



190

AMS report

Roman Weber, Anna Schachner, Michael Stadler-Vida

Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen am 1. Arbeitsmarkt

Herausgegeben vom
Arbeitsmarktservice Österreich

Roman Weber, Anna Schachner, Michael Stadler-Vida

Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen am 1. Arbeitsmarkt

Herausgegeben vom
Arbeitsmarktservice Österreich

Medieninhaber, Herausgeber und Verleger: Arbeitsmarktservice Österreich, Abt. Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation, Sabine Putz, René Sturm, 1200 Wien, Treustraße 35–43 • Juni 2026 • Umschlagbild: Lanz, Wien • Grafik: Lanz, Wien • Druck: Ferdinand Berger & Söhne Ges.m.b.H., 3580 Horn

© Arbeitsmarktservice Österreich 2026

ISBN 978-3-85495-819-6

Inhalt

1	Einleitung	6
2	Relevanz	9
3	Länderperspektiven	11
3.1	Schweiz	12
3.1.1	Hintergrund	12
3.1.2	Das Schweizer System und der Grundsatz »Eingliederung vor Rente«	13
3.1.3	Rolle, Struktur und Finanzierung der Invalidenversicherung	13
3.1.4	Fallführung und individuelle Begleitung der Invalidenversicherung	14
3.1.5	Good-Practice-Beispiele bei der Unterstützung von Unternehmen: Compasso und Toolbox	14
3.1.6	Good-Practice-Beispiel: Supported Employment	15
3.1.7	Fazit	16
3.2	Deutschland	16
3.2.1	Hintergrund	16
3.2.2	Das System in Deutschland, die Rentenversicherung und der Grundsatz »Reha vor Rente«	17
3.2.3	Erwerbsminderungsrente der DRV	18
3.2.4	Betriebliches Eingliederungsmanagement	19
3.2.5	Good-Practice-Beispiele	19
3.2.6	Good-Practice-Beispiele: Supported Employment	20
3.2.7	Good-Practice-Beispiele bei der Unterstützung von Unternehmen: Inklupreneur	23
3.2.8	Fazit	24
4	Supported Employment (SE) und Individual Placement and Support (IPS)	25
4.1	Hintergrund	25
4.2	Supported Employment (SE)	26
4.3	Individual Placement and Support (IPS)	28
4.4	Fazit	31

5 Handlungsempfehlungen	33
5.1 Gesellschaftspolitisches System	33
5.1.1 Erweiterte Perspektiven auf Teilhabe und Gesundheit	33
5.1.2 Flexibilisierung von Arbeitsfähigkeit und Rentenstrukturen	34
5.1.3 Einheitliche Regelungen	34
5.1.4 Drehscheibenfunktionen stärken	35
5.1.5 Wirkungsorientierung	35
5.2 Arbeitsmarktservice	36
5.2.1 Zielgruppenklarheit und flexible Angebotsgestaltung	36
5.2.2 Kooperationen zwischen arbeitsmarktpolitischen Institutionen (AMS) und psychosozialen Fach- und Beratungsdiensten	36
5.3 Unterstützungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen	37
5.3.1 Verankerung von Supported Employment und Individual Placement and Support	37
5.3.2 Adaptierung der Prinzipien von Supported Employment und Individual Placement and Support	38
5.3.3 Begleitende Fallführung als Prozessqualität	39
5.4 Unternehmen	40
5.4.1 Unterstützungs- und Sensibilisierungsstrukturen für Unternehmen	40
5.4.2 Gemeinsame Lern- und Unterstützungsräume für Betriebe	40
6 Literaturverzeichnis	42
7 Internet-Quellen	46
Anhang Ausgewählte Publikationen des AMS zum Themenfeld	49
AMS info 244: Begleitende Evaluierung der BBRZ-Maßnahme »beat&win« für Jugendliche	52
AMS info 282: Die Relevanz von Einstellungsveränderungen im Zuge von Arbeitslosigkeit und Rehabilitation vor dem Hintergrund der Reintegration in den Arbeitsmarkt	56
AMS info 300: Optimale Betreuung und Vorgangsweisen bei psychisch belasteten KundInnen	60
AMS info 334: Begleitevaluation neuer Beschäftigungsprojekte des AMS Oberösterreich für Beeinträchtigte ohne Chance auf Invaliditätspension	63
AMS info 403: Erwerbsbezogene Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen – Herausforderungen und Chancen	67
AMS info 426: Evaluierung der Beratung, Betreuung und Förderung von REHA-KundInnen im AMS Kärnten	71
FokusInfo 12: Wer früh hilft, hilft doppelt!« – Sekundärprävention zur Erhaltung von Arbeit und Arbeitsfähigkeit – Eine Evaluierung des »Service Arbeit und Gesundheit« des BBRZ	75

FokusInfo 85: Förderung der beruflichen Integration substanzabhängiger Personen in Tirol: Zentrale Schlussfolgerungen aus einer aktuellen Studie im Auftrag von AMS Tirol und Land Tirol	76
FokusInfo 93: System und Methoden der Beruflichen Rehabilitation in Österreich. Ein neues Praxishandbuch als wertvolles Hilfsmittel zur Arbeit in der Beruflichen REHA in der E-Library des AMS-Forschungsnetzwerkes	78
FokusInfo 96: »Berufliche Rehabilitation ist wichtiger denn je, ...«. Roman Pöschl, Geschäftsführer des BBRZ, im Gespräch	80
FokusInfo 136: Das AMS-Praxishandbuch »Psycho ... logisch? Psychisch belastete Menschen in Beratungssituationen« als wertvolle Unterstützung für die Bildungs- und Berufsberatung	82
FokusInfo 296: Berufliche Rehabilitation im Burgenland: »Wirksam, stabilisierend und nachhaltig!«. Zentrale Erkenntnisse einer aktuellen Studie im Auftrag des AMS Burgenland im Fokus	84

1 Einleitung

Das Arbeitsmarktservice (AMS) Wien¹ hat sich zum Ziel gesetzt, von europäischen Good-Practice-Beispielen, neuen Ansätzen und Innovationen im Bereich der Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen (nach ICD-11-Klassifikation²) am 1. Arbeitsmarkt zu lernen. Das Forschungs- und Beratungsinstitut queraum. kultur- und sozialforschung³ wurde daher vom AMS Wien mit diesem Forschungsprojekt beauftragt, das zum Ziel hatte, entsprechende Beispiele zu recherchieren, aufzubereiten und daraus Handlungsempfehlungen auf verschiedenen Ebenen für das AMS Wien zu erarbeiten.⁴

Das Forschungsprojekt wurde im Jahr 2025 durchgeführt – das zugrundeliegende Forschungsdesign war sequenziell gestaltet: Zunächst wurden allgemeine europäische Arbeitsmarktdaten für Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie Daten zur generellen Prävalenz und Entwicklung von psychischen Erkrankungen recherchiert (Rechercheteil 1⁵). Die Datenlagen zu Prävalenzen psychischer Erkrankungen und zur Arbeitsmarktsituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind jedoch sowohl in Österreich als auch allgemein in Europa stark begrenzt. Verschiedene Definitionen, Diagnoseinstrumente und unterschiedlich eingeordnete Zielgruppen erschweren es zudem, umfassende Informationen zu Prävalenzen psychischer Erkrankungen zu erhalten.⁶ Neben den aktuellen Daten zur Arbeitsmarktintegration von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind wissenschaftliche Studien zu den Einflussfaktoren und Auswirkungen selten.⁷ Ein OECD-Ländervergleich von 2021⁸ bietet interessante Einblicke in vergleichende Statistiken zwischen europäischen Ländern – wenngleich der Bericht eher eine interessante Orientierung als verlässliche Daten

1 www.ams.at/wien.

2 International Classification of Diseases 11th Revision (<https://icd.who.int/en>).

3 www.queraum.org.

4 Die umfassende und insgesamt drei Rechercheteile beinhaltende Langfassung der Studie kann in der E-Library des AMS-Forschungsnetzwerkes unter <https://forschungsnetzwerk.ams.at/library/publikation/ams-forschungsberichte/2025/inklusion-von-menschen-mit-psychischen-erkrankungen-am-ersten-arbeitsmarkt.html> downgeloadet werden. Der vorliegende und kompakt gehaltene AMS report bietet eine Synthese der relevantesten Aspekte aus den drei Rechercheteilen dieser Studie und den darin getroffenen Handlungsempfehlungen.

5 Vgl. Langfassung der Studie.

6 Vgl. Łaszewska / Österle / Wancata et al. 2018.

7 Vgl. Gühne et al. 2022.

8 Vgl. OECD 2021b.

liefert. Der Bericht definiert »Menschen mit psychischen Erkrankungen« als die 20 Prozent der Befragten mit den niedrigsten Werten im psychischen Gesundheitszustand, »schwere psychische Erkrankungen« umfassen die untersten fünf Prozent dieser Gruppe. Es ist jedoch wichtig zu betonen, dass diese Zuordnung nicht auf klinischen Diagnosen beruht, sondern auf Selbsteinschätzungen der Befragten.⁹ Die unklare Definition von Zielgruppen war im Laufe des Forschungsprojektes häufiger ein Problem. In Statistiken, in vielen europäischen und nationalen sozialpolitischen Formulierungen, in Beschreibungen von Rehabilitationsmaßnahmen etc. wird zum Beispiel häufig der Terminus »Menschen mit Behinderungen« verwendet und darunter Menschen mit chronischen Erkrankungen und/oder Menschen mit psychischen Erkrankungen subsumiert. Dennoch wurde auf Basis der Ergebnisse des OECD-Berichtes, aber auch wegen der interessanten Vergleichbarkeit aufgrund kultureller Nähe und ähnlichem Arbeitsmarktsystem, gemeinsam mit den Auftraggeber:innen des AMS Wien beschlossen, die Situation in Deutschland und in der Schweiz genauer zu betrachten und nach Good-Practice-Beispielen, neuen Ansätzen und Innovationen in diesen beiden Ländern zu recherchieren (Rechercheteil 2¹⁰). Beide Länder wurden im OECD-Bericht als überdurchschnittlich erfolgreich in der Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen dargestellt. Neben Internet- und Literaturrecherchen wurden Interviews mit Expert:innen im Bereich Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen am 1. Arbeitsmarkt aus Deutschland und der Schweiz durchgeführt. Die halbstrukturierten qualitativen Interviews wurden mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring¹¹ ausgewertet. Alle Gespräche wurden via Zoom geführt, mit Einverständnis der Interviewten aufgenommen, transkribiert und mit MAXQDA analysiert:

- Interview 1: Experte im Bereich des Supported Employment in einer Universitätsklinik (Schweiz).
- Interview 2: Expertin im Bereich der institutionellen Arbeit zur beruflichen Rehabilitation und Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen (Schweiz).
- Interview 3: Experte im Bereich der psychiatrischen Rehabilitation (Schweiz).
- Interview 4: Experte im Bereich der Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (Schweiz).
- Interview 5: Expertin im Bereich Sozialversicherungen (Schweiz).
- Interview 6: Experte im Bereich der Projektumsetzung zu Individual Placement and Support (Deutschland).
- Interview 7: Expertin im Bereich universitäre Forschung zu Arbeit und Beschäftigung von Menschen mit psychischen Erkrankungen (Deutschland).

⁹ Vgl. OECD 2021b.

¹⁰ Vgl. Langfassung der Studie.

¹¹ Vgl. Mayring 2015.

- Interview 8: Zwei Expertinnen im Bereich der Projektumsetzung und universitären Forschung zu Individual Placement and Support (Deutschland).
- Interview 9: Experte im Bereich für regionale Stellen der Invalidenversicherung, Invalidenversicherungs-Stellen-Konferenz (Schweiz).

Im Verlauf der Recherchen und Erhebungen kristallisierte sich die besondere Stellung von Supported Employment (SE) und Individual Placement and Support (IPS) als Paradigmen und Ansätze zur beruflichen Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen heraus, weshalb gemeinsam mit den Auftraggeber:innen entschieden wurde, diese Ansätze einer vertiefenden Analyse zu unterziehen (Rechercheteil 3¹²).

Die Ergebnisse der verschiedenen Rechercheteile wurden in Arbeits- und Rechercheprotokollen festgehalten, die mit den Auftraggeber:innen besprochen wurden.

Die Studie verfolgt nicht den Anspruch, eine umfassende und vollständige Analyse der Arbeitsmarktsituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Europa zu bieten und die (Sozial-)Systeme von Deutschland und der Schweiz ganzheitlich zu durchdringen. Die Ergebnisse und Ableitungen basieren auf Recherchen in einem klar begrenzten Rahmen und sind auf das Interesse der Auftraggeber:innen hin ausgerichtet. In Absprache mit dem AMS Wien wurden Einblicke in die Inklusions-, Sozial- und Unterstützungssysteme der zwei Arbeitsmärkte aufbereitet und für die Auftraggeber:innen interessante Förder- und Finanzierungsstrukturen, Unternehmen, Weiterbildungs-, Beratungs- und Begleitangebote, Initiativen zur gesellschaftlichen Sensibilisierung und einzelne Ansätze der beruflichen Rehabilitation und (Wieder-)Eingliederung recherchiert.

Der Ergebnisbericht¹³ beginnt mit einem Kapitel zur Relevanz des Forschungsprojektes, anschließend wird ein Überblick zu den interessantesten Ergebnissen aus den Länderanalysen Deutschlands und der Schweiz geboten. Supported Employment und Individual Placement and Support werden darauf aufbauend skizziert und die Relevanz dieser Ansätze mithilfe von Forschungsergebnissen gezeigt. Den Abschluss bilden Handlungsempfehlungen. Die Grundlage dafür war ein erster Berichtsentwurf der Autor:innen, der im Zuge eines Ergebnis-Workshops mit den Auftraggeber:innen ergänzt wurde.

¹² Vgl. Langfassung der Studie.

¹³ Für die Hintergrundrecherche und die Strukturierung einzelner Textabschnitte wurde ein KI-gestütztes Sprachmodell (ChatGPT, OpenAI, Version GPT-5, Stand: Oktober 2025) unterstützend eingesetzt. Die Ergebnisse wurden von den Autor:innen kritisch geprüft und inhaltlich validiert.

2 Relevanz

Menschen mit Behinderungen und psychosozialer Beeinträchtigung haben das gleiche Recht auf Arbeit und Beschäftigung wie alle anderen Menschen – darauf verweist Artikel 27 der UN-Behindertenrechtskonvention, die 2008 von Österreich ratifiziert wurde. Erwerbstätigkeit ist wichtig für alle Menschen, da sie viele positive Effekte auf das Wohlbefinden hat: Sie vermittelt Lebenssinn, steigert das Selbstbewusstsein und die Zufriedenheit und schafft soziale Anerkennung – um nur einige wenige dieser Effekte zu nennen.¹⁴ Die berufliche Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen stellt jedoch nach wie vor eine zentrale gesellschaftliche Herausforderung dar. Insbesondere Personen mit einer diagnostizierten psychischen Störung gemäß der ICD-10-Klassifikation bzw. der aktuelleren ICD-11-Klassifikation (F-Diagnose) sind häufig von Exklusion aus dem 1. Arbeitsmarkt betroffen:¹⁵ »Aus dem »Teilhabebericht der [deutschen] Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen« geht hervor, dass 50 Prozent der Menschen mit chronischen psychischen Störungen im erwerbsfähigen Alter keiner Erwerbstätigkeit nachgehen (...). Psychisch kranke Menschen sind auch im Vergleich zu somatisch kranken Menschen weniger in den Arbeitsmarkt integriert und haben ein niedrigeres Arbeitseinkommen. Eine deutliche Benachteiligung zeigt sich auch für Menschen mit schwerer gegenüber weniger schwerer psychischer Erkrankung. Hingegen knapp 40 Prozent der Patienten mit einer psychischen Erkrankung einer Beschäftigung nachgingen, waren es in der Gruppe derer mit einer schweren psychischen Erkrankung lediglich sechs Prozent.«¹⁶

Dabei äußert eine befragte Expertin, dass 70 bis 80 Prozent der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt anstreben – selbst in akuten Krankheitsphasen.¹⁷

Die Relevanz der vorliegenden Studie wird zudem durch die generelle Entwicklung der Prävalenz von psychischen Erkrankungen weltweit, in Europa und in Österreich unterstrichen: Diese ist in den letzten Jahrzehnten deutlich angestiegen. Heterogene Diagnoseinstrumente, unzureichende Datengrundlagen sowie uneinheitliche Zielgruppenabgrenzungen ziehen die

¹⁴ Vgl. Bähr / Collischon 2022; Jahoda 1983 nach Puhm / Strizek / Nowotny 2025.

¹⁵ Vgl. Gühne et al. 2022; DGPPN 2018.

¹⁶ DGPPN 2018, Seite 157.

¹⁷ Vgl. Interview 7 (siehe Studienlangfassung).

Vergleichbarkeit und Vollständigkeit der verfügbaren Zahlen in Mitleidenschaft. Viele Länder verfügen über keine spezifischen Angaben zur Betroffenheit, was die (Bedarfs-)Erkennung zusätzlich behindert.¹⁸

Bereits die »Global Burden of Disease Study« zeigte, dass die globale Verbreitung psychischer Erkrankungen zwischen 1990 und 2010 um 38 Prozent zunahm und weiterhin steigt.¹⁹ In Österreich griffen laut Statistik Austria und dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger im Jahr 2012 rund zehn Prozent der Bevölkerung aufgrund psychischer Belastungen auf Angebote des Gesundheitssystems zurück – ein Anstieg von etwa zwölf Prozent im Vergleich zu 2009.²⁰ Nach aktuelleren OECD-Daten waren 2019 in Österreich etwa 18 Prozent der Bevölkerung psychisch erkrankt.²¹ Eine systematische Datenanalyse von Łaszewska / Österle / Wancata ergab für 2018, dass zwischen neun Prozent und 15 Prozent der erwachsenen Bevölkerung von Depressionen betroffen waren, 6,5 Prozent von Angststörungen und 2,4 Prozent von einer depressiven Störung.²² Die Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit des BMASGK spricht ebenso von einer dramatischen Entwicklung: »Auf Basis der Versorgungsdaten (stationäre Aufenthalte, Krankenstände und Dauermedikation) zeigt sich, dass schon in der Altersgruppe ab 20 Jahren ein ›deutlicher‹ Anstieg der Erkrankungen zu bemerken ist, in der Altersgruppe ab 40 Jahren eine drastische Steigerung.«²³

Die Covid-19-Pandemie hat diese Entwicklungen weiter verschärft.²⁴ Die OECD dokumentierte während der Pandemie einen Anstieg von Symptomen psychischer Erkrankungen in allen Mitgliedstaaten. In Österreich beispielsweise stieg der Anteil von Personen mit Depressionen oder depressiven Krisen innerhalb von zwei Jahren von 7,7 auf 21 Prozent.²⁵ Das Risiko, an einer Depression zu erkranken, erhöhte sich zwischen 2020 und 2022 auf 46 Prozent.²⁶

Generell ist davon auszugehen, dass die tatsächlichen Prävalenzen höher liegen, da Stigmatisierung, Unterdiagnostik und unzureichende Versorgung zu einer Unterschätzung führen.²⁷

18 Vgl. Łaszewska / Österle / Wancata et al. 2018.

19 Vgl. Łaszewska / Österle / Wancata et al. 2018.

20 Vgl. Łaszewska / Österle / Wancata et al. 2018; Hofer / Wallner 2012.

21 Vgl. OECD / European Observatory on Health Systems and Policies 2023.

22 Vgl. Łaszewska / Österle / Wancata et al. 2018.

23 BMASGK 2018, Seite 1.

24 Vgl. OECD 2021a; OECD 2022.

25 Vgl. OECD 2021a.

26 Vgl. OECD 2022.

27 Vgl. Łaszewska / Österle / Wancata et al. 2018.

3 Länderperspektiven

Wie bereits beschrieben, wurden aufgrund des OECD-Ländervergleiches²⁸ und der Ähnlichkeiten, was Kultur und Arbeitsmarktsysteme betrifft, Deutschland und die Schweiz für die genauere Analyse ausgewählt. Die Recherchen zeigten insgesamt, dass kein Land insgesamt als Good-Practice-Beispiel hinsichtlich der Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen fungieren kann. Dies wurde in mehreren Expert:innen-Interviews auch bestätigt: »*Aus Studien wissen wir natürlich, dass die Umsetzung in der Breite in anderen Ländern auch nicht gut gelingt.*« [Interview 7]

Schweiz und Deutschland wurden ausgewählt, da die Länder (und deren Good-Practice-Beispiele) für Österreich spannende Diskussionsgrundlagen liefern und so wichtige Anhaltspunkte für die Weiterentwicklung von Maßnahmen und Strukturen in Österreich bilden können.

In Österreich regeln das Bundesbehindertengleichstellungsgesetz (BGStG), in Deutschland das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) und in der Schweiz das Behindertengleichstellungsgesetz (BehiG) sowie das Invalidenversicherungsgesetz (IVG) den Diskriminierungsschutz und die Gleichstellung von Menschen mit psychischen Erkrankungen – und das auch im Arbeitsleben. Die Systeme unterscheiden sich jedoch in ihrer arbeitsmarktpolitischen Konkretisierung.²⁹ Österreich und Deutschland setzen auf Beschäftigungsquoten und Ausgleichszahlungen, während die Schweiz auf Anreizsysteme und individuelle Förderung ohne Quotenpflicht setzt.

Gemeinsam ist allen Ländern, dass Arbeitgeber:innen finanzielle Zuschüsse für die Integration von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen erhalten. Besonders die Schweiz verfügt mit der Invalidenversicherung (IV) über ein flexibles System, das mit Einarbeitungszuschüssen, Umschulungen und betrieblicher Unterstützung Anreize zur (Wieder-)Eingliederung bietet. Ziel ist in allen Ländern, einer »Pension auf Lebenszeit« entgegenzuwirken und die Rückkehr bzw. Einstieg in den Arbeitsmarkt zu fördern.

Im internationalen Vergleich nach Böhm et al. noch aus dem Jahr 2013 zeigt sich, dass graduelle Rentenmodelle wie in der Schweiz – mit einer stufenweisen Anpassung an die

²⁸ Vgl. OECD 2021b.

²⁹ Vgl. Böhm et al. 2013.

Erwerbsfähigkeit – günstigere Bedingungen für die Teilhabe schaffen können als starre Systeme.³⁰

Im Folgenden wird die Situation in der Schweiz und in Deutschland zusammenfassend vorgestellt.

3.1 Schweiz

3.1.1 Hintergrund

Psychische Erkrankungen sind in der Schweiz wie in vielen anderen europäischen Ländern zur Hauptursache von Erwerbsunfähigkeit geworden. Mehr als die Hälfte aller neu zugesprochenen Invalidenrenten (52 Prozent) sind inzwischen auf psychische Störungen zurückzuführen – ein Anteil, der sich in den letzten zwei Jahrzehnten markant erhöht hat. Besonders betroffen sind junge Erwachsene, bei denen psychische Diagnosen zur dominierenden Ursache für Invalidität geworden sind.³¹ Die Schweiz hat ein konsequentes System, das auf dem Grundsatz »Eingliederung vor Rente« beruht und in seiner organisatorischen und finanziellen Ausgestaltung für Österreich von Relevanz ist. Allerdings ist, wie die Expert:innen aus der Schweiz in den Interviews betonen, die Angebotslandschaft kantonale sehr unterschiedlich ausgestaltet, was zu regionalen Ungleichheiten in der Versorgung führt – eine flächendeckend gute Unterstützung kann daher nicht vorausgesetzt werden: *»Wir haben eine Reihe von wirklich guten Initiativen in den größeren Städten, insbesondere dort, wo Universitätskliniken angesiedelt sind, also Zürich, Bern, Basel, Lausanne insbesondere. Aber ansonsten ist es auf dem Lande, insbesondere in den Bereichen, wo keine universitäre Forschung zu finden ist, noch sehr konventionell, sehr stark auf den Werkstattbereich ausgerichtet.«* [Interview 3]

Dennoch gilt insbesondere die frühzeitige Erfassung von Unterstützungsbedarfen, kombiniert mit einem niederschweligen Zugang zu Leistungen der Invalidenversicherung (IV) und den regionalen Arbeitsvermittlungszentren, als vorbildlich. Modelle wie der Arbeitsversuch oder der IV-basierte Personalverleih ermöglichen praxisnahe berufliche Erprobungen und erleichtern Betrieben die Aufnahme von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Auch das Prinzip »Supported Employment« mit begleitendem Jobcoaching ist – allerdings vorwiegend im städtischen Raum – verbreitet und unterstützt eine nachhaltige Integration in den 1. Arbeitsmarkt.³² Die Schweiz bietet somit eine interessante Orientierung zur Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen am 1. Arbeitsmarkt –

³⁰ Vgl. Böhm et al. 2013.

³¹ Vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen 2025.

³² Vgl. OECD 2022.

insbesondere aufgrund ihrer langjährigen Erfahrung in der Umsetzung von Supported Employment, klaren Zuständigkeiten und ihres Fokus auf eine frühe und arbeitsmarktnahe Unterstützung.

3.1.2 Das Schweizer System und der Grundsatz »Eingliederung vor Rente«

Das schweizerische System der Invalidenversicherung (IV) ist als bundesweite Sozialversicherung organisiert und folgt dem klaren Leitsatz, dass berufliche Eingliederung Vorrang vor Rentenleistungen hat. Ziel ist es, Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen so früh wie möglich in den Arbeitsmarkt (zurück) zu integrieren. Dazu wurden in den letzten Jahren zahlreiche Reformen umgesetzt, die den Fokus von der reinen Rentenversicherung hin zu einer aktiven Eingliederungsversicherung verschoben haben. Die IV-Stellen agieren als regionale Kompetenzzentren mit einer Drehscheibenfunktion zwischen Versicherten, Arbeitgeber:innen, Ärzt:innen und Sozialdiensten. Sie prüfen die Eingliederungsfähigkeit, koordinieren die notwendigen Maßnahmen und unterstützen den gesamten Prozess von der Stabilisierung bis zur nachhaltigen Integration.³³

3.1.3 Rolle, Struktur und Finanzierung der Invalidenversicherung

Die Invalidenversicherung ist kantonale organisiert, arbeitet jedoch nach einheitlichen bundesrechtlichen Vorgaben. Sie ist primär beitragsfinanziert (durch Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge) und wird in Teilen durch Bundesmittel ergänzt. Die IV-Stellen verfügen über spezialisierte Fachpersonen, die den gesamten Eingliederungsprozess begleiten. Ihre Arbeit zeichnet sich durch hohe Flexibilität aus: Eingliederungsmaßnahmen werden individuell ausgestaltet und können medizinische, berufliche und soziale Elemente kombinieren.

Zu den von der Invalidenversicherung finanzierten Leistungen zählen unter anderem berufliche Abklärungen, Integrationsmaßnahmen, Umschulungen, Arbeitsversuche, Coaching-Programme, Adaptionen am Arbeitsplatz und finanzielle Anreize, wie Einarbeitungszuschüsse. Dieses breite Instrumentarium wird ergänzt durch Teilrenten, die eine schrittweise Wiedereingliederung ermöglichen und gleichzeitig finanzielle Sicherheit bieten.³⁴

³³ Vgl. Eidgenössisches Departement des Innern, Bundesamt für Sozialversicherungen 2025.

³⁴ Vgl. Eidgenössisches Departement des Innern, Bundesamt für Sozialversicherungen 2025.

3.1.4 Fallführung und individuelle Begleitung der Invalidenversicherung

Ein zentrales Element der Invalidenversicherung ist die sogenannte Fallführung. Jede versicherte Person hat in der Regel eine feste Ansprechperson, die alle beteiligten Akteur:innen koordiniert, den Fortschritt dokumentiert und Maßnahmen anpasst. Gerade bei psychischen Erkrankungen oder komplexen Problemlagen ist diese personelle Kontinuität entscheidend für den Erfolg, da sie Vertrauen aufbaut und Brücken zwischen medizinischer, sozialer und beruflicher Betreuung schlägt. Die Invalidenversicherung verfolgt dabei einen ganzheitlichen Case Management-Ansatz, der auf individuelle Bedarfe, Stärken und Ressourcen eingeht.³⁵

Wenn eine Eingliederung vorzeitig scheitert oder der Arbeitsplatzverlust droht, können Betroffene erneut in Maßnahmen aufgenommen werden. Diese Kontinuität und Flexibilität unterscheidet die Invalidenversicherung deutlich von klassischen Arbeitsmarktinstitutionen. Neben der Arbeit mit den Versicherten richtet sich die Invalidenversicherung auch explizit an Arbeitgeber:innen. Spezialisierte Arbeitsvermittler:innen beraten Unternehmen bei der Einstellung, Anpassung oder Wiedereingliederung von Mitarbeitenden mit gesundheitlichen Einschränkungen.

3.1.5 Good-Practice-Beispiele bei der Unterstützung von Unternehmen: Compasso und Toolbox

Ergänzend dazu bietet die nationale Plattform Compasso, getragen von Arbeitgeberverbänden, Versicherungen und öffentlichen Partnern, praxisorientierte Instrumente für Personalverantwortliche und Führungskräfte. Besonders hervorzuheben ist der »Wegweiser berufliche Eingliederung«, der Arbeitgeber:innen Schritt für Schritt durch den Integrationsprozess führt. Checklisten, Schulungsmaterialien und Tools, so etwa der Inclusion Check für Unternehmen, helfen dabei, Belastungen frühzeitig zu erkennen und Arbeitsplätze inklusiver zu gestalten.³⁶

Neben Compasso unterstützt die »Toolbox für ein inklusives Arbeitsumfeld« des Eidgenössischen Büros für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (EBGB) Unternehmen praxisnah dabei, inklusive Strukturen zu schaffen – insbesondere für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Sie bietet konkrete Hilfen zur entstigmatisierenden Kommunikation, zur Sensibilisierung von Führungskräften und Teams sowie zur Anpassung organisatorischer Arbeitsbedingungen wie Arbeitszeit oder Aufgabenverteilung. Ein zentrales Element ist der Inclusion-Check, mit dem Betriebe ihren Inklusionsstand analysieren und gezielte Maßnah-

³⁵ Vgl. Eidgenössisches Departement des Innern, Bundesamt für Sozialversicherungen 2024.

³⁶ Vgl. www.compasso.ch [16.09.2025].

men ableiten können. Ergänzend fördert die Toolbox die Vernetzung von Unternehmen, um gegenseitiges Lernen zu ermöglichen.³⁷

Während Compasso als operative Netzwerk- und Informationsplattform fungiert, zielt die Toolbox des EBGB auf eine strategische Entwicklung einer inklusiven Unternehmenskultur.

3.1.6 Good-Practice-Beispiel: Supported Employment

Die Schweiz gilt als europäische Vorreiterin in der Umsetzung des Supported-Employment-Ansatzes für Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere des Modells »Individual Placement and Support« (IPS):³⁸ *»Das ist bei uns nichts mehr Neues, nicht mehr innovativ – das ist die Regelversorgung.«* [Interview 1]

Wissenschaftliche Evaluationen an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich oder von Job Coach Placement Bern zeigen die Wirksamkeit:³⁹ Zwischen 40 und 60 Prozent der Teilnehmenden finden eine reguläre Anstellung, deutlich mehr als in traditionellen Rehabilitationsprogrammen. Einhundert arbeitslose Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung wurden in einer Studie zufällig einer Maßnahme (IPS und traditioneller Ansatz) zugeordnet. Personen aus der IPS-Gruppe befanden sich mindestens doppelt so häufig in einer kompetitiven Beschäftigung verglichen mit denen aus der Vergleichsgruppe (58,7 Prozent vs. 25,9 Prozent). Im zweiten Jahr zeigte sich, dass die Personen der IPS-Gruppe über 24,5 Wochen auf dem 1. Arbeitsmarkt beschäftigt waren, in der Kontrollgruppe waren es lediglich 10,2 Wochen. Die positiven Effekte hinsichtlich der Arbeitssituation blieben bei den IPS-Teilnehmer:innen auch bis Projektende bestehen. Daneben zeigten sich statistisch bedeutsame Vorteile auch bei nicht arbeitsbezogenen Faktoren, wie etwa bei der Reduktion der stationären Behandlungsbedürftigkeit und der stationären Behandlungstage. Auch aus sozioökonomischer Perspektive erwies sich die IPS-Intervention als effektiv.⁴⁰ Essenziell für das Gelingen ist die individuelle Ausrichtung der Maßnahmen. Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen benötigen je nach Lebenslage sehr unterschiedliche Unterstützung. Der Fokus auf vorhandene Ressourcen statt auf Defizite sowie eine stabile, vertrauensvolle Beziehung zwischen Coach und Klient:in bilden die Grundlage für nachhaltige Integration. Ebenso wichtig sind die enge Zusammenarbeit mit Arbeitgeber:innen und eine längerfristige Nachbetreuung.

³⁷ Vgl. www.ebgb.admin.ch/de/toolbox-inklusive-arbeitsumfeld [01.07.2025].

³⁸ Das anschließende Kapitel 4 skizziert dessen Grundsätze.

³⁹ Vgl. Zürcher et al. 2023; Richter et al. 2019.

⁴⁰ Vgl. Hoffmann et al. 2014.

3.1.7 Fazit

Das schweizerische System zeigt, dass konsequente Eingliederungspolitik nicht nur soziale, sondern auch volkswirtschaftliche Vorteile bringt. Durch die Kombination aus frühzeitiger Intervention, individueller Fallführung, enger Arbeitgeberkooperation und evidenzbasierten Methoden wie IPS gelingt es einen Schritt mehr, Menschen mit psychischen Erkrankungen (wieder) in Arbeit zu bringen und Rentenabhängigkeit zu reduzieren.

3.2 Deutschland

3.2.1 Hintergrund

Auch in Deutschland ist in den letzten Jahren die Prävalenz von psychischen Erkrankungen stark angestiegen – beispielsweise ist der Anteil der Personen, die aufgrund psychischer Erkrankungen vorzeitig in Rente gehen, zwischen 1995 und 2019 von 18,6 auf 41,7 Prozent gestiegen. Ein großer Teil schwer psychisch erkrankter Menschen arbeitet zudem weiterhin unter geschützten Bedingungen, häufig in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM), während nur ein geringer Anteil Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt findet.⁴¹ Laut Teilhabebericht der deutschen Bundesregierung sind 50 Prozent der Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen im Erwerbsalter nicht erwerbstätig, 20 Prozent in WfbM beschäftigt und nur eine kleine Gruppe schafft den Übergang in reguläre Beschäftigung. Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere mit schweren Verläufen, sind deutlich seltener in Arbeit und verdienen weniger als somatisch Erkrankte.⁴²

Trotz eines umfangreichen Rehabilitationssystems gelingt die nachhaltige Integration in reguläre Beschäftigung oft nicht. Gründe liegen u.a. in einem fragmentierten Versorgungssystem mit vielen Schnittstellen sowie der anhaltenden Dominanz des »First train, then place«-Ansatzes, der sich als wenig effektiv erwiesen hat.⁴³ Zwar werden zunehmend Elemente von Supported Employment (SE) und Individual Placement and Support (IPS) in Deutschland integriert, doch bleibt die Umsetzung recht unterschiedlich. Supported Employment gilt als aufstrebender Ansatz, der in neueren Projekten und Förderprogrammen, wie z.B. rehapro,⁴⁴ verstärkt verankert wird.⁴⁵ Bereits seit den 2000er-Jahren sind in Deutschland Modellprojekte mit

41 Vgl. www.behindertenbeauftragter.de/DE/AS/schwerpunkte/teilhabe-am-arbeitsleben/teilhabe-am-arbeitsleben-node.html#:~:text=beruflicher%20Rehabilitation%20dar.%,Teilhabe%20f%C3%BCr%20Menschen%20mit%20seelischen%20und%20psychischen%20Erkrankungen,von%20drei%20Stunden%20Arbeit%20t%C3%A4glich [28.10.2025]; Gühne/Riedel-Heller/2015.

42 Vgl. DGPPN 2018.

43 Vgl. DGPPN 2021.

44 Vgl. Kapitel 3.2.5.

45 Vgl. Gühne / Riedel-Heller 2021.

SE- und IPS-Elementen etabliert. Mit der gesetzlichen Einführung der Maßnahme »Unterstützte Beschäftigung« 2009 erfolgte eine Annäherung an das internationale SE-Modell, ohne jedoch dessen Systematik vollständig abzubilden.⁴⁶ Der Übergang aus geschützten Beschäftigungsformen in reguläre Arbeit bleibt selten und hängt stark von regionalen Angeboten, rechtlichen Rahmenbedingungen und individuellen Belastbarkeiten ab.⁴⁷

Wie eine befragte Expertin feststellte, hat sich die Arbeitssituation psychisch erkrankter Menschen in Deutschland seit 2015 kaum verbessert – eher im Gegenteil: Die Zahl der Beschäftigten in WfbM steigt weiter. Zwar wächst das öffentliche und wissenschaftliche Interesse, gesellschaftlich-strukturelle Fortschritte bleiben jedoch begrenzt.⁴⁸ Im europäischen Vergleich weist Deutschland trotz dieser Defizite eine vergleichsweise hohe Beschäftigungsquote psychisch erkrankter Menschen auf und gilt aufgrund seines rechtlichen und institutionellen Rahmens als relevante Orientierung.⁴⁹

3.2.2 Das System in Deutschland, die Rentenversicherung und der Grundsatz »Reha vor Rente«

Das Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) bildet in Deutschland die rechtliche Grundlage für die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – einschließlich psychischer Erkrankungen – am Arbeitsleben. Psychische Erkrankungen gelten als Behinderung, wenn sie die Teilhabefähigkeit erheblich beeinträchtigen.⁵⁰ Die Zuständigkeiten für rehabilitative Leistungen sind auf verschiedene Leistungsträger verteilt (u. a. Krankenkassen, Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit, Sozialhilfeträger), was zu einer hohen Komplexität und viel Bürokratie führt. In der Fachliteratur wird diese Fragmentierung häufig kritisiert, da sie eine nahtlose Rehabilitation erschwert und zu Kompetenzüberschneidungen führt.⁵¹ Insgesamt zeigt sich ein gut ausgebautes, aber zugleich auch stark sektorisertes System, in dem verschiedene Institutionen nebeneinander agieren. Expert:innen betonen die Notwendigkeit klarerer Zuständigkeiten und einer besseren Verzahnung der Sozialgesetzbücher, um Menschen mit psychischen Erkrankungen wirksam in den Arbeitsmarkt zu integrieren.⁵² Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) ist zentrale Akteurin der beruflichen Rehabilitation in Deutschland und handelt nach dem Grundsatz »Reha vor Rente«. Sie ist zuständig, wenn die Erwerbsfähigkeit gefährdet oder eingeschränkt ist, und bietet insbesondere für Menschen mit

⁴⁶ Vgl. DGPPN 2021; DGPPN 2018.

⁴⁷ Vgl. Gühne / Riedel-Heller 2015.

⁴⁸ Vgl. Interview 7 (siehe Studienlangfassung).

⁴⁹ Vgl. OECD 2014.

⁵⁰ Vgl. Gühne / Riedel-Heller 2015.

⁵¹ Vgl. Stengler et al. 2014 nach Gühne / Riedel-Heller 2015.

