funktion eines Lotsen durch das psychosoziale Hilfesystem im Bereich Arbeit. Der grundsätzliche Bedarf an dieser Lotsen- und Steuerungsfunktion wird auch dadurch deutlich, dass 20% der Anfragen in einen 1-5 Sitzungen umfassenden

Beratungsprozess über berufliche und berufsrehabilitative Fragen mündete. Dass ein hoher und ungedeckter Bedarf an arbeitsbezogener sozialrechtlicher Beratung bei Menschen mit psychischen Erkrankungen besteht, wird auch durch eine aktuelle Stichtagserhebung in einem psychiatrischen Krankenhaus in Berlin bestätigt (Jäckel et al., 2020). Diese sozialrechtliche Kompetenz der IPS-Coaches kommt Klienten wie Arbeitgebern zugute, sodass ggf. Kompensations- und Förderungsleistungen über die Bundesagentur für Arbeit, das Jobcenter, die Rentenversicherung oder die Integrationsfachdienste abgerufen werden können. Die Häufigkeit, mit der mögliche Anstellungsverhältnisse aufgrund von Informationsdefiziten über Förderungsmöglichkeiten scheitern, hat uns als erfahrene Sozialarbeiterinnen und Kliniker sehr erstaunt.

Nachdem die Einführung von IPS in Deutschland über viele Jahre nicht nur von den schwierigen sozialrechtlichen Bedingungen, sondern auch vom interessen geleiteten Widerstand der etablierten Leistungsanbieter ausgebremst wurde, scheint zumindest die Einsicht in die Notwendigkeit von Ansätzen zum Supported Employment gewachsen zu sein (siehe auch Stengler et al., 2021). Nach uns wurden IPS-Projekte in Berlin (Prof. Dr. Bechdorf; Fr. Dr. Jäckel) und Leipzig (Prof. Dr. Stengler) gegründet. Weitere Initiativen bestehen in Kiel, Memmingen sowie an der Universitätsklinikum Ulm (Prof. Dr. Rüschi), die jeweils in der operativen Umsetzung von unserem Projekt unterstützt werden.

Die o.g. Initiativen finanzieren sich über Projektmittel (z.B. Rehapro - Initiative zur Umsetzung des BTHG) an. Nach unserer Erfahrung in Arbeitskreisen auf Landesebene (AG Psychische Rehabilitation) und Bundesebene (AG Teilhabe der DGPPN) bemühen sich die bestehenden Leistungsanbieter bislang vornehmlich darum, zumindest Abwandlungen von IPS in ihr Programm aufzunehmen, scheitern jedoch an den engen sozialrechtlichen Vorgaben des SGB. An den Forderungen einer gesetzlichen Grundlage für IPS beteiligen sie sich aus eigenen Interessen nicht. Aus unserer Sicht erscheint der Versuch, eine Kostensicherung auf Ebene der Landkreise auf Basis des noch nicht vollständig umgesetzten BTHG am aussichtsreichsten.

Hinsichtlich der möglichen Finanzierungsmodalitäten ist auf Grund unserer Ergebnisse eine Pauschalfinanzierung (jeweils pro Stelle) zu empfehlen: 1.) Dies ermöglicht eine umgehende Unterstützung und erhält einen niedrigschwelligen Zugang zu berufsbezogener Unterstützung. Hiermit wird das Problem der komplizierten Antragswege umgangen, welche in unserer Vergleichsstudie dazu geführt haben, dass nahezu die Hälfte der Kontrollpersonen *gar keine* berufliche Rehabilitationsmaßnahme erhielt. 2.) ermöglicht dies ggf. zusätzlich die Wahrnehmung einer „Lotsenfunktion“ in Anschluss- oder Alternativmaßnahmen. 3) erscheinen viele der IPS-Teamaktivitäten, besonders regelmäßige Vernetzung mit anderen Dienstleistern, Arbeitgeberkontakte, Informationsgespräche und PR-Arbeit zwar wesentlich, um das IPS-Projekt in der Gemeinde zu vernetzen und zu etablieren, jedoch sind diese Kosten nur schwer auf einzelne Teilnehmer umzulegen. Zur Qualitätskontrolle sollten halbjährliche Kennziffern den Kostenträgern bzw. Verantwortlichen zur Verfügung gestellt werden.

