



Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen am ersten Arbeitsmarkt

Projektleitung AMS:

Mag.^a Sarah Galehr

Mag. Dorian Waller

Projektleitung queraum:

Roman Weber, MSc

Mag.^a Anna Schachner, MA

Mag. Michael Stadler-Vida



Wien, Dezember 2025

Impressum

Arbeitsmarktservice Wien

Dienstleistungsunternehmen des öffentlichen Rechts

Ungargasse 37

1030 Wien

Telefon: +43 50 904 940

Durchführendes Unternehmen:

queraum. kultur- und sozialforschung

Giedenbacher Stadler-Vida OG

Die Kosten für das Projekt beliefen sich in Summe auf
EURO 62.400,-

Inhaltsverzeichnis

1.	EINLEITUNG	1
2.	RELEVANZ.....	3
3.	LÄNDERPERSPEKTIVEN	5
3.1	SCHWEIZ	5
3.2	DEUTSCHLAND.....	8
4.	SUPPORTED EMPLOYMENT UND IPS	15
5.	HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN	21
5.1	GESELLSCHAFTSPOLITISCHES SYSTEM	21
5.2	ARBEITSMARKTSERVICE.....	23
5.3	UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE FÜR MENSCHEN MIT PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN	24
5.4	UNTERNEHMEN	26
	LITERATURVERZEICHNIS.....	28
	INTERNETSEITENVERZEICHNIS.....	31
	ANHANG: RECHERCHETEIL 1 – RELEVANZ, FOKUS UND DATENGRUNDLAGE	33
	ANHANG: RECHERCHETEIL 2 – LÄNDER IM FOKUS: ERKENNTNISSE UND INTERESSANTE BEISPIELE	48
	ANHANG: RECHERCHETEIL 3 – SUPPORTED EMPLOYMENT UND INDIVIDUAL PLACEMENT AND SUPPORT	127

1. Einleitung

Das Arbeitsmarktservice 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, Kapitel 6) am ersten Arbeitsmarkt zu lernen. queraum. kultur- und sozialforschung wurde 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.

Das Forschungsprojekt wurde im Jahr 2025 durchgeführt – das zugrunde liegende 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 1**). 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 (vgl. Łaszewska, Österle, Wancata et. al, 2018). Neben aktuellen Daten zur Arbeitsmarktintegration von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind wissenschaftliche Studien zu Einflussfaktoren und Auswirkungen selten (vgl. Gühne et al., 2022). Ein OECD-Bericht und -Ländervergleich von 2021 (OECD, 2021b) bietet interessante Einblicke in vergleichende Statistiken zwischen europäischen Ländern – wenngleich der Bericht eher eine interessante Orientierung als verlässliche Daten liefert. Der Bericht definiert „Menschen mit psychischen Erkrankungen“ als die 20 % der Befragten mit den niedrigsten Werten im psychischen Gesundheitszustand, „schwere psychische Erkrankungen“ umfassen die untersten 5 % dieser Gruppe. Es ist jedoch wichtig zu betonen, dass diese Zuordnung nicht auf klinischen Diagnosen beruht, sondern auf Selbsteinschätzungen der Befragten (vgl. OECD, 2021b). Die unklare Definition von Zielgruppen war im Laufe des Forschungsprojekts 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-Berichts, aber auch wegen der interessanten Vergleichbarkeit aufgrund kultureller Nähe und ähnlichem Arbeitsmarktsystem, gemeinsam mit den Auftraggeber:innen 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 2**). 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 ersten Arbeitsmarkt aus Deutschland und der Schweiz durchgeführt. Die halbstrukturierten qualitativen Interviews wurden mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (vgl. Mayring, 2015) ausgewertet. Alle Gespräche wurden via Zoom geführt, mit Einverständnis der Interviewten aufgenommen, transkribiert und mit MAXQDA analysiert:

- Interview 1: Experte im Bereich Supported Employment in einer Universitätsklinik (Schweiz)

- Interview 2: Expertin im Bereich institutionelle Arbeit zur beruflichen Rehabilitation und Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen (Schweiz)
- Interview 3: Experte im Bereich psychiatrische Rehabilitation (Schweiz)
- Interview 4: Experte im Bereich Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (Schweiz)
- Interview 5: Expertin im Bereich Sozialversicherungen (Schweiz)
- Interview 6: Experte im Bereich Projektumsetzung zu Individual Placement and Support (Deutschland)
- Interview 7: Expertin im Bereich universitäre Forschung zu Arbeit und Beschäftigung von Menschen mit psychischen Erkrankungen (Deutschland)
- Interview 8: Zwei Expertinnen im Bereich Projektumsetzung und universitäre Forschung zu Individual Placement and Support (Deutschland)
- Interview 9: Experte im Bereich 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 3**).

Die Ergebnisse der verschiedenen Rechercheteile wurden in Arbeits- und Rechercheprotokollen festgehalten, die mit den Auftraggeber:innen besprochen wurden. Der vorliegende, auf Wunsch der Auftraggeber:innen kompakt gehaltene, Ergebnisbericht bietet eine Synthese der relevantesten Aspekte aus den drei Rechercheteilen und eine Ableitung in Handlungsempfehlungen. 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 Ergebnisbericht¹ 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 Ergebnisworkshops mit den Auftraggeber:innen ergänzt wurde.

¹ 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 (Bähr, Collischon, 2022; Jahoda, 1983 nach Puhm, Strizek, Nowotny, 2025). 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 ersten Arbeitsmarkt betroffen (vgl. DGPPN, 2018; Gühne et al., 2022). „Aus dem „Teilhaberbericht 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 6 Prozent.“ (DGPPN, 2018: 157) 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 (vgl. Interview 7).

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 Vergleichbarkeit und Vollständigkeit der verfügbaren Zahlen in Mitleidenschaft. Viele Länder verfügen über keine spezifischen Angaben zur Betroffenheit, was die (Bedarfs-)Erkennung zusätzlich behindert (vgl. Łaszewska, Österle, Wancata et al., 2018).

Bereits die „Global Burden of Disease Study“ zeigte, dass die globale Verbreitung psychischer Erkrankungen zwischen 1990 und 2010 um 38 % zunahm und weiterhin steigt (vgl. Łaszewska, Österle, Wancata et al., 2018). In Österreich griffen laut Statistik Austria und dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger im Jahr 2012 rund 10 % der Bevölkerung aufgrund psychischer Belastungen auf Angebote des Gesundheitssystems zurück – ein Anstieg von etwa 12 % im Vergleich zu 2009 (vgl. Łaszewska, Österle, Wancata et al., 2018; Hofer, Wallner, 2012). Nach aktuelleren OECD-Daten waren 2019 in Österreich etwa 18 % der Bevölkerung psychisch erkrankt (vgl. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023). Eine systematische Datenanalyse von Łaszewska, Österle und Wancata ergab für 2018, dass zwischen 9 % und 15 % der erwachsenen Bevölkerung von Depressionen betroffen waren, 6,5 % von Angststörungen und 2,4 % von einer depressiven Störung (vgl. Łaszewska, Österle, Wancata et al., 2018). 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.“ (BMASGK, 2018: 1). Die COVID-19-Pandemie hat diese Entwicklungen weiter verschärft (vgl. OECD, 2021a; OECD, 2022). 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 % (vgl. OECD, 2021a). Das Risiko, an einer Depression zu erkranken, erhöhte sich zwischen 2020 und 2022 auf 46 % (vgl. OECD, 2022).

Generell ist davon auszugehen, dass die tatsächlichen Prävalenzen höher liegen, da Stigmatisierung, Unterdiagnostik und unzureichende Versorgung zu einer Unterschätzung führen (vgl. Łaszewska, Österle, Wancata et al., 2018).

3. Länderperspektiven

Wie bereits beschrieben, wurden aufgrund des OECD-Ländervergleichs (OECD, 2021b) 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 (vgl. Böhm et al., 2013). 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 Erwerbsfähigkeit – günstigere Bedingungen für die Teilhabe schaffen können als starre Systeme (vgl. Böhm et al., 2013).

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

3.1 Schweiz

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 %) 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 (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen, 2025). 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 kantonal 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 ersten Arbeitsmarkt (vgl. OECD, 2022). Die Schweiz bietet somit eine interessante Orientierung zur Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen am ersten Arbeitsmarkt – insbesondere aufgrund ihrer langjährigen Erfahrung in der Umsetzung von Supported Employment, klaren Zuständigkeiten und ihres Fokus auf eine frühe und arbeitsmarktnahe Unterstützung.

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 (vgl. Eidgenössisches Departement des Innern, Bundesamt für Sozialversicherungen, 2025).

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 (vgl. Eidgenössisches Departement des Innern, Bundesamt für Sozialversicherungen, 2025).

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 (vgl. Eidgenössisches Departement des Innern, Bundesamt für Sozialversicherungen, 2024). 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.

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, wie etwa der Inclusion Check für Unternehmen, helfen, Belastungen frühzeitig zu erkennen und Arbeitsplätze inklusiver zu gestalten².

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 Maßnahmen ableiten können. Ergänzend fördert die Toolbox die Vernetzung von Unternehmen, um gegenseitiges Lernen zu ermöglichen³.

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

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) – siehe zu dessen Grundsätzen Kapitel 4.

*„Das ist bei uns nichts mehr Neues, nicht mehr innovativ – das ist die Regelversorgung“
(Interview 1).*

² Vgl. <https://www.compasso.ch>, letzter Zugriff 16.09.2025.

³ Vgl. www.ebgb.admin.ch/de/toolbox-inklusive-arbeitsumfeld, letzter Zugriff 01.07.2025.

Wissenschaftliche Evaluationen an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich oder von Job Coach Placement Bern zeigen die Wirksamkeit (siehe dazu beispielsweise Zürcher et al. 2023 und Richter et al. 2019): Zwischen 40 und 60 Prozent der Teilnehmenden finden eine reguläre Anstellung, deutlich mehr als in traditionellen Rehabilitationsprogrammen. 100 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% vs. 25,9%). Im zweiten Jahr zeigte sich, dass die Personen der IPS-Gruppe über 24,5 Wochen auf dem ersten 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 (vgl. Hoffmann et al., 2014). Zentral 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.

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

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 % 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 findet⁴ (siehe auch Gühne, Riedel-Heller, 2015). Laut Teilhabebericht der deutschen Bundesregierung sind 50 % der Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen im Erwerbsalter nicht erwerbstätig, 20 % 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 (vgl. DGPPN, 2018).

⁴ Vgl. <https://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,> letzter Zugriff 28.10.2025.

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 (vgl. DGPPN, 2021). Zwar werden zunehmend Elemente von Supported Employment (SE) und Individual Placement and Support (IPS) in Deutschland integriert, doch bleibt die Umsetzung recht unterschiedlich. SE gilt als aufstrebender Ansatz, der in neueren Projekten und Förderprogrammen wie rehapro (siehe S. 11) verstärkt verankert wird (vgl. Gühne, Riedel-Heller, 2021). Bereits seit den 2000er-Jahren sind in Deutschland Modellprojekte mit 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 (vgl. DGPPN, 2018; DGPPN, 2021). Der Übergang aus geschützten Beschäftigungsformen in reguläre Arbeit bleibt selten und hängt stark von regionalen Angeboten, rechtlichen Rahmenbedingungen und individuellen Belastbarkeiten ab (vgl. Gühne, Riedel-Heller, 2015).

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 (vgl. Interview 7). 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 (siehe dazu OECD, 2014).

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 (vgl. Gühne, Riedel-Heller, 2015). 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 (vgl. Stengler et al., 2014 nach Gühne, Riedel-Heller, 2015). Insgesamt zeigt sich ein gut ausgebautes, aber stark sektorisiertes 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 (vgl. Interviews 6, 7). 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 psychischen Erkrankungen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) an (vgl. DRV, 2018). 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 (vgl. DRV, 2018).

Erwerbsminderungsrente der DRV

Die Erwerbsminderungsrente unterstützt Personen, die aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen – etwa infolge psychischer Erkrankungen – nur eingeschränkt oder gar nicht mehr arbeiten können.⁵ 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 (siehe DGPPN, 2017).

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 (vgl. Voswinkel, 2019).

Die Plattform BEMpsy⁶, 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.

⁵ Vgl. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Rente/Allgemeine-Informationen/Rentenarten-und-Leistungen/Erwerbsminderungsrente/erwerbsminderungsrente_node.html#:~:text=Rente%20wegen%20teilweis er%20Erwerbminderung%20und,dies%20auf%20Ihre%20Rente%20hat, letzter Zugriff 28.10.2025.

⁶ Vgl. <https://www.bempsy.de/>, letzter Zugriff 28.10.2025.

Good Practice-Beispiele

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 Vermittlung in geeignete Behandlungs- und Beratungsangebote sowie begleitende Kriseninterventionen.⁷ 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 % der Teilnehmenden wurden in den ersten Arbeitsmarkt reintegriert, insgesamt 60 % nahmen eine berufliche Tätigkeit auf. Die Ergebnisse zeigen ein deutliches Bild: Nur etwa 5 % der Personen mit diagnostizierter psychischer Erkrankung befanden sich zu Beginn in leitliniengerechter Behandlung – über 80 % waren entweder suboptimal oder gar nicht versorgt (vgl. Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention, o.A.).

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

Das Bundesprogramm „**Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro**“⁸ 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 ersten Arbeitsmarkt abzielen.

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. **LIPSY – Leipzig: Individual Placement and Support für psychisch kranke**

⁷ Vgl. <https://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, https://arbeitswelt.hessen.de/fileadmin/arbeitswelt/Dokumente/das_psychosoziale_coaching_informationsblatt_fuer_jobcenter.pdf, letzter Zugriff 28.10.2025.

⁸ Vgl. https://www.modellvorhaben-rehapro.de/DE/Home/home_node.html, letzter Zugriff 28.10.2025.

Menschen⁹ ist ein Modellprojekt im Rahmen von rehapro. Ziel ist die nachhaltige Integration psychisch erkrankter Menschen in den ersten 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 (vgl. Interview 6; Koschig et al., 2024).

Das **Supported Employment-Angebot des Zentrums für Psychiatrie Reichenau (ZfP)**¹⁰ 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 werden einbezogen. Die Evaluation (2015–2020) zeigte eine hohe Wirksamkeit: Rund 50 % der Teilnehmenden mit Psychose-Erkrankungen konnten nachhaltig in den allgemeinen Arbeitsmarkt integriert werden, während in der Kontrollgruppe keine erfolgreiche Vermittlung gelang (vgl. Flügel, Nischk, 2021). Darauf aufbauend untersucht die seit 2022 laufende, von der Deutschen Forschungsgesellschaft geförderte SEEarly-Studie¹¹, ob Supported Employment – insbesondere für junge Menschen mit Psychosen – herkömmlichen Rehabilitationsmaßnahmen überlegen ist.

Die **DGPPN-Task-Force Supported Employment** wurde eingerichtet, um die Umsetzung von Supported Employment (SE) und Individual Placement and Support (IPS) in Deutschland zu

⁹ Vgl. <https://www.helios-gesundheit.de/standorte-angebote/kliniken/leipzig/leistungen/fachbereiche/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/wissenschaft-forschung-projekte/lipsy/>, letzter Zugriff 28.10.2025, <https://jobcenter-leipzig.de/wp-content/uploads/2020/12/FlyerLIPSYFinal.pdf>, letzter Zugriff 28.10.2025, <https://jobcenter-leipzig.de/vermittlung/hilfe-in-schwierigen-lebenssituationen/rehapro/>, letzter Zugriff 28.10.2025.

¹⁰ Vgl. <https://www.zfp-reichenau.de/einrichtungen/supported-employment/supported-employment?q=%2Feinrichtungen%2Fsupported-employment%2F>, letzter Zugriff 28.10.2025.

¹¹ Vgl. <https://www.seearly.de/>, letzter Zugriff 28.10.2025.

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 (vgl. DGPPN, 2017). 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 (vgl. DGPPN, 2017; 2021).

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 Rehabilitationsdauer ist jedoch auf maximal zwei Jahre begrenzt, die Durchführung erfolgt in Einzel- oder Gruppensettings mit variabler therapeutischer Intensität (vgl. Gühne, Riedel-Heller, 2015).

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. 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 Beschäftigung¹² (vgl. Gühne, Riedel-Heller, 2015).

¹² Vgl. <https://www.bmas.de/DE/Soziales/Teilhabe-und-Inklusion/Rehabilitation-und-Teilhabe/Foerderung-der-Ausbildung-und-Beschaeftigung/unterstuetzte-beschaeftigung.html>, letzter Zugriff 28.10.2025, <https://www.rehadat.de/lexikon/Lex-Unterstuetzte-Beschaeftigung-UB/>, letzter Zugriff 28.10.2025, <https://www.rehadat-wfbm.de/ueberblick/arbeitsmarktnahe-angebote/individuelle-betriebliche-qualifizierung-und-unterstuetzte-beschaeftigung/>, letzter Zugriff 28.10.2025.

Good Practice-Beispiele bei der Unterstützung von Unternehmen

Inklupreneur¹³ 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 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.

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.

¹³ Vgl. <https://berlin.inklupreneur.de/>, letzter Zugriff 28.10.2025.

4. Supported Employment und IPS

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-Modell¹⁴ wird dazu gezählt (vgl. DGPPN, 2018). 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 (vgl. DGPPN, 2018). 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 (vgl. DGPPN, 2021).

SE entstand in den USA Ende der 1970er-/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 Europe) gegründet (vgl. EUSE, 2011) – 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 (vgl. EUSE, 2014). Die ASEE hat für SE-Programme gemeinsame Werte definiert: Individualität, Respekt, Selbstbestimmung, fundierte Entscheidungen, Empowerment, Vertraulichkeit, Flexibilität und Barrierefreiheit (vgl. EUSE, 2014).

SE wird generell als Interventionsmethode mit **fünf Phasen** beschrieben (vgl. EUSE, 2014):

(1) 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, barrierefreie Informationen der Fachdienste trägt dabei wesentlich zur Entscheidungsfindung bei.

¹⁴ 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.

(2) 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.

(3) 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 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.

(4) 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 Arbeitssuchenden und den betrieblichen Anforderungen agieren und hierfür Vertrauen, Marktkennntnis 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 sozialen auch wirtschaftliche Argumente überzeugend darzustellen, um Unternehmen für die Beschäftigung von Menschen mit Unterstützungsbedarf zu gewinnen, ist zentral.

(5) 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 (siehe EUSE, 2014).

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 (vgl. EUSE, 2014).

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

Kompetenzprofil: Anamnese, Berufsberatung, Entwicklungsplanung, Arbeitgeberansprache, Kooperationen, Kenntnisse in Arbeitsrecht, Arbeitssicherheit und Förderlandschaften. Sie vermitteln bei Bedarf an externe Dienste (vgl. Interview 8), 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 (vgl. EUSE, 2014). 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 (vgl. Interview 8).

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 5-Phasen-Modells entsprechen (vgl. EUSE, 2024; DGPPN, 2021). 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 (EUSE, 2014). Viele Programme integrieren einzelne SE-Elemente und bilden Mischformen zwischen vorbereitenden Maßnahmen (PVT) und SE (vgl. DGPPN, 2018). 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 (vgl. Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen – Sozialministeriumservice, 2025a). Neben sozialwirtschaftlichen Trägern entstehen zunehmend klinisch angebundene Varianten, etwa im Rahmen von rehapro-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 (vgl. Interview 7).

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 allgemeinen/ersten Arbeitsmarkt ist (vgl. Sundermann et al., 2022). In der Praxis wird IPS teilweise synonym zu SE verwendet, unterscheidet sich jedoch durch acht klar definierte Kernprinzipien (vgl. DGPPN, 2021):

- 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 (vgl. Interview 8; DGPPN, 2021). 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 (vgl. Flügel, Nischk, 2021; DGPPN, 2018; Interview 8). Die **Aufgaben und Kompetenzanforderungen** der IPS-Coaches entsprechen jenen in SE, erweitern sich aber um klinisch-psychiatrisches Fachwissen, da sie Teil multiprofessioneller Behandlungsteams sind (vgl. Gühne, Riedel-Heller, 2021). Sie bewegen sich gleichzeitig in der Welt der Arbeit und im psychiatrischen System (vgl. Interview 8).

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/Handbuch** (siehe Becker et al., 2019) und die **IPS Fidelity Scale**¹⁵ (siehe SAMSHA, 2025). 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 5-stufigen Skala. Ein Programm gilt erst ab 73 Punkten als IPS-konform; ab 115 Punkten als exemplarisch. Hohe Fidelity-Werte korrelieren signifikant mit besseren Integrationsergebnissen (siehe dazu Lockett et al., 2016; Jäckel, Leopold, Bechdorf, 2024).

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 % der Teilnehmenden in IPS-Programmen eine wettbewerbsfähige Beschäftigung, gegenüber 25 % 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.“¹⁶

Die S3-Leitlinie der DGPPN empfiehlt IPS mit höchstem Empfehlungsgrad (A) (vgl. DGPPN, 2018). Eine Metaanalyse von De Winter et al. (2022) über 32 RCTs bestätigt die Überlegenheit von IPS: 48,8 % der Teilnehmenden an IPS-Programmen wurden in den ersten Arbeitsmarkt integriert, gegenüber 28,3 % 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 (vgl. De Winter et al., 2022). 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 % der Klient:innen wurden nachhaltig in den allgemeinen Arbeitsmarkt integriert, während dies in der Kontrollgruppe keiner einzigen teilnehmenden Person gelang.“ (Flügel, Nischk, 2021) 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 € Einkommen (vgl. Nischk et al., 2023). Auch die befragten Expert:innen betonen neben der Evidenz die wirtschaftliche Attraktivität des Ansatzes (vgl. Interview 7, 8).

¹⁵ Vgl. <https://ipsworks.org/wp-content/uploads/2017/08/IPS-Fidelity-Scale-Eng1.pdf>, letzter Zugriff 28.10.2025.

¹⁶ Vgl. <https://ipsworks.org/index.php/evidence-for-ips/>, letzter Zugriff 28.10.2025.

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 zentral. Positive Effekte sind höhere Beschäftigungsraten und Lebensqualität, negative können Belastung oder Programmabbrüche sein (vgl. Sundermann et al., 2023).
- 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 und Bechdorf (2024) zeigen: Die Anzahl der Coachings korreliert positiv mit Integration. Ergänzende Trainings – soziale, kognitive und motivationale Module – erhöhen die Wirksamkeit (vgl. DGPPN, 2018; Richter, Hoffmann, 2019; Interview 7).
- Makroebene: Rahmenbedingungen wie 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.

Fazit

Ein aktuelles Problem ist der Rückgang erfolgreicher Vermittlungen von Menschen mit psychischer Erkrankung in Arbeitsplätze des ersten 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 (vgl. Richter, 2019; Richter, Hoffmann, 2019).

Für junge Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wurde Supported Employment and Education (SEE) entwickelt, das IPS-Prinzipien mit Bildungszugang kombiniert (vgl. DGPPN, 2021; Richter, 2019). Die IPS-Fidelity Scale wurde 2019 für junge Erwachsene erweitert. Aktuelle Studien (z. B. SEEarly, Jäckel et al., 2025) 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 ersten Arbeitsmarkt als prioritäres Ziel formuliert. Supported Employment (SE) wird dabei explizit als international evidenzbasierter Ansatz hervorgehoben, auf den in Österreich aufgebaut werden soll (vgl. GÖG, 2025). 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 (vgl. GÖG, 2025). Die interviewten Expert:innen bestätigen aktuelles „gesellschaftspolitisches“ Interesse an SE/IPS, verweisen aber auf schleppende Umsetzungen trotz jahrzehntelanger Evidenz (vgl. Interview 8). 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 (vgl. DGPPN, 2021). Ein Systemwandel sei erforderlich, etwa durch Abkehr vom „Payment for Performance“ hin zu „Payment for Results“ (Interview 8). Evidenzbasierte Ansätze – wie SE und IPS-Programme –

sollten gefördert werden nach dem Motto: „Wir unterstützen die, die nachgewiesenermaßen was Wirksames machen“ (vgl. Interview 8).

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 (vgl. Flügel, Nischk, 2021; Interview 8). 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 rehapro oder das Projekt LIPSY zeigen, wie Kooperation zwischen Jobcenter, psychosozialen Diensten und psychiatrischen IPS-Angeboten funktionieren kann (siehe S. 11f.).

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 ersten Arbeitsmarkt umfassender ermöglicht wird. Sie bieten interessante Anknüpfungspunkte für Österreich und sollen zur Diskussion anregen. Die Empfehlungen sind in unterschiedlichen Bezugsdimensionen dargestellt:

5.1 Gesellschaftspolitisches System

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 Arbeitsassistenten, 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.

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.

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 DGPPN¹⁷-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 Arbeitsassistentz (vgl. Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen – Sozialministeriumservice, 2025a; 2025b) genannt werden.

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

¹⁷ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.

aufeinander abzustimmen. Auch für komplexere Problemlagen – insbesondere bei psychischen Erkrankungen – entstehen dadurch stabilere Prozesse und niedrigschwellige Abstimmungen.

Wirkungsorientierung

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

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. Programzugänge 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“.

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/Organisationen/Projekten ein, um Kund:innen auch psychosozial zu unterstützen und 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 MANO¹⁸ in Kooperation mit dem AMS Niederösterreich), vermittelt. Oder Kund:innen werden an fit2work¹⁹ 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 #meinraum²⁰, um jungen Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen oder psychosozialen Problemen den (Wieder-)Einstieg in den ersten Arbeitsmarkt zu ermöglichen.

Dies sind jedoch maßgeblich Kooperationen mit externen Partner:innen, die hauptsächlich einen beruflichen Rehabilitationsfokus mit einem Augenmerk auf psychosoziale Beratung/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

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 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 GmbH (vgl. GÖG, 2025) fordert in ihren Empfehlungen eine solche Neuausrichtung. Auf der Jahrestagung des Österreichischen Komitees für Soziale Arbeit (ÖKSA)²¹ 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

¹⁸

https://dev.bbrz.at/fileadmin//user_upload/downloads/Angebotsinfos/Orientierungsangebote/Wien/Mano_Infoblatt_Wien.pdf, letzter Zugriff 05.12.2025.

¹⁹ <https://www.fit2work.at/artikel/wie-funktioniert-fit2work>, letzter Zugriff 05.12.2025.

²⁰ <https://www.boep.or.at/psychologische-behandlung/projekte/meinraum>, letzter Zugriff 05.12.2025.

²¹ <https://oeksa.at/jahrestagung-2025/>, letzter Zugriff 10.12.2025.

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-Qualitätskriterien²² (z. B. durch eine IPS-Fidelity-Skala) und ein regelmäßiges Monitoring.

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 ersten Arbeitsmarkt („First place, then train“) statt vorgelagerter Trainingsmaßnahmen, eine personenzentrierte, bedarfsorientierte Begleitung, flexible Zeitrahmen in Coaching und Betreuung sowie multiprofessionelle Teams, die medizinische, 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 Stelle²³ stehen hierbei die Arbeitsassistent:innen inklusive des NEBA-Betriebsservice (siehe Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen – Sozialministeriumservice, 2025b) und das Jobcoaching (siehe Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen – Sozialministeriumservice, 2025a), 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 (vgl. GÖG, 2025), 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 ersten Arbeitsmarkt gesehen. Im Bereich IPS wird es als wesentlich betrachtet, dass neue Angebote und Projekte in Österreich geschaffen und erprobt werden.

²² 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.

²³ Auch das Programm fit2work spielt mit seinem Case Management und der Kooperation mit dem Angebot der Arbeitsassistent:innen eine Rolle im Hinblick auf SE.

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.

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

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. 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.

Gemeinsame Lern- und Unterstützungsräume für Betriebe

Ein orientierungsstiftendes 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 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 Netzworkebildung. Auch in Österreich gibt es Tools für Unternehmen wie etwa den Barriere-Check des ÖZIV (Bundesverband für Menschen mit Behinderungen) 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.

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. Download: <https://ipsworks.org/wp-content/uploads/2019/12/Final-Fidelity-Manual-Fourth-Edition-112619.pdf>.
- Böhm, Stephan; Baumgärtner, Miriam; Dwertmann, David (Hrsg.) (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. Download: <https://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): Arbeitsassistentin 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, S. 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 (Hrsg.) (2021): Psychische Gesundheit fördern, Teilhabe an Arbeit sichern. Tagungsdokumentation, 05./06. und 07. Oktober 2020, Berlin, S. 189–192.
- GÖG, Gesundheit Österreich GmbH (Hrsg.) (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 Dachverbands 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. <https://www.iab-forum.de/erst-platzieren-dann-qualifizieren-wie-sich-die-integration-psychisch-kranker-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. <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.844616>
- 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, S. 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, S. 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, S. 845–852.
- Łaszewska, Agata; Österle, August; Wancata, Johannes; Simon, Judit (2018): Prevalence of mental diseases in Austria. In: *Wiener klinische Wochenschrift* 130, S. 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*, Vol. 21, No. 4, S. 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, S. 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.* <https://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 (Hrsg.) (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. <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, S. 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, S. 659–679.

Voswinkel, Stephan (2019): Rückkehr in die Arbeit bei psychischen Erkrankungen. Herausforderungen für das Betriebliche Eingliederungsmanagement. In: WSI Mitteilungen, 72. Jg., 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: S. 128-136. Springer Verlag

Internetseitenverzeichnis

Compasso Homepage: <https://www.compasso.ch>, letzter Zugriff 16.09.2025.

Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (EBGB) „Toolbox für ein inklusives Arbeitsumfeld“: <https://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“: <https://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,> letzter Zugriff 28.10.2025.

Deutsche Rentenversicherung „Erwerbsminderungsrenten“: https://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, letzter Zugriff 28.10.2025.

BEMpsy Homepage: <https://www.bempsy.de/>, letzter Zugriff 28.10.2025.

Psychologie-Aktuell „Psychosoziales Coaching bringt ein Drittel der Langzeitarbeitslosen wieder in Arbeit“: <https://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 Homepage: https://www.modellvorhaben-rehapro.de/DE/Home/home_node.html, letzter Zugriff 28.10.2025.

Helios Park-Klinikum Leipzig „LIPSY – Neue Chancen zur beruflichen Teilhabe“:
<https://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“: <https://www.zfp-reichenau.de/einrichtungen/supported-employment/supported-employment?q=%2Feinrichtungen%2Fsupported-employment%2F>, letzter Zugriff 28.10.2025.

SEEarly Homepage: <https://www.seearly.de/>, letzter Zugriff 28.10.2025.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales „Unterstützte Beschäftigung“:
<https://www.bmas.de/DE/Soziales/Teilhabe-und-Inklusion/Rehabilitation-und-Teilhabe/Foerderung-der-Ausbildung-und-Beschaeftigung/unterstuetzte-beschaeftigung.html>, letzter Zugriff 28.10.25.

Rehadat „Lexikon zur beruflichen Teilhabe: Unterstützte Beschäftigung (UB)“:
<https://www.rehadat.de/lexikon/Lex-Unterstuetzte-Beschaeftigung-UB/>, letzter Zugriff 28.10.2025.

Rehadat „Individuelle betriebliche Qualifizierung (InBeQ) / Unterstützte Beschäftigung“:
<https://www.rehadat-wfbm.de/ueberblick/arbeitsmarktnahe-angebote/individuelle-betriebliche-qualifizierung-und-unterstuetzte-beschaeftigung/>, letzter Zugriff 28.10.2025.

Inklupreneur Homepage: <https://berlin.inklupreneur.de/>, letzter Aufruf 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/Orientierungsangebot/Wien/Mano_Infoblatt_Wien.pdf, letzter Zugriff 05.12.2025.

Fit2work Homepage: <https://www.fit2work.at/artikel/wie-funktioniert-fit2work>, letzter Zugriff 05.12.2025.

BÖP #meinraum: <https://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: Rechercheteil 1 – Relevanz, Fokus und Datengrundlage

Dieses Recherchedokument wurde im Rahmen der kooperativen Forschungsarbeit mit dem AMS Wien als forschungsbegleitender Recherche- und Analysebaustein erstellt. Es dokumentiert zentrale Grundlagen und Vertiefungen des Forschungs- und Rechercheprozesses.

Im Unterschied zum Endbericht stellt es keine konsolidierte, redaktionell finalisierte Veröffentlichung dar, sondern bildet einzelne Schritte der Recherche und Analyse ab.

Das Dokument erfüllt wissenschaftliche Kriterien der Recherche und Analyse, entspricht jedoch nicht durchgehend den formalen Anforderungen eines eigenständigen Publikationstextes - etwa hinsichtlich einheitlicher Zitierweise oder formaler Gütekriterien.

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	35
2. RELEVANZ	36
3. FOKUS.....	40
4. DATENGRUNDLAGEN	41
LITERATURVERZEICHNIS.....	46

1. Einleitung

Dieser Recherecheteil²⁴ hat initial zum Forschungsprojekt erste Ausführungen zur Relevanz des Forschungsthemas und zum Forschungsfokus (Zielgruppen) aufbereitet. Zudem wurden allgemeine europäische Arbeitsmarktdaten von Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie Daten zu der generellen Prävalenz und Entwicklung von psychischen Erkrankungen recherchiert. Die Datenlagen zu Prävalenzen psychischer Erkrankungen und Arbeitsmarktdaten von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind in Österreich, in Europa, weltweit jedoch stark begrenzt. Verschiedene Definitionen, Diagnoseinstrumente und unterschiedlich eingeordnete Zielgruppen erschweren es zudem, umfassende Informationen zu Prävalenzen psychischer Erkrankung zu erhalten (vgl. Łaszewska, Österle, Wancata et. al, 2018: 141, 146). Neben aktuellen Daten zur Arbeitsmarktintegration von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind wissenschaftliche Studien zu Einflussfaktoren und Auswirkungen selten (vgl. Gühne et al., 2022). Ein OECD-Bericht und -Ländervergleich von 2021 (OECD, 2021b) gab interessante Einblicke in vergleichende Statistiken zwischen europäischen Ländern – wenngleich der Bericht eher eine interessante Orientierung weniger verlässliche Daten liefert.

²⁴ 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, welche 2008 von Österreich ratifiziert wurde. Erwerbstätigkeit ist von hoher Relevanz für alle Menschen, indem diese viele positive Effekte auf das Wohlbefinden haben: sie vermittelt Lebenssinn, steigert das Selbstbewusstsein und die Zufriedenheit und schafft soziale Anerkennung – um nur einige wenige dieser Effekte zu nennen (Strizek, Nowotny, Antony 2025: 37 nach Bähr/Collischon 2022; Jahoda 1983). 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 ersten Arbeitsmarkt betroffen. Zudem fehlt es an aktuellen Daten zur Arbeitsmarktintegration dieser Personengruppe sowie wissenschaftlichen Studien zu Einflussfaktoren und Auswirkungen (vgl. DGPPN, 2018: 157f.; Gühne et al., 2022).

Über psychische Erkrankungen zu sprechen, wird immer noch als Tabu betrachtet. Wenn Bewerber:innen beispielsweise bei Bewerbungsgesprächen ihre psychische Erkrankung offenlegen, wird zumeist ablehnend reagiert. Nach einer Studie in der Deutschschweiz äußerten 60% der befragten Führungskräfte, dass sie niemanden einstellen würden, der eine psychische Erkrankung bei einem Bewerbungsgespräch offenlegt. Zugleich sind nur 30% der befragten Führungskräfte im Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen/Krisen geschult worden. Sensibilisierungen und Schulungen für Führungskräfte oder Personalverantwortliche werden dementsprechend als zentraler Hebel gesehen, gesellschaftliche Vorurteile und Stigmata zu bekämpfen und so die Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu fördern. (Vgl. Baer et al., 2017) „Mit der aktivierenden Sozialpolitik sind also auch gesundheitlich eingeschränkte Personen aufgefordert, sich verstärkt am Arbeitsmarkt auszurichten und die Verantwortung für ihre Existenzsicherung zu übernehmen. [...] Eine vermehrte Integration gesundheitlich eingeschränkter Personen in den Arbeitsmarkt ist aber nur dann zu erreichen, wenn es Unternehmen gibt, die ihnen eine Arbeitsstelle anbieten und ihnen ermöglichen, trotz gesundheitlicher Einschränkungen einer bezahlten Beschäftigung nachzugehen“ (Gonon, 2023: 18) In dem Sinne empfiehlt auch die Kompetenzgruppe Entstigmatisierung in Österreich die Sensibilisierung und Schulung von Entscheidungsträger:innen in Unternehmen, als Gatekeeper der Inklusion (vgl. Strizek, Nowotny, Antony 2022:36, 40f.). „So gilt das Stigma, das mit psychischen Erkrankungen verbunden wird, als eine Hauptbarriere der Inklusion.“ (Gonon, 2023: 39)

Viele europäische und nationale politische Rahmenbedingungen (als auch Umsetzungs-Projekte) im Bereich der „Beschäftigungsaktivierung“ sind hinsichtlich der formulierten Zielgruppe recht breit aufgestellt. Häufig wird der Terminus Menschen mit Behinderungen verwendet und dabei Menschen mit chronischen Erkrankungen oder eben Menschen mit psychischen Erkrankungen subsumiert. Es wird jedoch – beispielsweise vom Forschungsprojekt „Comparison of available strategies for professional integration and reintegration of persons with chronic diseases and mental health“ – betont, dass Projekte und Strategien, die auf Menschen mit Behinderungen abzielen, nicht notwendigerweise die Bedürfnisse von Patienten mit chronischen Krankheiten und psychischen Problemen berücksichtigen, da die

Beschäftigungsbedürfnisse dieser beiden Gruppen nicht dieselben sind. (Vgl. Pathways Projekt, 2020)

Als Grundlage der gegenständlichen Studie „Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen am ersten Arbeitsmarkt“ ist es erforderlich, sich die Entwicklung von psychischen Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten zu vergegenwärtigen.

Datenlagen zu Prävalenzen psychischer Erkrankungen sind in Österreich, in Europa, weltweit begrenzt. Verschiedene Definitionen und Diagnoseinstrumente, unterschiedlich eingeordnete Zielgruppen erschweren es zudem, umfassende Informationen zu Prävalenzen psychischer Erkrankung zu erhalten. In vielen Ländern gibt es keine spezifischen Angaben darüber, wie viele Menschen von psychischen Erkrankungen betroffen sind – was die Erkennung von Bedarfen behindert. (Vgl. Łaszewska, Österle, Wancata et. al, 2018: 141, 146)

Die „Global Burden of Disease Study“ hat bereits 2010 attestiert, dass zwischen 1990 und 2010 die weltweite Verbreitung von psychischen Erkrankungen um 38% gestiegen ist und auch weiterhin zunimmt (vgl. ebd.: 141).

Nach Zahlen der Statistik Austria und dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger haben 2012 ca. 10% der österreichischen Bevölkerung auf Angebote des Gesundheitssystems wegen psychischer Belastungen zurückgegriffen (vgl. ebd.: 142; Hofer, Wallner 2012). Das ist im Vergleich zu 2009 ein Anstieg von ca. 12%.

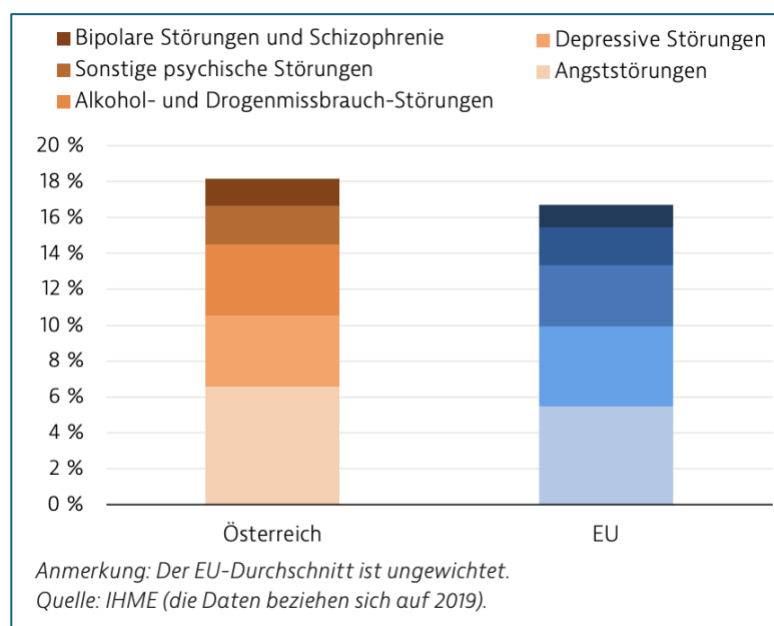


Abbildung 1 Angststörungen, depressive Störungen und Alkohol- und Drogenmissbrauch Störungen sind die häufigsten psychischen Erkrankungen in Österreich (vgl. OECD, 2023: 20).

Nach Zahlen der OECD und des European Observatory on Health Systems and Policies sind 2019 in Österreich ca. 18% der Bevölkerung psychisch erkrankt (vgl. OECD, 2023: 20).

Nach einer systematischen Überprüfung von verfügbaren und veröffentlichten Daten von Łaszewska, Österle, Wancata waren 2018 in Österreich zwischen 9 und 15% der erwachsenen Bevölkerung von Depressionen betroffen, 6,5% von Angststörungen und 2,4% hatten eine depressive Störung. (Vgl. Łaszewska, Österle, Wancata et. al, 2018: 146).

Nach diesen Daten liegt eine kontinuierliche Steigerung der von psychischen Erkrankungen betroffenen Menschen weltweit – und auch in Österreich – vor. 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

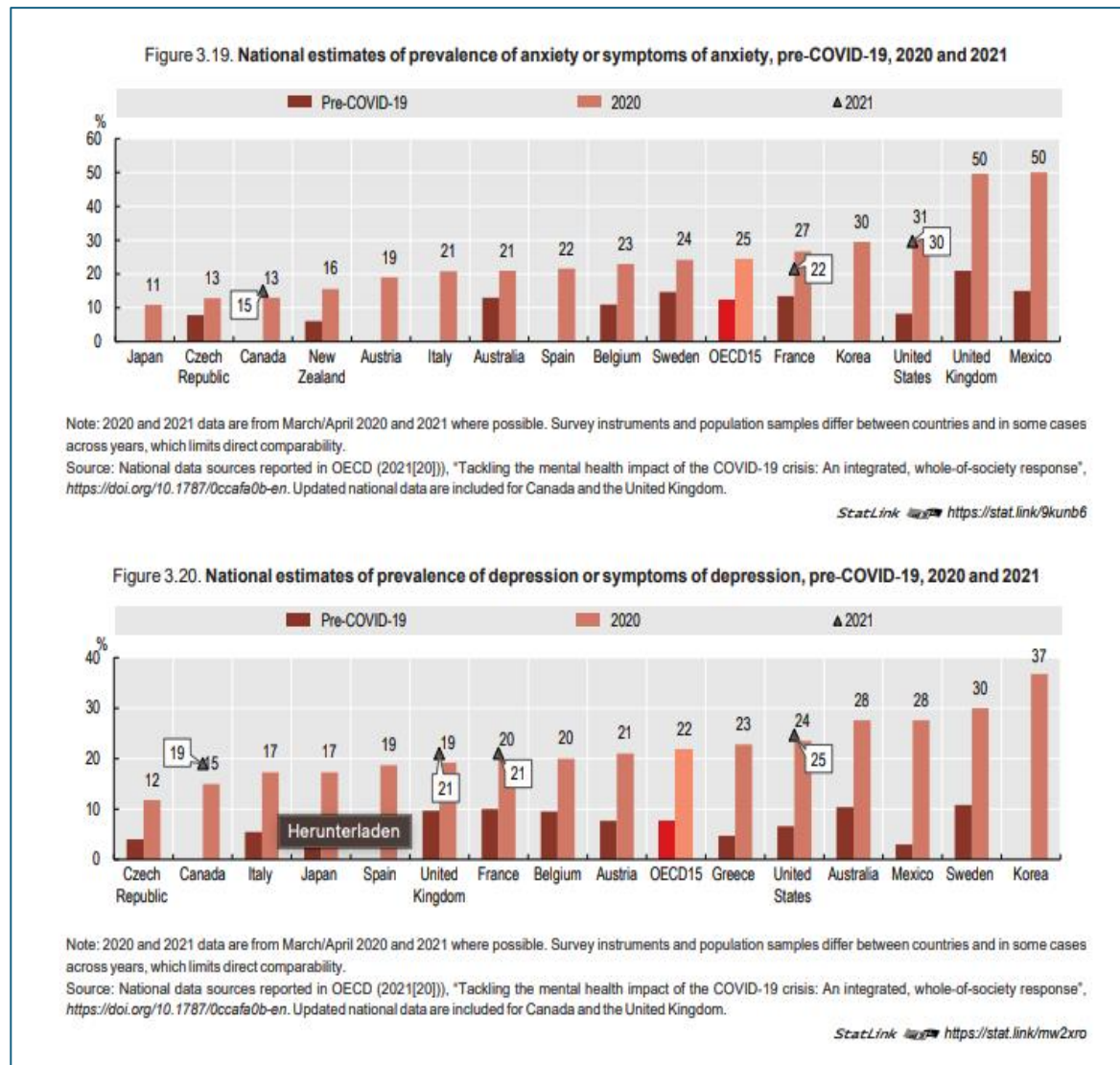
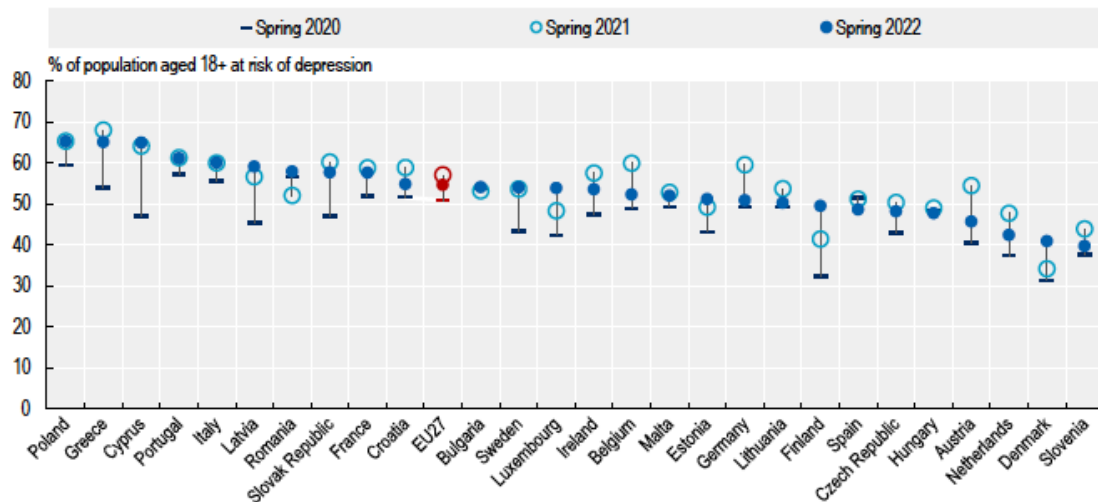


Abbildung 2 National estimates of prevalence of anxiety or symptoms of anxiety, pre-COVID-19, 2020 and 2021 und National estimates of prevalence of depression or symptoms of depression, pre-COVID-19, 2020 and 2021 (vgl. OECD, 2021a: 99).

Erkrankungen zu bemerken ist, in der Altersgruppe ab 40 Jahren eine „drastische Steigerung“ (BMASGK, 2018: 1)

Diese Analysen wurden vor der Corona-Pandemie vollzogen. Die nachhaltigen negativen Auswirkungen der Pandemie auf die psychische Gesundheit sind gemeinhin belegt – siehe beispielsweise die Studie „Exploring the over-time multifaceted impacts of three Covid-19 lockdowns on aspects of capability, wellbeing and mental health across vulnerabilities in Austria“ von Helter, Łaszewska und Simon, 2022.

Figure 3.13. Share of adults at risk of depression, 2020-22



Note: A risk of depression is defined as people with a WHO-5 score of less than 50 on a scale from 0-100.

Source: Eurofound's *Living, working and COVID-19 e-survey*.

StatLink  <https://stat.link/qvcu7m>

Abbildung 3 Share of adults at risk of depression (vgl. OECD, 2022: 101).

Die OECD hat über die Jahre der Corona-Pandemie die Prävalenzen von psychischen Erkrankungen, bzw. Symptomen von psychischen Erkrankungen in ihren Mitgliedsstaaten nachverfolgt. Klar zu erkennen ist die Zunahme von psychischen Erkrankungen bzw. Symptomen von psychischen Erkrankungen in allen OECD-Mitgliedsstaaten im Laufe der Pandemie – so auch in Österreich. Beispielsweise haben Depressionen oder depressive Krisen über den Zeitraum von zwei Jahren stark zugenommen – von 7,7% Betroffenheit in der Bevölkerung auf 21%. (Vgl. OECD 2021a: 99) Das Risiko von einer Depression betroffen zu werden, ist in Österreich zwischen 2020 und 2022 auf 46% gestiegen (vgl. OECD, 2022: 101).

Es muss zudem festgehalten werden, dass Datenlagen zu psychischen Erkrankungen aufgrund von fehlenden Diagnosen, Stigmatisierungen, nicht gedeckten Behandlungsbedarfen eher zu niedrige Zahlen angeben (vgl. Łaszewska, Österle, Wancata et. al, 2018: 142).

3. Fokus

Wie eingangs erwähnt, werden in Statistiken häufig Daten zu verschiedenen Zielgruppen subsumiert, ohne direkt erkenntlich zu machen, was die genaue Definition der Zielgruppe ist – Menschen mit psychischen Erkrankungen, die medizinisch diagnostiziert wurden, Menschen mit psychischen Problemen, in psychischen Krisen werden häufig zusammengefasst, was eine klare Datenlage verhindert.

In diesem Projekt wird auf die Zielgruppe von Menschen mit psychischen Erkrankungen (bzw. Störung – unterschiedliche englische Begrifflichkeiten lassen ebenso unterschiedliche Übersetzungen zu), diagnostiziert mit einer F-Diagnose, fokussiert.

„Laut Weltgesundheitsorganisation beschreibt der Begriff „Störung“ einen erkennbaren und systematisch erfassten Komplex von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten (z.B. sozialer Rückzug, Ängste, Schlafstörungen, Hoffnungslosigkeit), der mit subjektiven Belastungen und Beeinträchtigungen von alltäglichen Funktionen verbunden ist (Stieglitz & Hiller, 2013). Die Begriffe „psychische Erkrankung“ und „psychische Störung“ werden synonym verwendet. [...] Zu den häufigsten psychischen Erkrankungen zählen Depressionen, Angsterkrankungen und Störungen durch Alkoholkonsum.“ (Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien, 2023: 11)

Der ICD-Code (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) definiert und clustert verschiedene Krankheiten – so auch psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen, die unter dem Kapitel 10 – F²⁵ zusammengefasst sind. Zu der Kategorie F zählen beispielsweise: Organische Störungen (Demenz etc.), psychische Erkrankungen durch psychotrope Substanzen (u.a. durch Drogenkonsum), Schizophrenie und wahnhaftige Störungen, neurotische Störungen, Verhaltensauffälligkeiten, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Intelligenzminderung, Entwicklungsstörungen etc. (vgl. gesund.bund, 2025).

Im Kontext dieses Projektes wird jedoch der Bereich der Intelligenzminderung ausgeklammert.

²⁵ In Österreich wird im Gesundheitswesen aktuell noch überwiegend ICD-10 angewendet. Die ICD-11 ist die aktuelle, von der WHO herausgegebene internationale Klassifikation von Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen – diese ist zwar seit 2022 in Kraft, wird aber international schrittweise übernommen. So befindet sich auch Österreich aktuell in einer Übergangsphase.