⁵² Vgl. Interview 6 und Interview 7 (siehe Studienlangfassung).

psychischen Erkrankungen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) an.⁵³ Zu ihren Kernaufgaben zählen:

- Abklärung der Erwerbsfähigkeit durch medizinische Gutachten zur Feststellung von Arbeitsunfähigkeit oder Rehabilitationsbedarf.
- Berufliche Rehabilitation (LTA): Maßnahmen zur beruflichen Orientierung, Umschulung und Qualifizierung, u.a. in Berufsförderungswerken (BFW) oder Beruflichen Trainingszentren (BTZ). Dazu gehören auch Programme zur Arbeitsaufnahme wie Bewerbungstrainings, Jobcoaching und Unterstützte Beschäftigung (UB). Diese werden häufig in Kooperation mit sozialen Trägern (z.B. Diakonie, Caritas, Integrationsfachdienste) umgesetzt.
- Finanzielle Absicherung durch Übergangsgeld während der Reha sowie Erwerbsminderungsrente bei dauerhafter Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Ergänzend unterstützt die DRV Arbeitgeber:innen durch Beratung, Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) und Förderungen zur Arbeitsplatzanpassung, um nachhaltige Integration zu ermöglichen.⁵⁴

3.2.3 Erwerbsminderungsrente der DRV

Die Erwerbsminderungsrente unterstützt Personen, die aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen – etwa infolge psychischer Erkrankungen – nur eingeschränkt oder gar nicht mehr arbeiten können.⁵⁵ Es wird zwischen voller Erwerbsminderungsrente (Arbeitsfähigkeit unter drei Stunden täglich) und teilweiser Erwerbsminderungsrente (drei bis sechs Stunden) unterschieden. Personen mit weniger als fünf Versicherungsjahren erhalten stattdessen Grundsicherung. Ziel der DRV ist es, den dauerhaften Ausschluss aus dem Arbeitsleben zu vermeiden. Deshalb wird intensiv geprüft, ob Reha-Maßnahmen, Umschulungen oder stufenweise Wiedereingliederungen möglich sind. Arbeitserprobung und betriebliche Praktika gehören bei der DRV zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA). Sie dienen dazu, die berufliche Eignung und Belastbarkeit von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen abzuklären oder wiederherzustellen. Eine Arbeitserprobung ist eher eine diagnostische Maßnahme – es wird geprüft, was jemand gesundheitlich leisten kann und welcher Beruf passt.⁵⁶

⁵³ Vgl. DRV 2018.

⁵⁴ Vgl. DRV 2018.

⁵⁵ Vgl. www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Rente/Allgemeine-Informationen/Rentenarten-und-Leistungen/Erwerbsminderungsrente/erwerbsminderungsrente_node.html#:~:text=Rente%20wegen%20teilweiser%20Erwerbsminderung%20und,dies%20auf%20Ihre%20Rente%20hat [28.10.2025].

⁵⁶ Vgl. DGPPN 2017.

3.2.4 Betriebliches Eingliederungsmanagement

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) ist seit 2004 gesetzlich verpflichtend und soll die Rückkehr in den Beruf nach längerer Krankheit erleichtern sowie präventiv Arbeitsausfällen vorbeugen. Arbeitgeber:innen müssen ein BEM anbieten, wenn Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen arbeitsunfähig sind. Die Teilnahme ist freiwillig, kann jedoch den Kündigungsschutz beeinflussen. Beratung und Unterstützung erfolgt über Betriebskrankenkassen und Integrationsämter.

Das »Hamburger Modell« stellt die häufigste BEM-Maßnahme dar: eine stufenweise Wiedereingliederung mit reduzierter Arbeitszeit bei fortlaufendem Krankengeldbezug. Es ermöglicht eine schrittweise Rückkehr mit geringem Leistungsdruck – besonders hilfreich bei psychischen Erkrankungen –, wird jedoch dafür kritisiert, individuelle Anpassungen am Arbeitsplatz zu vernachlässigen.⁵⁷

Die Plattform BEMpsy⁵⁸, gefördert vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales, bietet Unternehmen und Beschäftigten praxisnahe Informationen, Leitfäden, E-Learning-Angebote und Beratungspakete zur Umsetzung von BEM-Prozessen, mit besonderem Fokus auf psychische Erkrankungen. Sie fördert niedrigschwelligen Zugang, Qualitätssicherung und Empowerment betroffener Arbeitnehmer:innen.

3.2.5 Good-Practice-Beispiele

Psychosoziales Coaching in deutschen Jobcentern

Das Psychosoziale Coaching in deutschen Jobcentern richtet sich an langzeitarbeitslose Menschen mit psychischen Belastungen. Ziel ist es, psychische Erkrankungen frühzeitig zu erkennen, Versorgungslücken (durch eine enge Verzahnung von Arbeitsförderung und psychosozialer Versorgung) zu schließen und Betroffene in leitliniengerechte Behandlung zu vermitteln. Die Teilnahme ist freiwillig und wird durch speziell geschulte Fallmanager:innen oder Integrationsfachkräfte innerhalb regulärer Beratungsgespräche initiiert. Psychologische Fachkräfte, die im Rahmen von Kooperationsmodellen direkt in den Jobcentern tätig sind, führen anschließend in Einzelgesprächen Anamnese, Diagnostik, Psychoedukation und verhaltenstherapeutisch orientierte Kurzinterventionen durch. Darüber hinaus finden dialogische Fallbesprechungen mit Jobcenter-Mitarbeitenden statt, in denen diagnostische Einschätzungen, Unterstützungsstrategien und Integrationsschritte gemeinsam abgestimmt werden. Zentral ist die »Lots:innenfunktion«: die gezielte Vermitt-

⁵⁷ Vgl. Voswinkel 2019.

⁵⁸ Vgl. www.bempsy.de [28.10.2025].

lung in geeignete Behandlungs- und Beratungsangebote sowie begleitende Kriseninterventionen.⁵⁹ Die Wirksamkeit des Psychosozialen Coachings ist mehrfach wissenschaftlich belegt: Die leitliniengerechte Behandlung psychisch erkrankter Teilnehmender konnte signifikant gesteigert, psychische Stabilität und Lebensqualität verbessert werden. Rund 36 Prozent der Teilnehmenden wurden in den 1. Arbeitsmarkt reintegriert, insgesamt 60 Prozent nahmen eine berufliche Tätigkeit auf. Die Ergebnisse zeigen ein deutliches Bild: Nur etwa fünf Prozent der Personen mit diagnostizierter psychischer Erkrankung befanden sich zu Beginn in leitliniengerechter Behandlung – über 80 Prozent waren entweder suboptimal oder gar nicht versorgt.⁶⁰

Inzwischen wird das Psychosoziale Coaching bundesweit im Rahmen von Förderprogrammen wie REACT-EU oder rehapro etabliert. Seit 2025 wird mit »Psychosoziales Coaching Next-Gen« eine Weiterentwicklung für junge Erwachsene unter 25 Jahren umgesetzt.

Bundesprogramm »Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro

Das Bundesprogramm »Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro«⁶¹ wird vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) umgesetzt. Ziel ist die Erprobung innovativer Leistungen und Organisationsformen, um die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erhalten oder wiederherzustellen und Zugänge in Erwerbsminderungsrenten oder Sozialhilfe zu verringern. Jobcenter und Rentenversicherungsträger fungieren als zentrale Bedarfsträger und Kooperationspartner. Für drei Förderaufrufe steht insgesamt rund eine Milliarde Euro zur Verfügung; Projekte können bis zu fünf Jahre gefördert werden. Im Fokus steht die verbesserte Koordination medizinischer und beruflicher Rehabilitation. Aktuell werden 56 Projekte gefördert, die explizit auf die Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen am 1. Arbeitsmarkt abzielen.

3.2.6 Good-Practice-Beispiele: Supported Employment

Die zentralen Eckpfeiler und die wissenschaftlichen Belege für den Erfolg von Supported Employment und Individual Placement and Support werden im nächsten Kapitel skizziert. In Deutschland gibt es einzelne Angebote und Initiativen, die als gute Beispiele der Umsetzung benannt werden sollten.

59 Vgl. www.psychologie-aktuell.com/news/aktuelle-news-psychologie/news-lesen/psychosoziales-coaching-bringt-ein-drittel-der-langzeitarbeitslosen-wieder-in-arbeit.html [28.10.2025]; https://arbeitswelt.hessen.de/fileadmin/arbeitswelt/Dokumente/das_psychosoziale_coaching_informationsblatt_fuer_jobcenter.pdf [28.10.2025].

60 Vgl. Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention o. A.

61 Vgl. www.modellvorhaben-rehapro.de/DE/Home/home_node.html [28.10.2025].

LIPSY – Leipzig: Individual Placement and Support für psychisch kranke Menschen

LIPSY – Leipzig: Individual Placement and Support für psychisch kranke Menschen⁶² ist ein Modellprojekt im Rahmen von rehabro. Ziel ist die nachhaltige Integration psychisch erkrankter Menschen in den 1. Arbeitsmarkt durch die enge Verzahnung von Jobcenter Leipzig, Helios Park-Klinikum und der Universität Leipzig. Im Projekt LIPSY beginnt die Teilnahme mit der Vermittlung zu einem standardisierten psychologischen Screening im Jobcenter Leipzig, durchgeführt von vier Psycholog:innen des Helios Park-Klinikums, zusätzlich finanziert durch das Projektbudget. Dieses niedrigschwellige Verfahren, angelehnt an das Psychosoziale Coaching in Jobcentern, gilt als zentrale Erfolgskomponente. Auf Basis der Diagnostik werden die psychosozialen Bedarfe erfasst und die Teilnehmenden individuell in geeignete medizinische oder soziale Unterstützungsangebote vermittelt. Das Assessment umfasst in der Regel drei Termine und wird häufig durch freiwillige Folgetermine ergänzt. Zu Projektbeginn wurden die Arbeitsvermittler:innen im Jobcenter umfassend geschult, um psychische Belastungen besser zu erkennen, anzusprechen und das Projektangebot angemessen vorzustellen. Das weitere Vorgehen gliedert sich in zwei Stränge:

- Menschen mit leichten bis mittelschweren psychischen Erkrankungen werden im Jobcenter von speziell geschulten Integrationsfachkräften begleitet.
- Schwer erkrankte Teilnehmende mit Behandlungswunsch werden in die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) des Helios-Klinikums übergeleitet und dort mit einer multimodalen Behandlung sowie Jobcoaching nach dem IPS-Modell unterstützt.⁶³

Supported Employment-Angebot des Zentrums für Psychiatrie Reichenau (ZfP)

Das Supported Employment-Angebot des Zentrums für Psychiatrie Reichenau (ZfP)⁶⁴ wird seit 2015 in Kooperation mit dem Landkreis Konstanz umgesetzt und richtet sich an Menschen mit psychischen Erkrankungen, die Unterstützung beim Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt benötigen. Finanziert durch den Landkreis und das ZfP Reichenau – eine Anstalt des öffentlichen Rechts des Landes Baden-Württemberg – zählt es zu den wenigen öffentlich getragenen SE-Projekten in Deutschland, die ohne Kostenträger wie Renten- oder Arbeitsverwaltung auskommen. Dadurch ist es besonders niedrigschwellig und flexibel. Teilnehmende werden direkt in reguläre Arbeitsverhältnisse vermittelt und durch spezialisierte Jobcoaches individuell, unbefristet und bedarfsgerecht begleitet – von der Bewerbung bis zur Stabilisierung am Arbeitsplatz. Auch Arbeitgeber:innen, Angehörige und Therapeut:innen

62 Vgl. www.helios-gesundheit.de/standorte-angebote/kliniken/leipzig/leistungen/fachbereiche/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/wissenschaft-forschung-projekte/lipsy [28.10.2025]; <https://jobcenter-leipzig.de/wp-content/uploads/2020/12/FlyerLIPSYFinal.pdf> [28.10.2025]; <https://jobcenter-leipzig.de/vermittlung/hilfe-in-schwierigen-lebenssituationen/rehabro> [28.10.2025].

63 Vgl. Koschig et al. 2024; Interview 6 (siehe Studienlangfassung).

64 Vgl. www.zfp-reichenau.de/einrichtungen/supported-employment/supported-employment?q=%2Feinrichtungen%2Fsupported-employment%2F [28.10.2025].

werden einbezogen. Die Evaluation (2015–2020) zeigte eine hohe Wirksamkeit: Rund 50 Prozent der Teilnehmenden mit Psychose-Erkrankungen konnten nachhaltig in den allgemeinen Arbeitsmarkt integriert werden, während in der Kontrollgruppe keine erfolgreiche Vermittlung gelang.⁶⁵ Darauf aufbauend untersucht die seit 2022 laufende, von der Deutschen Forschungsgesellschaft geförderte SEEarly-Studie,⁶⁶ ob Supported Employment – insbesondere für junge Menschen mit Psychosen – herkömmlichen Rehabilitationsmaßnahmen überlegen ist.

DGPPN-Task-Force Supported Employment

Die DGPPN-Task-Force Supported Employment wurde eingerichtet, um die Umsetzung von Supported Employment (SE) und Individual Placement and Support (IPS) in Deutschland zu fördern. Obwohl SE und IPS international als Best Practice-Vorgehen gelten, wird dieses in Deutschland bislang nur punktuell umgesetzt – meist in Beruflichen Trainingszentren (BTZ), Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) oder spezifischen Projekten. Andere Programme wie Jobcoaching oder Unterstützte Beschäftigung (UB) enthalten teilweise SE-ähnliche Elemente, erfüllen jedoch oft nicht die internationalen Qualitätsstandards.⁶⁷ Ziel der Task-Force ist es, Qualitätsparameter für SE zu definieren, strukturelle Hürden zu identifizieren und konkrete Handlungsempfehlungen für Politik, Leistungsträger:innen und Praxisakteur:innen zu formulieren. Bereits erarbeitete Instrumente umfassen die IPS Fidelity Scale (ein Instrument zur Operationalisierung der Kernprinzipien von IPS, um die Qualität und Zielgenauigkeit von SE-Angeboten zu bewerten) sowie den Teilhabekompass I, der bestehende berufliche Integrationsmaßnahmen mit SE-Bezug in Deutschland systematisch erfasst.⁶⁸

Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPKs)

Die angesprochenen Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPKs) nehmen eine Sonderstellung ein: RPKs verbinden medizinische und berufliche Rehabilitation in einem integrierten, speziell auf die Bedürfnisse psychisch erkrankter Menschen zugeschnittenen Konzept. Das Angebot umfasst Berufsorientierung, Arbeitserprobung, Praktika, berufliches Training, Anpassung bereits erlernter Tätigkeiten sowie Bewerbungstrainings. Ein wesentliches Merkmal ist die individuelle Anpassung der Maßnahmen an Bildungsstand, Leistungsfähigkeit und Genesungsverlauf der Teilnehmenden. In vielen RPKs finden sich zudem Elemente des Supported Employment, etwa betriebsnahe Trainings und individuelle Nachbetreuung. Die

65 Vgl. Flügel / Nischk 2021.

66 Vgl. www.seearly.de [28.10.2025].

67 Vgl. DGPPN 2017.

68 Vgl. DGPPN 2021, 2017.

Rehabilitationsdauer ist jedoch auf maximal zwei Jahre begrenzt, die Durchführung erfolgt in Einzel- oder Gruppensettings mit variabler therapeutischer Intensität.⁶⁹

Berufliche Trainingszentren (BTZ)

Auch Berufliche Trainingszentren (BTZ) sind speziell auf die berufliche Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen ausgerichtet. Viele Zentren integrieren zudem Maßnahmen der Unterstützten Beschäftigung, insbesondere in Form Individueller betrieblicher Qualifizierung (InbeQ) mit gegebenenfalls anschließender Berufsbegleitung.

Individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen Unterstützter Beschäftigung (InbeQ-UB)

Die Individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen Unterstützter Beschäftigung (InbeQ-UB) richtet sich an Menschen mit Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, die Unterstützung beim Einstieg oder Wiedereinstieg in den allgemeinen Arbeitsmarkt benötigen. Die InbeQ-UB orientiert sich am SE-Prinzip »Erst platzieren, dann qualifizieren«. Das Programm umfasst zwei Phasen: 1. Individuelle betriebliche Qualifizierung (IBQ): Berufsvorbereitung und Training erfolgen unmittelbar im Betrieb – ohne schulische Lernräume. Ziel ist, individuelle Fähigkeiten zu erproben und passende Tätigkeiten zu identifizieren (Dauer: bis zu zwei Jahre). 2. Berufsbegleitung (UB): Nach erfolgreicher Vermittlung erfolgt eine weiterführende Unterstützung am Arbeitsplatz, etwa durch Jobcoaching, Konfliktbewältigung oder Kommunikationstraining. Die Förderung kann von der Agentur für Arbeit, der Rentenversicherung oder den Integrationsämtern übernommen werden. Ziel ist stets eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung.⁷⁰

3.2.7 Good-Practice-Beispiele bei der Unterstützung von Unternehmen: Inklupreneur

Inklupreneur⁷¹ ist ein bundesweit wachsendes Programm zur Förderung einer inklusiven Arbeitskultur und unterstützt Unternehmen dabei, Arbeitsplätze für Menschen mit Behinderungen zu schaffen. Träger ist die Hilfswerft gGmbH – das Projekt wurde zunächst als Modellvorhaben (2021–2024) durch das Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin gefördert und

⁶⁹ Vgl. Gühne / Riedel-Heller 2015.

⁷⁰ Vgl. www.bmas.de/DE/Soziales/Teilhabe-und-Inklusion/Rehabilitation-und-Teilhabe/Foerderung-der-Ausbildung-und-Beschaeftigung/unterstuetzte-beschaeftigung.html [28.10.2025]; www.rehadat.de/lexikon/Lex-Unterstuetzte-Beschaeftigung-UB [28.10.2025]; www.rehadat-wfbm.de/ueberblick/arbeitsmarktnahe-angebote/individuelle-betriebliche-qualifizierung-und-unterstuetzte-beschaeftigung [28.10.2025]; Gühne / Riedel-Heller 2015.

⁷¹ Vgl. <https://berlin.inklupreneur.de> [28.10.2025].

wird aktuell in Bremen und im Rheinland fortgeführt. Unternehmen verpflichten sich mit dem »Inklupreneur Pledge«, Stellen für Menschen mit Behinderung zu schaffen, und werden durch das Programm bei der Umsetzung begleitet. Nach einem zweitägigen StarterCamp, in dem Basiswissen und eine individuelle Inklusionsstrategie erarbeitet werden, folgt eine praxisorientierte Umsetzungsphase in sechs Säulen: inklusive Stellenausschreibungen, Sichtbarkeit, Vernetzung, Sensibilisierung, Bewerbungssimulation und Aktionsplanung. Das Team besteht aus Menschen mit und ohne Behinderungen; Mentor:innen mit Behinderung begleiten die Unternehmen im Prozess. Inklupreneur gilt als innovativer Ansatz zur strukturellen Verankerung von Inklusion in Unternehmen und zur Förderung nachhaltiger Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen.

3.2.8 Fazit

In Deutschland bestehen zahlreiche, teils innovative Ansätze zur beruflichen Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen – von gesetzlichen Grundlagen im SGB IX und Programmen der Deutschen Rentenversicherung bis hin zu Projekten wie rehapro, LIPSY oder Supported Employment nach dem IPS-Modell. Trotz wachsender Evidenz und einzelner Good-Practice-Beispiele bleibt die Umsetzung jedoch fragmentiert und erfordert eine stärkere strukturelle Verzahnung, um nachhaltige Teilhabe am allgemeinen Arbeitsmarkt zu sichern.

4 Supported Employment (SE) und Individual Placement and Support (IPS)

4.1 Hintergrund

Berufliche Rehabilitation (Vocational Training, VR) richtet sich an Menschen, die nach Krankheit oder Unfall nicht mehr in ihrem bisherigen Beruf arbeiten können. Für Menschen mit psychischen Erkrankungen haben sich zwei grundlegende Paradigmen etabliert: klassische, vorbereitende Ansätze (Pre-Vocational Training, PVT) und Supported Employment (SE). PVT folgt dem Prinzip »First train, then place« und setzt auf geschützte Trainings (z. B. in Arbeitstrainingszentren verschiedener sozialer Träger), Übergangsbeschäftigungen und tagesstrukturierende Maßnahmen; auch das Clubhouse-Modell⁷² wird dazu gezählt.⁷³ Supported Employment (Unterstützte Beschäftigung, UE) arbeitet hingegen nach dem Prinzip »First place, then train«: Die Vermittlung erfolgt direkt in den allgemeinen Arbeitsmarkt, mit gleichzeitiger arbeitsplatzbezogener Qualifizierung. Mischformen zwischen PVT und SE sind verbreitet und der Bereich ist entsprechend recht heterogen und fragmentiert.⁷⁴ Die manualisierte, sehr eng definierte und stark evidenzbasierte Variante ist Individual Placement and Support (IPS), das arbeitsbezogene und medizinisch-klinische Leistungen integriert und sich an Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen richtet. Zahlreiche randomisierte kontrollierte Studien belegen die Überlegenheit von IPS gegenüber PVT.⁷⁵

Supported Employment entstand in den USA Ende der 1970er- bzw. Anfang der 1980er-Jahre und wurde ab 1990 im Zuge des »Americans with Disabilities Act« weiter institutionalisiert. Ursprünglich auf Menschen mit intellektuellen Behinderungen ausgerichtet, wurde der Ansatz später auf weitere Gruppen mit Unterstützungsbedarf ausgeweitet. 1993 wurde der europäische Dachverband (EUSE, heute ASEE – Association for Supported Employment

⁷² Das Clubhaus-Modell ist ein Ansatz der psychosozialen Rehabilitation, bei dem Menschen mit psychischen Erkrankungen als Mitglieder freiwillig an einem arbeitsorientierten Tagesablauf teilnehmen und gemeinsam Verantwortung übernehmen.

⁷³ Vgl. DGPPN 2018.

⁷⁴ Vgl. DGPPN 2018.

⁷⁵ Vgl. DGPPN 2021.

Europe) gegründet⁷⁶ – in Österreich vertreten durch den Dachverband berufliche Integration (dabei-austria).

Das in vielen Programmen verankerte Konzept der »Job Readiness« – also der Vorstellung, dass Personen erst dann für eine Beschäftigung geeignet seien, wenn sie bestimmte arbeitsmarktbezogene Voraussetzungen erfüllen – widerspricht den SE-Grundsätzen. SE folgt dem Ansatz »Erst platzieren, dann qualifizieren« und setzt auf unmittelbare Arbeitsmarktintegration, Qualifizierung am Arbeitsplatz und Weiterentwicklung. Job-Readiness-Konzepte führen hingegen dazu, dass viele Personen in vorbereitenden Maßnahmen verbleiben – ohne tatsächlichen Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt.⁷⁷

4.2 Supported Employment (SE)

Die ASEE hat für SE-Programme gemeinsame Werte definiert: Individualität, Respekt, Selbstbestimmung, fundierte Entscheidungen, Empowerment, Vertraulichkeit, Flexibilität und Barrierefreiheit.⁷⁸

SE wird generell als Interventionsmethode mit fünf Phasen beschrieben:⁷⁹

- **Orientierung und Beauftragung:** Im geschützten und respektvollen Rahmen wird eine informierte, selbstbestimmte Entscheidung über den Einstieg in ein Unterstützungsprogramm (ob und welches) ermöglicht, wobei Barrierefreiheit, Flexibilität und Respekt zentrale Prinzipien darstellen. Dabei gilt der Grundsatz, dass »(...) jede:r arbeiten kann, sofern geeignete Unterstützungsleistungen verfügbar sind«, wodurch eine Ablehnung von Klient:innen ausgeschlossen ist. Eine umfassende und barrierefreie Informationstätigkeit der Fachdienste trägt dabei wesentlich zur Entscheidungsfindung bei.
- **Erstellung eines Fähigkeitsprofils:** In dieser Phase wird in einem partizipativen, personenzentrierten Prozess ein realistisches und dynamisches Fähigkeitsprofil gemeinsam erarbeitet, das als Grundlage für ein passgenaues Job-Matching dient und die selbstbestimmte Entscheidungsfindung der arbeitssuchenden Person unterstützt. Praktika und Schnuppertage können dabei als methodische Elemente eingesetzt werden, deren Gestaltung jedoch entscheidend dafür ist, ob sie den Prinzipien von SE entsprechen.
- **Arbeitsplatzsuche:** Auf Grundlage des Fähigkeitsprofils erfolgt sowohl eine strukturierte informelle (Netzwerke oder auch Job-Carving) Arbeitsplatzakquise, in welcher Bedarfe/ Aufgaben in Unternehmen identifiziert werden und darum herum ein Job entwickelt wird, den es vorher in dieser Form nicht gab, als auch eine formale Arbeitsplatzsuche (klassische Bewerbungen), die durch die aktive Einbindung der arbeitssuchenden Person

⁷⁶ Vgl. EUSE 2011.

⁷⁷ Vgl. EUSE 2014.

⁷⁸ Vgl. EUSE 2014.

⁷⁹ Vgl. EUSE 2014.

sowie eine doppelte Kund:innenorientierung (Klient:innen und Arbeitgeber:innen) geprägt ist. Dabei sind die Fachdienste gefordert, ihre methodischen und kommunikativen Kompetenzen im Arbeitgeber:innen-Kontakt kontinuierlich weiterzuentwickeln, um geeignete Arbeitsplätze zu identifizieren und eine umfassende Unterstützung im Suchprozess zu gewährleisten.

- **Kontakte mit Arbeitgeber:innen:** In dieser Phase stehen der Aufbau und die kontinuierliche Pflege tragfähiger Kontakte zu den Arbeitgeber:innen im Zentrum, wobei SE-Fachkräfte als Vermittler:innen zwischen den Interessen der Arbeitsuchenden und den betrieblichen Anforderungen agieren und hierfür Vertrauen, Marktkenntnis sowie professionelle Kommunikations- und Marketingkompetenzen benötigen. Fachdienste von Supported Employment suchen primär den Kontakt zu Arbeitgeber:innen, um geeignete Arbeitsplätze und Praktika für ihre Kund:innen zu identifizieren. Dabei sollten sie jedoch auch die weitergehenden Bedürfnisse von Unternehmen berücksichtigen, wie z. B. Informationen zu Behinderung, psychischen Erkrankungen, Förderprogrammen und gesetzlichen Rahmenbedingungen. Unternehmen wünschen sich oft Unterstützung bei der Entwicklung guter Praxis und effektiver Strategien zur Beschäftigung von Menschen mit Unterstützungsbedarf. Die Fähigkeit der Fachdienste, neben den sozialen auch die wirtschaftliche Argumente überzeugend darzustellen, um Unternehmen für die Beschäftigung von Menschen mit Unterstützungsbedarf zu gewinnen, ist zentral.
- **Betriebliche und außerbetriebliche Unterstützung:** Diese Phase sichert den langfristigen Erfolg der Integration. Die Unterstützung umfasst sowohl arbeitsplatznahe Maßnahmen (z. B. Coaching, Schulungen am Arbeitsplatz) als auch externe Angebote (z. B. Beratung, Krisenintervention). Die Intensität der Unterstützung kann über die Zeit variieren, sollte jedoch bei Bedarf dauerhaft verfügbar sein. Ziel ist die Stabilisierung und Weiterentwicklung der beruflichen Situation. Langfristige Unterstützung ist ein zentraler Erfolgsfaktor, um Jobverluste zu verhindern.

Für alle Phasen gibt es konkrete Umsetzungshinweise.⁸⁰

Der von der ASEE entwickelte Europäische Werkzeugkoffer für Unterstützte Beschäftigung und Vielfalt betont zudem den Nutzen von SE für Arbeitgeber:innen: kostenlose Personalrekrutierung, Zugang zu geeigneten Bewerber:innen, kontinuierliche Begleitung, Unterstützung bei der Koordination von notwendigen Qualifizierungen, Beratung zu Förderungen, positive betriebswirtschaftliche Effekte, Profilaufwertung und CSR-Darstellung.⁸¹

Fachkräfte in SE benötigen darüber hinaus für ihre multiprofessionelle Rolle (Verkäufer:innen, Trainer:innen, Koordinator:innen, Berater:innen, Mentor:innen,

⁸⁰ Vgl. EUSE 2014.

⁸¹ Vgl. EUSE 2014.

Verhandler:innen) ein breites Kompetenzprofil: Anamnese, Berufsberatung, Entwicklungsplanung, Arbeitgeberansprache, Kooperationen, Kenntnisse in Arbeitsrecht, Arbeitssicherheit und Förderlandschaften. Sie vermitteln bei Bedarf an externe Dienste,⁸² kennen regionale Arbeitsmärkte und können Arbeitsplätze identifizieren oder (um-)gestalten (Job-Carving). Der Begriff »Jobcoach« ist nicht geschützt und beschreibt in vielen gängigen Verwendungen oft nur einen Teilbereich von SE.⁸³ Persönliche Haltung, Empowerment-Orientierung und klientenzentriertes Arbeiten sind jedenfalls zentral. Die Fachkraft sieht sich nicht als »Betreuer:in«, sondern als »Ermöglicher:in« selbstbestimmter Lebensführung – dazu gehört zum Beispiel auch die Einbeziehung von Angehörigen der Teilnehmer:innen als wichtige Bezugspersonen.⁸⁴

Die Abgrenzung der Theorie des Supported Employment (SE) von bestehenden Projekten ist wesentlich, da viele regionale oder staatlich finanzierte Programme zwar Begriffe wie »Unterstützte Beschäftigung« oder »Jobcoaching« verwenden, aber nicht den Prinzipien und der Systematik des Fünf-Phasen-Modells entsprechen.⁸⁵ Die ASEE betont, dass nur Programme, die alle fünf Phasen umsetzen, als SE gelten können. Die bestehende uneinheitliche Verwendung des Begriffs führt laut ASEE zu Verwirrungen.⁸⁶ Viele Programme integrieren einzelne SE-Elemente und bilden Mischformen zwischen vorbereitenden Maßnahmen (PVT) und SE.⁸⁷ In Österreich wird beim Jobcoaching etwa die betriebliche Begleitung fokussiert. Die Unterstützung ist zeitlich auf sechs Monate (mit Möglichkeit einer Verlängerung um weitere sechs Monate) begrenzt – der zentrale SE-Grundsatz der unbegrenzten, bedarfsorientierten Begleitung wird damit nicht erfüllt.⁸⁸ Neben sozialwirtschaftlichen Trägern entstehen zunehmend klinisch angebundene Varianten, so etwa im Rahmen von rehabpro-Projekten in Deutschland oder durch ergotherapeutische Expertise. Die Vielfalt an Umsetzungen erschwert zwar Vergleich und Evaluation, wird aber teils als notwendig angesehen, um regionale und kontextabhängige Lösungen zu fördern.⁸⁹

4.3 Individual Placement and Support (IPS)

Individual Placement and Support (IPS) ist die evidenzbasierte, manualisierte Form von Supported Employment und richtet sich spezifisch an Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (SMI). IPS gilt als Systemintervention, deren Ziel die Integration in den allge-

82 Vgl. Interview 8 (siehe Studienlangfassung).

83 Vgl. EUSE 2014.

84 Vgl. Interview 8 (siehe Studienlangfassung).

85 Vgl. EUSE 2024; DGPPN 2021.

86 EUSE 2014.

87 Vgl. DGPPN 2018.

88 Vgl. Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen – Sozialministeriumservice 2025a.

89 Vgl. Interview 7 (siehe Studienlangfassung).

meinen bzw. 1. Arbeitsmarkt ist.⁹⁰ In der Praxis wird IPS teilweise synonym zu SE verwendet, unterscheidet sich jedoch durch acht klar definierte Kernprinzipien:⁹¹

- Primäres Ziel ist eine reguläre Beschäftigung oder Ausbildung mit Mindestlohn.
- Zero Exclusion: keine Ausschlüsse nach Diagnose, Einschränkungen oder Vorgeschichte; die Teilnahme basiert allein auf Interesse.
- Integration von arbeitsbezogenen und klinischen Leistungen; Jobcoaches gehören zu psychiatrischen Behandlungsteams.
- Arbeitsplatzsuche nach individuellen Präferenzen.
- Beratung zu Sozialleistungen und finanziellen Hilfen.
- Schneller Vermittlungsbeginn (meist binnen 30 Tagen).
- Vermittlung durch aktive Kontakte zu Arbeitgeber:innen entsprechend der Präferenzen.
- Langfristiger bzw. unbefristeter Support.

Ein zentrales Merkmal ist die Kopplung an das psychiatrische Versorgungssystem, da viele soziale Träger keine klinische Expertise besitzen und Menschen mit SMI andernfalls aus IPS basierten Programmen herausfallen. IPS stellt sicher, dass arbeitsbezogene Unterstützung und medizinisch-klinische Versorgung verzahnt erfolgen.⁹² Durch die Verortung im klinischen System werden Brüche und Unklarheiten zwischen Institutionen bzw. Zuständigkeiten vermieden. Als weiterer zentraler Aspekt gilt die unbefristete, bedarfsorientierte Begleitung über institutionelle und finanzielle Schnittstellen hinweg. Zeitliche Befristungen werden als mangelnde Nachhaltigkeit kritisiert, da Jobcoaches bei späteren Herausforderungen am Arbeitsplatz nicht intervenieren können.⁹³ Die Aufgaben und Kompetenzanforderungen der IPS-Coaches entsprechen jenen in SE, erweitern sich aber um klinisch-psychiatrisches Fachwissen, da sie Teil multiprofessioneller Behandlungsteams sind.⁹⁴ Sie bewegen sich gleichzeitig in der Welt der Arbeit und im psychiatrischen System.⁹⁵

Zur Implementierung und Qualitätssicherung von IPS werden von der US-amerikanischen Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA, und dem australischen Team von IPS Employment Center zwei zentrale Tools zur Verfügung gestellt: das sogenannte Manual / Handbuch⁹⁶ und die IPS Fidelity Scale.⁹⁷ Die Fidelity Scale operationalisiert die acht Prinzipien und ermöglicht Vergleich und Bewertung der Programmtreue. Die IPS-15 wurde 2012 zur IPS-25 erweitert. Bewertet werden folgende Bereiche: Personal, Organisation und Leistungen auf einer fünfstufigen Skala. Ein Programm gilt erst ab 73 Punkten als IPS-

⁹⁰ Vgl. Sundermann et al. 2022.

⁹¹ Vgl. DGPPN 2021.

⁹² Vgl. DGPPN 2021; Interview 8 (siehe Studienlangfassung).

⁹³ Vgl. Flügel / Nischk 2021; DGPPN 2018; Interview 8 (siehe Studienlangfassung).

⁹⁴ Vgl. Gühne / Riedel-Heller, 2021.

⁹⁵ Vgl. Interview 8 (siehe Studienlangfassung).

⁹⁶ Vgl. Becker et al. 2019.

⁹⁷ Vgl. <https://ipsworks.org/wp-content/uploads/2017/08/IPS-Fidelity-Scale-Engl.pdf> [28.10.2025]. Vgl. SAMSHA 2025.

konform; ab 115 Punkten als exemplarisch. Hohe Fidelity-Werte korrelieren signifikant mit besseren Integrationsergebnissen.⁹⁸

Die Wirksamkeit von IPS ist international umfangreich belegt: Bis 2021 wurden 28 randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) durchgeführt, die zeigen, dass IPS konventionellen Ansätzen (PVT) deutlich überlegen ist. Im Durchschnitt erreichen 55 Prozent der Teilnehmenden in IPS-Programmen eine wettbewerbsfähige Beschäftigung, gegenüber 25 Prozent in Kontrollgruppen; die Beschäftigungswahrscheinlichkeit ist damit 2,4 Mal höher: »Menschen im IPS-Programm finden schneller Arbeit, halten ihre Jobs länger und arbeiten mehr Stunden. In vier randomisierten Studien über einen Zeitraum von 18 Monaten erreichten etwa dreimal so viele Personen mit IPS-Unterstützung eine Beschäftigung und arbeiteten mehr Stunden. Insgesamt arbeiteten sie sogar viermal so viele Stunden wie Personen aus den Kontrollgruppen.«⁹⁹

Die S3-Leitlinie der DGPPN empfiehlt IPS mit höchstem Empfehlungsgrad (A).¹⁰⁰ Eine Meta-Analyse von De Winter et al. (2022) über 32 RCTs bestätigt die Überlegenheit von IPS: 48,8 Prozent der Teilnehmenden an IPS-Programmen wurden in den 1. Arbeitsmarkt integriert, gegenüber 28,3 Prozent in PVT-Kontrollgruppen. Die Programme sind bei Menschen mit SMI (Severe Mental Illness) wirksamer als bei CMD (Common Mental Disorders) und außerhalb Europas erfolgreicher, was u. a. mit Arbeitsmarktzugang und Sozialsystemen erklärt wird.¹⁰¹ In der Begleitforschung des ZfP Reichenau wurde die Effektivität darüber hinaus betont: »Besonders deutlich wurde die Effektivität auch bei den Integrationsraten junger Psychosepatient:innen – fast 50 Prozent der Klient:innen wurden nachhaltig in den allgemeinen Arbeitsmarkt integriert, während dies in der Kontrollgruppe keiner einzigen teilnehmenden Person gelang.«¹⁰² Neuere Studien zeigen zudem Kostenvorteile: In einer Untersuchung von Nischk et al. (2023) lag der Social Return on Investment (SROI) bei der RAU-Gruppe (Rehabilitation as Usual) bei 0,18, bei IPS hingegen bei 1,47 – d. h. jeder investierte Euro erzeugte 1,47 Euro Einkommen.¹⁰³ Auch die befragten Expert:innen betonen neben der Evidenz die wirtschaftliche Attraktivität des Ansatzes.¹⁰⁴

Sundermann et al. (2023) identifizieren auf drei Ebenen die Treiber der Wirksamkeit von SE/IPS:

- **Mikroebene (Individuum und Fachkräfte):** Die Wirksamkeit hängt von individuellen Faktoren ab, wie Diagnose, sozialem Umfeld, Motivation, Selbstwirksamkeit und finanzieller Lage. Auch Haltung, Beziehungsgestaltung und Kompetenzen der Fachkräfte sind

⁹⁸ Vgl. Jäckel / Leopold / Bechdorf 2024; Lockett et al. 2016.

⁹⁹ <https://ipsworks.org/index.php/evidence-for-ips> [28.10.2025].

¹⁰⁰ Vgl. DGPPN 2018.

¹⁰¹ Vgl. De Winter et al. 2022.

¹⁰² Flügel / Nischk 2021.

¹⁰³ Vgl. Nischk et al. 2023.

¹⁰⁴ Vgl. Interview 7 und Interview 8 (siehe Studienlangfassung).

zentral. Positive Effekte sind höhere Beschäftigungsraten und Lebensqualität, negative können Belastung oder Programmabbrüche sein.¹⁰⁵

- **Mesoebene (Organisation und Intervention):** Erfolgsfaktoren sind Zugang, Teamarbeit, Vernetzung mit Arbeitgeber:innen, Programmtreue (Fidelity), Organisationskultur und klare Rollen. Interne Kommunikation, Monitoring und strukturierte Prozesse verbessern die Qualität. Jäckel/Leopold/Bechdorf (2024) zeigen: Die Anzahl der Coachings korreliert positiv mit Integration. Ergänzende Trainings – soziale, kognitive und motivationale Module – erhöhen die Wirksamkeit.¹⁰⁶
- **Makroebene:** Rahmenbedingungen, so etwa Arbeitsmarkt, Stigmatisierung, Sozialpolitik, die Haltung von Arbeitgeber:innen, Infrastruktur und Wirtschaftslage, beeinflussen den Erfolg. Offenheit der Arbeitgeber:innen, gute Arbeitsplatzkultur und ein positiver gesellschaftlicher Blick auf Inklusion wirken förderlich.

4.4 Fazit

Ein aktuelles Problem ist der Rückgang erfolgreicher Vermittlungen von Menschen mit psychischer Erkrankung in Arbeitsplätze des 1. Arbeitsmarktes seit 2008, vor allem bedingt durch Digitalisierung, Automatisierung und veränderte Kompetenzanforderungen. Programme, die mit dem Training von Soft Skills, sozialer Kompetenz und Anpassungsfähigkeit gekoppelt werden, sind in dem Sinne erfolgreicher als reine Vermittlungsmodelle.¹⁰⁷

Für junge Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wurde Supported Employment and Education (SEE) entwickelt, das IPS-Prinzipien mit Bildungszugang kombiniert.¹⁰⁸ Die IPS-Fidelity Scale wurde 2019 für junge Erwachsene erweitert. Aktuelle Studien¹⁰⁹ zeigen deutliche Vorteile gegenüber PVT.

In den aktuellen »Empfehlungen für ein koordiniertes Vorgehen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen« der Gesundheit Österreich GmbH wird der Ausbau von inklusiven Angeboten am 1. Arbeitsmarkt als prioritäres Ziel formuliert. Supported Employment (SE) wird dabei explizit als international evidenzbasierter Ansatz hervorgehoben, auf den in Österreich aufgebaut werden soll.¹¹⁰ Die Maßnahme 64 sieht u.a. die Adaptierung bestehender Angebote nach internationalen SE-Standards, Anreize für Arbeitgeber:innen und eine Übersichtsstudie zu Best Practice-Modellen vor.¹¹¹ Die interviewten Expert:innen bestätigen aktuelles

¹⁰⁵ Vgl. Sundermann et al. 2023.

