

Bedingungen für gelingende berufliche Reha-Verläufe von Menschen mit psychischen Erkrankungen aus der Perspektive verschiedener Akteure¹

Nancy Reims, Silke Tophoven und Angela Rauch

Beitrag zur Ad-hoc-Gruppe »Zeit im Sozialstaat – Zeitlichkeit in sozialstaatlich organisierten Übergangsprozessen«

Einleitung²

Mehr als jeder vierte Erwachsene in Deutschland ist jedes Jahr von einer psychischen Erkrankung³ betroffen (hier und im Folgenden: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde 2023). Psychische Erkrankungen weisen ein breites und heterogenes Spektrum auf, sind einer der wichtigsten Gründe für den Verlust von gesunden Lebensjahren und oft mit anhaltenden Beeinträchtigungen im alltäglichen Leben verbunden. Angststörungen, affektive Störungen und unipolare Depressionen sind die häufigsten Erscheinungsformen. Die Kosten für die Versorgung psychischer Erkrankungen wurden bereits 2012 auf 33 Mrd. Euro geschätzt (hier und im Folgenden: Salize 2023). Hinzu kommen die indirekten Kosten durch Erwerbstätigkeitsausfälle wie auch die immateriellen Kosten für die Betroffenen und deren Angehörige durch den Verlust von Lebensqualität, Sekundärerkrankungen und Einschränkungen im Erwerbsumfang. Psychische Behinderungen sind häufig mit Stigmatisierungen verbunden (Ludwig und von dem Knesebeck 2022). So sind Menschen mit psychischen Erkrankungen häufig sozial exkludiert, und dies stärker als andere chronisch Erkrankte (Richter et al. 2006); sie sehen sich mit vielfältigen Barrieren bei ihrer Arbeitsmarktintegration konfrontiert oder sind sogar vom Erwerbsleben ausgeschlossen (Gühne und Riedel-Heller 2015; Gühne

¹ Mit freundlicher Genehmigung des De Gruyter Brill Verlages und der *Zeitschrift für Sozialreform* (ZSR) dürfen wir unsere Erstveröffentlichung Reims, Nancy, Silke Tophoven, und Angela Rauch. 2024. Bedingungen für gelingende berufliche Reha-Verläufe von Menschen mit psychischen Erkrankungen aus der Perspektive verschiedener Akteure. *Zeitschrift für Sozialreform* 70(4):379–404. <https://doi.org/10.1515/zsr-2024-0006> im Rahmen des DGS-Kongressbandes erneut veröffentlichen.

² Die Autorinnen danken vor allem den Interviewten für ihre Bereitschaft, an den Studien teilzunehmen, sowie den anonymen Gutachter*innen, den Herausgebern und Teilnehmenden des Autorenworkshops der ZSR für ihre wertvollen Hinweise.

³ In diesem Beitrag werden die Begriffe psychische Störung, psychische Behinderung oder psychische Erkrankung synonym verwendet.

et al. 2017). Betroffene sind oft länger arbeitslos und häufiger auf z.B. Sozialleistungen z.B. nach dem SGB II angewiesen (Oschmiansky et al. 2017).

Gleichzeitig sind mit psychischen Erkrankungen oft lang andauernde Fehlzeiten verbunden. Der aktuelle Fehlzeiten-Report zeigt, dass die beruflichen Fehltage wegen psychischer Erkrankungen zwischen 2012 und 2022 um 48 Prozent gestiegen sind (der Anstieg bei anderen Erkrankungsgruppen lag bei 35 Prozent). Im Durchschnitt waren dies pro Fall 29,6 Arbeitsunfähigkeitstage (Badura et al. 2023). Psychische Erkrankungen sind überdies der Hauptgrund für Übergänge in Erwerbsminderungsrenten. Im Jahr 2000 lag der Anteil an Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bei psychischen Störungen noch bei 24 Prozent, bis ins Jahr 2012 ist er auf 42 Prozent angewachsen und bleibt seitdem auf diesem hohen Niveau (Deutsche Rentenversicherung Bund 2023). Gleichzeitig weisen Studien darauf hin, dass die Teilhabe am Arbeitsleben gerade für Menschen mit psychischen Erkrankungen einen hohen Stellenwert hat und zur Stabilisierung und Genesung dieser Erkrankungen beiträgt (Gühne et al. 2017).

Ein wichtiges sozialpolitisches Element zur (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt von Menschen mit Behinderungen sind Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) (§49 SGB IX). LTA werden stark von Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderungen in Anspruch genommen. Bei der Bundesagentur für Arbeit (BA) als größte Kostenträgerin von LTA befanden sich im Dezember 2023 (hier und im Folgenden: gleitender 12-Monatsdurchschnitt; Bestandszahlen) insgesamt 177.831 Menschen in einem beruflichen Rehabilitationsprozess. Bei 48% der Teilnehmenden im Bereich der Wiedereingliederung und bei 32% der Teilnehmenden im Bereich der Ersteingliederung wird eine psychische Behinderung dokumentiert (Statistik der Bundesagentur für Arbeit 2023). Hinzukommen Menschen mit anderen Krankheitsbildern, die zusätzlich eine psychische Erkrankung aufweisen. Dass LTA für Menschen mit psychischen Behinderungen ein Sprungbrett in den Arbeitsmarkt sein können, zeigen unterschiedliche Studien (z.B. Reims et al. 2023; Reims und Tophoven 2018). Sie zeigen aber auch, dass ihr Arbeitsmarktübergang deutlich schwieriger ist als für Menschen mit anderen Behinderungsarten.