IPS setzt viele zentrale Forderungen des BTHG bereits programmatisch um: Aufgrund des niederschwelligen Einstiegs in die ambulante und alltagsnahe Unterstützung ist IPS u.a. für junge Menschen akzeptabler als ortsferne oder institutionalisierte Angebote und kann deshalb stärker den präventiven Grundgedanken des BTHG umsetzen. Die Ziele und Hilfen orientieren sich an den persönlichen Teilhabewünschen in Bereich Arbeit und nicht an den Verfügbarkeiten von im Allgemeinen wenig individualisierten Maßnahmen. Die Klientin oder der Klient entscheidet, ob er oder sie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt inklusiv beschäftigt werden möchte; er muss seine „Eignung“ nicht erst unter Beweis stellen. IPS wird darüber hinaus in besonderer Weise dem modernen Verständnis der Behinderung als Wechselwirkung zwischen Umweltfaktoren und individuellen Fähigkeiten bzw. Einschränkungen gerecht, indem es darauf abzielt, ungünstige soziale und sonstige Umweltbarrieren abzubauen, um einen passgenauen Arbeitsplatz zu schaffen.

Unsere persönliche Erfahrung hat die Bedeutung einer langfristigen persönlichen Beziehung mit den Klienten auf unerwartete Weise noch mal besonders deutlich gemacht. Obwohl wir als erfahrene Kliniker meinten, diese grundlegende und empirisch verbürgte

Einsicht (z.B. Orlinsky & Howard, 1988) in den vielen Jahren unserer konventionellen klinischen Tätigkeiten verinnerlicht zu haben, überraschte uns deren Bedeutsamkeit doch angesichts der ungekannten Offenheit, mit der uns die Klienten begegneten. Dass wir als langfristige Bezugspersonen oftmals als erste über abgesetzte Regelmedikamente, psychische Veränderungen und Sorgen erfuhren, zeigt sowohl die Bedeutung kontinuierlicher Arbeit als auch die prinzipiellen Probleme unseres zeitbudgetierten und personal fragmentierten Hilfesystems, in dem sich vielerlei Experten für nur jeweils einen Aspekt eines zu betreuenden Kranken interessieren. Auch wenn unsere Erfahrungen keine allgemeine Geltung beanspruchen, neigen wir zu der Ansicht, dass gerade die Implementierung von IPS exemplarisch dazu dienen könnte, das allseitige Ideal einer ganzheitlichen und langfristigen Unterstützung wieder in die Diskussion zu bringen und auf eine neue Stufe zu heben. Der Zugewinn an persönlicher Verantwortung sowie die Rückbesinnung auf umfassende und langfristige Unterstützung wirkte sich nicht zuletzt auch positiv auf unser eigenes professionelles Selbstverständnis, die erlebte Sinnhaftigkeit unserer Arbeit sowie auf unsere Arbeitszufriedenheit aus. IPS fördert somit nicht nur Inklusion bei den Klientinnen und Klienten, sondern setzt auch einen überfälligen Kontrapunkt gegenüber der im Gesundheitswesen verbreiteten Zergliederung der Arbeitsabläufe, der Arbeitsverdichtung und dem Diktat standardisierter Abläufe.