¹⁰⁶ Vgl. Richter/Hoffmann 2019; DGPPN 2018; Interview 7 (siehe Studienlangfassung).

¹⁰⁷ Vgl. Richter 2019; Richter/Hoffmann 2019.

¹⁰⁸ Vgl. DGPPN 2021; Richter 2019.

¹⁰⁹ Vgl. Jäckel et al. 2025; www.seearly.de [28.05.2025].

¹¹⁰ Vgl. GÖG 2025.

¹¹¹ Vgl. GÖG 2025.

»gesellschaftspolitisches« Interesse an SE/IPS, verweisen aber auf schleppende Umsetzungen trotz jahrzehntelanger Evidenz.¹¹² Notwendig sind, laut den Expert:innen, nun politische Top-down-Impulse, orientiert an Vorbildern wie Norwegen, Niederlande oder Dänemark.

Gleichzeitig birgt die Entwicklung Risiken: Die Einschätzung, bestehende Angebote könnten »mit geringfügigen Adaptionen« zu SE ausgeweitet werden, kann zur Etablierung von »Schein-SE« führen – ohne den eigentlich notwendigen Paradigmenwechsel.¹¹³ Ein Systemwandel sei erforderlich, etwa durch Abkehr vom »Payment for Performance« hin zu »Payment for Results«.¹¹⁴ Evidenzbasierte Ansätze – wie SE und IPS-Programme – sollten gefördert werden nach dem Motto »Wir unterstützen die, die nachgewiesenermaßen was Wirksames machen!«¹¹⁵

Zentral sei, so die befragten Expert:innen, eine personenzentrierte, integrierte Rehabilitation, bei der berufliche und medizinische Leistungen unter einem Dach gebündelt werden – wie bei IPS vorgesehen –, ohne dabei die IPS-Prinzipien aufzuweichen.¹¹⁶ Kooperationen mit Institutionen wie dem AMS sollten Parallelmaßnahmen verhindern. Netzwerkarbeit allein reicht nicht aus, da unterschiedliche Logiken und Zuständigkeiten fragmentierend wirken. Beispiele wie das deutsche Bundesprogramm rehapro¹¹⁷ oder das Projekt LIPSY¹¹⁸ zeigen, wie Kooperation zwischen Jobcenter, psychosozialen Diensten und psychiatrischen IPS-Angeboten funktionieren kann.

¹¹² Vgl. Interview 8 (siehe Studienlangfassung).

¹¹³ Vgl. DGPPN 2021.

¹¹⁴ Vgl. Interview 8 (siehe Studienlangfassung).

¹¹⁵ Vgl. Interview 8 (siehe Studienlangfassung).

¹¹⁶ Vgl. Flügel / Nischk 2021; Interview 8 (siehe Studienlangfassung).

¹¹⁷ Vgl. Kapitel 3.2.5.

¹¹⁸ Vgl. Kapitel 3.2.5.

5 Handlungsempfehlungen

Auf Basis der Ergebnisse dieses Forschungsprojektes wurden Handlungsempfehlungen für das AMS Wien formuliert, gemeinsam mit den Auftraggeber:innen diskutiert und anschließend finalisiert. Die Handlungsempfehlungen basieren auf den Good-Practice-Beispielen aus den beiden recherchierten Ländern sowie den Gesprächen mit den Expert:innen und skizzieren, was notwendig ist, damit Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen am 1. Arbeitsmarkt umfassender ermöglicht wird. Sie bieten interessante Anknüpfungspunkte für Österreich und sollen zur Diskussion anregen. Die Empfehlungen sind im Folgenden in unterschiedlichen Bezugsdimensionen dargestellt.

5.1 Gesellschaftspolitisches System

5.1.1 Erweiterte Perspektiven auf Teilhabe und Gesundheit

Internationale Erfahrungen zeigen, dass Modelle wie Supported Employment (SE) und Individual Placement and Support (IPS) Arbeitsintegration als Teil eines fortlaufenden Genesungsprozesses verstehen. Sie gehen davon aus, dass Erwerbsfähigkeit nicht an eine vorab erreichte vollständige Stabilisierung gebunden sein muss, sondern sich im Zusammenspiel von Behandlung, Alltagserfahrung und beruflichem Kontext dynamisch entwickeln kann. Die Analyse der Vergleichsländer deutet darauf hin, dass Systeme dann besonders zugänglich wirken, wenn sie unterschiedliche Grade von Belastbarkeit anerkennen und Zwischenräume zwischen »arbeitsfähig« und »nicht arbeitsfähig« institutionell sichtbar machen. Eine solche Herangehensweise eröffnet mehr Kontinuität im Unterstützungsverlauf und erlaubt es Menschen, bereits während laufender Behandlungen erste Schritte Richtung Arbeitsmarkt zu setzen.

Die Studienergebnisse zeigen, dass in allen drei Ländern – also auch in Österreich – Modelle bestehen, die berufliche Integration nicht erst an den Abschluss medizinischer oder psychosozialer Behandlung koppeln, sondern als Teil eines fortlaufenden Genesungsprozesses verstehen. In Österreich findet sich dieses Verständnis bereits in verschiedenen Angeboten, etwa in der Arbeitsassistent, im Rahmen der BBRZ-Programme oder bei fit2work, wo arbeitsmarktnahe Unterstützungsleistungen parallel zu therapeutischen oder rehabilitativen

Maßnahmen erfolgen können. Gleichzeitig wird deutlich, dass in den Ländern, wo Arbeitsintegration systematisch als prozessbegleitendes Element verankert ist, Übergänge zwischen Behandlung, Rehabilitation und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Erkrankungen besonders gut gelingen.

Im Rahmen der österreichischen Strukturen könnten internationalen Ansätze Impulse liefern, wie Übergänge zwischen medizinischer Versorgung, psychosozialer Stabilisierung und beruflicher Eingliederung weiter harmonisiert werden können, um Betroffene über längere Zeiträume hinweg zu begleiten.

5.1.2 Flexibilisierung von Arbeitsfähigkeit und Rentenstrukturen

In Deutschland und der Schweiz bestehen mit der Teil-Erwerbsminderungsrente bzw. der Teilrente bereits sozialrechtliche Modelle, die eine stufenweise Rückkehr in Beschäftigung ermöglichen. Diese Systeme folgen den Grundprinzipien »Reha vor Rente« (Deutschland) und »Eingliederung vor Rente« (Schweiz) und tragen der Tatsache Rechnung, dass psychische Erkrankungen meist in Phasen verlaufen und Erwerbsfähigkeit keine starre Größe darstellt.

Systeme, die flexible Abstufungen der Leistungsfähigkeit strukturell verankern – wie in Deutschland und der Schweiz –, können Übergänge zwischen gesundheitlicher Stabilisierung und Erwerbstätigkeit erleichtern. Vor diesem Hintergrund könnten in Österreich jene Elemente, die stufenweise Teilhabe ermöglichen, wie zum Beispiel Modelle einer Teil-Erwerbsminderungsrente, auf- und ausgebaut sowie durchlässiger gestaltet werden, um unterschiedliche Belastbarkeitsniveaus angemessen zu berücksichtigen. Ergänzend können Teilzeitausbildungen und berufliche Qualifizierungen mit reduziertem Stundenumfang noch stärker forciert werden, um realistische, belastungsadaptive Einstiege in Beschäftigung zu ermöglichen.

5.1.3 Einheitliche Regelungen

Der Erfolg von arbeitsmarktpolitischen und rehabilitativen Maßnahmen hängt auch an klaren und einheitlichen nationalen Rahmenbedingungen. Fehlen diese einheitlichen Regelungen, entstehen parallele, teils widersprüchliche Systeme, die einer flächendeckenden Umsetzung und Qualitätssicherung im Weg stehen. In der Schweiz liegt die konkrete Ausgestaltung vieler Unterstützungsangebote in kantonaler Verantwortung, was zu deutlichen Unterschieden in Zugängen und Leistungsniveaus führt. Die Invalidenversicherung versucht dieser Entwicklung entgegenzuwirken. Auch in Deutschland ist die Zuständigkeit zwischen Bund, Ländern und Leistungsträgern stark zergliedert, wodurch ein Nebeneinander unterschiedlich ausgestalteter Programme und Modellvorhaben entsteht. Initiativen wie

die DGPPN¹¹⁹-Arbeitsgemeinschaft zu Supported Employment zeigen exemplarisch, dass eine koordinierte, bundesweite Steuerung notwendig ist, um Qualität, Vergleichbarkeit und Nachhaltigkeit sicherzustellen. Daraus lässt sich die Empfehlung ableiten, Inklusions- und Rehabilitationspolitik stärker bundesweit zu koordinieren und überregionale Steuerungsstrukturen zu etablieren. Ziel sollten bundesländerübergreifende Rahmenstrukturen sein, die Zuständigkeiten klären, Qualitätsstandards definieren und die Anschlussfähigkeit von Maßnahmen fördern. Als Beispiele in Österreich, die in diese Richtung gehen, können die Umsetzungsregelungen des Sozialministeriumservice für Jobcoaching und Arbeitsassistenz¹²⁰ genannt werden.

5.1.4 Drehscheibenfunktionen stärken

Die Invalidenversicherung in der Schweiz bietet spannende Ansätze: Sie gilt als zentrales Steuerungsinstrument der beruflichen Eingliederung und zeichnet sich durch eine hohe Flexibilität und individuelle Begleitung aus. Sie fungiert als Drehscheibe zwischen medizinischer, sozialer und beruflicher Betreuung und übernimmt eine koordinierende Rolle im gesamten Eingliederungsprozess. Eine einzelne Fallführungsstelle begleitet die betroffene Person kontinuierlich – von der Früherfassung über Integrationsmaßnahmen bis hin zur nachhaltigen Arbeitsmarktintegration – und arbeitet dabei eng mit Arbeitgeber:innen, Ärzt:innen, Therapeut:innen und weiteren Sozialversicherungen zusammen. Die Invalidenversicherung bündelt Zuständigkeiten, finanziert Maßnahmen wie Umschulungen, Arbeitstrainings oder Einarbeitungszuschüsse und sorgt gleichzeitig für eine enge Kooperation zwischen allen relevanten Akteur:innen. Damit stellt sie nicht nur finanzielle Mittel, sondern leistet auch strukturelle Koordinationsarbeit.

Solche Beispiele verdeutlichen, wie wirkungsvoll es sein kann, Zuständigkeiten zusammenzuführen und Eingliederungsmaßnahmen über verschiedene Systemgrenzen hinweg aufeinander abzustimmen. Auch für komplexere Problemlagen – insbesondere bei psychischen Erkrankungen – entstehen dadurch stabilere Prozesse und niedrigschwellige Abstimmungen.

5.1.5 Wirkungsorientierung

Internationale Erfahrungen – insbesondere mit Supported Employment (SE) – zeigen, dass Investitionen in arbeitsmarktnahe Rehabilitationsprogramme langfristig volkswirtschaftlich

¹¹⁹ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.

¹²⁰ Vgl. Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen – Sozialministeriumservice 2025a, 2025b.

rentabel sind. Obwohl solche Programme zunächst kostenintensiv erscheinen, führen höhere Beschäftigungsquoten, geringere Sozialleistungsabhängigkeit und verbesserte psychische Stabilität zu einer messbaren Entlastung der sozialen Sicherungssysteme. Daraus ergibt sich die Empfehlung, erfolgreiche Rehabilitations- und Beschäftigungsprogramme nicht unter dem Primat der kurzfristigen Kosteneffizienz, sondern der Wirkungsorientierung weiterzuentwickeln. Eine solche Perspektive würde arbeitsmarktpolitische Innovationen sichern und den Nutzen für Gesellschaft und Wirtschaft nachhaltig erhöhen.

5.2 Arbeitsmarktservice

5.2.1 Zielgruppenklarheit und flexible Angebotsgestaltung

Präzise Zielgruppendefinitionen schärfen die wissenschaftliche Analyse von Unterstützungsbedarfen und Barrieren und ermöglichen eine statistische Erfassung von Entwicklungsverläufen – also zum Beispiel der Veränderungen von Teilhabe und Beschäftigung über die Zeit. Gleichzeitig greifen starre Kategorien in der Umsetzung von Unterstützungs- und Rehabilitationsleistungen zu kurz: Psychische Erkrankungen verlaufen dynamisch, Unterstützungsbedarfe sind hochgradig individuell – generell gilt es, personen- und nicht definitionszentriert Unterstützungsleistungen zu gestalten. Daher braucht es ein Doppelprinzip: klar definierte Zielgruppen für Forschung, Monitoring und Steuerung – und offene, personenzentrierte Angebote in der Praxis, die ohne harte Ausschlusskriterien zugänglich sind. Programmzugänge sollten sich primär an funktionaler Teilhabe und aktueller Belastbarkeit orientieren, nicht an formalen Statuslabels. Das bedeutet: Zielgruppenkriterien für Reporting und Evaluation konsolidieren, zugleich in der Leistungserbringung flexible, bedarfsorientierte Zugänge sicherstellen (z. B. modulare Einstiege, angepasste Intensitäten, offene Zielgruppendefinitionen), damit Menschen mit psychischen Erkrankungen passgenau begleitet werden – unabhängig von »Schubladen«.

5.2.2 Kooperationen zwischen arbeitsmarktpolitischen Institutionen (AMS) und psychosozialen Fach- und Beratungsdiensten

Erfolgreiche Modelle wie das Leipziger Projekt LIPSY oder das Psychosoziale Coaching zeigen, dass nachhaltige berufliche Teilhabe psychisch erkrankter Menschen vor allem dann gelingt, wenn Arbeitsmarktpolitik und psychosoziale Versorgung eng verzahnt sind. Zentrale Wirkfaktoren dieser Ansätze – wie die Einbindung klinisch-psychologischer Expertise direkt in arbeitsmarktpolitischen Institutionen, die Lots:innenfunktion zur Vermittlung der Arbeitssuchenden in Behandlung und soziale Unterstützungsangebote, die gezielte Sensibilisierung und Schulung von Vermittler:innen sowie die nachhaltige Integration solcher

Programme in die Regelsysteme – schaffen eine Brücke zwischen Arbeitsförderung und Gesundheitssystem.

Die verschiedenen AMS-Landesorganisationen gehen bereits Kooperationen mit anderen Fach- und Beratungsdiensten bzw. Organisationen und Projekten ein, um Kund:innen auch psychosozial zu unterstützen und ihnen damit eine berufliche Rehabilitation zu ermöglichen. So werden zum Beispiel Kund:innen an das Berufliche Bildungs- und Rehabilitationszentrum (BBRZ), das Beratungen für Menschen mit psychischen oder körperlichen Beeinträchtigungen anbietet (z. B. BBE MANO¹²¹ in Kooperation mit dem AMS Niederösterreich), vermittelt. Oder Kund:innen werden an fitzwork¹²² verwiesen, das im Sinne eines Case Managements auch einen arbeitspsychologischen Fokus hat. Das AMS Wien kooperiert darüber hinaus mit dem Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen (BÖP) und dem Wiener Arbeitnehmer:innen Förderungsfonds (WAFF) im Projekt #meinraum,¹²³ um jungen Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen oder psychosozialen Problemen den (Wieder-)Einstieg in den 1. Arbeitsmarkt zu ermöglichen.

Dies sind jedoch maßgeblich Kooperationen mit externen Partner:innen, die hauptsächlich einen beruflichen Rehabilitationsfokus mit einem Augenmerk auf psychosoziale Beratung bzw. Betreuung haben. Nachhaltige Kooperationen mit psychiatrischen Kliniken oder psychosozialen Diensten bzw. Zentren, interne psychologische Fachstellen und insbesondere standardisierte Schulungsprogramme für Berater:innen, um psychosoziale Bedarfslagen zu erkennen und eine Lots:innenfunktion einnehmen zu können, würden darüber hinaus gehen. Eine solche institutionalisierte Zusammen- und Ausbildungsarbeit würde die Erkennung psychischer Belastungen, die Vermittlung in geeignete Hilfen und letztlich die nachhaltige Integration in Beschäftigung entscheidend verbessern.

5.3 Unterstützungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen

5.3.1 Verankerung von Supported Employment und Individual Placement and Support

Die umfangreiche wissenschaftliche Evidenz zu Supported Employment (SE) und insbesondere zum Modell des Individual Placement and Support (IPS) belegt deren hohe Wirksamkeit für die berufliche Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die Erkenntnisse

¹²¹ Vgl. https://dev.bbrz.at/fileadmin//user_upload/downloads/Angebotsinfos/Orientierungsangebote/Wien/Mano_Infolblatt_Wien.pdf [05.12.2025].

¹²² Vgl. www.fitzwork.at/artikel/wie-funktioniert-fitzwork [05.12.2025].

¹²³ Vgl. www.boep.or.at/psychologische-behandlung/projekte/meinraum [05.12.2025].

legen nahe, dass die österreichische Angebotslandschaft stärker auf das dahinterliegende »First place, then train«-Paradigma ausgerichtet werden sollte – also auf eine praxisnahe, sofortige Integration in den Arbeitsmarkt mit begleitender Unterstützung statt vorgelagerter Trainingsphasen. Auch die Kompetenzgruppe Entstigmatisierung der Gesundheit Österreich GmbH¹²⁴ fordert in ihren Empfehlungen eine solche Neuausrichtung. Auf der Jahrestagung des Österreichischen Komitees für Soziale Arbeit (ÖKSA)¹²⁵ wurde in Bezug auf die Entwicklung von Supported Employment in Österreich betont: »Es ist keine Frage mehr ob, sondern nur mehr wie!«

Das deutsche Förderprogramm rehapro zeigt, dass Experimentier- und Innovationsräume zur Erprobung solcher Modelle wertvolle Impulse geben können (LIPSY, Psychosoziales Coaching) – vorausgesetzt, sie erfolgen innerhalb klar definierter Qualitätsstandards und mit einheitlichen Evaluationskriterien. Projekte und Angebote im Hinblick auf SE und IPS gezielt zu initiieren oder in diese Richtung weiterzuentwickeln, wissenschaftlich begleiten und evaluieren zu lassen, um eine strukturierte Implementierung und bundesweit vergleichbare Qualitätsrahmen zu gewährleisten, wird als ein zentraler Aspekt in der Verankerung von SE und IPS in Österreich angesehen. Auch auf der angesprochenen Jahrestagung des ÖKSA wurde eine gesetzliche Verankerung von SE (Definition, Zielgruppen, Leistungen, Rolle der Jobcoaches, Arbeitgeber:innenförderung) im Behindertenrecht / Arbeitsmarktrecht) gefordert, außerdem bundesweite einheitliche SE-Standards (umgesetzt über regionale Träger), österreichweite SE / IPS-Qualitätskriterien¹²⁶ (z.B. durch eine IPS-Fidelity-Skala) und ein regelmäßiges Monitoring.

5.3.2 Adaptierung der Prinzipien von Supported Employment und Individual Placement and Support

Die in dieser Arbeit analysierten Beispiele – etwa LIPSY Leipzig, das Supported Employment-Angebot des ZfP Reichenau oder die SE-Angebote der Universitätsklinik Zürich oder des Job Coach Placement Bern – zeigen, dass der Erfolg beruflicher Rehabilitation maßgeblich von bestimmten Strukturprinzipien abhängt, die sich aus SE und IPS ableiten lassen. Dazu gehören die schnelle Vermittlung in den 1. Arbeitsmarkt (»First place, then train«) statt vorgelagerter Trainingsmaßnahmen, eine personenzentrierte, bedarfsorientierte Begleitung, flexible Zeitrahmen in Coaching und Betreuung sowie multiprofessionelle Teams, die medizinische,

¹²⁴ Vgl. GÖG 2025.

¹²⁵ <https://oeksa.at/jahrestagung-2025> [10.12.2025].

¹²⁶ Es wird jedoch als bedeutsam erachtet, SE und IPS nicht synonym zu verwenden. Obwohl SE und IPS denselben theoretischen Ansatz verfolgen, unterscheiden sie sich in ihrer Ausgestaltung und richten sich an unterschiedliche Zielgruppen. IPS ist vor allem ein Angebot für Menschen mit schweren psychischen Krankheiten, das Modell bringt medizinische und berufliche Rehabilitation eng zusammen und ist deswegen unter Trägerschaften im psychiatrischen Bereich angesiedelt.

psychologische und arbeitsmarktpolitische Expertise verbinden. Darüber hinaus erweisen sich die enge Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation, kontinuierliches Jobcoaching, aktive Arbeitgeber:innenarbeit und systematische Qualitätssicherung als zentrale Erfolgsfaktoren.

Rahmenkonzepte und Angebote der beruflichen Teilhabe in Österreich orientieren sich bereits an den Prinzipien von SE. An zentraler Stelle¹²⁷ stehen hierbei die Arbeitsassistent:innen inklusive des NEBA-Betriebsservice¹²⁸ und das Jobcoaching,¹²⁹ teils als das »NEBA-System« (Netzwerk Berufliche Assistenz) bezeichnet. In Summe werden dadurch einige Aspekte und Phasen von SE adressiert – jedoch in unterschiedliche Angebote aufgeteilt. Beim Jobcoaching etwa wird die betriebliche Begleitung fokussiert (Unterstützung bei Bewerbungen ist Teil der Arbeitsassistent:innen), jedoch ist die Begleitung zeitlich begrenzt – der zentrale SE-Grundsatz der unbegrenzten, bedarfsorientierten Begleitung wird damit nicht erfüllt.

In Übereinstimmung mit den Empfehlungen der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung der Gesundheit Österreich GmbH,¹³⁰ wird eine stärkere Adaptierung bestehender Angebote nach internationalen SE-Standards sowie eine systematische Erfassung und Evaluation bestehender Angebote als relevant für eine umfassendere Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen am 1. Arbeitsmarkt gesehen. Im Bereich IPS wird es als wesentlich betrachtet, dass neue Angebote und Projekte in Österreich geschaffen und erprobt werden.

5.3.3 Begleitende Fallführung als Prozessqualität

Die Fallführung der Invalidenversicherung in der Schweiz zeigt, wie durch kontinuierliche, interdisziplinäre Begleitung nachhaltige Arbeitsmarktintegration gelingen kann. Die Fallführung ist individuell, ganzheitlich und dynamisch angelegt: Sie begleitet Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen nicht nur punktuell, sondern über längere Zeiträume hinweg und überprüft regelmäßig, wie sich die Arbeitsfähigkeit entwickelt. Das Schweizer Modell betont die Aktivierung und Weiterentwicklung: Maßnahmen werden laufend angepasst, Fortschritte überprüft und bei Bedarf neue Eingliederungsschritte eingeleitet. Diese regelmäßigen Reassessments ermöglichen flexible Übergänge zwischen Rehabilitation, Beschäftigung und gegebenenfalls Teilrentenbezug. Besonders bei psychischen Erkrankungen, deren Verlauf oft nicht linear ist, bieten solche Systeme Orientierung und vermeiden unnötige Ausschlüsse vom Arbeitsmarkt.

¹²⁷ Auch das Programm fitzwork spielt mit seinem Case Management und der Kooperation mit dem Angebot der Arbeitsassistent:innen eine Rolle im Hinblick auf SE.

¹²⁸ Vgl. Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen – Sozialministeriumservice 2025b.

¹²⁹ Vgl. Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen – Sozialministeriumservice 2025a.

¹³⁰ Vgl. GÖG 2025.

Eine ähnliche Form von Case Management mit einer festen Ansprechperson und systematischer Verlaufskontrolle könnte auch in Österreich nicht nur Brüche zwischen Sozial-, Gesundheits- und Arbeitsmarktpolitik überbrücken, sondern auch verhindern, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen dauerhaft aus dem Erwerbsleben ausgeschlossen werden.

5.4 Unternehmen

5.4.1 Unterstützungs- und Sensibilisierungsstrukturen für Unternehmen

Die Analyse zeigt, dass erfolgreiche Inklusionsinitiativen vor allem dort Wirkung entfalten, wo Unternehmen selbst systematisch in ihrer Inklusionskompetenz gestärkt werden. Entscheidend ist dabei nicht nur die strukturelle Beratung zu inklusiven Personalstrategien, sondern auch die Sensibilisierung für psychische Erkrankungen, Unterstützungsbedarfe und potenzielle Barrieren im Arbeitsumfeld. Im Kontext eines inklusiven Arbeitsmarktes sind gut unterstützte Personen eine Seite der Medaille – die andere sind Unternehmen, die offen und interessiert sind, Personen mit Unterstützungsbedarf einzustellen und zu fördern. Durch gezielte Awareness-Formate, Peer-Beratung und Best Practice-Austausch können Stereotype und Unsicherheiten im Umgang mit psychisch erkrankten Mitarbeiter:innen abgebaut werden – im Allgemeinen in der Gesellschaft, im Speziellen in Unternehmen. Gleichzeitig sollten die betriebswirtschaftlichen Vorteile von Inklusion – etwa geringere Fluktuation, gesteigerte Teamdiversität und ein positives Unternehmensimage – stärker kommuniziert werden.

Mit dem ÖGB-Chancen Nutzen Büro hat Österreich bereits eine wichtige Institution, die Beratungs-, Sensibilisierungs- und Unterstützungsangebote sowohl für Betroffene als auch für Unternehmen koordiniert.¹³¹ Auf Basis der Ergebnisse aus dem Ländervergleich wäre es sicherlich lohnend, solche Angebote weiter zu stärken, insbesondere für Unternehmen sichtbarer zu machen und systematisch in arbeitsmarktpolitische Instrumente einzubinden. Langfristig sollte das Ziel jedenfalls sein, dass Inklusion als Teil moderner Personal- und Unternehmenskultur verstanden wird – nicht als Zusatzaufgabe, sondern als strategischer Erfolgsfaktor.

5.4.2 Gemeinsame Lern- und Unterstützungsräume für Betriebe

Ein orientierungstiftendes Erfolgsmerkmal des Schweizer Systems liegt in der aktiven Einbindung der Arbeitgeber:innen in den Reintegrationsprozess. Neben der individuellen Arbeit mit den Versicherten richtet sich die Invalidenversicherung gezielt an Unternehmen und bietet ihnen

¹³¹ Vgl. www.oegb.at/der-oegb/chancen-nutzen.

niederschwellige, praxisorientierte Beratung. Spezialisierte Arbeitsvermittler:innen unterstützen Betriebe bei der Einstellung, Anpassung oder Wiedereingliederung von Mitarbeitenden mit gesundheitlichen Einschränkungen. Sie fungieren als direkte Ansprechpartner:innen, klären rechtliche, organisatorische und finanzielle Fragen und tragen so dazu bei, Unsicherheiten auf Unternehmensseite abzubauen. Ziel ist es, Unternehmen aktiv in den Inklusionsprozess einzubinden, anstatt sie als Endpunkt arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen zu sehen.

Als Vorbild dienen könnte die Schweizer Plattform Compasso, die Instrumente wie den »Wegweiser berufliche Eingliederung« oder den »Inclusion Check« bereitstellt, sowie die vom Eidgenössischen Büro für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (EBGB) entwickelte Toolbox für ein inklusives Arbeitsumfeld. Solche Plattformen stellen nicht nur praxisnahe Tools, Checklisten oder Beratungsangebote bereit, sondern fördern auch gleichzeitig Austausch und Netzwerkbildung. Auch in Österreich gibt es Tools für Unternehmen wie etwa den Barriere-Check des ÖZIV (Bundesverband für Menschen mit Behinderungen)¹³² und der Wirtschaftskammer Österreich. Diese sind aber bisher stärker für Personengruppen mit physischen und kognitiven Behinderungen ausgelegt und sollten für die Zielgruppe der Menschen mit psychischen Behinderungen erweitert werden. Zudem sollten bereits bestehende Angebote für Unternehmen für diese auch sichtbarer gemacht werden. Plattformen wie Compasso bieten Anregungen, wie der Informationszugang für, die Sensibilisierung von und die Zusammenarbeit mit Betrieben weiter gestärkt werden könnten. All das hätte das Potenzial, Betriebe gezielt zu entlasten, Inklusionsbarrieren abzubauen und die Zahl nachhaltiger Arbeitsverhältnisse für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu erhöhen.

¹³² Der ÖZIV ist auch mit mehreren Landesorganisationen in Österreich vertreten (www.oeziv.org).

6 Literaturverzeichnis

- Bähr, Sebastian / Collischon, Matthias (2022): Erwerbsarbeit erfüllt wichtige psychologische Funktionen. IAB-Forum. Nürnberg.
- Becker, Deborah / Swanson, Sarah / Reese, Sandra / Bond, Gary / McLeman, Bethany (2019): Supported Employment Fidelity Review Manual. A Companion Guide to the Evidence-based IPS Supported Employment Fidelity Scale. The IPS Employment Center at The Rockville Institute. Westat. Internet: <https://ipsworks.org/wp-content/uploads/2019/12/Final-Fidelity-Manual-Fourth-Edition-112619.pdf>.
- Böhm, Stephan / Baumgärtner, Miriam / Dwertmann, David (Hg.) (2013): Berufliche Inklusion von Menschen mit Behinderungen. Best Practices aus dem ersten Arbeitsmarkt. Berlin / Heidelberg: Springer.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2018): Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit. 3. Auflage. Wien.
- Bundesamt für Sozialversicherungen (2025): Berufliche Eingliederung durch die Invalidenversicherung: Überblick über die Eingliederungstätigkeit 2024. Hintergrunddokument. Internet: www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/iv/statistik.html.
- Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen – Sozialministeriumservice (2025a): Jobcoaching Umsetzungsregelungen. Wien.
- Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen – Sozialministeriumservice (2025b): Arbeitsassistenten inklusive NEBA Betriebskontakter:innen Umsetzungsregelungen. Wien.
- De Winter, Lars / Couwenbergh, Chrisje / Van Weeghel, Jaap / Sanches, Sarita / Michon, Harry / Bond, Gary (2022): Who Benefits from Individual Placement and Support? A Meta-analysis. In: *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 31. Pp 1–24.
- DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (2017): Teilhabekompass. Berufliche Integrationsmaßnahmen – insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen.
- DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (2018): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3. Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin: Springer.
- DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (2021): Umsetzung der Prinzipien des Supported Employment in Deutschland.

- DRV – Deutsche Rentenversicherung (2018): Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) – Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung.
- Eidgenössisches Departement des Innern (EDI), Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) (2024): Kreisschreiben zur Fallführung in der Invalidenversicherung.
- Eidgenössisches Departement des Innern (EDI), Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) (2025): Kreisschreiben über die beruflichen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung.
- EUSE – European Union for Supported Employment (heute: Association For Supported Employment Europe) (2011): Europäischer Werkzeugkoffer für Unterstützte Beschäftigung. Dachverband berufliche Integration Austria (dabei-austria). Wien.
- EUSE – European Union for Supported Employment (heute: Association For Supported Employment Europe) (2014): Europäischer Werkzeugkoffer für Unterstützte Beschäftigung und Vielfalt. Dachverband berufliche Integration Austria (dabei-austria). Wien.
- Flügel, Sandra / Nischk, Daniel (2021): Mehr Inklusion! Supported Employment in der Praxis. In: Aktion Psychisch Kranke. Weiß, Peter / Brieger, Peter (Hg.) (2021): Psychische Gesundheit fördern, Teilhabe an Arbeit sichern. Tagungsdokumentation, 05./06. und 07. Oktober 2020. Berlin. Seite 189–192.
- GÖG – Gesundheit Österreich GmbH (Hg.) (2025): Koordiniertes Vorgehen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen. Bericht der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung. Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, des Fonds Gesundes Österreich und des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger. Wien.
- Gühne, Uta / Riedel-Heller, Steffi (2015): Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. Im Auftrag der Gesundheitsstadt Berlin e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN).
- Gühne, Uta / Riedel-Heller, Steffi (2021): Erst platzieren, dann qualifizieren: Wie sich die Integration psychisch kranker Menschen in Beschäftigung verbessern lässt. Internet: www.iab-forum.de/erst-platzieren-dann-qualifizieren-wie-sich-die-integration-psychisch-krank-menschen-in-beschaeftigung-verbessern-laesst.
- Gühne, Uta et al. (2022): Predictors of Competitive Employment in Individuals with Severe Mental Illness: Results from an Observational, Cross-sectional Study in Germany. In: Journal of Occupational Medicine and Toxicology 17. Artikel 3.
- Hofer, Karin / Wallner, Elisabeth (2012): Psychische Erkrankungen in Österreich: Neue Volkskrankheit oder angebotsinduzierte Nachfrage? In: Soziale Sicherheit Online. April 2012. Internet: www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007844616.
- Hoffman, Holger / Jäckel, Dorothea / Glauser, Sybille / Mueser, Kim T. / Kupper, Zeno (2014): Long Term Effectiveness of Supported Employment: 5 years Follow-Up of a Randomized Controlled Trial. In: American Journal of Psychiatry 2014 / 171. Pp. 1183–1199.

- Jäckel, Dorothea/Leopold, Karolina/Bechdorf, Andreas (2024): Individual Placement and Support in der psychiatrischen Versorgung: Evaluation klinischer Routinedaten mittels eines retrospektiven Chart-Reviews. In: *Nervenarzt* 2024/ 95. Seite 839–844.
- Jäckel, Dorothea/Bechdorf, Andreas/Burkhardt, Eva/Kallenbach, Michèle/Gamig, Marie-Luise/Mäßnang, Anna/Leopold, Karolina (2025): Efficacy of Individual Placement and Support (IPS) on Employment, Education, and Training in Young Adults with Early Psychosis – A Randomized Controlled Trial. In: *Brain and Behavior* 2025/ 15.
- Jahoda, Marie (1983): *Wieviel Arbeit braucht der Mensch? Arbeit und Arbeitslosigkeit im 20. Jahrhundert*. Weinheim: Beltz.
- Koschig, Maria/Hussenöder, Felix/Conrad, Ines/Alberti, Mathias/Gatzsche, Katharina/Bieler, Luise/Stengler, Katharina/Riedel-Heller, Steffi (2024): Psychisch erkrankte Menschen mit Arbeitslosengeld-II-Bezug im Jobcenter. Diagnosespektrum und Versorgung – erste Ergebnisse aus dem LIPSY-Projekt. *Nervenarzt* 95. Seite 845–852.
- Łaszewska, Agata/Österle, August/Wancata, Johannes/Simon, Judit (2018): Prevalence of Mental Diseases in Austria. In: *Wiener klinische Wochenschrift* 130. Seite 141–150.
- Lockett, Helen/Waghorn, Geoffrey/Kydd, Rob/Chant, David (2016): Predictive Validity of Evidence-based Practices in Supported Employment: A Systematic Review and Meta-analysis. In: *Mental Health Review Journal*. Volume 21. No. 4. Pp 261–281.
- Mayring, Philipp (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- Nischk, Daniel/Herwig, Uwe/Senner, Simon/Rockstroh, Brigitte (2023): Effektivität und Kosteneffizienz von Individual Placement and Support (IPS) in Deutschland – eine Vergleichsstudie bei Menschen mit Psychosen. In: *Psychiatrische Praxis* 2024/ 51. Seite 84–91.
- OECD (2014): *Mental Health and Work: Switzerland, Mental Health and Work*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2021a): *Health at a Glance 2021. OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2021b): *Fitter Minds, Fitter Jobs: From Awareness to Change in Integrated Mental Health Skills and Work Policies, Mental Health and Work*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2022): *Health at a Glance 2022: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing.
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023): *Österreich: Länderprofil Gesundheit 2023, State of Health in the EU*. Paris/Brüssel: OECD Publishing. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Pathways Project (2020): *Report on the Comparison of the Available Strategies for Professional Integration and Reintegration of Persons with Chronic Diseases and Mental Health Issues. Based on Five Categories of Social Welfare Models in Europe*. Internet: www.pathwaysproject.eu/publication-dissemination/professional-integration-and-reintegration-strategies-for-persons-with-chronic-diseases-and-mental-health-disorders.
- Puhm, Alexandra/Strizek, Julian/Nowotny, Monika (Hg.) (2025): *Empfehlungen für ein koordiniertes Vorgehen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen. Bericht der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung. Gesundheit Österreich*. Wien.

- Richter, Dirk (2019): Inklusion in den Arbeitsmarkt: Der mühsame Weg psychisch Erkrankter. Berner Fachhochschule (knoten & maschen – BFH-Blog zur Sozialen Sicherheit). Bern.
- Richter, Dirk / Hoffman, Holger (2019): The Effectiveness of Supported Employment Programs: Meta-regression Analysis of the Global Secular Trend, 1990–2015. University Hospital for Mental Health. Bern.
- SAMHSA, Substance Abuse and Mental Health Service Administration (2025): Individual Placement and Support (IPS). An Evidence-Based Supported Employment Toolkit. Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Service Administration. Rockville. Internet: <https://library.samhsa.gov/sites/default/files/ips-fidelity-scale-pep25-01-002.pdf>.
- Stengler Katarina / Becker, Thomas / Riedel-Heller, Steffi (2014): Teilhabe am Arbeitsleben bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. In: Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie 82. Seite 43–53.
- Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention (o.A.): Infoblatt Psychosoziales Coaching. Leipzig.
- Sundermann, Larissa / Haunberger, Sigrid / Gisler, Fiona / Kita, Zuzanne (2022): How do Supported Employment Programs Work? Answers from a Systematic Literature Review. In: International Journal for Educational and Vocational Guidance 23. Pp. 659–679.
- Voswinkel, Stephan (2019): Rückkehr in die Arbeit bei psychischen Erkrankungen. Herausforderungen für das Betriebliche Eingliederungsmanagement. In: WSI Mitteilungen. 72. Jahrgang. 5/2019.
- Zürcher, Simeon / Zürcher, Micha / Burkhalter, Michael / Richter, Dirk (2023): Job Retention and Reintegration in People with Mental Health Problems: A Descriptive Evaluation of Supported Employment Routine Programs. In: Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research 50. Pp. 128–136. Springer Verlag.

