

AG 4 Neue Chancen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch rehapro

rehapro-Projekt: IPS-Coaching »Zurück ins Berufsleben (ZIB)«

Ingmar Steinhart

Aktuelle Datenlage

Untersuchungen von Erwachsenen in klinischer psychiatrischer Behandlung weisen darauf hin, dass bei dem überwiegenden Teil (65 %) Arbeit ein wichtiges Behandlungsziel und wesentlicher Bestandteil individueller Genesung ist, aber nur ein geringer Anteil (20 %) auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig ist (KILIAN & BECKER 2007; OSCHMIANSKY et al. 2017, JAECKEL 2017). Ebenso bekannt ist, dass der Eintritt in die Arbeitslosigkeit die Lebensführung der Betroffenen erheblich negativ beeinflusst und der Wiedereintritt in die Beschäftigung sich positiv auf die Gesundheit auswirkt (GÜHNE und RIEDEL-HELLER 2015, S. 17). Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang auch, dass die berufliche und auch soziale Teilhabe mit zunehmender Erkrankungsdauer weiter abnimmt (OECD, 2012; RINALDI et al., 2010). Darüber hinaus zeigt sich, dass das klinische Behandlungssetting (psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung im SGB V-Bereich) vorhandene berufsbezogene Bedarfe der PatientInnen aktuell nicht ausreichend berücksichtigt, und sich die Effekte der klinischen Behandlung nur sehr gering in Bezug auf die positive Beeinflussung einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit sowie auf die jeweiligen aktuellen individuellen Anforderungen im Arbeitsleben auswirken (STENGLER und BECKER 2017). Berufstätige kehren in vielen Fällen nach einer stationär-psychiatrischen Behandlung nicht an ihren Arbeitsplatz zurück (MERNYI et al 2018). Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) werden von Menschen mit psychischen Erkrankungen spät – also häufig lange nach bereits erfolgter Exklusion vom allgemeinen Arbeitsmarkt – eingereicht und nicht selten aus mangelnder positiver Erfolgsprognose abgelehnt. Dies führt dazu, dass bei nur 21 % der Teilnehmenden, die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten, eine solche Leistung aufgrund einer psychischen Erkrankung durchgeführt wird (Teilnehmerbefragungsergebnisse nach beruflicher Rehabilitation, Qualitätssicherungsprogramm der DRV 2017). Umgekehrt wurden im Jahr 2016 39 % aller Erwerbsminderungsrenten wegen einer psychischen Erkrankung bewilligt (Statistik der Deutschen Rentenversicherung 2016).

Je eher nach einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen interveniert wird, desto größer sind die Chancen der beruflichen (Re)Integration. Dauert die Zeit der krankheitsbedingten Arbeitsabwesenheit viel länger als sechs bis acht Wochen, so verringern sich bereits die Chancen auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz deutlich. Das unterstreichen auch entsprechend bescheidene Integrationserfolge von nur 5-30 % (JAECKEL 2017; ANGERER et al., 2014; BEHRENS & DREYER-TÜMMEL 1995; BROUWERS et al. 2009; DEWA et al. 2014; HERDT et al. 2010; National Institute of Disability Management and Research (NIDMAR) 1995; ROELEN et al. 2012; SCHULTZ & GATCHEL 2016). Als nicht nachhaltig erwiesen sich im Vergleich zur unbefristeten Unterstützung die zahlreichen befristeten Maßnahmen zur Begleitung am Arbeitsplatz, die keine langfristige weitergehende Unterstützung sicherstellen.

Lange Zeit hat die Forschung nach personenbezogenen Prädiktoren für eine gelingende Rehabilitation gesucht. In einer Untersuchung von CAMPBELL et al. (2010) zeigte sich, dass die Art der Maßnahme als Prädiktor wichtiger ist als personenspezifische Merkmale. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Maßnahme nach den Grundsätzen des Supported Employment Approach umgesetzt wird.