4. Datengrundlagen

Ein OECD-Ländervergleich unterstreicht die Bedeutsamkeit, die Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen am ersten Arbeitsmarkt zu stärken. Länderübergreifend ist die Wahrscheinlichkeit, arbeitslos zu sein, bei Personen mit psychischen Erkrankungen viel höher als bei Personen ohne psychische Erkrankung – und diese Schere breitet sich weiter aus. Demnach haben es Menschen ohne psychische Erkrankungen um einiges leichter einen Arbeitsplatz zu finden als Menschen mit psychischer Erkrankung. Im Gesamtschnitt der OECD-Länder war die Arbeitslosenquote bei Menschen mit psychischer Erkrankung um 85% höher. Es ist dreimal so wahrscheinlich, dass Menschen mit psychischer Erkrankung arbeitslos sind, als Menschen ohne psychische Erkrankung. (Vgl. OECD, 2021b: 9, 26) Es gibt jedoch große Unterschiede zwischen den Ländern in diesem Vergleich:

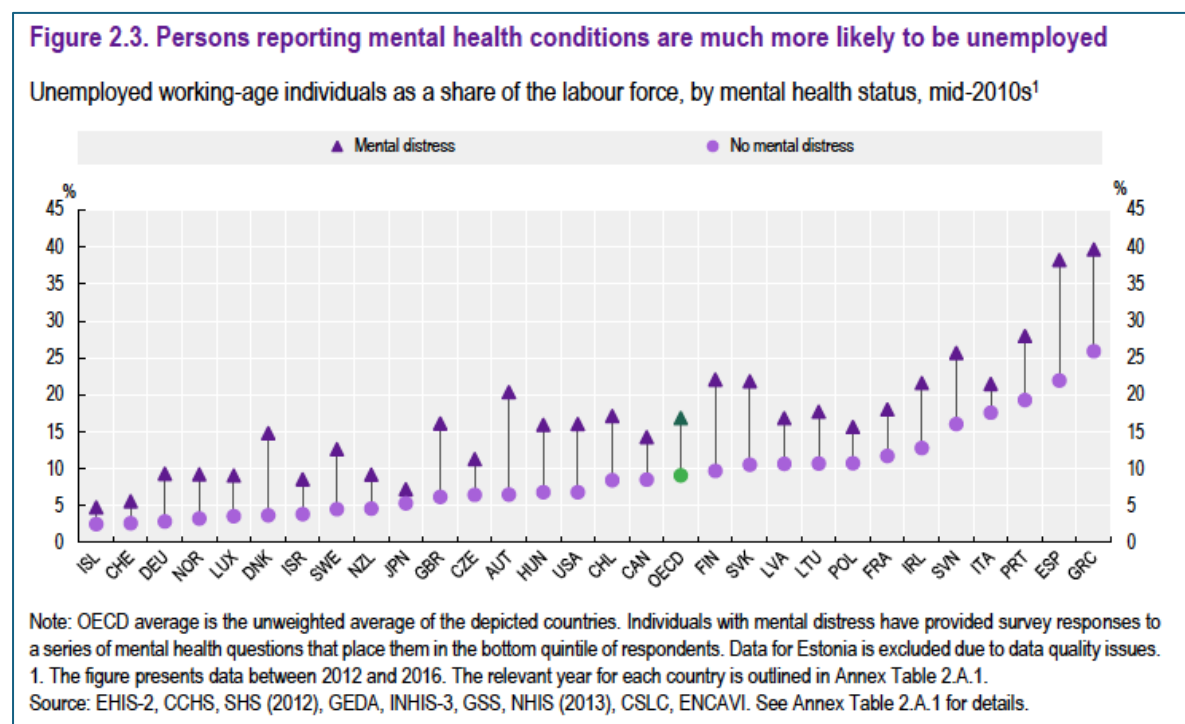


Abbildung 4 Persons reporting mental health conditions are much more likely to be unemployed (vgl. OECD, 2021b: 26).

Einzelne Länder fallen bei der Betrachtung dieses Quoten-Vergleichs (Anteil der erwerbslosen Personen an der Erwerbsbevölkerung) positiv auf – in dem Fall, wenn ihre Arbeitslosenquoten von Menschen mit und ohne Behinderung nah beieinander liegen. Dies kann so interpretiert werden, dass die Bevölkerung in den gleichen gesellschaftlichen Verhältnissen leben (gleiche Voraussetzungen für alle), aber das Land relativ erfolgreich ist, Menschen mit psychischer Erkrankung im Kontext der gesellschaftlichen Lage am ersten Arbeitsmarkt zu inkludieren.²⁶

²⁶ Die Daten beziehen sich auf die Jahre zwischen 2012 und 20216.

Bezogen auf den europäischen Raum liegen folgende Länder im Fokus: In der Schweiz beträgt die Quote von Menschen ohne psychische Erkrankung 2,6%, während sie bei Menschen mit psychischer Erkrankung bei 5,6% liegt. In Italien liegt die Quote bei 17,5% für Menschen ohne psychische Erkrankung und bei 21,5% für Menschen mit psychischer Erkrankung. In Tschechien beträgt sie 6,5% bzw. 11,3%, in Polen 10,7% bzw. 15,7%. In Luxemburg liegt die Quote bei 3,6% für Menschen ohne und bei 9,1% für Menschen mit psychischer Erkrankung. In Norwegen beträgt sie 3,3% bzw. 9,2%.

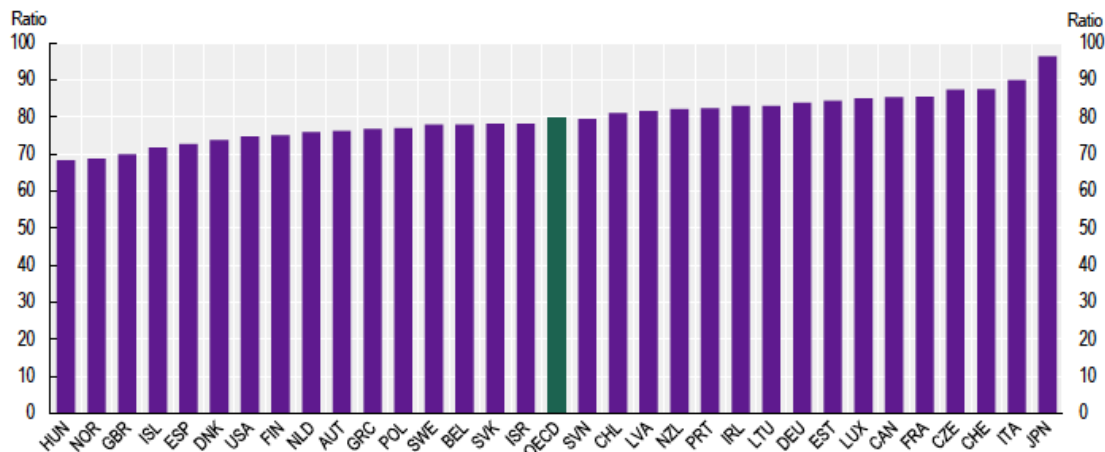
Beispielsweise liegen auch Deutschland, Frankreich oder Lettland unter dem OECD-Durchschnitt. Österreich liegt „weiter hinten im Feld“ mit einer Arbeitslosenquote von Menschen ohne psychische Erkrankung von 6,5% und von Menschen mit psychischer Erkrankung von 20,4% (zum Zeitpunkt der Erhebung).

Darüber hinaus deuten die Zahlen darauf hin, dass die Soziallandschaft, die politischen Initiativen und gesetzliche Grundlagen (natürlich auch kulturelle und demographische Begebenheiten) eine zentrale Rolle bei der „Minderung der Auswirkungen“ spielen können. Es gibt Länder mit recht ähnlichen Arbeitslosenquoten (bei Menschen ohne psychische Erkrankungen): z.B. Deutschland und Schweiz, Israel und Dänemark, Neuseeland und Schweden oder auch Tschechien und das Vereinigte Königreich. Hier fällt jedoch auf, dass sich die Arbeitslosigkeit von Menschen mit psychischer Erkrankung unterscheidet. (Vgl. ebd.: 26)

Wird das Verhältnis der Beschäftigungsquoten von Menschen mit und ohne psychische Erkrankung betrachtet, zeichnet sich bei manchen Ländern ein ähnliches, bei manchen Ländern ein unterschiedliches Bild:

Figure 2.1. The employment gap between persons with and without mental health condition is large

Employment rate ratio between persons with and without a mental health condition, mid-2010s¹



Note: OECD average is the unweighted average of the depicted countries. A value of 100 indicates that people with mental health conditions are equally likely to be working as persons without mental health conditions. Individuals with a mental health condition have provided survey responses to a series of mental health questions that place them in the bottom quintile of respondents.

1. The figure presents data between 2012 and 2016. The relevant year for each country is outlined in Annex Table 2.A.1

Source: EHIS-2, CCHS, SHS (2012), GEDA, INHIS-3, GSS, NHIS (2013), CSLC, ENCAVI. See Annex Table 2.A.1 for details.

StatLink <https://stat.link/bh0zky>

Abbildung 5 The employment gap between persons with and without mental health condition is large (vgl. OECD, 2021b: 24).

Italien (90%), Schweiz (87,5%), Tschechien (87,4%) Frankreich (85,5%), Luxemburg (85,1%) und Deutschland (84%) stehen nach wie vor über dem Durchschnitt und führen die Quote teils an. Norwegen (68,8%) und Polen (77%) fallen bei den Beschäftigungsquoten jedoch ab. Im Durchschnitt lag die Beschäftigungsquote²⁷ von Menschen mit psychischen Erkrankungen um 20 % niedriger als die von Menschen ohne psychische Erkrankungen.

Bei Personen mit schwerwiegenden psychischen Problemen (Personen mit einem psychischen Gesundheitszustand, der zu den niedrigsten 5% der Befragten gehört) ist der Unterschied bei der Beschäftigungsquote sogar noch größer, er beträgt im Durchschnitt fast 38%:

²⁷ „Dieser Indikator liefert einen einfachen Hinweis auf die relativen Beschäftigungsergebnisse dieser Gruppen. Da sich Übergänge in die Arbeitslosigkeit negativ auf die psychische Gesundheit auswirken (Paul und Moser, 2009; Murphy und Athanasou, 1999), ist es unwahrscheinlich, dass ein Land jemals einen Wert von 100 (für gleiche Beschäftigungsergebnisse) erreichen wird. Allerdings können die Staaten die Beschäftigungslücke durch verschiedene Maßnahmen schließen, indem sie arbeitslose Arbeitnehmer dazu bringen, sich mit ihrer psychischen Erkrankung auseinanderzusetzen, die Beschäftigungsaussichten von Menschen mit einer psychischen Erkrankung verbessern, den Arbeitsplatz so anpassen, dass Arbeitnehmer gegebenenfalls ermutigt werden, in Beschäftigung zu bleiben, und die Früherkennung und Behandlung von psychischen Erkrankungen verbessern (OECD, 2015). Erfolgreiche politische Maßnahmen in jedem dieser Bereiche würden den in Abbildung [5] dargestellten Indikator verbessern und ihn in Richtung 100 treiben.“ (ebd.: 24)

Figure 2.2. Across the OECD, one in two persons with a mental health condition are in work

Employed people aged 15-64 over total population aged 15-64, by mental health status, mid-2010s¹

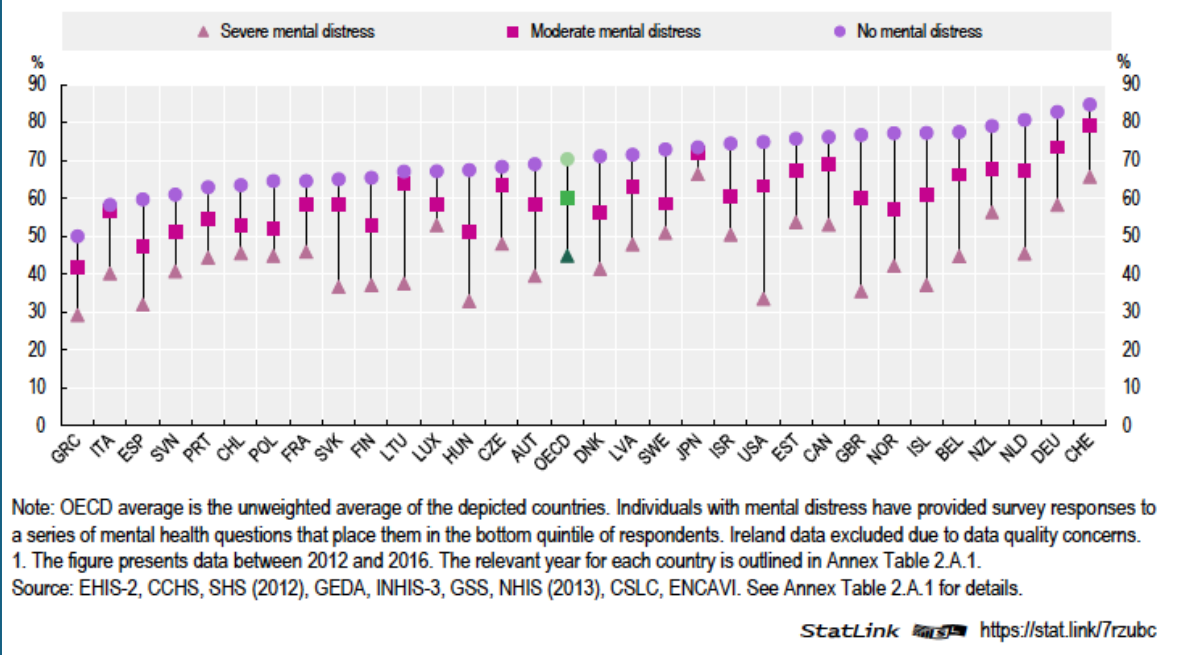


Abbildung 6 Across the OECD, one in two persons with a mental health condition are in work (vgl. OECD, 2021b: 25).

Die Abbildung 6 zeigt die zugrunde liegenden Beschäftigungsquoten – nach Schweregrad der psychischen Erkrankung bzw. Belastung (und im Hinblick auf die Gesamtbevölkerung zwischen 15 und 64).²⁸ Da dieses Projekt Menschen mit diagnostizierten psychischen Erkrankungen (nach F-Diagnose) fokussiert, sind die Daten für „severe mental distress“ relevanter.

Je näher die Kennzahlen der Arbeits-Quoten in den Ländern zusammen liegen, desto eher werden Menschen mit psychischer Erkrankung in den Arbeitsmarkt inkludiert – ebenso im Kontext der allgemeinen Beschäftigungsquote zu betrachten.

Auch in dieser Statistik stechen Luxemburg, Italien, Frankreich, Schweiz, Tschechien, Polen, Lettland und Deutschland heraus. Norwegen fällt hier ebenfalls ab.

²⁸ „Abbildung [6] zeigt die zugrunde liegenden rohen Beschäftigungsquoten nach Schweregrad der psychischen Erkrankung, was zeigt, dass der Quotient nur einen Teil der Aussagekraft hat. So schneiden beispielsweise sowohl Italien als auch die Schweiz in Abbildung [5] sehr gut ab, was zeigt, dass Personen mit einer psychischen Erkrankung in diesen Ländern ähnlich gute Beschäftigungsergebnisse erzielen wie Personen ohne diese Erkrankung. Abbildung [6] zeigt jedoch, dass diese hohen Quoten auf zwei unterschiedliche Realitäten zurückzuführen sind. Die Schweiz hat eine hohe Gesamtbeschäftigungsquote, während die Beschäftigungsquote in Italien relativ niedrig ist, unabhängig vom psychischen Gesundheitszustand. Generell besteht in der OECD eine starke Korrelation (0,89) zwischen den Beschäftigungsquoten von Personen mit und ohne psychische Erkrankungen. Die Tatsache, dass diese beiden unterschiedlichen Szenarien für die Schweiz und Italien zu ähnlichen Quoten führen, deutet auf ähnliche Ergebnisse, aber auf unterschiedliche potenzielle politische Lösungen hin. Italien könnte durch eine Verbesserung der allgemeinen Arbeitsmarktsituation wahrscheinlich mehr erreichen als durch eine Fokussierung auf Personen mit einer psychischen Erkrankung, da breit angelegte Arbeitsmarktmaßnahmen wahrscheinlich beiden Gruppen zugutekommen werden. Umgekehrt könnte die Schweiz das Wohlergehen von Menschen mit einer psychischen Erkrankung stärker verbessern, indem sie gezielte Maßnahmen für bedürftige Menschen durchführt.“ (OECD 2021b:25)

In Luxemburg liegt die Arbeitsquote von Menschen ohne psychische Erkrankung bei 67,1 %, während sie bei Menschen mit (schwerer) psychischer Erkrankung 52,8 % beträgt. In Italien beträgt sie 58,3 % bzw. 40,2 %, in Frankreich 64,6 % bzw. 45,8 %. In der Schweiz liegt die Arbeitsquote bei 84,8 % für Menschen ohne psychische Erkrankung und bei 65,7 % für Menschen mit (schwerer) psychischer Erkrankung. In Tschechien beträgt sie 68,3 % bzw. 48 %, in Polen 64,5 % bzw. 44,8 % und in Lettland 71,5 % bzw. 47,8 %. In Deutschland liegt die Arbeitsquote bei 82,8 % für Menschen ohne und bei 58,2 % für Menschen mit (schwerer) psychischer Erkrankung. In allen betrachteten Ländern ist die Arbeitsquote von Menschen mit (schwerer) psychischer Erkrankung deutlich niedriger als jene von Menschen ohne psychische Erkrankung. Die Differenzen sind beträchtlich und liegen je nach Land grob zwischen rund 14 und über 23 Prozentpunkten, was auf strukturelle Zugangsbarrieren zum Arbeitsmarkt hindeutet.

Der gesamte OECD-Ländervergleich, auf welchen diese Statistiken beruhen, definiert die Gruppe „Menschen mit psychischen Erkrankungen“ als Personen, die bei einer Reihe von Fragen zum psychischen Gesundheitszustand zu den untersten 20% gehörten. „Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“ als Personen, die bei diesen Fragen zu den untersten 5% gehörten. Es kann also nicht davon ausgegangen werden, dass diese Personen, hier als Menschen mit psychischer Erkrankung titulierte, eine Diagnose erhalten haben. In einer anderen Statistik des OECD wird angeführt, dass im OECD-Durchschnitt 29,9% der Personen, die als „Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung“ bezeichnet werden und 13,2% der Personen, die als „Menschen mit psychischer Erkrankung“ bezeichnet werden, sich diesbezüglich professionelle Hilfe gesucht haben. (Vgl. ebd.: 34)

In OECD-Ländern nahm mit der Einführung einer „aktivierenden“ Sozialpolitik die psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit zu. Während immer mehr Menschen aufgrund psychischer Erkrankungen in ihrer Erwerbsfähigkeit eingeschränkt sind, setzt die Sozialpolitik zunehmend auf Eigenverantwortung und erschwert den Zugang zu Erwerbsunfähigkeitsrenten. Betroffene sollen stärker in den ersten Arbeitsmarkt integriert werden, erhalten gleichzeitig weniger materielle Unterstützung. Die tatsächliche Integration in den Arbeitsmarkt hängt jedoch nicht nur von Sozialstaat und Betroffenen ab, sondern wird maßgeblich durch die Arbeitswelt bestimmt. Die moderne, leistungsorientierte Arbeitsorganisation bietet nur begrenzte Möglichkeiten zur Teilhabe für gesundheitlich eingeschränkte Personen und lässt wenig Raum für den Umgang mit krankheitsbedingten Leistungseinschränkungen. Damit die geforderte Eigenverantwortung funktioniert, müssten Unternehmen bereit sein, betroffene Personen einzustellen oder nach einer Erkrankung weiter zu beschäftigen. (Vgl. Gonon, 2023: 43f.)

Literaturverzeichnis

- Baer, Niklas; Frick, Ulrich; Auerbach, Sarah; Basler, Monica (2017): „Der tägliche Wahnsinn“ Psychisch auffällige Mitarbeitende und ihre Problemverlauf aus Sicht von Deutschschweizer Führungskräften. Luzern: Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2018): Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit. 3. Auflage.
- 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.
- Gesund.bund (2025): Übersicht ICD-Code-Suche: <https://gesund.bund.de/icd-code-suche/f> (zuletzt aufgerufen am 10.02.2025).
- Gonon, Anna (2023): Eingliederung als Rechtfertigungsarbeit. Konventionen betrieblicher Arbeitsintegration am Beispiel psychisch erkrankter Beschäftigter. Wiesbaden: Springer VS.
- Gühne, Uta; Pabst, Alexander; Kösters, Markus; Hasan, Alkomiet; Falkai, Peter; Kilian, Reinhold; Allgöwer, Andreas; Ajayi, Klemens; Baumgärtner, Jessica; Brieger, Peter; Frasch, Karel; Heres, Stephan; Jäger, Markus; Kühmann, Andreas; Putzhammer, Albert; Schneeweiß, Bertram; Schwarz, Michael; Becker, Thomas; Breilmann, Johanna; Riedel-Heller, Steffi (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: Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“ April 2012.
- Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien (2023): SUPArb Psychische Belastungen. Skriptum. Wien: Institut der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH.
- Łaszewska, Agata; Österle, August; Wancata, Johannes; Simon, Judit (2018) Prevalence of mental diseases in Austria. In: Wiener klinische Wochenschrift 130: S. 141–150.
- 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, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- Pathways Projekt (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.

<https://www.pathwaysproject.eu/publication-dissemination/professional-integration-and-reintegration-strategies-for-persons-with-chronic-diseases-and-mental-health-disorders/>

Strizek, Julian; Nowotny, Monika; Antony, Katharina (Hg.) (2022): Empfehlungen zur Reduktion direkter Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Zwischenbericht der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung. Gesundheit Österreich, Wien.

Anhang: Rechercheteil 2 – Länder im Fokus: Erkenntnisse und interessante Beispiele

Dieses Recherchedokument wurde im Rahmen der kooperativen Forschungsarbeit mit dem AMS Wien als forschungsbegleitender Recherche- und Analysebaustein erstellt. Es dokumentiert zentrale Grundlagen und Vertiefungen des Forschungs- und Rechercheprozesses.

Im Unterschied zum Endbericht stellt es keine konsolidierte, redaktionell finalisierte Veröffentlichung dar, sondern bildet einzelne Schritte der Recherche und Analyse ab.

Das Dokument erfüllt wissenschaftliche Kriterien der Recherche und Analyse, entspricht jedoch nicht durchgehend den formalen Anforderungen eines eigenständigen Publikationstextes - etwa hinsichtlich einheitlicher Zitierweise oder formaler Gütekriterien.

Inhaltsverzeichnis

1.	EINLEITUNG	51
2.	LÄNDER IM VERGLEICH: SCHWEIZ, DEUTSCHLAND UND ÖSTERREICH.....	53
3.	BEISPIEL SCHWEIZ.....	55
3.1	RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN UND SOZIAL- UND UNTERSTÜTZUNGSSYSTEME	55
3.1.1	Systemische Grundlage: Die Invalidenversicherung (IV)	56
3.1.2	Regionale Arbeitsvermittlungszentren (RAV)	62
3.1.3	Fallführung bei der Invalidenversicherung	63
3.1.4	Zentrale Organisationen und Netzwerke	65
3.1.5	Strukturierter Beispiel-Prozess.....	67
3.2	UNTERSTÜTZUNGEN, ANREIZE, RECHTE UND PFLICHTEN FÜR UNTERNEHMEN.....	67
3.3	BERATUNGS- UND BEGLEITUNGSANGEBOTE FÜR UNTERNEHMEN.....	69
3.4	WEITERBILDUNGS-, BERATUNGS- UND BEGLEITUNGSANGEBOTE FÜR EINZELPERSONEN	72
3.4.1	Job Coach Placement (JCP), Bern	72
3.4.2	Supported Employment der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich und der Privatklinik Clenia Schlössli in Oetwil am See	76
3.4.3	Supported Employment der dreishiibe	79
3.4.4	Pro Mente Sana.....	82
3.5	GESELLSCHAFTLICHES BEWUSSTSEIN UND ENTSTIGMATISIERUNG	85
3.5.1	Sensibilisierungskampagne: Wie geht's dir?	85
3.5.2	Sensibilisierungs- und Beratungsprojekt: Arbeitsmarkt Inklusiv	86
4.	BEISPIEL DEUTSCHLAND	87
4.1	RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN UND SOZIAL- UND UNTERSTÜTZUNGSSYSTEME	89
4.1.1	Systemische Grundlage: Die Deutsche Rentenversicherung (DRV).....	90
4.1.2	DRV: Erwerbsminderungsrente und Arbeitserprobung	91
4.1.3	Agentur(en) für Arbeit	91
4.1.4	Jobcenter	92
4.1.5	Integrationsfachdienste (IFD).....	92
4.1.6	Integrationsämter	93
4.1.7	Strukturierter Beispiel-Prozess.....	94
4.1.8	Angebote der Rehabilitationsleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	96
4.1.9	Best-Practice Bereiche	102
4.2	UNTERSTÜTZUNGEN, ANREIZE, RECHTE UND PFLICHTEN FÜR UNTERNEHMEN.....	106
4.2.1	Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM)	107
4.3	BERATUNGS- UND BEGLEITUNGSANGEBOTE FÜR UNTERNEHMEN.....	108
4.3.1	Inklupreneur	109
4.3.2	Lots*	111
4.4	WEITERBILDUNGS-, BERATUNGS- UND BEGLEITANGEBOTE FÜR EINZELPERSONEN.....	112
4.4.1	LIPSY.....	112
4.4.2	Supported Employment des ZfP Reichenau	114
4.5	GESELLSCHAFTLICHES BEWUSSTSEIN UND ENTSTIGMATISIERUNG	115
4.5.1	Peers at Work – Deutsche Bahn.....	116
4.5.2	Mental Health First Aid (MHFA) Ersthelfer	117
4.6	WEITERE INITIATIVEN	118

4.6.1 DGPPN-Task-Force Supported Employment	118
4.6.2 Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro	119
LITERATURVERZEICHNIS.....	121
INTERNETSEITENVERZEICHNIS.....	124

1. Einleitung

Dieser Rechercheteil²⁹ befasst sich mit der Untersuchung und Förderung der Inklusion von Menschen mit psychischer Erkrankung in den regulären Arbeitsmarkt in den ausgewählten Ländern Deutschland und Schweiz. Die zwei Länder wurden in Absprache mit den Auftraggeber:innen auf Grundlage der Daten des OECD-Ländervergleichs (OECD (2021b) und insbesondere aufgrund der kulturellen Nähe und ähnlichem Arbeitsmarktsystemen ausgewählt. Die Recherchen zeigten insgesamt, dass kein Land für sich als Good Practice Beispiel hinsichtlich der Inklusion der Personengruppen fungieren kann. Dies wurde durch mehrere Expert:innen-Interviews weiter 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 schließlich ausgewählt, da die Länder (und dortigen ansässigen Good-Practice-Beispiele) für Österreich spannende Diskussionsgrundlagen liefern können und so wichtige Anhaltspunkte für die Weiterentwicklung von Maßnahmen und Strukturen in Österreich bilden können.

Der Fokus bei den Recherchen in den ausgewählten Ländern lag auf Maßnahmen und Projekten, die Menschen mit psychischen Erkrankungen den (Wieder-)Einstieg in den ersten Arbeitsmarkt ermöglichen, sei es nach einem Ausschluss oder bei erstmaliger Integration. Dabei steht nicht die Prävention von Exklusion – etwa durch Maßnahmen zum Erhalt bestehender Arbeitsverhältnisse – im Mittelpunkt, sondern vielmehr die aktive Unterstützung beim Zugang zu beruflicher Teilhabe.

Ein besonderes Augenmerk wird in dem folgenden Dokument auf verschiedene Arbeitsmarktinklusionsbereiche in den ausgewählten Ländern gelegt, darunter:

- Gesetzliche, rechtliche Rahmenbedingungen und allgemeine Unterstützungs- und Sozialsysteme (z.B. Pensions- und Invaliditätssysteme, wichtige Institutionen und Akteur:innen)
- Staatliche Unterstützungen, Anreize, Rechte und Pflichten für Unternehmen
- Beratungs- und Begleitungsangebote für Unternehmen
- Weiterbildungs-, Beratungs- und Begleitangebote für Einzelpersonen (u.a. berufliche Rehabilitation, (Wieder-)Eingliederung, Qualifizierungs- und Umschulungsprogramme, Arbeits- und Beschäftigungsassistenz, Jobcoaching)
- Gesellschaftliches Bewusstsein und Entstigmatisierung

Ziel dieser Recherche war es, praxisnahe und nachhaltig-erfolgreiche Strategien, Vorgehensweisen oder Rahmenbedingungen zu identifizieren, die sowohl den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen als auch den Anforderungen des Arbeitsmarktes gerecht werden. Diese Recherche hat nicht den Anspruch, die Systeme rund um berufliche Rehabilitation von

²⁹ 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.

Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland und der Schweiz ganzheitlich zu erfassen.

Neben Internet- und Literaturrecherchen wurden Interviews mit Expert:innen im Bereich Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen am ersten Arbeitsmarkt aus Deutschland und der Schweiz geführt. Die halb-strukturierten qualitativen Interviews wurden mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (siehe Mayring, 2015) ausgewertet. Alle Gespräche wurden via Zoom geführt, mit Einverständnis der Interviewten aufgenommen, transkribiert und mit MAXQDA analysiert.

- Interview 1: Experte im Bereich Supported Employment in einer Universitätsklinik (Schweiz)
- Interview 2: Expertin im Bereich institutionelle Arbeit zur beruflichen Rehabilitation und Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen (Schweiz)
- Interview 3: Experte im Bereich psychiatrische Rehabilitation (Schweiz)
- Interview 4: Experte im Bereich Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (Schweiz)
- Interview 5: Expertin im Bereich Sozialversicherungen (Schweiz)
- Interview 6: Experte im Bereich Projektumsetzung zu Individual Placement and Support (Deutschland)
- Interview 7: Expertin im Bereich universitäre Forschung zu Arbeit und Beschäftigung von Menschen mit psychischen Erkrankungen (Deutschland)
- Interview 8: Zwei Expertinnen im Bereich Projektumsetzung und universitäre Forschung zu Individual Placement and Support (Deutschland)
- Interview 9: Experte im Bereich regionale Stellen der Invalidenversicherung, IV-Stellen-Konferenz (Schweiz)

2. Länder im Vergleich: Schweiz, Deutschland und Österreich

Die arbeitsmarktliche Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist in allen drei Ländern – Deutschland, Österreich und der Schweiz – ein wachsendes politisches und gesellschaftliches Thema. Alle drei Länder verfolgen das Ziel, Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht aus dem Arbeitsmarkt zu drängen, sondern durch frühzeitige Unterstützung, Coaching und Fördermaßnahmen zu stabilisieren und zu integrieren. Die steigende Zahl an psychisch bedingten Krankenständen, Frühpensionierungen und Erwerbsunfähigkeiten stellt die Systeme vor große Herausforderungen. Trotz ähnlicher Problemlagen unterscheiden sich die drei Länder hinsichtlich gesetzlicher Rahmenbedingungen, Maßnahmen, Leistungsträger und betrieblichen Unterstützungsangeboten zum Teil deutlich. Einen Vergleich erschwert, dass Leistungen für Menschen mit Behinderungen von verschiedensten Trägern bereitgestellt werden. In Vergleich zu Deutschland und Österreich wird in der Schweiz jedoch ein überwiegender Teil der Leistungen und Maßnahmen durch Invalidenversicherung gebündelt.

In allen drei Ländern schützen **Gesetze** vor Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und sollen für Gleichstellung in allen Lebensbereichen sorgen, die auch arbeitsrechtliche Relevanz haben. Was in Österreich das Bundesbehindertengleichstellungsgesetz (BGStG) festschreibt ist in Deutschland das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) und in der Schweiz das Behindertengleichstellungsgesetz (BehiG) sowie Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) (vgl. Böhm et al. 2013). Alle diese Gesetze „verbieten ausdrücklich Benachteiligungen aufgrund einer Behinderung bei der Einstellung, beim beruflichen Aufstieg und bei den Arbeitsbedingungen und garantieren sozialen Schutz sowie den Zugang zu Bildung und weiteren öffentlichen Gütern“. (Ebd.: 42)

Sowohl in Österreich als auch in Deutschland wurde die **Beschäftigungsquote** für Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen, die Arbeitgeber:innen zur Einstellung dieser verpflichtet, eingeführt: in Deutschland sollen bei mind. 20 Arbeitnehmer:innen 5% Menschen mit Behinderungen bzw. psychischen Erkrankungen sein, in Österreich 4% auf mind. 25 Arbeitnehmer:innen. In beiden Ländern sind Ausgleichsabgaben zu tätigen, falls die Quote nicht erfüllt wird. Anders ist es in der Schweiz: hier gibt es keine Quotenregelung, wenngleich derzeit über die Möglichkeit eines Belohnungssystems für Betriebe, die die Personengruppen einstellen, diskutiert wird. (Vgl. ebd.)

Gemeinsam ist allen drei Ländern, dass Arbeitgeber:innen **Zuschüsse** erhalten, die beispielsweise Arbeitsplatzanpassungen ausgleichen sollen. Die Zuschüsse sind in der Regel zeitlich befristet. In Deutschland kann über die Agentur für Arbeit eine Förderhöhe von 70% des Arbeitsentgeltes für zwei Jahre beantragt werden. In der Schweiz kann über die Invalidenversicherung ein Einarbeitungszuschuss beantragt werden, sofern eine begrenzte Leistungsfähigkeit vorliegt. Um das finanzielle Risiko zu minimieren, wird bei einem Rückfall des Arbeitnehmers innerhalb von 24 Monaten für Beitragserhöhungen der beruflichen Vorsorge und der Krankentaggeldversicherung entschädigt. (Vgl. ebd.)

Ein Ziel, das alle drei Länder verfolgen, ist es, dem Konzept „der Pension auf Lebenszeit“ entgegenzuwirken und Menschen, die bereits eine Pension/Invalidenrente beziehen, wieder in

den allgemeinen Arbeitsmarkt zu integrieren. In den Ländern ist das Problem inhärent, dass einem höheren Zustrom zur Pension ein relativ geringer Abfluss gegenübersteht. Ein grundlegendes Problem, das in der ökonomischen Literatur als „Moral Hazard“ beschrieben wird, besteht darin, dass großzügige **Rentenregelungen** zwar soziale Sicherheit schaffen, aber gleichzeitig den Anreiz verringern können, eine Rückkehr in den Arbeitsmarkt zu versuchen – selbst wenn sich der Gesundheitszustand verbessert. Menschen, die Leistungen beziehen, verlieren bei Arbeitsaufnahme oder steigendem Einkommen oft einen großen Teil ihrer Rentenansprüche, was Beschäftigungsversuche unattraktiv machen kann. Ein Vergleich der Systeme in Deutschland, der Schweiz und Österreich macht deutlich, wie unterschiedlich Pensionen, Invaliditäts- und Erwerbsminderungsrenten ausgestaltet sind – mit jeweils spezifischen Konsequenzen für die Arbeitsmarktintegration. In Deutschland etwa wird eine teilweise Erwerbsminderungsrente gewährt, wenn die tägliche Arbeitsfähigkeit unter sechs, eine volle Rente bei unter drei Stunden liegt – bezogen auf jede Tätigkeit am allgemeinen Arbeitsmarkt, nicht auf den erlernten Beruf. In der Schweiz erfolgt die Rentenvergabe in vier Abstufungen ($\frac{1}{4}$ -, $\frac{1}{2}$ -, $\frac{3}{4}$ - und volle Rente) je nach Invaliditätsgrad, der sich wiederum aus dem Verhältnis von hypothetischem zu tatsächlichem Einkommen ergibt. Österreich hingegen kennt keine solche Staffelung: Entweder liegt eine Erwerbsminderung unter 50 % vor, was zur vollen Pension führt – oder es besteht kein Anspruch. Auch die Zuverdienstregelungen variieren stark. Während in Deutschland bereits eine tägliche Arbeitszeit von über drei bzw. sechs Stunden zum automatischen Wegfall der Rente führt – unabhängig vom Einkommen –, wird in der Schweiz der Rentenbetrag schrittweise entsprechend dem realen Erwerbseinkommen angepasst. In Österreich hingegen ist ein sogenannter „pensionsunschädlicher Nebenverdienst“ bis zu einem monatlichen Gesamteinkommen von 1.050 € möglich. Oberhalb dieser Grenze wird der Pensionsbetrag reduziert, jedoch nur bis zu einer definierten Obergrenze, die weder das Erwerbseinkommen noch 50 % der Pension übersteigen darf. Schließlich unterscheidet sich auch die Dauer: Während in Deutschland und Österreich primär befristete Pensionen gewährt werden (meist für zwei bis drei Jahre), die nur bei dauerhafter Erwerbsunfähigkeit verlängert oder entfristet werden, kennt die Schweiz keine Zeitrenten. Hier erfolgt jedoch eine regelmäßige Überprüfung des Invaliditätsgrades und gegebenenfalls eine Anpassung der Rentenhöhe. Insgesamt zeigt sich, dass differenzierte Regelungen, transparente Zuverdienstmöglichkeiten und abgestufte Systeme wie jenes der Schweiz mehr Anreize für Arbeitsaufnahme bieten als starre Grenzmodelle. (Vgl. Böhm et al. 2013)

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Politikansätze in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich sind. „Die volkswirtschaftliche Forschung zur Wirksamkeit dieser Integrationspolitik ist noch in den Anfängen. Eine abschließende Wertung der einzelnen Politikansätze ist daher beim derzeitigen Stand der Forschung noch nicht möglich.“ (Böhm et al., 2013: 41). Im Folgenden soll ein gezielter Blick in die Länder Schweiz und Deutschland vorgenommen werden, wobei kein Anspruch auf Vollständigkeit bei den Recherchen erhoben. Alle Erkenntnisse fußen auf aktueller wissenschaftlicher Literatur, aktuellen – soweit vorhanden – Statistiken aus den Ländern, Internetrecherchen sowie neun Expert:innen-Interviews aus den ausgewählten Good Practice Ländern. Vielmehr sollen einzelne Erkenntnisse aus den Ländern interessante Anknüpfungspunkte für Österreich zur Diskussion stellen.

3. Beispiel Schweiz

Die Arbeitslosigkeit von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist wie in vielen anderen Ländern deutlich höher als in der Gesamtbevölkerung – jedoch ist die Erwerbstätigenquote von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Vergleich zu anderen OECD-Ländern hoch (vgl. OECD, 2014). Gesellschaftliche Stigmatisierung erschwert auch in der Schweiz weiterhin die Chancen auf dem ersten Arbeitsmarkt. Zudem 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 und in den Bereichen, wo keine universitäre Forschung zu finden ist, ist das 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 (BMSGPK, 2020). Auch das Prinzip „Supported Employment“ mit begleitendem Jobcoaching ist – allerdings vorwiegend im städtischen Raum – verbreitet und unterstützt eine nachhaltige Integration in den ersten Arbeitsmarkt (vgl. OECD, 2022).

Die Schweiz gilt somit als interessante Orientierung im Themenbereich der Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen am ersten Arbeitsmarkt – insbesondere aufgrund ihrer langjährigen Erfahrung in der Umsetzung von Supported Employment, klaren Zuständigkeiten und dem Fokus auf frühe, arbeitsmarktnahe Unterstützung (vgl. ILO, 2022).

3.1 Rechtliche Rahmenbedingungen und Sozial- und Unterstützungssysteme

In der Schweiz gibt es kein einheitliches Gesetzbuch wie in Deutschland (z.B. das Sozialgesetzbuch), das die Rechte von Menschen mit Behinderungen zentral regelt. Stattdessen ist das Thema auf mehrere Gesetze und Regelwerke verteilt. Für die Teilhabe am Arbeitsmarkt und die Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind insbesondere folgende Regelungen relevant:

Das **Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG)** ist das zentrale Gesetz für Leistungen zur beruflichen (Wieder-)Eingliederung. Das Gesetz regelt die Ansprüche auf die Leistungen der Invalidenversicherung bei körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen und enthält Bestimmungen zu Eingliederungsmaßnahmen, Umschulung, Arbeitsversuchen, Jobcoaching und vielen mehr.

Das **Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)** regelt die übergreifenden Grundsätze, Verfahren und Begriffe für alle Sozialversicherungen in der Schweiz

– darunter auch die Invalidenversicherung. Es schafft einheitliche Regeln zu Leistungen, Mitwirkungspflichten, Rechtsmitteln und zum Verfahrensablauf.

Die **Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV)** konkretisiert das IV-Gesetz und legt Details zur Durchführung fest – etwa zur Rentenbemessung, Eingliederungsmaßnahmen, medizinischen Abklärung oder Organisation der IV-Stellen.

Das **Behindertengleichstellungsgesetz (BehiG)** regelt den Diskriminierungsschutz und die Gleichstellung im öffentlichen Leben und teilweise am Arbeitsplatz. Das Ziel ist die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen und psychischer Erkrankungen u.a. hinsichtlich des Zugangs zur Bildung, zu öffentlichen Einrichtungen und zum Arbeitsmarkt.

Weitere relevante Regelwerke sind das Obligationenrecht (OR), welches u.a. den Kündigungsschutz bei Krankheit enthält, als auch das Arbeitslosenversicherungsgesetz (AVIG) für Leistungen bei Arbeitslosigkeit.

„Das ist wirklich spannend, weil die Schweiz ist ein föderales Land, aber im Bereich, der Eingliederung ist es sehr zentral organisiert, was die Gesetzgebung angeht und für die Durchführung, für die konkrete Umsetzung sind dann die kantonalen Stellen zuständig, die eigentlich das Bundesrecht dann umsetzen, aber natürlich auch über einen gewissen Handlungsspielraum verfügen. Es gibt auch immer Stimmen oder Klagen über die uneinheitliche Umsetzung. Aber dafür haben die einfach den großen Vorteil, dass sie nahe bei dem Wesentlichen sind und auch die regionalen Arbeitgeber kennen.“ (Interview 4)

Die Schweiz verfügt allgemein über ein vielschichtiges System zur Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bei der (Wieder-)eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt. Dabei spielen verschiedene Akteur:innen eine Rolle, darunter die **Invalidenversicherung (IV)**, die Regionalen **Arbeitsvermittlungszentren (RAV)** sowie zahlreiche spezialisierte Organisationen – darunter auch Psychiatrische Universitäts- und Privatkliniken.

3.1.1 Systemische Grundlage: Die Invalidenversicherung (IV)

Die Invalidenversicherung (IV) ist das zentrale Element im Schweizer System zur beruflichen Eingliederung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Sie arbeitet nach dem **Grundsatz „Eingliederung vor Rente“**. Die IV verfolgt somit konsequent das Ziel, Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen so weit wie möglich wieder in den Arbeitsmarkt einzugliedern, bevor eine Rente geprüft oder zugesprochen wird. Anspruch auf Leistungen haben Personen, die als mindestens 40 % arbeitsunfähig diagnostiziert wurden.

Die IV hat im Kontext der Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen am ersten Arbeitsmarkt drei Kernaufgaben:

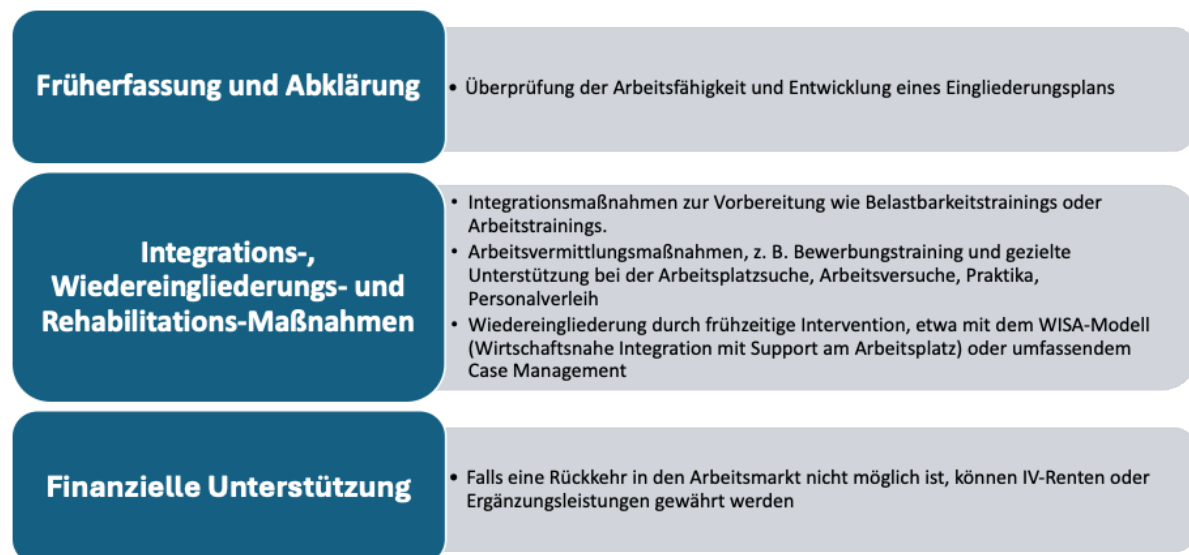


Abbildung 7 Kernaufgaben der IV

Die IV-Stellen der Kantone bieten **niederschwellige und fallunabhängige Beratungsgespräche und allgemeine Informationen zur IV** (z.B. über deren Leistungen, Auftrag, zum Umgang mit Erkrankungen am Arbeitsplatz u.v.m.) für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen, Arbeitgeber:innen und Fachpersonen an. „Damit werden einerseits nicht erforderliche Meldungen und Anmeldungen vermieden, indem die betroffenen Personen befähigt werden, Probleme selber zu lösen. Andererseits werden angezeigte Meldungen und Anmeldungen beschleunigt, sodass die IV rascher agieren kann, und dadurch die Eingliederungschancen erhöht werden.“ (vgl. Kreisschreiben über die berufliche Eingliederungsmaßnahmen der Invalidenversicherung, 2025).

„Jeder Kanton hat eine IV-Stelle, egal wie groß der Kanton ist. Also auch Appenzell Innerrhoden mit 20.000 Einwohnern hat eine eigene der IV-Stelle sowie Zürich oder Bern mit über einer Million Einwohner. Und dann gibt es aber auch diese Kräfte, die dann versuchen, das Ganze im Land zusammenzuhalten. Das eine ist eben sicher das BfV, das Bundesamt für Sozialversicherungen. Aber dann gibt es eben auch die IV-Stellen Konferenz, das ist der Verband der kantonalen IV-Stellen. Und wir sind schon auch bestrebt, hier eine gewisse Harmonisierung herbeizuführen.“ (Interview 9)

Im ersten Schritt erfolgt eine **Früherfassung**. Die IV-Stelle prüft dabei unmittelbar nach Eingang einer Meldung, ob die Person über die Meldung informiert ist. Dann erfolgt eine **Abklärung** der beruflichen Eingliederungsfähigkeit. Die beruflich-medizinische Abklärung dient der praxisnahen Beurteilung, ob und in welchem Umfang eine versicherte Person beruflich eingegliedert werden kann. Dabei werden medizinische, funktionelle und berufsbezogene Aspekte – BEFAS als berufliche Abklärungsstelle, MEDAS als medizinische Abklärungsstelle und RAD – der regionale ärztliche Dienst – interdisziplinär und nach wissenschaftlichen Standards untersucht. Alle Gutachten werden von der IV bezahlt. Diese sichtet alle Gutachten und entscheidet auf dessen Grundlage. Die Maßnahme kommt zum Einsatz, wenn ärztliche Einschätzungen oder berufsberaterische Abklärungen nicht ausreichen. Sie dauert in der Regel zwei bis vier Wochen und liefert der IV-Stelle fundierte Grundlagen zur Entscheidung über weitere Eingliederungsschritte (vgl. Kreisschreiben über die berufliche Eingliederungsmaßnahmen der Invalidenversicherung, 2025).

Zudem werden Maßnahmen der **Frühintervention** gesetzt. Die Frühinterventionsmaßnahmen der Invalidenversicherung (IV) zielen darauf ab, Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen möglichst frühzeitig bei der beruflichen Integration zu unterstützen – insbesondere Jugendliche und Personen mit drohender oder beginnender Arbeitsunfähigkeit. Schon ab dem 13. Lebensjahr können Leistungen wie Berufsberatung, Arbeitsvermittlung, Coaching oder sozial-berufliche Rehabilitationsmaßnahmen gewährt werden. Die Maßnahmen sind auf maximal zwölf Monate und 20.000 CHF pro Person begrenzt und sollen helfen, eine spätere Rentenabhängigkeit zu vermeiden. (Vgl. ebd)

„Das muss jetzt schnell gehen. Im Idealfall innerhalb von zwei Wochen, spätestens innerhalb von 30 Tagen das Gespräch zu führen. Das ist relativ schnell. Ja und dann kommt eben diese Früh Interventionsphase und das Gute dort ist eben. (..) Da gibt es keinen rechtlichen Anspruch auf diese Leistungen da drin. Dafür kann man eben schnell sein. Und weil es da keinen Anspruch gibt, liegt es in unserer Kompetenz, sehr formlos, also zu entscheiden. Wir haben da einen Rahmen von bis zu 20.000 Franken pro Person. Das ist nicht so wenig, finde ich. Das schöpfen wir auch sehr selten aus. Und wo wir schon mal beginnen können zu arbeiten. Das glaube ich, ist schon ganz entscheidend am schweizerischen System. Damit kann man schon mal zum Beispiel einen Jobcoach finanzieren oder einen höhenverstellbaren Tisch finanzieren oder irgendwas. Es ist da eben dann sehr. Da gibt es auch nicht irgendeinen Katalog an Leistungen. Ja, da ist man dann sehr frei. Das finde ich sehr stark. Und dann, parallel dazu kann dann eben die eigentliche Anspruchsprüfung beginnen, wo es dann um berufliche Maßnahmen im engeren Sinne geht, wo dann eben schon der Rechtsanspruch geprüft werden muss. Also eine Eingliederungsmaßnahme ist zum Beispiel Arbeitsvermittlung. Da geht es darum, dass wir die Versicherten dann unterstützen, einen Job zu finden. Das ist jetzt nicht eine so teure Maßnahme. Die können wir auch schon auch schon kurz nach der Oder parallel zur Interventionsmaßnahme laufen lassen. Aber wenn wir dann zum Beispiel vor einer Umschulung sprechen, die kostet im Schnitt im Schnitt 150.000 Franken, weil er da dann auch das Geld fließt. Da müssen wir dann schon das medizinisch auch sehr gründlich abgeklärt haben. (..) Und am gründlichsten müssen wir die Rente abklären, das ist klar.“
(Interview 9)

Die **Beratung und Begleitung** stellt ein zentrales Element im Eingliederungsprozess der IV dar. Sie ermöglicht eine langfristige, individuell abgestimmte Unterstützung sowohl für versicherte Personen als auch für Arbeitgeber – vor, während und bis zu drei Jahre nach Eingliederungsmaßnahmen oder bei Rentenprüfung. Die IV-Stelle bleibt dabei Hauptansprechpartnerin und koordiniert Maßnahmen eng mit anderen Beteiligten. Ziel ist es, den Übergang in den ersten Arbeitsmarkt zu stabilisieren und Rückfälle zu vermeiden. Ergänzend können Coaching-Leistungen oder die gezielte Suche nach Einsatzplätzen gewährt werden, wenn die Komplexität des Falls eine intensivere Bearbeitung erfordert. Diese Zusatzleistungen richten sich an Personen mit Maßnahmen am ersten Arbeitsmarkt oder in Regelsystemen. Arbeitgeber können zudem entschädigt werden, wenn ihnen durch die Begleitung erhöhter Aufwand entsteht. Die Gewährung dieser Leistungen liegt im Ermessen der IV-Stelle und wird jeweils im Rahmen einer Zielvereinbarung individuell festgelegt. Die Beratung und Begleitung ist somit ein zentraler Baustein für nachhaltige Inklusion in Erwerbsarbeit. (Vgl. ebd.)