7 Internet-Quellen

Compasso

www.compasso.ch

[letzter Zugriff: 16.09.2025]

Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (EBGB):

»Toolbox für ein inklusives Arbeitsumfeld«

www.ebgb.admin.ch/de/toolbox-inklusives-arbeitsumfeld

[letzter Zugriff: 01.07.2025]

Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen:

»Teilhabe am Arbeitsleben – alle Potenziale nutzen«

www.behindertenbeauftragter.de/DE/AS/schwerpunkte/teilhabe-am-arbeitsleben/teilhabe-am-arbeitsleben-node.html#doc28382bodyText2

[letzter Zugriff: 28.10.2025]

Deutsche Rentenversicherung: »Erwerbsminderungsrenten«

www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Rente/Allgemeine-Informationen/Rentenarten-und-Leistungen/Erwerbsminderungsrente

[letzter Zugriff: 28.10.2025]

BEMpsy

www.bempsy.de

[letzter Zugriff 28.10.2025]

Psychologie-Aktuell: »Psychosoziales Coaching bringt ein Drittel der Langzeitarbeitslosen wieder in Arbeit«

www.psychologie-aktuell.com/news/aktuelle-news-psychologie/news-lesen/psychosoziales-coaching-bringt-ein-drittel-der-langzeitarbeitslosen-wieder-in-arbeit.html

[letzter Zugriff: 28.10.2025]

Ausweisungsstelle Psychosoziales Coaching, Stiftung Deutsche Depressionshilfe:
»Informationsblatt für Jobcenter. Das Psychosoziale Coaching – Ein Angebot zur Verbesserung der psychischen Gesundheit von Langzeitarbeitslosen und dem Abbau von Vermittlungshemmnissen«

https://arbeitswelt.hessen.de/fileadmin/arbeitswelt/Dokumente/das_psychosoziale_coaching_informationsblatt_fuer_jobcenter.pdf

[letzter Zugriff: 28.10.2025]

Rehapro

www.modellvorhaben-rehapro.de/DE/Home/home_node.html

[letzter Zugriff: 28.10.2025]

Helios Park-Klinikum Leipzig: »LIPSY – Neue Chancen zur beruflichen Teilhabe«

www.helios-gesundheit.de/standorte-angebote/kliniken/leipzig/leistungen/fachbereiche/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/wissenschaft-forschung-projekte/lipsy

[letzter Zugriff: 28.10.2025]

Jobcenter Leipzig: »Was ist LIPSY?«

<https://jobcenter-leipzig.de/wp-content/uploads/2020/12/FlyerLIPSYFinal.pdf>

[letzter Zugriff: 28.10.2025]

Jobcenter Leipzig: »rehapro«

<https://jobcenter-leipzig.de/vermittlung/hilfe-in-schwierigen-lebenssituationen/rehapro>

[letzter Zugriff: 28.10.2025]

ZfP Reichenau: »Supported Employment«

www.zfp-reichenau.de/einrichtungen/supported-employment/supported-employment?q=%2Feinrichtungen%2Fsupported-employment%2F

[letzter Zugriff: 28.10.2025]

SEEarly

www.seearly.de

[letzter Zugriff: 28.10.2025]

Bundesministerium für Arbeit und Soziales: »Unterstützte Beschäftigung«

www.bmas.de/DE/Soziales/Teilhabe-und-Inklusion/Rehabilitation-und-Teilhabe/Foerderung-der-Ausbildung-und-Beschaeftigung/unterstuetzte-beschaeftigung.html

[letzter Zugriff: 28.10.2025]

Rehadat: »Lexikon zur beruflichen Teilhabe: Unterstützte Beschäftigung (UB)«

www.rehadat.de/lexikon/Lex-Unterstuetzte-Beschaeftigung-UB

[letzter Zugriff: 28.10.2025]

Rehadat: »Individuelle betriebliche Qualifizierung (InBeQ) / Unterstützte Beschäftigung«

www.rehadat-wfbm.de/ueberblick/arbeitsmarktnahe-angebote/individuelle-betriebliche-qualifizierung-und-unterstuetzte-beschaeftigung

[letzter Zugriff: 28.10.2025]

Inklupreneur

<https://berlin.inklupreneur.de>

[letzter Zugriff: 28.10.2025]

Ips works: »Supported Employment Fidelity Scale«

<https://ipsworks.org/wp-content/uploads/2017/08/IPS-Fidelity-Scale-Eng1.pdf>

[letzter Zugriff: 28.10.2025]

Ips works: »Evidence for IPS«

<https://ipsworks.org/index.php/evidence-for-ips>

[letzter Zugriff: 28.10.2025]

BBRZ: »BBE Mano«

https://dev.bbrz.at/fileadmin//user_upload/downloads/Angebotsinfos/Orientierungsangebote/Wien/Mano_Infoblatt_Wien.pdf

[letzter Zugriff: 05.12.2025]

Fitzwork

www.fitzwork.at/artikel/wie-funktioniert-fitzwork

[letzter Zugriff: 05.12.2025]

BÖP: #meinraum

www.boep.or.at/psychologische-behandlung/projekte/meinraum

[letzter Zugriff: 05.12.2025]

ÖKSA Jahrestagung 2025: »Inklusion am Arbeitsmarkt«

<https://oeksa.at/jahrestagung-2025>

[letzter Zugriff: 10.12.2025]

Anhang Ausgewählte Publikationen des AMS zum Themenfeld

AMS info 244

Begleitende Evaluierung der BBRZ-Maßnahme »beat&win« für Jugendliche

<https://forschungsnetzwerk.ams.at/elibrary/publikation/ams-infos/2013/begleitende-evaluierung-der-bbrz-massnahme-beat-win-fuer-jugendliche.html#reha>

AMS info 282

Die Relevanz von Einstellungsveränderungen im Zuge von Arbeitslosigkeit und Rehabilitation vor dem Hintergrund der Reintegration in den Arbeitsmarkt

<https://forschungsnetzwerk.ams.at/elibrary/publikation/ams-infos/2014/die-relevanz-von-einstellungsveraenderungen-im-zuge-von-arbeitslosigkeit-und-rehabilitation-vor-dem-hintergrund-der-reintegration-in-den-arbeitsmarkt1.html#reha>

AMS info 300

Optimale Betreuung und Vorgangsweisen bei psychisch belasteten KundInnen

<https://forschungsnetzwerk.ams.at/elibrary/publikation/ams-infos/2014/optimale-betreuung-und-vorgangsweisen-bei-psychisch-belasteten-kundinneno.html>

AMS info 334

Begleitevaluation neuer Beschäftigungsprojekte des AMS Oberösterreich für Beeinträchtigte ohne Chance auf Invaliditätspension

<https://forschungsnetzwerk.ams.at/elibrary/publikation/ams-infos/2015/begleitevaluation-neuer-beschaefigungsprojekte-des-ams-oberoesterreich-fuer-beeintraechtigte-ohne-chance-auf-invaliditaetspension.html#reha>

AMS info 403

Erwerbsbezogene Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen – Herausforderungen und Chancen

<https://forschungsnetzwerk.ams.at/elibrary/publikation/ams-infos/2018/erwerbsbezogene-rehabilitation-von-menschen-mit-psychischen-erkrankungen---herausforderungen-und-chancen.html>

*AMS info 426***Evaluierung der Beratung, Betreuung und Förderung von REHA-KundInnen im AMS Kärnten**

<https://forschungsnetzwerk.ams.at/elibrary/publikation/ams-infos/2018/evaluierung-der-beratung--betreuung-und-foerderung-von-reha-kundinnen-im-ams-kaernteno.html#reha>

*FokusInfo 12***Wer früh hilft, hilft doppelt!« – Sekundärprävention zur Erhaltung von Arbeit und Arbeitsfähigkeit – Eine Evaluierung des »Service Arbeit und Gesundheit« des BBRZ**

<https://forschungsnetzwerk.ams.at/elibrary/publikation/ams-fokusinfo/2010/-wer-frueh-hilft--hilft-doppelt-----sekundaer-praevention-zur-erhaltung-von-arbeit-und-arbeitsfaehigkeit---eine-evaluierung-des--service-arbeit-und-gesundheit--des-bbrz.html#reha>

*FokusInfo 85***Förderung der beruflichen Integration substanzabhängiger Personen in Tirol: Zentrale Schlussfolgerungen aus einer aktuellen Studie im Auftrag von AMS Tirol und Land Tirol**

<https://forschungsnetzwerk.ams.at/elibrary/publikation/ams-fokusinfo/2015/foerderung-der-beruflichen-integration-substanzabhaengiger-personen-in-tirol--zentrale-schlussfolgerungen-aus-einer-aktuellen-studie-im-auftrag-von-ams-tirol-und-land-tirol.html#reha>

*FokusInfo 93***System und Methoden der Beruflichen Rehabilitation in Österreich. Ein neues Praxis-handbuch als wertvolles Hilfsmittel zur Arbeit in der Beruflichen REHA in der E-Library des AMS-Forschungsnetzwerkes**

<https://forschungsnetzwerk.ams.at/elibrary/publikation/ams-fokusinfo/2016/system-und-methoden-der-beruflichen-rehabilitation-in-oesterreich.-ein-neues-praxishandbuch-als-wertvolles-hilfsmittel-zur-arbeit-in-der-beruflichen-reha-in-der-e-library-des-ams-forschungsnetzwerkes.html#reha>

*FokusInfo 96***»Berufliche Rehabilitation ist wichtiger denn je, ...«. Roman Pöschl, Geschäftsführer des BBRZ, im Gespräch**

<https://forschungsnetzwerk.ams.at/elibrary/publikation/ams-fokusinfo/2016/-berufliche-rehabilitation-ist-wichtiger-denn-je-----roman-poeschl--geschaeftsfuehrer-des-bbrz--im-gespraech.html#reha>

*FokusInfo 136***Das AMS-Praxishandbuch »Psycho ... logisch? Psychisch belastete Menschen in Beratungssituationen« als wertvolle Unterstützung für die Bildungs- und Berufsberatung**

<https://forschungsnetzwerk.ams.at/elibrary/publikation/ams-fokusinfo/2017/das-ams-praxishandbuch--psycho---logisch--psychisch-belastete-menschen-in-beratungssituationen--als-wertvolle-unterstuetzung-fuer-die-bildungs--und-berufsberatung.html>

FokusInfo 296

**Berufliche Rehabilitation im Burgenland: »Wirksam, stabilisierend und nachhaltig!«.
Zentrale Erkenntnisse einer aktuellen Studie im Auftrag des AMS Burgenland im Fokus**

<https://forschungsnetzwerk.ams.at/elibrary/publikation/ams-fokusinfo/2026/berufliche-rehabilitation-im-burgenland--wirksam,-stabilisierend-und-nachhaltig--.zentrale-erkenntnisse-einer-aktuellen-studie-im-auftrag-des-ams-burgenland-im-fokus.html#reha>

AMS info 244

Karin Steiner, Andrea Poschalko

Begleitende Evaluierung der BBRZ-Maßnahme »beat & win« für Jugendliche

Ergebnisse einer Studie
im Auftrag von AMS und BBRZ



1. Einleitung

Am Arbeitsmarkt benachteiligte Personen und insbesondere Jugendliche mit persönlichen Vermittlungshindernissen benötigen oftmals besondere Unterstützung bei der Integration in das Erwerbsleben. Eine erfolgreiche durchlaufene Qualifizierung bzw. der Erwerb eines beruflichen Bildungsabschlusses sind dabei wichtige Schlüssel für eine erfolgreiche Eingliederung in den Arbeitsmarkt. Ein Anliegen der aktiven Arbeitsmarktpolitik ist es daher, für diese Personengruppe die Chancen auf beruflichen Erfolg durch geeignete Unterstützungsangebote zu erhöhen.

Mit September 2009 startete beim Schulungsträger BBRZ (Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum) die vom AMS finanzierte und arbeitsplatznahe Ausbildung »beat & win«.

»beat & win« war ein Pilotprojekt, das Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit sozialen sowie psychischen und/oder physischen gesundheitlichen Problemen die Möglichkeit einer verkürzten Lehrausbildung im technischen oder kaufmännischen Bereich bot. Zusätzlich erhielten die TeilnehmerInnen während der gesamten Ausbildungszeit entsprechend ihrer Bedürfnisse individuelle Betreuung und Begleitung durch geschulte Fachkräfte. Ziel der Maßnahme war die praxisnahe Vorbereitung der TeilnehmerInnen auf die Lehrabschlussprüfung.

Im Vergleich zu anderen Maßnahmen, die sich speziell an gesundheitlich beeinträchtigte Personen wenden, wurden die Ausbildungsanforderungen einer regulären Ausbildung nicht verringert. Die Kombination aus realarbeitsplatznaher Ausbildung, der jugendlichen Zielgruppe und der relativ kurzen Ausbildungsdauer bei gleichzeitiger intensiver Betreuung zeichneten »beat & win« aus.

Im Auftrag des AMS Österreich sowie des Beruflichen Bildungs- und Rehabilitationszentrums (BBRZ) realisierte das sozialwissenschaftliche Forschungs- und Beratungsinstitut Analyse, Beratung und interdisziplinäre Forschung (abif; www.abif.at) eine begleitende Evaluierung dieser Maßnahme.^{*} Gegenstände der begleitenden Evaluierung waren neben der Betrachtung der operationellen Umsetzung des Projektes und dem Vergleich mit anderen Maßnahmen vor allem die folgenden Fragestellungen:

- Welche Fähigkeiten und Kompetenzen konnten die Jugendlichen durch die Maßnahme erwerben und weiterentwickeln?
- Welche Faktoren und Kompetenzen sind für einen erfolgreichen Berufseinstieg relevant?

- Wurden im Rahmen der Maßnahme für die Jugendlichen, TrainerInnen und Betriebe zufriedenstellende Lösungen erarbeitet?
- Gelang die Integration in den ersten Arbeitsmarkt zu einem »erwünschten« Ausmaß (gelungener Arbeitsmarkteinstieg/ Jobeinstieg oder Dropout)?

Im Rahmen der Evaluierung wurde daher ein maßgeschneidertes Instrumentarium entwickelt, um diesen Fragestellungen Rechnung zu tragen. Ein Kompetenz-Assessment-Center mit den TeilnehmerInnen zu Beginn und am Ende der Maßnahme sollte Aufschluss darüber geben, in welchem Ausmaß bestimmte Kompetenzen im Rahmen der Qualifizierungsmaßnahme erworben werden konnten. Berücksichtigt wurden die sozialen Fähigkeiten, Selbstmanagement und Selbstpräsentation, Selbstreflexionsfähigkeiten sowie die Haltung zur Arbeit und zur Maßnahme. Die Kompetenzen zu Beginn der Maßnahme wurden mit den (weiter-)entwickelten Kompetenzen am Ende der Maßnahme verglichen.

Darüber hinaus wurde mit Hilfe qualitativer und quantitativer Befragungsdaten ein ganzheitlich-konstruktivistischer Zugang verfolgt, der es ermöglichte, die verschiedenen Sichtweisen der beteiligten Personen (Zielgruppe sowie Stakeholder) einzubeziehen. Befragt wurden TrainerInnen und Führungskräfte des BBRZ, Ansprechpersonen in den Praktikumsbetrieben und natürlich die TeilnehmerInnen selbst.

2. Die Ergebnisse der Evaluation in Kürze

»beat & win« stellte sich insgesamt als gelungenes Pilotprojekt dar. Das praxisnahe Setting mit realen Arbeitererfahrungen in Kombination mit intensiver Betreuung eröffnete den beeinträchtigten Jugendlichen gute Chancen, eine auf dem Arbeitsmarkt verwertbare berufliche Ausbildung zu erwerben.

Insgesamt 51 Personen nahmen an »beat & win« teil. Etwa 43 Prozent der TeilnehmerInnen verließen vorzeitig die Maßnahme.

^{*} Karin Steiner, Andrea Poschalko, Martin Stark (2012): Begleitende Evaluierung der BBRZ-Maßnahme »beat & win« für Jugendliche, Studie im Auftrag des AMS Österreich, Abt. Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation, und des BBRZ, Wien; Download der Langfassung unter www.ams-forschungsnetzwerk.at im Menüpunkt »AMS-Publikationen – Forschung« – Jahr 2012.



Von den 29 TeilnehmerInnen, die die Maßnahme nicht vorzeitig beendet hatten, schafften alle einen positiven Lehrabschluss.

»beat & win« verlangte den TeilnehmerInnen jedoch hohes Engagement und Durchhaltevermögen ab. Für eine tiefergehende psychosoziale Betreuung bei TeilnehmerInnen mit besonderen Schwierigkeiten und/oder bei Personen mit unklaren persönlichen und beruflichen Zielen fehlten im Rahmen der Maßnahme die zeitlichen Ressourcen. Insofern war sie für manche Zielgruppen als zu hochschwellig anzusehen.

In den durchgeführten Assessment-Centern wurde deutlich, dass die TeilnehmerInnen sich häufig von Beginn an auf relativ hohem Niveau präsentierten. Die Selbstpräsentationsfähigkeiten konnten während der Maßnahme kaum mehr gesteigert werden. Aufgrund der knappen zeitlichen Ressourcen in der Maßnahme schienen Soft-Skills-Trainings und die zum Teil notwendige intensivere psychosoziale Hilfestellung nur teilweise Platz zu greifen. Auch eine gezielte Anpassung an den individuellen Förderbedarf abseits der fachtheoretischen Ausbildung, wie z.B. Sprachunterricht (Deutsch als Fremdsprache, Englisch), wäre eine sinnvolle Ergänzung der Maßnahme gewesen. Trotz guter Selbstpräsentation hatten etliche der beobachteten Jugendlichen eine zumindest tendenziell negative Selbstsicht bzw. konnten sie ihre Stärken und Schwächen (speziell die Stärken) nur sehr schwer einschätzen. Mangelnde (Selbstwirksamkeits-)Erfahrungen bei einigen TeilnehmerInnen, ge- und erlebte Defizitorientierung und die zum Teil bewegte Biographie der Jugendlichen machten sich hier am deutlichsten bemerkbar.

Als problematisch erwiesen sich beispielsweise auch Änderungen in der personellen Zusammensetzung des Betreuungs- und TrainerInnenteams. Insbesondere leistungsschwächere bzw. stärker beeinträchtigte Jugendliche litten unter dem fallweisen Personalwechsel, denn Stabilität und klare Verhältnisse sind für diese Zielgruppe wichtige Rahmenbedingungen.

Sowohl TeilnehmerInnen als auch TrainerInnen und BetreuerInnen sahen aber in den Praktika bzw. im realarbeitsplatznahen Maßnahmensetting einen hohen Erfolgsfaktor von »beat & win«. Der Einblick in die reale Berufswelt erweiterte den Erfahrungsschatz der TeilnehmerInnen, schaffte Klarheit über die getroffene Berufswahl, bot die Möglichkeit, sich aktiv zu erproben, und ermöglichte die Kompensation von Defiziten im Umgang mit Arbeit und ArbeitgeberInnen.

Auch die Praktikumsbetriebe waren überwiegend zufrieden mit den Leistungen der TeilnehmerInnen und der Kooperation mit dem BBRZ. Die Lernerfolge der PraktikantInnen wurden seitens der Betriebe im Durchschnitt mit 1,8 auf einer Schulnotenskala bewertet, die Aufgabenerfüllung im Rahmen des Praktikums mit 1,9. Rund 80 Prozent der befragten Betriebe standen außerdem einer zukünftigen Einstellung von PraktikantInnen zumindest eher positiv gegenüber.

Im Rahmen der Betriebsbefragung wurde allerdings auch deutlich, dass ein wichtiges Erfolgskriterium in der Zusammenarbeit die stabile und kalkulierbare Zeiteinteilung zwischen fachtheoretischem Unterricht und Arbeitszeit im Betrieb war. Kurzfristige Änderungen in den Stundenplänen stellten einige Betriebe vor große Planungsprobleme. Gerade die von den Fachkräften und den TeilnehmerInnen als positiv hervorgehobenen Einzelförderungen erschwerten jedoch teilweise die langfristige zeitliche Planung. Nicht nur aus diesem Grund erschien eine Verlängerung der Maß-

maßdauer sinnvoll, um mehr Spielraum für Zusatzleistungen wie Individualförderung und psychosoziale Betreuung zu schaffen.

Neben den Ergebnissen in Bezug auf die Bewertung der Maßnahme und der PraktikantInnen machte die Betriebsbefragung aus inhaltlicher Sicht vor allem zwei Aspekte deutlich:

- Arbeitshaltung und soziale Kompetenzen sind zum Teil wichtiger als fachliche Kompetenzen.
- Grundlegende Kulturtechniken sind Grundvoraussetzung für den Erfolg am Arbeitsmarkt.

3. Resilienzfaktoren

Durchhaltevermögen und klare Ziele waren sehr wichtig, um »beat & win« erfolgreich absolvieren zu können. Jenen Jugendlichen, die noch Unsicherheit hinsichtlich ihrer Berufswahl zeigten, fehlte vielfach beides. Eine gewisse persönliche Reife war ebenfalls Erfolgskriterium; insbesondere Jugendliche, denen es an Ernsthaftigkeit fehlte, die beispielsweise den Unterricht laufend stören, verließen die Maßnahme eher frühzeitig. Auch ein Mindestmaß an Frustrationstoleranz und Selbstwirksamkeit wirkte erfolgswirksam. Die Fähigkeit, auch mit Misserfolgen umgehen zu können bzw. die Überzeugung, durch das eigene Verhalten, die eigenen Fähigkeiten, etwas bewirken zu können, zeigten sich einmal mehr als wichtiges Merkmal der Resilienz. Als wichtig und hilfreich erwiesen sich auch die Peers. Die TeilnehmerInnen konnten sich in der Maßnahme untereinander Mut zusprechen und motivieren. Diese soziale Stütze trug daher ebenfalls zum Maßnahmenerfolg bei – ein Effekt der, hinsichtlich des Alters, relativ homogenen Zielgruppe.

Abbildung: Struktur/Dimensionen der Resilienz



Quelle: abif 2012, im Auftrag von AMS Österreich und BBRZ

»Im Nachhinein war das wirklich das Beste, was mir passiert ist, weil wir haben die berufsnah Ausbildung gehabt [...] also »beat & win« ist eine der schönsten Zeiten in meinem Leben gewesen.«

TEILNEHMERIN »BEAT & WIN«

Fact Box »beat & win«

Laufzeit: 2009 bis 2011.

Zielsetzung: Die praxisnahe Vorbereitung der TeilnehmerInnen auf die Lehrabschlussprüfung.

Zielgruppe: Die Zielgruppe von »beat & win« sind Jugendliche und junge Erwachsene bis 25 Jahre, die eine physische und/oder psychische Beeinträchtigung haben, beim AMS als erwerbslos gemeldet sind und für die keine Kostenbeteiligung seitens der Sozialversicherungsträger vorliegt.

Zugang: Im Rahmen von »beat & win« waren vor Beginn der Maßnahme 45 Ausbildungsplätze eingeplant. Insgesamt nahmen jedoch 51 Personen an der Maßnahme teil. Neben der Zugehörigkeit zur Zielgruppe mussten für die Teilnahme an »beat & win« folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Zuweisung zum BBRZ durch das AMS: Hierfür müssen die Personen beim AMS als Reha-KlientInnen kodiert sein, d.h., es müssen Befunde oder Verdachtsdiagnosen für eine gesundheitliche Einschränkung vorliegen.
- Feststellung der Schulungsfähigkeit bzw. Eignung für eine Berufsausbildung: Im BBRZ wird im Rahmen eines einwöchigen Reha-Assessments das Ausmaß der gesundheitlichen Einschränkung abgeklärt. Anschließend wird in einer bis zu sieben Wochen dauernden Reha-Planungsphase die Eignung für eine Berufsausbildung festgestellt.

Dauer: Die Maßnahme umfasst ein dreimonatiges Grundlagenmodul und eine 15-monatige betriebsnahe Ausbildungsphase. Somit beträgt die Dauer der Maßnahme insgesamt 18 Monate.

Ausbildungsberufe: Bei der Berufswahl haben die TeilnehmerInnen grundsätzlich die Möglichkeit, einen Beruf im kaufmännischen oder technischen Bereich zu wählen.

Kaufmännischer Bereich:

- Bürokaufmann/-frau – Schwerpunktsetzungen in den Bereichen Rechtsanwaltskanzlei, Lagerlogistik, medizinische Verwaltung und multimediales Gestalten möglich
- BuchhalterIn mit SAP
- Einzelhandelskaufmann/-frau

Technischer Bereich:

- EDV-TechnikerIn
- ElektronikerIn
- MechatronikerIn
- Technische/r oder Bautechnische/r ZeichnerIn

Abschlüsse: Die TeilnehmerInnen von »beat & win« absolvieren eine FacharbeiterInnenintensivausbildung mit Lehrabschluss. Die gesetzliche Grundlage für diese Ausbildung findet sich in § 23 Abs. 5 des Berufsausbildungsgesetzes (BAG).



Aktuelle Publikationen der Reihe »AMS report« ...



AMS report 87

Reinhold Gaubitsch, Volker Eickhoff und
Wilhelm Hanisch
**Nachhaltiges Wirtschaften
in beruflicher Aus- und Weiterbildung**

ISBN 978-3-85495-454-9



AMS report 88

Karin Steiner, Monira Kerler, Sandra Schneeweß
**Berufs- und Arbeitsmarktorientierung
für Jugendliche**
Anforderungen im Wirkungsbereich von
Pädagogischen Hochschulen und AMS

ISBN 978-3-85495-455-7



AMS report 89

Karin Steiner, Sandra Schneeweß
**Jugendliche als Zielgruppe von
Berufsinformationsbroschüren**
Eine Kurzeexpertise unter dem Aspekt
unterschiedlicher Lesekompetenz

ISBN 978-3-85495-456-5



AMS report 90

Regina Haberfellner
**Frauen in technischen Ausbildungen
in Malaysia**

ISBN 978-3-85495-457-3



AMS report 91

Martin Häglinger, René Sturm
Das AMS-Forschungsnetzwerk
Ergebnisse der Online-UserInnenbefragung
vom September 2012 zu
www.ams-forschungsnetzwerk.at

ISBN 978-3-85495-458-1



AMS report 92/93

Peter Huber, Georg Böhs (WIFO) sowie Andreas
Riesenfelder, Susi Skelepa, Petra Wetzl (L&R)
**Liberalisierung des
österreichischen Arbeitsmarktes**

ISBN 978-3-85495-459-X

www.ams-forschungsnetzwerk.at

... ist die Internet-Adresse des AMS Österreich für die Arbeitsmarkt-, Berufs- und Qualifikationsforschung

Anschrift der Autorinnen

Mag. Karin Steiner, Mag. Andrea Pochalko
abif – analyse, beratung und interdisziplinäre forschung
Einwangasse 12/5, 1140 Wien
Tel.: 01 5224873-0, Fax: DW -77
E-Mail: office@abif.at, Internet: www.abif.at

Die Publikationen der Reihe AMS info können als pdf über das AMS-Forschungsnetzwerk abgerufen werden. Ebenso stehen dort viele weitere interessante Infos und Ressourcen (Literaturdatenbank, verschiedene AMS-Publikationsreihen, wie z. B. AMS report oder AMS-Qualifikationsstrukturbericht, u. v. m.) zur Verfügung.

www.ams-forschungsnetzwerk.at
oder
www.ams.at – im Link »Forschung«

Ausgewählte Themen des AMS info werden als Langfassung in der Reihe AMS report veröffentlicht. Der AMS report kann direkt via Web-Shop im AMS-Forschungsnetzwerk oder schriftlich bei der Communicatio bestellt werden.

AMS report Einzelbestellungen

€ 6,- inkl. MwSt., zuzügl. Versandkosten

AMS report Abonnement

10 Ausgaben AMS report zum Vorteilspreis von € 48,- (inkl. MwSt. und Versandkosten)

**Bestellungen und Bekanntgabe von Adressänderungen
bitte schriftlich an: Communicatio – Kommunikations- und
PublikationsgmbH, Steinfeldgasse 5, 1190 Wien, E-Mail:
verlag@communicatio.cc, Tel.: 01 3703302, Fax: 01 3705934**

P. b. b.
Verlagspostamt 1200, 02Z030691M

Medieninhaber und Herausgeber: Arbeitsmarktservice Österreich, Abt. Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation, Sabine Putz, René Sturm, 1200 Wien, Treustraße 35-43
Verlegt bei Communicatio – Kommunikations- und PublikationsgmbH, 1190 Wien, August 2013 • Grafik: Lanz, 1030 Wien • Druck: Ferdinand Berger & Söhne Ges.m.b.H., 3580 Horn



282

AMS info

Die Relevanz von Einstellungsveränderungen im Zuge von Arbeitslosigkeit und Rehabilitation vor dem Hintergrund der Reintegration in den Arbeitsmarkt

Andrea Egger-Subotitsch, Andrea Poschalko

Zentrale Ergebnisse einer Studie
im Auftrag des AMS Österreich

1 Krank und arbeitsuchend: Welche Rolle spielen Emotionen, Werte, Motive und Einstellungen?

Nicht selten schränken gesundheitliche Beschwerden die berufliche Leistungsfähigkeit erheblich ein, führen zum Verlust des Arbeitsplatzes oder erschweren den Betroffenen die (Wieder-) Eingliederung in das Erwerbsleben. Die Beziehungen zwischen Arbeit und Gesundheit sind jedoch vielschichtig, komplex und dynamisch. Ziel einer Studie im Auftrag der Abt. Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation des AMS Österreich, realisiert vom sozialwissenschaftlichen Forschungsinstitut abif (Analyse, Beratung und interdisziplinäre Forschung; www.abif.at) in Kooperation mit dem BBRZ (Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum), war es daher, einen Teilaspekt dieser sehr umfassenden Zusammenhänge näher zu betrachten.¹ Im Fokus standen psychische Komponenten wie Emotionen, Werte, Motive und Einstellungen in Bezug zu Arbeit und Gesundheit. Dabei interessierte insbesondere die Fragestellung, ob und welchen Einfluss psychische Faktoren auf den Wiedereingliederungsprozess haben und ob sich diese über einen Zeitverlauf von etwa sechs Monaten verändern (z. B. im Zuge einer beruflichen Rehabilitation).

Für den empirischen Teil der Arbeit wurden 17 gesundheitlich beeinträchtigte Personen (körperlich und/oder psychisch) zu zwei Zeitpunkten im Abstand von fünf bis sechs Monaten befragt (im Zeitraum 2012/2013). Neben der Interviewführung kamen psychodiagnostische Verfahren zum Einsatz, nämlich »Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster« nach Schaarschmidt/Fischer,² »Leistungs- und Motivationsinventar« von Schuler/Prochaska³ und die deutschsprachige Version der Resilienzskala von Schuhmacher et al.⁴ Darüber hinaus bildete eine Literaturanalyse mit ausgewählten Theorien und Forschungsergebnissen den Rahmen der Studie.

Die StudienteilnehmerInnen konnten durch die dankenswerte Unterstützung des Beruflichen Bildungs- und Rehabilitationszentrum (BBRZ) gewonnen werden, die Teilnahme erfolgte selbstverständlich freiwillig. Unter den Befragten fanden sich neun Männer und acht Frauen mit unterschiedlichen Bildungsniveaus im Alter von 22 bis 53 Jahren. Während etwa die Hälfte der TeilnehmerInnen bereits seit geraumer Zeit keiner Erwerbstätigkeit mehr nachging (nachgehen konnte), war die andere Hälfte erst seit relativ kurzer Zeit von Arbeitslosigkeit betroffen. Die persönlichen Interviews erfolgten anhand eines Leitfadens und liefen viel

Raum für freies Erzählen, die Gespräche dauerten somit im Durchschnitt eine Stunde. Dieser sehr offene hypothesengenerierend angelegte Zugang ermöglichte detaillierte und differenzierte Einsichten in die Lebenswelt der Betroffenen.

2 Einsichten in die Lebenswelt der Betroffenen: Die empirischen Studienergebnisse im Überblick

Familie, Arbeit und Gesundheit sind die wichtigsten Lebensinhalte

Arbeit ist und bleibt bei den Befragten, neben der Familie, einer der zentralen Lebensbereiche. Als Basis für die berufliche Leistungsfähigkeit nimmt aber häufig die Gesundheit einen zumindest ebenso hohen Stellenwert ein, setzen doch die Betroffenen Arbeit ein Stück weit mit Gesundheit gleich. Während Zeiten der Arbeitslosigkeit zu Beginn noch durchaus als Erholungszeit oder wie ein längerer »Urlaub« interpretiert werden können, verändert sich diese Einstellung mit fortschreitender Dauer der Erwerbslosigkeit. Einzelne Befragte geben hierzu konkrete Zeiträume an: Bis zu drei Monate könne Arbeitslosigkeit durchaus angenehm sein, berichten einige StudienteilnehmerInnen, vor allem als Entlastung hinsichtlich der gesundheitlichen Beschwerden. Danach wird die Erwerbslosigkeit jedoch auf verschiedenen Ebenen zunehmend zur Belastung.

Bedürfnis nach Sicherheit und Autonomie

Spontan gefragt ist es in erster Linie der Lohn, der die Befragten, trotz Erkrankung, zur Arbeit motiviert. Zwar sind finanzielle Aspekte im Beobachtungszeitraum ein stabiler und starker Motivator, selten aber einziges oder wichtigstes Kriterium für oder gegen die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit. Insbesondere psychische Funktionen der Arbeit gewinnen im Befragungsverlauf und im gesamten Beobachtungszeitraum an Bedeutung.

1 Egger-Subotitsch et al. (2014): AMS report 100: Die Relevanz von Einstellungsveränderungen im Zuge von Arbeitslosigkeit und Rehabilitation vor dem Hintergrund der Reintegration in den Arbeitsmarkt, Wien, Download unter www.ams-forschungsnetzwerk.at im Menüpunkt »AMS-Publikationen Forschung – Jahr 2014«.

2 Schaarschmidt, U./Fischer, A. 1996.

3 Schuler, H./Prochaska, M. 2001.

4 Schuhmacher, J./Leppert, K./Gunzelmann, T./Strauß, B./Brähler, E. 2004.



So erleben die Betroffenen, neben der existentiellen Verunsicherung, vor allem die fehlende Autonomie in der Erwerbslosigkeit als besonders belastend. Auf Dauer von Sozialleistungen abhängig zu sein, ist für die Befragten keine probate Alternative zur Berufstätigkeit. Einerseits reichen die Unterstützungszahlungen kaum, um sich ein Leben nach eigenen Vorstellungen zu gestalten, und andererseits möchte die überwiegende Mehrheit der StudienteilnehmerInnen aus eigener Kraft ihren Lebensunterhalt bestreiten. Die finanzielle und die psychologische Abhängigkeit von Organisationen wie beispielsweise dem Arbeitsmarktservice (AMS) wird zumindest als unangenehm, aber auch bis hin zu einem Kontrollverlust erlebt. Da auch hinsichtlich der Erkrankung häufig wenig Kontrolle wahrgenommen wird, destabilisieren und verunsichern Krankheit und Arbeitslosigkeit das Leben der Betroffenen doppelt. Das Thema »Unabhängigkeit und Selbstbestimmung« ist daher häufig auch eine (gesundheitsrelevante) Wunschformulierung an zukünftige Arbeitsstellen, die einen gewissen Handlungs- und Entscheidungsspielraum bieten sollen. Für die befragten Frauen mit Migrationshintergrund hat Arbeit darüber hinaus auch im Sinne einer emanzipatorischen Autonomie eine hohe Bedeutung.

Problemfeld: Dysfunktionale Denkmuster

In Einzelfällen sehen InterviewpartnerInnen Arbeit nur noch als »notwendiges Übel« oder gar als »Qual«. Umgekehrt werden positiv bewertete (Erwerbs-)Tätigkeiten nicht als »Arbeit« gesehen. Diese Personen schätzen sich aus gesundheitlicher Sicht als arbeitsfähig ein und streben aus finanziellen Gründen Arbeit an, können aber jenseits des Gelderwerbs keinerlei positive Auswirkungen für sich erkennen. Diese Gedanken sind wohl vielen Menschen zeitweise nicht fremd. Arbeit ist gewissermaßen Lust und Last zugleich, Beruf nicht immer Berufung, und natürlich hat nicht jede Arbeit das Potential, überhaupt als lustvoll erlebt werden zu können. Dennoch scheint es sich mitunter um ein generalisiertes und stabiles Denkmuster in extremer Ausprägung zu handeln, das sich bereits in der Kindheit und Jugend manifestiert hat, zu ungünstigen Berufswahlentscheidungen geführt hat und durch negative Arbeitserfahrungen verfestigt wurde. Es wird letztlich zur »Self Fulfilling Prophecy« und vernichtet jegliche intrinsische Motivation im Rahmen der Erwerbsarbeit. Dadurch sind Betroffene teils orientierungslos und stets auf der Suche nach der erfüllenden Arbeit, die sie aber, ob der negativen Bewertung der Arbeit per se, nicht finden können – ein Teufelskreis (*»Es ist nur Arbeit, wenn es mühsam ist und quält.«*).

Sinnvolle Beschäftigung, (soziale) Identität, Selbstwert

Mit der Beschäftigungslosigkeit gehen oft Gefühle des persönlichen Versagens und der Isolation einher, insbesondere wenn sie, auch vor dem Hintergrund einer länger dauernden Erkrankung, nicht als vorübergehender kurzer Zeitraum gesehen werden kann. Viele Befragte versuchen daher, die Beschäftigungslosigkeit im engeren Sinne durch Hobbies, Sport etc. zu kompensieren. Diese Art der Beschäftigung ist aber auf lange Sicht kaum ein adäquater Ersatz für Erwerbsarbeit, da ihr (gesellschaftlich und individuell) nicht der gleiche Stellenwert zugeschrieben wird. Zudem bildet Arbeit einen Gegenpol zur Freizeit, die als solche erst an Wert gewinnt, wenn eben dieser Kontrast besteht. Im Befragungszeitraum und mit der Dauer der Erwerbslosigkeit nimmt daher die Be-

deutung der Arbeit als Quelle aktiver und sinnvoller Beschäftigung zu. Insbesondere für Personen mit psychischen Erkrankungen hat die Beschäftigung eine weitere besondere Bedeutung, indem sie als »Ablenkung« von eigenen Problemen beschrieben wird. Wichtiges Kriterium für die Entfaltung der sinn- und/oder identitätsstiftenden Wirkung des Arbeitens ist jedoch das Matching zwischen individueller Eignung und Neigung, persönlichen Werten und der beruflichen Tätigkeit. Können die Betroffenen aus verschiedenen Gründen keine Übereinstimmung erzielen bzw. erwarten, verstärken sich innere Konflikte bis hin zu Resignation und Rückzug.

Problemfeld: Umorientierung bei starker Identifikation mit dem Ursprungsberuf

Im Zuge schwerwiegender Erkrankungen ist häufig eine berufliche Umorientierung notwendig. Besonders schwer zu bewältigen ist dieser Prozess für Personen, die sich stark mit ihrem bisher ausgeübten Beruf identifiziert haben. Insbesondere Betroffene in höherem Erwerbsalter und nach langjähriger Berufsausübung brauchen dazu Zeit und eine entsprechende Begleitung.

Einstellungen zur Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension

Die meisten Befragten haben es zumindest bereits in Erwägung gezogen eine Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension zu beantragen. Nur wenige scheinen jedoch tatsächlich einen Antrag zu stellen. Die Gründe gegen eine Antragsstellung lassen sich grob in drei Bereiche gliedern. Einerseits besteht häufig eine persönliche Abneigung, wie der Gedanke weder zu alt noch zu krank zu sein, um nicht mehr arbeiten zu können. Andererseits spielen auch eine fehlende finanzielle Attraktivität und/oder geringe Erfolgsaussichten auf Bewilligung eine Rolle. Die Gründe für eine Antragsstellung lassen sich ebenfalls in drei grobe Kategorien unterteilen. Wobei hier, neben dem krankheitsbedingten Leidensdruck, vor allem die psychische Entlastung eine Rolle spielt. Der entlastende Effekt resultiert in erster Linie aus der Schaffung stabiler Verhältnisse, durch die Auflösung beruflicher Perspektivlosigkeit und durch die Beendigung langdauernder Arbeitslosigkeit, die eine Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension bedeuten würde.

Berufliche Rehabilitation bedeutet mental keine Arbeitslosigkeit

Ein Großteil der befragten, gesundheitlich beeinträchtigten Personen, die sich in einer beruflichen Umschulung befinden, ordnen sich mental nicht (mehr) der Gruppe der Arbeitslosen zu. Berufliche Rehabilitationsmaßnahmen können einige Funktionen der Erwerbstätigkeit erfüllen, so z. B. in den Dimensionen »Zeitstruktur« oder »Sinnvolle Beschäftigung«, und gleichzeitig nehmen sie das Stigma der Arbeitslosigkeit von den Betroffenen. Brüche im Rehabilitationsprozess heben diesen Effekt jedoch häufig wieder auf.