## 6. Literatur

- Becker, D. R., & Drake, R. E. (2003). *A Working Life for People with Severe Mental Illness*. New York: Oxford University Press.
- Birchwood, M., Todd, P., & Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *The British journal of psychiatry*, 172(33), 53-59.
- Bond, G. R., Dietzen, L. L., & McGrew, J. H. et al. (1997). A fidelity scale for the individual placement and support model of supported employment. *Rehabilitation Counselling Bulletin*, 40, 265-284.
- Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2012). Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry*, 11, 32-39.
- Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2020, October 1). An update on Individual Placement and Support. *World Psychiatry*. <https://doi.org/10.1002/wps.20784>
- Brinchmann, B., Widding-Havneraas, T., Modini, M., Rinaldi, M., Moe, C. F., McDaid, D., ... Mykletun, A. (2019). A meta-regression of the impact of policy on the efficacy of individual placement and support. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, <https://doi.org/10.1111/acps.13129>
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2013). BPTK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit - Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung, 1-66. [http://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/Politikfelder/Arbeitsbedingungen/Dokumente/BPTK-Studie\\_zur\\_Arbeits-und\\_Erwerbsunfaehigkeit\\_2013.pdf](http://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/Politikfelder/Arbeitsbedingungen/Dokumente/BPTK-Studie_zur_Arbeits-und_Erwerbsunfaehigkeit_2013.pdf)
- Burns, T., & Catty, J. (2008). IPS in Europe: the EQOLISE trial. *Psychiatric rehabilitation journal*, 31(4), 313-7. <http://doi.org/10.2975/31.4.2008.313.317>
- CRPD. (2015). Concluding observations on the initial report of Germany. Convention on the Rights of Disabilities. <https://doi.org/10.1163/092902707X240620>
- DGPPN (2019). S3-Richtlinien Psychosoziale Therapien. Download: [https://www.dgppn.de/\\_Resources/Persistent/624d163d1df61ca1e079a5ca496f6b6595e83d6b/S3-LL-PsychosozTherapien\\_Langversion.pdf](https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/624d163d1df61ca1e079a5ca496f6b6595e83d6b/S3-LL-PsychosozTherapien_Langversion.pdf)
- Gühne, U., & Riedel-Heller, S. (2015). Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. Berlin: DGPPN. [https://www.dgppn.de/\\_Resources/Persistent/6f086cca1fce87b992b2514621343930b0c398c5/Expertise\\_Arbeitssituation\\_2015-09-14\\_fin.pdf](https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/6f086cca1fce87b992b2514621343930b0c398c5/Expertise_Arbeitssituation_2015-09-14_fin.pdf)
- Henry, A. D., Hashemi, L., & Zhang, J. (2014). Evaluation of a statewide implementation of supported employment in Massachusetts. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(4), 284-288.
- Hoffmann, H. (2013). Was macht Supported Employment so überlegen? *Psychiatrie*, 10, 95-101.
- Jäckel, D., Siebert, S., Baumgardt, J., Leopold, K., Bechdorf, A. (2020). Arbeitsplatzbezogene Teilhabebeeinträchtigungen und Unterstützungsbedarf von Patienten in der (teil-)stationären psychiatrischen Versorgung. *Psychiatrische Praxis*, 47(5), 235-241.

- Kalkan, R., Dorn, W., Ehiosun, U., Kilian, R., Haselhofer, S. & Becker, T. (2009). Unterstützte Beschäftigung in Deutschland. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 19 (4), 40-45.
- Kilian, H. (2016). Supported Employment - ein falsches Konzept für Deutschland - Pro. *Psychiatrische Praxis*, 43, 242-243.
- Kinoshita, Y., Furukawa, T. A., Kinoshita, K., Honyashiki, M., Omori, I. M., Marshall, M., ... Kingdon, D. (2013). Supported employment for adults with severe mental illness. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD008297.
- Landratsamt Konstanz (2010). Teilhabeplan für Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen im Landkreis Konstanz, 2010, erhältlich unter: [https://www.lrakn.de/site/lrakn/get/params\\_E9929710/2100442/Psychiatrieplan%20Landkreis%20Konstanz.pdf](https://www.lrakn.de/site/lrakn/get/params_E9929710/2100442/Psychiatrieplan%20Landkreis%20Konstanz.pdf)
- Luciano, A., Bond, G. R., & Drake, R. E. (2014). Does employment alter the course and outcome of schizophrenia and other severe mental illnesses? A systematic review of longitudinal research. *Schizophrenia Research*, 159(2-3), 312-321.
- Modini, M., Tan, L., Brinchmann, B., Wang, M.-J., Killackey, E., Glozier, N., ... Harvey, S. B. (2016). Supported employment for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis of the international evidence. *The British journal of psychiatry*, 209(1), 14-22. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.165092>
- Nischk, D., Temme, A. & Rusch, J. (2020). Wie soll die berufliche Rehabilitation psychisch Kranker aussehen? Argumente für Supported Employment am Beispiel schizophrener Psychosen. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 50(1), 23-27.
- Nischk, D. & Hörsting, A.-K. (2020). Berufliche Inklusion trotz Krise - Chancen für Supported Employment in Corona-Zeiten. *Psychosoziale Umschau*, 35, 33-34.
- Nischk, D. (2020). Kommentar zu Ausgabe 1/2020 Betrifft: »Die Supported Employment-Debatte in Deutschland - Kritische Anmerkungen aus methodischer Sicht« von Heiko Kilian und Reinald Faß (SI 1/20, S. 32-34). *Sozialpsychiatrische Informationen*, 50(2), 69-70.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. Garfield & A. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp.311-381). New York: Wiley.
- Richter, D. & Hoffmann, H. (2019). The effectiveness of supported employment programs : Meta-regression analysis of the global secular trend, 1990 - 2015. <https://doi.org/10.31234/osf.io/87hzf>
- Richter, D., Eikermann, B., & Reker, T. (2006). Arbeit, einkommen, Partnerschaft: Die soziale exklusion psychisch kranker menschen. *Gesundheitswesen*, 68(11), 704-707.
- Stengler, K., Kauffeldt, S., Theißing, A., Bräuning-Edelmann, M., Becker, T., & Alltag, D. (2015). Medizinisch-berufliche Rehabilitation in Rehaeinrichtungen für psychisch Kranke in Deutschland, *Nervenarzt*, 86 (5), 603-608.
- Stengler K, Bechdorf, A., Becker, T., Döring, A., Höhl, W., Jäckel, D., Kilian, H., Theißing, A., Torhorst, T., Wirtz, G., Zeidler, R. & Riedel-Heller, S. (2020). Umsetzung der Prinzipien des Supported Employment in Deutschland - Positionspapier einer Task-Force der DGPPN. *Nervenarzt*. DOI: 10.1007/s00115-020-01038-0.