In ihrer Expertise zur Arbeitssituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen und komplexem Unterstützungsbedarf fassen GÜHNE und RIEDEL-HELLER (2015, Seite 25) den Stand des Wissens zu der Frage, welcher Rehabilitationsansatz am ehesten erfolgsversprechend ist, zusammen: Konzeptionell können zwei Strategien beruflicher Rehabilitation unterschieden werden. Bei beruflichen Wiedereingliederungsprogrammen, die auf dem traditionellen »First-train-then-place (erst trainieren dann platzieren)«-Ansatz basieren, erfolgt zunächst ein Arbeitstraining in einem beschützten Rahmen, bevor die Platzierung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt angestrebt wird (engl. Prevocational Training). Das »First-place-then-train (erst platzieren dann trainieren)«-Prinzip folgt dagegen einem anderen Vorgehen: Hierbei wird der Rehabilitand bzw. die Rehabilitantin rasch auf einem Arbeitsplatz des ersten Arbeitsmarkts platziert und dann in der Tätigkeit trainiert. Dabei erfolgt eine zeitlich nicht limitierte Unterstützung durch einen spezialisierten Job-Coach (Unterstützte Beschäftigung, engl. supported employment/SE). Die wissenschaftliche Evidenz zum SE in der Rehabilitation von Menschen mit psychischen Störungen ist mittels zahlreicher hochwertiger Studien (s. u. a. HOFFMAN et al 2014) und Übersichtsarbeiten erhärtet, weshalb SE traditionellen Ansätzen beruf-

licher Rehabilitation (Ansätze des vorbereitenden Trainings) als Methode der Wahl ohne weiteres vorzuziehen ist (für den deutschsprachigen Raum siehe HOFFMANN 2017). Entscheidend für den nachhaltigen Erfolg von SE ist die Programmtreue. Hierzu liegt bereits seit 1993 eine manualisierte Version von SE in Form des Individual Placement and Support vor (IPS, BECKER und DRAKE 1993).

Für das bundesdeutsche System ist hier vor allem der nicht zu vernachlässigende Erfolgsfaktor hervorzuheben, dass es sich bei der Rehabilitation um eine prozessorientierte Komplexleistung (JÄCKEL u. a. 2010) handelt, in die unverzichtbar die medizinisch-sozialen (Regel-)Versorgungsangebote integriert werden müssen.

Ein aktueller Überblick über den Stand der Forschung inklusive der deutschsprachigen Projekte findet sich bei HOFFMANN (2017). Hier wird in Ergänzung zum Standard-IPS-Manual für den deutschsprachigen Raum ein strukturiertes Assessment beim Zugang, ein intensives Training für die »Coaches« sowie Anreizmöglichkeiten für die Arbeitsgeber angeraten. Dies ist in die Überlegungen zu diesem Projekt mit eingeflossen. Aufgrund der klaren wissenschaftlichen internationalen Forschungssituation bescheinigt die aktualisierte S3-Leitlinie der DGPPN (2019) dem Supported Employment-Ansatz einen sehr hohen Empfehlungsgrad, was die Notwendigkeit der Beachtung in der Praxis noch einmal erhöht.

Blick in die Praxis – Brüche in der Versorgung

Schaut man dagegen auf die aktuelle Versorgungssituation in der Psychiatrie, so ist diese allzu häufig durch ein »schwarzes Loch« nach der Krankenhausbehandlung gekennzeichnet. Es gibt einen geringen Bezug der SGB-V-Krankenhäuser zur Arbeitswelt und den Möglichkeitsräumen der Rehabilitation, obwohl einige positive Modelle in den Krankenhäusern existieren, z. B. das PIA2Work-Konzept in Leipzig (STENGLER 2015). Diese Brüche in der Versorgung führen letztendlich zu einem hohen Anteil auch junger psychisch kranker Menschen in den Werkstätten für behinderte Menschen oder zu einem hohen Anteil von frühen Berentungen wegen Erwerbsminderung. Wie sieht vielfach die Praxis der Deutschen Rentenversicherung (DRV) aus? Als bessere Alternative für Menschen mit psychischen Erkrankungen werden zurzeit häufiger als Umschulungen sogenannte Integrationsmaßnahmen bewilligt, die Qualifikationen und Hospitationen in Betrieben/Praktika zugleich kombinieren. Wird nach Abschluss der Leistungen zur Teilhabe am Arbeits-

leben (LTA) eine Stelle angeboten, erfolgt keine oder nur eine sehr kurzfristige Unterstützung. Daten der Deutschen Rentenversicherung Nord zum Beschäftigungsstatus von Teilnehmenden solcher Integrationsmaßnahmen zeigen, dass ein Jahr nach Abschluss durchgeführter Integrationsmaßnahmen nur bei knapp 34 % der Teilnehmenden Beiträge aus einer Beschäftigung entrichtet werden (Bericht der DRV Nord zum sozialmedizinischen Verlauf nach LTA, 2017).