Problemfeld: Perspektivenlosigkeit, Ängste und psychische Erkrankungen

Die Arbeitsmarktsituation in Österreich wird von den InterviewpartnerInnen generell als eher schwierig wahrgenommen. Zudem sind die gesundheitlichen Probleme und/oder ein hohes

Erwerbsalter schwerwiegende Hindernisse. Viele Betroffene äußern daher berechnete Ängste, sei es, dass sie befürchten aufgrund der Beeinträchtigungen nicht mehr in der Arbeitswelt bestehen zu können, dass keine adäquate Arbeitsstelle gefunden werden kann, oder dass eine gesundheitliche Verschlechterung durch die Arbeitswiederaufnahme eintritt. Gesundheitliche Aspekte (Arbeitsbedingungen) rücken bei den Befragten stärker in den Fokus. Personen mit körperlichen Einschränkungen können in der Regel recht genau benennen, welche Tätigkeiten sie noch ausüben und welchen Belastungen sie sich nicht mehr aussetzen können. Dabei handelt es sich meist um abgrenzbare und vermeidbare Beanspruchungen, wie langes Stehen oder Sitzen, schweres Heben, lange Arbeitsschichten und Ähnliches. Bei Menschen mit zusätzlichen oder vorwiegend psychischen Beeinträchtigungen ist die Sache weit komplexer, umfassender und weniger leicht eingrenzbar. Hier spielen insbesondere der Leistungsdruck und Belastungen durch das soziale Umfeld eine Rolle. Die Betroffenen haben daher auch vielfach das Gefühl sich nicht gut abgrenzen zu können bzw. persönliche Grenzen überschreiten zu müssen, um überhaupt (noch) am Erwerbsleben teilhaben zu können. Nicht selten haben diese Probleme bereits in der Vergangenheit zu Fehlbeanspruchungen geführt. Insgesamt sind psychische Probleme für die Betroffenen selbst und deren Umwelt weniger leicht greifbar bzw. nachvollziehbar. Daher betonen einige InterviewpartnerInnen körperliche Einschränkungen, obwohl die psychischen Beschwerden als belastender beschrieben werden. Einige Betroffene erlebten, dass psychischen Problemen nicht mit dem gleichen Verständnis oder der gleichen Ernsthaftigkeit begegnet wurde wie körperlichen Erkrankungen. Schuld- oder Schamgefühle sowie eigene Verleugnungstendenzen können aber ebenfalls eine Rolle spielen. Notwendige Hilfen werden mitunter abgelehnt, weil die Betroffenen sich noch nicht bereit fühlen, über ihre Probleme zu sprechen, oder noch nicht in der Lage sind, eine Erkrankung in vollem Umfang zu akzeptieren.

Die Betroffenen als ExpertInnen für ihre Situation

Vielfach äußern die Befragten direkt oder indirekt den Wunsch, vermehrt als ExpertInnen für ihre Situation wahrgenommen und eingebunden zu werden. Da die Beeinträchtigungen nicht immer offensichtlich und schwer objektivierbar sind, können sie von den beteiligten Parteien (RehabilitandInnen, Rehabilitationssystem) unterschiedlich bewertet werden, was zu offenen oder verdeckten Konflikten im Rehabilitationsprozess führen kann.

Psychodiagnostische Verfahren: Minimale Einstellungsveränderungen im Zeitraum von rund sechs Monaten sichtbar

Im Durchschnitt ließen die Betroffenen zum ersten Befragungszeitpunkt zwar ein deutliches berufliches Engagement erkennen, neigten jedoch tendenziell zu Resignation und verfügten über eher wenig Widerstandskraft gegenüber beruflichen Belastungen im Sinne von aktiver Problembewältigung und Ausgeglichenheit, begleitet von negativen Emotionen im beruflichen Kontext. Die durchschnittlichen Einstellungsveränderungen waren nach etwa einem halben Jahr minimal. Immerhin zeigten sich, bei gleichbleibendem beruflichem Engagement, positive Tendenzen hinsichtlich einer leichten Reduktion von Resignation bei Misserfolgen, einem leichten Anstieg an offensiver Problembewältigung

und hinsichtlich der Einschätzung der Lebenszufriedenheit. Im Zuge der langdauernden Arbeitslosigkeit entwickelten sich jedoch das Erleben sozialer Unterstützung und das Erfolgserleben im Beruf eher in die negative Richtung.⁵ Die selbsteingeschätzte Leistungsmotivation der StudienteilnehmerInnen lag zu beiden Zeitpunkten, im Vergleich zur entsprechenden nicht-klinischen Normstichprobe, im oberen Durchschnittsbereich, mit leicht steigender Tendenz.⁶ Ebenso ließ sich ein leichter Anstieg der insgesamt durchschnittlich ausgeprägten selbstbeurteilten psychischen Widerstandsfähigkeit beobachten.⁷ Alle InterviewpartnerInnen befanden sich zum ersten Befragungszeitpunkt in einer Reha-Assessment-Phase, und die meisten von ihnen waren zum zweiten Befragungszeitpunkt noch in einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme.

3 Resümee und Ausblick

Die Erwerbsarbeit erfüllt im Leben der Befragten bestimmte Funktionen. Die dahinter liegenden Emotionen, Werte, Motive und Einstellungen können eine zentrale Rolle bei der beruflichen Reintegration einnehmen, insbesondere was die Erarbeitung neuer berufsbezogener Ziele und Perspektiven betrifft. Arbeitslose Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind jedoch in vielerlei Hinsicht besonders belastet. Mehr oder weniger stark ausgeprägte Ängste (z. B. Existenzängste, Versagensängste, Rückfallsängste, Angst vor sozialer Ablehnung) können bei vielen der befragten erkrankten Personen beobachtet werden. Veränderungen brauchen hingegen Mut und Flexibilität sowie ein Mindestmaß an Stabilität – daher ist ein zentrales Motiv der Betroffenen die Reduktion von Unsicherheit.

Insgesamt zeigt sich im Rahmen der Studie, dass die Reintegration aus verschiedenen Gründen ein nicht-linearer, langsamer Prozess ist. Dies hat sowohl individuelle als auch systemische Ursachen. Neben der individuellen Systematik aus Art der Erkrankung, Krankheitsstatus bzw. Krankheitsverlauf, Schweregrad sowie Behandlungsstatus und -verlauf, gehen auch Einstellungsveränderungen innerhalb der Personen nur langsam und teilweise mit Rückschlägen vorstatten. Auf der anderen Seite können paradoxe Effekte in der Wechselwirkung zwischen dem Rehabilitationssystem und RehabilitandInnen den Prozess prolongieren, indem Passivität und Verantwortungsabgabe bis zu einem gewissen Grad systemisch erzwungen werden. Einerseits belastet die Arbeitsuchenden das Warten auf Termine und Entscheide der involvierten Organisationen. Andererseits liegen Entscheidungen über ihren weiteren Lebensweg gefühlsmäßig nicht mehr in ihrem Einflussbereich. Umgekehrt kann Entscheidungs- und Erwartungsdruck zu Widerstand, Überforderung und Resignation bei den Betroffenen führen, vor allem wenn (noch) keine erstrebenswerten berufsbezogenen Ziele und Perspektiven wahr-

5 Durchschnittliche Selbsteinschätzungen der Betroffenen basierend auf dem Fragebogen »Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster« nach Schaaßschmidt/Fischer.

6 Durchschnittliche Selbsteinschätzungen der Betroffenen basierend auf dem »Leistungs- und Motivationsinventar« von Schuler/Prochaska (Kurzversion).

7 Durchschnittliche Selbsteinschätzungen der Betroffenen basierend auf der Resilienzskala von Schuhmacher et al. (Deutschsprachige Version der Resilienzskala von Wagnild und Young, 1993.)

genommen werden. Insbesondere Personen mit psychischen Problemen sind mitunter nicht mehr in der Lage, ihre Interessen mit Nachdruck durchzusetzen, wodurch sie noch stärker auf die Entscheidungen, Empfehlungen und Hilfestellungen der unterstützenden Institutionen angewiesen sind.

Da die Studie eher im Bereich der Grundlagenforschung anzusiedeln ist und ausschließlich die Sichtweise der Betroffenen darstellt, wurde davon Abstand genommen, Empfehlungen für die Beratung oder unterstützende Organisationen auszusprechen. Weiterführende Arbeiten unter Einbeziehung multiprofessioneller ExpertInnenmeinungen und mit stärkerem Praxisbezug könnten darauf aufbauen. Dazu ein Hinweis: Vertiefte Einblicke in die Lebenswelt psychisch erkrankter Personen, ExpertInnenmeinungen und entsprechende Handlungsempfehlungen enthält zum Beispiel der im Auftrag des AMS Burgenland von abif erstellte Bericht »Optimale Betreuung und Vorgangsweisen bei psychisch belasteten KundInnen«.⁸

⁸ Egger-Subotitsch et al. (2014): Optimale Betreuung und Vorgangsweisen bei psychisch belasteten KundInnen. Eine Studie im Auftrag des AMS Burgenland. Download unter www.ams-forschungsnetzwerk.at im Menüpunkt »AMS-Publikationen Forschung – Jahr 2014«.

4 Literatur

- Egger-Subotitsch, A./Poschalko, A./Kerschbaumer, S./Wirth, M. (2014): AMS report 100: Die Relevanz von Einstellungsveränderungen im Zuge von Arbeitslosigkeit und Rehabilitation vor dem Hintergrund der Reintegration in den Arbeitsmarkt, Wien, Download unter www.ams-forschungsnetzwerk.at im Menüpunkt »AMS-Publikationen Forschung – Jahr 2014«
- Egger-Subotitsch, A./Poschalko, A./Kerler, M./Bartok, L./Liebeswar, C. (2014): Optimale Betreuung und Vorgangsweisen bei psychisch belasteten KundInnen. Eine Studie im Auftrag des AMS Burgenland. Download unter www.ams-forschungsnetzwerk.at im Menüpunkt »AMS-Publikationen Forschung – Jahr 2014«.
- Schaarschmidt, U./Fischer, A. (1996): Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM). Frankfurt: SWETS.
- Schuler, H./Prochaska, M. (2001): Leistungsmotivationsinventar (LMI). Göttingen: Hogrefe.
- Schumacher, J./Leppert, K./Gunzelmann, T./Strauß, B./Brähler, E. (2004): Die Resilienzskala - Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personenmerkmal. Institut für Medizinische Psychologie. Universität Jena. (Deutschsprachige Version der Resilienzskala von Wagnild und Young, 1993.)

www.ams-forschungsnetzwerk.at

... ist die Internet-Adresse des AMS Österreich für die Arbeitsmarkt-, Berufs- und Qualifikationsforschung

Anschrift der Autorinnen

abif – analyse beratung und interdisziplinäre forschung
1140 Wien, Einwangasse 12, Top 5
Tel.: 01 5224873, E-Mail: office@abif.at
Internet: www.abif.at

Die Publikationen der Reihe **AMS info** können als PDF über das AMS-Forschungsnetzwerk abgerufen werden. Ebenso stehen dort viele weitere interessante Infos und Ressourcen (Literaturdatenbank, verschiedene AMS-Publikationsreihen, wie z.B. AMS report oder AMS-Qualifikationsstrukturbericht, u.v.m.) zur Verfügung.

www.ams-forschungsnetzwerk.at
oder
www.ams.at – im Link »Forschung«

P. b. b.
Verlagspostamt 1200, 02Z030691M

Ausgewählte Themen des **AMS info** werden als Langfassung in der Reihe **AMS report** veröffentlicht. Der **AMS report** kann direkt via Web-Shop im AMS-Forschungsnetzwerk oder schriftlich bei der Communicatio bestellt werden.

AMS report – Einzelbestellungen
€ 6,- (inkl. MwSt., zuzügl. Versandkosten)

AMS report – Abonnement
€ 48,- (10 Ausgaben zum Vorteilspreis, inkl. MwSt. und Versandkosten)

Bestellungen und Bekanntgabe von Adressänderungen (schriftlich)
bitte an: Communicatio – Kommunikations- und PublikationsgmbH,
Steinfeldgasse 5, 1190 Wien, E-Mail: verlag@communicatio.cc,
Tel.: 01 3703302, Fax: 01 3705934

Medieninhaber, Herausgeber und Verleger: Arbeitsmarktservice Österreich, Abt. Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation/ABI, Sabine Putz, René Sturm,
1200 Wien, Treustraße 35-43 • Juli 2014 • Grafik: Lanz, 1030 Wien • Druck: Ferdinand Berger & Söhne Ges.m.b.H., 3580 Horn



Optimale Betreuung und Vorgangsweisen bei psychisch belasteten KundInnen

Zentrale Ergebnisse einer Studie im Auftrag des AMS Burgenland

1 Einleitung

Diese im AMS-Kontext bislang einzigartige Studie »Optimale Betreuung und Vorgangsweisen bei psychisch belasteten KundInnen« erfolgte im Auftrag der Landesgeschäftsstelle des AMS Burgenland und wurde durch das Sozialforschungsinstitut abif – Analyse, Beratung und interdisziplinäre Forschung (www.abif.at) in den Jahren 2013/2014 realisiert.^{*}

Ziel war es im Wesentlichen, Spezifika und Bedürfnisse psychisch belasteter KundInnen des AMS Burgenland quantitativ und qualitativ zu erfassen sowie Ansatzpunkte für die Verbesserung der Betreuung dieser Personengruppe zu identifizieren. Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurde ein breites Daten- und Perspektivenspektrum einbezogen: Eine Bestandsdatenanalyse (AMS/HVB-Daten) ermöglicht einen zahlenmäßigen Überblick über die Personengruppe psychisch belasteter AMS-KundInnen hinsichtlich ihres Leistungsbezuges, Erwerbsstatus und ihrer Art der Diagnose im Vergleich zu KundInnen ohne bekannte psychische Erkrankungen. Darüber hinaus wurden die Versorgungslandschaft im Burgenland umrissen sowie die Kooperationsbeziehungen zwischen dem AMS Burgenland, der Pensionsversicherungsanstalt, der Gebietskrankenkasse, dem Psychosozialen Dienst, der Arbeitsassistentin und dem BBRZ (IMBUS) beschrieben. Eine nicht-repräsentative Fragebogenerhebung unter AMS-KundInnen mit psychischen Belastungen (53 Personen) gibt erste Einblicke in die KundInnensichtweisen. Die Analyse von 36 ausführlichen persönlichen Gesprächen mit betroffenen AMS-KundInnen ermöglicht vertiefte Einblicke in deren Lebenswelt. Die Sichtweisen von PsychiaterInnen, PsychotherapeutInnen, von institutionellen ExpertInnen (PVA, PSD, IMBUS) sowie von REHA-BeraterInnen des AMS runden das Bild ab. Die Vorschläge zur Verbesserung der Situation von psychisch erkrankten Personen werden schließlich in einzelne Handlungsfelder gegliedert und zusammenfassend erläutert.

2 Rund 500 AMS-KundInnen mit psychiatrischer Diagnose im Burgenland

Im September 2013 waren knapp 500 Personen mit einer psychiatrischen Diagnose beim AMS Burgenland gemeldet. Diese Zahl beruht auf einer Zählung jener KundInnen, die ein medizinisches Gutachten vorgelegt hatten. Die Dunkelziffer dürfte aber noch höher liegen, darauf lassen sowohl Schätzungen der AMS-Reha-BeraterInnen schließen als auch die Angaben der Burgenländischen Gebietskrankenkasse. Letztere schätzt anhand der Medikamentenverschreibungen die Zahl auf rund 3.500 Personen, die im Laufe des Jahres 2012 ein Psychopharmakon erhalten haben und im selben Jahr zumindest einmal beim AMS gemeldet waren. Affektive Störungen, wozu Depression und bipolare Störungen gehören, sind die häufigsten Diagnosen und betreffen gut die Hälfte der erfassten Personen. Ein weiteres Viertel der Betroffenen leidet unter neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen.

3 Von den psychisch Erkrankten waren 30 Prozent in den letzten fünf Jahren keinen einzigen Tag in Beschäftigung: häufig kumulierte Problemlagen

Ein Großteil der AMS-KundInnen mit psychischen Belastungen hat massive Probleme, konstant im Erwerb zu bleiben. Das zeigt die Analyse der Erwerbsverläufe. In einem fünfjährigen retrospektiven Beobachtungszeitraum sind psychisch belastete Personen durchschnittlich länger arbeitslos und beziehen häufiger Nothilfe, bedarfsorientierte Mindestsicherung oder sonstige Leistungen als Personen ohne bekannte Diagnose. 30 Prozent der erkrankten Personen waren in den untersuchten fünf Jahren nicht einen einzigen Tag in Beschäftigung (mit oder ohne Förderung).

Es kumulieren häufig Belastungsfaktoren und »Vermittlungshemmnisse«, die sich wechselseitig beeinflussen und zu einer Aufrechterhaltung der Belastungssituation beitragen. Etwa die Hälfte der Betroffenen ist älter als 49 Jahre und/oder hat maximal einen Pflichtschulabschluss. Fragmentierte Berufsbiographien, eingeschränkte Mobilität, Schulden und Armut und andere Faktoren erschweren es einigen Betroffenen zusätzlich, wieder am Arbeitsmarkt Fuß zu fassen. Die angespannte Arbeitsmarktsituation kommt aktuell als weiteres Hindernis hinzu.

^{*} Download der gleichnamigen Studie unter www.ams-forschungsnetzwerk.at im Menüpunkt »AMS-Publikationen – Forschung« – Jahr 2014.

4 Gesund oder krank? – Lost in Service!

Die meisten Befragten befinden sich in einer systemischen »Grauzone« zwischen den definierten Zuständen »gesund – arbeitsfähig/vermittelbar« und »krank – nicht arbeitsfähig/vermittelbar« bzw. bewegen sich dynamisch in diesem Kontinuum. Phasen der Akutbehandlung und Rehabilitation wechseln sich ab oder verschmelzen ineinander. Die Erkrankungen werden häufig spät erkannt, mit großer Anstrengung ertragen oder verstecken sich hinter körperlichen Beschwerden. Viele Betroffene gelten formal als »arbeitsfähig« und möchten wieder berufstätig sein, fühlen sich aber subjektiv den Anforderungen (noch) nicht gewachsen. Rückschläge, Misserfolge, Konflikte und Frustrationen im Rehabilitationsprozess und insbesondere bei der Arbeitsuche und -wiederaufnahme sind bis zu einem gewissen Grad unvermeidbar. Daher können akute Krankheitsphasen im Rehabilitationsverlauf auftreten, und die Angst vor einer Wiederekrankung oder einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes ist bei den Betroffenen oftmals zu Recht hoch. Mehr oder weniger stark ausgeprägte Ängste (z.B. Existenzängste, Versagensängste, Rückfallsängste, Angst vor sozialer Ablehnung) sind insgesamt ein zentrales und ernstzunehmendes Hindernis im (Re-)Integrationsprozess bei vielen der befragten psychisch erkrankten Personen. Wird aufgrund »formaler« Arbeitsfähigkeit eine »normale« Leistungs- und Belastungsfähigkeit erwartet und können die Betroffenen diese (noch) nicht erbringen, kommt es oft zu Schwierigkeiten. Eine »langsamere« Integration ist insbesondere bei Personen, die lange arbeitslos bzw. krank waren, notwendig. Der Druck am freien Arbeitsmarkt ist sehr hoch, was vor allem bei schweren psychischen Erkrankungen ein großes Problem darstellt.

Die Betroffenen müssen sich gleichzeitig sowohl um Belange der gesundheitlichen Stabilisierung und Krankheitsbewältigung als auch um die Auflösung schwieriger Begleitumstände sowie um existenzsichernde Maßnahmen in Gegenwart und Zukunft kümmern. Versorgungslücken zeigen sich vor allem im medizinischen Bereich, so fehlt es an FachärztInnen (PsychiaterInnen) und an vollfinanzierten Psychotherapieplätzen. Daraus resultieren Unterversorgung und lange Wartezeiten auf professionelle Unterstützung für die Betroffenen. Das Angebot an arbeitsmarktintegrativer Unterstützung im Burgenland ist zwar grundsätzlich vielfältig, regional aber nur unterschiedlich verfügbar. In einigen Regionen des Burgenlandes existiert, laut Aussagen der AMS-BeraterInnen, lediglich ein sehr eingeschränktes Angebot medizinischer und /oder beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen. Die Situation wird zudem durch das teilweise suboptimale Netz öffentlicher Verkehrsmittel erschwert. Generell ist die Versorgungslage im südlichen Burgenland schlechter einzustufen als im nördlichen Burgenland.

Es sind aber vor allem die Komplexität und die Intransparenz des (Versorgungs-)Systems, die den psychisch erkrankten Menschen (und den Fachkräften) zu schaffen machen. So mangelt es häufig an Kontinuität in der Versorgung, etwa durch die Verantwortungsdiffusion zwischen den involvierten Institutionen (Über- und Weiterverweisungen, widersprüchliche Empfehlungen, unkoordinierte Maßnahmenplanung, Wartezeiten aufgrund fehlender Platzkapazitäten, Ablehnung von Antragsleistungen etc.). Die Folgen sind: Missverständnisse, Überforderung und

Orientierungslosigkeit, Informationsdefizite, Demotivation und Resignation, induzierte Passivität, Ängste und Unsicherheiten.

5 Die Rolle des AMS (Burgenland) im Rehabilitationsprozess

Das AMS nimmt im Reha-Prozess in erster Linie eine Schnittstellenfunktion ein. Die Kernkompetenzen – nämlich die Begleitung des Überganges in eine Beschäftigung in den 1. Arbeitsmarkt – kommen möglicherweise gar nicht, mitunter aber wiederholt im Prozess zum Tragen. Im Umgang mit dem AMS erleben viele Befragte einerseits Empathie und Verständnis durch die Reha-BeraterInnen, verspüren aber andererseits einen immanenten Vermittlungsdruck bei gleichzeitig eingeschränkten Unterstützungsmöglichkeiten und fehlenden passenden Jobangeboten. Ein typischer, oft genannter Satz der Befragten ist: »Da kann das AMS auch nicht helfen!« Dem setzen die AMS-Reha-BeraterInnen des Burgenlandes bereits jetzt gute Vernetzung mit der Pensionsversicherung und der Arbeitsassistentin entgegen.

Konkrete Angebote seitens des AMS für psychisch belastete Personen, die über die Reha-Beratung hinausgehen, gibt es im AMS-Kursangebot kaum, wobei dies auch nicht unbedingt notwendig ist. Vielmehr ist eine am aktuellen Bedarf des Individuums abgestimmte, prozessorientierte Betreuung wichtig, um der Dynamik von psychischen Erkrankungen gerecht zu werden. Interventionen des AMS werden daher von den Betroffenen vor allem dann als besonders hilfreich wahrgenommen, wenn sie die individuelle Situation und Problemlage aufgreifen bzw. berücksichtigen. Insbesondere in den Dimensionen »Tagesstruktur«, »Soziale Vernetzung« und »Selbstwertgefühl« sehen die belasteten KundInnen positive Impulse durch passende AMS-Kurse für Ihre Arbeitsuche.

Die Betroffenen treffen wichtige, zukunftsweisende Entscheidungen unter erschwerten Bedingungen und vielfach unter hoher existenzieller Unsicherheit. Ausführliche Information und Transparenz, eine prozessorientierte Betreuung sowie Ermutigung statt Druck sind tragende Elemente im Umgang mit psychisch belasteten Personen, konstatieren daher ExpertInnen wie KundInnen.

6 Komplexe Situationen erfordern ein transparentes, koordiniertes und individuelles Vorgehen

Die berufliche Rehabilitation und die (Wieder-)Eingliederung psychisch erkrankter Personen stellen einen nicht-linearen Prozess dar. Darüber hinaus kumulieren häufig Problemlagen und erhöhen den Komplexitätsgrad. Dem individuellen Bedingungsgefüge steht jedoch, quasi kontrastierend, ein ebenso komplexes Versorgungs- und Hilfesystem gegenüber. Vor diesem Hintergrund lassen sich folgende Schlussfolgerungen und Empfehlungen reümieren:

- **Kooperations- und Vernetzungsaktivitäten:** Die Studienergebnisse zeigen den hohen Nutzen von – und Bedarf an – Kooperations- und Vernetzungsaktivitäten für Betroffene wie Fachkräfte auf, um systemische Barrieren abzumildern. So haben sich beispielsweise die Fallbesprechungen im Rahmen der Zusammenarbeit des AMS mit der PVA, gemein-

sam mit den Betroffenen, sehr bewährt. Frühzeitige Interventionen sowie stärker verzahnte/kostenteilige Modelle medizinisch-therapeutischer Interventionen und beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen verschiedenen Umfangs sind vor dem Hintergrund diskontinuierlicher Krankheitsverläufe und akuter Krankheitssymptome im Rehabilitationsverlauf sinnvoll und notwendig. Insgesamt sind Vernetzungsaktivitäten, die auf verschiedenen Ebenen stattfinden, laut ExpertInnen, essentiell für das Gelingen der Rehabilitation und (Re-)Integration.

- **Flexibilität und Durchlässigkeit und prozessorientierte Betreuung mit Entwicklungsperspektiven und Zwischenzielen:** Wichtig bei der Maßnahmenplanung seitens des AMS ist vor allem, dass diese sich in erster Linie am individuellen Beratungs-, Qualifikations- und/oder Unterstützungsbedarf der betroffenen KundInnen orientieren und nicht an (leicht bzw. etabliert) verfügbaren Angeboten. Bei allen Bemühungen um die Personengruppe mit (chronischen) psychischen Erkrankungen muss vor allem mitbedacht werden, dass die Rehabilitation oft ein langer Prozess ist, der von Rückschlägen und der Angst vor Rückfällen gekennzeichnet sein kann, umgekehrt sind aber auch große, positive Veränderungen möglich. Daher sind für eine erfolgversprechende Unterstützung Flexibilität und Durchlässigkeit notwendig, um auf Veränderungen in der Bedarfslage der Betroffenen reagieren zu können. Dabei sollte insbesondere eine prozessorientierte Betreuung mit Entwicklungsperspektiven und Zwischenzielen handlungs-

leitend sein. Eine Fortsetzung von Unterstützungsangeboten nach der Arbeitsaufnahme lassen eine höhere Nachhaltigkeit erwarten (z.B. systematische Hilfen nach dem »Supported-Employment«-Ansatz über die Arbeitsassistenten).

- **Informationssicherheit und Transparenz in der Beratung:** Darüber hinaus sollte im Umgang mit psychisch erkrankten Personen besonderes Augenmerk auf die Informationssicherheit und Transparenz in der Beratung gelegt werden, um Unsicherheit und damit psychischen Druck zu reduzieren. Sind etwa Sanktionen oder Zuständigkeitsverschiebungen unumgänglich, müssen zumindest ausreichende Hilfestellungen und eine hinreichende Transparenz in der Vorgehensweise gewährleistet sein.
- **Ausreichende Qualifikation der Fachkräfte:** Weiters ist bei der individuellen Angebotswahl besonderes Augenmerk auf die konzeptionelle und inhaltliche Qualität sowie auf die Qualifikation und Erfahrung der Fachkräfte im Umgang mit psychisch Erkrankten zu legen.
- **Information, Aufklärung, Sensibilisierung und Beratung von Betrieben:** Schließlich sollte die Information, Aufklärung, Sensibilisierung und Beratung von Betrieben im Umgang mit psychisch erkrankten MitarbeiterInnen bzw. BewerberInnen weiter forciert werden. Finanzielle Anreize sollten in Betracht gezogen werden. Betriebliche Erfahrungen, Zugänge und Barrieren sollten weiterhin systematisch erforscht, dokumentiert und evaluiert werden, um unternehmensbezogene Maßnahmen bedarfsgerecht auszurichten.



www.ams-forschungsnetzwerk.at

... ist die Internet-Adresse des AMS Österreich für die Arbeitsmarkt-, Berufs- und Qualifikationsforschung

Anschrift der AutorInnen

abif – analyse beratung und interdisziplinäre forschung
Einwagsgasse 12, Top 5, 1140 Wien
Tel.: 01 5224873, E-Mail: office@abif.at
Internet: www.abif.at

Publikationen der Reihe **AMS info** können als PDF über das AMS-Forschungsnetzwerk abgerufen werden. Ebenso stehen dort viele weitere interessante Infos und Ressourcen (Literaturdatenbank, verschiedene AMS-Publikationsreihen, wie z.B. AMS report oder AMS-Qualifikationsstrukturbericht, u.v.m.) zur Verfügung.

www.ams-forschungsnetzwerk.at oder www.ams.at – im Link »Forschung«

Ausgewählte Themen des **AMS info** werden als Langfassung in der Reihe **AMS report** veröffentlicht. Der AMS report kann direkt via Web-Shop im AMS-Forschungsnetzwerk oder schriftlich bei der Communicatio bestellt werden.

AMS report – Einzelbestellungen

€ 6,- (inkl. MwSt., zuzügl. Versandkosten)

AMS report – Abonnement

€ 48,- (10 Ausgaben zum Vorteilspreis, inkl. MwSt. und Versandkosten)

Bestellungen und Bekanntgabe von Adressänderungen (schriftlich) bitte an:
Communicatio – Kommunikations- und PublikationsgmbH, Steinfeldgasse 5,
1190 Wien, E-Mail: verlag@communicatio.cc, Tel.: 01 3703302, Fax: 01 3705934

P. b. b.

Verlagspostamt 1200, 02Z030691M

Medieninhaber, Herausgeber und Verleger: Arbeitsmarktservice Österreich, Abt. Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation / ABI, Sabine Putz, René Sturm, 1200 Wien, Treustraße 35–43

Dezember 2014 • Grafik: Lanz, 1030 Wien • Druck: Ferdinand Berger & Söhne Ges.m.b.H., 3580 Horn



Begleitevaluation neuer Beschäftigungsprojekte des AMS Oberösterreich für Beeinträchtigte ohne Chance auf Invaliditätspension

1 Einleitung

Im Jahr 2013 wurden im Auftrag des Arbeitsmarktservice Oberösterreich als innovative Beschäftigungsprojekte zwei neue Sozialökonomische Betriebe (SÖB) ins Leben gerufen, welche gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitsuchende ansprechen:

- **Smartwork** richtet sich an Personen mit psychischen Beeinträchtigungen (Projekträger: pro mente Oberösterreich – www.pmoee.at bzw. www.smartwork.at).
- **Triga** fokussiert auf Personen ab 45 Jahren¹ mit physischen Beeinträchtigungen und eingeschränktem Bildungspotenzial (Projekträger: FAB – www.fab.at).

Das Ziel der Arbeitsmarktintegration wird in diesen Projekten in einer ganzheitlichen Perspektive aufgegriffen: Neben einer fachlichen Förderung und sozialen Unterstützung werden vor allem auch gezielt gesundheitsfördernde Aktivitäten umgesetzt. Der Fokus liegt somit auf einem umfassenden Verständnis von Beschäftigungsfähigkeit. Es wird nicht »nur« auf eine möglichst rasche Vermittlung in den 1. Arbeitsmarkt fokussiert, sondern eine nachhaltige Verbesserung der Kompetenzen in gesundheitlicher, aber auch in sozialer, qualifikatorischer und fachlicher Perspektive angestrebt.

Die beiden Projekte stellen dafür befristete Transitarbeitsplätze mit einer vergleichsweise langen Teilnahmedauer zur Verfügung. Die maximale Beschäftigungsdauer beträgt für bis-50-jährige Personen zwei Jahre, für über-50-jährige Personen drei Jahre.²

Die vorliegende qualitative Evaluierungsarbeit von L&R Sozialforschung im Auftrag der Landesgeschäftsstelle des AMS Oberösterreich war als Begleitevaluation angelegt.³ So ließen sich

für gewisse Fragen – allen voran jene nach dem Vermittlungserfolg – zum Zeitpunkt der Berichtslegung noch keine statistischen Aussagen treffen. Im Zentrum stand vielmehr die Beleuchtung verschiedener Aspekte dieser Projekte aus Sicht der beteiligten Personengruppen (TeilnehmerInnen, ProjektmitarbeiterInnen).⁴ Ziel war es, die Sicht- und Handlungsweisen sowie die Erfahrungen dieser Personengruppen zu erheben und damit ein vertiefendes Verständnis für die Projekte zu erlangen. Über die Ableitung wesentlicher Gelingensfaktoren wurden Impulse für die weitere Entwicklung von Ansätzen für die Zielgruppe generiert, ergänzt durch Elemente und Ansätze anderer Projekte im nationalen wie internationalen Kontext.

Neben Literatur- und Dokumentenarbeit (projektinterne Dokumente, Recherche nationaler wie auch internationaler Ansätze zur Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit gesundheitlich eingeschränkter älterer Arbeitsuchender⁵) wurden qualitative Interviews mit den folgenden Personengruppen geführt:

- **ExpertInnen:** ProjektleiterInnen und TrainerInnen von Triga und Smartwork: telefonische, leitfadengestützte ExpertInnen-Interviews (Projektleiter: n=2, TrainerInnen: n=4).
- **TeilnehmerInnen:** je zwölf Face-to-Face-Interviews in den beiden Projekten. Der qualitative Interviewansatz folgte im Groben der Methode des problemzentrierten Interviews, allerdings verbunden mit einem stärker biographieorientierten Zugang.

Basierend auf der Analyse dieses qualitativen Datenmaterials zeigten sich verschiedene inhaltlichen Schwerpunkte: Ein Schwerpunkt ist als »Reflexionen zur Projektstruktur« gefasst und thematisiert Herausforderungen in Bezug auf Projektaufbau, Projektkonzeption und Projektperspektiven. Daneben lassen sich des Weiteren vier verschiedene Handlungsfelder, die allesamt Dimensionen von Beschäftigungsfähigkeit adressieren, als die zentralen Themenbereiche fassen (siehe dazu näher nachfolgend):

¹ Mit Mai 2015 wurde die Altersgrenze auf 50 Jahre angehoben.

² Im Frühjahr 2015, nach Abschluss der Erhebungsarbeiten im Rahmen der begleitenden Evaluation, erfolgte betreffend Triga eine Neuorientierung: Künftig ist hier eine Beschäftigungsdauer von maximal bis zu einem Jahr möglich. Auch bei Smartwork gab es diesbezüglich im Jahr 2015 konzeptionelle Veränderungen: Smartwork betreibt in Wels einen Supermarkt, dort wird eine maximale Beschäftigungsdauer von zwei Jahren angeboten.

³ Susi Schmatz/ Petra Wetzel (2015): Begleitevaluation neuer Beschäftigungsprojekte für Beeinträchtigte ohne Chance auf Invaliditätspension: Triga & Smartwork, Linz/Wien, Download der Langfassung unter www.ams-forschungsnetzwerk.at im Menüpunkt »AMS-Publikationen – Forschung – Jahr 2015«.

⁴ Die quantitativen Eckdaten waren nicht Gegenstand dieser Erhebung, sie werden in einem eigenen Evaluierungsbericht aufbereitet. Siehe dazu: Pesendorfer, Christian (2014): Evaluation der Pilotprojekte »Triga« und »Smartwork« in Oberösterreich, 1. und 2. Zwischenbericht, Linz.

⁵ Eine Aufbereitung dieser Ansätze liegt dem Endbericht bei.

- Entwicklung von Arbeitsmarktperspektiven;
- gesundheitliche Stabilisierung;
- soziale und persönliche Stabilität;
- Qualifikationen und Kompetenzen.

2 Handlungsfelder

2.1 Entwicklung von Arbeitsmarktperspektiven

Die Ausgangssituation am Arbeitsmarkt ist für die Zielgruppe von Triga und Smartwork schwierig. Die beiden individuellen Merkmale »Alter« und »Gesundheit« (körperlich und/oder psychisch) schränken die Chancen auf dem Regelarbeitsmarkt maßgeblich ein. Darüber hinaus spielen bei vielen Personen auch weitere Faktoren eine Rolle, wie z.B. eine lange persönliche Arbeitsmarkterfene oder geringe formale Bildung. Die vorrangige Arbeitsmarktorientierung ist aber die Aufnahme einer Erwerbsarbeit: Etwa die Hälfte der befragten TeilnehmerInnen bringt dies zum Ausdruck. Gut ein Drittel orientiert sich an der Pension, der Rest thematisiert im Interview keine Alternativen zum Status quo der Arbeit im SÖB. Die realen Chancen auf eine erfolgreiche Arbeitsaufnahme im 1. Arbeitsmarkt werden jedoch insgesamt skeptisch gesehen. Allfällige Gelingensfaktoren dafür sind:

- **Bedarfsorientierte sozialpädagogische Begleitung:** Die individuellen Problemlagen der Transitarbeitskräfte verlangen nach unterschiedlich intensiven und unterschiedlich gearteten sozialarbeiterischen Interventionen. Auf dem Weg zur Erreichung einer persönlichen Stabilität – als einer wichtigen Voraussetzung für eine nachfolgende Erwerbsintegration – sind bei den Transitarbeitskräften verschiedene Lebensbereiche zu bearbeiten. Flexibilität bezüglich inhaltlicher Schwerpunkte (Gesundheit, Schulden etc.) und der Intensität des Coachings (von proaktiv bis »nur zur Verfügung stehen«) sind wesentlich.
- **Lange Beschäftigungsdauer im SÖB als wichtiger Faktor der Stabilisierung:** Die lange Projektlaufzeit spielt frei vom Druck der Jobsuche am 1. Arbeitsmarkt und dient der Stabilisierung der Transitarbeitskräfte. Bisherige Einschätzungen von Projekt- und TransitarbeiterInnen dazu sind weitgehend positiv. Mit der langen Dauer sind aber auch kritische Momente verbunden, insofern da dies die Gefahr einer gewissen Verdrängung des Themas über weite Strecken der Teilnahmedauer in sich birgt. Die Legung eines klaren Fokus auf Instrumente zur strukturierten und von Beginn an begleitenden Bearbeitung von Arbeitsmarktperspektiven (z.B. im Rahmen von individuellen Entwicklungsplänen) scheint also wesentlich zu sein.
- **Outplacement-Aktivitäten als wichtiger Baustein:** Outplacement-Aktivitäten umfassen eine breite Aufgabenpalette. Neben der Arbeit mit den TeilnehmerInnen (Bewerbungsaktivitäten, Weiterbildungsplanung etc.) inkludiert dies auch den Kooperationsaufbau mit Betrieben, eine gezielte Außenkommunikation zur Öffentlichkeitsarbeit, die Vermittlung von Praktikumsplätzen etc. Diese Aufgaben stellen einen wesentlichen Baustein zur Erreichung der arbeitsmarktpolitischen Ziele dar. Sie standen – vor dem Hintergrund der bisherigen Projektlaufzeit resp. der maximalen Beschäftigungsdauer der Transitarbeitskräfte – in der bisherigen Projektumsetzung nicht im Vordergrund. Gezielte und intensivierte Aktivitäten sind hier künftig geplant.

2.2 Gesundheitliche Stabilisierung

In beiden Projekten nimmt die gesundheitliche Stabilisierung eine zentrale Rolle ein und wird in Form unterschiedlicher gesundheitsfördernder und therapeutischer Unterstützungsangebote umgesetzt. Stabilisierung wird dabei nicht nur im Sinne einer Genesung oder Verbesserung der gesundheitlichen Situation gesehen, sondern ist – abhängig von der individuellen gesundheitlichen Ausgangssituation – auch als Erfolg anzusehen, wenn die Transitarbeitskräfte lernen, mit ihren Einschränkungen umzugehen, sodass sie sich (wieder) an Arbeitssituationen gewöhnen und dadurch schlussendlich ihre Belastbarkeitsgrenzen anheben werden.

Die Beschäftigung in den beiden Betrieben zeigt dabei positive Effekte. Sowohl die Transitarbeitskräfte als auch die ExpertInnen sehen förderliche Wirkungen insbesondere auf der psychischen Ebene, während hingegen auf der körperlichen Ebene faktische Verbesserungen seltener zu erwarten sind. Allfällige Gelingensfaktoren dafür sind:

- **Zielgruppenspezifische Schwerpunktsetzung entlang diagnostizierter psychischer und/oder physischer Erkrankungen, und zwar bei gleichzeitig integrativer Berücksichtigung aller Erkrankungsformen:** Psychische und physische (diagnostizierte) Erkrankungen und Beeinträchtigungen liegen oft parallel vor. Bei Mehrfachdiagnosen und Mehrfachbeeinträchtigungen sind alle entsprechenden Probleme der Transitarbeitskräfte im Sinne der Zielsetzung einer gesundheitlichen Stabilisierung in den Projekten zu »bearbeiten«.
- **Interdisziplinär qualifizierte Teams & Netzwerke:** SozialpädagogInnen und FachbetreuerInnen benötigen im Umgang mit psychisch und/oder physisch erkrankten Menschen gewisse medizinische Grundlagen. Der Einsatz von interdisziplinär qualifizierten Teams, die über profunde Kenntnisse hinsichtlich physischer und psychischer Erkrankungen verfügen, ist von Vorteil. Die Gewährleistung individueller Unterstützungen für die einzelnen TeilnehmerInnen kann durch den Einsatz von ExpertInnen-Netzwerken und KooperationspartnerInnen gelingen.
- **Tätigkeiten und Arbeitszeit: Konzept eines aufsteigenden Anforderungsgrades:** Die Möglichkeit, sowohl die Arbeitsanforderungen als auch die Arbeitszeit sukzessive zu erhöhen bzw. individuell anzupassen, können als wesentliche Elemente einer schrittweisen (Wieder-)Heranführung an den Arbeitsmarkt gesehen werden, wobei gerade die mehrjährige Verweildauer Räume zur Erprobung eröffnet. Die Betriebsgröße und Auftragssituation markieren gewisse Grenzziehungen in den individuellen Anpassungsmöglichkeiten. Überbetriebliche Kooperationen zwischen Betrieben des geförderten Arbeitsmarktes und die Akquisition von Praktika am 1. Arbeitsmarkt können hier eine Ausweitung der inhaltlichen Spielräume mit sich bringen.
- **Gesundheitsangebote im Rahmen der Beschäftigung: Motivierend und bewusstsensstärkend:** Gesundheitsangebote im Rahmen der Beschäftigung können wesentliche Impulse in Richtung der Motivation für gesundheitliche Aktivitäten und einer Steigerung des Gesundheitsbewusstseins sowie des körperlichen und psychischen Wohlbefindens setzen. Die Umsetzung von gesundheitlichen Aktivitäten in der Gruppe kann mitunter auch jene motivieren, die sich durch eine eher skeptische Grundhaltung auszeichnen. Die Bandbreite der gesundheitli-

chen Schwierigkeiten erfordert ein hohes Maß an Flexibilität und Individualität seitens der TrainerInnen.