- Steinhart I. & Wienberg, G. (2014). Plädoyer für ein funktionales Basismodell sozialpsychiatrischer Versorgung. *Psychiatrische Praxis*, 41(4), 179-181.
- Suijkerbuijk, Y. B., Schaafsma, F. G., van Mechelen, J. C., Ojajärvi, A., Corbière, M., & Anema, J. R. (2017, September 12). Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011867.pub2>
- Tsang, H. W. H., Leung, A. Y., Chung, R. C. K., Bell, M., & Cheung, W.-M. (2010). Review on vocational predictors: a systematic review of predictors of vocational outcomes among individuals with schizophrenia: an update since 1998. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 44(6), 495-504.
- Ustün, T. B., Rehm, J., Chatterji, S., Saxena, S., Trotter, R., Room, R., & Bickenbach, J. (1999). Multiple-informant ranking of the disabling effects of different health conditions in 14 countries. WHO/NIH Joint Project CAR Study Group. *Lancet*, 354(9173), 111-115.
- Landratsamt Konstanz (2010). Teilhabeplan für Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen im Landkreis Konstanz, 2010, erhältlich unter: [https://www.lrakn.de/site/lrakn/get/params\\_E9929710/2100442/Psychiatrieplan%20Landkreis%20Konstanz.pdf](https://www.lrakn.de/site/lrakn/get/params_E9929710/2100442/Psychiatrieplan%20Landkreis%20Konstanz.pdf)

## Anhang I

### Zuweisungswege in das IPS-Projekt

Interne Zuweisungen 190 (47.7%). Hiervon		Externe Zuweisungen 52 (16.1%). Hiervon		Selbstzuweisungen 80 (20.1%)
Allgemeinpsychiatrie	45 (23.7%)	Psychiater/ Psychotherapeut	16 (30.8%)	
TK-Singen	40 (21.1%)	Hilfsverein	12 (23.1%)	
Sinova	34 (17.9%)	AWO	6 (11.5%)	
GPZ-Konstanz	24 (12.6%)	BTZ	3 (5.8%)	
Soteria	23 (12.1%)	ZFP-Wohnheim	3 (5.8%)	
FePSY	8 (4.2%)	Jobcenter	3 (5.8%)	
PIA-ZPR	7 (3.7%)	Woge	2 (3.8%)	
Suchtbereich	1 (0.5%)	Luisenlinik	2 (3.8%)	
STÄB	1 (0.5%)	IFD	1 (1.9%)	
		Uni-Career-Service	1 (1.9%)	
		Wessenbergschule	1 (1.9%)	
		Hausarzt	1 (1.9%)	
		Gesetzlicher Betreuer	1 (1.9%)	