Die Unterstützte Beschäftigung (UB) nach § 38 a SGB VI ist zwar ein anerkanntes Verfahren (Gemeinsame Empfehlung der BAR), sie wird jedoch selten angeboten und nur für behinderte Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf, in der Praxis in erster Linie für junge Erwachsene mit geistiger Behinderung als Alternative zur Werkstatt für Behinderte. GÜHNE und RIEDEL-HELLER (2015, S. 26) weisen ausdrücklich darauf hin, dass Supported Employment (SE) nicht gleichzusetzen ist mit dem Begriff der Unterstützten Beschäftigung. Zwischen beiden Phasen der Unterstützten Beschäftigung nach § 38 a SGB VI kommt es insbesondere zu Brüchen, die für den weiteren Rehabilitationsverlauf störend sein können. Im Bereich der DRV Nord werden in Mecklenburg-Vorpommern (MV) aktuell nur drei Fälle der Unterstützten Beschäftigung durchgeführt.

Aus dieser Problemanalyse des Alltags in der Psychiatrie einerseits, verbunden mit den evidenzbasierten Möglichkeiten eines IPS-Coachings andererseits, leitet sich das hier beschriebene Modellprojekt ab, ein Vorhaben unter realistischen Alltagsbedingungen in der psychiatrischen Versorgung. Antragsteller für dieses Projekt sind die DRV-Nord (Federführung) und die DRV-Westfalen in Kooperation mit der DRV-Bund und der DRV Knappschaft-Bahn-See.

Beschreibung des Projektes IPS-ZIP

Insgesamt ist deutlich, dass psychiatrische Patienten und Patientinnen im stationären Behandlungsprozess selbst, in der Vorbereitung der Entlassung aus der Klinik und im Vorbereitungs-/Überleitungsprozess auf den allgemeinen Arbeitsmarkt und während ihrer Behandlung in einer Institutsambulanz bisher unzureichend gedeckte rehabilitative Unterstützungsbedarfe haben. Eine methodisch gezielte und systematische Überleitung in die alte oder eine neue Arbeitswelt findet in der Regel nicht statt – stattdessen fallen die Akutpatienten zunächst in ein »Loch« zwischen Akutbehandlung und dem Beantragen und/oder Warten auf eine geeignete Rehabilitationsmaßnahme. Nicht selten sind

mit dieser belastenden Übergangszeit erneute Krankheitsphasen verbunden. Stattdessen benötigen die Betroffenen frühzeitige, passgenaue, in der Behandlung beginnende sowie in den Überleitungsprozess integrierte Interventionen zur Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben, die bei Bedarf in eine (zunächst) unbefristete Unterstützung am Arbeitsplatz münden.

Die evidenzbasierte Antwort bei Erwachsenen auf diese Fragestellung bietet der Supported Employment (SE) Approach mit dem (zeitlich unbefristeten) IPS-Coaching (Individual Placement and Support) durch einen Job-Coach als zentralem Kern. Besonders zu betonen ist hier, dass die Programmtreue durch eine sogenannte Fidelity Scale mit 15 bzw. 25 Items als Qualitätsmanagement (QM)-Standard definiert ist und in einem solchen Projekt regelmäßig evaluiert wird. Selbstverständlich kann und sollte der Job-Coach auf dem Weg in den normalen Arbeitsmarkt auch ergänzend *Regelangebote von der Stange* – wenn im Einzelfall sinnvoll – mitnutzen.

Ein solcher Ansatz stößt im bestehenden rechtlichen Rahmen auf Hürden: Ein vom Grundsatz nicht befristeter, nicht maßnahmenbezogen, sondern sektor- bzw. ggf. sozialgesetzbuchübergreifend und ausschließlich Einzelfall bezogen arbeitender Coach mit gestaltbarem Budget im Einzelfall ist als Leistung bisher so nicht vorgesehen.