- **Gesundheitliche Behandlungen im Rahmen der Beschäftigung ermöglichen:** Ein wesentlicher Punkt für die Bereitschaft zur Durchführung medizinischer und therapeutischer Behandlungen kann darin gesehen werden, dass auch nach längeren Krankenständen wieder in das Beschäftigungsverhältnis im SÖB eingestiegen werden kann und Unterbrechungen der Beschäftigungsverhältnisse möglich sind. Auch wenn diese Regelung mitunter kritische Fragen aufwirft, so ist im Sinne des Projektzieles einer gesundheitlichen Stabilisierung der TeilnehmerInnen die Ermöglichung der Behandlungen und damit gegebenenfalls verbundener Genesungsprozesse als wesentlich zu sehen.
- **Laufende medizinische Testung im Projektverlauf:** In regelmäßigen Abständen durchgeführte medizinische Untersuchungen während der Arbeit im SÖB könnten wichtige Anhaltspunkte für die Gestaltung der individuellen Anforderungsniveaus und Zusatzangebote sein, ebenso wie dies zur Bewertung der Zielsetzung »Stabilisierung der gesundheitlichen Situation« wesentlich Informationen liefern würde.

2.3 Soziale und persönliche Stabilität

Soziale und persönliche Stabilisierung im Sinne des Konzeptes der Beschäftigungsfähigkeit referiert hier auf die persönlichen Umstände der TeilnehmerInnen und ihr soziales Umfeld, und zwar sowohl innerhalb als auch außerhalb des Projektes. Neben einer finanziellen Stabilisierung geht es dabei um das persönliche Empfinden von Stabilität, etwa durch eine geregelte Tagesstruktur, aber auch um innere Prozesse in Zusammenhang mit Selbstwert und Wertschätzung. Die verschiedenen in diese Richtung wirkenden Umsetzungselemente (s.u.) werden weitgehend positiv gesehen, und sowohl von den TeilnehmerInnen als auch von den ExpertInnen werden positive Effekte in Richtung einer sozialen Stabilisierung angegeben. Allfällige Gelingensfaktoren dafür sind:

- **Arbeitsintegration auf Basis eines regulären Dienstvertrages:** Die reguläre Beschäftigung mittels eines Dienstvertrages stellt für die TeilnehmerInnen einen unmittelbaren Bezug zur Arbeitswelt her – dies allein ist für viele in ihrer persönlichen Stabilisierung bzw. ihrem Bestreben, »einen Fuß in den Arbeitsmarkt zu bekommen«, ein wichtiger Bestandteil ihrer Teilnahme.
- **Verlässliches existenzsicherndes Einkommen trotz Teilzeitbeschäftigung:** Die durch ein geregeltes Einkommen entstehende finanzielle Sicherheit ist ebenfalls ein wesentliches stabilisierendes Moment. Aufgrund der gesundheitlichen Verfasstheit werden überwiegend Teilzeitbeschäftigungen realisiert, und hier fällt das Einkommen oftmals zu gering aus, um die finanziellen Bedarfe zu decken. Die Nutzung anderer Beihilfen (insbesondere Kombiwohnmodelle, eventuell BMS, Kostenbeteiligung durch die Pensionsversicherungsanstalt im Einzelfall) bildet hier eine Ausgleichsmöglichkeit. Dabei ist die sozialarbeiterische Unterstützung wesentlich (Kenntnis von Fördermöglichkeiten, Unterstützung bei Antragstellung).
- **Sozialpädagogische Begleitung zur Stärkung der Persönlichkeit:** Neben den objektiven Inhalten der begleitenden Betreuung (Bewerbungsunterstützung, Gesundheitsberatung etc.) haben auch die »weichen« Aspekte der Betreuung Gewicht. Eine Ausrichtung am Empowerment der TeilnehmerInnen – (Wieder-)

Erlangung von Selbstsicherheit, Erfahren von Wertschätzung und Anerkennung etc. – arbeitet der persönlichen Stärke und Stabilität selbiger zu.

- **Arbeitssetting als Raum für das Erleben sozialer Integration:** Mit langer Krankheit und Arbeitslosigkeit verbindet sich oft ein Rückzug aus sozialen Settings. Die Beschäftigung in einem Team von KollegInnen und die damit verbundenen täglichen Kontakte mit anderen Menschen werden von vielen TeilnehmerInnen als wichtiger und persönlich stabilisierender Umstand der Beschäftigung wahrgenommen.

2.4 Qualifikationen und Kompetenzen

Mit der Zielsetzung der Vermittlung der TeilnehmerInnen in den 1. Arbeitsmarkt eng verbunden sind Fragen der Qualifikation und Kompetenzen. ExpertInnen beider SÖB betonen vielfältige Qualifizierungsbedarfe vor dem Hintergrund individuell sehr unterschiedlicher Ausgangspositionen. Entsprechende Zielvereinbarungen und Schritte sollen bereits während des Arbeitstrainings, welches der Beschäftigung im SÖB vorgelagert ist, im Rahmen von Inklusions- bzw. Entwicklungsplänen erarbeitet werden.

Zum augenblicklichen Zeitpunkt besteht allerdings eine gewisse Kluft zwischen Anspruch und Realisierung. Während der Aufbauphase der Betriebe lag der Fokus auf dem wirtschaftlichen Funktionieren der Projekte, und vor diesem Hintergrund nahmen arbeitsplatzbezogene Einschulungen bzw. Qualifizierungen wesentlichen Raum ein. Für die Zukunft sehen die ProjektmitarbeiterInnen die Notwendigkeit eines verstärkten Augenmerks auf Weiterbildungsfragen im weiteren Sinne. Allfällige Gelingensfaktoren dafür sind:

- **Individuelle Entwicklungspläne mit Kompetenzfeststellung und Zielvereinbarungen:** TeilnehmerInnen bringen unterschiedliche Qualifikationen und (über-)fachliche Kompetenzen mit. Die Erhebung des Status quo zu Beginn der Teilnahme mittels individueller Entwicklungspläne oder MitarbeiterInnenengespräche und die damit verknüpfte Vereinbarung von Weiterbildungszielen ermöglichen eine individuell basierte Unterstützung. Dabei sind arbeitsplatzspezifische (über-)fachliche Kompetenzen zu berücksichtigen, aber auch die Abklärung von Möglichkeiten und Chancen von darüber hinausgehenden Weiterbildungen ist zu bewerkstelligen.
- **Weiterbildungsaktivitäten: Finanzielle Sicherstellung und unterstützende Begleitung:** Die finanzielle Sicherstellung von Weiterbildungsaktivitäten im Rahmen des SÖB scheint wesentlich und könnte kalkulatorisch auf einem Weiterbildungsbudget pro Person basieren, welches im Rahmen der Umsetzung bedarfsorientiert zum Einsatz gelangen kann. Darüber hinaus ist die sozialarbeiterische Unterstützung der TeilnehmerInnen wesentlich (Kenntnis von Weiterbildungsangeboten, Fördermöglichkeiten etc.).
- **Transparente Darstellung gegebener (über-)fachlicher Kompetenzen:** Am Arbeitsmarkt sind sowohl fachliche als überfachliche Kompetenzen von hoher Bedeutung. Die transparente Darstellung der vorhandenen, aber auch aller während der Beschäftigung erworbenen und gestärkten Kompetenzen ist seit dem laufenden Jahr für SÖB und GBP (Gemeinnützige Beschäftigungsprojekte) grundsätzlich vorgesehen und soll eine Unterstützung der Transitarbeitskräfte bei der Arbeitsplatzsuche darstellen.

2.5 Herausforderungen auf Ebene der Projektstruktur

Neben den vier inhaltlichen Arbeitsfeldern (s.o.) ist auch die Reflexion von Projektstrukturen wesentlich für eine erfolgreiche Arbeit. In den Gesprächen mit den ProjektmitarbeiterInnen über die bisherigen Umsetzungserfahrungen kamen dabei verschiedene Aspekte zur Sprache, die für das Gelingen von Relevanz sind:

- **Balance zwischen sozialpädagogischem und wirtschaftlichem Auftrag vor dem Hintergrund gesundheitsbezogen eingeschränkt möglicher Tätigkeiten:** Die SÖB müssen Anforderungen eines Wirtschaftsbetriebes erfüllen und dabei mit einer Zielgruppe arbeiten, deren Leistungsfähigkeit gewissen Unwägbarkeiten unterworfen ist. Dies stellt für die ProjektmitarbeiterInnen eine zentrale Herausforderung in der Akquise von Aufträgen dar, da es um inhaltlich passende (aus Gesundheitssicht für die Transitarbeitskräfte bewältigbare) und wirtschaftlich sinnvolle Aufträge gehen muss. Auf Ebene der Erfolgsmessung wäre ein erweitertes Indikatorenset in Erwägung zu ziehen, welches wirtschaftliche Ziele und Vermittlungserfolge, aber auch Stabilisierungserfolge auf Seiten der TeilnehmerInnen inkludiert.
- **Balance zwischen Über- und Unterauslastung der Transitarbeitskräfte:** Die projektformige Organisation der Arbeit (Auftragsarbeiten) kann Zeiten unterschiedlicher Anforderungsintensität mit sich bringen. Dabei ist einerseits darauf zu achten, keine Überforderung für die TeilnehmerInnen zu schaffen (z.B. körperliche Anforderungen der Arbeiten), andererseits ist zu überlegen, wie Stehzeiten im Sinne der Projektzielsetzungen systematisch genutzt werden können (z.B. Weiterbildungen vor Ort, Gesundheitsangebote). Auch Kooperationen mit anderen Standorten bzw. Einrichtungen können helfen, Auftragsspitzen und Unterauslastung auszugleichen.
- **Abklärungsphase (Struktur von Zuweisung und Clearing):** Vor dem Hintergrund, dass ungeachtet aller gesetzten Maßnahmen

men in den SÖB doch auch immer wieder Transitarbeitskräfte beschäftigt sind, für die das Projekt doch nicht die passende Maßnahme darstellt, scheint eine Erweiterung der Zuweisungsmechanismen überlegenswert. Die derzeitige Abfolge von Zuweisung zu einem Projekt durch AMS-BeraterInnen und dort folgender (arbeits-)medizinischer Abklärung könnte z.B. durch ein umfassenderes vorgeschaltetes Clearing zur Abklärung von gesundheitlichen und/oder psychosozialen Einschränkungen und einer erst nachfolgenden Zuweisung durch das AMS zu einem Standort mit entsprechenden Einsatz- und Betreuungsmöglichkeiten für den/die TeilnehmerIn ergänzt werden.

- **Inhaltlich-fachliche Verwertbarkeit der erlangten Kompetenzen am 1. Arbeitsmarkt:** Einige der angebotenen Tätigkeiten bewegen sich in Bereichen, in denen am 1. Arbeitsmarkt nur wenige Arbeitsplätze vorhanden sind. Die Entwicklung von Tätigkeitsfeldern, die die gesundheitlichen Möglichkeiten der Transitarbeitskräfte berücksichtigen und dabei gleichzeitig auf dem Arbeitsmarkt gefragte fachliche Qualifikationen vermitteln, erscheint als wichtige künftige Herausforderung.
- **Kontingente geförderte Dauerarbeitsplätze als Brücke bis zur Pension:** Viele TeilnehmerInnen haben nach Projektteilnahme keine wirklich realistische Chance am 1. Arbeitsmarkt – eine Vermittlungsquote von 30 Prozent gilt als Projekterfolg.⁶ Für viele Personen stellt sich damit die Frage nach alternativen Beschäftigungsmöglichkeiten. Deutlich formuliert wird ein Bedarf nach geförderten Dauerarbeitsplätzen, und zwar insbesondere gegen Ende des Erwerbsalters. Die Einplanung eines gewissen Kontingentes an Dauerarbeitsplätzen wäre also zu diskutieren und in Erwägung zu ziehen.

⁶ Vermittlungsquote von 30 Prozent im Jahr 2013/2014, ab 2015 in Triga 20 Prozent und bei Smartwork 25 Prozent etc.

www.ams-forschungsnetzwerk.at

... ist die Internet-Adresse des AMS Österreich für die Arbeitsmarkt-, Berufs- und Qualifikationsforschung

Anschrift der AutorInnen

L&R Sozialforschung – Lechner, Reiter & Riesenfelder Sozialforschung OG
Liniengasse 2A/1, 1060 Wien
Tel.: 01 5954040-0, E-Mail: office@lrsocialresearch.at
Internet: www.lrsocialresearch.at

Publikationen der Reihe **AMS info** können als PDF über das AMS-Forschungsnetzwerk abgerufen werden. Ebenso stehen dort viele weitere interessante Infos und Ressourcen (Literaturlistenbank, verschiedene AMS-Publikationsreihen, wie z.B. AMS report oder AMS-Qualifikationsstrukturbericht, u.v.m.) zur Verfügung.

www.ams-forschungsnetzwerk.at oder **www.ams.at** – im Link »Forschung«

Ausgewählte Themen des **AMS info** werden als Langfassung in der Reihe **AMS report** veröffentlicht. Der AMS report kann direkt via Web-Shop im AMS-Forschungsnetzwerk oder schriftlich bei der Communicatio bestellt werden.

AMS report – Einzelbestellungen

€ 6,- (inkl. MwSt., zuzügl. Versandkosten)

AMS report – Abonnement

€ 48,- (10 Ausgaben zum Vorteilspreis, inkl. MwSt. und Versandkosten)

Bestellungen und Bekanntgabe von Adressänderungen (schriftlich) bitte an:
Communicatio – Kommunikations- und PublikationsgmbH, Steinfeldgasse 5,
1190 Wien, E-Mail: verlag@communicatio.cc, Tel.: 01 3703302, Fax: 01 3709934

P.b.b.

Verlagspostamt 1200, 02Z030691M

Medieninhaber, Herausgeber und Verleger: Arbeitsmarktservice Österreich, Abt. Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation / ABI, Sabine Putz, René Sturm, 1200 Wien, Treustraße 35–43

Dezember 2015 • Grafik: Lanz, 1030 Wien • Druck: Ferdinand Berger & Söhne Ges.m.b.H., 3580 Horn



Andrea Egger-Subotitsch, Claudia Liebeswar, Manfred Kendlbacher

Erwerbsbezogene Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen – Herausforderungen und Chancen

Ein Rückblick auf die AMS-Tagung »Neue Wege, neue Chancen? Erwerbsbezogene Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen« am 23. Oktober 2017 in Wien



1 Thematischer Hintergrund dieser Tagung

Eine gelungene erwerbsbezogene Rehabilitation ermöglicht es Menschen, die aus gesundheitlichen Gründen oder aufgrund eines Unfalles ihren vormaligen Beruf nicht mehr ausüben können, eine dauerhafte (Wieder-)Eingliederung in Arbeit und Gesellschaft. Um einen Arbeitsplatz zu erlangen oder zu erhalten, sind Leistungen notwendig, die eine berufliche Anpassung, Fortbildung, Ausbildung und Umschulung ermöglichen, die bei der Arbeitsplatzsuche und Jobintegration unterstützen, sowie Leistungen zur Adaptierung eines bestehenden Arbeitsplatzes. Diese Leistungen zur beruflichen Rehabilitation werden von unterschiedlichen Einrichtungen erbracht: Neben den Pensionsversicherungsträgern, den Unfallversicherungsträgern, den Landesstellen des Sozialministeriumservice und den Ländern ist vor allem das AMS damit befasst.

Eine besondere Zielgruppe stellen hierbei Personen mit psychischen Erkrankungen dar. Diese sind doppelt so häufig ohne Beschäftigung wie Menschen ohne psychische Erkrankung. Und: Drei Viertel der ÖsterreicherInnen, die von psychischen Erkrankungen betroffen sind, stehen in Beschäftigung, während ein Viertel arbeitslos ist. Das entspricht einer Arbeitslosenquote von 25 Prozent. Die Hälfte dieser beschäftigungslosen Personen wiederum hat manifeste psychische Einschränkungen, die als schwer und dauerhaft einzustufen sind.

Die von der Abt. Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation des AMS Österreich in Kooperation mit dem BBRZ und dem sozialwissenschaftlichen Forschungs- und Beratungsinstitut abif veranstaltete Tagung »Neue Wege, neue Chancen? Erwerbsbezogene Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen«, die am 23. Oktober 2017 in Wien stattfand, reflektierte, wie adäquat auf die Bedarfe dieser Zielgruppe reagiert werden kann, wie sich psychische Erkrankungen am Bildungs- und Arbeitsmarkt auswirken und wie die langfristige erwerbsbezogene (Re-)Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Arbeitsmarkt besser gefördert werden kann. Profitiert werden konnte nicht nur von der Expertise der eingeladenen Vortragenden aus Praxis und Forschung – namentlich Sirka Frank (PV),

Manfred Kendlbacher (AMS Österreich/StA), Mag. Roman Pöschl (BBRZ), Mag.a Andrea Poschalko (abif), Dr. Michael Wagner-Pinter (Synthesis Forschung GmbH) –, sondern auch von jener der diversen TagungsteilnehmerInnen, die im Zuge eines Knowledge Cafés Stärken und Schwächen des Systems beruflicher Rehabilitation für Personen mit psychischen Erkrankungen diskutierten.

Erwerbsarbeit und psychische Erkrankungen stehen, wie unten weiter ausgeführt wird, in vielfältigem Zusammenhang. Während psychische Erkrankungen einerseits die Arbeitsfähigkeit mindern, können massive Belastungsfaktoren in der Arbeit andererseits auch Auslöser einer solchen Erkrankung sein. Nicht zuletzt spielen psychische Erkrankungen eine besondere Rolle bei der Gestaltung von Rehabilitation und Wiedereingliederung.

2 Psychische Erkrankungen sind kein Einzelschicksal

Die Fragen rund um die berufliche Rehabilitation von Personen mit psychischen Erkrankungen betreffen dabei nicht nur eine Minderheit: Prävalenz- und Inzidenzraten psychischer Erkrankungen sind sowohl in Österreich als auch international hoch. 38,2 Prozent der europäischen Gesamtbevölkerung, das sind etwa 164,8 Millionen Menschen, leiden an psychischen Problemen mit Krankheitswert. Dies spiegelt sich u.a. auch in Österreich in steigenden Zahlen psychischer oder psychiatrischer Funktionsbeeinträchtigungen als Ursache von Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit und Krankenständen wider. 2016 wiesen bereits 72,6 Prozent der Personen mit Anspruch auf Rehabilitationsgeld eine psychiatrische Diagnose auf.

Obwohl jeder Mensch Betroffene zumindest kennen müsste, halten sich Vorurteile und Skepsis hartnäckig. Die Stigmatisierung trifft dabei auch Angehörige, behandelnde Personen, Behandlungsmethoden und Behandlungseinrichtungen, weshalb Hürden bestehen, die Rehabilitationsangebote für Personen mit psychischen Erkrankungen auszubauen, neu zu gestalten und gesetzlich zu verankern.



3 Erwerbsarbeit als Ursache oder Auslöser psychischer Erkrankungen

Die Theorien dazu, inwiefern bestimmte Arbeitsbedingungen sowie bestimmte Tätigkeiten psychisch krank machen können, fußen im Wesentlichen auf zwei Konzepten:

Zum einen das Konzept der Entfremdung, das insbesondere auf den deutschen Philosophen Georg Friedrich Hegel zurückgeht, der darin eine notwendige Bewegung zur wahrhaften Versöhnung mit der Wirklichkeit in Form der philosophischen Erkenntnis sah. Karl Marx hat Hegels Entfremdungsbegriff auf den Produktionsprozess angewandt, und zwar derart, dass durch die (damaligen) Arbeitsverhältnisse die ArbeiterInnen sowohl ihrem Arbeitsprodukt als auch ihren Mitmenschen entfremdet würden. In den nachfolgenden sozialpsychologischen Konzepten wurde und wird – stark verkürzt gesagt – Arbeit immer dann als schädlich angesehen, wenn sie den Menschen von seiner eigentlichen Natur entfernt. Auch wenn sich seither die Arbeitsbedingungen und die Gesellschaft verändert haben: In unserer jetzigen Wissens- und Dienstleistungsgesellschaft kann die Erfahrung von fehlender Selbstverwirklichung in Verbindung mit entfremdeter Arbeit gebracht werden. Was für den Menschen schädlich und was förderlich ist, kann aufgrund der Komplexität nicht mehr auf einen einfachen Nenner einer »menschlichen Natur« gebracht werden.

Das zweite zentrale Konzept – und wahrscheinlich eines der am besten nachgewiesenen Konzepte der Psychologie – beschreibt die Korrelation zwischen anhaltendem Hilflosigkeitsstress und Depression sowie anderen psychischen Erkrankungen. Hiermit im Zusammenhang stehend werden zunehmend auch moderne prekäre Arbeitsformen, Cloudworking und Crowdworking sowie die allgemein zunehmende Arbeitsplatzunsicherheit für den Anstieg psychischer Erkrankungen verantwortlich gemacht.

Im Rahmen der Veranstaltung wurde zudem diskutiert, ob der fortlaufende Anstieg der Prävalenzen tatsächlich an einer Zunahme der Erkrankungen liegt oder ob (zusätzlich) eine gestiegene Deklarierungsbereitschaft sowohl von Seiten der ÄrztInnen als auch der Betroffenen vorliegt. Die Conclusio lautete: Die Zunahme an psychischen Diagnosen im Zusammenhang mit geminderter Arbeitsfähigkeit liegt daran, dass psychische bzw. mentale Arbeitsanforderungen in der Arbeitswelt dominieren. Vulnerable Personen und Personen mit vielen Belastungsfaktoren können dauerhaft diese psychischen Anforderungen nicht ausreichend erfüllen und sind insofern schneller arbeitsunfähig als in früheren Arbeitskontexten.

Um die berufliche Rehabilitation durch zielführende Prävention zu ergänzen (und dadurch zu entlasten), ist es essenziell, Überlegungen wie diese in Planung und Konzeption einzubeziehen.

4 Besonderheiten erwerbsbezogener Rehabilitation von psychisch kranken Personen

Soll sichergestellt werden, dass die Maßnahmen erwerbsbezogener Rehabilitation greifen, darf nicht vorschnell von den Bedarfen physisch erkrankter Personen auf jene psychisch erkrankter Personen geschlossen werden. Die klassische Legende zu beruflicher

Rehabilitation geht davon aus, dass die Belastungen und Beanspruchungen von körperlich anspruchsvoller Arbeit zu gesundheitlichen Abnutzungen und Einschränkungen führen, welche durch Rehabilitation kompensiert werden. Während medizinische Rehabilitation versucht, die körperlichen Voraussetzungen für die Rückkehr in den erlernten Beruf wiederherzustellen, erfolgt in der beruflichen Rehabilitation eine Kompensation für das, was verlorengegangen ist, indem die eingeschränkten körperlichen Fähigkeiten durch zusätzliche oder gänzlich neue berufliche Qualifikationen kompensiert werden.

Diese Legende war sogar so mächtig, dass sie Eingang in das 2014 in Kraft getretene Sozialrechtsänderungsgesetz fand, in dem zwischen Rehabilitationsgeld (medizinische Rehabilitation) und Umschulungsgeld (berufliche Rehabilitation) unterschieden wird. Seither strömten zahlreiche Personen ins Rehabilitationsgeld, wohingegen vergleichsweise wenig Betroffene den Weg in die Umschulung fanden. Ein reines »Aussetzen« der Erwerbsarbeit ohne gezielte berufliche Rehabilitation ist aber in den meisten Fällen psychischer Erkrankungen nicht zielführend: Tatsächlich ist es viel eher so, dass eine fehlende Erwerbsbeteiligung das Bewältigungspotenzial zusätzlich schmälert, so die Sichtweise vieler ExpertInnen.

5 Stärken des derzeitigen Systems erwerbsbezogener Rehabilitation

ExpertInnen und TagungsteilnehmerInnen befinden zahlreiche Aspekte des Systems erwerbsbezogener Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen für positiv. Dabei unterstreichen sie, dass das diesbezügliche Problembewusstsein, u.a. von Seiten des AMS, stetig wächst, also die öffentliche Wertschätzung der Ziele von Inklusion und Beschäftigung für alle. Besonders hervorgehoben wird auch das Bestehen von sozialen Sicherungssystemen, wie z.B. bedarfsorientierte Mindestsicherung, Notstandshilfe, wie andererseits die Verpflichtung von Dienstgebern, die mindestens 25 DienstnehmerInnen beschäftigen, zur Einstellung von begünstigt Behinderten gemäß dem Behinderteneinstellungsgesetz (BGBl. Nr. 22/1970).

Zudem werden verschiedene Angebote und Einrichtungen als besonders zielführend gelobt. Die dargestellten Beispiele für gelungene Angebote im Bereich der erwerbsbezogenen Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen umfassen vorrangig geförderte Beschäftigungsprojekte wie Sozialökonomische Betriebe (z.B. über Träger wie pro mente), Arbeitsassistenten (z.B. über Träger wie ibi und inter.work), die freiwillige, unbürokratische und kostenlose Beratung über fitzwork, die Möglichkeit einer arbeitsmedizinischen Abklärung über das BBRZ und die Ausbildung und Arbeitsmarktintegration von Menschen mit Behinderung über Wien Work. Betont wird zudem die Bedeutung von spezifischen Angeboten für bestimmte Krankheitsbilder, von Einrichtungen, die die Vermittlung an Betriebe ermöglichen, und von kostenlosen bzw. kostenarmen Angeboten, wie z.B. der Möglichkeit, über die Sigmund-Freud-Privatuniversität Psychotherapie bei Personen in Ausbildung wahrzunehmen.

Doch nicht nur die Verdienste der einzelnen Akteure im Rehabilitationssystem sind maßgeblich für die effektive und nach-

haltige Unterstützung der erkrankten Personen, sondern auch deren Kooperation untereinander ist ganz wesentlich. So betonen die ExpertInnen und TagungsteilnehmerInnen, dass der Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Einrichtungen im System medizinischer und beruflicher Rehabilitation in aller Regel hervorragend funktioniert. Das AMS wird dabei nicht nur als Anbieter von beruflicher Rehabilitation verortet, sondern auch als Drehscheibe innerhalb des Systems erkannt, die den Betroffenen als Informationsquelle und Richtungsweiser zum weiteren Vorgehen dient.

6 Verbesserungsbedarfe im System erwerbsbezogener Rehabilitation

Dennoch wird auch Raum für Verbesserung im System beruflicher Rehabilitation gesehen. Die entsprechenden Vorschläge betreffen die Bereiche der Entstigmatisierung, Prävention, Früherkennung, Intervention und Wiedereingliederung auf Mikroebene ebenso wie auf Makroebene. Das AMS kann dabei vor allem durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit, durch unterschiedliche Schulungsangebote und durch ein Fortbestehen und Stärken der Reha-Beratung unterstützen.

- **Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen:** Ein zentraler Punkt für ExpertInnen ebenso wie für TagungsteilnehmerInnen ist, auf allen Ebenen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen beizutragen. Ein biopsychosoziales Verständnis von Gesundheit und Krankheit, das das Zusammenspiel mehrerer Einflussfaktoren berücksichtigt und zudem den prozesshaften Charakter von Gesundheit und Krankheit abbildet, ist die Grundlage jeglichen effektiven Vorgehens. Betroffene haben ein starkes Bedürfnis danach, in der Öffentlichkeit sowie in ihrem Betrieb und sozialen Umfeld ernstgenommen zu werden.

Daher sollte von Seiten der relevanten Akteure im Rehabilitationssystem, aber auch in der (Arbeitsmarkt-)Politik und Wirtschaft vermehrt Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung betrieben werden, um die Öffentlichkeit über psychische Erkrankungen aufzuklären, ohne diese dabei zu stigmatisieren. Doch auch innerhalb der Medizin und des Systems medizinischer und beruflicher Rehabilitation sind noch Schritte vonnöten, um das Ziel der Entstigmatisierung zu erreichen. Bereits ÄrztInnen für Allgemeinmedizin müssen ein fundiertes Wissen über psychische Erkrankungen und ihre Erscheinungsformen haben, um die weiteren Behandlungsschritte bzw. etwaige erforderliche Überweisungen sinnvoll planen zu können.

Nicht zuletzt können auch die fortlaufende Sensibilisierung und Fortbildungen der Reha- (und anderer) BeraterInnen innerhalb des AMS in ihrer Bedeutung nicht überschätzt werden. Obwohl diese oftmals bereits ein profundes Verständnis psychischer Erkrankungen und ihrer Ätiologie aufweisen, ist es sinnvoll, den Umgang mit Betroffenen fortlaufend zu üben, um auch auf »schwierige« KundInnen und Krisensituationen vorbereitet zu sein. Zudem helfen Schulungen ebenso wie gezielte Intervention und Supervision dabei, die Sensibilität für Stigmatisierungen aufrechtzuerhalten: Gerade dann, wenn BeraterInnen selbst Frustration und Druck verspüren, können schließlich auch die-

sen Fehler, wie die Verwendung von Stereotypen oder kränkenden Ausdrucksweisen, passieren.

- **Prävention psychischer Erkrankungen:** Was die Prävention psychischer Erkrankungen betrifft, werden vor allem psychosoziale Stressoren thematisiert, die nicht nur mögliche Auslöser sind, sondern auch zu ungünstigen Verläufen bzw. zur Chronifizierung des Leidens beitragen können. Langfristig befinden die TagungsteilnehmerInnen eine Flexibilisierung der Arbeitszeiten und eine Reduktion der Normarbeitszeit sowie den weiteren Ausbau betrieblicher Gesundheitsförderung für zielführend. Sehr viel kurzfristiger wünschen sie sich Workshops, die von unterschiedlichen Akteuren im System beruflicher Rehabilitation etwa in einem betrieblichen Rahmen organisiert werden könnten, zum Aufbau von Resilienz und Coping-Strategien sowie zur Verbesserung der Selbstwahrnehmung. In ähnlicher Weise wird empfohlen, den MitarbeiterInnen individuelle Coaching-Stunden bei externen Anbietern zu ermöglichen, in denen z.B. Fragen des beruflichen Alltages, so etwa Zusammenarbeit, Kommunikation, berufliche Belastungen oder Stress, mit einem/einer neutralen, kritischen GesprächspartnerIn bearbeitet werden können.
- **Früherkennung psychischer Erkrankungen:** Die bereits dargestellten Vorschläge zur Sensibilisierung und Entstigmatisierung, insbesondere in Unternehmen, aber auch zur Einrichtung von Workshops zur Verbesserung der Selbstwahrnehmung würden gleichzeitig auch die Früherkennung psychischer Erkrankungen vereinfachen. Zusätzlich hierzu ist eine zentrale Anlaufstelle im Betrieb bedeutsam: Über gezielte Schulungen von Seiten unterschiedlicher Akteure innerhalb des Rehabilitationssystems könnten MitarbeiterInnen in Schlüsselpositionen, z.B. BetriebsrätInnen oder Personalverantwortliche, über psychische Erkrankungen, ihre Erscheinungsformen und die Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt werden. Diese SchlüsselmitarbeiterInnen wären einerseits auf Warnsignale sensibilisiert und würden andererseits Angestellten, die einen subjektiven Leidensdruck erkennen, einen sicheren Raum bieten, in dem sie ihre Probleme und Belastungen offen ansprechen können. Darüber hinaus würden sie auch eine problemlösungsorientierte und wertschätzende Diskussion bestehender Optionen und Kompromisslösungen zwischen MitarbeiterInnen und Führungskräften moderieren. Nicht zuletzt sollten sich die SchlüsselmitarbeiterInnen ein Netzwerk innerhalb des Rehabilitationssystems aufbauen, mindestens aber über unterschiedliche Rehabilitationsangebote informiert sein, um gegebenenfalls professionelle Hilfe hinzuzuziehen oder weitere Unterstützungsmöglichkeiten zu veranlassen. Eine gezielte Schulung der entsprechenden MitarbeiterInnen ist aber auch zu deren Selbstschutz erforderlich: Thema sollte hierbei unbedingt auch die Notwendigkeit zur Selbstabgrenzung sein.
- **Interventionen:** Wurde eine psychische Erkrankung erkannt, können Interventionen nur dann breitenwirksam werden, wenn sie schnell, flächendeckend und kostenfrei angeboten werden. Das Hauptproblem, das die TeilnehmerInnen identifizieren, ist, dass nicht oder zu spät reagiert wird, u.a. da Entscheidungsprozesse im Zuge von Antragsleistungen derzeit als komplex und bürokratisch empfunden werden. Verzögerungen und längere Wartezeiten wiederum können bedeuten, dass eine Krise chronisch wird.

Wichtig ist es auch, die Niederschwelligkeit der Interventionen sicherzustellen. Das inkludiert etwa, dass Angebote in unterschiedlichen Sprachen bestehen bzw. Dolmetsch-Tools gezielt zur Verfügung gestellt werden. Essenziell ist es aber auch, Anonymität sicherzustellen, um Ängste vor Stigmatisierung und dadurch etwaige Hemmungen, Hilfe in Anspruch zu nehmen, abzubauen.

Um sich in der differenzierten und fragmentierten Angebotslandschaft zurechtzufinden, werden ferner Meta-Angebote bzw. Meta-Tools für nötig befunden, die Betroffenen, Angehörigen und auch Behandelnden auf unbürokratische und kostenfreie Weise das Handwerkszeug geben, passende Angebote sowie deren Zielgruppen und Voraussetzungen ausfindig zu machen. Tools wie diese können nicht zuletzt für Reha-BeraterInnen selbst nützlich sein.

Die TeilnehmerInnen betonen, dass die Reha-Beratung innerhalb des AMS sehr zielführend ist und weiterhin gestärkt werden sollte. Dabei wird vorgeschlagen, diese Form der spezifizierten Beratung von Vermittlungsquoten zu befreien, um zu vermeiden, dass BeraterInnen Druck verspüren und ihn an die KlientInnen weitergeben. Um eine gezielte Rehabilitationsberatung zu gewährleisten, wird nicht zuletzt die Einrichtung differenzialdiagnostischer Reha-Gruppen vorgeschlagen.

- **Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt:** Im Anschluss an eine Akutintervention sind inklusive und flexible Möglichkeiten

der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt, z.B. Job Sharing oder Wiedereingliederungsteilzeit, essenziell. Während die Wiedereingliederung schrittweise stattfindet, sollten Druck und Zukunftsängste vermieden werden, indem eine durchgehende finanzielle Existenzsicherung garantiert wird.

7 Toleranz und Akzeptanz als Grundpfeiler der Reorganisation erwerbsbezogener Rehabilitation

Insgesamt sind sich ExpertInnen ebenso wie TagungsteilnehmerInnen einig, dass das System erwerbsbezogener Rehabilitation funktioniert, die beteiligten Akteure an einem Strang ziehen und das Wohl der Betroffenen im Vordergrund steht. Ob künftig weitere Verbesserungen stattfinden, wird vor allem von einer gezielten Sensibilisierung der Gesellschaft und Internalisierung psychischer Erkrankungen als »normal« abhängig gemacht. Hierdurch könnten das Wohlbefinden Betroffener gesteigert, die Früherkennung und Diagnose erleichtert und die gezielte Prävention und Intervention unterstützt werden. Um dies zu gewährleisten, ist nicht zuletzt das AMS als zentraler Akteur und entscheidende Drehscheibe im System beruflicher Rehabilitation gefragt, das etwa die Reha-Beratung stärken, Schulungen, z.B. für SchlüsselmitarbeiterInnen, organisieren und Meta-Tools zur Orientierung im Angebots- und Informationsdschungel entwickeln könnte.

Hinweis

Eine Tagungsdokumentation bzw. Präsentationsunterlagen und ein ausführliches Protokoll der Tagung sind abrufbar unter:

- www.ams-forschungsnetzwerk.at/deutsch/publikationen/BibShow.asp?id=12303
- www.abif.at/deutsch/news/events2017/neuewege2310/neuewege2310.asp?IdPageLv1=4

www.ams-forschungsnetzwerk.at

... ist die Internet-Adresse des AMS Österreich für die Arbeitsmarkt-, Berufs- und Qualifikationsforschung

Anschrift der AutorInnen

Mag.^a Andrea Egger-Subotitsch, Mag.^a Claudia Liebeswar
abif – Analyse, Beratung und interdisziplinäre Forschung
Einwängasse 12, 1140 Wien
Tel.: 01 5224873, E-Mail: office@abif.at, Internet: www.abif.at
Manfred Kendlbacher, AMS Österreich / SIA
Treustraße 35-43, 1200 Wien
E-Mail: manfred.kendlbacher@ams.at
Internet: www.ams.at/sfa

Alle Publikationen der Reihe **AMS info** können über das AMS-Forschungsnetzwerk abgerufen werden. Ebenso stehen dort viele weitere Infos und Ressourcen (Literaturdatenbank, verschiedene AMS-Publikationsreihen, wie z.B. AMS report, Fokusinfo, Spezialthema Arbeitsmarkt, AMS-Qualifikationsstrukturbericht, AMS-Praxishandbücher) zur Verfügung – www.ams-forschungsnetzwerk.at.

Ausgewählte Themen aus der AMS-Forschung werden in der Reihe **AMS report** veröffentlicht. Der AMS report kann direkt via Web-Shop im AMS-Forschungsnetzwerk oder bei der Communicatio bestellt werden. AMS report – Einzelbestellungen € 6,- (inkl. MwSt., zuzügl. Versandkosten).

Bestellungen (schriftlich) bitte an: Communicatio – Kommunikations- und PublikationsgmbH, Steinfeldgasse 5, 1190 Wien, E-Mail: verlag@communicatio.cc, Internet: www.communicatio.cc

P.b.b.

Verlagspostamt 1200, 02Z030691M

Medieninhaber, Herausgeber und Verleger: Arbeitsmarktservice Österreich, Abt. Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation/ABI, Sabine Putz, René Sturm, Treustraße 35-43, 1200 Wien

Februar 2018 • Grafik: Lanz, 1030 Wien • Druck: Ferdinand Berger & Söhne Ges.m.b.H., 3580 Horn



426

AMS info

Andreas Riesenfelder, Lisa Danzer, Ferdinand Lechner,
Andrea Egger-Subotitsch, Claudia Liebeswar, Sofia Kirilova

Evaluierung der Beratung, Betreuung und Förderung von REHA-KundInnen im AMS Kärnten

Ergebnisse einer aktuellen Studie
im Auftrag des AMS Kärnten

1 Hintergrund der aktuellen Studie

Im Rahmen dieser Studie¹ im Auftrag der Landesgeschäftsstelle des AMS Kärnten wurden aus dem Kreis der KundInnen des AMS Kärnten zwei Untersuchungsgruppen näher betrachtet. Die erste Gruppe – Personen mit in der AMS-EDV-codierter gesundheitlicher Einschränkung – wird im Rahmen einer Dienstanweisung der Beratungszone zugeordnet. Für die zweite Gruppe – Personen mit codierter gesundheitlicher Einschränkung und eigenem PST²-Deskriptor – gibt es in Kärnten in jeder Regionalen Geschäftsstelle (RGS) des AMS REHA-SpezialistInnen, welche spezifische Kompetenzen vorweisen können und mit einer Vielzahl an Akteuren aus den Bereichen PVA, GKK und AUVa zusammenarbeiten. Die Beratung, Betreuung und Förderung dieser beiden KundInnengruppen bildet im AMS Kärnten traditionell einen Schwerpunkt in der aktiven Arbeitsmarktpolitik.