Jugendliche und junge Erwachsene mit gesundheitlichen Einschränkungen werden durch verschiedene Maßnahmen gezielt auf eine berufliche Ausbildung am ersten Arbeitsmarkt vorbereitet – ein zentraler Baustein für langfristige Erwerbsfähigkeit in der Schweiz. Je nach individueller Ausgangslage kommen unterschiedliche Instrumente zum Einsatz: Integrationsmaßnahmen fördern Präsenz- und Leistungsfähigkeit, Brückenangebote schließen schulische Lücken, vorbereitende Berufsberatung unterstützt bei der Berufswahl, und Vorbereitungen auf eine erstmalige berufliche Ausbildung stärken die nötigen Fähigkeiten. Diese Maßnahmen bauen flexibel aufeinander auf. **Integrationsmaßnahmen** richten sich an Jugendliche und junge Erwachsene mit gesundheitlichen Einschränkungen, die nach der obligatorischen Schulzeit noch nicht erwerbstätig waren. Ziel ist der Aufbau und die Stabilisierung von Präsenz- und Leistungsfähigkeit, um sie auf weiterführende Maßnahmen wie berufliche Ausbildung oder Programme der Arbeitslosenversicherung vorzubereiten. Die Maßnahmen können in Institutionen oder Betrieben des ersten Arbeitsmarkts stattfinden und werden individuell an den Bedarf angepasst. Sie dauern in der Regel bis zu einem Jahr und können unter bestimmten Voraussetzungen bis zu drei Jahre verlängert werden. Zentral ist eine verbindliche Zielvereinbarung zwischen IV-Stelle, versicherter Person und Leistungserbringer. Arbeitgeber, die Jugendliche im Rahmen dieser Maßnahmen integrieren, können für den entstehenden Mehraufwand entschädigt werden. Die Maßnahme endet, wenn eine Folgemaßnahme möglich ist oder das Erreichen der Ziele unrealistisch erscheint. Während der gesamten Maßnahme besteht Anspruch auf begleitende Beratung und Begleitung durch die IV-Stelle, einschließlich Coaching oder Unterstützung bei der Suche nach einem passenden Einsatzplatz. Spezialisierte kantonale Brückenangebote richten sich an Jugendliche und junge Erwachsene unter 25 Jahren mit gesundheitlichen Einschränkungen, die nach der Schulzeit schulische Lücken schließen und ihre Berufswahl festigen müssen, um eine berufliche Ausbildung beginnen zu können. Diese durch kantonale Träger geführten Angebote – wie Berufsvorbereitungsjahre oder Vorlehren – werden von der IV mitfinanziert, wenn eine Zusammenarbeit mit dem Kanton besteht. Die Programme enthalten Zusatzleistungen (z. B. kleinere Klassen, heilpädagogische Begleitung), um den Bedürfnissen von IV-versicherten Jugendlichen gerecht zu werden. Ziel ist es, schulische Kompetenzen zu stärken, Sozial- und Methodenkompetenzen aufzubauen und die Präsenz- sowie Leistungsfähigkeit zu fördern. Es werden individuelle qualitative und quantitative Ziele vereinbart. Die Teilnahme setzt eine ausreichende Eingliederungsfähigkeit voraus. Die IV-Stelle begleitet den Prozess im Rahmen der Fallführung, sorgt für die Zielvereinbarung und unterstützt bei der Platzsuche. (Vgl. ebd.)

Versicherte Erwachsene, die durch eine Invalidität in ihrer bisherigen beruflichen Tätigkeit eingeschränkt sind, werden in der Schweiz mit gezielten Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung unterstützt. Ziel ist dabei stets die Rückkehr oder der Verbleib am ersten Arbeitsmarkt. Dafür stehen u. a. Integrationsmaßnahmen, spezialisierte Berufsberatung sowie Umschulungen zur Verfügung. Je nach individueller Situation sollen diese Maßnahmen helfen, Arbeitsfähigkeit aufzubauen, geeignete neue Berufsrichtungen zu finden oder gezielt neue Ausbildungen zu absolvieren – immer unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Einschränkungen und Erwerbsperspektiven. Die **Integrationsmaßnahmen** gliedern sich in Aufbautrainings, Arbeitstrainings und zeitüberbrückende Tätigkeiten. Sie dienen der schrittweisen Wiedergewinnung von Arbeitsfähigkeit und der Stabilisierung der Persönlichkeit im Arbeitskontext. Arbeitgeber am ersten Arbeitsmarkt können hierfür eine Entschädigung erhalten. Ergänzt werden diese Maßnahmen durch Berufsberatungen, die mögliche neue Berufsfelder identifizieren, sowie durch Umschulungen, die sowohl formale Abschlüsse als auch

nicht formale Qualifizierungen umfassen. Die IV übernimmt dabei sämtliche angemessenen Kosten – von Kursgebühren über Lehrmittel bis zu Reisekosten –, sofern die Umschulung einfach, zweckmäßig und gleichwertig zur bisherigen Tätigkeit ist. (Vgl. ebd.)

Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen werden durch die IV gezielt bei der Stellensuche, beim Erhalt bestehender Arbeitsplätze oder bei der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit unterstützt. Die Arbeitsvermittlung ist zentral: Sie umfasst Maßnahmen wie Arbeitsplatzanpassungen, Coaching, Bewerbungstrainings oder die Vermittlung neuer Stellen. Voraussetzung ist eine gesundheitsbedingte Einschränkung und eine nachweisbare Eingliederungsfähigkeit. (Vgl. ebd.) Um die Hemmschwelle für Arbeitgeber und Betroffene zu senken, bietet die IV **verschiedene Modelle zur praktischen (Wieder-)Integration**. (Vgl. ebd.)

Arbeitsversuch: Bis zu sechs Monate lang können Personen in einem Unternehmen erprobt werden – mit finanzieller Absicherung über Taggeld oder IV-Rente. Es wird vorerst kein Arbeitsvertrag abgeschlossen, der Arbeitgeber muss kein Lohn entrichten. Ziel: Kennenlernen und Zusammenarbeit testen.³⁰

Personalverleih: Personen mit IV-Status werden über ein Verleihunternehmen angestellt und temporär in Betrieben eingesetzt. Dies erhöht die Chancen auf spätere Festanstellung und erlaubt gleichzeitig Berufserfahrung.

Einarbeitungszuschuss: Der Einarbeitungszuschuss ist ein zeitlich begrenzter finanzieller Anreiz für Arbeitgeber, um versicherte Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen am ersten Arbeitsmarkt einzustellen. Während maximal 180 Tagen wird eine allfällige Differenz zwischen Lohn und tatsächlicher Leistung ausgeglichen. Voraussetzung ist ein unbefristeter (oder mindestens einjähriger befristeter) Arbeitsvertrag und eine reduzierte Leistungsfähigkeit während der Einarbeitung. Die Höhe, Dauer und Modalitäten werden individuell mit der IV-Stelle vereinbart. Arbeitgeber erhalten die Auszahlung direkt; gleichzeitig besteht Anspruch auf begleitende Unterstützung durch die IV.

Kapitalhilfe: Die Kapitalhilfe unterstützt versicherte Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen beim Aufbau oder Erhalt einer selbständigen Erwerbstätigkeit. Sie umfasst Geldleistungen (teils rückzahlungspflichtig), Darlehen, Betriebseinrichtungen und Garantien bis max. CHF 100.000. Voraussetzung ist, dass eine unselbständige Tätigkeit unzumutbar ist und eine selbständige Erwerbstätigkeit langfristig existenzsichernd erscheint. Die Leistung ist an strenge Bedingungen, Nachweise und Auflagen geknüpft und wird durch die IV-Stelle überwacht. Ein Anspruch besteht nicht automatisch, jedoch besteht ein begleitender Anspruch auf Beratung und gegebenenfalls Coaching.

IV-(Teil-)renten: Menschen mit einer anerkannten psychischen Erkrankung (z. B. Depressionen, Angststörungen, Schizophrenie, bipolare Störungen), die aufgrund ihrer Einschränkung nicht mehr oder nur noch teilweise arbeitsfähig sind, können eine IV-(Teil-)rente beantragen. Die Teil-Pension für Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Schweiz erfolgt meist über eine IV-Teilrente, die mit einer Teilzeitarbeit kombiniert werden kann. Menschen mit psychischen Erkrankungen, die IV-Rente beziehen, dürfen in einem reduzierten Pensum arbeiten, ohne ihre Rentenansprüche zu verlieren. Voraussetzung ist, dass sie mindestens einen 40% Invaliditätsgrad aufweisen (wird von der IV anhand der Erwerbsfähigkeit berechnet). Wie weiter

³⁰ Vgl. <https://www.ahv-iv.ch/de/Sozialversicherungen/Glossar/term/arbeitsversuch>, letzter Zugriff 29.06.2025.

oben bereits erwähnt richtet sich die Höhe der Rente also nach dem Invaliditätsgrad (ab 70 % = Volle Rente).

Folgende **Grundvoraussetzungen** müssen gegeben sein, damit eine Person alle oben beschriebenen Eingliederungsmaßnahmen erhalten kann. (Vgl. ebd.):

- Die Person muss während der Durchführung der beruflichen Eingliederungsmaßnahme bei der IV versichert sein.
- Personen, die der Versicherung nicht (mehr) unterstellt sind, haben höchstens bis zum 20. Altersjahr Anspruch auf berufliche Eingliederungsmaßnahmen, sofern mindestens ein Elternteil freiwillig versichert ist oder während einer Erwerbsfähigkeit im Ausland obligatorisch versichert ist.
- Eine betroffene Person ist ab dem Zeitpunkt als invalid zu betrachten, in dem zum ersten Mal offensichtlich ist, dass der „Gesundheitsschaden“ nach den gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen die Leistung rechtfertigt.

Der Anspruch auf berufliche Eingliederungsmaßnahmen erlischt:

- Sobald die versicherte Person eine ganze Altersrente bezieht (bezieht die versicherte Person nicht eine ganze, sondern nur einen Anteil der Altersrente, kann ein Anspruch auf berufliche Eingliederungsmaßnahmen bestehen).
- Wenn die Person keinen Wohnsitz mehr in der Schweiz hat. (Vgl. Kreisschreiben über die berufliche Eingliederungsmaßnahmen der Invalidenversicherung, 2025)

Die folgende Grafik³¹ gibt einen Überblick über die **aktuelle Statistik der Invalidenversicherung** hinsichtlich der Anzahl der Bezieher:innen sowie der Aufteilung der Finanzen:

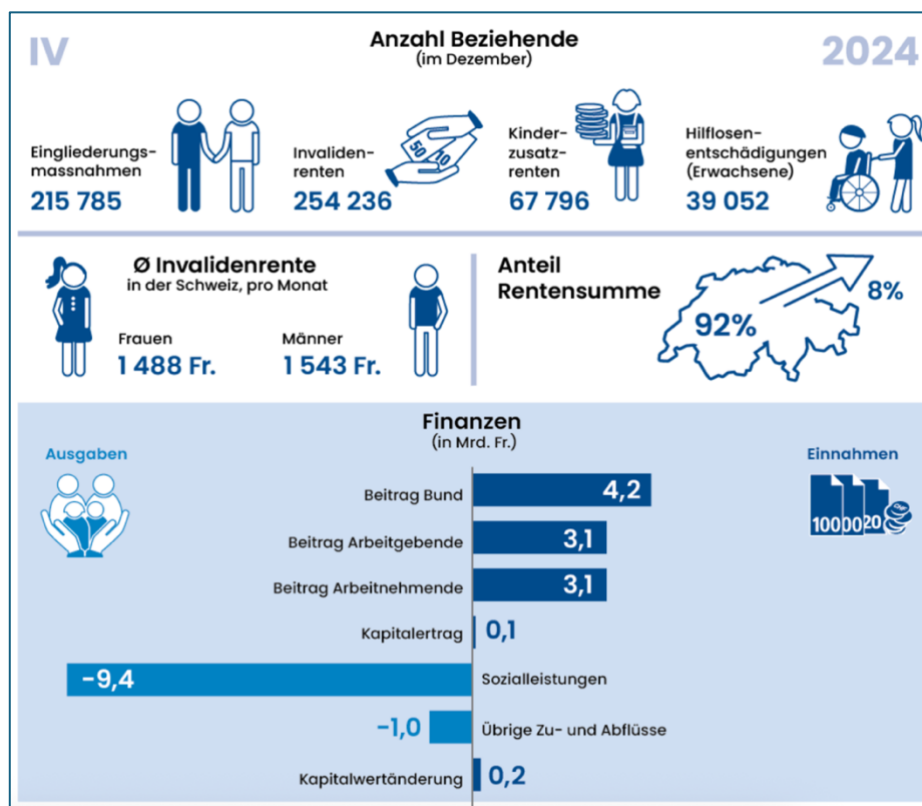


Abbildung 8 Aktuelle IV Statistik

³¹ Vgl. www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/iv/statistik.html, letzter Zugriff 29.06.2025.

Aktuelle Statistiken zeigen, dass psychische Erkrankungen in der Schweiz inzwischen die häufigste Ursache für den Bezug einer Invalidenrente darstellen. Im Jahr 2024 wurden insgesamt rund 254.200 IV-Renten ausgerichtet, wovon etwa 227.300 Personen (rund 89 %) ihren Wohnsitz in der Schweiz hatten. Ein wesentlicher Anteil dieser Renten ist psychisch bedingt: Rund 52 % der laufenden IV-Renten entfielen auf psychische Erkrankungen. Dieser Anteil ist in den vergangenen zwei Jahrzehnten kontinuierlich gestiegen. Während im Jahr 2000 noch rund 35,6 % aller IV-Renten auf psychische Diagnosen zurückzuführen waren, liegt der Anteil heute bei knapp der Hälfte aller Rentenbezüge. Damit ist nahezu jede zweite IV-Rente in der Schweiz psychisch begründet. Besonders ausgeprägt zeigt sich diese Entwicklung bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 24 Jahren, bei denen psychische Erkrankungen mittlerweile die dominierende Ursache für Invalidität darstellen (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen, 2025).

Auch bei den neu zugesprochenen Renten ist diese Entwicklung deutlich sichtbar. Im Jahr 2024 wurden rund 22.800 Neurenten gewährt, von denen ein erheblicher Teil auf psychische Erkrankungen entfiel. Diese Dynamik lässt sich unter anderem durch eine verbesserte diagnostische Erfassung psychischer Erkrankungen erklären, steht jedoch ebenso im Zusammenhang mit gestiegenen psychosozialen Belastungen sowie strukturellen Veränderungen der Arbeitswelt. Parallel dazu wurden innerhalb der Invalidenversicherung in den letzten Jahren mehrere Reformen umgesetzt, darunter die Einführung des stufenlosen Rentensystems im Jahr 2022. Bereits 16,7 % der im Jahr 2024 neu zugesprochenen Renten wurden im Rahmen dieses Systems vergeben, das eine flexiblere Kombination von Erwerbstätigkeit und Rentenbezug ermöglicht.

Auch die finanzielle Dimension ist erheblich: Im Jahr 2024 beliefen sich die Ausgaben für IV-Renten auf rund 3,73 Milliarden CHF, ergänzt durch etwa 370 Millionen CHF an Kinderrenten. Vor dem Hintergrund des anhaltenden Anstiegs psychisch bedingter Rentenzugänge und der vergleichsweise geringen Abgangsquote aus dem Rentenbezug geht der Bund in seinen Prognosen von einer angespannten finanziellen Entwicklung der Invalidenversicherung aus. Ohne zusätzliche Entlastungsmaßnahmen oder strukturelle Anpassungen wird mittelfristig eine deutliche Verschuldung der IV erwartet (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen, 2025).

Diese Entwicklungen verdeutlichen, dass psychische Erkrankungen nicht nur eine zunehmende gesellschaftliche Herausforderung darstellen, sondern auch erhebliche strukturelle Auswirkungen auf das schweizerische Sozialversicherungssystem haben. Der Bedarf an integrativen, arbeitsmarktnahen Maßnahmen zur Vermeidung langfristiger Erwerbsinaktivität und zur Förderung nachhaltiger Teilhabe ist entsprechend hoch. Die Schweizer Erfahrungen legen nahe, dass insbesondere frühzeitige Interventionen, differenzierte Rentenmodelle sowie individuell ausgerichtete Eingliederungsmaßnahmen zentrale Ansatzpunkte für eine erfolgreiche Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Arbeitsmarkt darstellen. Das stufenlose Rentensystem mit variablen Teilrenten schafft hierbei Anreize für eine (Wieder-)Aufnahme von Erwerbstätigkeit, ohne dass der Rentenanspruch abrupt entfällt.

3.1.2 Regionale Arbeitsvermittlungszentren (RAV)

Die RAVs sind die erste Anlaufstelle für arbeitslose Personen. Sie sind eine staatliche Institution für Arbeitslose. Landesweit gibt es ca. 120 RAV-Zentren, die Dienstleistungen für Arbeitgeber als auch für stellensuchende Personen erbringen. Sie operieren im Rahmen

des Arbeitslosenversicherungsgesetzes (AVIG) und übernehmen zentrale Funktionen der arbeitsmarktlichen Wiedereingliederung. Ihre Hauptaufgaben sind:

- **Individuelle Beratung und Vermittlung:** Unterstützung bei der Stellensuche, Erstellung von Bewerbungsstrategien, Vermittlung in offene Stellen und Zuweisung in Programme der Arbeitsintegration (z. B. Bewerbungscoaching, Umschulungen)
- **Zugang zu arbeitsmarktlichen Maßnahmen:** Finanzierung von Weiterbildungen, Kursen, Sprachtrainings oder Praktika, Integration von arbeitslosen Personen in geförderte Einsatzprogramme oder temporäre Beschäftigungen
- **Zusammenarbeit mit Unternehmen:** Beratung zu offenen Stellen und möglichen Förderungen, Matching von Bewerber:innen mit konkreten Arbeitsplätzen, Förderung der Reintegration durch temporäre Subventionen
- **Überprüfung der Vermittlungsfähigkeit:** Ermittlung, ob eine Person grundsätzlich dem Arbeitsmarkt zur Verfügung steht, bei gesundheitlichen Einschränkungen erfolgt eine Klärung, ob die Person an die IV weitergeleitet werden sollte.

Wird im Verlauf der ersten Beratung deutlich, dass eine Person aus gesundheitlichen Gründen nicht vermittlungsfähig ist oder nur eingeschränkt dem Arbeitsmarkt zur Verfügung steht, veranlasst das RAV die Meldung an die IV. Ab diesem Zeitpunkt übernimmt die IV die Koordination der Maßnahmen. Die Zusammenarbeit zwischen RAV und IV erfolgt im Rahmen eines klar definierten Verfahrens mit Schnittstellenregelung. Bei psychischen Erkrankungen ist die Früherfassung durch das RAV besonders wichtig, um Menschen nicht in der Arbeitslosigkeit „verloren gehen“ zu lassen. Die IV kann wiederum auf RAV-Strukturen zurückgreifen, wenn sich im Rehabilitationsprozess eine (Teil-)Arbeitsfähigkeit zeigt und eine Integration über klassische Arbeitsvermittlung möglich wird. Die RAV übernehmen eine arbeitsmarktnahe, pragmatische Rolle: Sie helfen, die Vermittlungsfähigkeit schnell wiederherzustellen und Arbeitslosigkeit zu überwinden. Die IV hingegen agiert längerfristig und therapeutisch/rehabilitativ, wenn tiefergehende gesundheitliche Barrieren vorliegen. Ein gutes Zusammenspiel beider Systeme ist entscheidend für die gelingende Arbeitsmarktintegration von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Anmerkung: Die RAV sind zu unterscheiden von der arbeit.swiss, wenngleich diese oftmals synonym verwendet werden. Die arbeit.swiss ist die nationale Plattform und das Informations- und Steuerungssystem des SECO (Staatssekretariat für Wirtschaft). Sie ist die offizielle Online-Plattform für Stellensuchende und Arbeitgeber mit Services wie Stellensuche, Online-Anmeldung, Lohnrechner, Berufsberatung, Meldepflichten usw. Zugleich fungiert sie als digitales Rückgrat des RAV-Systems, über das Daten, Statistiken und Prozesse verwaltet werden.

3.1.3 Fallführung bei der Invalidenversicherung

Ein besonders zentrales Instrument ist **die Fallführung der IV** (bzw. Case-Management), die individuell, ganzheitlich und koordinierend wirkt. Das Ziel ist, Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen so früh wie möglich zu stabilisieren, gezielt zu fördern und – wenn möglich – dauerhaft am ersten Arbeitsmarkt zu integrieren (vgl. Kreisschreiben zur Fallführung in der Invalidenversicherung KSFF 2024). Dabei wird nicht nur auf medizinische oder arbeitsmarktliche Maßnahmen gesetzt, sondern alle relevanten Lebensbereiche einbezogen: Arbeit, Gesundheit, Finanzen, Familie, Umfeld. **Jede Fallführung ist individuell zugeschnitten**, sprich jeder Fall wird einzeln analysiert und die individuelle Lebenssituation wird einbezogen. Eine IV-Fachperson

fungiert dabei als Hauptansprechpartner:in und Koordinator:in. Die Fallführung in der IV wird von Fachpersonen mit unterschiedlichen professionellen Hintergründen wahrgenommen (z.B. Sozialarbeit, Psychologie, Soziologie, Pädagogik, kaufmännische oder juristische Ausbildungen). Es handelt sich um ein interdisziplinäres Berufsfeld, in dem sozialversicherungsrechtliche, arbeitsmarktliche und medizinisch-psychosoziale Kompetenzen zusammenkommen. Diese Person ist dafür zuständig, dass Maßnahmen passgenau gesetzt werden und keine Maßnahme ins Leere läuft. Die Fachperson begleitet die arbeitssuchende Person mit Behinderung zudem über einen längeren Zeitraum. Ziel ist somit nicht die schnelle Vermittlung, sondern eine nachhaltige (Re-)Integration. Die IV-Fachperson ist zudem mit weiteren Maßnahmen wie dem Jobcoaching eng vernetzt und im laufenden Kontakt, sobald die arbeitssuchende Person an diese Maßnahmen andockt. Die Fallführung ist kein isoliertes Rehabilitationsinstrument, sondern eine prozesshafte Koordinationsleistung, die alle relevanten Aspekte rund um die berufliche Integration einbezieht. Dieses Modell kann als Good Practice dienen, da es auf Individualisierung statt Standardisierung setzt und strukturelle Fragmentierung aktiv überwindet. (Vgl. ebd.)

„Also was wir auch mit der letzten Gesetzesrevision gemacht haben wir haben diese Fallführung wirklich gestärkt, dass man halt die Stelle auch mit allen Akteuren gut zusammenarbeiten muss. Wir haben ein Kreisschreiben über die Fallführung gemacht. Wir haben also wirklich über den gesamten Prozess, also nicht nur Eingliederung, sondern wenn jemand eine Rente hat, kann sie auch sein, dass er wieder aus der Rente kommt. Wir haben auch Verordnungsstufe, auch ein Gesetzesartikel. Bis zu einem gewissen Grad steuern wir es, weil wir natürlich Daten erheben, aber wir geben nicht vor, zentral, das ist dieses Tool, was ihr nutzen müsst. Es gibt schon sehr, sehr große Unterschiede. Ich glaube, im ersten Quartal 26 sollte dann eine Studie rauskommen, die eben diese Neuerung der Fallführung evaluiert.“ (Interview 5)

Im Zentrum der Fallführung steht stets die versicherte Person mit ihrer Lebensrealität, ihren Ressourcen und Potenzialen. Anstelle standardisierter Abläufe setzt die Fallführung auf eine individuelle Zielplanung, die gemeinsam mit der betroffenen Person entwickelt wird. Dazu gehören ein auf die persönliche Situation abgestimmter Maßnahmenplan sowie eine kontinuierliche, verlässliche Beziehung zur fallführenden Person, die Vertrauen und Motivation fördern kann. Besonders bei psychischen Erkrankungen oder komplexen Problemlagen ist diese Konstanz ein entscheidender Erfolgsfaktor.

Ein wesentlicher Bestandteil der Fallführung ist die koordinierte Zusammenarbeit über Systemgrenzen hinweg. Damit dies gelingt, braucht es klare Schnittstellen, abgestimmte Zuständigkeiten und eine verbindliche Zusammenarbeit zwischen allen involvierten Akteuren. Die Fallführung sorgt dafür, dass Leistungen wie Integrationsmaßnahmen, medizinische Begleitung, berufliche Ausbildung und sozialpädagogische Unterstützung sinnvoll aufeinander abgestimmt werden. Gerade bei komplexen Fällen ist eine solche Systemintegration unabdingbar, um die betroffene Person nicht mit widersprüchlichen Anforderungen zu überfordern oder durch Brüche im Unterstützungsprozess zu gefährden.

Zudem ist die Fallführung nicht auf den Moment der Arbeitsvermittlung beschränkt, sondern umfasst auch die Phase der Nachbetreuung. So wird sichergestellt, dass eine einmal erreichte Integration am ersten Arbeitsmarkt langfristig stabilisiert werden kann. Coaching am Arbeitsplatz, Kommunikation mit dem Arbeitgeber und frühzeitige Intervention bei Krisen

gehören genauso dazu wie ein realistisches Erwartungsmanagement im Hinblick auf Leistung und Belastbarkeit. Wenn ein Arbeitsverhältnis trotz dieser Unterstützung scheitert, ist es grundsätzlich möglich, erneut in eine Integrationsmaßnahme aufgenommen zu werden – allerdings nur, wenn eine neue Eingliederungschance besteht und die Voraussetzungen (Eingliederungsfähigkeit, Motivation etc.) wieder erfüllt sind. Vorzugsweise bleibt/wird dieselbe IV-Person dann wieder Ansprechperson.

Eine Fallführung der IV gilt als beendet, wenn keine Eingliederungsmaßnahmen oder -möglichkeiten mehr bestehen und die versicherte Person entweder:

- dauerhaft eingegliedert ist,
- eine Rente zugesprochen oder abgelehnt wurde, oder
- andere Sozialversicherungssysteme (z. B. Sozialhilfe) die weitere Unterstützung übernehmen.

Mit der Beendigung der Fallführung schließt die IV den Fall administrativ ab und es wird ein Abschlussbericht erstellt.

Damit die Fallführung wirksam funktioniert, braucht es gemeinsame Qualitätsstandards (erarbeitet und koordiniert vom Bundesamt für Sozialversicherungen), spezifische Aus- und Weiterbildungen für die Fachpersonen sowie geeignete institutionelle Rahmenbedingungen. Auch ein ausreichendes Zeitbudget ist wichtig, damit eine kontinuierliche Beziehung und eine vertrauensvolle Begleitung möglich sind. Der ressourcenorientierte Ansatz und die individuelle Steuerung der Maßnahmen verlangen ein hohes Maß an fachlicher und sozialer Kompetenz. Gleichzeitig trägt eine wirksame Fallführung dazu bei, Kosten in den sozialen Sicherungssystemen zu senken, indem sie Doppelspurigkeit vermeidet und die Eingliederung nachhaltig gestaltet. (Vgl. ebd.)

3.1.4 Zentrale Organisationen und Netzwerke

Zahlreiche spezialisierte Träger ergänzen die staatlichen Strukturen der beruflichen Eingliederung in der Schweiz. Diese Organisationen sind ein zentraler Bestandteil des Integrationssystems für Menschen mit psychischen Erkrankungen und agieren an der Schnittstelle zwischen Sozialversicherungen, Unternehmen und Betroffenen. Sie verfolgen das Ziel, individuelle, alltagsnahe und realistische Wege in die Erwerbsarbeit zu gestalten – unter Berücksichtigung der oft komplexen Lebenslagen psychisch erkrankter Personen.

Diese Trägerorganisationen arbeiten eng mit der Invalidenversicherung (IV) und den Regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV) zusammen und übernehmen operative Aufgaben, die über die standardisierten Leistungen der Behörden hinausgehen. Ihre Tätigkeit reicht von frühzeitiger Aktivierung, psychosozialer Stabilisierung und Berufsorientierung über praktische Arbeitstrainings, Coaching im Bewerbungsprozess bis hin zur Begleitung im Betrieb (z.B. Jobcoaching oder Konfliktmoderation). Viele Organisationen sind im Modell des „Supported Employment“ verankert.

Die Unterstützungsformen sind vielfältig und auf unterschiedliche Bedarfe abgestimmt:

- Jobcoaching: Persönliche Begleitung bei der Einarbeitung, Arbeitsplatzsicherung und Konfliktlösung im Betrieb
- Berufs- und Integrationsabklärung: Klärung von Ressourcen, Belastbarkeit und Vermittlungspotenzial

- Übergangsarbeitsplätze und Personalverleih: Zeitlich befristete Einsätze zur Erprobung und Re-Integration
- Betriebsunterstützung: Beratung von Arbeitgeber:innen zu Fördermöglichkeiten, Umgang mit psychischer Erkrankung im Betrieb und rechtlichen Fragen

Beispiele für zentrale Organisationen sind:

- Stiftung Dreischleibe oder Stiftung Wendepunkt: Kombination von niederschwelliger Arbeitsintegration mit sozialpädagogischer Betreuung und Empowerment-Ansatz.
- Pro Mente Sana: Eine der bekanntesten Organisationen für psychische Gesundheit in der Schweiz, bietet Beratung für Betroffene und Angehörige sowie Programme zur beruflichen Reintegration.
- Stiftung Rheinleben, GEWA Stiftung, AZB, Appisberg: Diese Träger betreiben eigene Arbeitsintegrationsbetriebe oder sozialwirtschaftliche Strukturen, in denen Menschen mit psychischen Erkrankungen unter geschützten Bedingungen arbeiten oder sich auf den regulären Arbeitsmarkt vorbereiten können.
- Job Coach Schweiz und Fachstelle für berufliche Integration SRO AG: Spezialisierte Anbieter für individuelles Jobcoaching, oft in enger Zusammenarbeit mit IV-Stellen.
- SEMO (Spezifische Maßnahmen zur beruflichen Integration von Jugendlichen mit besonderem Unterstützungsbedarf): Ein Programm für junge Menschen mit psychosozialen Schwierigkeiten.
- Compasso: Netzwerkplattform, die sich auf die Information und Beratung von Unternehmen zur beruflichen Eingliederung spezialisiert hat. Sie bietet Instrumente, Checklisten und Beratung zur nachhaltigen Integration.

Diese Träger leisten nicht nur praktische Unterstützung, sondern tragen wesentlich dazu bei, Vertrauen zwischen Betroffenen und Arbeitgebern aufzubauen, Ängste abzubauen und Stigmatisierung entgegenzuwirken. Viele ihrer Angebote zielen auf eine nachhaltige Integration ab, die nicht mit der reinen Stellenvermittlung endet, sondern langfristige Stabilisierung anstrebt.

Die enge Kooperation dieser Organisationen mit der IV und den RAV ist entscheidend für den Erfolg des schweizerischen Modells: Während IV und RAV die rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen setzen, liefern die Träger die flexiblen, sozialraumorientierten und personenzentrierten Lösungen, die für eine gelingende Integration psychisch erkrankter Menschen unabdingbar sind.

3.1.5 Strukturierter Beispiel-Prozess

Für komplexere Fälle – insbesondere Menschen mit schweren oder langanhaltenden psychischen Erkrankungen – gibt es in der Schweiz einen strukturierten Ablauf, bei dem verschiedene Institutionen zusammenarbeiten. Ein typischer Prozess:

1. Früherfassung und Abklärung (IV-Stelle & RAV)

Falls jemand arbeitslos wird oder aufgrund einer psychischen Erkrankung nicht mehr arbeiten kann, wird die Person zunächst beim RAV oder direkt bei der IV gemeldet. Die IV-Stelle prüft, ob eine Anmeldung gerechtfertigt ist und ob berufliche Massnahmen helfen könnten. Falls nötig, holt die IV medizinische Berichte (Arbeitsfähigkeit) ein und führt eine arbeitsbezogene Abklärung durch.

2. Eingliederungsmaßnahmen (IV)

Falls eine Wiedereingliederung möglich erscheint, bietet die IV folgende Massnahmen an:

- Berufliche Abklärung: Überprüfung der Arbeitsfähigkeit und Entwicklung eines Eingliederungsplans
- Arbeitsversuche oder Praktika: Zusammenarbeit mit Unternehmen, um eine schrittweise Rückkehr zu ermöglichen
- Job Coaching & Supported Employment: Individuelle Begleitung durch spezialisierte Coaches (z. B. Pro Mente Sana, Dreishiibe etc.)
- Umschulungen oder Weiterbildungen: Falls der alte Beruf nicht mehr ausgeübt werden kann, finanziert die IV eine Umschulung oder neue Qualifikationen

Falls trotz Unterstützung keine Rückkehr in den Arbeitsmarkt gelingt, erhält die Person eine Teilrente oder Vollrente der IV (falls die IV-Rente nicht ausreicht, unterstützt das Sozialamt finanziell) bzw. kann an einem geschützten Arbeitsplatz (Werkstätten oder Sozialunternehmen) arbeiten.

3. Langfristige Betreuung & Begleitung

Für Menschen mit anhaltenden psychischen Erkrankungen gibt es verschiedene Langzeitangebote: Begleitete Arbeitsplätze mit Betreuung (z. B. Band-Genossenschaft, VEBO), Therapeutische Wohn- und Arbeitsangebote für schwer beeinträchtigte Personen oder Sozialpsychiatrische Dienste helfen bei Stabilisierung und Krisenintervention.

3.2 Unterstützungen, Anreize, Rechte und Pflichten für Unternehmen

Wie in Kapitel 2 bereits erörtert, gibt es in der Schweiz keine Quotenregelungen für Unternehmen. „Die Schweiz kennt keinerlei gesetzlichen Verpflichtungen für Arbeitgeber zur Beschäftigung und Wiedereingliederung von gesundheitlich eingeschränkten Arbeitskräften. Stattdessen gilt das Prinzip der „Freiwilligkeit“ (Canonica 2017) und die Annahme, dass die Arbeitsintegration ohne gesetzliche Auflagen effizienter gelingen könne.“ (Gonon, 2023: 19)

Es gibt jedoch einen Einarbeitungszuschuss. Ziel des Einarbeitungszuschusses ist es, dem Arbeitgebenden zu Beginn des Arbeitsverhältnisses einen befristeten finanziellen Anreiz zu geben, um Bezieher:innen von IV einzustellen. (Vgl. Berufliche Eingliederungsmassnahmen der IV, 2024)

Die Einarbeitungszuschüsse (EAZ) sollen Arbeitgeber dazu ermutigen, Personen einzustellen, die eine neue berufliche Tätigkeit erlernen und anfangs noch nicht ihre volle Leistungsfähigkeit erreichen. Dadurch wird es insbesondere benachteiligten Arbeitskräften erleichtert, wieder in den Arbeitsmarkt einzusteigen. Der durch die Einarbeitung entstehende Mehraufwand für den Arbeitgeber wird durch eine Reduzierung der Lohnkosten ausgeglichen.

Versicherte haben Anspruch auf die EAZ, wenn sie sich innerhalb der zweijährigen Rahmenfrist für den Leistungsbezug befinden, arbeitslos sind und ihre Vermittlung als schwierig gilt. Dazu zählen insbesondere:

- Ältere Arbeitsuchende
- Personen mit körperlichen, geistigen oder psychischen Einschränkungen
- Menschen mit ungünstigen beruflichen Voraussetzungen
- Personen, die bereits 150 Taggelder erhalten haben (IV, KK, ALV)

Während der Einarbeitung zahlen die Arbeitgeber:innen den vollen Lohn, der sich nach den orts- und branchenüblichen Standards richten muss.

In der Schweiz kann über die Invalidenversicherung ein Einarbeitungszuschuss (für maximal 180 Tage) beantragt werden, sofern eine begrenzte Leistungsfähigkeit vorliegt. Die Höhe des Zuschusses orientiert sich am Ausmaß der Leistungsminderung und wird individuell festgelegt. Um das finanzielle Risiko zu minimieren, wird bei einem Rückfall des Arbeitnehmers innerhalb von 24 Monaten für Beitragserhöhungen der beruflichen Vorsorge und der Krankentaggeldversicherung entschädigt. Konkrete Zahlen sind nicht verfügbar.

Ein besonderes Beispiel des Anreizes für Unternehmen bietet der Berner Sozialstern. Der **Berner Sozialstern** ist eine jährlich vergebene Auszeichnung, initiiert vom **Job Coach Placement der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern** (siehe Kapitel 3.4.1.), und richtet sich an Unternehmen aus der Privatwirtschaft, die sich in besonderem Maße für die berufliche Integration von Menschen mit psychisch bedingten Leistungseinschränkungen engagieren. Der jährliche Gewinner der Auszeichnung erhält ein Sponsorengeld in Höhe von CHF 10.000, eine Urkunde und einen „Wanderpreis“ – letzterer symbolisiert die tragenden Elemente der Integration (menschlich, gesundheitlich, beruflich, finanziell). Das Preisgeld muss für Maßnahmen im für die Personengruppe verwendet werden. Nominiert werden Unternehmen, die sich durch folgende Kriterien auszeichnen:

Langfristiges Engagement: Ausgezeichnet werden Unternehmen, die sich über einen längeren Zeitraum vorbildlich in der Berufsintegration engagieren.

Angepasste Arbeitsplätze: Bereitschaft, psychisch beeinträchtigten Personen Arbeitsplätze mit reduzierten Anforderungen und Begleitung bereitzustellen.

Regionale Ausrichtung: Fokus liegt auf deutschsprachigen Unternehmen im Kanton Bern (ausgenommen das Oberland).

Vorbildfunktion: Sowohl Selbstnominierungen als auch Drittnominierungen sind möglich; allerdings sind geschützte Arbeitsstätten gemäß IV-Gesetz von vornherein ausgeschlossen.³²

Der **Berner Sozialstern** dient als **Good-Practice-Indikator** für private Unternehmen, die aktiv zur Arbeitsmarktintegration psychisch beeinträchtigter Personen beitragen. Die ausgezeichneten

³² Vgl. <https://www.bernersozialstern.ch>, letzter Zugriff 29.06.2025.

Firmen zeigen praxisnah, wie Betriebe Arbeitsplätze gezielt anpassen, psychosoziale Stabilität schützen und eine inklusive Unternehmenskultur schaffen können.

Vor allem für Österreich bietet der Sozialstern wertvolle Inspiration, wie staatliche Förderprogramme und private Arbeitgeber **in Partnerschaft** wirken können, um nachhaltige Inklusion zu fördern.

Die folgenden Unternehmen wurden in den letzten fünf Jahren als Gewinner:innen auserkoren:

- **Graf Hauswartungen GmbH (2019):** Lokaler KMU mit innerbetrieblichen Integrationsstrukturen wurde von 17 Bewerbern ausgewählt.
- **Unico Data AG (2021):** IT-Dienstleister mit integrativer Personalpolitik, sozial verankerter Unternehmenskultur und bereits mehrfach nominiert und ausgezeichnet.
- **Landhaus Liebefeld (2022):** Anerkannt für die dauerhafte Einstellung psychisch beeinträchtigter Mitarbeitender sowie begleitender beruflicher und sozialer Unterstützung para-medizinischer Art.
- **Landblick AG (2023):** Alters- und Pflegeheim mit nachhaltiger Einstellungspraxis sowie Lern- und Ausbildungsplätzen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung.
- **Schwendimann AG (2024):** Größte private Anbieterin im Bereich Abfallentsorgung im Großraum Bern.

3.3 Beratungs- und Begleitungsangebote für Unternehmen

Die Schweiz bietet eine vielfältige und gut vernetzte Beratungslandschaft für Unternehmen, die sich an der beruflichen Integration von Menschen mit psychischen oder gesundheitlichen Einschränkungen beteiligen wollen. Zentrale Erfolgsfaktoren sind die niederschwellige Unterstützung durch die IV, die Verfügbarkeit von qualifizierten Jobcoaches und eine gute Aufbereitung von Informationen, insbesondere auch über Online-Formate (siehe unten).

Eine zentrale Anlaufstelle bilden die **IV-Stellen** als eigenständige kantonale Durchführungsstellen, die über spezialisierte Arbeitsvermittler:innen verfügen. Diese beraten Unternehmen persönlich und umfassend, wenn es um die Anstellung, Begleitung oder Wiedereingliederung von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen geht. Die IV unterstützt bei der Stellenanpassung, vermittelt gezielte Eingliederungsmaßnahmen (z.B. Arbeitsversuche oder Praktika), berät zu finanziellen Fördermöglichkeiten wie Einarbeitungszuschüssen und steht auch bei Unsicherheiten im Umgang mit psychisch belasteten Mitarbeitenden beratend zur Seite.

Ergänzend dazu stehen **Jobcoaching-Angebote** zur Verfügung, wie sie beispielsweise von Job Coaching Schweiz oder spezialisierten Organisationen wie die Dreishiibe (siehe Kapitel 3.4.3.), Pro Mente Sana, der Stiftung Rheinleben oder GEWA Stiftung. Diese Träger arbeiten eng mit der IV zusammen und übernehmen operative Aufgaben im Betrieb: Sie begleiten betroffene Mitarbeitende vor Ort, moderieren Gespräche mit Arbeitgeber:innen, unterstützen bei Konflikten oder Unsicherheiten und helfen bei der langfristigen Arbeitsplatzsicherung. Dieses Modell orientiert sich häufig am Konzept des Supported Employment.

Auch **Berufs-, Ausbildungs- und Arbeitsplatzabklärungen durch Institutionen** (z.B.: Pro Infirmis, Reha Bellikon, Berner Sozialstern oder die Stiftung intact) unterstützen Arbeitgeber dabei, den Integrationsbedarf einer Person besser einschätzen zu können. Diese Einrichtungen

bieten neben fundierten Belastbarkeitseinschätzungen auch Empfehlungen zur Arbeitsplatzgestaltung, Einarbeitungsdauer oder betrieblichen Unterstützungsstrukturen.

In größeren Unternehmen ist zudem häufig ein **internes oder extern beauftragtes betriebliches Case Management** etabliert. Diese Case Manager:innen koordinieren Maßnahmen in komplexeren Fällen, vernetzen medizinische, arbeitsmarktliche und soziale Unterstützungsangebote und begleiten den gesamten Reintegrationsprozess. Im Idealfall arbeiten sie eng mit IV-Stellen, RAV und Fachärzt:innen zusammen.

Darüber hinaus existieren auf kantonaler Ebene **spezifische Unterstützungsangebote** für Kleinunternehmen und Unternehmen von mittlerer Größe. So bieten einzelne Städte und Kantone (z.B. Zürich, Bern, Aargau) regionale Beratungsprogramme, die gezielt kleine Betriebe ansprechen und diesen helfen, barrierefreie Einstiegsoptionen zu schaffen. Auch Stiftungen wie Profil, Züriwerk oder Stiftung Brändi verfügen über eigene Unternehmensberater:innen für Arbeitsintegration.

Compasso ist eine schweizweit tätige Informations- und Netzwerkplattform, die Arbeitgeber:innen bei der beruflichen Eingliederung und beim Erhalt von Arbeitsplätzen für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen unterstützt. Der Verein wurde unter dem Patronat des Schweizerischen Arbeitgeberverbands gegründet und verfolgt das Ziel, die Zusammenarbeit zwischen Unternehmen, IV-Stellen, Versicherern, Behörden und weiteren Systempartnern zu verbessern. Finanziert wird Compasso über Mitgliederbeiträge, Sponsoren wie Suva oder große Versicherungen sowie projektbezogene Drittmittel. Das Online-Portal bietet eine Vielzahl an praxisnahen Instrumenten, Leitfäden und Tools, die speziell auf Personalverantwortliche, Führungskräfte und HR-Fachleute zugeschnitten sind. Ein zentrales Instrument ist das „reWork Profil“, das die schrittweise Rückkehr an den Arbeitsplatz nach einer längeren Erkrankung erleichtert, indem es gemeinsam mit der betroffenen Person, dem Arbeitgeber/der Arbeitgeberin und medizinischen Fachpersonen die aktuelle Belastbarkeit und mögliche Einsatzbereiche klärt. Ebenso hilfreich ist der „Inclusion Check“ (www.inclusion.compasso.ch), ein digitales Analyse-Tool, das Unternehmen hilft, ihre betriebliche Inklusionskultur zu reflektieren und gezielt zu verbessern. Neben diesen konkreten Hilfsmitteln stellt Compasso Checklisten, Gesprächsvorlagen, rechtliche Orientierungshilfen und Good-Practice-Beispiele zur Verfügung, die Unternehmen Sicherheit im Umgang mit gesundheitlich beeinträchtigten Mitarbeitenden bieten. Darüber hinaus fungiert Compasso als Schnittstelle und Koordinationsplattform zwischen den beteiligten Akteur:innen der beruflichen Eingliederung. Durch regelmäßige Fachveranstaltungen, Netzwerktreffen und Publikationen werden Best-Practice-Modelle ausgetauscht und systemische Herausforderungen, etwa bei der Zusammenarbeit zwischen Arbeitgeber:innen, IV-Stellen und Versicherern, thematisiert. Besonders relevant im Kontext der Arbeitsmarktintegration psychisch erkrankter Menschen ist, dass Compasso einen niederschweligen Zugang für Unternehmen schafft, die bisher wenig Erfahrung mit Eingliederungsprozessen haben. Statt theoretischer Ansätze legt Compasso den Fokus auf konkrete Handlungsschritte – von der Früherkennung von Belastungen über den Umgang mit erkrankten Mitarbeitenden bis hin zur nachhaltigen Wiedereingliederung. Damit trägt die Plattform wesentlich zur Sensibilisierung und Professionalisierung der betrieblichen Integrationsarbeit in der Schweiz bei. Compasso gilt heute als zentrale Anlaufstelle für Arbeitgeber:innen, die Verantwortung für die soziale Nachhaltigkeit in ihrem Betrieb

übernehmen möchten und gleichzeitig von der Expertise und Vernetzung im schweizerischen Eingliederungssystem profitieren wollen.³³

Das **Eidgenössische Büro für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (EBGB)**, das sich als Fachstelle des Bundes für die volle, selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am politischen, wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Leben einsetzt, entwickelte zudem aktuell eine **Toolbox**. Diese soll mit verschiedenen Tools und Angeboten Unternehmen unterstützen, ein individuelles Arbeitsumfeld zu schaffen. Die Toolbox des EBGB stellt Unternehmen einen strukturierten, wissenschaftlich fundierten Fahrplan bereit, um Inklusion Schritt für Schritt zu etablieren. Im Kontext der beruflichen Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen stellt die Toolbox ein besonders wertvolles Instrument dar. Während sich viele arbeitsmarktpolitische Ansätze historisch vor allem auf sichtbare körperliche Beeinträchtigungen konzentriert haben, richtet die Toolbox ihren Fokus explizit auch auf psychische Erkrankungen – etwa Depressionen, Angststörungen, bipolare Störungen oder psychische Erschöpfung. Damit greift sie eine wichtige Leerstelle auf, denn gerade Menschen mit nicht sichtbaren psychischen Einschränkungen erleben im Arbeitsalltag häufig Barrieren, die strukturell kaum erfasst und selten thematisiert werden.

„Und dann haben wir diese Toolbox, die soll Unternehmensnetzwerke unterstützen, die darauf abzielt, dass sich Arbeitgebende, die interessiert am Thema Inklusion sind, untereinander vernetzen können und die die Erfahrungen austauschen können und auch Hilfestellung bekommen. Wir haben in der Vergangenheit bereits viele solche Netzwerke unterstützt. Vor allem in der Nordostschweiz. Und das Ziel ist, möglichst flächendeckend in der Schweiz solche Angebote bereitzustellen.“ (Interview 4)

Ein zentrales Element der Toolbox ist die Betonung einer entstigmatisierenden Kommunikationskultur im Betrieb. Sie bietet praktische Hinweise für Unternehmen, wie psychische Erkrankungen im Arbeitsumfeld sensibel angesprochen, Unsicherheiten in Teams abgebaut und Führungskräfte sowie Kolleg:innen zu einem konstruktiven, verständnisvollen Umgang befähigt werden können. Gerade im Fall psychischer Belastungen sind ein respektvoller Umgang, Diskretion und Vertrauen zentrale Voraussetzungen für eine erfolgreiche und nachhaltige Integration. Die Toolbox ermutigt Arbeitgeber:innen, psychische Erkrankungen nicht als Schwäche oder Risiko zu sehen, sondern als Teil menschlicher Diversität, mit der im betrieblichen Alltag professionell umgegangen werden kann.

Darüber hinaus bietet die Toolbox konkrete Vorschläge zur Anpassung von Arbeitsbedingungen. Diese betreffen weniger bauliche Aspekte, sondern vielmehr strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen – wie flexible Arbeitszeiten, Rückzugsräume, reduzierte Arbeitsbelastung oder die Möglichkeit, Aufgaben in Etappen zu erfüllen. Diese Anpassungen sind besonders relevant für Personen mit episodischen Krankheitsverläufen, etwa im Falle von Depressionen oder Angststörungen. Ebenso werden Führungskräfte in ihrer Rolle gestärkt: Die Toolbox stellt Instrumente und Schulungsmaterialien bereit, mit deren Hilfe sie psychosoziale Belastungen frühzeitig erkennen, angemessen reagieren und den Dialog mit betroffenen Mitarbeitenden aktiv gestalten können.

Ein weiterer zentraler Baustein ist der sogenannte Inclusion-Check. Dieses Analyseinstrument erlaubt es Unternehmen, den eigenen Stand hinsichtlich Inklusion systematisch zu erfassen und

³³ Vgl. www.compasso.ch, letzter Zugriff 29.06.25.

gezielte Entwicklungsschritte abzuleiten. Ergänzt wird dies durch Vorschläge zur stärkeren Nutzung externer Netzwerke – etwa mit IV-Stellen, Jobcoaches, Trägersystemen oder anderen inklusionsengagierten Unternehmen. Die Toolbox verfolgt damit einen ganzheitlichen Ansatz, der nicht nur individuelle Maßnahmen, sondern auch betriebliche Kultur, Führung und Teamdynamik adressiert.

Insgesamt stellt die Toolbox ein niederschwelliges, praxisnahes und gleichzeitig strategisch fundiertes Instrument dar, um Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht nur kurzfristig in Beschäftigung zu bringen, sondern ihnen auch langfristige Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen. Sie leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen und zeigt auf, wie ein inklusives Arbeitsumfeld in der Praxis konkret gestaltet werden kann.³⁴ Eine Evaluation der Toolbox und Informationen, inwieweit diese bereits genutzt wird, liegen zum Zeitpunkt der Berichtslegungen noch nicht vor.

Zusammenfassend zeigt sich, dass Unternehmen in der Schweiz auf ein dichtes Netz aus Fachstellen, Informationsplattformen und operativen Unterstützungsangeboten zurückgreifen können. Erfolgsentscheidend ist dabei die enge Verzahnung zwischen öffentlichen Stellen (v. a. der IV), spezialisierten Trägern und dem betrieblichen Umfeld.