**Anmerkungen:** Angaben lagen vor von  $n = 322$  von 398 (80,9%) der Anfragen  
 Allgemeinpsychiatrie = Station 31, 41, 25, 26; AWO = Arbeiterwohlfahrt Singen; BTZ = Berufliches Trainingszentrum Radolfzell; FePSY = Früherkennung Psychosen (nunmehr Diagnostische Sprechstunde); GPZ Konstanz = Gemeindepsychiatrisches Zentrum Konstanz sowie dortige Psychiatrische Institutsambulanz; PIA-ZPR = Psychiatrische Institutsambulanz am Standort Reichenau; Sinova = Station 60, 61, psychosomatische Tagesklinik; STÄB = Team Stationsäquivalente Behandlung

### Ausgang der Vorgespräche

Informationsgespräch	175 (46.4%)
Kurzberatung (1-5 Sitzungen)	77 (20.4%)
Eintritt IPS-Projekt	125 (33.2%)

**Anmerkungen:** Angaben von  $n = 377$  von 398 Anfragen (94.7%)

## Anhang II

### Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit

---

#### Allgemeine Öffentlichkeitsarbeit

Arbeitgeberveranstaltungen (2016, 2017, 2018, 2019); (<https://www.suedkurier.de/region/kreis-konstanz/radolfzell/Neue-Hilfen-fuer-psychisch-krank-Arbeitnehmer;art372455,9452370>)

Rotarier Konstanz (2015, 2016)

Lions-Club Singen (2015)

Workshop IPS Universität Konstanz (2018)

3 Artikel in Lokalpresse Südkurier (<https://www.suedkurier.de/region/kreis-konstanz/reichenau/Psychisch-krank-am-Arbeitsplatz;art372456,9403856>; <https://www.suedkurier.de/region/kreis-konstanz/kreis-konstanz/Auf-dem-Weg-in-ein-neues-Leben;art372432,8729930>; <https://www.suedkurier.de/region/kreis-konstanz/reichenau/Psychisch-krank-am-Arbeitsplatz;art372456,9403856>)

VHS-Vortrag: Arbeiten bis der Arzt kommt – Fr. Dr. A. Temme (2018)

VHS-Vortrag: Wie Arbeit gesund macht – Dr. D. Nischk (2019)

Auftaktveranstaltung SEE (2019)

Austausch mit der Konflikthotline (2017)

---

#### Netzwerke / Arbeitsgemeinschaften

DGPPN-Fachreferat Rehabilitation und Teilhabe seit (2019)

IPS-Europe (seit 2019)

Bundesarbeitsgemeinschaft – Unterstützte Beschäftigung (seit 2018)

Unternehmerdialog Arbeit und Gesundheit des LRA Konstanz (seit 2016)

Netzwerk - Arbeitsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen - Duoday (2019/ 2020)

BNI - Unternehmernetzwerk (04/2019)

Mitarbeit Teilhabeplan des LRA Konstanz(2018/2019)

Arbeitskreis Übergang Schule Beruf im Landkreis Konstanz (seit 2017)

Arbeitskreis Berufliche Rehabilitation in Baden Württemberg (seit 2016)

DGSP-Fachausschuss Arbeit und Teilhabe (seit 2019)

---

#### Fachöffentlichkeit

Fachartikel

- Nischk, D., Temme, A. & Rusch, J. (2020). Wie soll die berufliche Rehabilitation psychisch Kranker aussehen – Argumente für Supported Employment am Beispiel schizophrener Psychosen, *Sozialpsychiatrische Informationen*, 50 (1), 23-27.
- Nischk, D. (2020). Kommentar zu Ausgabe 1/2020 Betrifft: »Die Supported Employment-Debatte in Deutschland – Kritische Anmerkungen aus methodischer Sicht« von Heiko Kilian und Reinald Faß (SI 1/20, S. 32–34), *Sozialpsychiatrische Informationen*, 50 (2), 69-70
- Nischk, D. & Hörsting, A.-K. (2020). Berufliche Inklusion trotz Krise – Chancen für Supported Employment in Corona-Zeiten, *Psychosoziale Umschau*, 2, 27-28.
- Hörsting, A.-K., Flügel, S. & Nischk, D. Supported Employment als systemtherapeutische Intervention, in Vorbereitung
- Nischk, D., Senner, S, Herwig, U. & Rockstroh, B. Effektivität und Kosteneffizienz von Individual Placement and Support (IPS) in Deutschland – eine kontrollierte Vergleichsstudie bei Menschen mit Schizophrenie-Spektrumsstörungen, in Vorbereitung