Ziel der vorliegenden Studie ist die Evaluierung dieser spezifischen REHA-Beratung im AMS Kärnten. Die Ergebnisse sollen dem AMS Kärnten Grundlagen für die geeignetste Organisationsform bzw. den optimalen Ressourceneinsatz liefern.

Das Forschungsvorhaben bedient sich eines Multimethodenansatzes bestehend aus Strukturdatenanalysen, einer repräsentativen Befragung von KundInnen, einer qualitativen Befragung von AMS-MitarbeiterInnen und anderer relevanter Akteure sowie einer Wirkungs- und Effizienzanalyse. Die Forschungsergebnisse wurden im Rahmen einer qualitativen Interpretation herausgearbeitet und durch Schlussfolgerungen und Handlungsoptionen ergänzt.

2 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

- Die hohe Zufriedenheit sowohl der REHA-KundInnen als auch der Beratungszone-KundInnen mit gesundheitlichen Einschränkungen weist – in Einklang mit den Einschätzungen der ExpertInnen – darauf hin, dass die Angebote passgenau auf die Bedürfnisse der jeweiligen Personengruppe zugeschnitten sind.
- Wo es Unterschiede zwischen den Einschätzungen der REHA-KundInnen und der Beratungszone-KundInnen gibt, sind diese beinahe durchgehend derart, dass die REHA-KundInnen etwas zufriedener sind. Hinsichtlich einiger Erwartungen an die Betreuung im AMS geben die Beratungszone-KundInnen zwar häufiger an, dass diesen entsprechen wurde – das könnte aber der Tatsache geschuldet sein, dass REHA-KundInnen insgesamt mehr, unterschiedlichere und wahrscheinlich auch größere Erwartungen an die Betreuung hatten.
- Die REHA-Beratung zeichnet sich vor allem durch das Spezialwissen der REHA-BeraterInnen, die starke Vernetzung mit anderen Akteuren des Rehabilitationssystems, die umfangreicheren zeitlichen Ressourcen, die höheren Fördersummen für Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation und das breitere Maßnahmenangebot aus.
- Die Anzahl der AMS-KundInnen mit gesundheitlichen Einschränkungen – und daher auch die Anzahl potenzieller REHA-KundInnen – wird den ExpertInnen zufolge auch weiterhin zunehmen. Auf Dauer sind daher entweder die Ressourcen zu erhöhen oder die Zuweisungskriterien engermaschiger zu gestalten. Trägerorganisationen sehen ein hohes Nutzenpotenzial durch REHA-Maßnahmen für einen Teil jener Personen, die gesundheitlich eingeschränkt sind, aber derzeit der Beratungszone zugeordnet werden.
- Während die Zuweisungskriterien zur REHA-Beratung oder der Betreuung in der Beratungszone seitens der ExpertInnen für grundsätzlich gut befunden werden, sollten sie noch transparenter kommuniziert werden, um ein regionenübergreifend einheitliches Vorgehen zu ermöglichen, sofern dies gewünscht wird. Lösungen müssen vor allem für solche Personen gefunden werden, die weder dem einen noch dem anderen Angebot eindeutig zuordenbar sind, etwa für suchtkranke KundInnen oder Personen, die nach eigener und nach ExpertInnenansicht nicht arbeitsfähig sind.

¹ Andreas Riesenfelder (L&R) / Lisa Danzer (L&R) / Ferdinand Lechner (L&R) / Andrea Egger-Subotitsch (abif), Claudia Liebeswar (abif), Sofia Kirilova (abif) (2018): Evaluierung der Beratung, Betreuung und Förderung von REHA-KundInnen im AMS Kärnten. Klagenfurt. Download unter www.ams-forschungsnetzwerk.at im Menüpunkt »E-Library«. Die Studie wurde gemeinsam von den beiden Instituten L&R Sozialforschung und abif – Analyse, Beratung und interdisziplinäre Forschung umgesetzt und 2018 finalisiert.

² PST = Personenstammdaten.

- Zudem ist die Formulierung von Lösungen für KundInnen mit psychischen oder psychosozialen Beeinträchtigungen gefordert. Die diesbezügliche Problematik könnte sich zukünftig verstärken. Zum einen nimmt die Prävalenz diagnostizierter psychischer Erkrankungen in der arbeitsmarktrelevanten Gruppe zu, zum anderen werden die Betroffenen bislang oftmals zu Beschäftigungsmaßnahmen zugewiesen, in denen monotone, wenig stressbelastete Tätigkeiten mit niedrigen Qualifizierungsanforderungen verrichtet werden, die aber, so die Ansicht der ExpertInnen, zunehmend der Digitalisierung und Technisierung zum Opfer fallen werden und auch nicht für alle Personen geeignet sind.
- Werden Kurse, Beschäftigungsprojekte und Beratungs- und Betreuungseinrichtungen miteinander verglichen, empfinden die KundInnen die Beratungs- und Betreuungseinrichtungen als besonders nützlich. Dies ist einer Kombination aus »harten« und »weichen« Faktoren geschuldet. So beschreiben die KundInnen, dass sie durch die Beratungs- und Betreuungseinrichtungen neue Perspektiven gewonnen und Informationen erhalten hätten, aber auch, dass sie ihr Wohlbefinden und ihre gesundheitliche Situation verbessern konnten.
- Die gute Vernetzung innerhalb des AMS sowie die Kooperation des AMS mit AMS-externen Akteuren werden dadurch erleichtert, dass Kärnten ein recht kleines Bundesland ist. Dies müsste bei einem Wissenstransfer z.B. in Richtung der Bundeshauptstadt, wo die Bedingungen andere sind, beachtet werden.
- Die Strukturanalyse der Geschäftsfälle legt offen, dass REHA-KundInnen ein spezifisches Profil aufweisen und sich in einigen Punkten nicht nur vom Segment der AMS-KundInnen ohne dokumentierte gesundheitliche Einschränkung unterscheiden, sondern auch von KundInnen mit gesundheitlicher Einschränkung in der Beratungszone.
- So finden sich unter REHA-KundInnen signifikant mehr Personen mit Pflichtschulabschluss als unter KundInnen mit gesundheitlicher Einschränkung in der Beratungszone. Des Weiteren finden sich auch mehr Jugendliche und junge Erwachsene als unter KundInnen mit gesundheitlicher Einschränkung in der Beratungszone und mehr Ältere als in der Gruppe der KundInnen ohne dokumentierte Einschränkung.
- Zudem lassen sich bei REHA-KundInnen im Gegensatz zu KundInnen mit gesundheitlicher Einschränkung in der Beratungszone umfangreichere berufliche Veränderungsprozesse nachweisen: Hierzu zählen Reduktionsprozesse in den Berufsbereichen »Bau« (zuletzt ausgeübter Beruf mit einem Anteil von 8,1 Prozent – Berufswunsch mit einem Anteil von 4,8 Prozent) und »Fremdenverkehr« (von 11,1 zu 6,6 Prozent) sowie Ausweitungprozesse in den Berufsbereichen »Hilfsberufe« (von 22,3 zu 30,8 Prozent) sowie »Büroberufe« (von 6,9 zu 7,8 Prozent).
- Auch findet sich bei REHA-KundInnen eine signifikant längere Geschäftsfalldauer als unter KundInnen mit gesundheitlicher Einschränkung in der Beratungszone und weiter auch eine um vieles längere Geschäftsfalldauer als unter KundInnen ohne dokumentierte gesundheitliche Einschränkung. Konkret am Beispiel der Kohorte 2015 sind bei REHA-KundInnen längere Geschäftsfälle mit einer Dauer von mehr als 365 Tagen bei rund 32 Prozent zu finden, bei KundInnen mit gesundheitlicher Einschränkung in der Beratungszone bei rund 24 Prozent, und bei der Vergleichsgruppe ohne dokumentierte gesundheitliche Einschränkung ist dies bei rund neun Prozent der Fall.
- Letztlich unterscheidet sich auch der dokumentierte Behinderungsstatus bei REHA-KundInnen signifikant gegenüber KundInnen mit gesundheitlicher Einschränkung in der Beratungszone: Begünstigte Behinderte und Personen mit Behindertenpass finden sich bei REHA-KundInnen weitaus häufiger. Weiters stechen die Regionen Feldkirchen und Wolfsberg durch überdurchschnittlich hohe Anteile an begünstigten Behinderten unter den REHA-KundInnen heraus. In Hermagor wiederum wurden ausnahmslos alle Menschen mit Begünstigtenstatus oder Behindertenpass der REHA-Beratung zugewiesen.
- Die Strukturanalyse der Teilnahmen an Bildungsmaßnahmen zeigt, dass REHA-KundInnen deutlich längere Teilnahmedauern aufweisen als die beiden anderen KundInnengruppen. Konkret anhand der Kohorte 2015 beläuft sich die durchschnittliche Teilnahmedauer der REHA-KundInnen an Bildungsmaßnahmen auf rund 178 Tage, bei KundInnen mit gesundheitlicher Einschränkung in der Beratungszone währt die mittlere Teilnahmedauer mit rund 88 Tagen nur halb so lange und fällt sogar niedriger aus als im Falle der KundInnen ohne dokumentierte gesundheitliche Einschränkung mit rund 99 Tagen.
- Des Weiteren wird sichtbar, dass knapp die Hälfte der Bildungsmaßnahmen für REHA-KundInnen aus ausgewiesenen REHA-Maßnahmen besteht. Konkret wurden in der Kohorte 2015 insgesamt 41 Prozent der Bildungsmaßnahmen von REHA-Trägern durchgeführt.
- Den längerfristigen Wirkungsanalysen zu den Geschäftsfällen zufolge zeigt sich erfreulicherweise, dass die Effektivität der Unterstützung für Personen in der REHA-Beratung im Verlauf der letzten Jahre signifikant zugenommen hat: War 2010 bei KundInnen in der REHA-Beratung noch ein negativer Effekt im Bereich der Beschäftigtentage mit einem durchschnittlichen Minus von 13,9 Tagen ersichtlich, so konnte die Kohorte 2015 mit einem Plus von 10,8 Tagen mit einem deutlich positiven Ergebnis abschließen. Wie die Daten der Vergleichsgruppe zeigen, ist dieses Ergebnis nicht eine Folge der Verbesserungen in der Wirtschaftslage im Bundesland Kärnten, sondern tatsächlich durch endogene Faktoren bedingt.
- Gegenüber den AMS-KundInnen mit gesundheitlichen Einschränkungen in der Beratungszone stechen REHA-KundInnen gerade in den beiden letzten Kohorten (2014 und 2015) durch signifikant bessere längerfristige Beschäftigungseffekte heraus. Am Beispiel der Kohorte 2015 ergeben die Analysen im Fall der REHA-KundInnen ein Plus von 10,8 Beschäftigungstagen, im Fall der AMS-KundInnen mit gesundheitlichen Einschränkungen in der Beratungszone von 4,6 Beschäftigungstagen. Dieser Erfolgstrend ist dem spezifischen Einsatz der REHA-Beratung zuzuschreiben.
- Die vergleichsweise problematische Lage der REHA-KundInnen zeigt sich u.a. daran, dass am Beispiel der Kohorte 2015 rund 67 Prozent der KundInnen ohne gesundheitliche Einschränkung im Jahr vor Eintritt in den Geschäftsfall überwiegend beschäftigt waren, wogegen dies auf lediglich rund 51 Prozent der KundInnen mit gesundheitlicher Einschränkung in der Beratungszone und sogar nur auf rund 36 Prozent der KundInnen in der spezifischen REHA-Beratung zutrifft.

- Das bei der Gruppe der REHA-KundInnen reduzierte Beschäftigungsausmaß im Nachbeobachtungszeitraum ist überwiegend durch die Lage vor Eintritt in den Geschäftsfall bestimmt und kann somit im Kontext der deutlich stärkeren gesundheitlichen Belastung dieses KundInnensegmentes noch immer dem Bereich positiver Effekte zugeordnet werden.
- Es zeigt sich ein starker Effekt der Zunahme an erwerbsfernen (OLF³) Tagen bei REHA-KundInnen rund um den Geschäftsfall. Dies ist deswegen nicht unkritisch, weil dadurch die Quote der Erwerbspersonen in der Untersuchungsgruppe eine Reduktion erfährt und die Distanz zum Erwerbssystem sichtbar steigt.
- Regionalanalysen am Beispiel der Kohorte 2015 belegen, dass die RGS Völkermarkt durch vergleichsweise stärkere positive Beschäftigungseffekte bei REHA-KundInnen rund um den Geschäftsfall heraussticht. Der gegenteilige Effekt findet sich in Hermagor. In beiden Fälle sind die Unterschiede in der Effektivität allerdings vor allem auf unterschiedliche Zusammensetzungen der KundInnen zurückzuführen.
- Alarmierende Ergebnisse erbringen altersspezifische Wirkungsanalysen der Geschäftsfälle, finden sich doch insbesondere bei REHA-KundInnen deutlich reduzierte Beschäftigungseffekte bei der Altersgruppe ab 40/45 Jahren (ein Minus von 31 Beschäftigungstagen bei der Kohorte 2015). Im Gegensatz dazu ist bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis 24 Jahren aus dem REHA-Segment ein durchschnittlicher Zuwachs von rund 94 Tagen gegeben, bei REHA-KundInnen im Haupterwerbsalter beträgt der Zuwachs rund 23 Tage.
- Den Wirkungsanalysen zu den Bildungsmaßnahmen zufolge können für das Segment der REHA-KundInnen nur eingeschränkte Effekte verbucht werden. Wo die Effekte der Maßnahmen für AMS-KundInnen mit gesundheitlicher Einschränkung in der Beratungszone im Laufe der letzten Jahre einen deutlichen Aufwärtstrend zeigen und zuletzt eine positive Bilanz verzeichnen, verbleibt im Bereich der Maßnahmen für REHA-KundInnen auch zuletzt in der Kohorte 2015 ein negativer Saldo, und zwar mit einem Minus von genau neun Beschäftigungstagen. Vor dem Hintergrund der bei REHA-TeilnehmerInnen an Bildungsmaßnahmen doch merkbar stärkeren gesundheitlichen Belastung sind aber auch die im Falle der REHA-KundInnen reduzierten Effekte noch als Erfolg zu bewerten. Als weitere Ursache für die reduzierten Effekte wird der hohe Anteil an Fällen mit beruflicher Neuorientierung heranzuziehen sein.
- Interessant sind in diesem Zusammenhang auch altersspezifische Auswertungen: Die Verluste der Bildungsmaßnahmen für REHA-KundInnen auf der Beschäftigungsebene entstehen vor allem im Bereich der Älteren ab 45/50 Jahren; in diesem Segment liegt mit einem Minus von rund 57 Tagen ein negativer Saldo an Beschäftigungstagen vor.
- Aus den Einkommensanalysen wird ersichtlich, dass alle drei KundInnensegmente nach Beendigung eines Geschäftsfalles durchschnittlich mit einem Plus im Monatseinkommen wieder in den Arbeitsmarkt einsteigen. Deutlich sichtbar sind allerdings die Differenzen zwischen den KundInnensegmenten: Demnach können KundInnen ohne dokumentierte gesundheitliche Belastung mit einem höheren Einkommenssaldo wieder in die Beschäftigung zurückkehren als REHA-KundInnen und KundInnen mit gesundheitlichen Einschränkungen in der Beratungszone. Zwischen den beiden letztgenannten KundInnensegmenten bestehen nur geringe Unterschiede.
- Einkommensanalysen im Umfeld der Teilnahmen an Bildungsmaßnahmen lassen Einkommenszuwächse bei der Gruppe der REHA-KundInnen vermissen; hier dürften sich Berufswechselprozesse im Zusammenhang mit Umschulungen negativ auswirken.
- Effizienzanalysen belegen für Bildungsmaßnahmen, dass im Bereich der AMS-KundInnen in der REHA-Beratung rund 2,5-mal höhere Förderkosten gegenüber dem KundInnenkreis der Personen mit gesundheitlicher Einschränkung in der Beratungszone bzw. rund 1,5-mal höhere Förderkosten gegenüber dem KundInnenkreis der Personen ohne dokumentierte gesundheitliche Einschränkung entstehen. Diese große Differenz in den Förderkosten ist vor dem Hintergrund der stark ausgeprägten gesundheitlichen Belastung der REHA-KundInnen wenig überraschend und ist zumindest teilweise ein Effekt der um vieles längerem Förderdauer im Falle der REHA-KundInnen bzw. wird auch durch die fachlich spezifischeren Anforderungen (Umschulung etc.) bedingt.
- Die durchschnittlichen AMS-Kosten je erfolgreichem Förderfall für REHA-KundInnen aus der Kohorte 2015 belaufen sich auf 13.758 Euro und sind dementsprechend mehr als 2,5-mal höher als im Bereich der AMS-KundInnen mit gesundheitlicher Einschränkung in der Beratungszone und knapp 2,3-mal höher als im Fall der KundInnen ohne gesundheitliche Einschränkung.
- Für ältere KundInnen (ab 45/50 Jahre) in der REHA-Beratung wurden geringere Ausgaben im Bereich der Bildungsmaßnahmen getätigt. Am Beispiel der Kohorte 2015 belaufen sich die durchschnittlichen AMS-Kosten für diese Gruppe auf 4.976 Euro; im Haupterwerbsalter wurde hingegen durchschnittlich ein Betrag in der Höhe von 6.707 Euro gefördert.

³ OLF = Out of Labour Force.

Aktuelle Publikationen der Reihe »AMS report«
Download unter www.ams-forschungsnetzwerk.at im Menüpunkt »E-Library«



AMS report 120/121

Regina Haberkeller, René Sturm

Die Transformation der Arbeits- und Berufswelt
 Nationale und internationale Perspektiven auf (Mega-)Trends am Beginn des 21. Jahrhunderts

ISBN 978-3-85495-596-0



AMS report 122

Ferdinand Lechner, Walter Reiter, Petra Wetzels, Barbara Willsberger

Die experimentelle Arbeitsmarktpolitik der 1980er- und 1990er-Jahre in Österreich
 Rückschlüsse und Perspektiven für Gegenwart und Zukunft der aktiven Arbeitsmarktpolitik

ISBN 978-3-85495-598-7



AMS report 123/124

Karin Steiner, Monira Kerler

Trends und Bedarfe in der österreichischen Bildungs- und Berufsberatung

ISBN 978-3-85495-599-5



AMS report 125

Ernst Gittenberger, Eva Heckl
Einzelhandel – Quo vadis?
Am Beispiel Oberösterreich

ISBN 978-3-85495-601-0



AMS report 126

Andrea Egger-Subotitsch, Martin Stark

Inklusionsbetriebe in Deutschland – Analysen und Rückschlüsse für Österreich

ISBN 978-3-85495-602-9



AMS report 127

Regina Haberkeller, Brigitte Hueber

Arbeitsmarkt- und Berufstrends im Gesundheitssektor unter besonderer Berücksichtigung des medizinisch-technischen Bereiches

ISBN 978-3-85495-603-7

www.ams-forschungsnetzwerk.at

... ist die Internet-Adresse des AMS Österreich für die Arbeitsmarkt-, Berufs- und Qualifikationsforschung

Anschrift der AutorInnen

abif – analyse, beratung, interdisziplinäre forschung.
 1140 Wien, Einwangasse 12, Top 5
 Tel.: 01 5224873, E-Mail: office@abif.at
 Internet: www.abif.at
 Lechner, Reiter & Riesensfelder Sozialforschung OG
 Liniengasse 2A/1, 1060 Wien
 Tel.: 01 59540400, E-Mail: office@rsocialresearch.at
 Internet: www.rsocialresearch.at

Alle Publikationen der Reihe **AMS info** können über das AMS-Forschungsnetzwerk abgerufen werden. Ebenso stehen dort viele weitere Infos und Ressourcen (Literaturdatenbank, verschiedene AMS-Publikationsreihen, wie z.B. AMS report, Fokusinfo, Spezialthema Arbeitsmarkt, AMS-Qualifikationsstrukturbericht, AMS-Praxishandbücher) zur Verfügung – www.ams-forschungsnetzwerk.at.

Ausgewählte Themen aus der AMS-Forschung werden in der Reihe **AMS report** veröffentlicht. Der AMS report kann direkt via Web-Shop im AMS-Forschungsnetzwerk oder bei der Communicatio bestellt werden. AMS report – Einzelbestellungen € 6,- (inkl. MwSt., zuzügl. Versandkosten).

Bestellungen (schriftlich) bitte an: Communicatio – Kommunikations- und PublikationsgmbH, Steinfeldgasse 5, 1190 Wien, E-Mail: verlag@communicatio.cc, Internet: www.communicatio.cc

P.b.b.

Verlagspostamt 1200, 02Z030691M

Medieninhaber, Herausgeber und Verleger: Arbeitsmarktservice Österreich, Abt. Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation/ABI, Sabine Putz, René Sturm, Treustraße 35-43, 1200 Wien

August 2018 • Grafik: Lanz, 1030 Wien • Druck: Ferdinand Berger & Söhne Ges.m.b.H., 3580 Horn





FokusInfo 12

Juli 2010
www.ams-forschungsnetzwerk.at

Andrea Egger-Subotitsch

»Wer früh hilft, hilft doppelt!« – Sekundärprävention zur Erhaltung von Arbeit und Arbeitsfähigkeit – Eine Evaluierung des »Service Arbeit und Gesundheit« des BBRZ

Das Berufliche Bildungs- und Rehabilitationszentrum (BBRZ; www.bbrz.at) bietet seit vielen Jahren berufliche Rehabilitationsmaßnahmen an, so z.B. Umschulungen nach Unfällen und Krankheiten, die eine Weiterführung der bisherigen Berufstätigkeit unmöglich machen. Seit 2001 geht das BBRZ mit dem »Service Arbeit und Gesundheit« (SAG) völlig neue Wege und setzt mit seiner Beratung für ArbeitnehmerInnen, Arbeitsuchende und Betriebe auf frühzeitige Intervention bei gesundheitlichen Problemen, die sich auf den Job und die Arbeitsfähigkeit auswirken. Nach dem Prinzip der »Early Intervention« sollen im Sinne der Sekundärprävention bereits bei einem ersten Auftreten von möglichen Gefährdungen oder gesundheitlichen Problemen, die sich langfristig auf die Arbeitsfähigkeit auswirken, individuelle Strategien gefunden werden, um die Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Im Auftrag des AMS Österreich übernahm das Sozialforschungsinstitut ab 1. März mit Anfang des Jahres 2009 die Evaluierung des Beratungszeitraumes 2005 bis Juli 2009, während dessen über 1.000 Einzelpersonen und mehr als 50 Betriebe beraten wurden.

Nahezu Jeder/Jede ist mit der Beratung zufrieden, für mehr als zwei Drittel ist diese nützlich

Alle Zufriedenheitswerte spiegeln ein ähnlich gutes Bild wider: 94% aller Befragten würden die Beratung weiterempfehlen, davon 82% uneingeschränkt. Ähnlich gute Werte erzielt die Zufriedenheit mit der Beratung. Knapp 90% zeigen sich »sehr zufrieden« oder »ziemlich zufrieden«. Einen persönlichen Nutzen sehen noch immer 72%. Vor allem jene, die stark belastet waren, profitieren von der Beratung.

Für mehr als die Hälfte hat die Beratung das Leben verändert. Über 50% der Befragten bestätigen eine lebensverändernde Wirkung, die durch die Beratung ausgelöst wurde. Diese Veränderungen werden vom Großteil der KlientInnen rückblickend positiv beurteilt. Diese Personengruppe ist es auch, die die Beratung als sehr nützlich empfindet.

57% der vor der Beratung Erwerbstätigen sind noch im Beruf, 22% der ehemals Arbeitslosen

Während knapp 60% der vor der Beratung Beschäftigten im Berufsleben verbleiben, sind es 20% bis 30%, die trotz Beratung

arbeitslos werden (23% der Vollzeitkräfte, 27% der Teilzeitkräfte). Diejenigen, die bereits vor der Beratung arbeitslos waren, sind zu 60% in der Arbeitslosigkeit verblieben. Weitere 24% sind nun jedoch erwerbstätig. Insgesamt gingen rund 13% der Befragten in Pension.

Die Hälfte der konstant Erwerbstätigen wechselt den Tätigkeitsbereich oder den Job

50% der Beratenen, die sowohl vor der Beratung als auch zum Zeitpunkt der Befragung berufstätig waren, sind im alten Job verblieben. 21% haben im Laufe der Jahre den Arbeitgeber gewechselt. Rund 14% üben jetzt ihren Beruf in einem anderen Tätigkeitsbereich, aber beim gleichen Arbeitgeber aus. 16% haben sowohl den Betrieb als auch das Tätigkeitsfeld gewechselt.

Die Case ManagerInnen als wichtige Ansprechpersonen in Zeiten der Krise

»Jemanden haben, der einem zuhört«: Offene Gespräche zwischen Case ManagerInnen und KlientInnen über die persönlichen Problemlagen sind ein zentrales Element der Beratung. Dass diese Gespräche stattgefunden haben, wird von 95% der Befragten bestätigt. Inhalte der Beratung reichen von Hilfe bei akuten Krisen bis hin zur langfristigen Perspektivenplanung. Ohne Beratung hätten die fehlenden Zukunftsperspektiven zu einem totalen körperlichen wie psychischen Zusammenbruch geführt, oder es hätte zumindest keine Verbesserung des Zustandes gegeben, so die große Mehrheit der Beratenen.

Resümee

Sekundärprävention im Sinne von frühzeitiger beruflicher Rehabilitation wirkt positiv auf die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit und des Arbeitsplatzes. Dieses deutliche Ergebnis zeigt die Evaluierung einer Beratungsstelle für Personen, deren Arbeitsplatz aufgrund ihrer Großteils massiven gesundheitlichen Probleme gefährdet ist bzw. die aufgrund ihrer gesundheitlichen Probleme Schwierigkeiten haben, eine Arbeit zu finden. Der Case-Management-Ansatz des »Service Arbeit und Gesundheit« des BBRZ bietet bei geringen Kosten relativ hohen Nutzen. Gut zwei Drittel der Erwerbstätigen können heute ihre Arbeit besser bewältigen und führen dies auf die Beratung bzw. teilweise auf die Beratung zurück. Die Beratenen empfinden ihre (neue) Tätigkeit als weniger belastend und fühlen sich heute – ein bis drei Jahre nach der Beratung – weniger eingeschränkt in der Arbeit. ♦

Themennavigator/Download der Studie

AMS report 71: Aktive Arbeitsmarktpolitik im Brennpunkt XI: Evaluierung »Service Arbeit und Gesundheit« des BBRZ Wien

Weitere interessante Volltext-Publikationen zum Thema finden Sie unter Verwendung selbstgewählter Stichworte in der E-Library des AMS-Forschungsnetzwerkes: [Bibliographische Suche](#) – [Volltextsuche](#)

www.ams-forschungsnetzwerk.at

... ist die Internet Adresse des AMS Österreich für die Arbeitsmarkt-, Berufs- und Qualifikationsforschung

Medieninhaber und Herausgeber: AMS Österreich, Abt. Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation, A-1200 Wien, Treustraße 35-43
Die in den FokusInfos geäußerten Ansichten und Meinungen müssen nicht mit denen des Herausgebers übereinstimmen.



FokusInfo 85

November 2015
www.ams-forschungsnetzwerk.at

Gerhard Wagner

Förderung der beruflichen Integration substanzabhängiger Personen in Tirol: Zentrale Schlussfolgerungen aus einer aktuellen Studie im Auftrag von AMS Tirol und Land Tirol



Die – in sich inhomogene – Personengruppe Substanzabhängiger, die aufgrund einer Suchterkrankung aus einem kontinuierlichen Erwerbsprozess herausgefallen sind, herauszufallen drohen bzw. sich erst gar nicht in einen solchen integrieren konnten, steht im Mittelpunkt der vorliegenden von AMS Tirol und Land Tirol gemeinsam beauftragten Studie, die 2015 vom SOFFI-Institut in Innsbruck abgeschlossen wurde. Ausgehend von der Feststellung, dass die nahtlose Berufsintegration im Anschluss an eine medizinische Suchtrehabilitationsbehandlung oft nicht gelingt, wurden hierfür in einem intensiven qualitativen, multiperspektivischen Forschungsansatz die Wahrnehmungen und Erkenntnisse von Arbeitsmarkt- und SuchtexpertInnen in Tirol zusammengefasst. Das vorliegende FokusInfo resümiert die zentralen Schlussfolgerungen dieser Studie.

Das »strategische« Ziel:

Schaffung eines hochintegrativen Angebotsverbundes Beschäftigungs- bzw. Arbeitslosigkeit und die damit einhergehenden Exklusionsrisiken gefährden die Nachhaltigkeit einer suchtspezifischen Behandlung substanziell. Am angespannten Tiroler Arbeitsmarkt mit sich entwickelnder Sockelarbeitslosigkeit entstehen dabei besondere Herausforderungen. Die Verschränkung von Therapie, medizinischer Rehabilitation und Arbeit – im Sinne einer umfassenden beruflichen Rehabilitation – bleibt eine zu lösende zentrale Zukunftsaufgabe. Dabei sind – einer stärkeren Vernetzung der Einrichtungen im Suchthilfe- und Beschäftigungsbe- reich zu einem hochintegrativen Angebotsverbund folgend – erhebliche normative, administrative, methodologische und auch institutionslogische bzw. ideologische Klippen zu überwinden.

Kontinuität als *conditio sine qua non* am Weg zu integrierten Behandlungs- bzw. Rehabilitationspfaden

Das Fehlen einer übergeordneten, d.h. institutionenübergreifenden, Fallführung und Steuerung erscheint als besonderes Handicap auf dem Weg zu einem integrierten Behandlungs- bzw. Rehabilitationspfad Suchtkranker in Tirol. Wesentliches Ziel hinter einem konsequent zu realisierenden Case-Management-Ansatz bleibt dabei die Entwicklung und Aufrechterhaltung von Kontinuität – als zentrale Variable in vielfach von Beziehungsbrüchen ge(kenn)zeichneten Suchtchronologien.

Die Vielgestaltigkeit der Einrichtungslandschaft für Suchtkranke in Tirol – sowohl auf Ebene der Träger wie deren Angeboten – kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Nutzbarkeit in Form einer Gesamtsystematik oft komplizierte Überwindung bzw. Verbindung von Stückwerk bleibt. Auf der anderen Seite bieten die gewachsenen Unterschiedlichkeiten und Mikrostrukturen eine im Feld der Suchthilfe wertgeschätzte Breite, was von den AkteurInnen der Suchthilfe mit Bezug auf die Heterogenität der betreuten Zielgruppe positiv hervorgehoben wird. Aus einem tendenziellen Hybridverbund sollten dennoch Behandlungspfade entwickelt werden, die mehr Robustheit für den Verlauf von Suchterkrankungen bieten. Motto: »Mehr Konstanz in der Betreuung, weniger Drehtüreffekte!«

Nachbetreuung als Engpassfaktor (»Nadelöhr«) in Richtung 2. und 1. Arbeitsmarkt

Ein besonders kritischer Bereich bleibt aus Sicht der Suchthilfe die Nachbetreuung im Anschluss an Maßnahmen. Diese ist vielfach nicht ausreichend – da nicht ausreichend finanziert – gegeben. Gleichzeitig gibt es einen regional herausfordernden Versorgungsanspruch.

Die Schnittstelle zwischen 2. und 1. Arbeitsmarkt weist oft zu wenig Flexibilität auf. Ebenso wie überhaupt die Übergänge, je nach Strukturniveau der RehabilitandInnen – auch aus

Fortsetzung →

Weiterführende Links & Downloads

- **AMS-Studie: Förderung der beruflichen Integration substanzabhängiger Personen in Tirol**
- **SOFFI-Institut**
- **Online-Archiv der Reihe FokusInfo**

Weitere interessante Volltext-Publikationen zum Thema finden Sie unter Verwendung selbstgewählter Stichworte in der E-Library des AMS-Forschungsnetzwerkes: [Bibliographische Suche – Volltextsuche](#)

www.ams-forschungsnetzwerk.at

... ist die Internet Adresse des AMS Österreich für die Arbeitsmarkt-, Berufs- und Qualifikationsforschung

Medieninhaber und Herausgeber: AMS Österreich, Abt. Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation, A-1200 Wien, Treustraße 35–43
Die in den FokusInfos geäußerten Ansichten und Meinungen müssen nicht mit denen des Herausgebers übereinstimmen.

Richtung der dritten, vierten Beschäftigungsebene –, als sehr starr wahrgenommen werden.

Gleichzeitig ist die horizontale Verschränkbarkeit von Beschäftigungsmaßnahmen nicht im gewünschten Ausmaß gegeben. Bestimmend bleibt der zeitlich eng befristete Einschluss innerhalb einer Einzelmaßnahme bei einem Projektträger, womit zu wenig Flexibilität für die Nutzung der Projektlandschaft als Gesamtbehandlungs- und Betreuungsangebot gegeben ist. Im Hinblick auf den Zeitablauf von Maßnahmen entsteht eine intensive Übergangsproblematik.

Unerreichbarkeit des 1. Arbeitsmarktes?

Aus den Erfahrungen der Suchthilfe- und Arbeitsmarktexperten heraus bleibt die Erkenntnis, dass für hunderte bzw. tausende suchtkranke Personen im erwerbsfähigen Alter der 1. Arbeitsmarkt in Tirol als Zielperspektive ungeeignet bleibt bzw. sich verschließt. Von daher werden der Wunsch und die Forderung nach Beschäftigungs- und Arbeitsmöglichkeiten in einem 2. Arbeitsmarkt nachvollziehbar. Nach dem Motto *»Mehr, schneller, regional verteilt!«* formuliert sich dabei der Anspruch der Suchthilfe.

Grundsätzlich ist also das basalste Segment der Beschäftigungsintegration auf einer dritten oder vierten Ebene – dort, wo es zunächst gar nicht mehr um eine berufliche Rehabilitation mit Ziel einer Platzierung im 1. Arbeitsmarkt geht – in der Gesamtarchitektur der Maßnahmenlandschaft von allergrößter Bedeutung.

Eine besondere Herausforderung: Suchtbetroffene Erwerbstätige ohne Problemwahrnehmung bzw. Problemeinsicht

Bei allen Angeboten, die es auf den unterschiedlichen Ebenen zwischen Abstinenz- und Akzeptanzorientierung gibt, bleibt eine große Lücke, die sich bislang nicht schließen ließ: Diese betrifft nämlich jene Personen, die keine entsprechende Problemwahrnehmung bzw. Problemeinsicht entwickelt haben, im fortgeschrittenen Erwerbsleben stehen und chronisch Sucht-

mittel – insbesondere Alkohol – konsumieren. Hier zeichnet sich ein bedeutendes, bislang unerreichtes Potenzial ab, mit dem konsequenterweise über aufsuchende betriebliche Präventionsarbeit in Kontakt zu kommen wäre.

In der Betrachtung der Ansprechproblematik am AMS wird klar, dass die Entwicklung intrinsisch wirkender Motivation zur Veränderung bei KundInnen mit einer Suchtproblematik vielfach einen komplexeren Aufbau benötigt. Dieser könnte im stärkeren Zusammenspiel mit Sucht-Fachstellen realisiert werden.

Dennoch: Der positive Kulturwandel der Betreuungslandschaft in Tirol ist unübersehbar

Wirklich erfreulich gelungen erscheint in Tirol der Kulturwandel im Umgang und Austausch zwischen Suchthilfeeinrichtungen und AMS, der sich in den letzten Jahren vollzogen hat. Dieser ist wesentlich geprägt von gegenseitigem Interesse sowie Wertschätzung und ist Basis für die Intensivierung des Wissens- und Kompetenztransfers. ♦



Zum Autor:

Gerhard Wagner ist promovierter Erziehungswissenschaftler und Psychotherapeut und trägt seit 25 Jahren berufliche Verantwortung als wissenschaftlicher Leiter des SOFFI-Instituts, als Psychotherapeut in freier Praxis sowie als stellvertretender Vorsitzender der Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung Tirols.



FokusInfo 93

Jänner 2016
www.ams-forschungsnetzwerk.at

Andrea Egger-Subotitsch, Alexandra Wunderl, Manuela Gruber u.a.

System und Methoden der Beruflichen Rehabilitation in Österreich. Ein neues Praxishandbuch als wertvolles Hilfsmittel zur Arbeit in der Beruflichen REHA in der E-Library des AMS-Forschungsnetzwerkes



Seit der Veröffentlichung des von abif, BBRZ und AMS Österreich/ABI entwickelten Praxishandbuches »Methoden in der Beruflichen Rehabilitation« 2006 sind zehn Jahre vergangen, in denen sich in Österreich das System der Beruflichen Rehabilitation, die in der Beruflichen Rehabilitation verwendeten Methoden und auch die entsprechenden Gesetze geändert haben. Dies machte eine vollständige Überarbeitung des seinerzeitigen Handbuches notwendig. Das soeben mit November 2015 erschienene Praxishandbuch »System und Methoden der Beruflichen Rehabilitation in Österreich« gibt einen aktuellen und umfassenden Einblick in die Berufliche Rehabilitation in Österreich und steht in der E-Library des AMS-Forschungsnetzwerkes allen Interessierten zur Verfügung. Ebenso können die im Praxishandbuch im Detail beschriebenen Methoden – diese bilden quasi das »Herzstück« dieser Publikation – in der AMS/ABI-Methoden-Datenbank zur Berufs- und Arbeitsmarktorientierung (ebenfalls: www.ams-forschungsnetzwerk.at) gezielt recherchiert und downgeloadet werden.

Zum grundsätzlichen Verständnis von Rehabilitation/Beruflicher Rehabilitation

Rehabilitation meint die Wiederherstellung des Gesundheitszustandes einer Person, deren Arbeitsfähigkeit aufgrund von physischen, psychischen, geistigen oder sozialen Beeinträchtigungen maßgeblich eingeschränkt ist. Das vordergründige

Ziel ist die (Wieder-)Eingliederung der RehabilitandInnen in Arbeitsmarkt und Gesellschaft. Berufliche, soziale und wirtschaftliche (Re-)Integration gehen dabei Hand in Hand. Vorkehrungen, die getroffen werden, um diesen Rehabilitationsprozess zu unterstützen, nennt man Rehabilitationsmaßnahmen. Diese umfassen a) Leistungen zur Förderung der Arbeitsaufnahme, b) Leistungen, die eine berufliche Anpassung, Fortbildung, Ausbildung und Umschulung ermöglichen, c) Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, d) Leistungen zur Adaptierung eines bestehenden Arbeitsplatzes.

Veränderungen in den letzten zehn Jahren: Gesetze und System

Die Arbeit der österreichischen Bundesregierung(en) stand unter dem Motto »Rehabilitation vor Pension« und führte dazu, dass mit Jänner 2014 umfassende Reformen in Bezug auf die Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension für unselbstständig Erwerbstätige in Kraft traten. Die zeitlich befristete Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension wurde für Personen, die ab 1. Jänner 1964 geboren sind, abgeschafft. Rehabilitations- und Umschulungsgeld als Leistungsbezug wurden eingeführt. Die Rechtsansprüche von RehabilitandInnen auf Umschulung und Medizinische Rehabilitation, sofern Umschulungs- oder Rehabilitationsgeld bezogen wird, wurden ebenso wie deren Verpflichtungen zur Mitwirkung weiter ausgebaut. (In Kapitel 1.2 des Praxishandbuches, das das System der Beruflichen Rehabilitation beschreibt, wird auf diese gesetzlichen Grundlagen der Beruflichen Rehabilitation eingegangen.)