3.4 Weiterbildungs-, Beratungs- und Begleitungsangebote für Einzelpersonen

Folgend werden vier Beispiele für Weiterbildungs-, Beratungs- und Begleitangebote vorgestellt, die individuelle Unterstützung für Arbeitsplatzsuchende mit psychischer Erkrankung anbieten. Gemeinsam haben die ersten drei maßgeschneiderten Angebote für Einzelpersonen, dass sie sich alle an Modellen des Supported Employments (SE) orientieren und eng mit der Invalidenversicherung (IV) zusammenarbeiten, welche die Personen an diese zuweisen. Während des Angebots erhält die teilnehmende Person an den Angeboten ein Taggeld von der IV.

3.4.1 Job Coach Placement (JCP), Bern

Das Job Coach Placement (JCP) der Universität in Bern orientiert sich am Ansatz des Supported Employments und des Individual Placement and Support (IPS) und besteht bereits seit 2005. Im deutschsprachigen Raum ist das Angebot des Supported Employments somit wichtiger Vorreiter.

*„Das ist bei uns nichts mehr Neues, nicht mehr innovativ – das ist die Regelversorgung“
(Interview 3)*

Das Coaching richtet sich bereits an Jugendliche ab 14 Jahre und Erwachsene im erwerbsfähigen Alter. Dabei reicht die Unterstützung vom Wählen und Erkunden eines passenden Arbeitsfeldes, Aufbautrainings bis hin zur nachhaltigen Inklusion in den ersten Arbeitsmarkt. Das Job Coach Placement Team zeichnet sich durch umfassende Fachkenntnis im Coaching und Case Management aus und wird durch psychologische und ärztliche Fachpersonen ergänzt.

³⁴ Vgl. <https://www.ebgb.admin.ch/de/toolbox-inklusive-arbeitsumfeld>, letzter Zugriff 29.06.2025.

Zusammenarbeit mit Invalidenversicherung und Finanzierung

Das Job Coach Placement hat eine Leistungsvereinbarung mit der IV-Stelle des Kantons Bern. Die Invalidenversicherung IV ermöglicht durch verschiedene berufliche Maßnahmen den versicherten Personen den Weg zu einem Arbeitsplatz am ersten Arbeitsmarkt. Das Job Coach Placement erhält via Verfügung (Phase I) den Auftrag mit entsprechenden Zielvorgaben. Diese Maßnahme dauert in der Regel sechs Monate. Während dieser Zeit erhält die teilnehmende Person ein Taggeld von der IV (vgl. Homepage Jobcoachplacement³⁵).

Ziel der Phase I ist die Direktanstellung am ersten Arbeitsmarkt. Gelingt das nicht, weil die wirtschaftliche Situation der externen Einsatzfirma oder die psychische Stabilität noch nicht gegeben sind, besteht die Möglichkeit einer Anstellung (Phase II) über das Job Coach Placement. Die Teilnehmenden erhalten dann einen Leistungslohn und – sofern diese berechtigt sind – eine IV-(Teil-)Rente. Ansonsten finanziert das RAV oder der zuständige Sozialdienst ergänzend. Dem Job Coach Placement werden die so geführten Plätze vom Alters- und Behindertenamt nach den Regeln zur Finanzierung geschützter Arbeitsplätze abgegolten.

Das Job Coach Placement schließt Arbeitsverträge mit den Teilnehmenden und Zusammenarbeitsverträge mit den externen Einsatzfirmen ab. Dieses Vorgehen entspricht dem Betriebskonzept eines Personalverleihunternehmens (vgl. ebd³⁶).

Umfang des Angebots

Jährlich werden rund 300 Personen mit einem Team von 20 Fachkräften begleitet. Bei den Job-Coaches handelt es sich um Spezialisten, die über Erfahrungen in der Langzeitbehandlung und Rehabilitation von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen verfügen. Die Job Coaches beim JCP sind in der Regel Fachpersonen mit einem Hintergrund in Sozial- oder Gesundheitsberufen. Zusätzlich zur Grundausbildung absolvieren die Coaches eine spezifische Weiterbildung im Ansatz „Supported Employment“ bzw. „Individual Placement and Support (IPS)“. Ein Coach betreut in der Regel nicht mehr als 15 Personen. Zu Beginn der Maßnahme erfolgt eine zweiwöchige Eingangsuntersuchung. Grundlage für die Zusammenarbeit zwischen Job-Coach und Patient bilden beruflicher Hintergrund und Vorerfahrungen sowie die Präferenzen des Rehabilitanden. Primäres Ziel ist eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt. Die Intervention umfasst beispielsweise Hilfe und Unterstützung bei der Jobsuche, ein „on the job“ Training, Unterstützung während der Beschäftigung sowie die Kooperation mit relevanten Bezugspersonen aus der Arbeits- und Lebenswelt der Programmteilnehmer.

Die Umsetzung des Angebots beschreibt ein Experte wie folgt:

„Wir haben drei Phasen. Wir haben einen sogenannten Einstiegsarbeitsplatz oder Integrationsarbeitsplatz. Das ist die Idee, so eine Art Praktikum für die Klientinnen und Klienten zu finden. Die werden dann über die Invalidenversicherung finanziert. Der Firma selber entstehen keine Kosten. Es ist wirklich so eine Art Praktikum, ein Schnuppern. Und dann gibt es die sogenannte Phase zwei. Das ist dann dieser Arbeitsverleih. Das heißt, die Klienten werden durch die Uniklinik angestellt, durch das Jobplacement. Die haben

³⁵ Vgl. www.jobcoachplacement.ch, letzter Zugriff 29.06.2025.

³⁶ Vgl. www.jobcoachplacement.ch, letzter Zugriff 29.06.2025.

einen Arbeitsvertrag zwischen der Uniklinik mit den Klienten. Und dann gibt es einen Zusammenarbeitsvertrag mit den Firmen. Die Klienten kriegen aber noch nicht den vollen Lohn, den sie erhalten würden, wenn sie regulär angestellt werden. Sie kriegen einen sogenannten Leistungslohn von 70-80% vom regulären Lohn ungefähr. Das ist das eigentliche Supported Employment Programm und das dauert irgendwo zwischen sechs Monaten bis durchaus mal drei Jahre, also im Prinzip ist das Ende offen. Wie es ja auch im IPS gefordert wird, weil die Leute natürlich dann auch mal den Job wechseln oder eben psychische Rückfälle haben usw. Dann nach der Phase zwei kommt dann eben die eben die Festanstellung, also regulärer Arbeitsvertrag und die Coaches sind raus und die Leute kriegen halt den regulären Lohn, den sie. üblicherweise in der Firma kriegen.“ (Interview 3)

Zusammenarbeit mit Unternehmen

Unternehmen profitieren von verschiedenen Leistungen: Sie können Einstiegs- oder Praktikumsplätze anbieten, bei denen Teilnehmende 1–6 Monate in einem Betrieb mit minimalem Pensum (2–8 h/Tag) tätig sind – finanziell unkompliziert, da keine Lohnkosten entstehen und Versicherungsleistungen durch die IV gedeckt sind. Die Job Coaches arbeiten eng mit den direkten Vorgesetzten in den externen Einsatzfirmen und den Therapeuten (niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern, sozialpsychiatrischen Ambulatorien, Sozialdienste) zusammen. JCP übernimmt die Administration, begleitet die Integration durch regelmäßige Standortgespräche und stellt eine betriebliche Ansprechperson zur Verfügung – unterstützt durch einen Job Coach vor Ort.³⁷

Das Job Coach Placement (JCP) Bern arbeitet dabei mit Unternehmen aus unterschiedlichen Branchen zusammen. Die Gewinnung geeigneter Unternehmen erfolgt nicht über standardisierte Ausschreibungen, sondern stets individuell und passgenau: Ausgehend von den Interessen, Fähigkeiten und beruflichen Zielen der jeweiligen Klient:innen suchen die Job Coaches gezielt nach passenden Arbeitsplätzen. Sie nehmen aktiv Kontakt zu potenziellen Arbeitgeber:innen auf, führen persönliche Gespräche mit Personalverantwortlichen und stellen den Nutzen einer Zusammenarbeit vor. Diese aufsuchende und bedarfsorientierte Akquise ist typisch für das JCP-Modell und unterscheidet sich von klassischen Vermittlungsprozessen, bei denen offene Stellen besetzt werden. Häufig entstehen Kontakte auch über bestehende Netzwerke, frühere Einsatzbetriebe oder persönliche Empfehlungen, was den Aufbau langfristiger Kooperationen begünstigt. Das Netzwerk der beteiligten Unternehmen ist breit gefächert. Es umfasst kleine und mittlere Unternehmen (KMU) ebenso wie größere Organisationen und öffentliche Institutionen im Raum Bern. Besonders aktiv beteiligt sind Betriebe aus den Bereichen Dienstleistung, Verwaltung, Detailhandel, Gastronomie, Pflege, Hauswirtschaft, Handwerk, Industrie und sozialen Berufen. Die regionale Verankerung und persönliche Kommunikation sind dabei wichtige Erfolgsfaktoren.

Zusätzlich bietet JCP Unternehmen Präventions-Coachings, Outplacement/Arbeitsmarktcoaching, Team-Workshops sowie Sprechstunden zur Arbeitsintegration an, gezielt ausgerichtet auf psychische Gesundheit am Arbeitsplatz. Die Zusammenarbeit erfolgt durch strukturierte Zielvereinbarungen, klare Abstimmung der Rollen und enge Begleitung durch den Job Coach. Diese Zusammenarbeit beinhaltet individuell angepasste, verbindliche

³⁷Vgl. www.jobcoachplacement.ch, letzter Zugriff 29.06.2025.

und regelmäßige Kontaktaufnahme am Arbeitsplatz. Bei unüberwindbaren Schwierigkeiten hat das Job Coach Placement ein Auffangnetz für die Teilnehmenden vorbereitet. Damit wird verhindert, dass es bei den Teilnehmenden zu einer (nochmaligen Hospitalisation kommt. Die externen Einsatzfirmen werden personell, administrativ und finanziell entlastet.

Die Vertrauensbasis und der partnerschaftliche Ansatz haben dazu geführt, dass viele Unternehmen wiederholt mit dem JCP zusammenarbeiten und regelmäßig neue Einsatzplätze anbieten. Über die Jahre hat sich so ein stabiles und vielfältiges Netzwerk an Betrieben entwickelt, das wesentlich zum nachhaltigen Erfolg des Programms beiträgt. Diese Bestandteile ermöglichen eine nachhaltige, individuelle Inklusion im Sinne des Supported Employment, wobei Unternehmen von höherer Vielfalt, gesellschaftlichem Engagement und langfristigem wirtschaftlichem Vorteil profitieren.

Wissenschaftliche Evidenz

„100 arbeitslose Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung wurden in dieser Studie zufällig einer der beiden Maßnahmen (IPS vs. traditioneller Ansatz) zugeordnet. Patienten aus der IPS-Gruppe befanden sich mindestens doppelt so häufig in einer kompetitiven Beschäftigung verglichen mit denen aus der Vergleichsgruppe (58,7% vs. 25,9%). Im zweiten Jahr zeigte sich, dass die Patienten der IPS-Gruppe über 24,5 Wochen auf dem ersten Arbeitsmarkt beschäftigt waren, in der Kontrollgruppe waren es lediglich 10,2 Wochen. Immerhin waren am Ende der Studie (24 Monate) noch 45,7% der IPS-Teilnehmer in kompetitiver Beschäftigung; in der Vergleichsgruppe waren es 16,7%. Die positiven Effekte hinsichtlich der Arbeitssituation bei den IPS-Teilnehmer:innen blieben auch innerhalb eines Fünf-Jahreszeitraumes bestehen. Daneben zeigten sich statistisch bedeutsame Vorteile auch bei nicht-arbeitsbezogenen Faktoren wie einer reduzierten stationären Behandlungsbedürftigkeit sowie reduzierter stationärer Behandlungstage. Auch aus sozioökonomischer Perspektive erwies sich die IPS-Intervention als effektiv.“ (Hoffmann et al. 2014).

Folgende Grafiken zeigen die Ergebnisse einer Analyse der Routinedaten des JPC Bern von 2005-2016. Ersichtlich wird der große Erfolg des Modells Supported Employments und IPS gegenüber konventionellen Arbeitsmarktintegrationsmaßnahmen. 46% aller Fälle (N=420) des JPC Bern konnten an den ersten Arbeitsmarkt vermittelt werden – davon schafften es dann 33% zu einer regulären Anstellung. Wobei insbesondere die Vermittlungschancen bei Personen mit Schizophrenie und affektive Störungen besonders erfolgreich war.

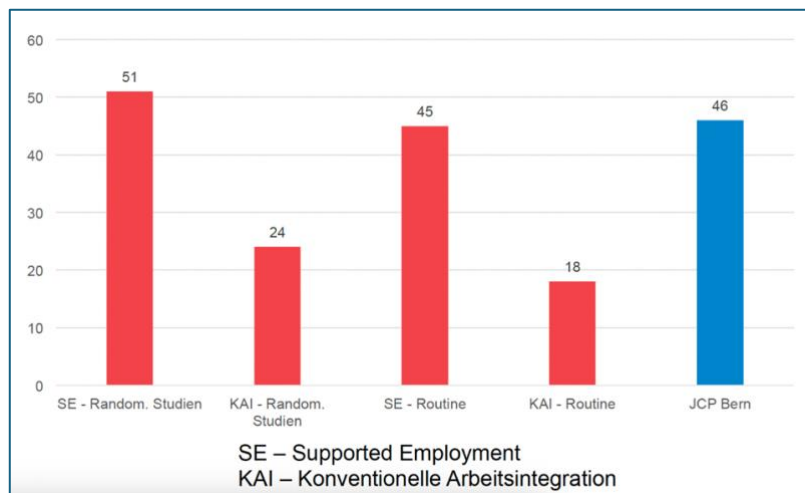


Abbildung 9 Arbeitsplatzintegration JPC Bern im Vergleich in Prozent (vgl. Richter 2017).

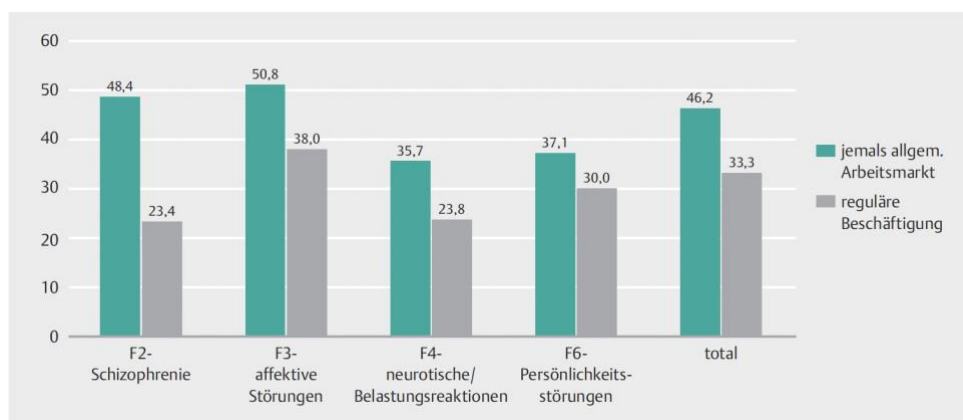


Abbildung 10 Arbeitsmarktintegration nach Diagnose in Prozent (vgl. Richter 2019b).

3.4.2 Supported Employment der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich und der Privatklinik Clenia Schlössli in Oetwil am See

Die beiden psychiatrischen Kliniken bieten Job-Coachings nach dem Modell Individual Placement and Support (IPS). Ziel dieses Ansatzes ist es, Menschen mit psychischen Erkrankungen möglichst schnell, individuell begleitet und nachhaltig in den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren. Dabei wird davon ausgegangen, dass Arbeit ein zentraler Bestandteil von psychischer Stabilität, sozialer Teilhabe und Lebensqualität ist. Das SE-Angebot der Klinik verzichtet bewusst auf vorgelagerte Belastbarkeitstrainings oder Arbeit in geschützten Werkstätten. Stattdessen wird auf die direkte Vermittlung in reguläre Arbeitsstellen gesetzt, kombiniert mit intensiver individueller Betreuung durch speziell ausgebildete Job Coaches.³⁸

Umfang des Angebots

„Was wir hier auch anbieten, sowohl stationär als auch ambulant, ist ein Service mit Jobcoaches, den wir über die Invalidenversicherung tatsächlich abrechnen, wo es darum geht, dass Menschen trotz psychischer Erkrankung den Ihren Arbeitsplatz behalten können. Was mir sicher aufgefallen ist in den letzten Jahrzehnten ist, dass sich die Handhabung durchaus deutlich gebessert hat, dass wir jetzt eben auch die Möglichkeit

³⁸ Vgl. www.pukzh.ch, letzter Zugriff 29.06.2025.

haben, Jobcoachings über die IV abzurechnen, was ja vielleicht vor 20 Jahren nur im Rahmen von Modellversuchen oder irgendwelchen Einzelfallregelungen der Fall war. Und mittlerweile ist das aber wie ein vorgesehener Weg. Und dieser klassische Weg über Institutionen des zweiten Arbeitsmarktes ist eben nicht mehr der einzige Weg. Im Mittel liegt das bei etwa 50 % der Teilnehmenden, die man auf diesem Wege vermitteln kann, ist zumindest wenn man eine selektierte Grundgesamtheit hat. Wenn man hoch selektiert, kriegt man natürlich mehr vermittelt, das ist klar. Aber wenn man jetzt erstmal so jeder, der will, kann mitmachen, dann kommt man bei maximal 50 % raus und das ist natürlich auch wichtig, dass man den anderen 50 % auch eine würdige Beschäftigung bietet, wie durch Tagesstrukturen. Und darum wird es ohne den zweiten Arbeitsmarkt auch nicht gehen³⁹. Aber bisher war es ja so und ist in vielen Ländern immer noch, dass nur der zweite Arbeitsmarkt war, der der Weg zurück in den ersten sein sollte. Also es ist ja schon so, dass das Standardmodell in all unseren Ländern hier in Mitteleuropa ist immer noch der Weg über die geschützte Werkstatt. Und eigentlich haben die geschützten Werkstätten den Auftrag, eine Reintegration oder Inklusion in den ersten Arbeitsmarkt vorzunehmen. In vielen Fällen funktioniert das aber nicht gut, sondern wenn wir einmal in der Werkstatt ist, ist die Wahrscheinlichkeit, dass man dort bleibt, sehr hoch. Und das ist auch aus so einer Vorstellung heraus. Man muss erst alles trainieren, bis man so fit ist, dass man wieder gehen kann. Und Supported Employment kehrt das ja um und sagt Arbeit ist nicht das Ziel der Rehabilitation, sondern Arbeit ist rehabilitatives Mittel selber und mit entsprechender Begleitung kann das dann gelingen. Und da sind wir sicher mit den letzten Gesetzesrevision hier einen Schritt weiter. (Interview 1)

Die Zusammenarbeit erfolgt dabei eng zwischen Klient:in, psychiatrischem Behandlungsteam und Arbeitgeber. Der Job Coach fungiert als verbindendes Element, der sowohl die Betroffenen bei der Stellensuche und beim Bewerbungsprozess unterstützt, als auch nach der Arbeitsaufnahme weiter begleitet, um eine möglichst stabile Beschäftigung zu gewährleisten. Diese Begleitung ist offen und flexibel gestaltet – sie kann vor Ort beim Arbeitgeber, in der Klinik oder auch telefonisch erfolgen. Sie wird so lange angeboten, wie sie als notwendig und sinnvoll erachtet wird. Das Vorgehen ist stark personenzentriert: Wünsche, Fähigkeiten und Bedürfnisse der Klient:innen stehen im Zentrum, was sich auch in der Auswahl passender Stellen zeigt.

Der Ablauf des Supported Employment gestaltet sich in mehreren, flexibel anpassbaren Phasen: Zunächst erfolgt eine individuelle Standortbestimmung, in der Wünsche, Fähigkeiten, Berufserfahrung und mögliche Einschränkungen gemeinsam mit der betroffenen Person erfasst werden. Danach beginnt unmittelbar die Stellensuche, die vom Job Coach aktiv mitgestaltet wird – etwa durch Bewerbungsunterstützung, Vermittlung von Kontakten oder die Vorbereitung auf Vorstellungsgespräche. Sobald eine Stelle gefunden ist, beginnt die Phase der Integration am Arbeitsplatz. In dieser unterstützt der Job Coach sowohl die betroffene Person als auch den Arbeitgeber. Dazu gehören Gespräche mit Vorgesetzten, Hilfe bei der Arbeitsorganisation, Konfliktlösung oder psychologische Stabilisierung im Alltag. Die Dauer dieser Begleitung ist nicht starr vorgegeben, sondern richtet sich nach dem Bedarf und kann auch langfristig erfolgen.

³⁹ Anmerkung: Der zweite Arbeitsmarkt in der Schweiz wird multifinanziert – hauptsächlich durch die IV und Kantone, ergänzt durch Gemeinden, Sozialhilfe und Eigenmittel der Institutionen. Das System ist stark föderal organisiert: Die konkrete Finanzierung und Zuständigkeit variieren von Kanton zu Kanton.

Das Angebot des Supported Employment richtet sich an Menschen mit Wohnsitz im Kanton Zürich, die aufgrund psychischer Erkrankungen oder Schwierigkeiten Unterstützung im beruflichen Bereich benötigen. Voraussetzung für die Teilnahme ist eine regelmäßige psychiatrische oder psychotherapeutische Begleitung sowie das Einverständnis, die behandelnde Fachperson einzubeziehen. (Vgl. Huber, Kawohl, 2013)

Das Angebot konzentriert sich ausschließlich auf Arbeitsverhältnisse am ersten Arbeitsmarkt und umfasst zwei zentrale Unterstützungsbereiche:

1. Begleitung bei der Stellensuche

- Job Coaching zur beruflichen Orientierung und Bewerbungsstrategie
- Unterstützung bei der Erstellung von Bewerbungsunterlagen, telefonischen Anfragen, Bewerbungsschreiben sowie der Vor- und Nachbereitung von Vorstellungsgesprächen
- Begleitende Beratung beim Stellenantritt und während der ersten Arbeitsmonate
- Dauer: ca. 6–12 Monate

2. Job Coaching für Personen mit bestehender Arbeitsstelle

- Unterstützung bei Herausforderungen am Arbeitsplatz durch individuelle Beratung und Coaching zum Thema «Arbeit und Gesundheit»
- Entwicklung von Lösungsstrategien und Standortgespräche mit dem Arbeitgeber nach Bedarf
- Begleitung während eines Klinikaufenthalts zur Vorbereitung auf den Wiedereinstieg
- Nachhaltige Integration durch Gespräche und Unterstützung in der Kommunikation mit dem Arbeitgeber
- Dauer: 6–12 Monate (bei Wiedereinstieg nach Klinikaufenthalt bis zu 12 Monate)

Das Team im Zürich besteht aus acht engagierten Job Coaches. Die Anmeldung erfolgt über behandelnde Ärztinnen und Ärzte, Fachpersonen oder direkt durch die betroffene Person.

Zusammenarbeit mit Unternehmen

Ein zentrales Element des Supported Employment ist die enge Zusammenarbeit mit Unternehmen. Die Job Coaches unterstützen Arbeitgeber aktiv, indem sie diese über psychische Erkrankungen informieren, gemeinsam realistische Anforderungen an die Stelle definieren und bei Bedarf Anpassungen am Arbeitsplatz anregen. Der Fokus liegt dabei immer auf der Schaffung eines möglichst stabilen Arbeitsverhältnisses. Arbeitgeber werden während des gesamten Prozesses begleitet: von der ersten Kontaktaufnahme über die Einarbeitung der neuen Mitarbeitenden bis hin zur laufenden Unterstützung bei Schwierigkeiten im Arbeitsalltag. Diese Unterstützung kann helfen, Unsicherheiten oder Vorurteile gegenüber psychisch erkrankten Mitarbeitenden abzubauen und nachhaltige Arbeitsbeziehungen zu etablieren.

Zusammenarbeit mit Invalidenversicherung und Finanzierung

Das Supported Employment (SE) an den Kliniken wird in enger Kooperation mit der Invalidenversicherung (IV) umgesetzt. Die Finanzierung erfolgt in der Regel über IV-Eingliederungsmaßnahmen, konkret über die Job-Coaching-Maßnahme nach Art. 18 IVG. Die IV übernimmt dabei die Kosten für die individuelle Begleitung durch den Job Coach. Für die Klient:innen ist das Angebot kostenlos. In Fällen, in denen keine Finanzierung über die IV möglich ist, werden Einzelfalllösungen geprüft – teilweise werden auch andere Sozialversicherungen oder kantonale Stellen involviert. Diese enge Anbindung an das

Sozialversicherungssystem stellt sicher, dass das Angebot strukturell verankert und längerfristig tragfähig ist.

Wissenschaftliche Evidenz

Das Modell wird durch Studien gestützt, etwa durch das Zürcher Eingliederungs-Pilotprojekt (ZhEPP), in dem IV-Neurentner:innen mit psychischer Erkrankung entweder im Rahmen eines IPS-Jobcoachings oder auf herkömmlichem Weg begleitet wurden. Die Resultate zeigten klare Vorteile für die IPS-Gruppe: signifikant höhere Rückkehrquoten in den Arbeitsmarkt, weniger Krankheitssymptome, mehr Arbeitszufriedenheit und geringere Selbststigmatisierung. Auch der positive Einfluss eines unterstützenden sozialen Netzwerks wurde deutlich. Entscheidende Erfolgsfaktoren sind die schnelle Platzierung in den Arbeitsmarkt (statt langer Abklärung), die modellgetreue Umsetzung sowie eine gute Passung zwischen Person und Arbeitsplatz. Die Erfahrungen zeigen zudem, dass das Angebot auch für Personen mit längerer IV-Geschichte oder bestehender Anstellung effektiv ist (vgl. Kawohl et al. 2014).

3.4.3 Supported Employment der dreishiibe

Die Stiftung dreishiibe bietet ein breites Spektrum an Arbeits-, Ausbildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. In ihren Betrieben an den Standorten St. Gallen, Herisau und Flawil stellt sie rund 220 Arbeits- und Ausbildungsplätze zur Verfügung – etwa in Bereichen wie Bäckerei, Gastronomie, Hauswartung, Elektromontage oder Verpackung. Diese Plätze sind darauf ausgerichtet, eine geregelte Tagesstruktur zu ermöglichen, berufliche Kompetenzen aufzubauen und soziale Teilhabe zu fördern.

Ergänzt werden diese Arbeitsangebote durch ein Tages- und Begegnungszentrum in St. Gallen. Dort erhalten insbesondere Menschen, die nicht oder noch nicht im Arbeitsprozess integriert sind, Zugang zu niederschwelligen Aktivitäten, sozialem Austausch und psychosozialer Stabilisierung. Darüber hinaus betreibt die dreishiibe Programme zur Abklärung der Arbeitsfähigkeit, Integrations- und Berufsvorbereitung sowie schulische und praktische Ausbildungsangebote für junge Erwachsene.⁴⁰

„Der Fokus liegt dabei auf der Arbeitsintegration im Zusammenhang mit vier Maßnahmen. Das bedeutet einerseits für Lernende eine Vorbereitung, eine gezielte Vorbereitung, eine Ausbildung von Therapie wie auch die Arbeitsvermittlung nach der Ausbildung. Das bedeutet bei uns, dass wir sechsmonatiges Jobcoaching noch dazu nehmen können. Für die Arbeitsvermittlung und Begleitung der Anschlusslösung. Dann haben wir auch Angebote wie das Aufbautraining oder Arbeitstraining. Das findet in verschiedenen Arbeitsbereichen statt. Also wir sind sehr vielseitig. Wir haben von der Backstube über die Logistik, man sieht das auf der Homepage verschiedene Bereiche abgebildet, die sehr arbeitsmarktnah arbeiten und wo dann auch ein Aufbau stattfinden kann. Das fängt auch von einem niedrigen Pensum zum Beispiel viermal zwei Stunden pro Woche an, wo dann aufgebaut wird auf 100 % Pensum. Im Verlauf wird aber gezielt auch geschaut, wenn beispielsweise jemand ein 50 % Arbeitspensum erhält und diese stabil ist, wird auch zusätzlich mit dem Jobcoaching parallel gestartet und auch Bewerbungsunterlagen abgearbeitet, die Akquise begonnen und dann so der Prozess

⁴⁰ Vgl. www.dreishiibe.ch, letzter Zugriff 29.06.2025.

schleichend begonnen, damit ein Übertritt stattfinden kann. Nach Möglichkeit in eine zukünftige Stelle oder mindestens so, dass dort die Maßnahme weitergeführt werden kann. Mit einem Arbeitstraining oder einem Arbeitsversuch, wo dann auch weiterhin die Begleitung so gewährleistet werden kann durch das Jobcoaching. Tageszentrum gibt es auch. Dort sind es aber vor allem Leute, die eine Rente haben.“ (Interview 2)

Das Angebot des Job Coachings

Das Job Coaching der dreischiibe richtet sich an Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, die in den ersten Arbeitsmarkt integriert werden sollen. Das Angebot besteht aus individueller Begleitung auf dem Weg zur (Re-)Integration, wobei sowohl Arbeitssuche als auch Arbeitsplatzantritt und -erhalt unterstützt werden. Die Job Coaches arbeiten ressourcenorientiert und entwickeln gemeinsam mit den Teilnehmenden berufliche Perspektiven, die realistisch und auf die gesundheitliche Situation abgestimmt sind.

Ziel ist es, eine möglichst nachhaltige Integration in den regulären Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Deshalb werden passende Arbeitsplätze gesucht, die Anforderungen mit den Fähigkeiten der Teilnehmenden abgestimmt und potenzielle Arbeitgeber sensibilisiert. Das Coaching kann sowohl in internen Bereichen der dreischiibe als auch in externen Betrieben erfolgen und beinhaltet eine enge Zusammenarbeit mit weiteren involvierten Stellen wie IV, Sozialdiensten oder medizinischen Fachpersonen.

Der Ablauf des Job Coachings

Der Einstieg ins Job Coaching beginnt in der Regel mit einer Abklärungsphase, in der Ressourcen, Belastbarkeit und berufliche Interessen der betroffenen Person erfasst werden. Danach wird ein individueller Eingliederungsplan entwickelt, der konkrete Schritte, Etappenziele und den zeitlichen Rahmen definiert. Die Teilnehmenden erhalten Unterstützung bei der Erstellung von Bewerbungsunterlagen, bei der Stellensuche oder bei der Vorbereitung auf Vorstellungsgespräche.

Sobald ein geeigneter Arbeitsplatz gefunden ist – sei es ein Praktikum, eine Ausbildung oder eine reguläre Anstellung – begleiten die Job Coaches die betroffene Person beim Einstieg in den Betrieb. In dieser Phase stehen sie auch den Unternehmen beratend zur Seite und können bei Bedarf intervenieren. Ziel ist es, das Arbeitsverhältnis zu stabilisieren, Herausforderungen frühzeitig zu erkennen und gemeinsam Lösungen zu entwickeln. Die Begleitung ist zeitlich befristet, wird aber flexibel auf den Bedarf der Person und des Betriebs abgestimmt.

Erfolgsfaktoren und Gelingensbedingungen

Zentral für das Gelingen des Job Coachings ist die individuelle Ausrichtung der Maßnahme: Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen benötigen je nach Lebenslage sehr unterschiedliche Unterstützung. Der Fokus auf vorhandene Ressourcen statt auf Defizite sowie eine stabile und vertrauensvolle Beziehung zum Coach tragen wesentlich dazu bei, dass Teilnehmende sich auf den Integrationsprozess einlassen können. Ebenso wichtig ist eine realistische Einschätzung der Belastbarkeit und eine schrittweise Heranführung an berufliche Anforderungen.

„Also ich habe pro Fall eine Ansprechperson bei der IV und genauso umgekehrt. Also die IV hat den Job Coach als Ansprechperson, dann bleibt das auch so und der begleitet die Person ab dem Erstgespräch. Das ist sicher auch von der Idee her noch etwas spezieller:

Eine Person der Dreischiibe ist beim Erstgespräch dabei und danach ist sie auch regelmäßig dabei. Sie organisiert die Standortgespräche für die IV, für die versicherte Person und die Bezugsperson der Arbeit oder dem Arbeitgeber und geht so regelmäßig an die Gespräche, führe das Gespräch durch, macht ein Protokoll. (...) Sie muss auch prüfen: Ist der Verlauf so in Ordnung. Gibt es irgendwelche Auffälligkeiten? Sie macht dann auch den Übergang in eine andere Rolle zum Jobcoaching und ist eigentlich so von Anfang bis Ende dabei. Wenn jemand längere Zeit in der Maßnahme ist, dann kennt man also diese Person vielleicht schon über ein Jahr. Und wenn sie in der Ausbildung sind oder beispielsweise in der Vorbereitung, dann kennt man die Person vielleicht schon 2 bis 3 Jahre und bei einer guten Entwicklung, wenn die Arbeitsmarktfähigkeit genügend vorhanden ist, wird auch das Coaching gemacht. Und so ist natürlich die Beziehungsebene auch gestärkt.“ (Interview 2)

Die Stiftung legt Wert auf Kontinuität, interdisziplinäre Zusammenarbeit und die enge Einbindung des sozialen Umfelds. Ein weiterer Erfolgsfaktor ist die Flexibilität: Die dreischiibe ermöglicht Rückzüge bei Krisen, erneute Anläufe und passt die Maßnahmen bei Bedarf laufend an. Die Erfahrungswerte zeigen, dass rund 60 % der Teilnehmenden nach dem Job Coaching bzw. der Ausbildung eine Anstellung am ersten Arbeitsmarkt finden – ein im nationalen Vergleich hoher Wert, der die Wirksamkeit des Angebots belegt.

Zusammenarbeit mit Unternehmen

Die dreischiibe kooperiert mit Unternehmen aus verschiedenen Branchen, um passende Arbeitsplätze für ihre Teilnehmenden zu identifizieren und vorzubereiten. Im Rahmen des Job Coachings findet ein aktiver Austausch mit Arbeitgebern statt: Diese werden über den Integrationsprozess informiert, erhalten Unterstützung bei der Arbeitsplatzgestaltung und können auf die Expertise der Stiftung zurückgreifen. So können etwa Rollenprofile angepasst oder innerbetriebliche Abläufe modifiziert werden, um eine erfolgreiche Integration zu ermöglichen.

Die Stiftung bietet auch nach der Vermittlung eines Arbeitsplatzes weiterführende Begleitung an. Die Job Coaches stehen den Unternehmen bei Fragen oder Problemen zur Verfügung, helfen bei der Kommunikation mit der versicherten Person und fördern den Aufbau eines unterstützenden Arbeitsumfelds. Diese partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Betrieben ist ein zentraler Bestandteil des Erfolgsmodells – sie stärkt die Akzeptanz psychisch beeinträchtigter Menschen im Arbeitsleben und schafft praxisnahe Lösungen.

„Unsere Erfahrung ist schon so, wenn wir Arbeitgeber haben, mit denen wir schon öfters zusammengearbeitet haben, dann sind die natürlich auch offener. Sie haben schon Erfahrungen damit gemacht. Nur die Realität ist halt auch, wenn der Betrieb nicht so groß ist und jemand integriert wurde, vielleicht zwei, dann ist das auch ausgeschöpft. Und wir arbeiten mit den Arbeitgebern wirklich. Wir erfassen die im System und es kann sein, dass man dann längere Zeit nichts mehr mit ihnen zu tun hat und dann vielleicht nach drei Jahren wieder einmal den Kontakt aufnimmt. Manchmal sind wir dann wieder mit Kaltakquise. Aber das ist auch gut – so wird das auch gestreut und die Arbeitgeber sprechen miteinander und ja, dass das vielleicht auch nicht mehr so unbekannt ist und die Berührungsgängste auch reduziert werden.“ (Interview 2)

Finanzierung

Die Finanzierung der Angebote der Stiftung dreischiiibe setzt sich aus mehreren Quellen zusammen. Ein wesentlicher Teil wird über Leistungsverträge mit den Kantonen getragen, insbesondere über die Invalidenversicherung (IV), die Arbeitsintegration und berufliche Maßnahmen finanziert. Auch Beiträge aus der Sozialhilfe und aus kommunalen oder regionalen Programmen fließen mit ein. Daneben erwirtschaftet die dreischiiibe rund ein Drittel ihres Budgets durch eigene Dienstleistungen und Produkte aus den Werkstätten.

„Was man aber sagen kann, ist sicherlich die Ostschweiz ein Vorreiter, was die Zusammenarbeit mit der IV betrifft. Also wir pflegen wirklich einen sehr kollegialen Umgang. Was die Zusammenarbeit natürlich sehr, sehr angenehm und zielführender gestalten lässt, weil man einfach auch wirklich offen darüber sprechen kann, wenn man auch zum Beispiel ein komisches Bauchgefühl hat oder einem Dinge auffallen, die man dann auch mit dem Berater zu zweit mal austauschen kann und um verschiedene verschiedenen Abgleich macht, um am gleichen Strang zu ziehen, oder? Ich denke, das ist sicherlich sehr förderlich.“ (Interview 2)

Für das Job Coaching gelten die üblichen Bedingungen von Eingliederungsmaßnahmen der IV. Wenn eine Maßnahme im Rahmen eines Integrationsplans gesprochen wird, übernimmt die IV die Kosten für Coaching, Vermittlung und Begleitung. Unternehmen zahlen keine direkten Kosten für die Unterstützung, profitieren aber von stabilen Arbeitsverhältnissen und einer qualifizierten Beratung. Auch Spenden und projektbezogene Fördermittel tragen zur finanziellen Tragfähigkeit der Stiftung bei.⁴¹

3.4.4 Pro Mente Sana

Pro Mente Sana ist eine schweizweit tätige Fachorganisation, die sich für die Förderung der psychischen Gesundheit und die Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen einsetzt. Sie bietet ein breites Angebot an Beratungs-, Bildungs- und Sensibilisierungsmaßnahmen, die auch für die berufliche (Re-)Integration relevant sind. Ihr Fokus liegt auf der Stärkung der Betroffenen, der Aufklärung der Öffentlichkeit und der Unterstützung des sozialen und beruflichen Umfelds. Besonders im Bereich Arbeitsmarktintegration leistet Pro Mente Sana wichtige Beiträge durch rechtliche und psychosoziale Beratung, Informationsvermittlung, Empowerment-Angebote sowie durch ihre Vernetzung mit anderen Organisationen im Unterstützungsnetzwerk.⁴²

Ein zentrales Element ist die psychosoziale und rechtliche Beratung, die Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörigen kostenlos zur Verfügung steht. Dabei werden unter anderem Fragen zum Arbeitsrecht, zu IV-Leistungen oder zur Vereinbarkeit von Arbeit und psychischer Erkrankung behandelt.

Pro Mente Sana bietet keine direkte Arbeitsvermittlung oder Jobcoachings an, arbeitet jedoch eng mit Organisationen zusammen, die auf Supported Employment oder begleitete Arbeitsintegration spezialisiert sind. Durch die Beratungstätigkeit wird Betroffenen geholfen, solche Angebote zu finden und anzusteuern. Darüber hinaus engagiert sich Pro Mente Sana stark in der Öffentlichkeitsarbeit, etwa mit der bekannten Sensibilisierungskampagne «Wie

⁴¹ Vgl. www.dreischiiibe.ch, letzter Zugriff 29.06.2025.

⁴² Vgl. www.promentesana.ch/angebote, letzter Zugriff 29.06.2025.

geht's dir?», die auch Unternehmen erreicht und dazu beiträgt, psychische Gesundheit am Arbeitsplatz zu enttabuisieren.⁴³

Angebote und Maßnahmen

Die Angebote von Pro Mente Sana sind vielfältig und in mehreren Wirkungsfeldern angesiedelt – insbesondere im Bereich der Unterstützung und Stärkung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in ihrem privaten, sozialen und beruflichen Leben. Neben der erwähnten rechtlichen und psychosozialen Beratung bietet die Organisation eine Reihe von Maßnahmen, die speziell auf die Selbstbefähigung (Empowerment) und Alltagsbewältigung abzielen – Voraussetzungen, die für eine nachhaltige berufliche (Wieder-)Integration essenziell sind.

Ein zentrales Angebot ist die Peer-Arbeit: Menschen mit eigener psychischer Erkrankung werden zu sogenannten Peers ausgebildet, um andere Betroffene im Genesungsprozess zu begleiten. Dies geschieht etwa über Einzelgespräche, Gruppenangebote oder durch die Mitwirkung an Weiterbildungen. Dieser peerbasierte Ansatz folgt der Idee der „Hilfe zur Selbsthilfe“ und basiert auf dem Konzept von Recovery, das davon ausgeht, dass auch mit einer psychischen Erkrankung ein erfülltes, selbstbestimmtes Leben – auch im Beruf – möglich ist. Die Peer-Arbeit stärkt nicht nur die unterstützten Personen, sondern bietet auch für die Peers selbst eine berufliche Perspektive im Sozial- oder Gesundheitswesen.

Zudem bietet Pro Mente Sana spezifische Kurse und Workshops für Menschen mit psychischen Erkrankungen an, in denen etwa Strategien zur Stressbewältigung, zur Kommunikation, zum Umgang mit Stigmatisierung oder zur Selbstorganisation im Alltag vermittelt werden. Viele dieser Kompetenzen sind auch im Berufsleben von zentraler Bedeutung. In Kursformaten wie „Recovery Wege entdecken“ oder „Erfahrung und Wissen weitergeben“ werden psychische Krisen als Teil der Biografie reflektiert und mögliche nächste Schritte, etwa auch hin zu einer Berufstätigkeit, geplant. Diese Angebote werden teilweise in Kooperation mit Kliniken, Arbeitsintegrationsstellen oder psychiatrischen Diensten durchgeführt.

Ein weiterer Bereich betrifft die Arbeit mit Angehörigen, Fachpersonen und Arbeitgeber:innen. Hier bietet Pro Mente Sana gezielte Sensibilisierungs- und Weiterbildungsangebote an – etwa zu Fragen der Inklusion, des Umgangs mit psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz oder der Rechte von Betroffenen. Unternehmen erhalten Informationen darüber, wie sie Mitarbeitende mit psychischen Belastungen besser unterstützen und stigmatisierende Strukturen abbauen können. Damit wirkt Pro Mente Sana auch indirekt auf die Arbeitsmarktintegration, indem sie das Umfeld für eine erfolgreiche Teilhabe vorbereitet.

Nicht zuletzt beteiligt sich die Stiftung an politischen Prozessen und Fachnetzwerken und trägt so zur Weiterentwicklung des psychosozialen Versorgungssystems und zur Verbesserung der arbeitsmarktlchen Teilhabechancen von Menschen mit psychischen Erkrankungen bei. Durch diese systemische Perspektive ergänzt Pro Mente Sana die direkte Unterstützung der Betroffenen mit einer wichtigen Advocacy- und Entwicklungsarbeit. Diese umfassende Herangehensweise macht die Organisation zu einem wichtigen Akteur im Feld der beruflichen Inklusion psychisch erkrankter Menschen in der Schweiz.⁴⁴

⁴³ Vgl. www.promentesana.ch/angebote, letzter Zugriff 29.06.2025.

⁴⁴ Vgl. www.promentesana.ch/angebote, letzter Zugriff 29.06.2025.

Finanzierung

Finanziert wird die Stiftung durch Beiträge von Bund, Kantonen und Gemeinden, durch Spenden sowie über Einnahmen aus Dienstleistungen. Im Jahr 2023 führte sie über 5400 Beratungen durch – ein Hinweis auf die hohe Nachfrage nach ihren niederschweligen Angeboten. Auch wenn arbeitsmarktspezifische Wirksamkeitsstudien auf ihrer Website nicht explizit ausgewiesen sind, orientieren sich viele ihrer Programme an evidenzbasierten internationalen Modellen. Damit bildet Pro Mente Sana eine zentrale Anlaufstelle für Menschen mit psychischer Erkrankung in der Schweiz – auch dann, wenn es um die Herausforderungen und Chancen im Berufsleben geht.⁴⁵

⁴⁵ Vgl. www.promentesana.ch/angebote, letzter Zugriff 29.06.2025.

3.5 Gesellschaftliches Bewusstsein und Entstigmatisierung

In den letzten Jahren hat die Schweiz viel in Aufklärungskampagnen und Sensibilisierung investiert. Dadurch wächst das Verständnis für psychische Erkrankungen in der Gesellschaft und bei Arbeitgebern, was die Inklusion erleichtert.

Während dem Schweizer Bund die gesetzliche Grundlage fehlt, um in diesem Bereich präventiv zu wirken, engagieren sich viele NGOs mit Kampagnen und anderen Aktivitäten für die Prävention, die Entstigmatisierung und die Aufklärung im Bereich psychische Krankheiten.⁴⁶

Sensibilisierungskampagnen: Eine Auswahl

- „Wahn oder Wirklichkeit“ (Kanton Basel-Stadt)
- „Ich bin leer“ (Pro Infirmis)
- „10 Schritte für die psychische Gesundheit (Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz, NPG, Kanton Aargau)
- „Stopp Cyber-Mobbing (Pro Juventute)
- „Stopp Jugendsuizid (Pro Juventute)
- „Für Menschen, die vom Glück verlassen wurden“ (Heilsarmee)
- „Psychisch krank? Kein Tabu!“ (Werne Alfred Selo Stiftung)
- Aktionstage – zum Beispiel 10. Oktober Internationale Tag der psychischen Gesundheit

3.5.1 Sensibilisierungskampagne: Wie geht's dir?

Die Kampagne „Wie geht's dir?“ ist eine nationale Sensibilisierungsinitiative zur Förderung der psychischen Gesundheit. Seit 2018 wird sie von den Deutschschweizer Kantonen in Zusammenarbeit mit der Stiftung Pro Mente Sana und im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz umgesetzt. Ziel ist es, psychische Belastungen zu enttabuisieren, das Gespräch über psychisches Wohlbefinden zu fördern und Menschen zu ermutigen, frühzeitig Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dabei rückt die Kampagne in den Fokus, dass jede zweite Person in der Schweiz im Laufe ihres Lebens eine psychische Erkrankung erlebt – und dass Reden hilft, Leidensdruck zu lindern und Wege zur Unterstützung zu eröffnen.

Ein zentrales Element der Kampagne ist das sogenannte „Emotionen-Alphabet“, das Emotionen von A wie „ausgebrannt“ bis Z wie „zufrieden“ sichtbar macht und auf Plakaten, Postkarten sowie online verbreitet wird. Es hilft Menschen, über ihre Gefühle zu reflektieren und diese konkret zu benennen – eine wesentliche Voraussetzung für das Erkennen psychischer Belastungen. Ergänzt wird das Angebot durch eine kostenlose App, die mit einem Gefühlstagebuch, Self-Checks und individuell angepassten Tipps besonders junge Erwachsene unterstützt. Zusätzlich stellt die Kampagne vielfältige Materialien bereit, darunter Poster, Lehrmittel, Broschüren und Gesprächshilfen – diese können beispielsweise von Schulen, Gesundheitsdiensten, Betrieben oder sozialen Institutionen kostenlos genutzt werden.

Besonders für Projekte im Bereich der Arbeitsmarktintegration von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung bietet die Kampagne wertvolle Anknüpfungspunkte. Sie fördert die Fähigkeit, über emotionale Belastungen zu sprechen, und unterstützt dadurch nicht nur Betroffene, sondern auch deren Umfeld – etwa Integrationsfachpersonen oder Arbeitgebende – im

⁴⁶ Vgl. <https://www.spectra-online.ch/de/spectra/artikel/aktiv-gegen-stigmatisierung-von-psychischen-krankheiten-511-29.html>, letzter Zugriff 29.06.2025.

Umgang mit psychischer Erkrankung. Die Materialien sind niederschwellig und praxisnah, was sie sowohl im Bewerbungsprozess, in Integrationsprogrammen als auch bei der Sensibilisierung in Unternehmen einsetzbar macht. Die App oder die Gesprächsanregungen können zudem zur Aktivierung und Selbstreflexion beitragen, etwa wenn Klient:innen sich unsicher fühlen, wie sie über ihre psychische Situation sprechen sollen.

Eine Evaluation der Kampagne von 2023 bestätigt ihre breite Wirkung: Die Bekanntheit ist gestiegen, und viele Menschen fühlen sich ermutigt, über psychische Belastungen zu reden.⁴⁷

3.5.2 Sensibilisierungs- und Beratungsprojekt: Arbeitsmarkt Inklusiv

Das Projekt „Arbeitsmarkt inklusiv“ der Organisation Blindspot – Inklusion und Vielfaltsförderung Schweiz richtet sich gezielt an Unternehmen und Arbeitgeber:innen, um berufliche Inklusion von Menschen mit Behinderungen zu fördern. Ziel ist, anhand der Grundsätze der UN-Behindertenrechtskonvention und der UN-Ziele der Agenda 2030 (SDG 10 – Verringerung von Ungleichheiten) eine inklusive Unternehmenskultur zu etablieren. Sichtbarkeit, Sensibilisierung sowie nachhaltige Veränderungen in Organisationen stehen im Vordergrund.

Blindspot fungiert als Beratungs- und Begleitstruktur für Unternehmen, die sich auf das Thema Inklusion einlassen wollen. Nach einer unverbindlichen Erstberatung zur Einschätzung des Status quo und der Motivation erfolgt ein modularer Beratungsprozess: Phasen umfassen Sensibilisierung, inklusives Job-Design & Personalgewinnung sowie Begleitung im Betrieb. Die Beratung wird individuell auf Unternehmensgröße, Branche und konkrete Potenziale angepasst.

In der Projektlaufzeit wurden circa 60 Beratungen mit 29 Unternehmen durchgeführt. In einigen Fällen resultierten daraus konkrete personelle Konsequenzen: Stellenausschreibungen, Vermittlungen und begleitete Anstellungen fanden statt. Blindspot stellt darüber hinaus Werkzeuge zur Verfügung – etwa Leitfäden zu inklusivem Einstellungsprozess, Inklusionsskalen und Interventionstrainings – die öffentlich zugänglich sind und vom Projekt inhaltlich gespeist werden.

Insgesamt zeigt das Projekt, dass eine auf Zusammenarbeit, individuelle Anpassung sowie öffentlich sichtbare Erfolge beruhende Struktur nicht nur funktioniert, sondern auch Impulse für nachhaltige Inklusion in Unternehmen setzt – ein vielversprechender Ansatz für die Gestaltung von Arbeitsmarktintegration im Kontext psychischer Erkrankungen.⁴⁸

⁴⁷ Vgl. www.wie-gehts-dir.ch, letzter Zugriff 29.05.2025.

⁴⁸ Vgl. www.blindspot.ch/inklusionsprojekte/arbeitsmarkt-inklusiv, letzter Zugriff 29.06.2025.