Das Projekt IPS-ZIB beinhaltet daher folgende Kernelemente:

- einen sehr niedrigschwelligen Zugang zum Coaching direkt aus der psychiatrischen Krankenhausbehandlung (stationär, teilstationär, PIA),
- ein frühzeitiges, möglichst vor der Chronifizierung der Erkrankung beginnendes Assessment,
- die unmittelbar darauf aufbauende, umfassende und personengenau angepasste Intervention zum Wiedereintritt in das Berufsleben inklusive der weiteren Begleitung am Arbeitsplatz.
- Ergänzend ist der Einsatz eines flexiblen Budgets im Kontext des IPS-Coachings für Maßnahmen oder Maßnahmenteile, die aktuell nicht refinanziert sind.

Im Rahmen des Projektes soll zunächst erprobt werden, ob sich das IPS-Coaching direkt aus dem Behandlungssetting bewährt und welche Kombinationen bestehender Leistungen und IPS-Coaching sich in der Praxis bewähren. Bei einem »neuen bzw. veränderten Maßnahmeverständnis der Leistungsträger« könnte im Nachgang die hier erprobte personen- und verlaufsbezogene Intervention als Regelangebot »ausgerollt werden« und einzelne Standardmaßnahmen ggf. ersetzt werden.

Zu bearbeiten sind anschließend

- die Schnittstelle im Verlauf, welche Personen tatsächlich eine unbefristete Begleitung am Arbeitsplatz benötigen oder ob und wann die Begleitung beendet werden kann,
- wie und wo diese Leistung ohne Kontinuitätsverluste institutionell verankert werden kann und
- welcher Reha-Träger diese dann (regel)finanziert.

IPSZ-ZIP in der konkreten Umsetzung

Die modellhafte Erprobung frühzeitiger evidenzbasierter Interventionen mit einem IPS-Coaching als zentralem Element erfolgt in regionalen Kooperationsverbänden an vier Standorten in zwei Bundesländern (MV: Neubrandenburg, Röbel, Greifswald; NRW: Region Bielefeld) unter Beteiligung der regionalen psychiatrischen Versorgungskliniken und regionalen psychosozialen Leistungsanbieter.

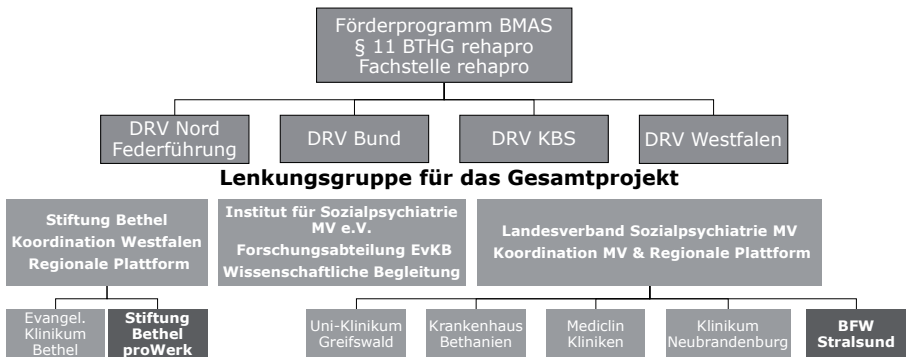


Abb. 1: Projektpartner in den Regionen

Neben den beteiligten Kliniken arbeiten die Projektpartner für das Coaching mit einem individuell differenziertem Job- bzw. Lebensweltcoaching und mit Bezug auf die regionalen Kompetenznetzwerke. Das IPS-Coaching orientiert sich an den Grundsätzen der »Supported Employment Fidelity Scale«, soweit diese im deutschen Sprachraum sinnvoll umsetzbar sind, und dem Fokus auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. Hierauf sind auch das Training der Coaches z. B. für das arbeitsbezogene Assessment, die Stellensuche oder die Begleitung am neuen oder alten Arbeitsplatz und die