Fortsetzung →

Weiterführende Links & Downloads

- ☞ Praxishandbuch »System und Methoden der Beruflichen Rehabilitation in Österreich«
- ☞ Methoden-Datenbank zur Berufs- und Arbeitsmarktorientierung im AMS-Forschungsnetzwerk
- ☞ AMS report 100: Die Relevanz von Einstellungsveränderungen im Zuge von Arbeitslosigkeit und Rehabilitation vor dem Hintergrund der Reintegration in den Arbeitsmarkt
- ☞ BBRZ – Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum
- ☞ abif – Analyse, Beratung und interdisziplinäre Forschung ☞ AM WEG
- ☞ Online-Archiv der Reihe FokusInfo

Weitere interessante Volltext-Publikationen zum Thema finden Sie unter Verwendung selbstgewählter Stichworte in der E-Library des AMS-Forschungsnetzwerkes: [Bibliographische Suche – Volltextsuche](#)

www.ams-forschungsnetzwerk.at

... ist die Internet Adresse des AMS Österreich für die Arbeitsmarkt-, Berufs- und Qualifikationsforschung

Medieninhaber und Herausgeber: AMS Österreich, Abt. Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation, A-1200 Wien, Treustraße 35–43
Die in den FokusInfos geäußerten Ansichten und Meinungen müssen nicht mit denen des Herausgebers übereinstimmen.

Veränderungen in den letzten zehn Jahren:

Angebot und Methoden

Die Professionalisierung in der Rehabilitation zeigt sich in Österreich im Ausbildungsangebot zum/zur »ProzessmanagerIn Berufliche Rehabilitation«, durch Qualitätssicherungsmaßnahmen und auch durch die Weiter- bzw. Neuentwicklung von Angeboten in der Beruflichen Rehabilitation. Wie auch im ersten Praxishandbuch zur Beruflichen Rehabilitation aus dem Jahr 2006 stellt das BBRZ als ein Systempartner sein Angebot, sein Verständnis und seine Arbeitsweise dar (vgl. Kapitel 2 im aktuellen Praxishandbuch). Ergänzt wird dieses Kapitel durch neue Studienergebnisse zur Wirkung der Beruflichen Rehabilitation und durch Fallbeispiele von RehabilitandInnen.

Die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der WHO (World Health Organization) fand mit der deutschen Übersetzung weiter Einzug in die Praxis. Gemeinsam mit der ebenfalls von der WHO publizierten ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), die Krankheiten klassifiziert, schafft diese eine Grundlage für Entscheidungen über individuelle Rehabilitationsmaßnahmen oder über gesundheitspolitische Maßnahmen. Die gemeinsame Sprache über fachliche Disziplinen hinweg, wie sie die ICF anbietet, ermöglicht eine breite Verständigung der Fachkräfte und auch RehabilitandInnen im System der Beruflichen Rehabilitation, im Case Management und in der Sozialen Arbeit. Dies ist eine Chance, die bisher vor allem in unseren Nachbarländern Deutschland und Schweiz genutzt wird. In Slowenien und in Italien ist die Anwendung der ICF im

Rahmen der Beruflichen Rehabilitation bzw. Rehabilitation Assessments sogar gesetzlich verankert. Der Bereich der Diagnostik, in Österreich immer schon wichtiger Baustein der Beruflichen Rehabilitation, hat sich ebenfalls in diese Richtung weiterentwickelt. Das geht Hand in Hand mit einer starken Ressourcenorientierung: »Was geht?« bzw. »Was geht mit Unterstützung?« sind handlungsleitende Fragen von Beginn des Rehabilitationsprozesses an. Interdisziplinäre Arbeit mit stärkerer Einbindung von (Berufs-)Pädagogik zeigt sich in der Methodenvielfalt in Kapitel 3 des neuen Praxishandbuches, dem umfangreichen »Herzstück« dieser Publikation. Diese Methoden werden mehrheitlich im BBRZ verwendet und wurden teilweise dort auch entwickelt.

Innerhalb der letzten zehn Jahre nahm zudem die Vernetzung der AkteurInnen auf Ebene der Fachkräfte in den mit Beruflicher Rehabilitation befassten Organisationen zu, was i.d.R. zu einem zügigeren und für den oder die RehabilitandIn transparenteren Ablauf geführt hat. Ein wesentlicher Schritt hierbei war z.B. die lange Zeit geforderte gegenseitige Anerkennung von Gutachten über die Arbeitsfähigkeit zwischen der Pensionsversicherung und dem Arbeitsmarktservice. Heute findet im »Kompetenzzentrum Begutachtung« zentral eine Abklärung der Arbeitsfähigkeit und Zumutbarkeit von Beruflicher Rehabilitation statt. Eine stärkere Verschränkung zwischen Medizinischer und Beruflicher Rehabilitation hat sich hingegen bisher noch nicht durchgesetzt, obwohl die gesetzlichen Grundlagen dafür geschaffen wurden. Lediglich im Bereich der (ambulanten) Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen findet diese verstärkte Verschränkung statt. ♦



*Das neue Praxishandbuch
»System und Methoden der
Beruflichen Rehabilitation in Österreich«
als wertvolles Hilfsmittel zur Arbeit
in der Beruflichen Rehabilitation.*

*Es richtet sich an alle Personen,
die in ihrer beruflichen Tätigkeit bzw. im
Rahmen ihrer Aus- und Weiterbildung mit
Beruflicher Rehabilitation befasst sind.
Dies sind z.B. (angehende) Reha-Fachkräfte
der Beruflichen Rehabilitation, fachein-
schlägig tätige AMS-MitarbeiterInnen
bzw. in anderen Organisationen und
Unternehmen facheinschlägig aktive
Personen, grundsätzlich am Thema
interessierte Bildungs- und Berufsberater-
Innen, PsychologInnen, PädagogInnen,
SozialarbeiterInnen, MedizinerInnen u.v.m.*



FokusInfo 96

März 2016
www.ams-forschungsnetzwerk.at

Roman Pöschl (Interview)

»Berufliche Rehabilitation ist wichtiger denn je, ...«

Roman Pöschl, Geschäftsführer des BBRZ, im Gespräch



Nach zehn Jahren wurde am Beginn des heurigen Jahres im Auftrag des AMS Österreich, Abt. Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation, in Kooperation mit dem sozialwissenschaftlichen Forschungs- und Beratungsinstitut abif sowie dem Institut AM WEG das Praxishandbuch »System und Methoden der Beruflichen Rehabilitation in Österreich« in komplett erneuerter Form wieder aufgelegt. Wie auch im ersten Praxishandbuch aus dem Jahr 2006 hat das Berufliche Bildungs- und Rehabilitationszentrum, kurz BBRZ, als größter Anbieter für Berufliche Rehabilitation in Österreich einen wesentlichen Anteil dazu beigetragen, darin die aktuell gängigen Methoden, Ansätze und Zugänge in der Beruflichen Rehabilitation darzustellen. Ergänzt wird dies in der aktuellen Auflage mit diversen Fallbeispielen wie auch den neuesten eindrucksvollen Studienergebnissen zur nachgewiesenen Wirkung von Beruflicher Rehabilitation. Im folgenden Interviewgespräch nimmt Roman Pöschl, einer der beiden Geschäftsführer des BBRZ,¹ zu aktuellen Herausforderungen für die Berufliche REHA in Österreich Stellung.

Herr Direktor Pöschl, inwiefern war es dem BBRZ als einem der wesentlichsten Systempartner von Beruflicher Rehabilitation ein Anliegen, bei der Aktualisierung des Methodenhandbuches mitzuwirken und sein Verständnis von Beruflicher Rehabilitation und seine Arbeitsweise im Handbuch der breiten Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen?

Roman Pöschl: Die Frage der Mitwirkung stellte sich nicht wirk-

lich. Als zentraler Dienstleister im Bereich der Beruflichen Rehabilitation versteht sich das quasi von selbst.

Erscheint aus Ihrer Sicht – provokant gefragt – Berufliche Rehabilitation in der heutigen Zeit überhaupt noch zeitgemäß?

Roman Pöschl: Berufliche Rehabilitation ist wichtiger denn je, auch wenn – und ich denke, darauf spielen Sie an – sich der Berufsbegriff gewandelt hat, weil die Vorstellung »Ich erler-

Fortsetzung →



¹ Mag. Roman Pöschl bildet zusammen mit Dr. Manfred Polzer die Geschäftsführung des im Jahr 1975 in Linz ins Leben gerufenen und mittlerweile in ganz Österreich aktiven BBRZ (<http://40jahre.bbrz.at>).

Weiterführende Links & Downloads

- ☞ Praxishandbuch »System und Methoden der Beruflichen Rehabilitation in Österreich«
- ☞ FokusInfo 93: System und Methoden der Beruflichen Rehabilitation in Österreich. Ein neues Praxishandbuch als wertvolles Hilfsmittel zur Arbeit in der Beruflichen REHA in der E-Library des AMS-Forschungsnetzwerkes
- ☞ BBRZ-Studie: Berufliche Rehabilitation im BBRZ. Eine Kosten-Nutzen-Perspektive
- ☞ BBRZ-Studie: Individueller Nutzen beruflicher Rehausbildungen
- ☞ AMS report 100: Die Relevanz von Einstellungsveränderungen im Zuge von Arbeitslosigkeit und Rehabilitation vor dem Hintergrund der Reintegration in den Arbeitsmarkt
- ☞ BBRZ – Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum
- ☞ abif – Analyse, Beratung und interdisziplinäre Forschung ☞ AM WEG
- ☞ Online-Archiv der Reihe FokusInfo

Weitere interessante Volltext-Publikationen zum Thema finden Sie unter Verwendung selbstgewählter Stichworte in der E-Library des AMS-Forschungsnetzwerkes: [Bibliographische Suche](#) – [Volltextuche](#)

www.ams-forschungsnetzwerk.at

... ist die Internet Adresse des AMS Österreich für die Arbeitsmarkt-, Berufs- und Qualifikationsforschung

Medieninhaber und Herausgeber: AMS Österreich, Abt. Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation, A-1200 Wien, Treustraße 35–43
Die in den FokusInfos geäußerten Ansichten und Meinungen müssen nicht mit denen des Herausgebers übereinstimmen.

ne einen Beruf und übe diesen dann bis zur Pension aus!« in vielen Fällen nicht mehr mit der Realität übereinstimmt. Das heißt aber nicht, dass Berufliche Rehabilitation obsolet ist, im Gegenteil. Berufliche Rehabilitation ist ein Baustein dieses Wandlungsprozesses, indem sie die beruflichen Chancen für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen erhöht.

Muss angesichts des immer enger werdenden Arbeitsmarktes und der Mittelverknappung im Sozialbereich eine umfassende Investition in ohnehin schon gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitskräfte nicht als beinahe schon übertriebene Liebesmüh erachtet werden?

Roman Pöschl: Mit dieser Frage sprechen Sie darauf an, ob es sinnvoll ist, Menschen fit für einen Arbeitsmarkt zu machen, auf dem sich bereits tausende »fitte« Arbeitsuchende vergeblich um eine Anstellung bemühen. Die Antwort ist eindeutig JA, und zwar aus folgenden Gründen:

Zunächst ist da das Bekenntnis unserer Gesellschaft zur Chancengleichheit. Sowohl internationale als auch österreichische Studien belegen einen klaren Zusammenhang zwischen Krankheit, Langzeitarbeitslosigkeit und Armut. Langzeitstudien, die die Hauptverbands-Daten von eintausendacht-hundert Personen ausgewertet haben, zeigen, dass der Jahresverdienst nach absolvierter Rehabilitation im Schnitt um sechstausend Euro höher ist als ohne Rehabilitation. Bei einem Altersdurchschnitt von etwa vierzig Jahren akkumuliert sich da ein Lebensseinkommensunterschied von zweihunderttausend Euro. Berufliche Rehabilitation ist ein wichtiges Instrument, um diese Benachteiligung auszugleichen.

Zum anderen gibt es die volkswirtschaftliche Perspektive. Wir konnten in einer umfassenden Evaluationsstudie nachweisen, dass sich Berufliche Rehabilitation rechnet, und zwar innerhalb weniger Jahre. Dem mag man nun entgegenhalten, dass unsere AbsolventInnen andere vom Arbeitsmarkt verdrängen, die ihrerseits wieder Kosten verursachen. Dem ist entgegenzuhalten, dass der Arbeitsmarkt insofern

nicht statisch ist, als Beschäftigung über Konsum wiederum Beschäftigung erzeugt. Darüber hinaus führt ein Ausschluss ganzer Bevölkerungsgruppen von der Teilhabe an Arbeit ebenfalls zu enormen Folgekosten, etwa im Bereich der Gesundheit.

Inwiefern haben die umfassenden gesetzlichen und strukturellen Reformen der Bundesregierung seit Jänner 2014 unter dem Motto »Rehabilitation vor Pension« das System der Beruflichen Rehabilitation verändert?

Roman Pöschl: Das Gesetz ist erst seit zwei Jahren in Kraft und hat im Bereich der Beruflichen Rehabilitation noch nicht zu einschneidenden Veränderungen geführt. Ich gehe jedoch davon aus, dass diese über entsprechende Novellen ausgelöst werden. Aus meiner Sicht ist es von entscheidender Bedeutung, die Dichotomie von Medizinischer und Beruflicher Rehabilitation oder – in SRÄG²-Sprache ausgedrückt – zwischen REHA-Geld-BezieherInnen und Umschulungsgeld-BezieherInnen aufzuheben. Gerade bei der größten Problemgruppe, also den Personen mit psychiatrischen Erkrankungen, ist der Zugang, entweder medizinisch oder beruflich zu rehabilitieren, kontraproduktiv.

Was wir in Zukunft brauchen, ist mehr Sekundärprävention. Das heißt, immer dort, wo ein Mensch chronisch erkrankt oder auf anderem Wege eine Einschränkung erfährt, ist sofort die Frage nach den beruflichen Implikationen zu stellen. Hier wird es auch wichtig sein, Ärzte, Ärztinnen und REHA-Einrichtungen für diese Fragen zu sensibilisieren. Wir brauchen mehr und verbindliches betriebliches Eingliederungsmanagement, um nach längeren Erkrankungen die Rückkehr an den Arbeitsplatz zu fördern. Und wir brauchen positive Diskriminierungen von Älteren und Leistungsgewandelten am Arbeitsmarkt. ♦

2 SRÄG = Sozialrechtsänderungsgesetz.



Das neue Praxishandbuch »System und Methoden der Beruflichen Rehabilitation in Österreich« als wertvolles Hilfsmittel zur Arbeit in der Beruflichen Rehabilitation.

Es richtet sich an alle Personen, die in ihrer beruflichen Tätigkeit bzw. im Rahmen ihrer Aus- und Weiterbildung mit Beruflicher Rehabilitation befasst sind. Dies sind z.B. (angehende) Reha-Fachkräfte der Beruflichen Rehabilitation, fach einschlägig tätige AMS-MitarbeiterInnen bzw. in anderen Organisationen und Unternehmen fach einschlägig aktive Personen, grundsätzlich am Thema interessierte Bildungs- und BerufsberaterInnen, PsychologInnen, PädagogInnen, SozialarbeiterInnen, MedizinerInnen u.v.m.



FokusInfo 136

Oktober 2017
www.ams-forschungsnetzwerk.at

Andrea Egger-Subotitsch, René Sturm

Das AMS-Praxishandbuch »Psycho ... logisch? Psychisch belastete Menschen in Beratungssituationen« als wertvolle Unterstützung für die Bildungs- und Berufsberatung

Erkenntnisse aus AMS-Studien und informelle Rückmeldungen von KollegInnen in- und außerhalb des AMS verdeutlichen, dass es einen zum Teil ganz erheblichen Bedarf an verständlich aufbereitetem Wissen über psychische Erkrankungen im Kontext von Beratungssituationen gibt. Mindestens ebenso wichtig wie die »reine« Wissensvermittlung rund um bestimmte Diagnosen und Krankheitsbilder und die damit verbundenen Verhaltensweisen war es für die Abt. Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation des AMS Österreich in Kooperation mit dem sozialwissenschaftlichen Forschungs- und Beratungsinstitut abif, im Rahmen dieses Handbuches konkrete methodische Hilfestellungen für BeraterInnen im arbeitsmarktpolitischen Kontext anzubieten, was im Besonderen die Bildungs- und Berufsberatung miteinschließt. Andrea Egger-Subotitsch, stv. Geschäftsführerin des Institutes abif, und René Sturm, Projektleiter in der Abt. Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation des AMS Österreich, skizzieren im vorliegenden FokusInfo einige grundlegende Überlegungen zu diesem Handbuch.

Hintergrund und Zielsetzungen des AMS-Praxishandbuches »Psycho ... logisch? Psychisch belastete Menschen in Beratungssituationen«

Mit diesem Praxishandbuch, das auch die Funktion eines Nachschlagewerkes hat, sollen BeraterInnen unterstützt werden, die keine facheinschlägige psychologische Ausbildung haben, aber immer wieder bei ihrer Beratungstätigkeit in Situationen kommen, in denen sie mit Menschen mit psychischen Erkrankungen/Belastungen und/oder mehr oder weniger akuten Krisensituationen konfrontiert sind. Auch wenn BeraterInnen oder

TrainerInnen natürlich die Möglichkeiten haben, KundInnen auf spezialisierte KollegInnen oder Einrichtungen zu verweisen, sind sie in der aktuellen Beratungssituation gefordert, zu kommunizieren und zu handeln. Angesichts der Häufigkeit von psychischem Leid – laut Schätzungen haben 38 Prozent der EuropäerInnen im Laufe eines Jahres psychische Probleme mit Krankheitswert¹ – sind solche Gesprächssituationen durchaus wahrscheinlich. Den Krankenkassendaten aus Deutschland ist zu entnehmen, dass dort über ein Drittel jener Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, im Zeitraum eines Jahres mindestens eine psychiatrische Diagnose erhalten haben.²

Psychische Erkrankungen

Psychische Erkrankungen, in der Fachwelt auch als »Störung« bezeichnet, haben ein breites Spektrum an möglichen Symptomen und Auswirkungen. Manche sind milder, aber die Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche können erheblich sein. Umgekehrt kann ein weitgehend »normales« Leben auch mit einer schweren psychischen Störung möglich sein. So ist es für die Beratung im Kontext des Arbeitsmarktes wichtig anzuerkennen, dass einzelne Lebensbereiche durch eine Erkrankung stark, andere hingegen gar nicht eingeschränkt sein können. Auch nicht alles, was eine erkrankte Person tut oder sagt, denkt oder fühlt ist Ausdruck seiner/ihrer Krankheit und sollte unter diesem Licht betrachtet werden.

Alle Menschen durchleben Phasen, in denen es ihnen psychisch nicht gut geht. Auch starke psychische Reaktionen können eine normale und angemessene Reaktion auf belastende Lebensereignisse wie Tod, Trennung u. ä. sein. Diese vorübergehenden Auswirkungen auf unsere Psyche hat keinen Krankheitswert, was nicht heißt, dass Menschen in solchen Phasen nicht auch Unterstützung brauchen. Hier vorschnell zu »patho-

Fortsetzung →

1 Vgl. Wittchen et al. 2011, Seite 655–679.

2 Vgl. Schubert et al. 2013, Seite 7.

Weiterführende Links & Downloads

- 📖 AMS-Praxishandbuch: Psycho ... logisch? Psychisch belastete Menschen in Beratungssituationen
- 📖 AMS-Studie: Optimale Betreuung und Vorgangsweisen bei psychisch belasteten KundInnen
- 📖 Michael Schubert et al. (2013): Menschen mit psychischen Störungen im SGB II. IAB Forschungsbericht
- 📖 Hans-Ulrich Wittchen et al. (2011): The Size and Burden of Mental Disorders and Disorders of the Brain in Europe 2010. In: European Neuropsychopharmacology 21
- 📖 abif – Analyse, Beratung und interdisziplinäre Forschung
- 📖 Online-Archiv der Reihe FokusInfo

Weitere interessante Volltext-Publikationen zum Thema finden Sie unter Verwendung selbstgewählter Stichworte in der E-Library des AMS-Forschungsnetzwerkes: [Bibliographische Suche](#) – [Volltexte](#)

www.ams-forschungsnetzwerk.at

... ist die Internet-Adresse des AMS Österreich für die Arbeitsmarkt-, Berufs- und Qualifikationsforschung

Medieninhaber und Herausgeber: AMS Österreich, Abt. Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation, A-1200 Wien, Treustraße 35–43
Die in den FokusInfos geäußerten Ansichten und Meinungen müssen nicht mit denen des Herausgebers übereinstimmen.

logisieren« ist jedoch genauso wenig hilfreich wie der umgekehrte Fall, dass Menschen jahrelang leiden, bevor sie eine angemessene Diagnose und Behandlung erfahren. Der Begriff von »Krankheit« ist, nicht zuletzt aufgrund der damit verbundenen normativen Implikationen, umstritten. Psychiatrische Diagnosen sind keine letztgültigen »Wahrheiten«, und die Diagnosen bzw. Störungen sind (ausverhandelte) Beschreibungen von »Prototypen«. Auch wenn psychische Erkrankungen in der Zwischenzeit mit biologischen Korrelaten (Biomarker) einhergehen und somit in bestimmten Fällen »sichtbar« gemacht werden können, das empfundene Leid bleibt immer subjektiv.

Die Rolle der BeraterInnen im Kontext der

Arbeitsvermittlung bzw. Bildungs- und Berufsberatung
Die Rolle der verschiedenen im AMS-Umfeld arbeitenden BeraterInnen ergibt sich aus deren Berufs- bzw. Tätigkeitsprofil. Sowohl den eigenen Arbeitsauftrag zu kennen als auch den sich selbst gestellten Anspruch zu reflektieren ist wesentlich, um handlungsfähig zu bleiben. Sich als Beraterin oder Berater selbst klar darüber zu sein, was Anforderungen an die eigenen Tätigkeiten sind, was realistisch und unrealistisch ist und wahrzunehmen, wenn man/frau selber unter Druck steht, ist essenziell. Gibt man/frau den Druck, unter dem man/frau selber steht, nämlich unreflektiert an BeratungskundInnen weiter, kann die Situation leicht eskalieren. Zu dem Rahmen und dem Kontext, in denen sich BeraterInnen bewegen und die sie kennen sollten, gehört auch das Wissen über unterschiedliche Angebote, darunter auch jene im psychosozialen Bereich.

Manche AMS-KundInnen kritisieren, dass psychische Probleme nicht wahrgenommen werden oder zu wenig darauf Rücksicht genommen wird. Manche gehen ganz offen mit ihren Problemen um, andere nicht. In den Kompetenz- und Aufgabenbereich von BeraterInnen und TrainerInnen fällt es nicht, über »Gesundheit« oder »Krankheit« bzw. auch Arbeitsfähigkeit zu entscheiden. Die Rolle der BeraterInnen sollte sein, psychische Probleme der KundInnen wahr- und ernstzunehmen, aber nicht zu diagnostizieren. Als Beraterin oder Berater hat man/frau jedoch die Möglichkeit nachzufragen, wenn KundInnen Probleme ansprechen (z.B. Aussagen wie: »Mir geht es schlecht.« Oder: »Ich fühle mich überfordert.«). Sie können versuchen, die Situation weiter zu klären und zu eruieren, ob und welche Hilfen in Anspruch genommen werden und welche noch sinnvoll wären. Eine mögliche Frage wäre: »Wenn es Ihnen schlecht geht, haben Sie jemanden, an den/die Sie sich wenden können?«. Dazu benötigt es aber bereits eine Vertrauensbasis im Gespräch. Vorzeitige Verweise an »Psycho-Angebote« sind nicht ratsam. Wenn KundInnen ihre Krankheitsgeschichte offenlegen und BeraterInnen über Diagnosen Bescheid wissen, finden sich im Handbuch zu den unterschiedlichen Krankheitsbildern Hinweise, welche Art von Kommunikation und Unterstützung für Menschen mit solchen Erkrankungen hilfreich ist. Auch für den Fall, dass eine Krise bei der Beratung akut wird, sind Handlungsmöglichkeiten für BeraterInnen im Handbuch angeführt. Nicht vergessen werden sollte, auch wenn eine psychische Erkrankung vorüber ist, dass diese je nach Schweregrad »Narben« hinterlassen kann. Menschen mit solchen tiefgreifenden Erfahrungen haben häufig für einige Zeit noch Angst, wieder in eine Krise zu fallen und reagieren vielleicht zögerlicher auf Angebote der aktiven Arbeitsmarktpolitik.

Ein paar Tipps aus dem aktuellen AMS-Praxishandbuch für BeraterInnen

- Schaffen Sie von Beginn an genug Raum, um gegenseitige Erwartungen (auch Befürchtungen) zu klären, und erarbeiten Sie, wo die Grenzen hinsichtlich deren Erfüllung sind.

- Haben Sie Verständnis für wechselnde Belastbarkeit oder Stimmungen bei den KundInnen! Wenn Sie sich über bestimmte Verhaltensweisen von Personen ärgern: Trennen Sie Verhalten und Person! Denken Sie daran, dass alles eine »Geschichte« hat. Sie müssen das Verhalten nicht gutheißen, können der Person aber trotzdem wertschätzend begegnen.
- Akute Krisen (bei Psychosen) sind nicht die Zeit für Grundsatzdiskussionen.
- Streben sie eine gemeinsame Situationsinterpretation mit den KundInnen an, in die beide Sichtweisen einfließen.
- Behalten Sie im Auge, dass das Erlebnis des Scheiterns bei den betroffenen KundInnen ein Auslöser für die Verschlechterung des Gesundheitszustandes sein kann. Achten Sie bewusst auf Stärken und Kompetenzen von KundInnen, und weisen Sie auf Erfolge hin. Üben Sie sich in stellvertretender Hoffnung, und geben Sie positives Feedback: Psychisch beeinträchtigte Personen haben oft Schwierigkeiten dahingehend, überhaupt wahrzunehmen, welche Möglichkeiten und Potenziale sie haben. Wiederholtes positives Feedback und die Vorbildwirkung eines ressourcenfokussierten Denkens und Sprechens kann den Betroffenen dabei helfen, ihren »Möglichkeitsraum« erst wieder in den Blick zu bekommen.
- Nehmen Sie möglichst Druck raus, und versuchen Sie Ihr Gegenüber zu ermutigen: Druck erzeugt in der Regel Gegen-Druck. Die Gratwanderung zwischen Druck und Ermutigung kann durch den Appell an die Eigenverantwortlichkeit der KundInnen gelingen. Dazu sollte geklärt werden, was für den Kunden bzw. die Kundin geleistet werden kann und wofür es die Eigenleistung des Kunden bzw. der Kundin braucht. Gerade im AMS-Kontext müssen auch die Rahmenbedingungen und mögliche Konsequenzen transparent gemacht werden. Tauchen Ängste, Konflikte und Widerstände auf, versuchen Sie durch einfühlsames Fragen und »Ich-Botschaften« die Hintergründe zu verstehen bzw. zu akzeptieren. Wenn Sie auf Augenhöhe mit den KundInnen kommunizieren und den Menschen sehen, wird vieles möglich. Sehen beide GesprächspartnerInnen nur mehr die »Funktion« des jeweils anderen, wird ein Gespräch rasch destruktiv. Stellen Sie Kontinuität her, wo immer dies möglich ist.
- Tun Sie niemals etwas für KundInnen, wozu diese selber in der Lage sind!
- Erarbeiten Sie eine Liste an relevanten Institutionen, und bauen Sie ein Netzwerk direkter Ansprechpersonen auf, an die Sie verweisen können.
- Stellen Sie nicht an sich selbst den Anspruch, die persönlichen Probleme der KundInnen zu lösen. Das ist ein Spiel, das Sie nicht gewinnen können!

Wir und das Autorinnenteam Andrea Poschalko und Sandra Kerschbaumer danken allen BeraterInnen und KollegInnen in- und außerhalb des AMS, die Ihre Erfahrungen und Kompetenzen in das Handbuch eingebracht und dieses möglich gemacht haben! ❖



Das AMS-Praxishandbuch »Psycho ... logisch? Psychisch belastete Menschen in Beratungssituationen«.
Autorinnen:
Andrea Poschalko und Sandra Kerschbaumer.



FokusInfo 296

Jänner 2026
www.ams.at/forschungsnetzwerk

Andrea Egger

Berufliche Rehabilitation im Burgenland: »Wirksam, stabilisierend und nachhaltig!« Zentrale Erkenntnisse einer aktuellen Studie im Auftrag des AMS Burgenland im Fokus



Zu diesem schon im Titel angerissenen Ergebnis kommt die im Jahr 2025 erstellte Evaluierung der Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation im Burgenland. Eine der spezifischen Empfehlungen aus der Evaluierung, nämlich eine Möglichkeit zur Nachbetreuung für die Rehabilitand:innen zu schaffen, wird bereits 2026 umgesetzt. In einer Pressekonzferenz im Jänner 2026 präsentierte die Landesgeschäftsführerin des AMS Burgenland Helene Sengstbratl die neue dafür eingerichtete BBE.¹ Die an dieser Evaluierung beteiligte Arbeitsmarkt- und Bildungsforscherin Andrea Egger (EVAACON)² skizziert im vorliegenden FokusInfo die wichtigsten Erkenntnisse aus dieser Evaluierung.

1 Berufliche Rehabilitation

Berufliche Rehabilitation richtet sich an Menschen, deren gesundheitliche Einschränkungen eine Rückkehr in den bisherigen Beruf unmöglich machen. Ziel ist es, krankheits- oder unfallbedingtes Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu vermeiden, die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen und lang-

fristig zu sichern. Die berufliche Rehabilitation ist ein gemeinsames Angebot des Arbeitsmarktservice (AMS)³ sowie der Pensionsversicherungsanstalt (PV)⁴ und wird vom Beruflichen Bildungs- und Rehabilitationszentrum (BBRZ)⁵ umgesetzt. Sie erfolgt typischerweise zweistufig: In einer ersten Phase stehen Orientierung, Stabilisierung und Training im Vordergrund, darauf aufbauend kann – bei entsprechender Eignung und Bewilligung durch die PV – eine arbeitsmarktnahe Reha-Qualifizierung anschließen.

2 Evaluierung der Qualität und Wirksamkeit

Vor diesem Hintergrund beauftragte das AMS Burgenland eine wissenschaftliche Evaluierung zur Qualität und zur Wirksamkeit der beruflichen Rehabilitation in diesem Bundesland. Die Studie wurde vom sozialwissenschaftlichen Forschungs- und Beratungsinstitut abif⁶ in Kooperation mit EVAACON

¹ BBE = Beratungs- und Betreuungseinrichtung.
² www.evacon.at.

³ www.ams.at.
⁴ www.pv.at.
⁵ www.bbrz.at.
⁶ www.abif.at. Die Projektleitung seitens abif wurde von Mag.^a Karin Steiner, die auch Co-Autorin dieser Evaluierung ist, getragen.

Weiterführende Links & Downloads

- 📄 AMS-Studie: Evaluierung der beruflichen Reha im AMS Burgenland
- 📄 AMS Burgenland
- 📄 Pressemitteilung des AMS Burgenland zur Studienpräsentation
- 📄 Evacon – Evaluation & Consulting
- 📄 Forschungs- und Beratungsinstitut abif
- 📄 Online-Archiv der Reihe FokusInfo in der E-Library AMS-Forschungsnetzwerk

Weitere interessante Volltext-Publikationen zum Thema finden Sie unter Verwendung selbstgewählter Stichworte in der E-Library des AMS-Forschungsnetzwerkes: [Bibliographische Suche](#)

www.ams.at/forschungsnetzwerk

... ist die Internet-Adresse des AMS Österreich für die Arbeitsmarkt-, Berufs- und Qualifikationsforschung

Medieninhaber und Herausgeber: AMS Österreich, Abt. Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation, A-1200 Wien, Treustraße 35–43
Die in den FokusInfos geäußerten Ansichten und Meinungen müssen nicht mit denen des Herausgebers übereinstimmen.



durchgeführt.⁷ Methodisch basiert die Evaluierung auf einem Mixed-Methods-Design: Neun leitfadengestützte Experteninterviews mit Vertreter:innen des AMS Burgenland, der Pensionsversicherungsanstalt, von fitzwork⁸ und des Beruflichen Bildungs- und Rehabilitationszentrums (BBRZ) wurden mit 27 qualitativen Interviews mit Rehabilitand:innen kombiniert. Ergänzend wurden von EVACON anonymisierte Administrativdaten von 208 Personen ausgewertet, die zwischen 2022 und Mitte 2024 ihre berufliche Rehabilitationsmaßnahme abgeschlossen hatten.

3 Zentrale Befunde: Hohe arbeitsmarktpolitische Wirksamkeit

Die Ergebnisse zeigen eine hohe Qualität und Wirksamkeit der beruflichen Rehabilitation im Burgenland. Rund 85 Prozent der Teilnehmenden schließen ihre Maßnahme erfolgreich ab. Besonders deutlich ist die arbeitsmarktpolitische Wirkung bei Reha-Qualifizierungen: Rund 80 Prozent der Absolvent:innen nehmen innerhalb eines Jahres eine nachhaltige Beschäftigung auf (Beschäftigungsdauer von mindestens drei Monaten). Auch bei Personen, die ihre berufliche Rehabilitation bereits nach der Orientierungs- und Stabilisierungsphase beenden, zeigen sich substanziale Effekte: Rund 55 Prozent befinden sich ein Jahr nach Abschluss entweder in Beschäftigung oder in einer weiterführenden vom AMS geförderten Qualifizierung: »Auffällig ist, dass soziodemographische Merkmale wie Alter, Geschlecht oder Bildungsniveau keinen signifikanten Einfluss auf den Integrationserfolg haben. Dies spricht für eine hohe Passgenauigkeit des Angebotes«, so Andrea Egger aus dem Evaluierungsteam im Rahmen der Vorstellung der Ergebnisse im Jänner 2026 in Eisenstadt.

4 Qualitative Wirkungen: Stabilisierung, Selbstwirksamkeit und Perspektiven

Über die quantitativen Integrationserfolge hinaus zeigen die qualitativen Interviews deutliche psychosoziale Wirkungen der beruflichen Rehabilitation. Für viele Rehabilitand:innen stellen Krankheit oder Unfall einen tiefgreifenden biographischen Einschnitt dar, häufig begleitet von psychischen Belastungen, Unsicherheit und dem Verlust beruflicher Identität. Die berufliche Rehabilitation wirkt hier stabilisierend: Sie trägt zur Reduktion von Angst und Überforderungsgefühlen bei, unterstützt den Wiederaufbau von Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeit und ermöglicht eine realistische Neubewertung der eigenen Fähigkeiten und Belastbarkeit.

Zentral ist zudem der soziale Aspekt: Der Austausch mit anderen Betroffenen, die Rückkehr zu einer Tagesstruktur sowie positive Lernerfahrungen stärken die Resilienz und erhöhen die Zuversicht hinsichtlich der künftigen Arbeitsmarktintegration: »Das BBRZ hat mir dabei geholfen, dass ich Mut gefasst habe, mich wieder zu bewerben, dass ich zu Vorstellungsgesprächen gegangen bin, dass ich Rückschläge einstecken konnte und nicht gleich wieder in ein Loch gefallen bin. Und dadurch [...] konnte ich mich wieder aufrufen, arbeiten zu gehen.« (Rehabilitandin, Interviewtranskript)

5 Erfolgsfaktoren und Herausforderungen im Reha-Prozess

Als zentraler Erfolgsfaktor erweist sich die kontinuierliche persönliche Begleitung durch Reha-Coach:innen. Sie fungieren als vertrauensvolle Ansprechpersonen, strukturieren den Prozess, geben Orientierung, leisten konkrete Hilfestellung bei Problemen und unterstützen auch bei Rückschlägen. Ebenso wichtig sind ausreichend Zeit für Stabilisierung und Orientierung sowie die zeitlich vorgelagerte Herstellung der Reha-Fähigkeit. Auf Systemebene ist die institutionalisierte, fallbezogene Zusammenarbeit zwischen AMS, PV, fitzwork und BBRZ ein wesentlicher Erfolgsfaktor.

Dem stehen mehrere Herausforderungen für die Rehabilitand:innen gegenüber: Dazu zählen umfangreiche diagnostische Abklärungen, die als durchaus anstrengend empfunden werden, lange Anfahrtswege, die Umstellung auf Tages- und Gruppenstrukturen sowie Vorbehalte von Betrieben gegenüber älteren oder gesundheitlich beeinträchtigten Personen. Zudem bleiben gesundheitliche Einschränkungen häufig auch nach Abschluss der Rehabilitation bestehen, was Vollzeitbeschäftigung nicht immer ermöglicht.

6 Konsequenzen für die Praxis: Nachbetreuung als strukturelle Weiterentwicklung

Die Evaluierung empfiehlt ausdrücklich, die Unterstützung nicht mit dem formalen Ende der beruflichen Rehabilitation abzubrechen, sondern eine gezielte Nachbetreuung, insbesondere für jene zu ermöglichen, die nur eine Reha-Orientierung durchlaufen, jedoch keine weitere Reha-Qualifizierung absolvieren. Das AMS Burgenland hat diese Empfehlung aufgegriffen und auf dieser Basis eine neue Beratungs- und Betreuungseinrichtung (BBE) eingerichtet. Über diese BBE können ehemalige BBRZ-Teilnehmende auch nach Abschluss der Maßnahme auf »ihre« Reha-Coaches bei Bedarf zurückgreifen. Die erstmalige Finanzierung erfolgt durch das AMS Burgenland mit rund 100.000 Euro für 2026.

»Die Evaluierung hat gezeigt, dass die Reha-Coaches eine zentrale Rolle spielen. Sie begleiten durch den gesamten Reha-Prozess und sind für alle Belange der Rehabilitand:innen da. Sie sind ihre Vertrauenspersonen, ihre Stütze. Mit der neuen BBE können unsere Kundinnen und Kunden nun auch nachträglich auf diese Ressource zugreifen, wenn sie Unterstützung beim Wiedereinstieg benötigen«, betont Günter Hack, Leiter der Reha-Beratung des AMS Burgenland.

Auch Helene Sengstbrat, Landesgeschäftsführerin des AMS Burgenland, unterstreicht die Bedeutung der Ergebnisse: »Die berufliche Rehabilitation leistet einen wesentlichen Beitrag zur Wiederherstellung von Arbeitsfähigkeit und Lebensqualität!«

7 Fazit

Die Evaluierungsergebnisse zeigen: Berufliche Rehabilitation im Burgenland wirkt – sowohl arbeitsmarktintegrativ wie psychosozial. Ihr Erfolg beruht auf einer Kombination aus frühzeitiger Stabilisierung, hochwertiger Qualifizierung, intensiver persönlicher Begleitung und institutioneller Kooperation. Mit der Einführung einer strukturierten Nachbetreuung wird ein zentraler Befund der Studie konsequent in die Praxis umgesetzt und die Nachhaltigkeit der erzielten Integrationserfolge weiter gestärkt. ♦

⁷ Download der Evaluierung in der E-Library des AMS Forschungsnetzwerkes unter <https://forschungsnetzwerk.ams.at/elibrary/publikation/ams-forschungsbericht/2025/evaluierung-der-beruflichen-reha-im-ams-burgenland.html>.

⁸ www.fitzwork.at.

Das Arbeitsmarktservice (AMS) Wien hat sich zum Ziel gesetzt, von europäischen Good-Practice-Beispielen, neuen Ansätzen und Innovationen im Bereich der Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen (nach ICD-11-Klassifikation) am 1. Arbeitsmarkt zu lernen. Das Forschungs- und Beratungsinstitut queraum. kultur- und sozialforschung wurde daher vom AMS Wien mit diesem Forschungsprojekt beauftragt, das zum Ziel hatte, entsprechende Beispiele zu recherchieren, aufzubereiten und daraus Handlungsempfehlungen auf verschiedenen Ebenen für das AMS Wien zu erarbeiten. Der vorliegende und kompakt gehaltene AMS report bietet eine Synthese der relevantesten Aspekte aus den drei Rechercheteilen dieser im Jahr 2025 realisierten Studie und den darin getroffenen Handlungsempfehlungen.

<https://forschungsnetzwerk.ams.at>

... ist die Internet-Adresse des AMS Österreich
für die Arbeitsmarkt-, Berufs- und Qualifikationsforschung



P.b.b.
Verlagspostamt 1200

ISBN 978-3-85495-819-6