4. Beispiel Deutschland

Zwischen 1995 und 2019 ist in Deutschland der Anteil der Menschen, die aufgrund psychischer Erkrankungen vorzeitig in Rente gingen, von 18,6 % auf 41,7 % gestiegen. Zugleich arbeitet ein großer Teil schwer psychisch erkrankter Menschen unter geschützten Bedingungen, etwa in Werkstätten für behinderte Menschen – und nicht am ersten Arbeitsmarkt.⁴⁹

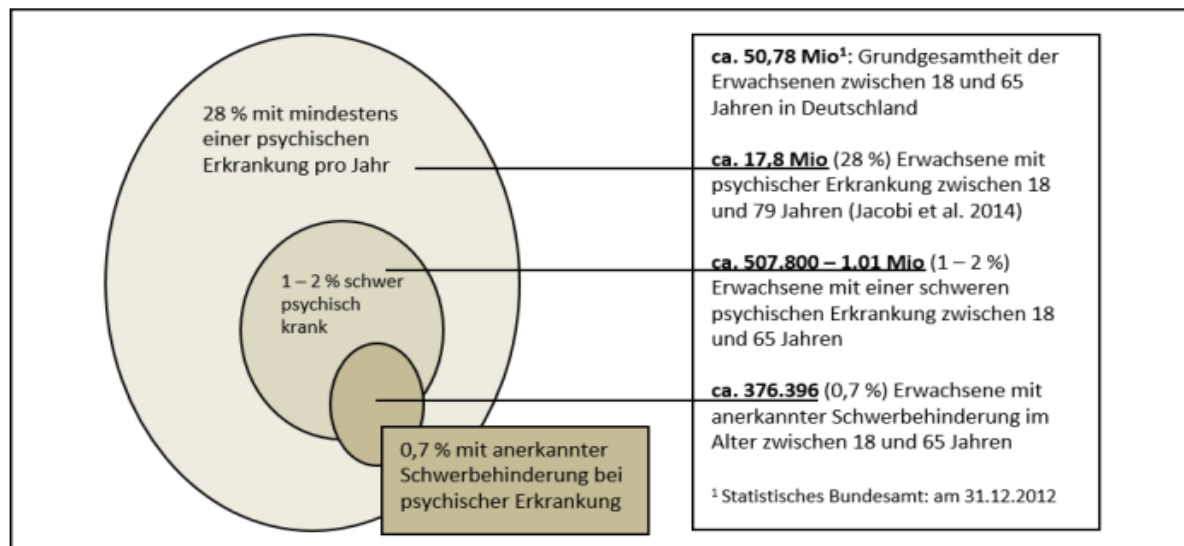


Abbildung 11 Anteile psychisch kranker Personen, schwer psychisch kranker Personen sowie von Personen mit anerkannter Schwerbehinderung aufgrund einer psychischen Erkrankung (Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands zwischen 18 und 65 Jahre)

„Aus dem „Teilhabebericht der 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,
- 20 Prozent in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) tätig sind,
- die Möglichkeiten zum Übergang von der WfbM zum allgemeinen Arbeitsmarkt unsicher und mit Risiken verbunden sind und in der Praxis derzeit nur für eine sehr kleine Gruppe betroffener Personen möglich ist,
- 15 Prozent Hilfsangebote wie Tagesstätten in Anspruch nehmen und Hilfsangebote zwischen dem allgemeinen und dem besonderen Arbeitsmarkt und Angebote der Begleitung für Beschäftigung am allgemeinen Arbeitsmarkt nur in geringem Umfang zur Verfügung stehen.

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

⁴⁹ Vgl. <https://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,> letzter Zugriff 25.10.2025.

Erkrankung einer Beschäftigung nachgingen, waren es in der Gruppe derer mit einer schweren psychischen Erkrankung lediglich 6 Prozent.“ (DGPPN, 2018: 157)

Trotz eines breit aufgestellten Rehabilitationssystems in Deutschland gelingt der Übergang in reguläre Beschäftigung häufig nicht. Gründe dafür sind beispielsweise, dass es zwar ein hochdifferenziertes, aber fragmentiertes Versorgungssystem mit vielen bürokratischen Schnittstellen und wenig nahtlosen, barrierefreien Übergängen gibt (Prävention – Behandlung – Rehabilitation – Pflege) und, dass der First-train-then-place-Ansatz nach wie vor dominiert, bei dem Menschen zunächst in geschützten Trainingsmaßnahmen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt vorbereitet werden – was sich als wenig effektiv erwiesen hat. (Vgl. DGPPN, 2021: 1f.) In Deutschland kommen bislang vorrangig arbeitsrehabilitative Maßnahmen zum Einsatz, die in der Tradition des First-Train-Then-Place-Ansatzes stehen. Zunehmend lässt sich jedoch ein Trend zur Integration von Elementen des Supported Employment (SE) und Individual Placement and Support (IPS) beobachten. In sogenannten Mischformen werden Aspekte des Pre-Vocational-Training mit einer stärkeren Ausrichtung auf den ersten Arbeitsmarkt kombiniert. Trotz eines initialen, häufig kurzen vorbereitenden Trainings erfolgt der Fokus frühzeitig auf betriebliche Praktika, die auf eine dauerhafte Beschäftigung im allgemeinen Arbeitsmarkt abzielen. Dennoch wird attestiert, dass in Deutschland SE auf dem Vormarsch ist – in vielen neueren und etablierten Maßnahmen finden sich immer mehr zentrale Elemente von SE. Aktuell werden mehrere Projekte gefördert, (siehe Kapitel 4.6.2), welche die Kooperation zwischen allen an der Rehabilitation (und auch Behandlung) beteiligten Akteur:innen fördern, sodass SE-Maßnahmen ihren Mehrwert ausschöpfen können. (Vgl. Gühne, Riedel-Heller, 2021) Seit etwa zwei Jahrzehnten sind in Modellprojekten in Deutschland Elemente der unterstützten Beschäftigung nach dem amerikanischen IPS-Modell etabliert. Mit dem Ziel einer überregionale Verankerung wurde im Jahr 2009 die Maßnahme „Unterstützte Beschäftigung“ gesetzlich geregelt – was zwar an das „internationale SE-Konzept“ angelehnt ist, aber keinesfalls als identisches Konzept zu verstehen ist. (Vgl. DGPPN, 2018: 159f., DGPPN, 2021: 5)

Obwohl es in Deutschland viele verschiedene Möglichkeiten zur beruflichen Rehabilitation gibt, gelingt es psychisch schwer und chronisch erkrankten Menschen oft nicht, dauerhaft am normalen Arbeitsleben teilzunehmen. Viele von ihnen arbeiten im sogenannten „besonderen Arbeitsmarkt“, etwa in Werkstätten für behinderte Menschen, Tagesstätten oder Projekten mit Zuverdienstmöglichkeiten. Der Wechsel in den allgemeinen Arbeitsmarkt – also in reguläre Jobs oder Integrationsfirmen – ist selten. Angebote auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gibt es zwar, z.B. in Form von Trainingszentren oder Reha-Einrichtungen, aber diese sind oft zeitlich begrenzt oder nur in bestimmten Regionen verfügbar. Welche Reha-Maßnahme gewählt wird, hängt zum einen von der persönlichen Belastbarkeit der Betroffenen ab, aber noch stärker von den regionalen Bedingungen und vorhandenen Angeboten. Zudem erschweren rechtliche Hürden, eine Kopplung zwischen beruflichen Teilhabemöglichkeiten und Voraussetzung auf Seiten der zu rehabilitierenden Person. (Vgl. Gühne, Riedel-Heller, 2015: 35)

Seit der Veröffentlichung von „Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland“ 2015 drückt Expertin 7 zudem aus,

„Ja, dass sich im Prinzip nichts verändert hat in den letzten zehn Jahren. Also ausgehend von der Expertise, die haben wir ja 2015 erstellt, hat sich an der Arbeitssituation nicht viel verändert. Was sich verändert hat, dass der Fokus gewachsen ist, dass das Interesse

an dem Thema gewachsen ist, dass es inzwischen eben auch Studien gibt. Aber an der Situation an sich hat sich nicht viel verändert. Im Gegenteil. Also wenn man sich jetzt auch sozusagen die Zahlen anguckt derjenigen, die in geschützter Tätigkeit sind, also in den Werkstätten für behinderte Menschen, das ist ja hier in Deutschland eine Form, das ist ja so, dass das die Zahlen eher ansteigen.“ (Interview 7)

Deutschland ist in Bezug auf die Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Arbeitsmarkt dennoch eine interessante Orientierung, weil es eine starke rechtliche und gesellschaftliche Grundlage bietet, durch zahlreiche Unterstützungsmaßnahmen die Integration fördert und weil das Bewusstsein für die Belange von Menschen mit psychischen Erkrankungen zunehmend wächst. Deutschland zeigt im europäischen Vergleich eine relativ hohe Beschäftigungsquote von Menschen mit psychischen Erkrankungen (vgl. OECD, 2014).

4.1 Rechtliche Rahmenbedingungen und Sozial- und Unterstützungssysteme

Das Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) steht in Deutschland an zentraler Stelle: Es regelt die Rechte von Menschen mit Behinderungen und fördert ihre Teilhabe am Arbeitsmarkt. Es enthält Vorschriften zur Integration von Menschen mit Behinderungen und zur Unterstützung durch Reha-Maßnahmen. Das Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) bezieht sich ausdrücklich auch auf Menschen mit psychischen Erkrankungen. Das Gesetz umfasst alle Formen von Behinderungen, einschließlich psychischer Erkrankungen, und fördert die Teilhabe dieser Menschen am gesellschaftlichen Leben, insbesondere am Arbeitsmarkt. Psychische Erkrankungen gelten nach dem SGB IX als Behinderungen, wenn sie zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Teilhabefähigkeit führen.

Die Zuständigkeit für die Finanzierung rehabilitativer Leistungen ist in den spezialgesetzlichen Regelungen des Sozialgesetzbuches (SGB) verankert, was zu einer hohen Vielfalt an zuständigen Leistungsträgern führt. Diese Heterogenität wird in der Fachliteratur regelmäßig kritisiert, da sie zu einer wechselseitigen Verlagerung von Finanzierungslasten zwischen den Trägern beitragen kann und dem Leitbild eines nahtlosen Versorgungskontinuums von Prävention über kurative Behandlung bis hin zur Rehabilitation entgegensteht (vgl. Stengler et al., 2014 nach Gühne, Riedel-Heller, 2015: 36). Im Bereich der Rehabilitation schwer psychisch erkrankter Menschen sind insbesondere die Krankenkassen, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, die Träger der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, die Bundesagentur für Arbeit, die Sozialhilfeträger sowie die Träger der Jugendhilfe als mögliche Kostenträger zu nennen. Die konkrete Zuständigkeit richtet sich nach den jeweiligen Rehabilitationszielen, den inhaltlichen Ausgestaltungen der Maßnahme sowie den individuellen Anspruchsvoraussetzungen der Betroffenen. Rechtliche Grundlage für die Leistungsgewährung bildet das Sozialgesetzbuch, das zentrale Regelungen zur Behandlung, Rehabilitation und weiterführenden Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen enthält. (Vgl. Gühne, Riedel-Heller, 2015: 36)

In Deutschland ist somit ein zwar gut strukturiertes, jedoch hochfragmentiertes, System zur Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bei der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt vorzufinden. Auch die Expert:innen 6 und 7 betonen das Problem der starken Sektorsierung, der verschiedenen Zuständigkeiten, der verschiedenen Sozialgesetzbücher und

der hohen Bürokratie. (Vgl. Interview 6, 7) Verschiedene Institutionen und Programme arbeiten (im besten Fall) zusammen, um die betroffenen Personen zu unterstützen – die zentralen Systemankerpunkte sind nachfolgend aufgeführt:

4.1.1 Systemische Grundlage: Die Deutsche Rentenversicherung (DRV)

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) ist in Deutschland die zentrale Institution, wenn es um berufliche Rehabilitationsmaßnahmen geht. Die DRV arbeiten nach dem Grundsatz „Reha vor Rente“. Sie ist zuständig für medizinische oder berufliche Rehabilitation, wenn die Erkrankung langfristig ist. Die DRV ist zuständig, wenn die Erwerbsfähigkeit gefährdet oder eingeschränkt ist.

Die DRV hat neben der medizinischen Rehabilitation (Kooperation mit Krankenkassen) drei Kernaufgaben im Bereich der Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen am ersten Arbeitsmarkt:

1. Abklärung der Erwerbsfähigkeit

- Beauftragt medizinische Gutachten (beim Medizinischen Dienst „MD“, oder anderen externen Ärzt:innen) für eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) bei Prüfung auf Reha oder Erwerbsminderungsrente

2. Integrations-, Wiedereingliederungs- und Rehabilitations-Maßnahmen = Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (siehe dazu: Rahmenkonzept für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) der Deutschen Rentenversicherung, 2018)

- Berufliche Orientierung und Vorbereitung: Berufsfindung, Arbeitserprobung, berufsvorbereitende Maßnahmen
- Ausbildung, Umschulung und Weiterbildung – berufliche Reha: Berufsausbildung in Berufsförderungswerken (BFW) oder Beruflichen Trainingszentren (BTZ), allgemeine Umschulungen und Weiterbildungen bzw. Förderung von Ausbildungen im Betrieb
- Unterstützung bei der Arbeitsaufnahme: Bewerbungstrainings, Job-Coaching bzw. begleitende Hilfen am Arbeitsplatz (Supported Employment), Eingliederungshilfen für Arbeitgeber

Es gibt auch Programme und Angebote, die alle Bereiche in gewisser Weise abdecken. Z.B. Unterstützte Beschäftigung (UB): Erst wird eine Individuelle betriebliche Qualifizierung (InbeQ) durchgeführt, teils direkt im Betrieb, und anschließend Unterstützung am Arbeitsplatz durch z.B. Job-Coaching angeboten. Für die Dauer einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben wird ein Übergangsgeld und bspw. Fahrtkosten bezahlt. Leitungsträger der LTA ist die Rentenversicherung, oder Krankenkassen bzw. Unfallversicherung (nachgelagert auch die Agentur für Arbeit). In diesen Bereich fallen auch Unterstützungsangebote für Arbeitgeber: Finanzierung, Beratung, Unterstützung bei bspw. Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM)⁵⁰, einer stufenweise Wiedereingliederung („Hamburger

⁵⁰ Vgl. https://www.einfach-teilhabe.de/DE/AS/Themen/Arbeiten/ArbeitsplatzSichern/BetrieblichesEingliederungsmanagement/betrieblicheingliederungsmanagement_node.html;jsessionid=B6E2E32C64D68B47EAA35E2E62587B8F.internet012, letzter Zugriff 20.06.2025.

Modell“)⁵¹ oder Finanzierung von Arbeitsplatzhilfen, etc. Die Angebote der LTA beispielsweise für Jobcoaching oder Reha-Programme werden häufig in Kooperation mit Sozialen Trägern oder Vereinen durchgeführt: Diakonie, Caritas, Arbeiterwohlfahrt (AWO), EX-IN Deutschland e.V., Autismus Deutschland e.V. oder den Integrationsfachdiensten (IFD) durchgeführt.

3. Finanzielle Unterstützung durch Erwerbsminderungsrente

- Wenn eine Person mindestens 5 Jahre Rentenversicherungsbeiträge bezahlt worden sind und wegen einer Krankheit oder Behinderung nicht mehr oder nur noch eingeschränkt arbeitsfähig ist.

4.1.2 DRV: Erwerbsminderungsrente und Arbeitserprobung

Die Erwerbsminderungsrente (EM-Rente) ist eine finanzielle Leistung für Menschen, die wegen gesundheitlicher Probleme – z. B. einer psychischen Erkrankung – nur noch eingeschränkt oder gar nicht mehr arbeiten können.⁵²

Es gibt zwei Formen:

- Volle Erwerbsminderungsrente, wenn man weniger als 3 Stunden täglich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiten kann.
- Teilweise Erwerbsminderungsrente, wenn man zwischen 3 und 6 Stunden täglich arbeiten kann.

Hat man noch keine 5 Jahre in der Rentenversicherung eingezahlt, bekommt man eine Grundsicherung (Sozialamt). Menschen mit psychischen Erkrankungen sollen möglichst nicht dauerhaft aus dem Arbeitsleben ausgeschlossen werden. Deshalb wird intensiv geprüft, ob Reha-Maßnahmen, Umschulungen oder stufenweise Wiedereingliederungen möglich sind. Arbeitserprobung und betriebliche Praktika gehören bei der Deutschen Rentenversicherung (DRV) zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA). Sie dienen dazu, die berufliche Eignung und Belastbarkeit von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen – z. B. nach psychischer Erkrankung – zu klären oder wiederherzustellen. Aber eine Arbeitserprobung ist eher eine diagnostische Maßnahme. Es wird geprüft, was jemand gesundheitlich leisten kann, und welcher Beruf passt. (siehe dazu auch DGPPN, 2017: 22f.) Betriebliche Praktika oder betriebliche Trainingsmaßnahmen ist Teil der beruflichen Reha und ist ein kurzzeitiges Kennenlernen eines Berufs unter realen Bedingungen.

4.1.3 Agentur(en) für Arbeit

Die Agentur für Arbeit spielt in Deutschland eine zentrale Rolle bei der Vermittlung von Arbeitslosen und der Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Generell sind die Agenturen für Arbeit zuständig für das Arbeitslosengeld I (kurzfristiges

⁵¹ Vgl. https://www.einfach-teilhaben.de/DE/AS/Ratgeber/02_Hamburger_Modell/Hamburger_Modell_node.html, letzter Zugriff 20.06.2025.

⁵² Vgl. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Rente/Allgemeine-Informationen/Rentenarten-und-Leistungen/Erwerbsminderungsrente/erwerbsminderungsrente_node.html#:~:text=Rente%20wegen%20teilweis er%20Erwerbsminderung%20und,dies%20auf%20Ihre%20Rente%20hat, letzter Zugriff 28.10.2025, <https://www.betanet.de/erwerbsminderungsrente.html>, letzter Zugriff 28.10.2025.

Arbeitslosengeld), sie bieten Berufsberatung, Weiterbildungsmöglichkeiten und Vermittlungsdienste an, unterstützen Unternehmen bei der Suche nach Fachkräften. Die Agenturen für Arbeit finanzieren sich aus Beiträgen der Arbeitslosenversicherung.

Die Aufgaben im Bereich psychische Erkrankungen sind vielseitig – die Agenturen für Arbeit sind zuständig für Menschen die grundsätzlich arbeitsfähig. Es gibt spezifische Programme und finanzielle Unterstützung, wie etwa Eingliederungszuschüsse oder Zuschüsse für die Arbeitsplatzgestaltung, um Arbeitgeber zu motivieren, Menschen mit psychischen Erkrankungen einzustellen. Ein großer Bereich im Kontext der Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen am ersten Arbeitsmarkt ist die Beratung und Unterstützung durch den beruflichen Rehabilitationsdienst:⁵³

- Beratung und Vermittlung: Arbeitslose Menschen erhalten durch die Agentur für Arbeit Beratung und Unterstützung bei der Arbeitsaufnahme
- Jobcoaching und Integration: Jobcoaching kann helfen, Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Arbeitsmarkt zu integrieren
- Förderprogramme: Es gibt spezielle Programme zur Unterstützung von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen und zur Förderung von Behindertenarbeitsplätzen.
- Finanzielle Hilfen für Umschulungen oder Weiterbildungen
- Vermittlung von passenden Arbeitsstellen

4.1.4 Jobcenter

Die Jobcenter sind zuständig für das Arbeitslosengeld II (ALG II, auch „Bürgergeld“) das Menschen erhalten, die länger arbeitslos sind oder kein eigenes Einkommen haben. Sie unterstützen bei der Jobsuche und Sicherstellung des Lebensunterhalts (Mietzuschuss, Sozialleistungen etc.). Die Jobcenter werden von der Agentur für Arbeit und den Kommunen betrieben und sind finanziert aus Steuermitteln.

Im Bereich der Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen am ersten Arbeitsmarkt haben sie verschiedene Aufgaben – sie sind generell zuständig für Menschen, die nicht sofort in den Arbeitsmarkt integriert werden können:⁵⁴

- Beauftragung von Integrationsmaßnahmen
- Individuelle Unterstützung durch Fallmanager und weiteren speziellen Beratungsangeboten
- Beauftragung von Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation (Zusammenarbeit mit der Rentenversicherung oder anderen Trägern)

4.1.5 Integrationsfachdienste (IFD)

Diese Fachdienste unterstützen Menschen mit psychischen Erkrankungen und anderen Behinderungen dabei, einen Arbeitsplatz zu finden und zu erhalten. Sie bieten Beratung und begleiten den Integrationsprozess sowohl für die Betroffenen als auch für die Arbeitgeber. Sie werden von der Agentur für Arbeit, Jobcenter, Rentenversicherung oder Integrationsämter

⁵³ Vgl. <https://www.arbeitsagentur.de/menschen-mit-behinderungen/spezielle-hilfe-und-unterstuetzung>, letzter Zugriff 28.10.2025, <https://www.arbeitsagentur.de/menschen-mit-behinderungen/berufliche-rehabilitation>, letzter Zugriff 28.10.2025.

⁵⁴ Vgl. <https://www.arbeitsagentur.de/arbeitslos-arbeit-finden/buergergeld/gesundheit>, letzter Zugriff 28.10.2025.

beauftragt, wenn die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt ist oder eine besondere Unterstützung benötigt wird.

„Die IFDs werden an den Aufgaben der gesetzlichen Leistungsträger, von denen sie beauftragt werden, beteiligt. Die Verantwortung für die gesamte Aufgabenerledigung bleibt damit beim jeweiligen Auftraggeber. Im Einzelnen hat der IFD die Aufgaben,

- die Fähigkeiten der zugewiesenen schwerbehinderten Menschen zu bewerten und dabei ein individuelles Fähigkeits-, Leistungs- und Interessenprofil zu erarbeiten
- die Bundesagentur für Arbeit auf deren Anforderung bei der Berufsorientierung und Berufsberatung in den Schulen zu unterstützen
- die betriebliche Ausbildung schwerbehinderter, insbesondere seelisch und lernbehinderter Jugendlicher zu begleiten
- geeignete Arbeitsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu akquirieren und zu vermitteln
- die schwerbehinderten Menschen auf die vorgesehenen Arbeitsplätze vorzubereiten
- die schwerbehinderten Menschen am Arbeitsplatz – soweit erforderlich – begleitend zu betreuen
- die Vorgesetzten und Kollegen im Arbeitsplatzumfeld zu informieren
- für eine Nachbetreuung, Krisenintervention oder psychosoziale Betreuung zu sorgen
- als Ansprechpartner für die Arbeitgeber zur Verfügung zu stehen.“ (Gühne, Riedel-Heller, 2015: 49)

Die Kosten kommen aus den Mitteln der Ausgleichsabgabe (vgl. Heuchemer, Neeser, 2014: 27).

Zahlen und Fakten dazu: „Integrationsfachdienste sind im gesamten Bundesgebiet eingerichtet, so dass in jedem Bezirk einer Agentur für Arbeit mindestens ein solcher Dienst vorhanden ist. Im Jahr 2013 wurden von den 206 IFDs insgesamt knapp 69.000 Klienten betreut, davon 27,7 % (n=19.020) mit einer seelischen Behinderung. [...] Der Anteil derer, die erfolgreich aus einer beschützten Werkstatt auf den freien Arbeitsmarkt gewechselt sind, stieg von 1,7 % im Jahr 2005 auf 2,9 % im Jahr 2013. Die Zahl der bereits auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigten Klienten ist auf 61,8 % gestiegen.“ (Gühne, Riedel-Heller, 2015: 49)

4.1.6 Integrationsämter

Integrationsämter (in manchen Bundesländern Inklusionsämter genannt) kommen ins Spiel, wenn Menschen mit psychischer Erkrankung eine Schwerbehinderung haben oder ihnen gleichgestellte Personen Unterstützung im Job benötigen. Die Integrationsämter sind zuständig für Personen mit anerkannter Schwerbehinderung oder Gleichstellung durch die Agentur für Arbeit.⁵⁵

„Um Beschäftigung zu fördern, führen die Integrations- bzw. Inklusionsämter Arbeitsmarktprogramme und Modellvorhaben durch. Damit schaffen sie beispielsweise finanzielle Anreize für die Einstellung von Menschen mit Schwerbehinderung. Oder sie erleichtern die Beschäftigung besonders benachteiligter Gruppen von Menschen mit

⁵⁵ Vgl. https://www.einfach-teilhaben.de/DE/AS/Themen/Schwerbehinderung/AusbildungArbeit/Unterstuetzung_durch_Integrationsaemter_und_Integrationsfachdienste/integrationsamt_node.html#:~:text=Integrations%C3%A4mter%20unterst%C3%BCtzen%20schwerbehinderte%20Menschen%20darin,im%20Falle%20einer%20K%C3%BCndigung%20ein,letzterZugriff%2006.2025.

Schwerbehinderung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Außerdem stellt das Integrationsamt/Inklusionsamt Geld für die Schaffung neuer Ausbildungs- oder Arbeitsplätze bereit.

Um Beschäftigung zu sichern, unterstützt das Integrations- bzw. Inklusionsamt Arbeitgebende bei der Prävention und beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM). Außerdem stellt es Geldmittel aus der Ausgleichsabgabe zur Verfügung, um behinderungsbedingte Nachteile auszugleichen. Diese Leistungen werden „Begleitende Hilfe im Arbeitsleben“ genannt. [...] Die Aufgaben des Integrationsamtes beziehungsweise Inklusionsamtes umfassen nach § 185 SGB IX

- die Bereitstellung von Leistungen an schwerbehinderte Menschen und ihre Arbeitgebenden („Begleitende Hilfe im Arbeitsleben“),
- die Durchführung des besonderen Kündigungsschutzes für schwerbehinderte Menschen,
- Weiterbildungen für betriebliche Akteure (wie Mitglieder des Integrations- bzw. Inklusionsteams) und Öffentlichkeitsarbeit sowie
- die Erhebung und Verwendung der Ausgleichsabgabe.

Die Leistungen des Integrationsamtes beziehungsweise Inklusionsamtes stellen eine individuelle, auf die besonderen Anforderungen des Arbeitsplatzes abgestellte Ergänzung zu den Leistungen der Rehabilitationsträger dar. Das Integrationsamt/Inklusionsamt ist selbst aber kein Rehabilitationsträger. Deshalb sind bei der Zuständigkeitsklärung spezifische Regelungen zu beachten (§ 185 Absatz 6 SGB IX). [...] Das Integrationsamt/Inklusionsamt arbeitet eng mit den Rehabilitationsträgern, Arbeitgebenden, Arbeitgeberverbänden, Gewerkschaften und Behindertenverbänden zusammen. Für das betriebliche Integrationsteam ist es Ratgeber und Partner.[...] Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Träger der Sozialen Entschädigung (BIH) ist ein Zusammenschluss von 24 Institutionen auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene. Sie bündelt die gesetzlichen Aufgaben der Integrations- und Inklusionsämter, Träger der Sozialen Entschädigung und Versorgungsverwaltungen in Deutschland.“⁵⁶

Die Mitarbeiter:innen der Integrationsämter – sog. Fallmanager:innen – haben ein vielfältiges Aufgabenspektrum. Im „Fachkonzept „Fallmanagement nach medizinischer Rehabilitation““ wird festgehalten, dass die Fallmanager:innen ein abgeschlossenes humanwissenschaftliches Studium sowie vorweisliche sozialrechtliche Kenntnisse benötigen. Außerdem wird eine Weiterbildung im Bereich Case-Management und/oder Disability Management erwartet. Besonders sind Arbeitsmarktkenntnisse, berufskundliche, sozialrechtliche Kenntnisse und Kenntnisse über Zugangsvoraussetzungen und -wege sowie Inhalte der Leistungen zur Teilhabe der Sozialleistungsträger und Grundkenntnisse über Krankheitsbilder der zu betreuenden Menschen verlangt. (Vgl. Deutsche Rentenversicherung Nord, 2024: 16)

4.1.7 Strukturierter Beispiel-Prozess

Frühe Phase: Erkrankung & Arbeitsunfähigkeit

- Psychische Erkrankung führt zu längerer Arbeitsunfähigkeit
- Ärztliche Diagnose → ggf. Einleitung medizinischer Reha über Krankenkasse oder DRV

⁵⁶ Vgl. <https://www.rehadat.de/lexikon/Lex-Integrationsamt/>, letzter Zugriff 29.09.2025.

Vgl. dazu auch https://www.bih.de/fileadmin/user_upload/zb-ratgeber-die-leistungen-des-integrationsamts-2022.pdf, letzter Zugriff 28.10.2025.

- Optional: Stufenweise Wiedereingliederung nach dem Hamburger Modell
→ Arzt, Krankenkasse, Arbeitgeber stimmen gemeinsam zu

Übergang in berufliche Rehabilitation

- Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) bei DRV
- Prüfung durch DRV, ggf. medizinisches Gutachten
- Maßnahmen (z. B. Umschulung, Arbeitstraining, BTZ)
- Übergangsgeld wird gezahlt (statt Krankengeld)

Vermittlung in den Arbeitsmarkt

- Zuständigkeit wechselt zur Agentur für Arbeit oder Jobcenter
- Vermittlung mit Unterstützung durch: Integrationsfachdienste (IFD), Jobcoaches und Betriebliche Eingliederungshilfen
- Arbeitgeber erhalten finanzielle Anreize: Eingliederungszuschüsse (EGZ) und Zuschüsse zur Arbeitsplatzgestaltung

Beschäftigung & Stabilisierung

- On-the-Job-Begleitung durch: IFD und externe Jobcoaches (z. B. durch freie Träger, Caritas, AWO)
- Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) bei längerer Arbeitsunfähigkeit
- Bei Bedarf: Nachsorgeangebote, therapeutische Begleitung

Falls keine Integration gelingt, erfolgt ein Eintritt in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) oder Erwerbsminderungsrente.

Das System in Deutschland zielt darauf ab, Menschen mit psychischen Erkrankungen durch verschiedene Maßnahmen und Institutionen wie die Deutsche Rentenversicherung (DRV), Agenturen für Arbeit, Integrationsfachdienste (IFD) und Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) beruflich zu integrieren. Bei komplexeren Fällen werden spezialisierte Organisationen und Programme genutzt, die den Betroffenen helfen, wieder in den Arbeitsmarkt zu finden oder ihre Fähigkeiten langfristig in einem geschützten Rahmen zu entwickeln.

4.1.8 Angebote der Rehabilitationsleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Eine Zusammenfassung der Rehabilitationsleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Deutschland haben auch Gühne und Riedel-Heller 2015 vorgenommen:

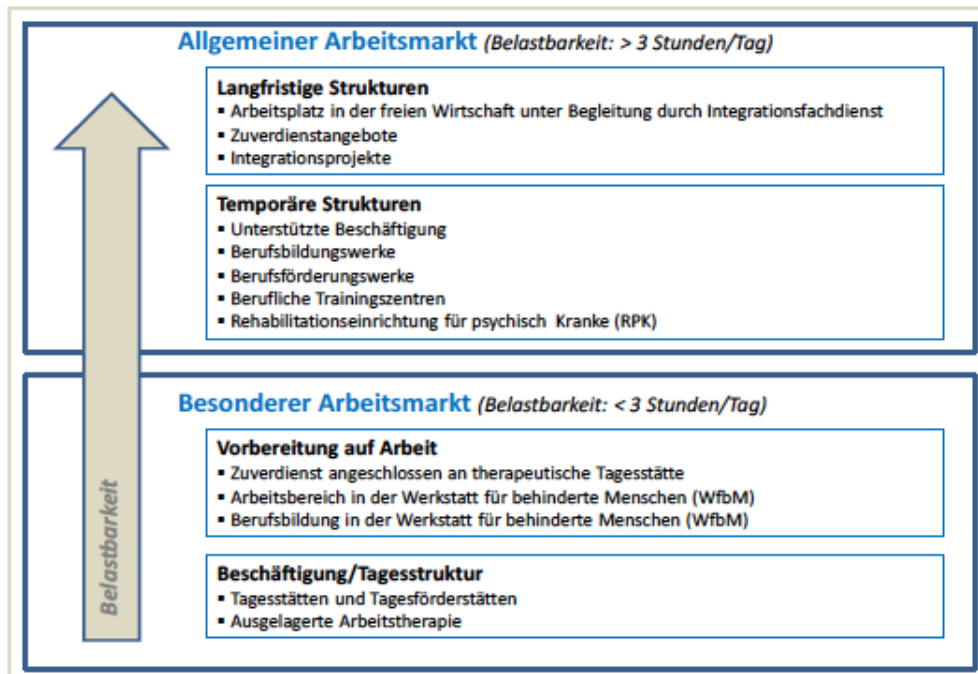


Abbildung 12 Struktur von Angeboten beruflicher Teilhabe in Deutschland in Abhängigkeit der Rehabilitation. Gühne, Riedel-Heller, 2015: 37.

Bei den folgenden Ausführungen wird der Fokus ausschließlich auf die Inklusions- und Integrationsbestrebungen gelegt:

Zuverdienstangebote:

Der Zuverdienst stellt ein arbeitsmarktpolitisches Instrument zur Förderung der Inklusion von Menschen mit Behinderungen dar, die aufgrund ihrer Beeinträchtigung besonderer Unterstützung bedürfen. Charakteristisch für dieses Modell ist seine hohe Flexibilität, die eine individuelle Anpassung der Beschäftigungsbedingungen an die jeweiligen Belastbarkeiten und Bedürfnisse der Betroffenen ermöglicht. In der Regel handelt es sich um geringfügige Teilzeitbeschäftigungen mit einem Umfang von weniger als 15 Wochenstunden, wodurch insbesondere psychisch erkrankten Menschen ein niedrigschwelliger Zugang zu sinnvoller und entlohnter Arbeit eröffnet wird. Die Arbeitszeiten sind häufig frei vereinbar und berücksichtigen Leistungsschwankungen sowie krankheitsbedingte Ausfälle. Die konkreten Ausgestaltungen der Beschäftigung orientieren sich sowohl an der spezifischen Zielgruppe als auch an den strukturellen Rahmenbedingungen der jeweiligen Einrichtung oder Trägerschaft. 2008 nutzten insgesamt 2343 Personen das Angebot. 39 % der dort Beschäftigten hatten eine psychische Erkrankung

Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK):

Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) bieten ein spezialisiertes, integriertes Konzept medizinischer und beruflicher Rehabilitation, das ausschließlich auf die Bedürfnisse

psychisch erkrankter Menschen⁵⁷ ausgerichtet ist. Das berufliche Rehabilitationsangebot umfasst eine Vielzahl differenzierter Maßnahmen, darunter Berufsorientierung, Praktika, Arbeitserprobung, berufliches Training, Anpassung an bereits erlernte Tätigkeiten sowie Bewerbungstrainings. Ein zentrales Merkmal von RPKs ist die Möglichkeit, rehabilitative Maßnahmen individuell an den Bildungsstand und die Leistungsfähigkeit der Personen anzupassen. In vielen Einrichtungen finden sich darüber hinaus Elemente des Supported Employment wieder. Die Gesamtdauer einer Rehabilitation in einer RPK ist auf maximal zwei Jahre begrenzt. Die Leistungen können sowohl in Einzel- als auch Gruppensettings erfolgen und variieren hinsichtlich ihrer therapeutischen Intensität; teils werden sie auch außerhalb der Einrichtung durchgeführt.

- Bundesweit existierten 2015 52 RPKs, in denen insgesamt 1723 Plätze vorgehalten werden.
- Eine Datenanalyse der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen (2013) stützt sich auf eine Erhebung von 1150 Teilnehmern.⁵⁸ Lediglich 36,7 % der Teilnehmenden (n = 422) setzten im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation in einer RPK ihre Rehabilitation mit beruflichen Maßnahmen im Sinne der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) fort. Von diesen schlossen 293 Personen die LTA planmäßig ab, während 129 die Maßnahme vorzeitig beendeten. Die vorliegenden Daten erlaubten keine eindeutige Identifikation individueller Einflussfaktoren, die den Zugang zu oder Abbruch von LTA-Maßnahmen innerhalb der RPKs begünstigt oder behindert haben könnten.
- Nach Abschluss der beruflichen RPK-Maßnahme befanden sich 31 % der Rehabilitanden in Erwerbstätigkeit, weitere 24 % waren in Ausbildung oder Umschulung. Insgesamt konnte somit ein Anteil von 55 % der Teilnehmenden erfolgreich in den allgemeinen Arbeitsmarkt oder in weiterführende Bildungsmaßnahmen integriert werden.

Berufliche Trainingszentren (BTZ):

Berufliche Trainingszentren (BTZ) sind ambulante, regional organisierte Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen. Sie richten sich sowohl an Personen, die sich noch im Erwerbsleben befinden, deren Arbeitsplatz jedoch durch psychische

⁵⁷ „Die Indikation zu einer Rehabilitation hat nicht allein die Diagnose einer psychischen Erkrankung zur Voraussetzung, sondern ergibt sich vor allem aus der zusammenfassenden Analyse und Bewertung von Schädigungen (einschließlich psychischer Funktionen), der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe sowie der Kontextfaktoren der Rehabilitandin /des Rehabilitanden im Rahmen der umfassenden Bedarfsermittlung. Aufgrund der sehr unterschiedlichen Auswirkungen einer Erkrankung mit gleicher ICD-10 Diagnose auf die Funktionsfähigkeit ist den Teilhabebeeinträchtigungen gegenüber ICD-Diagnosen prioritäre Bedeutung beizumessen.“ (BAR, 2024: 14) Einzelne RPKs können sich auf spezifischere Zielgruppen ausrichten – bspw. ERPEKA in Nürnberg grenzt ein: „Die Maßnahmen der ERPEKA sind in erster Linie geeignet bei Psychosen (auch solchen, die zur Chronifizierung neigen), Neurosen und Persönlichkeitsstörungen sowie bei psychischen Störungen als Folge somatischer Grundkrankheiten. Auch Menschen mit Doppeldiagnosen (z.B. Psychose/Sucht) können sich an uns wenden. Geistig Behinderte, primär Suchtkranke und Pflegefälle können nicht aufgenommen werden.“ vgl. <https://erpeka.de/ef49513c-6d8d-3b1f-fc57-bd4349425ba1>, letzter Zugriff am 29.09.2025.

⁵⁸ Hinsichtlich der Diagnosen zeigte sich folgende Verteilung: schizophrene und schizotype Störungen: 30 % affektive Störungen: 36 % neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen: 12 % Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen: 14 % andere psychische Erkrankung: 6 % Die Komorbiditätsraten waren mit 70 % sehr hoch. Dabei dominierten Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (20 %), neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (15 %), affektive Störungen (13 %) sowie Suchterkrankungen (11 %).“ (Gühne, Riedel-Heller, 2015: 42)

Erkrankungen gefährdet ist, als auch an arbeitslose Menschen, die auf umfassende berufliche und psychosoziale Unterstützung zur Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt angewiesen sind. Voraussetzung für die Teilnahme ist eine tägliche Belastbarkeit von mindestens vier Stunden sowie eine weitgehend oder vollständig kompensierte psychopathologische Symptomatik. Das rehabilitative Angebot der BTZ basiert auf einem interdisziplinären Ansatz und zielt auf die Förderung berufsbezogener und sozialer Kompetenzen. Es wird durch Fachpersonal aus den Bereichen Psychologie, Sozialpädagogik, Ergotherapie und beruflicher Bildung durchgeführt. Die Maßnahmen lassen sich in berufliche Trainings (Anpassungsmaßnahmen), vorbereitende Maßnahmen für Ausbildung oder Umschulung sowie Assessments wie Berufsfindung und Arbeitserprobung gliedern. Ein zentrales Element bilden betriebliche Praktika, die häufig in den Trainingsverlauf integriert sind. Viele BTZ implementieren zudem Ansätze des Supported Employment. Ein Beispiel hierfür ist das an vier Standorten etablierte Programm „Modulare Vermittlung“ (MOVE), bei dem auf eine vierwöchige Vorbereitung im BTZ ein zweimonatiges, begleitetes Training in einem Betrieb des allgemeinen Arbeitsmarktes folgt. Dieses Modell beinhaltet neben der betrieblichen Platzierung auch eine weiterführende Nachbetreuung am Arbeitsplatz.

- 2015 gab es in Deutschland 24 Berufliche Trainingszentren, die ca. über 50 bis 90 Plätze verfügten.
- Eine Begleitstudie aus dem Jahr 2011 zeigte, dass Teilnehmende am Ende der Maßnahme signifikante Verbesserungen in mehreren Bereichen wahrnahmen: 71,2 % berichteten von einer verbesserten gesundheitlichen Verfassung, 68,7 % zeigten Fortschritte im Umgang mit ihrer psychischen Vorerkrankung im beruflichen Kontext sowie in ihrer allgemeinen psychosozialen Situation. Darüber hinaus wurden positive Entwicklungen in beruflichen und sozialen Kompetenzen festgestellt, darunter im Umgang mit Vorgesetzten (54,1 %) und Kolleginnen und Kollegen (61,1 %) sowie ein gesteigertes Selbstvertrauen bei 70,3 % der Teilnehmenden.

Experte 6 führte im Zusammenhang mit BTZ aus, dass es bspw. in Leipzig ein Angebot des BTZ gibt, welche Teilzeitausbildungs-Programme in Kooperation mit der Agentur für Arbeit organisiert. Teilzeit-Ausbildung wird besonders für Personen, die nicht vollzeitarbeitsfähig sind, als hoch relevant angesehen. Diese können sich bspw. durch flexibel gestaltete, modulare oder virtuelle Ausbildungsprogramme ausprägen. (Vgl. Interview 6)

Berufsförderungswerke (BFW):

Berufsförderungswerke (BFW) sind spezialisierte Bildungseinrichtungen der beruflichen Rehabilitation, die sich auf die Umschulung und Fortbildung von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen konzentrieren, insbesondere von Personen mit abgeschlossener Erstausbildung und beruflicher Erfahrung. Im Vergleich zu Einrichtungen wie Beruflichen Trainingszentren (BTZ) oder Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) stellen BFWs höhere Anforderungen an die Teilnehmenden: Eine tägliche Belastbarkeit von acht Stunden wird zu Beginn der Maßnahme vorausgesetzt. Einige Berufsförderungswerke bieten darüber hinaus spezifische Programme, die auf die besonderen Bedürfnisse psychisch erkrankter Menschen zugeschnitten sind. Die 28 BFWs an etwa 100 Standorten bundesweit halten über 250 verschiedene Qualifizierungsangebote bereit. Dabei stehen insgesamt rund 1200 Ausbildungsplätze zur Verfügung.

Berufsbildungswerke (BBW):

Berufsbildungswerke (BBW) sind spezialisierte Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, die sich auf die Berufsvorbereitung und Erstausbildung junger Menschen mit Beeinträchtigungen konzentrieren. Ein Großteil der bundesweit 52 Einrichtungen nimmt auch Jugendliche mit psychischen Erkrankungen auf. Bundesweit stehen etwa 14.000 Ausbildungsplätze zur Verfügung. Neben der eigentlichen Ausbildung bieten BBWs Maßnahmen wie Arbeitserprobungen und Eignungsabklärungen an, um die individuellen Fähigkeiten und Interessen der Teilnehmenden zu identifizieren und sie bei der Wahl eines geeigneten Berufs zu unterstützen. Die Verzahnte Ausbildung mit Berufsbildungswerken (VAmB)⁵⁹ ist ein inklusives Ausbildungsmodell für junge Menschen in der beruflichen Rehabilitation. Dabei absolvieren Auszubildende, die ihre theoretische und fachpraktische Ausbildung in einem Berufsbildungswerk (BBW) erhalten, bis zu 18 Monate ihrer praktischen Ausbildung in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarkts. Diese Kooperation zwischen BBWs und Unternehmen ermöglicht eine praxisnahe Ausbildung unter realen Arbeitsbedingungen. Die Ausbildung wird dabei eng abgestimmt zwischen den betrieblichen Ausbilder:innen, den Ausbilder:innen des BBW sowie den dortigen Fachdiensten. Dadurch gewinnen die Jugendlichen wichtige Praxiserfahrungen und verbessern ihre Chancen auf einen Arbeitsplatz nach Abschluss der Ausbildung deutlich. Für die Unternehmen ist die Teilnahme besonders attraktiv, da keine Ausbildungsvergütung oder Sozialversicherungsbeiträge anfallen – das BBW bleibt Träger der Ausbildung. Das Modell wurde zunächst im Rahmen von Projekten wie VAMB und VAmB (II) erprobt, unter anderem mit der METRO Group als Partner. VAMB war das größte Projekt der Initiative „job – Jobs ohne Barrieren“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) und wurde 2007 mit dem Ausbildungspreis des DIHK ausgezeichnet. Seit 2012 ist die verzahnte Ausbildung ein fester Bestandteil des Angebots der Berufsbildungswerke. Die erfolgreiche Kooperation mit Unternehmen wird kontinuierlich ausgeweitet – auf neue Branchen, Berufe und weitere BBWs –, um die betriebliche Integration von jungen Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf weiter zu fördern.

Integrationsprojekte:

Integrationsprojekte bzw. Integrationsfirmen (auch Inklusionsbetriebe genannt) nach SGB IX stellen ein dauerhaftes arbeitsmarktpolitisches Instrument zur beruflichen Eingliederung schwerbehinderter Menschen dar. Ursprünglich wurden sie insbesondere für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder anderen schweren Behinderungen konzipiert. Es handelt sich dabei um rechtlich und wirtschaftlich eigenständige Unternehmen oder um Betriebe bzw. Abteilungen öffentlicher oder privater Träger, die speziell für Menschen mit besonderen Vermittlungshemmnissen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt geschaffen wurden. Neben sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplätzen bieten sie auch arbeitsbegleitende Betreuung. Seit dem Jahr 2008 ist ein kontinuierlicher Anstieg der Anzahl solcher Projekte zu verzeichnen: Während 2008 bundesweit 508 Integrationsprojekte bestanden, erhöhte sich deren Zahl bis 2013 auf 799, wobei allein im Jahr 2013 58 neue Projekte hinzukamen. In diesen Projekten waren insgesamt 10.548 schwerbehinderte Menschen beschäftigt. Der Anteil psychisch beeinträchtigter Beschäftigter lag im Jahr 2013 bei 28 %, der Anteil geistig behinderter Personen bei 22 %. Ein exemplarisches Modell für ein solches Integrationsunternehmen sind die CAP-Märkte („CAP ... der Lebensmittelpunkt“), die Arbeitsplätze für schwerbehinderte

⁵⁹ Vgl. <https://www.rehadat.de/lexikon/Lex-Verzahnte-Ausbildung/>, letzter Zugriff 20.06.2025.

Menschen im Einzelhandel schaffen und gleichzeitig eine wohnortnahe Nahversorgung gewährleisten.

Es kann angenommen werden, dass insbesondere die am stärksten beeinträchtigten und am wenigsten arbeitsbelastbaren Personen vorrangig in Einrichtungen wie Arbeitstherapie, Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) sowie in Tagesstätten und Tagesförderstätten untergebracht sind. Insbesondere den Werkstätten kommt dabei eine zentrale Funktion zu. Jedoch bestehen für die dort Beschäftigten in der Regel nur sehr geringe Chancen, in den allgemeinen Arbeitsmarkt überzuwechseln. Die übrigen Rehabilitationsangebote folgen zumeist dem Prinzip des „First-train-then-place“ und erweisen sich – wie die internationale Forschung zeigt – als weniger wirksam im Vergleich zu Ansätzen des Supported Employment. Eine Sonderstellung nehmen hier die Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) ein. Diese zeichnen sich durch die enge Verzahnung medizinischer, beruflicher und psychosozialer Maßnahmen aus, die auf Grundlage spezieller Vereinbarungen zwischen den beteiligten Kosten- und Leistungsträgern umgesetzt werden können. 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 ggf. anschließender Berufsbegleitung. Für deren Anteil an allen Maßnahmen liegen jedoch keine gesicherten quantitativen Daten vor. Von den Teilnehmenden mit einer Anpassungsqualifizierung (61,6 % aller BTZ-Teilnehmer) befanden sich immerhin rund 60 % sechs Monate nach Abschluss der Maßnahme in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

(Vgl. Gühne, Riedel-Heller, 2015: 37 ff., 49 ff.)

→ Alle regelfinanzierten Leistungsanbieter:innen der beruflichen Rehabilitation werden im Teilhabe-Kompass (Produkt der Taskforce Supported Employment) übersichtlich und vollständig beschrieben. Zudem werden alle Leistungsanbieter:innen in Bezug zu Supported Employment gesetzt und eingeordnet.

Eine kurze Nennung dieser Anbieter:innen folgt. Viele der Maßnahmen wurden bereits ausführlicher dargestellt.

- Integrationsämter (ausschließlich für Beratung)
- Beratungs- und Ansprechstellen der Reha-Träger
- Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (bspw. Peer-Counseling)
- Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi)
- Psychiatrische Kliniken
- Integrationsfachdienste
- Berufliches Trainingszentrum (BTZ)
- Berufsbildungswerk (BBW)
- Berufsförderungswerk (BFW)
- Rehabilitation psychisch kranker Menschen (RPK)
- Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)
- Jobcenter

(Vgl. DGPPN, 2017: 40-55)

→ Die zentralen Maßnahmen, welche im SGB IX verankert sind und über die Reha-Träger finanziert werden, sind dezidiert im Teilhabe-Kompass (Produkt der Taskforce Supported Employment) übersichtlich und vollständig beschrieben (Zuständigkeiten, Kosten, Zugangsvoraussetzungen).

Eine kurze Nennung dieser „klassischen“ Maßnahmen folgt. Viele der Maßnahmen wurden, wenn sie als besonders relevant eingestuft wurden, in dem Überkapitel „Deutschland“ bereits dargestellt.

Maßnahmen bei bestehendem Arbeitsverhältnis:

- Persönliches Budget
- Abklärung der beruflichen Eignung
- Erweiterte Arbeitserprobung (EAP)
- Kostenübernahme Verdienstaufschlag bei Vorstellungsgesprächen/ Bildungsmaßnahmen
- Kostenübernahme technische Arbeitshilfen
- Kostenübernahme für Hilfsmittel für den Arbeitsweg
- Stufenweise Wiedereingliederung (Hamburger Modell)

Maßnahmen ohne bestehendes Arbeitsverhältnis

- Persönliches Budget
- Rehabilitationsvorbereitungstraining (RVT)
- Rehabilitationsvorbereitungslehrgänge (RVL)
- Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen (BvB)
- Berufsfindungsmaßnahmen
- Erweiterte Arbeitserprobung (EAP)
- Verzhafte Ausbildung
- Berufliche Weiterbildung
- Berufliche Fortbildung
- Berufliche Umschulung
- Betriebliche, schulische, außerschulische Ausbildung/ Qualifizierung
- Übungsfirpen
- Praktikum/ Probebeschäftigung
- Bewerbertraining
- Kostenübernahme für Lehrgänge, Prüfungen etc.
- Kostenübernahme für Unterkunft und Verpflegung
- Kostenübernahme Verdienstaufschlag bei Vorstellungsgesprächen/ Bildungsmaßnahmen
- Unterstützte Existenzgründung
- Unterstützte Beschäftigung (UB)/ Arbeitsassistent, Betriebliches Arbeitstraining
- Zuverdienst
- Integrationsprojekte/ Inklusionsbetriebe
- Budget für Arbeit

(Vgl. DGPPN, 2017: 8-39)

→ Maßnahmen und Angebote der beruflichen Integration, die nicht primär im SGB IX verankert sind, können regelfinanziert sein über das Versorgungssystem oder Modellprojekte darstellen, die forschungsfinanziert sind.

Eine exemplarische Nennung einiger Maßnahmen folgt.

Regelfinanzierte Angebote (überregional):

- Berufliche Reintegration für psychisch kranke Menschen, BeRe-PK
- Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)
- Ergotherapie
- Soziotherapie
- Klubhaus-Modell
- CAP-Markt
- Modulare Vermittlung

Modell- und Forschungsprojekte:

- LIPSY
- Supported Employment des ZfP Reichenau
- Netzwerk1a

(Vgl. DGPPN, 2017: 56-67)

4.1.9 Best-Practice Bereiche

Psychosoziales Coaching für psychisch kranke Langzeitarbeitslose wieder in Arbeit in Jobcenter⁶⁰

Psychische Erkrankungen zählen zu den häufigsten und zugleich am wenigsten ausreichend behandelten Vermittlungshemmnissen im deutschen Arbeitsmarkt – insbesondere unter langzeitarbeitslosen Menschen. Das bundesweit etablierte Psychosoziale Coaching wurde als gezielte Intervention entwickelt, um dieser Problematik durch eine enge Verzahnung von Arbeitsförderung und psychosozialer Versorgung zu begegnen. Es verfolgt das Ziel, psychische Erkrankungen frühzeitig zu erkennen, bestehende Hilfestrukturen zugänglich zu machen und Betroffene in leitliniengerechte Behandlungsangebote zu vermitteln.