Einbindung in regionale Strukturen ausgerichtet. In Abhängigkeit von der individuellen Teilhabeplanung und der Reha-Prognose werden Einzelfall bezogene Maßnahmen Schritt für Schritt umgesetzt. Das können in einem Fall zunächst intensive Gespräche darüber sein, ob jemand an den alten Arbeitsplatz zurückkehren will und was dort verändert werden sollte, oder ob ein Klärungsprozess eingeleitet wird, z. B. ob es in der alten Firma eine Alternative gibt. Dann könnte dort ein Praktikum vereinbart und begleitet werden. Alternativ könnte ein Praktikum in einem ganz anderen Arbeitsbereich organisiert und begleitet werden. Gegebenenfalls könnte auch angeboten werden, sich völlig aus alten Arbeitszusammenhängen zu lösen und stattdessen das eigene Erfahrungswissen zum Thema psychische Gesundheit/ Krankheit zu heben und eine EX-IN-Ausbildung zu machen, um danach ggf. als Peer-Berater oder Genesungsbegleiter zu arbeiten. Solche Ausbildungskosten könnten – wenn es keine andere Finanzierung gibt – beispielsweise aus dem zusätzlich vorhandenen Budget finanziert werden. Wenn dies alles eine noch zu hohe Anforderung für die jeweilige Person darstellt, könnte viel niedrigschwelliger mit Tagesangeboten versucht werden, wieder »Struktur« in das Leben der jeweiligen Person zu bringen und die Fragen der allgemeinen Alltagsbewältigung zu klären, die noch vor dem (Wieder-) Eintritt in das Arbeitsleben als hemmende Faktoren bzw. Barrieren für eine Rehabilitation im Wege stehen. Das können finanzielle Probleme bzw. Schulden genauso wie gesundheitliche Fragen oder (versteckte) Müllberge in der Wohnung sein. Im Rahmen des Projektverlaufes sollen Beispiel-Fälle aufgearbeitet und am Ende ein Manual erarbeitet werden.

Die Organisation des Job-Coachings in den Regionen und die einzelnen Teilschritte im Projektverlauf zeigt die Abb. 2 (S. 238).

- **Fallübergreifend:** Unabhängig von den Einzelfällen soll in allen genannten vier Regionen der Aufbau eines regionalen Kompetenz-Netzwerkes »Teilhabe am Arbeitsleben und Rehabilitation sowie Bildung und Beruf« im Einzugsgebiet der teilnehmenden Versorgungskliniken erfolgen, was unter den aktuellen Corona-Einschränkungen zur Zeit erheblich erschwert ist. Geplant war, unter Nutzung bestehender Kooperations- und Netzwerkstrukturen eine neue Gesprächsplattform zu schaffen, auf der generelle Fragen der beruflichen Teilhabe ebenso wie Einzelfälle diskutiert und Lösungen struktureller bzw. individueller Art erarbeitet werden können. Hier gilt es insbesondere, das psychosoziale und psychiatrische System mit der Arbeitswelt und ihren Unterstützungssystemen zu vernetzen. Erfahrungen mit solchen innovativen Netzwerkstrukturen

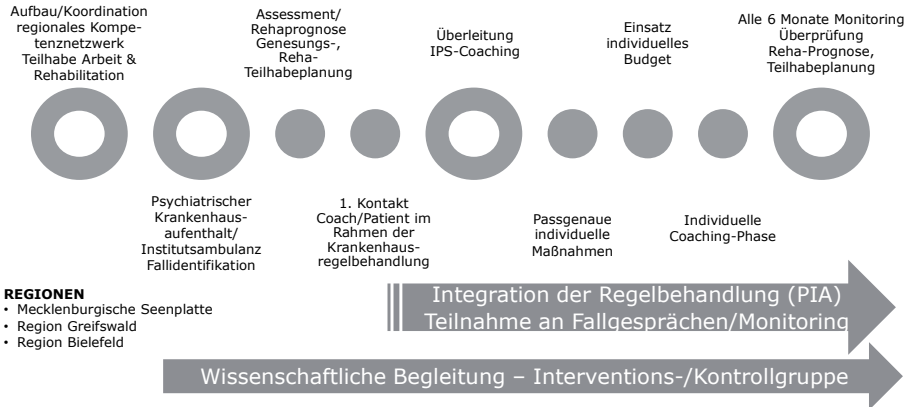


Abb. 2: Schritte des Projektverlaufs

liegen in allen beteiligten Regionen vor. Insbesondere die Kooperation mit den Job-Centern ist durch Kooperationsabsprachen gesichert. Teilnehmer werden auch Vertreter der Psychiatrieerfahrenen (z. B. Genesungsbegleiter) sein, um unmittelbar die Betroffenenperspektive zur Geltung zu bringen.