Vortrag DGPPN-Kongress – Dr. D. Nischk (2019)

Vortrag SHR-Langensteinbach – Dr. D. Nischk (2017)

Vortrag Aktion Psychisch Kranke e.V. Berlin – S. Flügel (2020)

Podiumsdiskussion DGBS - Berufliche Teilhabe und Rehabilitation – S. Hauk (2019)  
Vortrag FH Luzern – Dr. D. Nischk (2020)

---

### **Wissenschaftlicher Austausch**

Prof. Dr. R. Drake/ Dr. D. Becker; Dartmouth-College, New Hampshire, USA  
Dipl. Psych. Bettina Bärtsch; ETH-Zürich (IPS-Projekt)  
Dipl. Psych. D. Jäckel/ Prof. Dr. A. Bechdorf; Urbanhospital, Berlin  
PD. Dr. Hoffmann, UP Bern  
Dr. Manfred Becker, DGSP

---

### **Unterstützung anderer IPS-Initiativen**

Rehapro Universitätsklinikum Leipzig (Prof. Dr. K. Stengler)  
Rehapro Universitätsklinikum Ulm (Prof. Dr. N. Ruesch)  
Arbeitstreffen Kollegen Emmendingen (2019)  
Arbeitstreffen Weissenau (PD. Dr. Borbe)  
Hospitationen von Kollegen Kiel, Memmingen, Leipzig

---

## Anhang III

### Stichprobenbeschreibung bei IPS bei jüngeren Psychosebetroffenen vs. „rehabilitation as usual“ (RAU)

	IPS (n=20)	RAU (n=20)	Teststatistik
Weiblich	7 (35%)	5 (25%)	$\chi^2=0,48$ ; $p=0,490$
Alter	26,50 (4,80)	24,85 (4,98)	$t(38)=1,07$ ; $p=0,293$
<i>Diagnosen</i>			
Paranoide Schizophrenie (F2)	16 (80%)	12 (60%)	
Schizoaffektive Psychose (F25)	4 (20%)	6 (30%)	
Bipolar mit psychotischen Symptomen (F3x.2)	0	2 (10%)	$\chi^2(2)=2,97$ ; $p=0,226$
Gegenwärtige Sucht (F1)	6 (30%)	7 (35%)	$\chi^2(1)=0,12$ ; $p=0,736$
Anamnestiche Sucht	7 (35,0%)	8 (45%)	$\chi^2(1)=0,11$ ; $p=0,744$
Erstdiagnose Psychose [Monate]	24,10 (16,65)	16,65 (14,01)	$t(28,7)=1,10$ ; $p=0,279$
<i>Stationäre Vorbehandlungen</i>			
1 mal	7 (35%)	8 (40%)	
2-4 mal	11 (55%)	11 (55%)	
5 mal	2 (10%)	1 (5%)	$\chi^2(2)=0,40$ ; $p=0,819$
PANSS			
Positive Symptome	8,00 (1,86)	6,85 (1,38)	$t(31,42)= 2,36$ ; $p=0,025$ ; $d=0,34$
Negative Symptome	12,45 (2,35)	13,20 (3,64)	$t(32,52)=-0,76$ ; $p=0,444$
Allgemeine Symptome	22,65 (3,65)	22,35 (3,52)	$t(38)=0,27$ ; $p=0,792$
Gesamtscore	43,10 (6,55)	42,40 (6,92)	$t(38)=0,33$ ; $p=0,75$
GAF	47,50 (4,45)	47,00 (3,49)	$t(38)=0,40$ ; $p=0,695$
Wohnt eigenständig	7 (35%)	4 (20%)	$\chi^2(1)=0,13$ ; $p=0,288$
FH oder Abitur	9 (45%)	5 (25%)	$\chi^2(1)=1,76$ ; $p=0,185$
Kein Schulabschluss	0	0	-
Berufsabschluss	9 (45%)	4 (20%)	$\chi^2(1)=2,85$ ; $p=0,091$

*Anmerkungen.* Angegeben sind Häufigkeiten (%) oder Mittelwerte (SD). PANSS = Positive and Negative Syndrome Scale; GAF = Global Assessment of Functioning