Das Angebot ist freiwillig und wird von Mitarbeitenden der Jobcenter – etwa Fallmanager:innen oder Integrationsfachkräften – im Rahmen regulärer Beratungsgespräche angesprochen. Besteht der Verdacht auf eine psychische Belastung oder Erkrankung, wird der/die Kund:in über das Coaching informiert und ermutigt, das kostenfreie Unterstützungsangebot wahrzunehmen. Diese niedrighschwellige Ansprache ist entscheidend, da viele psychisch belastete Personen keine Kenntnis über Versorgungsmöglichkeiten haben oder bestehenden Behandlungsbedarf selbst nicht wahrnehmen. Die Mitarbeiter:innen des Job Centers werden von den Psycholog:innen im Haus im Themenbereich „Menschen mit psychischen Erkrankungen“ und in spezifischer Gesprächsführung geschult.

Kommt es zur Teilnahme, werden die Betroffenen an psychologische Fachkräfte weitervermittelt, die im Rahmen eines Kooperationsmodells direkt vor Ort im Jobcenter tätig sind. Diese Psycholog:innen sind bei regionalen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Versorgungseinrichtungen – z. B. Kliniken oder Ambulanzen – angestellt, arbeiten jedoch regelmäßig im Jobcenter – die Personalkosten werden vom Jobcenter vollumfänglich erstattet.

⁶⁰ Vgl. <https://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, https://arbeitswelt.hessen.de/fileadmin/arbeitswelt/Dokumente/das_psychosoziale_coaching_informationsblatt_fuer_jobcenter.pdf, letzter Zugriff 28.10.2025.

Diese Struktur ermöglicht sowohl die Nutzung lokaler Versorgungskennntnisse als auch die Einbindung in ein fachlich gesichertes Supervisionssystem.

Im Rahmen des Coachings führen die Psycholog:innen zunächst Einzelgespräche durch, in denen eine psychologische Anamnese, standardisierte Diagnostik und Psychoedukation erfolgen. Darauf aufbauend folgt die sogenannte „Lots:innenfunktion“: Die Fachkräfte vermitteln gezielt in geeignete Maßnahmen der bestehenden Gesundheitsversorgung, etwa zu psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung, in medizinische Fachbereiche oder in Beratungsstellen (z. B. Suchtberatung, Schuldnerberatung). Bei Bedarf begleiten sie den Prozess mit Haltekontakten und Kriseninterventionen bis zum tatsächlichen Behandlungsbeginn.

Ergänzt wird das Angebot durch fakultative Kurzinterventionen, die sich an verhaltenstherapeutischen Prinzipien orientieren. Hierzu zählen z. B. Stressbewältigung, Aktivitätsaufbau, kognitive Umstrukturierung oder sozialkommunikatives Training – Bausteine, die die Behandlungsmotivation stärken und eine therapeutische Anschlussfähigkeit fördern. Darüber hinaus finden dialogische Fallbesprechungen mit Jobcenter-Mitarbeitenden statt, in denen unter Wahrung der Schweigepflicht (bzw. nach Einwilligung der Betroffenen) diagnostische Einschätzungen, Unterstützungsstrategien und Integrationsschritte gemeinsam abgestimmt werden.

Die Wirksamkeit des Psychosozialen Coachings ist mehrfach wissenschaftlich belegt. Eine zentrale Evaluation wurde im Rahmen eines Prä-Post-Designs durchgeführt. Dabei wurden Teilnehmende zu Beginn der Maßnahme und 1,5 Jahre nach deren Abschluss befragt. Die Ergebnisse zeigen ein deutliches Bild: Nur etwa 5 % der Personen mit diagnostizierter psychischer Erkrankung befanden sich zu Beginn in leitliniengerechter Behandlung – über 80 % waren entweder suboptimal oder gar nicht versorgt. Durch das Coaching konnte die Zahl derjenigen, die eine adäquate Behandlung aufnahmen, signifikant gesteigert werden. Zudem verbesserten sich die psychische Stabilität, die subjektive Lebensqualität und die allgemeine Leistungsfähigkeit der Teilnehmenden messbar.

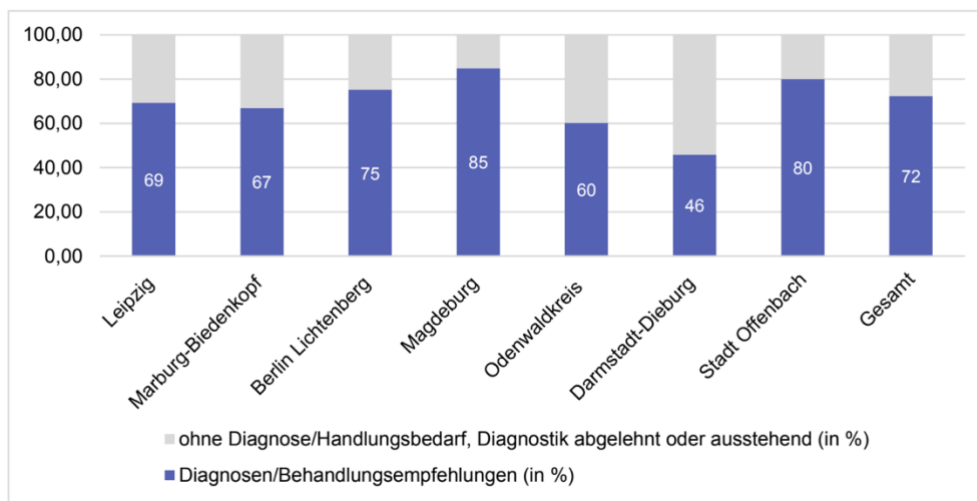


Abbildung 14 Häufigkeiten diagnostizierter psychischer Erkrankungen. (Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention, o.A.: 3)

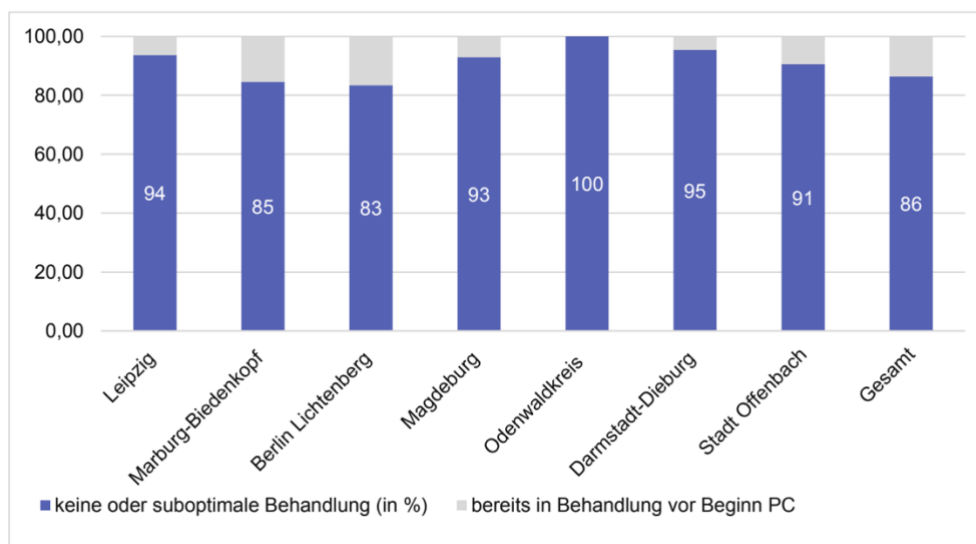


Abbildung 13 Häufigkeiten optimaler bzw. suboptimaler Behandlung. (Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention, o.A.: 3)

Auch die Auswirkungen auf die Arbeitsmarktintegration sind beachtlich: 36 % der Teilnehmenden wurden erfolgreich in den ersten Arbeitsmarkt reintegriert. Rechnet man Maßnahmen des zweiten Arbeitsmarktes, Minijobs und ehrenamtliche Tätigkeiten hinzu, konnten bei 60 % der Teilnehmenden berufliche Tätigkeiten dokumentiert werden – bei zwei Dritteln davon war das Beschäftigungsverhältnis zum Zeitpunkt der Evaluation weiterhin aktiv. Die wissenschaftliche Begleitforschung basiert unter anderem auf Daten aus den Modellstandorten Leipzig, Marburg-Biedenkopf, Berlin-Lichtenberg, Magdeburg und dem Odenwaldkreis:

Psychosoziale Coaching wird international als Best-Practice-Modell anerkannt – unter anderem durch die OECD im Bericht Fit Mind, Fit Job sowie im Rahmen des EU-Programms Joint Action on Mental Health and Well-being.

Inzwischen wird das Psychosoziale Coaching bundesweit im Rahmen von Förderprogrammen wie REACT-EU oder rehapro etabliert. Seit Mai 2025 wird zudem das Nachfolgeprojekt „Psychosoziales Coaching NextGen“ umgesetzt, das sich spezifisch an junge Erwachsene unter 25 Jahren richtet. Es trägt damit dem erhöhten psychosozialen Unterstützungsbedarf dieser Altersgruppe Rechnung und leistet einen weiteren Beitrag zu einer inklusiven und gesundheitsorientierten Arbeitsmarktpolitik.

Individuelle betriebliche Qualifizierung (InbeQ) im Rahmen der Unterstützten Beschäftigung (UB)

InbeQ für UB ist für Menschen mit psychischen Erkrankungen, um ihnen eine schrittweise Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Arbeitgeber profitieren durch individuelle Anpassungen und Begleitung durch Fachdienste. Mit „Unterstützter Beschäftigung“ (auch: „Individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen Unterstützter Beschäftigung (InbeQ-UB)“) bezeichnet man die Qualifizierung, Einarbeitung und Begleitung von Menschen mit Behinderungen mit besonderem Unterstützungsbedarf in Betrieben des Allgemeinen Arbeitsmarktes. Ziel der Unterstützten Beschäftigung ist ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis.

Der Grundsatz der Unterstützten Beschäftigung⁶¹ lautet: „Erst platzieren, dann qualifizieren“. Dabei arbeiten Menschen mit Unterstützungsbedarf in Unternehmen auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt. Die Qualifizierung oder Ausbildung für die Stelle beginnt direkt im Betrieb und wird durch einen persönlichen Jobcoach bis zu drei Jahre begleitet.

Zielgruppen für Unterstützte Beschäftigung:

- Schulabgängerinnen und Schulabgänger aus Förder- oder Sonderschulen, die keinen regulären Ausbildungsplatz finden.
- Erwachsene, die im Laufe ihres (Erwerbs-)Lebens zum Beispiel eine psychische Erkrankung erworben haben, die so schwer ist, dass die Eingliederung in eine Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) erwogen wird.
- Beschäftigte aus der WfbM, die auf den Allgemeinen Arbeitsmarkt wechseln wollen.⁶²

InbeQ in UB besteht aus zwei Phasen und arbeitet sehr praxisnah:

- Individuelle betriebliche Qualifizierung (IBQ): Die Berufsvorbereitung erfolgt direkt im Betrieb – kein Schulraum, kein Übungsraum. Teilnehmer:innen probieren Tätigkeiten aus, lernen im echten Arbeitsumfeld. Ziel ist es herausfinden, was zu ihnen passt und welche Anforderungen sie bewältigen können. Dauer: bis zu 2 Jahre (Verlängerung möglich)
- Berufsbegleitung / Nachbetreuung (UB): Sobald ein Arbeitsplatz gefunden wurde, gibt es weiterhin Unterstützung vor Ort, z. B. durch Jobcoaching, Konfliktbewältigung, Kommunikationstraining. Diese Begleitung kann befristet oder dauerhaft erfolgen, je nach Bedarf.

Ziel der InBeQ ist es, den behinderten Menschen, für die eine Berufsausbildung wegen Art ihrer Behinderung nicht in Frage kommt, mit der Unterstützung eines Jobcoaches so lange am Arbeitsplatz einzuarbeiten, bis er seine Arbeitsaufgaben selbständig erledigen kann. Es soll

⁶¹ Vgl. <https://www.bmas.de/DE/Soziales/Teilhabe-und-Inklusion/Rehabilitation-und-Teilhabe/Foerderung-der-Ausbildung-und-Beschaeftigung/unterstuetzte-beschaeftigung.html>, letzter Zugriff 28.10.2025.

⁶² Vgl. <https://www.rehadat.de/lexikon/Lex-Unterstuetzte-Beschaeftigung-UB/>, letzter Zugriff 28.10.25.

erreicht werden, dass ein Arbeitsvertrag und damit eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zustande kommt.⁶³

Die Förderung Unterstützter Beschäftigung wird von den Menschen mit Behinderungen selbst beantragt. Die Agentur für Arbeit prüft, wer für Unterstützte Beschäftigung in Frage kommt. Für die erste Phase der Unterstützten Beschäftigung brauchen die Teilnehmenden keine anerkannte Schwerbehinderung oder Gleichstellung. Für die zweite Phase ist dies notwendig.

Die erste Phase der Unterstützten Beschäftigung bezahlt meist die Agentur für Arbeit. Bei älteren Menschen mit Behinderungen kann auch die Rentenversicherung für die Kosten zuständig sein. In der zweiten Phase übernehmen die Integrationsämter/Inklusionsämter die Kosten der Unterstützten Beschäftigung.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung (BAG UB) führte im Jahr 2013 eine bundesweite Erhebung unter 101 Leistungserbringern der Unterstützten Beschäftigung durch, an der sich Einrichtungen aus sämtlichen Bundesländern beteiligten. Erfasst wurden Daten zu insgesamt 1.407 Teilnehmenden, was etwa 22 % der rund 6.500 UB-Plätze im Januar 2012 entspricht.

Der Anteil von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Unterstützten Beschäftigung stieg im Zeitraum von 2009 bis 2013 kontinuierlich an – von 11,3 % auf 18,5 %. Die Mehrheit der Teilnehmenden war männlich (63,6 %), und der überwiegende Teil befand sich in der Altersgruppe von 18 bis 24 Jahren (62 %), gefolgt von 28 % im Alter zwischen 25 und 40 Jahren.

Im Jahr 2013 schlossen 69 % der Teilnehmenden die Maßnahme regulär ab. 40 % konnten im Anschluss in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung vermittelt werden. Weitere 3,6 % nahmen eine Ausbildung auf, wovon 64 % eine betriebliche Ausbildung begannen. Insgesamt gelang somit 42,3 % der Teilnehmenden eine Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt, einschließlich der betrieblichen Ausbildung. (Vgl. Gühne, Riedel-Heller, 2015: 47)

4.2 Unterstützungen, Anreize, Rechte und Pflichten für Unternehmen

Eine Maßnahme von finanzieller Förderung von Inklusion am Arbeitsplatz ist die Förderung von Eingliederungszuschüssen (EGZ) für Arbeitgeber. Arbeitgeber erhalten einen Lohnkostenzuschuss für die Einarbeitung und Beschäftigung von Menschen mit psychischen Erkrankungen: bis zu 50 % des Gehalts (in Ausnahmefällen bis zu 70 %) für maximal 12 Monate (bei Schwerbehinderung bis zu 24 Monate). Beantragen können es Unternehmen bei der Agentur für Arbeit oder dem Jobcenter.

Zudem gibt es Investitionszuschüsse für die barrierefreie Gestaltung von Arbeitsplätzen und Arbeitsplatzausstattungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die Kostenübernahme kann bis zu 100 % betragen. Die Antragstellung erfolgt bei den Integrationsämtern oder der Deutschen Rentenversicherung.

Ein negatives, finanzielles Anreizsystem ist die Ausgleichsabgabe. Unternehmen mit mehr als 20 Mitarbeitenden, die keine Menschen mit Behinderung beschäftigen, müssen eine Ausgleichsabgabe zahlen. Die Regelung in Deutschland ist, dass bei 20 Arbeitnehmer:innen, 5%

⁶³ Vgl. <https://www.rehadat-wfbm.de/ueberblick/arbeitsmarktnahe-angebote/individuelle-betriebliche-qualifizierung-und-unterstuetzte-beschaeftigung/>, letzter Zugriff 28.10.2025.

Menschen mit anerkannter Behinderung beschäftigt sein müssen. (Vgl. Jent, Dietsche 2013: 26ff.)

4.2.1 Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM)

Ein weitere Pflicht für Unternehmen/Arbeitgeber:innen ist das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM). Das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) ist seit 2004 in Deutschland gesetzlich verpflichtend und zielt darauf ab, die Rückkehr in den Beruf zu erleichtern und präventive Maßnahmen zu ergreifen. Arbeitgeber sind demnach verpflichtet, jedem Beschäftigten ein BEM-Verfahren anzubieten, der innerhalb von zwölf Monaten länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig ist. Die Teilnahme am BEM ist freiwillig; eine Ablehnung durch die betroffene Person kann jedoch den Kündigungsschutz beeinträchtigen. Eine Beratung und Unterstützung erfolgt über die Betriebskrankenkassen und Integrationsämter.

Das „**Hamburger Modell**“ ist die am häufigsten eingesetzte Maßnahme im Rahmen des BEM. Es handelt sich um eine stufenweise Wiedereingliederung mit reduzierter Arbeitszeit, während der das Krankengeld weiterhin gezahlt wird. Dieses Modell ermöglicht Betroffenen eine schrittweise Rückkehr an den Arbeitsplatz mit reduziertem Leistungsdruck, was besonders bei psychischen Erkrankungen hilfreich sein kann. Es bietet auch die Chance, gemeinsam mit dem betrieblichen Umfeld neue Arbeitsabläufe zu erproben. Kritisch wird jedoch gesehen, dass durch die Standardisierung dieser Maßnahme andere individuelle oder strukturelle Lösungen – etwa zur Verbesserung belastender Arbeitsbedingungen – in den Hintergrund treten können. (Vgl. Voswinkel, 2019)

Die **Plattform BEMpsy**⁶⁴ bietet umfassende Informationen und praktische Unterstützung rund um das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM), mit besonderem Fokus auf psychische Erkrankungen im Arbeitskontext. Sie richtet sich gleichermaßen an Unternehmen wie an betroffene Beschäftigte. Für Unternehmen stellt BEMpsy eine Vielzahl von Materialien zur Verfügung, darunter Leitfäden, Checklisten und Vorlagen zur strukturierten Umsetzung und Optimierung von BEM-Prozessen. Ergänzend dazu werden E-Learning-Module und Qualifizierungsangebote angeboten, beispielsweise zur Ausbildung als „Begleiter*in für psychosoziale Gesundheit“. Darüber hinaus können Unternehmen zwischen verschiedenen Beratungspaketen (Standard, Silber, Gold) wählen, die unterschiedliche Unterstützungsleistungen wie Hotline-Zugänge, Coachings oder Supervisionen beinhalten. Zusätzlich bietet BEMpsy einen Leistungskatalog zur Suche nach externen BEM-Dienstleistern; Anbieter können sich dort registrieren und einem freiwilligen Qualitätsprüfungsverfahren unterziehen. Für Beschäftigte bietet die Plattform niedrigschwellige Zugänge zu Informationen über Rechte, Pflichten und mögliche Abläufe im BEM. Neben Erfahrungsberichten und Hinweisen zu finanziellen Hilfen stehen auch Selbsttests zur Verfügung, etwa zur Einschätzung von Depression, Burnout oder Angststörungen. Über den Bereich „BEMpowerment“ erhalten Betroffene darüber hinaus Materialien zur aktiven Mitgestaltung ihres BEM-Prozesses, inklusive Belastungsanalysen und Weiterbildungsangeboten. Auch externe Hilfen wie Therapieplatzsuche oder psychosoziale Unterstützungsangebote sind dort eingebunden. BEMpsy wird von der GAW gemeinnützigen GmbH betrieben und durch das Bundesministerium

⁶⁴ Vgl. <https://www.bempsy.de/>, letzter Zugriff 28.10.2025.

für Arbeit und Soziales gefördert. Die Plattform wird laufend weiterentwickelt, um den Anforderungen eines modernen und inklusiven BEM gerecht zu werden.

4.3 Beratungs- und Begleitungsangebote für Unternehmen

Der (Wieder-)Einstieg von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den ersten Arbeitsmarkt hat allgemein gesprochen zwei Dimensionen: Die arbeitnehmende und die arbeitgebende Seite. Die Begleitung und Beratung von Unternehmen und Organisationen ist ebenso zentral, wie die von betroffenen Personen. Ein (Wieder-)Einstieg kann durch Unsicherheiten, unklare Erwartungen, Ängste und Stigmatisierungen auf Seite der Arbeitgebende massiv erschwert werden. Barrieren im Umgang werden dabei besonders durch direkt Begegnungen abgebaut. Expertin 7 betont in dem Zusammenhang den Ansatz des Supported Employment, da hierbei Personen direkt „platziert“ werden und zugleich ein Jobcoach auch für Arbeitgebende Ansprechpartner:in ist. (Vgl. Interview 7)

„Es ist total wichtig, genau da gleich die Lücke [zwischen Arbeitgeber:in und Arbeitnehmer:in] zu schließen.“ (Interview 7)

Auch Experte 6 betont die Notwendigkeit, Sensibilisierungsarbeit auf Seiten der Unternehmen durchzuführen.

„Also ich denke, so Initiativen gehen ins Leere, wenn die Wirtschaft nicht abgeholt wird.“ (Interview 6)

Darüber hinaus bedarf es Schulungs- und Ausbildungsangebote für Mitarbeiter:innen und Führungskräfte, flexible Begleitprogramme wie bspw. Peer-Begleitungen:

„Ja, also ich denke, es gibt ja einige Ansätze, die in Unternehmen implementiert werden. Ob das jetzt so Peer Beratung ist, also kollegiale Begleitung von auch von psychischer Erkrankung betroffenen Kolleginnen und Kollegen, die sich haben qualifizieren lassen oder ob es auch verschiedene Schulungsangebote sind für Unternehmen, insbesondere auch für Führungskräfte oder Mitarbeiter, die dann auch als beratender Funktion eingesetzt werden können. [...]. Und wenn ich das das größte Defizit benennen müsste, ist es tatsächlich der Bereich, dass ich denke, es gibt viele Aktivitäten, die, eher aus dem institutionellen, karitativ geprägten oder rehabilitativ geprägten Bereich kommen, aber die Arbeitgeber werden häufig vergessen.“ (Interview 6)

Integrationsfachdienste (IFD)

- Unterstützen Unternehmen bei der Einstellung, Einarbeitung und langfristigen Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen.
- Beratung zu Arbeitsplatzgestaltung, Konfliktbewältigung und Fördermitteln.
- Kontakt: Über das jeweilige Integrationsamt des Bundeslands.

Technischer Beratungsdienst der Integrationsämter

- Berät Unternehmen zu Arbeitsplatzausstattung, technischer Barrierefreiheit und Anpassungen für psychisch erkrankte Mitarbeitende.
- Kostenlos für Arbeitgeber.

Externe Betriebsberatung durch die Bundesagentur für Arbeit

- Beratung für Unternehmen zur betrieblichen Eingliederung, finanziellen Förderungen und Arbeitsplatzanpassungen.
- Anfrage: Direkt über die lokale Agentur für Arbeit.

Zudem gibt es diverse projektbasierte oder privatwirtschaftliche Beratungs- und Begleitangebote, die Unternehmen hinsichtlich der Gestaltung eines inklusiven Arbeitssettings beraten und begleiten – zwei können an dieser Stelle herausgehoben werden:

4.3.1 Inklupreneur

Inklupreneur⁶⁵ unterstützt Unternehmen auf ihrem Weg zu einer inklusiven Arbeitskultur und bringen sie mit motivierten Talenten zusammen. Ziel ist es, Arbeitsplätze für Menschen mit Behinderung zu schaffen.

Zielgruppen & Ablauf der Beratung

Interessierte Unternehmen unterzeichnen den Inklupreneur Pledge (→ Die Inklupreneur Haltung) und versprechen damit selbstverpflichtend, wie viele Stellen sie in ihrem Unternehmen schaffen wollen. Inklupreneur begleitet die Unternehmen bei der Umsetzung. Das Inklupreneur Programm beginnt mit dem StarterCamp (Auftaktveranstaltung). In zwei Tagen erarbeitet Inklupreneur gemeinsam mit den Pledge-Unternehmensvertreter:innen die Grundlagen für ihre individuelle Inklusionsstrategie, die dann in den folgenden Monaten umgesetzt wird. Vermittelt wird Basiswissen zum Thema Inklusion. Unterstützt durch Expert:innen aus der Inklusionsszene, wie z.B. Vertreter:innen der Agentur für Arbeit, des Integrationsfachdiensts, der Berufsbildungswerke, sowie Inklupreneur Mentor:innen und andere Netzwerkpartner:innen wird eine Inklusionsstrategie erarbeitet und besprochen, auf welchen Ebenen im Unternehmenskontext angesetzt werden kann, um Inklusion zu ermöglichen. Ermöglicht wird auch der Austausch mit Unternehmen, die das Programm bereits durchlaufen haben. Anschließend startet die Phase der Umsetzungsbegleitung, die aus folgenden 6 Säulen besteht:

- Inklusive Stellenausschreibung und Recruiting (Erarbeitung eines Templates für zukünftige inklusive Stellenausschreibungen und Kennenlernen von innovativen Ansätzen)
- Sichtbarkeit (Empfehlungen für Bewerbungsprozess und Außenauftritt)
- Vernetzung (Orientierung in der Inklusionslandschaft)
- Sensibilisierung und Awareness (Disability Awareness Formate)
- Bewerbungssimulation (Ermöglichung von praxisnahen Lernerfahrungen)
- Aktionsplanung (Sicherung der Nachhaltigkeit)

Das **Team** von Inklupreneur besteht aus Menschen mit und ohne Behinderungen. Inklupreneur Mentor:innen (Menschen mit Behinderungen) unterstützen das Coaching und den Umsetzungsprozess.

Grundlage, Trägerschaft

Inklupreneur ist ein Projekt der Hilfswerft gGmbH. Die Umsetzung von Inklupreneur Berlin wurde als Modellvorhaben von April 2021 bis März 2024 durch das LAGeSo gefördert. Seit Anfang 2022 gibt es Inklupreneur auch in Bremen. Auch nach Auslaufen der Förderphase

⁶⁵ Vgl. <https://berlin.inklupreneur.de/>, letzter Zugriff 28.10.2025.

existiert Inklupreneur weiter. Aktuell laufen öffentlich geförderte Programme in Bremen und im Rheinland.

4.3.2 Lots*

Lots*⁶⁶ begleitet seit 2018 Unternehmen auf dem Weg zu einer inklusiven Unternehmenskultur und ganzheitlich in „Diversitätsorientierter Organisationsentwicklung“. Aus ihrer Sicht sind „Diversitätsorientierte Unternehmen mit einer inklusiven Arbeitskultur die zeitgemäße Antwort auf eine Gesellschaft im Wandel“.

Das **Leistungsspektrum** umfasst:

- Analyse (Formate wie Clearing-Workshop zum Kennenlernen der Arbeitsweisen, Strategieberatung, Situationsanalyse, Ziel- und Visionsworkshop)
- Strategische Prozessentwicklung (Unterstützung beim Finden eines Startpunktes und strategisches Vorgehen)
- Projektsteuerung und Projektmanagement (z.B.: Unterstützung bei der Etablierung von agilen Teams, Arbeitsgruppen, Teamentwicklung, Prozessmoderation, regelmäßige Jour Fixe und Zwischenevaluationen)
- Umsetzung (Formate: Bestandsaufnahme, Neustrukturierung von Arbeitsabläufen, barrierefreie Umgestaltung von Arbeitsplätzen, Ansprechstrukturen bei Diskriminierungsfällen, Diversitätsorientierte Personalentwicklung und chancenorientierte Bewerbungsverfahren)
- Beteiligung (u.a. Dialogformate, Trainings, Beratung zum Aufbau von Netzwerken und Interessensgruppen, Befragung zu Diskriminierungs-Erfahrungen)
- Wissens- und Kompetenzaufbau (Workshops zu Wissens- und Kompetenzaufbau)
- Empowerment (u.a. Coaching, Sensibilisierungs- und Empowerment-Trainings, Fallberatung)
- Erfolgsmessung (u.a. Situationsanalysen, Abschlussevaluation)

Ausrichtung / Diversitätsbegriff: Lots* arbeitet mit einem sehr breiten Diversitätsbegriff. Die vielfältigen Persönlichkeitsmerkmale von Menschen im Kontext einer Organisation beschreiben sie entlang von folgenden drei Dimensionen:⁶⁷

Organisatorische Anbindung, Trägerschaft: Lots* Gesellschaft für veränderte Kommunikation ist ein privates Unternehmen.

Materialien

- Lots*. Vertrauen in Veränderung: Einstieg in Diversität. Orientierung für Organisationen der Daseinsvorsorge.
- Lots*: Das Diversität-Playbook: Argumente und Taktiken hin zu einem diversen und inklusiven Unternehmen.

⁶⁶ Vgl. <https://www.lots.de/>, letzter Zugriff 28.10.2025, <https://www.lots.de/kompetenzen/diversity-management>, letzter Zugriff, 28.10.2025.

⁶⁷ Vgl. <https://www.lots.de/>, letzter Zugriff 28.10.2025, <https://www.lots.de/kompetenzen/diversity-management>, letzter Zugriff, 28.10.2025.

4.4 Weiterbildungs-, Beratungs- und Begleitangebote für Einzelpersonen

Es gibt zahlreiche erfolgreiche Modellprojekte und Initiativen, die als Vorbilder für die Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen dienen. Diese Projekte zeigen, dass Inklusion sowohl für die betroffenen Menschen als auch für die Arbeitgeber von Vorteil ist.

4.4.1 LIPSY

Das Projekt LIPSY⁶⁸ – Leipzig: Individual Placement and Support für psychisch kranke Menschen ist ein Modellprojekt im Rahmen des Programms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ (§ 11 SGB IX), gefördert vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). Ziel ist es, Menschen mit psychischen Erkrankungen dabei zu unterstützen, ihre Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen und ihnen eine nachhaltige Integration in den ersten Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Es handelt sich um eine Kooperation zwischen dem Jobcenter Leipzig, dem Helios Park-Klinikum Leipzig und dem Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health der Universität Leipzig (ISAP).

Die Zielgruppe des Projekts umfasst Leistungsbeziehende nach dem SGB II, die psychisch belastet sind. Diese erhalten durch ihre Arbeitsvermittler:innen im Jobcenter Leipzig ein Angebot zur freiwilligen Teilnahme am Projekt.

Den Auftakt bildet ein standardisiertes psychologisches Screening (psychologisches Assessment), durchgeführt durch Psycholog:innen direkt in den Räumlichkeiten des Jobcenter – dieses Vorgehen ist an das psychosoziale Coaching in Jobcenter angelehnt (siehe Kapitel 4.1.9). Vier Psycholog:innen (angestellt in der Helios-Klinik, finanziert auch über das Projektbudget) waren dafür im Jobcenter platziert, was als zentrale Dimension des Erfolges gesehen wird. Aufbauend auf dieser Diagnostik und Erhebung der psychosozialen Bedarfe erfolgt eine individuelle Weiterleitung (Lotsen) in das regionale medizinische oder psychosoziale Versorgungssystem (von Selbsthilfegruppen, Psychiater:innen, Psychotherapeut:innen über spezielle Beratungsangebot, wie Schuldenberatungen, Wohnberatung etc.), angepasst an die Art und den Schweregrad der psychischen Erkrankung sowie die soziale Lebenssituation der Teilnehmenden. Dieses Assessment bestand standardisiert aus drei Terminen, wobei anschließend auch – je nach Bedarf – weitere, freier gestaltete Termine in Anspruch genommen werden konnten (was auch meistens angenommen wurde). Diese Anschlusstermine hatten zudem das Ziel, festzuhalten, ob die Teilnehmer:innen die vermittelten/vorgeschlagenen Angebote in Anspruch genommen haben (oder warum nicht) – was sehr häufig der Fall war. Zum Zeitpunkt der hier aufbereiteten Recherche haben ca. 1000 Teilnehmende das Projekt durchlaufen, was die hohe Akzeptanz sowohl bei den Arbeitsvermittler:innen als auch bei den Betroffenen selbst unterstreicht.

Ausgehend von der Befundlage, dass es generell seitens der Arbeitsvermittler:innen/Integrationsfachkräfte (IFK) Unsicherheiten im Umgang mit Menschen

⁶⁸ Vgl. <https://www.helios-gesundheit.de/standorte-angebote/kliniken/leipzig/leistungen/fachbereiche/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/wissenschaftsforschung-projekte/lipsy/>, letzter Zugriff 28.10.2025, <https://jobcenter-leipzig.de/wp-content/uploads/2020/12/FlyerLIPSYFinal.pdf>, letzter Zugriff 28.10.2025, <https://jobcenter-leipzig.de/vermittlung/hilfe-in-schwierigen-lebenssituationen/rehapro/>, letzter Zugriff 28.10.2025.

mit psychischen Erkrankungen gibt und es sich von den Mitarbeiter:innen mehr Wissen in diesem Bereich gewünscht wird, wurden zu Beginn des Projektes alle Arbeitsvermittler:innen geschult, wie ein Umgang und Kontakt gestaltet werden kann. Darüber hinaus wurden die Mitarbeiter:innen darin geschult, Merkmale psychischer Erkrankungen wahrzunehmen, Personen auf diese anzusprechen und weiterer Folge das Angebot des Projektes vorzustellen. 240 Arbeitsvermittler:innen wurden geschult.

Je nach Befund teilt sich das weitere Vorgehen in zwei zentrale Versorgungsstränge auf:

- (1) Bei leichteren oder mittelschweren psychischen Erkrankungen erfolgt die Betreuung bzw. das Lotsen weiterhin im Jobcenter, durch speziell geschulte Arbeitsvermittler:innen/Integrationsfachkräfte (IFK), die psychosoziale Aspekte in die Beratung integrieren.
- (2) Bei schwer psychisch erkrankten Teilnehmenden, die zudem einen Behandlungswunsch äußern, beginnt eine multimodale Behandlung in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) des Helios Park-Klinikums. Parallel zur Behandlung erhalten diese Personen ein individuelles Jobcoaching nach dem IPS-Modell (Individual Placement and Support).

Zu (1): Zwischen den Psycholog:innen, den speziell geschulten Arbeitsvermittler:innen und gegebenenfalls weiteren Vermittler:innen gibt es im Zuge des Projektes regelmäßige Fallbesprechungen.

Zu (2): Im Unterschied zu klassischen Rehabilitationsmodellen wird bei IPS nicht zuerst vollständig therapiert und dann vermittelt („train and place“), sondern der Ansatz lautet: „place and train“ – also eine möglichst frühe berufliche (Re-)Integration mit begleitendem Coaching. Eigentlich sieht der IPS-Ansatz vor, dass nach 30 Tagen der Programmaufnahme eine Kontaktaufnahme zu Arbeitsstellen erfolgt. In der praktischen Umsetzung zeigte sich jedoch, dass viele Teilnehmende zunächst stark überfordert gewesen wären mit einer raschen Arbeitsvermittlung. Über 50 % der IPS-Teilnehmenden waren zuvor nie in Behandlung, häufig lagen langjährige unbehandelte Krankheitsverläufe vor. Für viele Teilnehmer:innen war es generell ein großer Schritt, sich auf ein therapeutisches Setting einzulassen (einzelne mussten teilstationär aufgenommen werden). Entsprechend wurde der IPS-Ansatz im Projekt flexibilisiert und individualisiert umgesetzt: berufliche Perspektiven wurden im engen Austausch mit der medizinischen Behandlung entwickelt, oft in kleinen Schritten, angepasst an den aktuellen Gesundheitszustand. Der Wunsch der Teilnehmenden nach Beschäftigung war in der Regel ausgeprägt.

Im Laufe des Projekts wurde deutlich, dass psychische Erkrankungen oft eine chronische und komplexe Dimension haben, die eine einfache „Vermittlungslogik“ unterläuft. Daher war es entscheidend, Behandlung und berufliche Perspektivplanung nicht als Nacheinander, sondern als Parallele zu verstehen.

Zu den vermittelten Maßnahmen im Sinne der beruflichen Perspektivplanung (begleitet durch Job-Coaches) gehörten:

- Ehrenamtliche Tätigkeiten als erste Annäherung an einen Arbeitskontext
- Minijobs oder Teilzeitarbeit (oft bevorzugt gegenüber Vollzeit)
- Teilnahme an Jobcenter-Maßnahmen oder gemeinnütziger Arbeit
- Probearbeit oder zeitlich begrenzte Beschäftigungsangebote

Die Job-Coaches waren vollständig in die therapeutischen Teams der PIA eingebunden und nahmen an interdisziplinären Fallbesprechungen teil. Diese enge Verzahnung von Behandlung und beruflicher Unterstützung war eines der zentralen Alleinstellungsmerkmale von LIPSY. Ein weiterer innovativer Aspekt bestand darin, dass sich die Zusammenarbeit zwischen Klinik und Jobcenter nicht auf formale Überweisungen beschränkte, sondern durch regelmäßige direkte Abstimmung, Tür-an-Tür-Arbeit und einvernehmliche Datennutzung gekennzeichnet war.

Die Teilnehmer:innen in diesem Bereich (2) waren im Schnitt fünf Jahre arbeitslos, die Hälfte war ohne Ausbildung, das Durchschnittsalter betrug 35 Jahre.

Allgemein: Die wissenschaftliche Begleitung des Projekts erfolgte durch die Universität Leipzig. Diese umfasste eine Basisevaluation mit vier Messzeitpunkten zur Erfassung des Verlaufs der Teilnehmenden sowie die Durchführung einer randomisiert-kontrollierten Studie, um die Wirksamkeit des IPS-Ansatzes im deutschen Versorgungskontext zu überprüfen.

Ein wesentliches Hindernis stellt allerdings die unsichere Finanzierung nach Projektende dar. Eine Weiterbeschäftigung der Psycholog:innen im Jobcenter ist aufgrund reduzierter Budgets im Jobcenter bislang nicht gesichert. Ein geplanter Wissenstransfer soll jedoch sicherstellen, dass die gewonnenen Erkenntnisse und Strukturen nicht vollständig verloren gehen. Die Ergebnisse und Erfahrungen aus LIPSY sollen bei einer Abschlussveranstaltung im Jobcenter präsentiert und für die Weiterentwicklung der Regelsysteme fruchtbar gemacht werden. In der Klinik können zwei Psycholog:innen, die sich in den letzten Jahren intensiv mit dem Thema Psychische Erkrankung und Arbeit beschäftigt haben und auch Beratung durchgeführt haben, dauerhaft übernommen werden – das Job-Coaching im Sinne des IPS wird in der Klinik weitergeführt (was auch parallel zu dem Projekt betrieben worden ist, nur nicht mit Personen, die von dem Jobcenter vermittelt wurden).

Insgesamt stellt LIPSY ein wegweisendes Modell dar, das zeigt, wie durch frühzeitige, individuelle und interdisziplinäre Interventionen die Teilhabechancen psychisch erkrankter Menschen am Arbeitsleben nachhaltig verbessert werden können.

(Vgl. Interview 6, Koschig et al., 2024)

4.4.2 Supported Employment des ZfP Reichenau

Das Supported Employment-Angebot⁶⁹ des Zentrum für Psychiatrie Reichenau 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. Die Finanzierung erfolgt maßgeblich durch den Landkreis Konstanz und dem ZfP Reichenau – dieses ist wiederum eine Anstalt des öffentlichen Rechts des Landes Baden-Württemberg. Damit ist es eines der wenigen öffentlich geförderten Supported Employment-Projekte in Deutschland, das ohne direkten Kostenträger wie die Renten- oder Arbeitsverwaltung realisiert wird – was es besonders niedrigschwellig und flexibel macht.

Im Gegensatz zu traditionellen Rehabilitationsmaßnahmen, die oft auf vorbereitendes Training in geschützten Einrichtungen setzen, verfolgt das ZfP Reichenau den Ansatz "Zuerst platzieren,

⁶⁹ Vgl. <https://www.zfp-reichenau.de/einrichtungen/supported-employment/supported-employment?q=%2Feinrichtungen%2Fsupported-employment%2F>, letzter Zugriff 28.10.2025.

dann trainieren". Das bedeutet, dass Teilnehmende direkt in reguläre Arbeitsverhältnisse vermittelt werden und dort individuelle Unterstützung erhalten.

Ein zentrales Element des Programms ist die Begleitung durch spezialisierte Jobcoaches. Diese unterstützen die Teilnehmenden ohne zeitliche Befristung bei Bewerbungsprozessen, der Einarbeitung, dem Umgang mit Herausforderungen am Arbeitsplatz und bei Konflikten. Zudem beraten sie Arbeitgeber:innen und beziehen bei Bedarf Angehörige oder Therapeut:innen mit ein.

Das Angebot ist flexibel und kann sowohl zur Jobsuche, zum Erhalt bestehender Arbeitsverhältnisse als auch zur Berufsorientierung genutzt werden. Es kann vorbereitende Trainingsmaßnahmen ergänzen oder ersetzen.

Das Projekt (2015-2020) wurde wissenschaftlich begleitet und die Wirkung evaluiert – Die Auswertung zeigt, „[...] dass das Reichenauer Supported Employment Projekt hinsichtlich aller Tätigkeitskriterien, Fehltage und Dropouts ähnlich effektiv ist wie eine Vielzahl von Studien in englischsprachigen Ländern (Bond et al., 2012) und in Europa (EQOLIZE Studie; Burns et al., 2009). Besonders deutlich wurde die Effektivität auch bei den Integrationsraten junger Psychosepatient:innen – fast 50% der Klient:innen wurden nachhaltig in den allgemeinen Arbeitsmarkt integriert, während dies in der Kontrollgruppe keiner einzigen teilnehmenden Person gelang.“ (Flügel, Nischk, 2021: 190)

Darüber hinaus wurde im Dezember 2022 die SEEarly-Studie⁷⁰ gestartet, die an mehreren Standorten in Deutschland (bis 2025), darunter Reichenau, untersucht, ob Supported Employment insbesondere für junge Menschen mit Psychosen Vorteile gegenüber herkömmlichen Rehabilitationsmaßnahmen bietet. Die Studie wird von der Deutschen Forschungsgesellschaft finanziert und läuft über 30 Monate.

4.5 Gesellschaftliches Bewusstsein und Entstigmatisierung

Die Stärkung der Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen erfordert ein tiefgreifendes gesellschaftliches Umdenken – und das auf mehreren Ebenen zugleich. Noch immer bestehen in **medizinischen Versorgungsstrukturen**, etwa in stationären oder teilstationären Settings, tradierte Vorstellungen darüber, wann und in welchem Umfang berufliche Teilhabe möglich oder sinnvoll ist. Dabei zeigen Studien, dass gerade der Zeitraum während einer psychischen Krise häufig einen kritischen Wendepunkt darstellt: Viele Menschen verlieren in dieser Phase ihren Arbeitsplatz, und nur ein geringer Teil kehrt nach der Behandlung wieder in reguläre Beschäftigung zurück. Umso zentraler ist es, dass bereits im Behandlungssetting berufliche Perspektiven mitgedacht und unterstützt werden – nicht erst im Anschluss an eine als „abgeschlossen“ gedachte Genesung.

Doch die Herausforderungen enden nicht im Gesundheitssystem. Auch auf Seiten der **Unternehmen** fehlt es häufig an Offenheit, Wissen und struktureller Unterstützung im Umgang mit psychisch erkrankten Mitarbeitenden. Die Angst vor Stigmatisierung ist unter Betroffenen nach wie vor groß – viele vermeiden es, ihre Erkrankung am Arbeitsplatz offen zu legen, selbst wenn damit Nachteile oder der Verlust des Arbeitsplatzes verbunden sind. Das zeigt, dass neben konkreten Unterstützungsangeboten auch eine gezielte Sensibilisierung in der Arbeitswelt

⁷⁰ Vgl. <https://www.seearly.de/>, letzter Zugriff 28.10.2025.

notwendig ist. Arbeitgeber:innen werden jedoch zunehmend für die Bedürfnisse und Potenziale von Menschen mit psychischen Erkrankungen sensibilisiert, wie die nächsten Beispiele zeigen: Es gibt verschiedene Programme, die Unternehmen dabei unterstützen, inklusive Arbeitsplätze zu schaffen, zum Beispiel durch Schulungen oder Beratungsdienste.

In **arbeitsmarktpolitischen Institutionen** wie Jobcentern ist außerdem häufig noch ein tradiertes Verständnis von Erwerbsfähigkeit bei psychisch erkrankten Menschen anzutreffen. So wird vielfach angenommen, dass ein großer Teil dieser Personen eigentlich dauerhaft erwerbsunfähig sei und daher frühberentet werden müsse. Gleichzeitig dominiert die Vorstellung, dass psychisch erkrankte Menschen zunächst vollständig genesen müssten, bevor eine berufliche (Re-)Integration überhaupt in Betracht gezogen werden kann. Dieses rehabilitationszentrierte Denken („Reha-First“) steht im Widerspruch zu modernen arbeitsmarktpolitischen und rehabilitativen Ansätzen wie Supported Employment, bei denen berufliche Teilhabe nicht als Endpunkt, sondern als integraler Bestandteil des Genesungsprozesses verstanden wird. Ein solcher Perspektivwechsel setzt jedoch voraus, dass nicht nur auf gesellschaftlicher Ebene mehr Bewusstsein für die Lebensrealitäten und Teilhabewünsche psychisch erkrankter Menschen geschaffen wird, sondern auch innerhalb institutioneller Strukturen wie den Jobcentern ein Umdenken erfolgt. Aktuelle Forschungsergebnisse und Metaanalysen belegen, dass 70 bis 80 Prozent der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt anstreben – selbst in akuten Krankheitsphasen (vgl. Interview 7). Diese Diskrepanz zwischen Wunsch und institutioneller Realität verweist auf einen tiefgreifenden Handlungsbedarf. Um inklusive Arbeitsmärkte zu fördern und den Ansprüchen moderner Teilhabepolitik gerecht zu werden, ist es erforderlich, bestehende Annahmen zu hinterfragen und strukturelle wie mentale Barrieren auf Seiten aller beteiligten Akteur:innen abzubauen.

Nicht zuletzt ist auch die **Gesellschaft** insgesamt gefragt: Aufklärung über psychische Erkrankungen muss früh ansetzen – etwa in Schulen, wie es einige zivilgesellschaftliche Initiativen bereits erfolgreich vormachen⁷¹. Solche Projekte leisten einen wertvollen Beitrag zur Enttabuisierung und fördern ein inklusives Verständnis von Teilhabe. Denn psychische Gesundheit betrifft uns alle – und nur durch ein breites gesellschaftliches Bewusstsein, gepaart mit konkretem Handeln in Medizin, Wirtschaft und Bildung, kann eine nachhaltige Verbesserung der Teilhabechancen gelingen. (Vgl. Interview 6, 7)

4.5.1 Peers at Work – Deutsche Bahn

Das Programm „Peers at work“⁷² der Deutschen Bahn bietet Mitarbeitenden, die von Depression betroffen sind, eine vertrauliche und niedrigschwellige Unterstützung durch speziell geschulte Kolleg:innen, sogenannte Peers. Diese Peers sind selbst an einer Depression erkrankt gewesen und können aus eigener Erfahrung beraten. Sie informieren über Therapie- und Hilfsangebote und begleiten auf Wunsch in die professionelle Behandlung.

- Initiierung: Das Programm wurde 2018 als Pilotprojekt in Frankfurt am Main und Berlin gestartet.

⁷¹ Vgl. <https://www.irrsinnig-menschlich.de/psychisch-fit-schule/>, letzter Zugriff 28.10.2025.

⁷² Vgl. <https://www.stiftungsfamilie.de/unterstuetzung/angebote-projekte-fuer-berufstaetige/peers-at-work>, letzter Zugriff 28.10.2025.

- Kooperationspartner: Es wird gemeinsam von der Stiftungsfamilie BSW & EWH und der Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention umgesetzt.
- Schulung: Die Peers werden durch die Stiftungsfamilie geschult und fachlich unterstützt.
- Ansprechbarkeit: Die Peers sind unabhängig von Geschäftsfeld und Standort für alle Mitarbeitenden der Deutschen Bahn ansprechbar.
- Führungskräfte: Für Führungskräfte finden regelmäßig Informationsveranstaltungen zum Programm statt, um sie für das Thema zu sensibilisieren.

Für seinen innovativen Ansatz wurde „Peers at work“ 2019 mit dem Antistigma-Preis der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) ausgezeichnet. Die Jury würdigte insbesondere die Förderung eines offenen Umgangs mit psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz.

„Also in Deutschland ist jetzt die Deutsche Bahn [ein gutes Beispiel]. Die hat eine Kooperation mit der Deutschen Depressionshilfe und der Stiftungsfamilie ein recht ausgefeiltes Programm für Mitarbeitende. (...) Zunächst in einem Modellprojekt über ein paar Jahre durchgeführt und inzwischen auch etabliert. Das nennt sich Peers at Work, also auch Betroffene als Ansprechpartner im Unternehmen. Das ist ein Unternehmen, was, das sicherlich eine Vorreiterrolle einnimmt.“ (Interview 6)

4.5.2 Mental Health First Aid (MHFA) Ersthelfer

Das Programm Mental Health First Aid (MHFA) Ersthelfer⁷³ richtet sich an Unternehmen und Organisationen, die die psychische Gesundheit ihrer Mitarbeitenden aktiv fördern möchten. Ziel ist es, psychische Erkrankungen frühzeitig zu erkennen, Stigmatisierung abzubauen und ein unterstützendes Arbeitsumfeld zu schaffen. Hierfür werden strukturierte Schulungen angeboten, in denen Mitarbeitende zu Ersthelfenden für psychische Gesundheit ausgebildet werden. Sie lernen, typische Symptome psychischer Störungen zu erkennen, angemessen zu reagieren und betroffene Kolleg:innen bei der Suche nach professioneller Hilfe zu unterstützen. Die Schulungen beinhalten praxisnahe Übungen, Fallbeispiele und Rollenspiele.

Neben den regulären MHFA-Kursen gibt es ergänzende Angebote wie Awareness Sessions, die zur allgemeinen Sensibilisierung im Unternehmen beitragen, sowie Implementierungsworkshops, die Führungskräfte und Organisationseinheiten bei der nachhaltigen Integration des Themas in die Unternehmenskultur unterstützen. Auch weiterführende Trainings und Fallberatungen für ausgebildete MHFA-Ersthelfende werden angeboten.

Für Unternehmen bietet MHFA einen konkreten Nutzen: Durch geschulte Mitarbeitende können psychische Krisen frühzeitig erkannt und unterstützt werden, was langfristig zu einer Reduktion von Fehlzeiten und einer Stärkung des psychischen Wohlbefindens im Unternehmen führt. Das Programm wird vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim betreut und in Partnerschaft mit der Beisheim Stiftung umgesetzt.