- **Fallbezogen:** Der Start des IPS-Coaching erfolgt ohne größeres Antragsverfahren direkt aus einem Screening in der behandelnden psychiatrischen (Tages-)Klinik bzw. Institutsambulanz und Einholung des Einverständnisses der Patienten und Patientinnen durch die behandelnden Ärzte bzw. Ärztinnen mit dem Ziel der »Einstellung« in das IPS-Coaching. Grundlage der Entscheidung zur Aufnahme in das Projekt ist die Zugehörigkeit zur Zielgruppe (26 Jahre und älter, ICD Diagnosen F2 und F3, komplexer Unterstützungsbedarf, von Erwerbsminderung bedroht, mindestens sechs Monate in den letzten zwei Jahren erwerbstätig) und die Einschätzung der behandelnden Ärzte auf einen möglichen Reha-Erfolg durch das Projekt. Unmittelbar darauf folgt die Hinzuziehung des IPS-Coaches vor Ort. Dieser IPS Coach führt im Erstkontakt das Assessment durch und meldet den Teilnehmer an den Rentenversicherungsträger. In vergleichbarer Weise wird die Kontrollgruppe ausgewählt. Im Übrigen klärt die Klinik vorab die wirtschaftliche Existenzsicherung (Aufgabe der Regelversorgung). Das IPS-Coaching selbst beginnt in der Phase der Akutbehandlung. Das Erstgespräch mit dem »Job-Coach« bzw. »Lebenswelt-Coach«, angesiedelt bei einem regionalen psychosozialen Leistungsanbieter, findet

parallel zur Krankenhausbehandlung statt. Vom Tag des Assessments an übernimmt er die Einzelfallsteuerung- und -begleitung. Der Fokus der Coaches liegt bei den Themen Arbeit, Bildung und Beruf, berücksichtigt aber auch weitere individuelle je nach Einzelfall bestehende Bedarfe und Themen. Im Fokus stehen Maßnahmen und Unterstützungsleistungen, die die »Beseitigung« der Barrieren und hemmenden Lebensumstände, die eine berufliche Wiedereingliederung be- oder verhindern, fördern. Der Coach kann bereits existierende Reha-Angebote für die individuelle Planung mitnutzen oder völlig neue Wege gehen. Das Coaching erfolgt zunächst zeitlich unbefristet an der »normalen« Lebenswelt des Einzelnen orientiert. Aufgrund des Projektcharakters endet die Modell-Coaching – Phase zwei bis max. zweieinhalb Jahre nach individuellem Beginn und sollte bei weiterem Bedarf in eine entsprechende Anschlussfinanzierung übergeleitet werden. Die Klärung der individuellen Weiterfinanzierung der Leistung – bei Bedarf – erfolgt noch durch den Job-Coach während der Projektphase. Hier werden selbstverständlich Maßnahmen der RV für den Einzelfall wie z. B. Übergangsgeld etc. mit abgeprüft.

Die Case-Load pro Coach sollte bei Erwachsenen bei ca. 10 Personen im Durchschnitt liegen und Einzelfall bezogen variieren können. Dies bedeutet, dass in der Eingangsphase oder in kritischen Phasen fast täglich Kontakte möglich sind, da die Kontaktzeiten über die Personen gepoolt werden. Die Kontakte werden dokumentiert und im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung ausgewertet. Die Ermittlung des tatsächlichen Bedarfes im Durchschnitt ist Teil dieses Projektes.

Alle Coaches sollten über eine abgeschlossene Ausbildung auf dem Gebiet der Sozialpädagogik (BA) oder vergleichbaren Berufsbildern verfügen. Alle Coaches bzw. der Dienst, bei dem sie angestellt sind, sollten in der jeweiligen Versorgungsregion sowohl in der psychosozialen Szene wie im Bereich *rundum Arbeit und Bildung* sehr gut vernetzt sein und über entsprechende Arbeitsmarktkennntnisse verfügen. Psychiatrieerfahrene Menschen möglichst mit entsprechender EX-IN-Qualifikation sollen insbesondere in der Phase der Motivation und individuellen Teilhabepanung als Peer-Berater ggf. aktiv sein.