„Also es gibt zum Beispiel jetzt vom Zentrum für Seelische Gesundheit (ZI) auch eine Qualifikation „Mental Health First Aid“, also Notfallhilfe bei psychischen Krisen und Notlagen. Das findet, glaube ich, eine ganz gute Verbreitung. Und es sind inzwischen bundesweit auch Trainer und Trainerinnen ausgebildet, wo Kurse gebucht werden

⁷³ Vgl. <https://www.mhfa-ersthelfer.de/de/unternehmen-organisationen/>, letzter Zugriff 28.10.2025.

können, also Inhouse Schulungen von Unternehmen. Das ist eine Sache, die recht aktuell ist und die ich auch für sehr sinnvoll halte, dass Kompetenzen in Betrieb sind und Angebote direkt am Arbeitsplatz dann auch gerade für die psychisch erkrankten Beschäftigten angeboten werden können, dass es möglichst nah, möglichst direkt, möglichst zeitnah ist - einfach auch sozusagen Ansprechmöglichkeiten da sind.“ (Interview 6)

4.6 Weitere Initiativen

4.6.1 DGPPN-Task-Force Supported Employment

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) hat eine Task-Force zu Supported Employment (SE) eingerichtet, um die Umsetzung dieses evidenzbasierten Rehabilitationsansatzes in Deutschland zu analysieren und zu fördern. Der Impuls entstand aus der Beobachtung, dass sich im internationalen Vergleich ein spezifischer Ansatz der beruflichen Rehabilitation für Menschen mit psychischen Erkrankungen als besonders wirksam erwiesen hat: das sogenannte "First place, then train"-Prinzip. Dabei werden betroffene Personen zunächst auf einem Arbeitsplatz des allgemeinen Arbeitsmarkts platziert und dann vor Ort durch einen Jobcoach begleitet – statt sie zunächst außerhalb des Arbeitsmarktes zu trainieren oder umzuschulen. Dieser Ansatz wird unter dem Begriff Supported Employment (SE) zusammengefasst und liegt in seiner am besten erforschten Form im Modell des Individual Placement and Support (IPS) vor.

Trotz der nachgewiesenen internationalen Wirksamkeit wird IPS bzw. SE in Deutschland bislang nur in begrenztem Umfang umgesetzt. IPS-orientierte Ansätze oder Elemente finden sich bislang vorrangig in Beruflichen Trainingszentren (BTZ), in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) sowie vereinzelt im Rahmen der medizinischen Krankenbehandlung (nach SGB V). Daneben existieren auch andere Angebotsformen, die IPS-ähnliche Merkmale teilweise erfüllen, wie z. B. „Jobcoaching-Maßnahmen“ im Rahmen der Integrationsämter oder die „Unterstützte Beschäftigung (UB)“ als ausgeschriebene arbeitsmarktbezogene Maßnahme durch die Bundesagentur für Arbeit. Allerdings ist offen, in welchem Umfang und mit welcher Qualität diese Angebote tatsächlich den internationalen IPS-Standards entsprechen. Insbesondere die Einhaltung der IPS Fidelity Scale – einem international verwendeten Bewertungsinstrument zur Qualitätssicherung – ist in Deutschland bislang nicht systematisch überprüft oder eingeführt worden.

Die DGPPN-Task-Force hat sich daher zum **Ziel** gesetzt:

- Qualitätsparameter für Supported Employment zu definieren, basierend auf internationaler Evidenz und erprobten SE-Prinzipien
- Hürden und strukturelle Hindernisse für eine systematische SE-Umsetzung in Deutschland zu identifizieren
- Handlungsrelevante Empfehlungen für Politik, Leistungsträger und Praxisakteure zu formulieren, um IPS-nahe oder IPS-orientierte Angebote weiterzuentwickeln oder neu zu schaffen.

Dabei berücksichtigt die Task-Force auch, dass viele der derzeitigen Entwicklungen in Deutschland unabhängig voneinander und ohne systematische Anbindung an die internationale

IPS-Forschung stattfinden. Eine stärkere Vernetzung und Orientierung an evidenzbasierten Standards soll diese Lücke schließen.

Im Rahmen ihrer Arbeit hat die Task-Force bereits folgende **Produkte und Instrumente** erarbeitet oder empfohlen:

- IPS Fidelity Scale: Ein Instrument zur Operationalisierung der Kernprinzipien von IPS, um die Qualität und Zielgenauigkeit von SE-Angeboten zu bewerten.
- Empfehlungen zur Implementierung von Supported Employment⁷⁴
- Teilhabe Kompass I:75 Berufliche Integrationsmaßnahmen – insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Eine umfassende Übersicht über bestehende Maßnahmen und Angebote mit Bezug zu Supported Employment in Deutschland.

Supported Employment – und insbesondere IPS – gilt als eines der wirkungsvollsten Modelle zur beruflichen Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die Arbeit der DGPPN-Task-Force ist ein wichtiger Schritt, um diesen Ansatz auch in Deutschland systematisch und qualitätsgesichert umzusetzen. Die Herausforderung liegt darin, bestehende Angebote kritisch zu reflektieren, weiterzuentwickeln und bundesweit einheitliche Qualitätskriterien zu etablieren – orientiert an international anerkannten Standards und mit Blick auf dauerhafte Teilhabe am Arbeitsleben. (Vgl. DGPPN, 2021; DGPPN, 2017)

4.6.2 Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro

Den Auftrag des Bundesgesetzgebers, gemäß § 11 SGB IX Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation durchzuführen, setzt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) mit dem Bundesprogramm "Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben- rehapro"⁷⁶ um. Ziel des Bundesprogramms rehapro ist es, durch die Erprobung von innovativen Leistungen und innovativen organisatorischen Maßnahmen Erkenntnisse zu gewinnen, wie die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen noch besser erhalten bzw. wiederhergestellt werden kann. Auch die Zusammenarbeit der Akteure im Bereich der medizinischen und beruflichen Rehabilitation soll weiter verbessert und der Zugang in die Erwerbsminderungsrente und die Eingliederungshilfe bzw. Sozialhilfe nachhaltig gesenkt werden. Jobcenter und Träger der gesetzlichen Rentenversicherung sind die federführenden Bedarfsträger der Modellprojekte und somit Antragsteller und Ansprechpartner für mögliche Kooperationen bzw. Verbundprojekte. Zur Umsetzung des Bundesprogramms rehapro stehen insgesamt rund eine Milliarde Euro für insgesamt drei Förderaufrufe zur Verfügung. Die einzelnen Modellprojekte können bis zu fünf Jahre gefördert werden. Ziel des Bundesprogramms rehapro ist es, innovative Leistungen und organisatorische Prozesse im Hinblick auf den Erhalt oder die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erproben und zu evaluieren. Dabei wird explizit die Zusammenarbeit der Akteure aus den Bereichen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation in den Blick genommen. In diesem Rahmen werden bisher 56 Projekte gefördert,

⁷⁴ Vgl. <https://www.dgppn.de/aktuelles/stellungnahmen-und-positionen/zur-umsetzung-der-prinzipien-des-supported-employment-in-deutschland.html>, letzter Zugriff 28.10.2025.

⁷⁵ Vgl. <https://www.teilhabeKompass.de/teilhabeKompass-1.html>, letzter Zugriff 28.10.2025.

⁷⁶ Vgl. https://www.modellvorhaben-rehapro.de/DE/Home/home_node.html, letzter Zugriff 28.10.2025.

die zu dem Thema „Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen am ersten Arbeitsmarkt“ arbeiten.⁷⁷ (Siehe auch Kapitel 4.4.1)

⁷⁷ Alle Modellprojekte: https://www.modellvorhaben-rehapro.de/DE/Modellprojekte/ProjektSuche/Projektsuche_Formular.html?nn=d7bf063c-1eb3-4b34-b3da-2b6239b27b1a&zielgruppe_str=cat_1#main, letzter Zugriff 28.10.2025.

Literaturverzeichnis

- Alters- und Hinterlassenenversicherung/ Invalidenversicherung (2024): Berufliche Eingliederungsmassnahmen der IV. 4.09 Leistungen der IV.
- Amt für Wirtschaft und Arbeit (o.A.): Einarbeitungszuschüsse. Kanton St. Gallen Volkswirtschaftsdepartement. https://www.sg.ch/wirtschaft-arbeit/arbeitslos-arbeitfinden/job-chancen-verbessern/praktika-und-zuschuesse/_jcr_content/Par/sgch_accordion_list/AccordionListPar/sgch_accordion_copy__2099339728/AccordionPar/sgch_downloadlist/DownloadListPar/sgch_download.ocFile/Merkblatt%20Einarbeitungszusch%C3%BCsse.pdf
- Baer, Niklas; Frick, Ulrich; Auerbach, Sarah; Basler, Monica (2017): „Der tägliche Wahnsinn“ Psychisch auffällige Mitarbeitende und ihre Problemverlauf aus Sicht von Deutschschweizer Führungskräften. Luzern: Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- BAR – Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitationen e.V. (2024): Rehabilitation für psychisch kranke Menschen (RPK). RPK-Empfehlungsvereinbarung.
- Böhm, Stephan A.; Baumgärnter, Miriam K. und Dwertmann, David J. G. (Hrsg.) (2013): Berufliche Inklusion von Menschen mit Behinderungen. Best Practices aus dem ersten Arbeitsmarkt. Springer-Verlag Berlin Heidelberg
- Bundesamt für Sozialversicherungen (2025): Berufliche Eingliederung durch die Invalidenversicherung: Überblick über die Eingliederungstätigkeit 2024. Hintergrunddokument. Download: <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/iv/statistik.html>
- 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.
- Deutsche Rentenversicherung Nord (2024): Fachkonzept „Fallmanagement nach medizinischer Rehabilitation“.
- Eidgenössisches Department des Innern (EDI), Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) (2024): Kreisschreiben zur Fallführung in der Invalidenversicherung
- Eidgenössisches Department des Innern (EDI), Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) (2025): Kreisschreiben über die berufliche Eingliederungsmaßnahmen der Invalidenversicherung.

- Flügel, Sandra; Nischk, Daniel (2021): Mehr Inklusion! Supported Employment in der Praxis. In: Aktion Psychisch Kranke; Weiß, Peter; Brieger, Peter (Hrsg) (2021): Psychische Gesundheit fördern, Teilhabe an Arbeit sichern. Bonn: Aktion Psychisch Kranke. S. 189-192.
- Gonon, Anna (2023): Eingliederung als Rechtfertigungsarbeit. Konventionen betrieblicher Arbeitsintegration am Beispiel psychisch erkrankter Beschäftigter. Wiesbaden: Springer VS.
- 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. <https://www.iab-forum.de/erst-platzieren-dann-qualifizieren-wie-sich-die-integration-psychisch-kranker-menschen-in-beschaeftigung-verbessern-laesst/>
- Heuchemer, Peter; Neeser, Matthias (2014): Information über die Auswirkungen der UN-Behindertenrechtskonvention auf die Teilhabe psychisch Erkrankter am Arbeitsleben. Bonn: Dachverband Gemeindepsychiatrien.
- Hoffman et al. (2014): Long Term Effectiveness of Supported Employment: 5 years Follow-Up of a Randomized Controlled Trial. In Am J Psychiatry 2014; 171:1183-1199.
- Huber, Micheline; Kawohl, Wolfram (2013): Maßnahmen und Konzepte am Beispiel des Supported Employment der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. In: Böhm, Stephan; Baumgärtner, Miriam; Dwertmann, David (Hrsg.) (2013): Berufliche Inklusion von Menschen mit Behinderung. Best-Practices aus dem ersten Arbeitsmarkt. Heidelberg: Springer Gabler. S. 303-314
- Jent, Nils; Dietsche, Regula (2013): Unterschiedliche Politikansätze zur Arbeitsmarkt-Integration von Menschen mit Behinderung: Eine volkswirtschaftliche Perspektive. In: Böhm, Stephan; Baumgärtner, Miriam; Dwertmann, David (Hrsg.) (2013): Berufliche Inklusion von Menschen mit Behinderung. Best-Practices aus dem ersten Arbeitsmarkt. Heidelberg: Springer Gabler. S. 23-44.
- Kawohl, W., Nordt, C., Rössler, W., et al. (2014). *Zürcher Eingliederungs-Pilotprojekt (ZhEPP): Schlussbericht*. Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV). https://www.bsv.admin.ch/dam/bsv/de/dokumente/iv/pilotversuche/zhepp_schlussbericht.pdf
- Koschig, Maria; Hussenöder, Felix; Conrad, Ines; Alberti, Mathias; Gatzsche, K.; Bieler, L.; 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. S, 845-852.
- Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Beltz, Weinheim.
- Munoz-Murillo, Amalia; Esteban, Eva; Avila, Carolina; Fheodoroff, Klemens; Haro, Josep Maria; Leonardi, Matilde; Olaya, Beatriz (2018): Furthering the Evidence of the Effectiveness of

- Employment Strategies for People with Mental Disorders in Europe. A Systematic Review. In: International Journal of Environmental Research and Public Health: 15(5): 838.
- OECD (2014): Mental Health and Work: Switzerland, Mental Health and Work. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2022): Health at a Glance 2022: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing.
- Pathways Projekt (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. <https://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 (2017): Evaluation des Supported Employment im Routinebetrieb. JPC Fachtagung Bern. https://www.jobcoachplacement.ch/images/downloads/wissenschaftliche-informationen/JCP_Evaluation_Tagung_Bern_17.pdf
- Richter, Dirk; Hoffman, Holger (2019): The effectiveness of supported employment programs: Meta-regression analysis of the global secular trend, 1990 – 2015. Bern: University Hospital for Mental Health.
- Richter, Dirk; Hunziker, Markus; Hoffman, Holger (2019b): Supported Employment im Routinebetrieb: Evaluation des Berner Job Coach Placement-Programms 2005-2016. In: Psychiatrie Praxis. https://www.jobcoachplacement.ch/images/downloads/wissenschaftliche-informationen/SE_im_Routinebetrie__Zeitschrift_Psychiatrische_Praxis_2019_Mai.pdf
- Schuber, Martina (2013): Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den allgemeinen Arbeitsmarkt nach dem Modell Supported Employment am Beispiel dreischiibe (St.Gallen/Herisau). In: Böhm, Stephan; Baumgärtner, Miriam; Dwertmann, David (Hrsg.) (2013): Berufliche Inklusion von Menschen mit Behinderung. Best-Practices aus dem ersten Arbeitsmarkt. Heidelberg: Springer Gabler. S. 315-330
- Stengler Katarina, Becker, Thomas; Riedel-Heller, Steffi (2014) Teilhabe am Arbeitsleben bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Fortschritte der Neurologie Psychiatrie 82:43-53.
- Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention (o.A.): Infoblatt Psychosoziales Coaching.
- Strizek, Julian; Nowotny, Monika; Antony, Katharina (Hg.) (2022): Empfehlungen zur Reduktion direkter Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Zwischenbericht der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung. Gesundheit Österreich, Wien.
- Voswinkel, Stephan (2019): Rückkehr in die Arbeit bei psychischen Erkrankungen. Herausforderungen für das Betriebliche Eingliederungsmanagement. WSI Mitteilungen, 72. JG., 5/2019.

Internetseitenverzeichnis

AHV **IV** **Homepage:** <https://www.ahv-iv.ch/de/Sozialversicherungen/Glossar/term/arbeitsversuch>, letzter Zugriff 29.06.2025.

Bundesamt für Sozialversicherungen **Homepage:** www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/iv/statistik.html, letzter Zugriff 29.06.2025.

Berner Sozialstern: <https://www.bernersozialstern.ch>, letzter Zugriff 29.06.2025.

Compasso Homepage: www.compasso.ch, letzter Zugriff 29.06.25.

Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen – Toolbox „Inklusives Arbeitsumfeld“: <https://www.ebgb.admin.ch/de/toolbox-inklusives-arbeitsumfeld>, letzter Zugriff 29.06.2025.

Jobcoach Placement Homepage: www.jobcoachplacement.ch, letzter Zugriff 29.06.2025.

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich Homepage: www.pukzh.ch, letzter Zugriff 29.06.2025.

Dreischübe Homepage: www.dreischübe.ch, letzter Zugriff 29.06.2025.

Pro Mente Sana Homepage: www.promentesana.ch/angebote, letzter Zugriff 29.06.2025.

Spektra „Aktiv gegen Stigmatisierung von psychischen Krankheiten“: <https://www.spectra-online.ch/de/spectra/artikel/aktiv-gegen-stigmatisierung-von-psychischen-krankheiten-511-29.html>, letzter Zugriff 29.06.2025.

Kampagne Wie geht's dir? Homepage: www.wie-gehts-dir.ch, letzter Zugriff 29.05.2025.

Blindspot Homepage: www.blindspot.ch/inklusionsprojekte/arbeitsmarkt-inklusiv, letzter Zugriff 29.06.2025.

Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen **Homepage:** <https://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>, letzter Zugriff 25.10.2025.

Einfach teilhaben „BEM“: https://www.einfach-teilhaben.de/DE/AS/Themen/Arbeiten/ArbeitsplatzSichern/BetrieblichesEingliederungsmanagement/betrieblicheingliederungsmanagement_node.html;jsessionid=B6E2E32C64D68B47EAA35E2E62587B8F.internet012, letzter Zugriff 20.06.2025.

Einfach teilhaben „Hamburger Modell“: https://www.einfach-teilhaben.de/DE/AS/Ratgeber/02_Hamburger_Modell/Hamburger_Modell_node.html, letzter Zugriff 20.06.2025.

Deutsche Rentenversicherung „Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung“: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Rente/Allgemeine-Informationen/Rentenarten-und-Leistungen/Erwerbsminderungsrente/erwerbsminderungsrente_node.html#:~:text=Rente

%20wegen%20teilweiser%20Erwerbminderung%20und,dies%20auf%20Ihre%20Rente%20 hat, letzter Zugriff 28.10.2025.

Betanet „Erwerbsminderungsrente“: <https://www.betanet.de/erwerbsminderungsrente.html>, letzter Zugriff 28.10.2025.

Bundesagentur für Arbeit Homepage: <https://www.arbeitsagentur.de/menschen-mit-behinderungen/spezielle-hilfe-und-unterstuetzung>, letzter Zugriff 28.10.2025.

Bundesagentur für Arbeit „Berufliche Rehabilitation“: <https://www.arbeitsagentur.de/menschen-mit-behinderungen/berufliche-rehabilitation>, letzter Zugriff 28.10.2025.

Bundesagentur für Arbeit „Jobcenter“: <https://www.arbeitsagentur.de/arbeitslos-arbeit-finden/buergergeld/gesundheits>, letzter Zugriff 28.10.2025.

Einfach teilhaben „Integrationsämter und Integrationsfachdienste“: https://www.einfach-teilhaben.de/DE/AS/Themen/Schwerbehinderung/AusbildungArbeit/Unterstuetzung_durch_Integrationsaemter_und_Integrationsfachdienste/integrationsamt_node.html#:~:text=Integrations%C3%A4mter%20unterst%C3%BCtzen%20schwerbehinderte%20Menschen%20darin,im%20Falle%20einer%20K%C3%BCndigung%20ein, letzter Zugriff 20.06.2025.

Rehadat „Integrationsamt“: <https://www.rehadat.de/lexikon/Lex-Integrationsamt/>, letzter Zugriff 29.09.2025.

Bih „Leistungen des Integrationsamts 2022“: https://www.bih.de/fileadmin/user_upload/zb-ratgeber-die-leistungen-des-integrationsamts-2022.pdf.com, letzter Zugriff 28.10.2025.

Erpeka „Zielgruppen und Indikatoren“: <https://erpeka.de/ef49513c-6d8d-3b1f-fc57-bd4349425ba1>, letzter Zugriff am 29.09.2025.

Rehadat „Verzahnte Ausbildung“: <https://www.rehadat.de/lexikon/Lex-Verzahnte-Ausbildung/>, letzter Zugriff 20.06.2025.

Psychologie Aktuell „Psychosoziales Coaching bringt ein Drittel der Langzeitarbeitslosen wieder in Arbeit“: <https://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.

Arbeitswelt Hessen „Informationsblatt für Jobcenter, das Psychosoziale Coaching“: https://arbeitswelt.hessen.de/fileadmin/arbeitswelt/Dokumente/das_psychosoziale_coaching_informationsblatt_fuer_jobcenter.pdf, letzter Zugriff 28.10.2025.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales „Unterstützte Beschäftigung“: <https://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 „Unterstützte Beschäftigung“: <https://www.rehadat.de/lexikon/Lex-Unterstuetzte-Beschaeftigung-UB/>, letzter Zugriff 28.10.25.

Rehadat „Individuelle betriebliche Qualifizierung (InBeQ) / Unterstützte Beschäftigung“: <https://www.rehadat-wfbm.de/ueberblick/arbeitsmarktnahe-angebote/individuelle-betriebliche-qualifizierung-und-unterstuetzte-beschaeftigung/>, letzter Zugriff 28.10.2025.

BEMpsy Homepage: <https://www.bempsy.de/>, letzter Zugriff 28.10.2025.

Inklupreneur Homepage: <https://berlin.inklupreneur.de/>, letzter Zugriff 28.10.2025.

Lots* Homepage: <https://www.lots.de/>, letzter Zugriff 28.10.2025.

Lots* „Diversity Management“: <https://www.lots.de/kompetenzen/diversity-management>, letzter Zugriff 28.10.2025.

Helios Park-Klinikum Leipzig „LIPSY“: <https://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“: <https://www.zfp-reichenau.de/einrichtungen/supported-employment/supported-employment?q=%2Feinrichtungen%2Fsupported-employment%2F>, letzter Zugriff 28.10.2025.

Seeeearly Homepage: <https://www.seeeearly.de/>, letzter Zugriff 28.10.2025.

Irrsinnig menschlich Homepage: <https://www.irsinnig-menschlich.de/psychisch-fit-schule/>, letzter Zugriff 28.10.2025.

Stiftungsfamilie „Peers at work“: <https://www.stiftungsfamilie.de/unterstuetzung/angebote-projekte-fuer-berufstaetige/peers-at-work>, letzter Zugriff 28.10.2025.

Mhfa „Erste Hilfe für Psychische Gesundheit in Unternehmen und Organisationen“: <https://www.mhfa-ersthelfer.de/de/unternehmen-organisationen/>, letzter Zugriff 28.10.2025.

DGPPN „Zur Umsetzung des Supported Employment in Deutschland“: <https://www.dgppn.de/aktuelles/stellungnahmen-und-positionen/zur-umsetzung-der-prinzipien-des-supported-employment-in-deutschland.html>, letzter Zugriff 28.10.2025.

DGPPN „TeilhabeKompass“: <https://www.teilhabeKompass.de/teilhabeKompass-1.html>, letzter Zugriff 28.10.2025.

Rehapro Homepage: https://www.modellvorhaben-rehapro.de/DE/Home/home_node.html, letzter Zugriff 28.10.2025.

Rehapro „Modellprojekte – Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen“: https://www.modellvorhaben-rehapro.de/DE/Modellprojekte/ProjektSuche/Projektsuche_Formular.html?nn=d7bf063c-1eb3-4b34-b3da-2b6239b27b1a&zielgruppe_str=cat_1#main, letzter Zugriff 28.10.2025.

Anhang: Rechercheteil 3 – Supported Employment und Individual Placement and Support

Dieses Recherchedokument wurde im Rahmen der kooperativen Forschungsarbeit mit dem AMS Wien als forschungsbegleitender Recherche- und Analysebaustein erstellt. Es dokumentiert zentrale Grundlagen und Vertiefungen des Forschungs- und Rechercheprozesses.

Im Unterschied zum Endbericht stellt es keine konsolidierte, redaktionell finalisierte Veröffentlichung dar, sondern bildet einzelne Schritte der Recherche und Analyse ab.

Das Dokument erfüllt wissenschaftliche Kriterien der Recherche und Analyse, entspricht jedoch nicht durchgehend den formalen Anforderungen eines eigenständigen Publikationstextes - etwa hinsichtlich einheitlicher Zitierweise oder formaler Gütekriterien.

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	129
2. SUPPORTED EMPLOYMENT	131
3. INDIVIDUAL PLACEMENT AND SUPPORT	138
4. EVIDENZ UND FAKTOREN	141
5. ABLEITUNGEN UND EMPFEHLUNGEN	147
LITERATURVERZEICHNIS.....	150
INTERNETSEITENVERZEICHNIS.....	152

1. Einleitung

Dieser Rechercheteil⁷⁸ unterstreicht 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:

Berufliche Rehabilitation (englisch: vocational rehabilitation, kurz: VR) bedeutet, dass Menschen, die ihren bisherigen Beruf nicht mehr ausüben können – aufgrund von Krankheit oder durch einen Unfall – unterstützt werden, wieder in die Arbeitswelt (zurück)zufinden. Je nach Zielgruppe, Anbieter:in und Programmspezialisierung gestalten sich Rehabilitations-, Eingliederungsmaßnahmen stark unterschiedlich. Mit Fokus auf die Zielgruppe „Menschen mit psychischen Erkrankungen“ kristallisieren sich zwei zentrale Unterscheidungskategorien, bzw. Paradigmen heraus, wie die Ansätze zur beruflichen Rehabilitation gestaltet sind.

„Klassische Modelle“ der (Wieder)Eingliederung (engl. Pre-Vocational-Training PVT) verfolgen den Ansatz, durch vorbereitende (Arbeits-)Trainings, bzw. berufsvorbereitende Maßnahmen die berufliche Rehabilitation zu ermöglichen. Dazu gehören beispielsweise Bewerbungstrainings, übergangsweise Beschäftigungen in geschützten Arbeitsverhältnissen, spezialisierte vorbereitende Trainingsprogramme, Berufsberatung, tagesstrukturierende Maßnahmen, Arbeitstrainings, Kompetenztrainings. Diese Trainings stellen im Zentrum des Ansatzes – erst anschließend an diese „geschützten Trainings“ wird die Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt angestrebt: „First-Train-Then-Place“. Zu diesen Ansatz wird auch das sog. Clubhouse-Modell dazu gezählt – das Modell baut auf „professionell unterstützter Selbsthilfe“ auf. In begleiteten, befristeten Anstellungen arbeiten Menschen mit psychischen Erkrankungen (die Mitglieder des Clubhouse) zusammen mit Mitarbeiter:innen ohne psychische Erkrankungen, um den Arbeitsalltag gemeinschaftlich zu absolvieren. (Vgl. DGPPN, 2018: 159f.)

Im Gegensatz dazu steht das sog. Supported Employment, kurz: SE (deutsch: Unterstützte Beschäftigung, kurz: UE). Mit dem Ziel einer permanenten Beschäftigung am ersten Arbeitsmarkt werden Personen ohne, bzw. mit sehr kurzer Vorbereitungszeit auf den Arbeitsmarkt vermittelt und dort durch spezialisierte Dienste begleitet und unterstützt: „First-Place-Then-Train“.

Es gibt unterschiedliche Angebote, in sich auf SE beziehen oder Elemente des Ansatzes übernehmen. So existieren einige „Mischformen“, die sich bspw. trotz eines kurzen vorbereitenden Trainings deutlich auf eine schnelle Beschäftigung am ersten Arbeitsmarkt ausrichten. Daher wirkt der Bereich des Supported Employment eher allgemein und fragmentiert. (Vgl. DGPPN, 2018: 159f.)

Das „Individual Placement and Support“ stellt die manualisierte, spezialisiertere und am besten untersuchte Form von Supported Employment dar. Diese Form arbeitet mit acht Kernprinzipien, die eine strikte Definition des Ansatzes darstellen. Ein zentrales Merkmal ist zudem die integrative Betrachtung von arbeitsbezogenen und medizinisch-klinischen Leistungen sowie die Ausrichtung als Systemintervention – was das IPS zwangsweise an den psychiatrisch-klinischen Bereich koppelt. Der Erfolg und die Überlegenheit von SE, bzw. IPS

⁷⁸ 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.

gegenüber PVT ist durch internationale Evidenz klar belegt – eine Vielzahl von hochwertigen, randomisierten kontrollierten Studien (RCT) liegen diesbezüglich vor. IPS bezieht sich explizit auf die Zielgruppe „Menschen mit schweren, bzw. langanhaltenden psychischen Erkrankungen“ (engl. people with severe mental illness, kurz: SMI) gesehen. (Vgl. DGPPN, 2021: 1ff.)

In Folgendem werden die Ansätze Supported Employment und Individual Placement and Support genauer beschrieben, Erfolgsfaktoren und Barrieren dargelegt, die internationale Evidenz zu Programmumsetzungen angeführt und Ableitungen für die Arbeit des Arbeitsmarktservice getätigt.

Neben Internet- und Literaturrecherchen wurden Interviews mit Expert:innen im Bereich Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen am ersten Arbeitsmarkt aus Deutschland und der Schweiz geführt. Die halb-strukturierten qualitativen Interviews wurden mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (siehe Mayring, 2015) ausgewertet. Alle Gespräche wurden via Zoom geführt, mit Einverständnis der Interviewten aufgenommen, transkribiert und mit MAXQDA analysiert. Für diesen Rechercheil wurden die Interview 7 und 8 herangezogen.

- Interview 1: Experte im Bereich Supported Employment in einer Universitätsklinik (Schweiz)
- Interview 2: Expertin im Bereich institutionelle Arbeit zur beruflichen Rehabilitation und Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen (Schweiz)
- Interview 3: Experte im Bereich psychiatrische Rehabilitation (Schweiz)
- Interview 4: Experte im Bereich Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (Schweiz)
- Interview 5: Expertin im Bereich Sozialversicherungen (Schweiz)
- Interview 6: Experte im Bereich Projektumsetzung zu Individual Placement and Support (Deutschland)
- **Interview 7: Expertin im Bereich universitäre Forschung zu Arbeit und Beschäftigung von Menschen mit psychischen Erkrankungen (Deutschland)**
- **Interview 8: Zwei Expertinnen im Bereich Projektumsetzung und universitäre Forschung zu Individual Placement and Support (Deutschland)**
- Interview 9: Experte im Bereich regionale Stellen der Invalidenversicherung, IV-Stellen-Konferenz (Schweiz)

Viele der folgenden Ausführungen stammen aus einem Positionspapier der Taskforce Supported Employment, beauftragt von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), und der „S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ ebenso von der DGPPN, welche – nach Angaben der deutschen Expert:innen – jedoch auch von Akteur:innen aus Österreich und Schweiz aufgegriffen werden. (Vgl. Interview 8)

2. Supported Employment

Das Konzept Supported Employment stammt aus Nordamerika der späten 1970er, frühen 1980er Jahre. 1990 gewann SE durch „American with Disability Act“ nochmal mehr Verbreitung und wurde zunehmend institutionalisiert. Zunächst galt es als Ansatz für Menschen mit Lernschwierigkeiten, bzw. intellektuellen Behinderungen. Aufgrund des Erfolges wurde SE im Verlauf ebenso für Menschen mit Benachteiligungen, bzw. mit Unterstützungsbedarf – so auch für Menschen mit psychischen Krankheiten – ausgearbeitet.⁷⁹ 1993 wurde der Europäische Dachverband für Unterstützte Beschäftigung (EUSE) gegründet. Heute lautet der Name „Association for supported employment europe“ kurz: ASEE. (EUSE, 2011: 7, 15)

Die ASEE „[...] trägt als europäischer Dachverband seit 1993 zur Verankerung und qualitativen Weiterentwicklung der Unterstützten Beschäftigung in Europa bei, deren Bezeichnung in Österreich übrigens Dienstleistungen der Beruflichen Integration bzw. Begleitende Hilfen lautet. Österreich ist in der EUSE durch den Dachverband berufliche Integration (Dabei-Austria) vertreten. Seit nunmehr acht Jahren ist der Dachverband berufliche Integration bestrebt, die Zahl von Menschen mit Behinderung/ Beeinträchtigung im Erwerbsleben zu erhöhen, behinderungsbedingte Nachteile auszugleichen und über die Fördermaßnahmen für berufliche Integration zu informieren.“ (EUSE, 2011: 5)

Die **ASEE definiert SE** wie folgt: „Das Unterstützen von Menschen mit Behinderungen oder von anderen benachteiligten Gruppen beim Erlangen und Erhalten von bezahlter Arbeit in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes“⁸⁰ (EUSE, 2011: 7)

Das Konzept der „Job Readiness“ – also der Vorstellung, dass Personen erst dann für eine Beschäftigung geeignet sind, wenn sie bestimmte arbeitsmarktbezogene Voraussetzungen erfüllen – wurde in zahlreichen staatlich etablierten Programmen verschiedener Länder verankert. Dieses Konzept steht jedoch im Widerspruch zu den Prinzipien der Unterstützten Beschäftigung⁸¹. Supported Employment/ Unterstützte Beschäftigung folgt dem Ansatz „Erst platzieren, dann qualifizieren“, wobei die Integration in den Arbeitsmarkt durch eine unmittelbare Arbeitsplatzvermittlung erfolgt, gefolgt von einer arbeitsplatzbezogenen Qualifizierung sowie Maßnahmen zur Arbeitsplatzsicherung und beruflichen Weiterentwicklung.

Die verbreitete Orientierung am Kriterium der Job-Readiness hat zur Folge, dass viele Menschen mit Unterstützungsbedarf große Teile ihres (Erwerbs)lebens in vorbereitenden Maßnahmen verbringen, ohne tatsächlichen Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt zu erhalten. (Vgl. EUSE, 2014: 13)

Unter allen Mitgliedern der ASEE wurde eine Vereinbarung zu **Werten und Prinzipien** getroffen, die in allen Phasen und Auslegungen von SE eingehalten werden sollten:

- „Individualität: Das Konzept der Unterstützten Beschäftigung betrachtet jeden Menschen mit seinen individuellen Interessen und Vorlieben sowie seiner Verfassung und Lebensgeschichte als einmalig.
- Respekt: Die Maßnahmen der Unterstützten Beschäftigung sind stets altersgerecht, respektvoll und fördernd.

⁷⁹ Mehr dazu unter: <https://a4se.eu/about-se/se-history/>, letzter Zugriff 20.11.2025.

⁸⁰ <https://a4se.eu/about-se/defining-supported-employment/>, letzter Zugriff 20.11.2025.

⁸¹ Unterstützte Beschäftigung wird synonym verwendet mit Supported Employment. Es hat keinen Bezugspunkt zu bspw. der InbeQ-UB (Unterstützten Beschäftigung) in Deutschland.

- Selbstbestimmung: Unterstützte Beschäftigung hilft Menschen dabei, ihre Interessen und Vorlieben zu nutzen, ihre Entscheidung zu äußern und ihren Lebens- und Arbeitsplan entsprechend ihrer persönlichen Verfassung und den Gegebenheiten zu definieren. Sie fördert die Fähigkeit des Individuums, für sich und seine Belange einzustehen (self-advocacy).
- Fundierte Entscheidungen: Unterstützte Beschäftigung hilft dem Individuum dabei, seine Möglichkeiten vollständig zu verstehen, so dass es durchwegs im Einklang mit seinen Vorlieben und mit einem Verständnis für die Konsequenzen seiner Wahl entscheiden kann.
- Empowerment: Unterstützte Beschäftigung assistiert dem Individuum bei Entscheidungen hinsichtlich seines Lebensstils und seiner Teilhabe in der Gesellschaft. Bei der Planung, Entwicklung und Auswertung der Angebote spielt der/ die Einzelne die Hauptrolle.
- Vertrauliche Behandlung von Daten: Die MitarbeiterInnen der Unterstützten Beschäftigung behandeln die von KlientInnen gegebenen Informationen vertraulich. Die KlientInnen haben Zugang zu den von den Dienstleistungsorganisationen über sie gesammelten persönlichen Daten. Jede Weitergabe von Daten liegt im Ermessen der KlientInnen und bedarf deren Zustimmung.
- Flexibilität: Personal- und Organisationsstrukturen können entsprechend den Bedürfnissen der KlientInnen aufgelöst werden. Dienstleistungen werden flexibel gehandhabt, um auf die Bedürfnisse der KlientInnen reagieren zu können; sie werden angepasst, um spezifische Anforderungen zu erfüllen.
- Barrierefreiheit: Dienstleistungen, Einrichtungen und Auskünfte der Unterstützten Beschäftigung sind für Menschen mit Behinderungen barrierefrei zugänglich.“

(EUSE, 2014: 9)

SE wird als Interventionsmethode beschrieben, die sich in **5 Phasen**⁸² unterteilen lässt:

1. Orientierung und Beauftragung

In einem geschützten und respektvollen Rahmen wird die informierte Entscheidung über den Einstieg in das Unterstützungsprogramm vorbereitet. „Am Ende dieser Phase soll der/die Einzelne fundiert darüber entscheiden können, ob er/sie das SE zur Arbeitssuche nutzen und mit welchem Fachdienst er/sie dies tun möchte. [...] Hierbei wird besonderen Wert auf Selbstbestimmung, Barrierefreiheit, Flexibilität und Respekt gelegt. „Darüber hinaus gibt es einen Grundsatz in der Unterstützten Beschäftigung, der besagt, dass „jede/ r der/ die arbeiten will auch arbeiten kann, wenn die entsprechende Unterstützungsleistung verfügbar ist“. Dies erlaubt keine Ablehnung von KlientInnen.“ (EUSE, 2014: 14)

Zur informierten Entscheidung gehören auch Informationen der anbietenden Fachdienste, die in barrierefreien Formaten aufbereitet sind (Audioformate, Leichte Sprache, etc.)

2. Erstellung eines Fähigkeitsprofils

Ziel dieser Phase ist es, durch einen partizipativen und personenzentrierten Prozess ein realistisches Bild der Fähigkeiten, Interessen und Entwicklungswünsche des/der Arbeitssuchenden zu erarbeiten. Das Fähigkeitsprofil ist kein statisches Dokument, sondern ein

⁸² Siehe dazu EUSE, 2014: 12-35

dynamischer Planungsrahmen, der als Grundlage für „Job-Matching“ dient – also die passgenaue Vermittlung in eine geeignete Tätigkeit.

„In der Erstellung eines Fähigkeitsprofils geht es nicht darum, dass die DienstleistungsanbieterInnen die Informationen über den/ die Arbeitsuchende/ n sammeln und dann in seinem/ ihrem Interesse Entscheidungen treffen. Vielmehr handelt es sich dabei um ein Instrument, das DienstleistungsanbieterInnen zur Prozessgestaltung nutzen können, um Arbeitsuchende in die Lage zu versetzen, eigene und fundierten Entscheidungen hinsichtlich Arbeit und beruflicher Zukunft zu treffen. [...] Betriebliche Praktika und Schnuppertage sind mögliche Methoden die während der Erstellung eines Fähigkeitsprofils angewandt werden können.“ (EUSE, 2014: 17) Es kommt jedoch auf die Gestaltung der Praktika an, ob sie den Grundsätzen von SE entsprechen – ein viel diskutiertes Thema (die ASEE gibt ihr eigene Empfehlungen).

3. Arbeitsplatzsuche

Aufbauend auf dem Fähigkeitsprofil erfolgt eine strukturierte Arbeitsplatzsuche. Diese wird sowohl informell (Netzwerke, Job-Carving⁸³) als auch formal (Bewerbung, Vorstellungsgespräch) betrieben. Wichtig ist die enge Einbindung der Arbeitsuchenden sowie die doppelte Kund:innenorientierung: Sowohl Klient:innen als auch Arbeitgeber:innen werden als zentrale Akteure verstanden.

Die Fachdienste, die Unterstützte Beschäftigung anbieten, müssen „[...] ihre Kompetenzen und Methoden im ArbeitgeberInnenkontakt entwickeln [...], um passende freie Arbeitsplätze ermitteln und die Arbeitsuchenden in allen Aspekten der Arbeitsplatzsuche unterstützen zu können.“ (EUSE, 2014: 23)

4. Kontakte mit Arbeitgeber:innen

In dieser Phase geht es um Aufbau, Pflege und Ausbau von Arbeitgeber:innenbeziehungen. SE-Fachkräfte agieren hier als Brückenbauer:innen zwischen den Interessen der Arbeitsuchenden und den Bedarfen der Unternehmen. Vertrauen, Professionalität, Marktkennntnis und Marketingfähigkeiten sind dabei für die Mitarbeiter:innen der Fachdienste essenziell.

Fachdienste der Unterstützten Beschäftigung/ Supported Employment suchen primär den Kontakt zu Arbeitgeber:innen, um geeignete Arbeitsplätze und Praktika für ihr 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.

Gleichzeitig bestehen europaweit große Unterschiede in der Aus- und Weiterbildung des Fachpersonals in der UE – insbesondere in Bezug auf Themen wie Arbeitsplatzsuche, Marketing, Arbeitsrecht und Unternehmenskooperation.

⁸³ „Eine Methode der Arbeitsplatzakquise, die von den Fachdiensten der Unterstützten Beschäftigung im Laufe der Jahre entwickelt wurde, ist „Job-Carving“ Dabei wird ein Arbeitsplatz geschaffen, indem Teile eines Jobs oder zu erledigende Aufgaben in einem Unternehmen ermittelt werden, die dann durch einen Arbeitsuchenden übernommen werden können. Dies braucht Vorstellungskraft und Kreativität auf Seiten des Arbeitgebers/ der Arbeitgeberin und der Fachkraft der Unterstützten Beschäftigung, aber in vielen Fällen führt dies zu einer erfolgreichen Beschäftigung.“ (EUSE, 2014: 24)

Ein zentraler Erfolgsfaktor ist die passgenaue Abstimmung zwischen den Anforderungen des Unternehmens und den Fähigkeiten der Bewerber:innen – dies kann zu einer Win-Win-Situation führen. Wichtig ist zudem, dass Fachkräfte der UE wirtschaftliche Argumente in den Vordergrund stellen und zeigen, dass die Beschäftigung von Menschen mit Unterstützungsbedarf nicht nur sozial, sondern auch wirtschaftlich sinnvoll ist. (Vgl. EUSE, 2014: 28f.)

„Ein entscheidender Aspekt in der Unterstützten Beschäftigung und ein Schlüssel zum Erfolg ist die Fähigkeit, die Anforderungen des Unternehmens mit den Kompetenzen des/ der potentiellen Beschäftigten in Einklang zu bringen. [...] Wenn Fachdienste mit UnternehmerInnen arbeiten, müsse [man] akzeptieren, dass Unternehmen vorwiegend zur Gewinnerwirtschaftung geführt werden. [...]. Für Unterstützte Beschäftigung reicht es nicht mehr auf das Argument zu vertrauen, dass es aus sozialer Sicht „richtig ist, das zu tun“. DienstleisterInnen sollten zudem in der Lage sein zu vermitteln, dass es auch aus einem wirtschaftlichen Blickwinkel die richtige Vorgehensweise ist.“ (EUSE, 2014: 29).

5. 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.

„Wirkungsvolle betriebliche und außerbetriebliche Unterstützung ist das Kernelement von Unterstützter Beschäftigung und unterscheidet diese von üblichen Arbeitskräftevermittlungen.“ (EUSE, 2014: 31)

Trotz der Bedeutung individualisierter Unterstützung am Arbeitsplatz sind finanzielle Mittel dafür in vielen Ländern stark begrenzt. Intensivere oder längerfristige Begleitung ist häufig nicht vorgesehen, obwohl der Unterstützungsbedarf insbesondere zu Beginn eines neuen Jobs hoch ist. Langfristige Unterstützung ist jedoch ein zentraler Erfolgsfaktor, um Jobverluste zu verhindern – steht aber oft nur im Rahmen von Kriseninterventionen zur Verfügung und wird selten als Beitrag zu beruflicher Entwicklung gesehen. Im Gegensatz dazu werden lebenslange Unterstützungen in beschäftigungstherapeutischen Maßnahmen häufig problemlos finanziert.

Effektive Unterstützung am Arbeitsplatz umfasst darüber hinaus mehr als gelegentliche Besuche – sie schließt fachliche, emotionale und soziale Begleitung ein. Der Unterstützungsbedarf variiert: Manche benötigen regelmäßige Hilfe beim Erlernen neuer Aufgaben im Unternehmen, andere bevorzugen externe Unterstützung, z. B. bei der Übernahme neuer Rollen oder im Umgang mit sozialen Herausforderungen am Arbeitsplatz.

Die allgemeine Präsenz von Mitarbeitenden der Unterstützten Beschäftigung kann in Betrieben zudem zu Irritationen führen oder zu Stigmatisierung beitragen, insbesondere bei Personen mit psychischen Erkrankungen, die ihre Situation nicht offenlegen möchten. Deshalb ist es essenziell, die Rolle der Fachkräfte gegenüber allen Beteiligten transparent zu kommunizieren.

Regelmäßiges Feedback und die Vermittlung zwischen Arbeitnehmer:innen, Arbeitgeber:innen und Kolleg:innen sind wichtige Aufgaben der Fachkräfte. Zudem sollten Beschäftigte dabei unterstützt werden, individuelle Arbeitsbedingungen, reguläre Arbeitsverträge sowie Weiterbildungs- und Aufstiegsmöglichkeiten auszuhandeln.

Sobald eine intensive Unterstützung nicht mehr erforderlich ist, sollte ein stabiles Nachfolgesystem etabliert werden. Der fortlaufende Kontakt zwischen Fachdienst, Arbeitgeber:in und Arbeitnehmer:in dient der Krisenprävention und ermöglicht langfristige Kooperationen. Die Ansprechbarkeit der Unterstützten Beschäftigung bei erneutem Unterstützungsbedarf ist dabei zentral. (Vgl. EUSE, 2014: 31-37)

→ Zu allen Phasen gibt es auch praktische Umsetzungsleitfäden (siehe EUSE, 2014: 52-112).

Der **Nutzen für die Arbeitgeber:innen** wird im Europäischen Werkzeugkoffer für Unterstützte Beschäftigung und Vielfalt gesondert hervorgehoben. Mitarbeiter:innen des Supported Employment bekommen damit auch Argumente in der Ansprache von Unternehmen an die Hand.

- „Unterstützte Beschäftigung bietet [Arbeitgeber:innen] eine kostenlose und zuverlässige Dienstleistung zur Personalrekrutierung.
- Unterstützte Beschäftigung wird [Arbeitgeber:innen] den Zugang zu geeigneten potentiellen ArbeitnehmerInnen ermöglichen. Fachdienste der Unterstützten Beschäftigung werden [Arbeitgeber:innen] nur jene Arbeitsuchenden vorstellen, die auch tatsächlich in der Lage sind, die für Sie erforderlichen Aufgaben zu übernehmen.
- Für [Arbeitgeber:innen] und ihre neuer Beschäftigten wird es möglich sein, kontinuierliche Unterstützung durch eine erfahrende und qualifizierte Fachkraft der Unterstützten Beschäftigung in Anspruch zu nehmen. Damit ist die weitere erfolgreiche Abstimmung zwischen [Arbeitgeber:innen] und [dem/der] Arbeitnehmer[:in] gewährleistet.
- Die MitarbeiterInnen der Unterstützten Beschäftigung werden [die] Personalakquisition und [die] Auswahlverfahren durch das Zusammenbringen des geeigneten Beschäftigten mit dem passenden Job verbessern und im Interesse [der/des Arbeitgeber:in] engagierte und langfristige MitarbeiterInnen anwerben und erhalten.
- Der Umstand, dass [Arbeitgeber:innen] Personen mit Behinderungen oder andern Benachteiligungen anstellen, kann zu einem Anstieg des Geschäftsbetriebes/ Absatzes und Gewinns führen, durch z.B. die Zunahme der KundInnen aus Familien und Freundeskreis sowie aus der allgemeinen Öffentlichkeit.
- Die MitarbeiterInnen der Unterstützten Beschäftigung bieten [Arbeitgeber:innen] alle notwendigen Informationen und Beratungen im Hinblick auf vorhandene finanzielle Anreize und Förderungen.
- Für die Koordination von jeglicher benötigter Qualifizierung für den/ die neue/ n Beschäftigte wird [Arbeitgeber:innen] Begleitung bereitgestellt.
- Unterstützte Beschäftigung kann [das] Unternehmensprofil bereichern, weil es [Arbeitgeber:innen] erlaubt, sich als ein Unternehmen zu präsentieren, dass die Chancengleichheit fördert.
- Durch die Nutzung des Angebotes der Unterstützten Beschäftigung können Unternehmen Ihre Anerkennung und Ihr Engagement bezüglich Corporate Social Responsibility (soziale Verantwortung von Unternehmen) darstellen.“

(EUSE, 2014: 44f.)

Die **Mitarbeiter:innen** von Supported Employment/ Unterstützter Beschäftigung haben unterschiedlichste **Aufgaben** und müssen vielfältige **Anforderungen** erfüllen – nicht zuletzt steht eine kontinuierliche Begleitung der Kund:innen im Zentrum.

Mit der Unterstützten Beschäftigung wird oft das Jobcoaching und damit das Aufgabenprofil eines Jobcoach in Verbindung gebracht. „Jobcoach“ ist kein geschützter Begriff und wird dementsprechend unterschiedlich verwendet. Der Begriff und die damit verknüpften Aufgaben können dem Leistungsanspruch des Supported Employment entsprechen – häufig ist dies jedoch nicht der Fall. „Der Begriff Job Coach wird in einigen europäischen Ländern für die MitarbeiterInnen in der Unterstützten Beschäftigung verwendet. Dies greift jedoch nach Ansicht [der ASEE] zu kurz, da hier meist nur ein Ausschnitt des gesamten Prozesses, nämlich die Begleitung direkt vor Ort im Betrieb, umfasst wird.“ (EUSE, 2014: 113)

Fachkräfte in der Unterstützten Beschäftigung benötigen ein breites Kompetenzspektrum: Sie müssen in der Lage sein, Anamnesen durchzuführen, Berufsberatung zu leisten, individuelle Entwicklungspläne zu erstellen, Arbeitgeber gezielt anzusprechen und tragfähige Kooperationen aufzubauen. Darüber hinaus sind fundierte Kenntnisse in Arbeitsrecht, Arbeitssicherheit sowie in persönlicher und beruflicher Entwicklung erforderlich. Ebenso wichtig ist ein Überblick über verfügbare Unterstützungs- und Beratungsangebote und Fördermaßnahmen in der Region, um KlientInnen umfassend begleiten zu können. Die Mitarbeiter:innen/Coaches vermitteln beispielsweise auch an Beratungs- und Sozialdienste, die dann gesondert bspw. Schuldner:innenberatungen durchführen (vgl. Interview 8)

Fachkräfte müssen den regionalen Arbeitsmarkt kennen, Kontakte zu Unternehmen Branchen- oder Unternehmensnetzwerken, Bildungsträger- und -einrichtungen pflegen und in der Lage sein, passende Arbeitsplätze zu identifizieren oder sogar neu zu schaffen (z. B. durch „Job-Carving“). Dazu gehört auch, Arbeitgeber:innen von der Zusammenarbeit zu überzeugen und Barrieren (z. B. Vorurteile, Informationsdefizite) abzubauen.

Die beruflichen Hintergründe der Mitarbeitenden sind sehr vielfältig. Eine psychosoziale Grundausbildung wird nicht immer vorausgesetzt und sollte auch nicht als ausschließliche Qualifikationsgrundlage gelten. Vielmehr sollte der Erwerb notwendiger formaler Qualifikationen – je nach nationalem Rahmen – auch berufsbegleitend ermöglicht werden.

Die Rolle der Fachkräfte ist äußerst vielseitig: Sie agieren gleichzeitig als Verkäufer:innen, Trainer:innen, Koordinator:innen, Berater:innen, Mentor:innen und Verhandler:innen. Da kaum jemand in allen Bereichen Berufserfahrung mitbringt, wird der Fokus zunehmend auf jene persönlichen Eigenschaften und Einstellungen gelegt, die für die erfolgreiche Tätigkeit in der Unterstützten Beschäftigung besonders bedeutsam sind – mitunter sogar mehr als fachliche Vorerfahrung.

Mitarbeiter:innen müssen in der Lage sein, klientenzentriert zu arbeiten – also die Bedürfnisse, Wünsche und Ressourcen der Klient:innen in den Mittelpunkt zu stellen. Dies erfordert eine Haltung des Empowerments: Die Fachkraft sieht sich nicht als „Betreuer:in“, sondern als „Ermöglicher:in“ selbstbestimmter Lebensführung – dazu gehört bspw. auch die Einbeziehung des Familiensystems der Teilnehmer:innen als wichtige Bezugspersonen (vgl. Interview 8).

(Vgl. EUSE, 2014: 113ff.)

„Es erfordert eben die Beteiligung verschiedener Professionen auch und es gibt jetzt es gibt ja jetzt nicht die eine Berufsbezeichnung. Also es gibt nicht den einen „Job-Coach“. [...] Also es müssen Möglichkeiten geschaffen werden, das Jobcoaching, eben das Supported Employment eben umzusetzen und zu installieren.“ (Interview 7)

Eine **Abgrenzung und Einordnung** von Supported Employment im Kontext bestehender Projekte ist, wie bereits durch den Vergleich zu Jobcoaching angesprochen wurde, notwendig. Viele

etablierte regional oder staatlich finanzierte Projekte nennen sich „Unterstützte Beschäftigung“ oder „Jobcoaching“, entsprechen aber selten den genannten Werten und dem ganzheitlichem Unterstützungsmodell der 5-Phasen. (Vgl. EUSE, 2024: 13, DGPPN, 2021: 2) „Obwohl die Verbreitung (staatlich finanzierter Programme) von Unterstützter Beschäftigung durch europäische Länder gewürdigt und begrüßt wird, hat [die ASEE] Sorge, dass kein einheitlicher europäischer Ansatz im Bereitstellen der Dienstleistung verfolgt wird. [Die ASEE] hält daran fest, dass das Modell der Unterstützten Beschäftigung die fünf Phasen, Orientierung bzw. Beauftragung, Arbeitsplatzsuche, Kontakte mit ArbeitgeberInnen und betriebliche und außerbetriebliche Unterstützung enthält. Programme, die diese Phasen nicht oder nur teilweise haben, entsprechen nicht dem Modell der Unterstützten Beschäftigung [Supported Employment]. Insofern ist die Bezeichnung Unterstützte Beschäftigung für so viele unterschiedliche Maßnahmen für alle relevanten Beteiligten, von den Behörden bis zu den Menschen mit Behinderungen, verwirrend.“ (EUSE, 2014: 16)

Viele dieser Programme lassen Elemente von SE einfließen – dadurch existieren mittlerweile eine Vielzahl von „Mischformen“ von vorbereitenden Maßnahmen (PVT) und SE. (DGPPN, 2018: 374) Die Begleitung vor Ort im Betrieb wird bei vielen Angeboten als Kern des Supported Employment herausgegriffen und in bestehende Unterstützungssysteme transferiert. Beispielsweise das Angebot des Jobcoaching in Österreich fokussiert sich genau auf diesen Kern, indem Jobcoaches bei der Einschulung/Einarbeitung im Betrieb unterstützen, die Arbeitgeber:innen zu wichtigen Fragen rund um die Einstellung und Beschäftigung (von bspw. Menschen mit psychischen Erkrankungen) Informationen geben und im Betrieb Sensibilisierungs- und Coachingarbeit übernimmt. Das Sozialministerium übernimmt dabei die Kosten für max. 6 Monate – so wird bspw. der zentrale Aspekt von SE, nach Bedarf unbegrenzt die Kund:innen zu unterstützen, nicht erfüllt.⁸⁴

„Es gibt ja auch interessante Ideen, das [Supported Employment] zu machen, eben aus der Klinik heraus [im Sinne des IPS] – auch durch ergotherapeutische Expertise zum Beispiel. Oder jetzt gibt es eben die diese eine ganze Welle von Reha Projekten [Rehapro in Deutschland]. Also es gibt sozusagen verschiedene Möglichkeiten, das umzusetzen. Das macht es aber auch wieder schwierig, weil es dann auch wieder eine große Bandbreite gibt. Es wird wieder sehr divers sein – wird man auch wieder schwer evaluieren können, weil es eine große Heterogenität gibt. Aber ich glaube, es geht nicht anders. Also wir können nur von verschiedenen Seiten her aktiv werden. Es muss regionale Lösungen geben, so etwas zu implementieren.“ (Interview 7)

⁸⁴ Vgl. <https://www.psz.co.at/berufliche-integration/jobcoaching/>, letzter Zugriff 20.11.2025, https://www.sozialministeriumservice.gv.at/Jugendliche_und_junge_Erwachsene/NEBA/Jobcoaching/Jobcoaching.de.html, letzter Zugriff 20.11.2025.

3. Individual Placement and Support

Das IPS-Modell des Supported Employment stellt eine Systemintervention dar, die evidenzbasiert und systematisch Menschen mit SMI (schweren psychischen Krankheiten) dabei unterstützt, eine Anstellung auf dem ersten Arbeitsmarkt zu erhalten. (Vgl. Sundermann et al, 2022: 661) In manchen Fällen wird SE für Menschen mit psychischen Erkrankungen mit IPS synonym verwendet. In vielen Punkten ist IPS mit Unterstützter Beschäftigung/Supported Employment gleichzusetzen – doch gestaltet sich IPS an acht konkreten Kernprinzipien, die über die Werte und Phasen von SE hinausgehen:

„Primäres Ziel von IPS ist das Finden und Erhalten von Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit Mindestlohn bzw. das Finden und Sichern einer regulären Ausbildung.
Niemand wird ausgeschlossen, der Interesse hat, eine Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder eine reguläre Ausbildung aufzunehmen (zero exclusion): weder Rehabilitationsfähigkeit, Diagnose, Symptome, Substanzgebrauch oder Straffälligkeit in der Vergangenheit, psychiatrische Hospitalisationen noch Schwerbehinderung (GdB). Die Teilnahme am IPS basiert auf der Entscheidung der Interessenten.
Arbeits- bzw. ausbildungsbezogene und klinische Leistungen werden integriert erbracht. Ein IPS-Jobcoach gehört maximal zwei Behandlungsteams an.
Die Arbeits- und Ausbildungsplatzsuche ist an den individuellen beruflichen Präferenzen ausgerichtet. Die Teilnehmenden haben eine Wahlfreiheit.
IPS beinhaltet Beratung bzgl. Sozialversicherungsleistungen und finanzieller Hilfen.
Zügige Arbeits- bzw. Ausbildungsplatzsuche, d. h. der Arbeitswunsch der IPS Teilnehmenden wird unmittelbar angegangen (i. d. R. innerhalb von 30 Tagen).
Erschließen von Arbeits- bzw. Ausbildungsplätzen durch Vernetzung mit Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes und gezielte Suche nach Betrieben, die den Präferenzen der IPS Teilnehmenden entsprechen.
Langfristiger und wenn nötig unbefristeter Support der Teilnehmenden.“

Abbildung 15 (DGPPN, 2021: 6)

Ein zentraler Aspekt von IPS findet sich im Prinzip 3 – die **integrative Betrachtung von arbeitsbezogenen und klinisch-psychologischen Leistungen**. Das bedeutet, dass IPS stets im klinischen Kontext, beispielsweise in Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Zentren für Psychiatrie, psychiatrischen Ambulanzen oder Einrichtungen, angeboten wird, da soziale Träger über die klinischen Kompetenzen nicht verfügen.

Viele soziale Träger/Fachdienste verfügen nicht über fundierte psychiatrisch-klinische Perspektiven und arbeiten auch nicht mit dem psychiatrischen System zusammen. Weshalb bei SE-Programmen von Fachdiensten häufig Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen rausfallen, weil sie schwer in den Arbeitsmarkt zu vermitteln sind. Wenn Menschen mit psychischen Erkrankungen übernommen werden, fehlt jedoch häufig die Expertise im Programm. Auch wenn die Kooperation zwischen sozialen Trägern/Fachdiensten und

psychiatrischen Diensten gewünscht ist, führt die Vielzahl an beteiligten Akteur:innen oft zu einem unübersichtlichen System. Es wird eine klare Struktur eines Bezugssystems benötigt, sodass Personen der Zielgruppe nicht zwischen verschiedenen Stellen „hin und her springen“ müssen. IPS im psychiatrischen Versorgungssystem wird daher als relevant angesehen, weil die psychiatrisch-medizinische Versorgung damit gegeben ist – die Kopplung mit dem Arbeitsmarkt erfolgt dann durch die Coaches. (Vgl. Interview 8)

Eine **unbefristete Begleitung** ist ein weiterer zentraler Aspekt von IPS – eine Ansprechperson, die über die vielfältigen Zuständigkeits- und Kostenschnittstellen der verschiedenen Fachdienste, arbeitsmarktpolitischen Institutionen, Beratungsdienste, medizinisch-klinische Dienste etc. hinweg eine Person begleiten (vgl. Flügel, Nischk, 2021: 189). Es wird eine mangelnde Nachhaltigkeit attestiert, sofern das Coaching zeitlich befristet angeboten wird (DGPPN, 2018:189). Treten bei der Arbeitsstelle neue Probleme auf können die Jobcoaches nicht mehr eingreifen und in gravierenden Fällen die Anstellung „retten“. (Vgl. Interview 8)

Die Ausführungen zu den **Anforderungen und Aufgaben der Mitarbeiter:innen** von SE gelten in gleichem Maße für die sog. IPS-Coaches. Da die IPS-Coaches jeden Teil des im psychiatrischen System angesiedelten multidisziplinären Behandlungsteams (bestehend aus ärztlich-psychiatrischen, psychotherapeutischen, spezialtherapeutischen und pflegerischen Fachkräften) sind, kommt hierbei die Anforderung hinzu, dass sie sich ebenso in der psychiatrischen Versorgung auskennen (vgl. Gühne, Riedel-Heller, 2021: 4f.)

„Es gibt zwei große Bereiche, womit die IPS Coaches vernetzt sind. Das eine ist eben die psychiatrische Versorgung. Wir sind ja auch hier an der Klinik angesiedelt. Und das andere ist die Welt der Arbeit. Also die Jobcoaches sind Teil des psychiatrischen Systems und eben mit dem Schwerpunkt für Arbeit oder Ausbildung dort eingesetzt. [...] ein bisschen wie eine eierlegende Wollmilchsau.“ (Interview 8)

Es gibt zwei zentrale Tools für die Gestaltung von IPS-Angebote: Die IPS Fidelity Scale (Programmtreue-Skala) und das Manual.

Die **IPS Fidelity Scale** dient – neben dem Manual – als wichtige Implementierungshilfe, um die evidenzbasierte Methode Individual Placement and Support systematisch in der Versorgungspraxis zu verankern. Durch die Operationalisierung der IPS-Kernprinzipien ermöglicht sie den Vergleich, die Qualitätssicherung und die Bewertung von Eingliederungsmaßnahmen im Kontext spezifischer Programmbestandteile.

Ursprünglich wurde die IPS-15 Scale auf Basis von Projekten in den USA entwickelt, 2012 folgte eine Erweiterung zur IPS-25 Scale⁸⁵ (siehe SAMSHA, 2025). Beide Versionen strukturieren die IPS-Prinzipien in drei zentrale Domänen: Personal, Organisation, Leistungen. Die Bewertung erfolgt jeweils auf einer 5-stufigen Likert-Skala und misst, wie gut ein Programm die IPS-Kriterien umsetzt. Die Kriterien sind, wie bereits angesprochen, auf die Integration in psychiatrische Versorgungsleistungen ausgerichtet. Das **Handbuch/Manual** „Supported Employment Fidelity Review Manual – A companion guide to the evidence-base IPS Supported Employment Fidelity Scale“ (siehe Becker et al., 2019) bietet Informationen darüber, wie man eine Programmtreueprüfung (Fidelity Review) erfolgreich mithilfe der IPS-25 durchführt.

Allgemein kann gesagt werden, je „treuer“ das Programm ist, also je höher der IPS-Fidelity-Score, desto wirksamer ist das Programm. Nach der aktuellen Skala – der IPS-25 Skala gibt es insgesamt 125 Punkte. Alle Programme unter 73 Punkte können nicht als IPS bezeichnet

⁸⁵ Vgl. <https://ipsworks.org/wp-content/uploads/2017/08/IPS-Fidelity-Scale-Eng1.pdf>, letzter Zugriff 20.11.2025.

werden. Alle Programme über 115 Punkte können als exemplarische Projekte bezeichnet werden. Lockett et al. führten 2016 eine Meta-Analyse und systematische Überprüfung von 30 IPS-Studien durch (auf der IPS-15 Skala). Sie analysierten, dass je höher der Fidelity-Score eines IPS-Programms, desto erfolgreicher konnten die Teilnehmer:innen an Arbeitsstellen begleitet werden. (Vgl. Lockett et al., 2016) Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Jäckel, Leopold, Bechdorf, 2024.

4. Evidenz und Faktoren

IPS wurde (Stand 2021) in 28 RCTs⁸⁶, randomisierte-kontrollierten Studien, aus dem angloamerikanischen und europäischen Raum in Bezug auf die Wirksamkeit erforscht – ein zentrales Ergebnis: Nach Berücksichtigung der „Programmtreue“ ist der IPS-Ansatz konventionellen Ansätzen (PVT) überlegen. Die „S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ benennt die Umsetzung von IPS mit dem höchsten Empfehlungsgrad: „Empfehlung 18 (NEU) Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und dem Wunsch nach einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sollen im Rahmen der Förderung beruflicher Teilhabe Programme mit dem Ziel einer raschen Platzierung direkt auf einem Arbeitsplatz des allgemeinen Arbeitsmarktes und notwendiger Unterstützung (Supported Employment) angeboten werden. Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia Ergebnis der Abstimmung: Konsens (DGPPN, 2018: 192)

„Bis heute haben 28 randomisierte kontrollierte Studien einen signifikanten Vorteil von IPS gezeigt. Im Durchschnitt erreichten 55 % der Teilnehmenden in IPS-Programmen eine wettbewerbsfähige Beschäftigung, verglichen mit 25 % in den Kontrollgruppen. Eine Metaanalyse von 17 randomisierten Studien ergab, dass Menschen, die IPS-Dienste in Anspruch nahmen, 2,4-mal häufiger eine Beschäftigung fanden als Personen in den Kontrollgruppen (Modini, 2016).

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.

IPS ist anderen berufsbezogenen Maßnahmen überlegen, unabhängig von Faktoren wie ethnischer Herkunft, Geschlecht oder sozioökonomischem Status.“⁸⁷

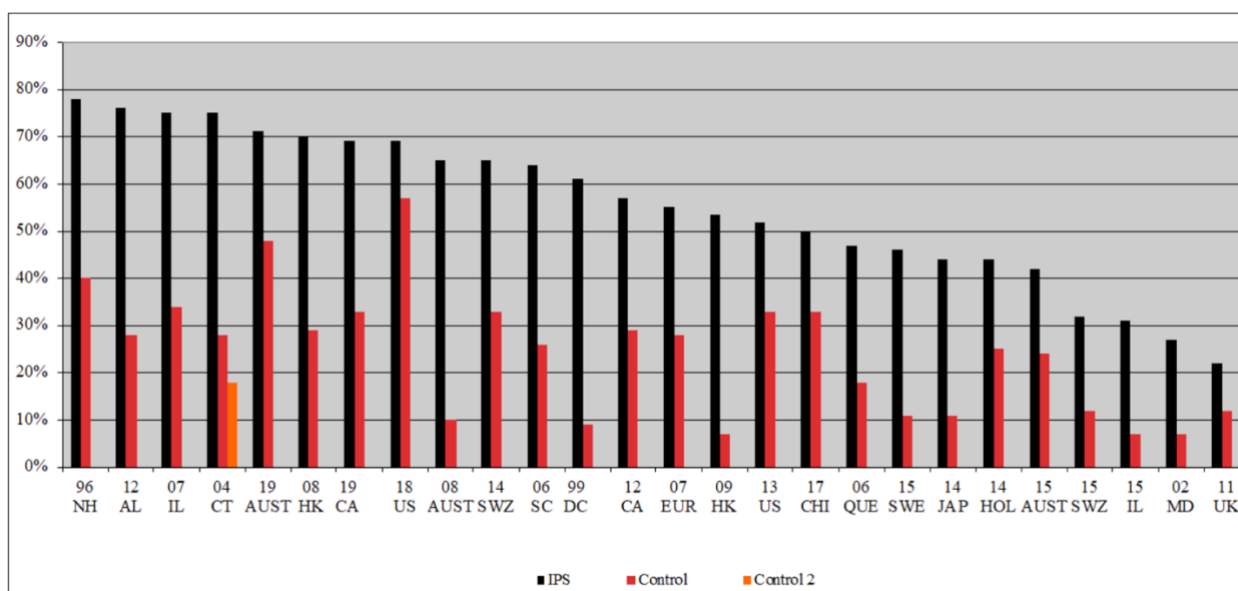


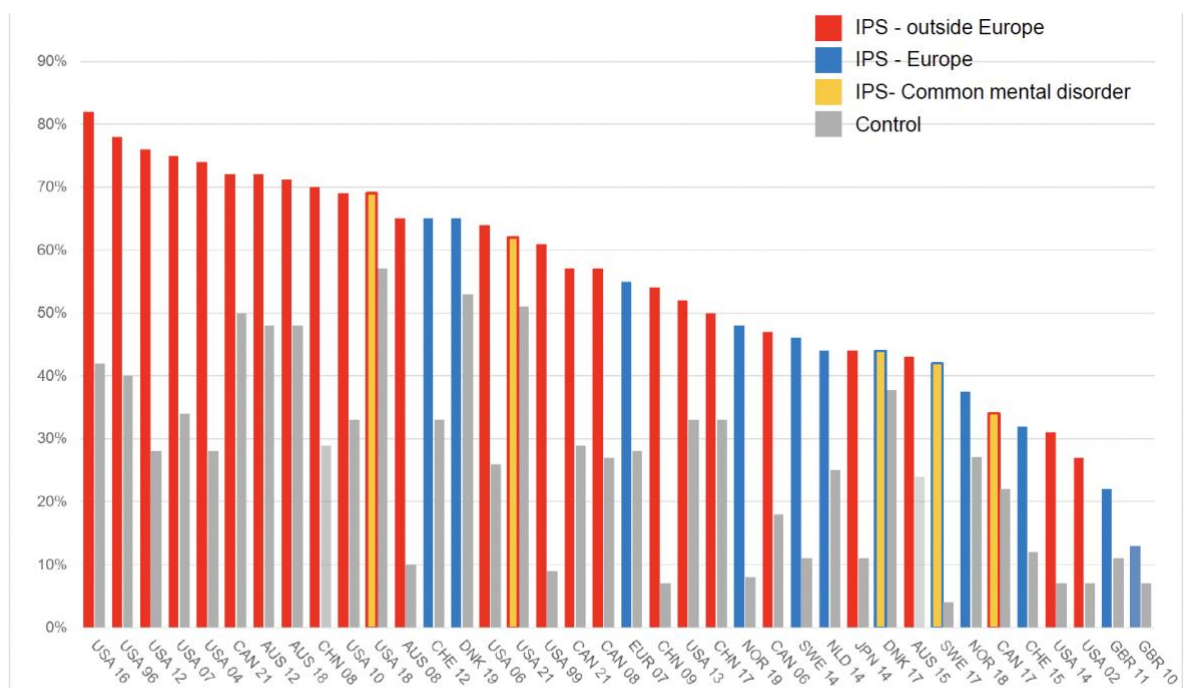
Abbildung 16 „28 Randomized Controlled Trials“

⁸⁶ Vgl. <https://ipsworks.org/index.php/evidence-for-ips/>, letzter Zugriff 20.11.2025.

⁸⁷ <https://ipsworks.org/index.php/evidence-for-ips/>, letzter Zugriff 20.11.2025 und Vgl. <https://ipsworks.org/index.php/evidence-for-ips/>, letzter Zugriff 20.11.2025.

In einer Meta-Analyse von De Winter et al (2022) wurden 32 RCTs evaluiert und analysiert. Insgesamt konnten 48,8% der Teilnehmenden an IPS-Programmen und 28,3% der Kontrollgruppen (PVT) in Stellen des ersten Arbeitsmarktes begleitet werden. Auch die Dauer, wie lange in den vermittelten Stellen gearbeitet wurde, war im Durchschnitt länger (Vgl. De Winter et al, 2022: 14f.). Allerdings ist festzuhalten, dass IPS-Programme für Menschen mit SMI (schweren psychischen Erkrankungen) erfolgreicher ist, als für Menschen mit CMD (common mental disorders/ moderat psychischen Erkrankungen: bspw. Angststörungen, mittelgradige, depressive Störungen, Persönlichkeitsstörungen, leichte Suchterkrankungen) – im Vergleich zu den PVT-Kontrollgruppen. Zudem sind allgemein IPS-Programme in Nicht-EU-Ländern erfolgreicher, als in europäischen Ländern – dies wird durch größere Hürden des Arbeitsmarktes und allgemein höheren Wohlstand und Wohlfahrtsleistungen erklärt. (Vgl. De Winter et al, 2022: 1)

In Anlehnung an De Winter et al, 2022 und durch eigene Ergänzungen erstellte eine der Expertinnen 8folgende Grafik zu Übersicht über die Wirksamkeit von IPS: Eingliederungsraten aus 38 RCTs.⁸⁸



Mittlere Eingliederungsraten auf den allgemeinen Arbeitsmarkt:

IPS 54%

Control 27%

in Anlehnung an Bond & de Winter

Abbildung 17 „Wirksamkeit von IPS: Eingliederungsraten aus 38 RCTs“

„Das ist schon eine komplexe Intervention, wenn man sozusagen die Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung auf den auf dem freien Arbeitsmarkt begleiten möchte. Also wir haben ja die Evidenz, die ist also überzeugend. Der Ansatz des Supported Employment [...] auch im Bereich der gesamten psychosozialen Therapien, der wirklich umfangreichst auch untersucht wurde. Also es ist wirklich ein Ansatz mit sehr überzeugender Evidenz, unabhängig auch von geographischer Lage.“ (Interview 7)

⁸⁸ Vgl. <https://gpv-lichtenberg.de/mediapool/123/1236349/data/Aktuell/Vortrag%206%20-%20IPS.pdf>, letzter Zugriff 20.11.2025.

Auch in neueren Studien, wie Nischk et al, 2023, zeigt sich, dass IPS (angeboten im Zentrum für Psychiatrie Reichenau, Deutschland) im Gegensatz zu RAU (rehabilitation as usual) aus angrenzenden Landkreisen effektiver und kosteneffizienter ist (kleine, nicht randomisierte Vergleichsstudie). Zum Thema Kosteneffizienz wurde folgendes in der Studie ausgeführt: „Als Vergleichsmaß wurde hierzu der Quotient aus Einkünften aus kompetitiver Arbeit (nach 18 Monaten) und den Rehabilitationskosten als Maß für den Social Return on Investment (SROI) gebildet. Danach gelten Interventionen als effizient, sofern der Nutzen in Form von Einkünften, die dann durch Ausgaben oder Steuern in den Wirtschaftskreislauf zurückfließen, die vorherigen Kosten durch die Rehabilitation übersteigen.“ (Nischk et al, 2023: 85) Der SROI der RAU-Gruppe lag bei 0,18 – dies bedeutet, dass für jeden in die Rehabilitation investierten Euro 0,18 Euro an Einkommen für die Teilnehmenden sich ergab. Der SROI der IPS-Gruppe lag bei 1,47. (Vgl. Nischk et al, 2023: 89)

	Rehabilitations-kosten	Bruttoverdienst	Ratio (Verdienst/Kosten)	Anzahl über 1	Prozent
IPS (n=20)	109.795,02 €	161.051 €	1,47	10	50 %
RAU (n=20)	344.260,26 €	62.171 €	0,18	3	15 %

Abbildung 18 „Rehabilitationskosten, Bruttoverdienst nach 18 Monaten sowie Social Return on Investment (SROI) in der IPS- und RAU-Gruppe. (Vgl. Nischk et al., 2023: 89)

Auch die interviewte Expertinnen bringen die geringeren Kosten – im Vergleich zu konventionellen Methoden – vor:

„IPS ist ja auch günstiger als die konventionellen Maßnahmen und das könnte eben in Zeiten knapper Kassen auch noch ein Interessenthema sein, dass man sich daran orientiert. Okay, wenn ich für das gleiche Finanzdach zwei oder drei Leute in Arbeit bringen kann, ohne Maßnahme und oder ich bringe jemanden gar nicht in Arbeit, das wirtschaftliche Überlegungen dabei mit eine Rolle spielen. Aber es gibt eben auch große Lobbys, die dagegenstehen.“ (Interview 8)

Sundermann et al. analysierten 104 Publikationen zu **Einflussfaktoren bezüglich der Effektivität** von Supported Employment und Individual Placement and Support Programmen. Ihre Ergebnisse fassten sie auf drei Ebenen zusammen: Mikro, Meso und Makro. (Vgl. Sundermann et al, 2023: 663)

Mikro-Ebene (Individuum und Fachkräfte)

Kontexte:

- Personenbezogene Faktoren: z. B. Diagnose, Symptome, Arbeits- und Bildungshistorie, sozioökonomischer Hintergrund.
- Finanzielle Lage: Angst vor Verlust von Sozialleistungen, fehlende finanzielle Anreize zur Arbeitsaufnahme.
- Soziales Umfeld: Unterstützung durch Familie und Freund:innen; Stigmatisierung wirkt hemmend.
- Lebensbedingungen: Wohnungslosigkeit oder instabile Wohnverhältnisse als Barriere.

Mechanismen:

- Einstellungen und Erwartungen der Klient:innen (z.B. Selbstwirksamkeit, Motivation, Hoffnung).
- Kompetenzen und Verhalten: Soziale Fähigkeiten, allgemeine Arbeitskompetenz.

- Haltung der Fachkräfte: Klient:innenzentrierung, Optimismus, Empathie, Kommunikationskompetenz.
- Beziehungsebene: Vertrauensvolle und unterstützende Beziehung zwischen Fachkraft und Klient:in.

Outcomes:

- Positive: Erhöhte Beschäftigungsraten, bessere Lebensqualität, gesteigerte Selbstwirksamkeit.
- Negative: Frustration, Rückschläge, gesundheitliche Belastung, Abbruch des Programms.

Meso-Ebene (Organisation und Interventionen)

Kontexte:

- Zugang zu Programmen: Hürden durch fehlende Zuweisungen oder lange Wartezeiten.
- Koordination und Teamarbeit: Zusammenarbeit mit anderen Diensten und innerhalb der Organisation.
- Vernetzung am Arbeitsmarkt und Kontakte zu Unternehmen: Gute Kooperationen mit einzelnen Unternehmen oder Kammern, Innungen etc. wesentlich für schnelle Vermittlungen (vgl. Interview 8)
- Fidelity (Programmtreue): Hohe Übereinstimmung mit dem IPS-Modell erhöht Erfolgswahrscheinlichkeit.
- Organisationsstruktur und -kultur: Leitungsstil, Geschäftsmodell, Innovationsbereitschaft, Klimafaktoren.

Mechanismen:

- Interne Kommunikation, Wissensmanagement, Einsatz von IT und Monitoring-Tools.
- Klare Rollenverteilung und strukturierte Prozesse fördern Qualität und Wirkung.

Outcomes:

- Verbesserte interne Abläufe, gesteigerte Erfolgsquoten, höheres Maß an Nachhaltigkeit.

Makro-Ebene (Arbeitswelt, Gesellschaft, Politik)

Kontexte:

- Arbeitgeber:innen und Arbeitsumfeld: Unternehmensgröße, Branche, Erfahrung mit SE, Teamkultur.
- Gesellschaftliche Rahmenbedingungen: Stigmatisierung, politische Rahmenbedingungen, Sozial- und Gesundheitssystem.
- Wirtschaftliche Faktoren: Regionale Arbeitsmarktsituation, BIP-Wachstum, Arbeitslosenquote.
- Infrastruktur: Mobilität, Kinderbetreuung, Zugang zu Unterstützungsleistungen.

Mechanismen:

- Arbeitgeber:innen-Einstellungen: Offenheit, Bereitschaft zur Anpassung von Arbeitsbedingungen.
- Arbeitsplatzkultur: Integration in Teams, Anerkennung, inklusive Arbeitsumgebung.
- Gesellschaftliche Wahrnehmung: Stigma versus gesellschaftlicher Nutzen von Inklusion.

Outcomes:

- Höhere Arbeitsplatzverweildauer, gesellschaftliche Teilhabe, Entstigmatisierung, Kostenreduktion im Sozialsystem.

(Vgl. Sundermann et al, 2023: 667-675)

Auf der Meso-Ebene ergänzen Jäckel, Leopold und Bechdorf, 2024, dass die Anzahl der IPS-Coachings ebenso positiv mit der (Wieder)aufnahme von Beschäftigung der Teilnehmer:innen korreliert. Darüber hinaus werden **ergänzende Ansätze** zu SE und IPS empfohlen, die auf die Verbesserung berufsbezogener sozialer (vgl. DGPPN, 2018: 187) und kognitiver (vgl. Richter, Hoffmann, 2019: 13) Fertigkeiten abziehen.

„Also die Hälfte der Teilnehmenden kommt ja trotzdem nicht in Arbeit. Ist ja immer noch ein großes Potenzial. Und da finde ich eben spannend, in dem Bereich gibt es ja jetzt auch zunehmend mehr Studien, dass Supported Employment plus, also die kombinierten Strategien, wo man dann eben genau guckt, was braucht die betroffene Person. Da gibt es dann eben zusätzliche Trainings, je nach Abhängigkeit der Bedarfe der Person. Soziale Fertigkeiten am Arbeitsplatz, zusätzliches kognitives Training oder verhaltenstherapeutische Elemente, wo es um Motivation geht oder um Selbstwirksamkeit. [...] Also wie kann man sozusagen die Ergebnisse noch weiter verbessern? Das finde ich ganz zentral. Und da kann man sicherlich auch profitieren von den sozusagen von der gewachsenen Versorgungslandschaft, die es da schon gibt. Aber man muss die Konzepte eben anpassen auf auch auf das unmittelbare Arbeitsumfeld, also nicht in Bezug auf trainierende Angebote im geschützten Raum, sondern eben diese Trainings nehmen und adaptieren und eben an den Arbeitsplätzen damit arbeiten.“
(Interview 7)

Generell ist jedoch auch die Vermittlung von Menschen mit psychischer Erkrankung in kompetitive Arbeitsplätze durch SE ist global rückläufig (Stand 2019). Es wird ein kontinuierlicher Rückgang beschrieben, jedoch zwischen 2008 (Rezession) und 2015 besonders stark. Warum? Unternehmen verlangen andere Fertigkeiten von Arbeitnehmer:innen, als früher. Durch die Digitalisierung, Deindustrialisierung und Automatisierung werden Arbeitsplätze mit Routine-Tätigkeit immer weniger und nicht-routine-basierte Tätigkeiten, Soft Skills (Motivation, Integrität, gute Interaktionsfähigkeiten), Kommunikationsfähigkeiten, Lern-Orientierung, Autonomie immer gefragter. Psychische Erkrankungen stehen häufig in Verbindung mit inkonsistenten Lernfähigkeiten, Sozialproblemen und Kommunikationsproblemen. Die sich neu entwickelten Anforderungen an Arbeitnehmer:innen setzen viele Menschen mit psychischer Erkrankung unter Stress. Routinetätigkeiten sind häufig gut geeignet für Menschen mit psychischer Erkrankung. SE-Programme mit Trainings der sozialen Fähigkeiten, Soft Skills etc. sind indes erfolgreicher in der Vermittlung von Menschen mit psychischer Erkrankung als SE-Programme ohne diese Trainings. (Vgl. Richter, Hoffmann, 2019: 13; Richter, 2019)

Es werden dazu Überlegungen angestellt, wie die Bindung zwischen den SE/IPS-Programmen und den Teilnehmer:innen noch erhöht werden kann – in einigen Programmen gibt es eine „Drop-Out-Quote“ von 50%.

„Da muss man die Programmbindung noch erhöhen, weil das eben auch Personengruppen [Menschen mit psychischen Erkrankungen] sind, die ganz schnell auch wieder in so eine Vermeidung reingehen. [...] weil die wegtauchen und wieder sozusagen in ihre soziale Isolation gehen. Das heißt, bei dieser Gruppe noch stärker die Bedarfe zu identifizieren. Besonders hier spielt die Passung eine wichtige Rolle und eben langfristige

*Begleitung am Arbeitsplatz sicherzustellen, wenn man einen Arbeitsplatz ergattert hat.“
(Interview 8)*

Im Kontext der Zielgruppe „Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“ wird die Sub-Gruppe „junge Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“ vermehrt herausgehoben. Viele psychische Erkrankungen treten erstmals im jungen Erwachsenenalter auf – bislang gibt es wenig Unterstützung, um die Zielgruppe bei Schul-, Ausbildungs- oder Übergangsproblemen von Schule und Beruf zu unterstützen. Junge Menschen mit psychischen Erkrankungen sind besonders von der Gefahr einer Exklusion vom Arbeitsmarkt betroffen aufgrund tendenziell fehlender schulischer oder beruflicher Qualifikationen. Aus diesem Grund wurden IPS-Programme mit Früh-Interventions-Programm integriert und das sog. **Supported Employment and Education (SEE)** entwickelt. (Vgl. DGPPN, 2021: 4f.) Hierbei wird das Konzept von SE/IPS mit pädagogischen Elementen verknüpft (vgl. Richter, 2019).

In Anlehnung an die 8 Kernprinzipien des IPS, wurden für das SEE diese nochmals angepasst und erweitert:⁸⁹

- Primäres Ziel des IPS ist Arbeit/Ausbildung unter Wettbewerbsbedingungen in der freien Wirtschaft.
- Ausrichtung an den individuellen Interessen der Teilnehmer:innen.
- Aufbau von Partnerschaften zu (Aus-)Bildungsinstitutionen.
- Integriert in die psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung.
- Kein:e Interessierte:r wird ausgeschlossen (zero exclusion).
- Zügige Arbeits- Ausbildungsplatzsuche.
- Supported Employment und Supported Education sind in einem Programm integriert.
- Beratung bzgl. (finanzieller) Hilfen und beruflicher Perspektiven.
- Begleitung durch IPS Jobcoaches über Aufnahme der Arbeit/Ausbildung hinaus.

2019 wurde die IPS-25 Skala mit dem Ansatz des Supported Education ergänzt und eine IPS Fidelity Scale for Young Adults⁹⁰ mit einem eigenen Handbuch⁹¹ entwickelt, die vermehrt bildungs- und familienbezogenen Elemente enthält (vgl. DGPPN, 2021: 7) Aktuell läuft die SEEarly Studie an sechs Standorten in Deutschland: „Mit der SEEarly Studie untersuchen wir ein neues Versorgungsmodell im Rahmen der ambulanten psychiatrischen Behandlung. Wir vergleichen arbeits- und ausbildungsbezogene Recovery durch den zusätzlichen Einsatz von Supported Employment and Education (SEE) gegenüber der aktuellen Standardbehandlung.“⁹² An einem der Standorte (Klinikum am Urban Berlin, Deutschland) wurde zwischen 2017 und 2021 bereits eine Studie zur Effizienz, bzw. Wirksamkeit von IPS in Bezug auf Beschäftigung, Bildung und Training für junge Menschen mit psychischen Erkrankungen durchgeführt. Die Studie zeigte, dass IPS integriert in ambulante psychiatrische Dienste die Bildungs- und Ausbildungschancen deutlich erhöhen – im Gegensatz zu TAU (Treatment as usual). (Vgl. Jäckel et al., 2025)

⁸⁹ Vgl. <https://www.seearly.de/konzeption>, letzter Zugriff 20.11.2025.

⁹⁰ Vgl. <https://www.umassmed.edu/globalassets/transitionsrtc/publications/manuals/ips-y-fidelity-scale-5-14-20-w-cover.pdf>, letzter Zugriff 20.11.2025.

⁹¹ Vgl. https://www.umassmed.edu/contentassets/32a28fea786c4a62a8f3e47242ebaf1e/ips-se-for-youth_print-prepub-final.pdf, letzter Zugriff 20.11.2025.

⁹² <https://www.seearly.de/studie>, letzter Zugriff 20.11.2025.

5. Ableitungen und Empfehlungen

Im „Handlungsfeld Erwerbstätigkeit“ der „Empfehlungen für ein koordiniertes Vorgehen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen“ (im Auftrag des BMSGPK, FGÖ und des Dachverbands der Sozialversicherungsträger – herausgegeben von der GÖG) werden von der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung Zielsetzungen und Maßnahmenpakete für Österreich formuliert, wie die Reduktion von Diskriminierung und Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Bereich Erwerbsarbeit/Beschäftigung erreicht werden soll (vgl. GÖG, 2025: 37f.). Der Ausbau von Inklusionsangeboten für Menschen mit psychischen Erkrankungen am ersten Arbeitsmarkt stellt dabei die erste priorisierte Maßnahme da. Es wird ausgeführt: „Forschungen zu unterschiedlichen Ansätzen von Inklusionsangeboten zeigen, dass insbesondere Supported Employment eine schnelle und nachhaltige Inklusion von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in Arbeitsverhältnisse ermöglicht (vgl. DGPPN 2021). In Österreich gibt es bereits eine breite – derzeit noch nicht systematisch erfasste – Palette an Konzepten und vielfältigen Angeboten, auf der aufgebaut werden kann und die teils mit nur geringfügigen Adaptionen in Richtung Supported Employment ausgebaut werden können.“ (GÖG, 2025: 39)

Diese „Maßnahme 64“ sieht folgende nächste Schritte vor:

- „Adaption und Ausbau vorhandener Inklusionsangebote nach internationalen Standards für Supported Employment
- Ausbau/Erweiterung von Anreizen für Unternehmen zur Beschäftigung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung (z. B. finanzielle Unterstützung)
- Erstellung einer Übersichtsstudie zu österreichischen Bemühungen zur beruflichen Inklusion in den Arbeitsmarkt – Best-Practice-Modelle“ (GÖG, 2025: 41)

Diese jüngst erschienenen Zielsetzungen und Maßnahmen machen deutlich, dass Expert:innen auch in Österreich SE als zentrales, zukünftiges Vorgehen begreifen.

Von den befragten Expert:innen wird bestätigt, dass SE und IPS zurzeit „Konjunktur“ haben und von vielen, auch politischen, Seiten Interesse an dem Vorgehen laut wird. Die realistische Entwicklungsdynamik, welche über ein allgemeines Interesse oder vage formulierte Zielsetzungen hinaus gehen, kann jedoch nur schwer eingeschätzt werden – SE/IPS Ansätze existieren bereits seit 40 Jahren, in Europa seit mehr als 25 Jahren. (Vgl. Interview 8)

Es bräuchte, laut Expert:innen, nun politische eröffnete Entwicklungsräume für SE/IPS, da die Grundlagen (Evidenz, Leitfäden etc.) existieren bereits.

„Also Bottom-up macht man die Forschung, das haben wir jetzt gezeigt [wie es geht]. Bottom-up macht man auch Leitlinien und trommelt die Expert:innen zusammen und lässt das durch das Konsensverfahren laufen. Aber jetzt bräuchte es eben den Schritt von Top-down, um es wirklich auch zu installieren.“ (Interview 8)

Es werden von den Expert:innen in dieser Hinsicht europäische Länder genannt, in denen SE/IPS flächendeckend installiert wurden – zum Beispiel in den Niederlanden oder Norwegen. Auch in Dänemark und Schweden ist SE/IPS mehr verbreitet (als bspw. in Deutschland). Dies könnten interessante Orientierungspunkte für eine Entwicklung in Österreich sein (vgl. Interview 8).

In den formulierten Entwicklungszielen der „Kompetenzgruppe Entstigmatisierung“ liegt Potenzial aber auch Risiko. Es wird formuliert, dass in Österreich bereits viele Konzepte und Angebote existieren, die mit geringfügigen Adaptionen in Richtung Supported Employment

ausgebaut werden können. Wie bereits einleitend formuliert, gibt es die Kritik, dass viele Angebote Elemente von SE übernehmen, aber nicht systemisch dem Konzept und dem dahinterliegenden Paradigmenwechsel folgen und somit „Schein-SE-Angebote“ aufgebaut werden, die zwar in die „richtige Richtung“ gehen, aber innerhalb eines zergliederten Systems den vollen Mehrwert von SE (siehe Evidenz) nicht ausschöpfen können. Auch die Task-Force Supported Employment stellt die Frage, ob „das mit hoher Evidenz vorliegende internationale IPS-Modell auf den deutschen Versorgungsalltag [der dem österreichischen in vielen Punkten ähnlich ist] „1:1“ übertragbar ist, sondern vielmehr, was und in welcher Form von diesem zweifellos erfolgreichen Ansatz zur beruflichen Integration von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in die deutsche Versorgungslandschaft mit deren Spezifika implementierbar sein wird. Dazu sind mehrere Systemkomponenten wesentlich, viele Akteure anzusprechen und gemeinsame Zieldefinitionen festzulegen.“ (DGPPN, 2021: 10)

So sprechen auch die interviewten Expertinnen einen notwendigen Systemwandel beispielsweise in Bezug auf Steuerungsmechanismen der Verteilung von Geldern für Programme der Rehabilitation an. Aktuell gestaltet sich das Finanzierungsmodell der medizinisch-beruflichen Rehabilitation in Deutschland als „Payment for Performance“. Es wird für die Dienstleistung gezahlt, nicht für den Erfolg dieser. Mit einem Finanzierungssystem, das nach „Payment for results“ arbeitet und das auch mit dem Ansatz „Place-then-Train“ ganzheitlich verknüpfbar ist, würden auch evidenzbasierte Konzepte wie SE/IPS einfacher verankert werden können. Dafür bräuchte es eine Politik, die sich davon leiten lässt, was die Wissenschaft (Evidenz zu SE und IPS) herausgefunden hat. (Vgl. Interview 8) Nach dem Motto:

„Wir unterstützen die, die nachgewiesenermaßen was Wirksames machen.“ (Interview 8)

„Um eine inklusive und nachhaltige berufliche Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen [...] zu gewährleisten, muss IPS in die Regelversorgung aufgenommen werden – bundesweit und ohne die IPS-Prinzipien aufzuweichen“ (Flügel, Nischk, 2021: 192) Dementsprechend wird es in der Entwicklung von SE und IPS in Österreich zentral sein, Projekte zu fördern, die den SE- und IPS-Kriterien entsprechen. Ob dies in dem bestehenden Versorgungssystem möglich ist, ist eine andere Frage. Eine personenzentrierte Rehabilitation ist – für die interviewten Expertinnen – das zentrale Entwicklungsziel. Um Individuen jedoch ganzheitlich in den Mittelpunkt zu stellen, bräuchte es ganzheitliche Unterstützungsangebote, welche die verschiedenen Unterstützungsbereiche „unter einem Dach“ organisieren und nicht hochgradig fragmentierte „Unterstützunginseln“, die parallel voneinander arbeiten. Das bedeutet beispielsweise das berufliche und medizinische Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen gemeinsam stattfindet – wie beim Individual Placement and Support vorgesehen:

„Also in dem Moment, wo man eine Maßnahme macht, egal wie klein man das Kästchen macht, es bleibt immer noch ein Kästchen und sagt: „okay, dann kommst du jetzt da rein. Das geht jetzt 14 Tage, du hast zwei Termine in der Woche.“ Damit ist man schon auf dem falschen Weg. Also es heißt ja Individual Placement and Support Es heißt nicht, wir machen kleinere Kästchen, aber wir bleiben in der gleichen Denke.“ (Interview 8)

In Bezug auf die Arbeit des AMS als arbeitsmarktpolitische Institution, bedeutet dies, dass zunächst die Gleichzeitigkeit von beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen vermieden werden sollte. Um autarke Parallelitäten von Unterstützungsangeboten zu vermeiden, wäre es eine Möglichkeit, dass SE/IPS Programme mit AMS-Geschäftsstellen Kooperationsverträge eingehen,

sodass die Teilnehmer:innen während des SE/IPS Programms nicht an weiteren Maßnahmen teilnehmen müssen.

Auch eine Intensivierung der Netzwerkarbeit von verschiedenen Institutionen und Organisationen (arbeitsmarktpolitische Institutionen, Fachdienste, Bildungsträger, Jugendhilfe etc.), die bei Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen eingebunden sind, kann keine personenzentrierte und somit nachhaltige Arbeit im Sinne der medizinisch-beruflichen Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen leisten. Jede:r Akteur:in der verschiedenen Institutionen/Organisationen arbeitet in diesem Netzwerk nach eigenen Interessen, Logiken, teils Gesetzen. (Vgl. Interview 8) Eine gute Kooperation zwischen Arbeitsmarktinstitutionen, sozialen Trägern und der Gesundheitsversorgung steht eigentlich im Zentrum einer progressiven Entwicklung – aber verläuft tendenziell konträr zur personenzentrierten Begleitung – man kann von einer „Kooperationsproblematik“ sprechen: „Viele Köche verderben den Brei.“ In Deutschland wird beispielsweise viel in die Richtung der Kooperation zwischen medizinischen und beruflichen Rehabilitationsleistungen experimentiert. U.A. durch das Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ (siehe Dokument B). Ein Best-Practice-Beispiel stellt dabei das Projekt LIPSY⁹³ aus Deutschland dar.. Hierbei werden nicht nur 1) in den Job Centern Psycholog:innen platziert 2) psychologische inhouse Screenings durchgeführt 3) Mitarbeiter:innen/Arbeitsvermittler:innen im Bereich Menschen mit psychischen Erkrankungen geschult 4) die Kund:innen durch die psychosozialen Unterstützungslandschaft „gelotst“, sondern auch eine Kooperation mit einer psychiatrischen Klinik eingegangen, die IPS anbieten, sodass Kund:innen des Job Centers dort direkt hin vermittelt werden können.

Zwei abschließende Zitate:

„Dabei ist kein anderer Ansatz von beruflicher Rehabilitation so intensiv evaluiert wie IPS und erbrachte so konsistent positive Befunde hinsichtlich kompetitiver Beschäftigung. Der Konsens aus Übersichtsarbeiten ist, dass Patienten unter der Bedingung von IPS mindestens doppelt so hohe Raten kompetitiver Beschäftigung erzielen wie Patienten unter der Bedingung alternativer beruflicher Rehabilitationsansätze. Dies gilt nicht nur für ausgewählte Patientengruppen und scheint sowohl von der Region als auch von der Arbeitslosenrate unabhängig zu sein. Für andere arbeitsbezogene Outcomes wie die Höhe der durchschnittlichen Arbeitszeit, die Jobhaltedauer und die Höhe des monatlichen Verdienstes lassen sich ebenfalls positive Befunde finden.“ (DGPPN, 2018: 185)

„[Bei konventionellen Ansätzen der Rehabilitation] sind es 5 bis 30 %, wo es zum Erfolg führt. Sie finden im geschützten Rahmen statt, also in einem Sondermilieu. Die Begleitung ist schlussendlich befristet - also wenn ein Arbeitsplatz gefunden worden ist. [Keine langfristige Begleitung] kann dann wiederum ein hohes Risiko mit sich bringen[...]. Also in der Gesamtschau muss man sagen, die konventionellen Ansätze bringen keine Nachhaltigkeit in der Eingliederung. Und das mag auch mit ein Aspekt sein, weshalb IPS sich einer gewissen Aufmerksamkeit erfreut.“ (Interview 8)

⁹³ Vgl. <https://www.uniklinikum-leipzig.de/einrichtungen/isap/Seiten/LIPSY---Neue-Chancen-zur-beruflichen-Teilhabe-f%C3%BCr-Menschen-mit-psychischen-Erkrankungen.aspx>, letzter Zugriff 02.12.2025.

Literaturverzeichnis

- 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. Download: <https://ipsworks.org/wp-content/uploads/2019/12/Final-Fidelity-Manual-Fourth-Edition-112619.pdf>.
- 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.
- 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, S. 1-24.
- 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 (2020): Psychische Gesundheit fördern, Teilhabe an Arbeit sichern. Tagungsdokumentation. 05./06. Und 07. Oktober 2020, Berlin S. 189-192.
- GÖG: Gesundheit Österreich GmbH (Hrsg.) (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 Dachverbands der Sozialversicherungsträger. Österreich, Wien.
- Gühne, Riedel-Heller (2021): Erst platzieren, dann qualifizieren: Wie sich die Integration psychisch kranker Menschen in Beschäftigung verbessern lässt. <https://www.iab-forum.de/erst-platzieren-dann-qualifizieren-wie-sich-die-integration-psychisch-kranker-menschen-in-beschaeftigung-verbessern-laesst/>
- Jäckel, Dorothea; Leopold, Karolina; Bechdolf, Andreas (2024): Individual Placement and Support in der psychiatrischen Versorgung: Evaluation klinischer Routinedaten mittels eines retrospektiven Chart-Reviews. In: Nervenarzt 2024, 95, S. 839-844.
- Jäckel, Dorothea; Bechdolf, 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, 15 (2025).

- 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*, Vol. 21, No. 4, S. -261-281.
- 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, S. 84-91.
- 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. Bern: University Hospital for Mental Health.
- 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. Download: <https://library.samhsa.gov/sites/default/files/ips-fidelity-scale-pep25-01-002.pdf>.
- Sundermann, Larissa; Haunberger, Sigrid; Gisler Fiona; Kita, Zuzanne (2022): How do supported employment programs work? Answers from a systematic literatur review. IN: *International Journal for Educational and Vocational Guidance*, 23, S. 659-679.

Internetseitenverzeichnis

Association for supported employment europe "SE History": <https://a4se.eu/about-se/se-history/>, letzter Zugriff 20.11.2025.

Association for supported employment europe "Defining Supported Employment": <https://a4se.eu/about-se/defining-supported-employment/>, letzter Zugriff 20.11.2025.

Psychosoziale Zentren „Jobcoaching“: <https://www.psz.co.at/berufliche-integration/jobcoaching/>, letzter Zugriff 20.11.2025.

Sozialministeriumservice „Jobcoaching“: https://www.sozialministeriumservice.gv.at/Jugendliche_und_junge_Erwachsene/NEBA/Jobcoaching/Jobcoaching.de.html, letzter Zugriff 20.11.2025.

Ips works "supported employment fidelity scale": <https://ipsworks.org/wp-content/uploads/2017/08/IPS-Fidelity-Scale-Eng1.pdf>, letzter Zugriff 20.11.2025.

Ips works "Evidence for IPS": <https://ipsworks.org/index.php/evidence-for-ips/>, letzter Zugriff 20.11.2025.

Gov Lichtenberg „Präsentation "Finden und Halten von Arbeit trotz psychischer Erkrankung durch "Individual Placement and Support""": <https://gpv-lichtenberg.de/mediapool/123/1236349/data/Aktuell/Vortrag%206%20-%20IPS.pdf>, letzter Zugriff 20.11.2025.

Seeearly „Konzeption“: <https://www.seeearly.de/konzeption>, letzter Zugriff 20.11.2025.

Umassmed "IPS-Y Fidelity Scale for Young Adults": <https://www.umassmed.edu/globalassets/transitionsrtc/publications/manuals/ips-y-fidelity-scale-5-14-20-w-cover.pdf>, letzter Zugriff 20.11.2025.

Umassmed "IPS Supported Employment for Youth": https://www.umassmed.edu/contentassets/32a28fea786c4a62a8f3e47242ebaf1e/ips-se-for-youth_print-prepub-final.pdf, letzter Zugriff 20.11.2025.

Seeearly „Studie“: <https://www.seeearly.de/studie>, letzter Zugriff 20.11.2025.

Uniklinikum Leipzig „LIPSY“: <https://www.uniklinikum-leipzig.de/einrichtungen/isap/Seiten/LIPSY---Neue-Chancen-zur-beruflichen-Teilhabef%C3%BCr-Menschen-mit-psychischen-Erkrankungen.aspx>, letzter Zugriff 02.12.2025.