Ergänzend ist der Einsatz eines flexiblen personenbezogenen Budgets (analog zum »Persönlichen Budget«, hier allerdings verwaltet durch den Coach), abgeleitet aus der individuellen Reha- bzw. Teilhabepanung vorgesehen. Der IPS Coach kann bei Bedarf zur Realisierung seines Auftrages die »Power« dieses personenbezogenen Budgets nutzen und den betrof-

fenen Budgetnehmer dadurch niedrigschwellig und schnell verfügbar die Hilfen organisieren, die zur Umsetzung seiner individuellen Ziele aus seiner Rehaplanung notwendig und gewünscht sind. Auch neue Leistungen können erprobt werden. Mangels vergleichbarer Erfahrungswerte wird die durchschnittliche Budget-Höhe zunächst mit 4.800 Euro für zwei Jahre, also 200 Euro/Monat festgesetzt; die Höhe kann jedoch zwischen den Teilnehmenden variieren und wird über alle Teilnehmenden »gepoolt«.

Integration der Regelbehandlung

Entsprechend den Leitlinien für das IPS-Coaching läuft integriert die psychiatrische Regelbehandlung. Sie ist Teil der Modellerprobung aber nicht Teil der Modellfinanzierung. Teil der Modellfinanzierung ist ausschließlich die federführende Durchführung der Genesungs-, Reha- und Teilhabeplanung zu Beginn bzw. in Abstimmung mit dem Job-Coach die Durchführung eines regelmäßigen Monitoring zur Überprüfung der Reha-Prognose und einem »Update« der Teilhabeplanung in Form einer kleinen Fallkonferenz in halbjährlichen Abständen.

Sollte es zu Krisensituationen kommen, erfolgt der Versuch der Bewältigung derselben in enger Abstimmung zwischen Behandlern und dem Job-Coach.

In Abhängigkeit vom Verlauf der Corona-Pandemie soll die Einschreibung der ersten Personen in das Projekt ab dem 1.1.2021 erfolgen.

Wissenschaftliche Begleitung

Das IPS-Coaching wird durch eine eigene wissenschaftliche Begleitung evaluiert und insbesondere mit einer Kontrollgruppe, die kein Coaching erhält, verglichen.

Die untersuchte Haupthypothese ist, dass der Anteil psychisch kranker Teilnehmenden mit komplexem Unterstützungsbedarf, die innerhalb von zwei Jahren ab Beginn des IPS wieder berufstätig (mind. einen Tag) sind, größer ist als in der Kontrollgruppe. Darüber hinaus wird davon ausgegangen, dass die Zahl gestellter Rentenanträge in der IPS-Gruppe kleiner ist als in der Kontrollgruppe. Gleiches gilt für Anträge auf Aufnahme in das Eingangsverfahren der Werkstätten für Menschen mit Behinderungen. Es wird ebenfalls erwartet, dass die Implementierung des Modellvorhabens

IPS-Coaching ZIB zu einer besseren Vernetzung der regionalen Akteure für die Themen Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung führt.

Ziel der wissenschaftlichen Begleitung ist es, nach zwei Jahren in der Interventionsgruppe mit Coaching und in der Kontrollgruppe ohne Coaching die Daten für 124 Personen pro Gruppe (zur Hälfte in MV und in NRW) auswerten zu können.

Führt eine Krise zu einem Abbruch des IPS-Coaching oder entscheidet das vierteljährliche Monitoring, dass eine Fortsetzung des IPS-Coachings keinen Sinn macht, wird dieses nicht nur dokumentiert, sondern es wird der weitere Verlauf über die volle Projektlaufzeit (zwei Jahre) durch die wissenschaftliche Begleitung erhoben.

Literatur:

- ANGERER, P., GLASER, J., GÜNDEL, H., HENNINGSSEN, P., LAHMANN, C., LETZEL, S., & NOWAK, D. (2014): Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit: Wissenschaft, Erfahrungen und Lösungen aus Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie und Psychosomatischer Medizin. Heidelberg: ecomed Medizin.
- BECKER, Gr.; DRAKE, Re. (1993): A working life. The individual placement and support (IPS) program. Concord, NH: New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center
- BEHRENS, J., & DREYER-TÜMMEL, A. (1995): Ermittlung von Indikatoren der Rehabilitationsbedürftigkeit aus Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Daten). Deutsche Rentenversicherung(7-8), 413-443.
- BROUWERS, E., TERLUIN, B., TIEMENS, B., & VERHAAK, P. (2009): Predicting return to work in employees sick-listed due to minor mental disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(4), 323-332.
- CAMPBELL, K.; BOND, GR.; DRAKE, RE et al (2010): Client predictor of employment outcomes in high-fidelity supported employment. *J Nerv Ment Dis* 198(8): 556-563
- DEWA, C. S., LOONG, D., & BONATO, S. (2014): Work outcomes of sickness absence related to mental disorders: A systematic literature review. *BMJ Open*, 4(7).
- GÜHNE, U., RIEDEL-HELLER, S. G. (2015): Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. Expertise im Auftrag der Gesundheitsstadt Berlin und der DGPPN. https://www.dgppn.de/_Resources/.../Expertise_Arbeitssituation_2015-09-14_fin.pdf
- DGPPN/Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. S3-Leitlinie »Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen«. Berlin, Springer. 2. Auflage 2019
- HERDT, J., WINCKEL, H., & LASKOWSKA, B. (Eds.). (2010): Fallanalyse zur beruflichen Integration von Personen mit psychischen Störungen. Forschungsbericht Nr. 5/10. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.

- HOFFMANN, H.; JÄCKEL, D.; GLAUSER, S.; MUESER, K. T.; KUPPER, Z. (2014): Long-term effectiveness of supported employment: Five-year follow-up of a randomized controlled trial. *Am. J. Psychiatry*, 171; 1183–1190.
- HOFFMANN, H. (2017): Supported Employment – Erst platzieren, dann trainieren. In: In: STEINHART I.; WIENBERG, G. (HG) Rundum ambulant. Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde. Psychiatrie-Verlag, Köln, 246-260
- JÄCKEL, D.; HOFFMANN, H.; WEIG, W. (2010): Praxisleitlinien Rehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen. Köln: Psychiatrie-Verlag
- JÄCKEL, D. (2017): Frühzeitige und evidenzbasierte Interventionen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Individual Placement and Support (IPS). Vortrag BMAS, Berlin, 26.7.2017
- KILIAN, R., & BECKER, T. (2007): Macro-economic indicators and labour force participation of people with schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 16(2), 211-222.
- MERNYI L, HÖLZLE P., HAMANN J. Berufstätigkeit und Rückkehr an den Arbeitsplatz bei stationär-psychiatrisch behandelten Patienten. *Psychiatrische Praxis* 2018, 45, 197-205
- National Institute of Disability Management and Research (NIDMAR). (1995): Disability management in the workplace: A guide to establishing a joint workplace program. Port Alberni, Canada: National Institute of Disability Management and Research.
- OECD. (2012): Sick on the Job? Myths and realities about mental health and work. Paris: OECD Publishing.
- OSCHMIANSKY, F., POPP, S., RIEDEL-HELLER, S., SCHWARZBACH, M., GÜHNE, U., & KUPKA, P. (2017): IAB Forschungsbericht. Psychisch Kranke im SGB II: Situation und Betreuung. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt-und Berufsforschung (IAB).
- RINALDI, M., KILLACKY, E., SMITH, J., SHEPHERD, G., SINGH, S. P., & CRAIG, T. (2010): First episode psychosis and employment: A review. *International Review of Psychiatry*, 22(2), 148-162.
- ROELEN, C. A. M., NORDER, G., KOOPMANS, P. C., VAN RHENEN, W., VAN DER KLINK, J. J. L., & BÜLTMANN, U. (2012): Employees sick-listed with mental disorders: Who returns to work and when? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(3), 409-417.
- SCHULTZ, I. Z., & GATCHEL, R. J. (Eds.). (2016): Handbook of return to work: From research to practice. Boston: Springer.
- STENGLER, K.; DRESS, L.; LEHMANN, J.; ALBERTI, M. (2015): PIA2work – ein Pilotprojekt zur Förderung von Arbeit und Beschäftigung im Kontext einer psychiatrischen Institutsambulanz (PIA). Posterpräsentation, DGPPN Kongress, 26.11.2015
- STENGLER, K.; BECKER, Th. (2017): Das Ende der Reha-Kette? – Zukunft der beruflichen Teilhabe. In: STEINHART I.; WIENBERG, G. (HG) Rundum ambulant. Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde. Psychiatrie-Verlag, Köln, 234 -245.