Die wachsende Gruppe der Menschen mit psychischen Behinderungen wird sowohl von den Reha-Kostenträgern (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2020) als auch von Leistungserbringern, die z.B. qualifizierende Maßnahmen durchführen, als eine bedeutende Herausforderung für ihre Arbeit (Reims et al. 2023) eingestuft. Denn sie betreuen immer mehr Menschen mit psychischen Behinderungen sowie mit einer psychischen Co-Morbidität. Trotz eines umfangreichen Maßnahmenportfolios und spezialisierten Einrichtungen finden Menschen mit psychischen Behinderungen seltener zu einer (nachhaltigen) Erwerbsintegration (Reims und Tophoven 2018). Vor diesem Hintergrund beleuchten wir im Rahmen dieses Beitrags die Gelingensbedingungen für erfolgreichere berufliche Reha-Verläufe und nachhaltigere Übergänge in den allgemeinen Arbeitsmarkt von Menschen mit psychischen Behinderungen. Diese werden aus der institutionellen Perspektive durch Expert*innen von Agenturen, Jobcentern und Leistungserbringern beschrieben und um die individuelle Perspektive der Rehabilitand*innen mit psychischen Behinderungen ergänzt. Dabei stellt sich auch die Frage, ob diese Perspektiven deckungsgleich sind oder Unterschiede aufweisen und welche zusätzlichen Aspekte durch die Verbindung der Perspektiven möglicherweise sichtbar werden. Betrachtet werden in diesem Artikel ausschließlich LTA in Kostenträgerschaft der BA.

In Anlehnung an die Ausführungen von Bartelheimer et al. (2020) zur Realisierung von Teilhabe berücksichtigen wir bei der Untersuchung dieser Fragestellung das Zusammenspiel der handelnden Akteure und mögliche Wechselwirkungen, die sich aus den Handlungsebenen ergeben. Gesetzliche Regelungen und institutionelle Strukturen geben den Rahmen vor, unter denen die Arbeitsmarktteilhabe von psychisch Erkrankten durch Fachkräfte in Arbeitsagenturen und Jobcentern sowie bei Leistungserbringern unterstützt, vorbereitet und realisiert wird. Gleichzeitig haben diese Akteure auch eigene

Handlungsspielräume. Die Rehabilitand*innen bewegen sich mit ihren individuellen Bedürfnissen, Zielen und Unterstützungsbedarfen innerhalb dieser Strukturen.

Theoretischer Rahmen

Bedeutung der Erwerbsteilhabe für Menschen mit psychischen Erkrankungen

Erwerbsteilhabe ist für Menschen im Allgemeinen und besonders für Menschen mit psychischen Erkrankungen ein elementares Bedürfnis (Gühne et al. 2017; Kupka et al. 2021; Stähr 2013; Stengler et al. 2014). Erwerbstätigkeit trägt grundsätzlich zum allgemeinen Wohlbefinden, zur psychischen Gesundheit und Sicherung des materiellen Lebensstandards bei, gibt eine Tagesstruktur vor, ermöglicht den Aufbau weiterer sozialer Kontakte und das Erfahren gesellschaftlicher Anerkennung (Jahoda 1983). Erwerbsarbeit kann aber durchaus auch mit negativen Aspekten für die Gesundheit verbunden sein (Siegrist und Dragano 2020). Damit eine Erwerbsarbeit positive Aspekte entfalten kann, muss es sich um Tätigkeiten unter guten Bedingungen handeln (Reims und Bauer 2015). Trotzdem gilt häufig, fällt eine Erwerbstätigkeit weg, führt dies zu einer Verschlechterung des allgemeinen Wohlbefindens sowie der psychischen Gesundheit (Kausalitätshypothese). Andererseits kann eine schlechtere psychische Gesundheit auch zu Arbeitslosigkeit führen (Selektionshypothese) (Paul et al. 2016). Die Forschung geht inzwischen davon aus, dass beide Wirkrichtungen bestehen (Gühne et al. 2020).

Psychische Störungen, vor allem manifestierte, stellen eine besondere Herausforderung für die Arbeitsmarkt(re)integration dar. Depressionen zeigen z.B. oft wiederkehrende, episodische Verläufe, andere psychische Störungen sind anhaltend auf einem beeinträchtigenden Niveau (Oschmiansky et al. 2017). So haben die individuellen Krankheitsverläufe Einfluss auf die Bedingungen, unter denen eine Erwerbstätigkeit ausgeübt werden kann. Gleichzeitig ist Erwerbsarbeit ein wichtiger Faktor für Genesung und Stabilisierung psychischer Krankheitsbilder und Element von Therapien (Stengler et al. 2014). Psychisch erkrankte Langzeitarbeitslose äußern zumeist den Wunsch nach einer Erwerbstätigkeit (Gühne et al. 2020).

Teilhabe im Zusammenspiel der Bedingungen auf Mikro-, Meso- und Makroebene

Nach Bartelheimer et al. (2020) beschreibt Teilhabe die Beziehung zwischen Individuum und Gesellschaft. So wird Teilhabe als mehrdimensionaler Begriff verwendet und ist für verschiedene Lebensbereiche und Ebenen zu beurteilen, wobei diese miteinander verknüpft sind. Teilhabe kann als Indikator für soziale Gerechtigkeit interpretiert werden. Um Teilhabe zu verstehen, schlagen Bartelheimer et al. (2020) ein Modell vor, das diese als Folge von Teilhabechancen darstellt, die abhängig sind von Ressourcen und den individuellen wie gesellschaftlichen Bedingungen. Eine Beurteilung der Teilhabechancen erfolgt im Zusammenspiel von persönlichen wie gesellschaftlichen bzw. institutionellen Bedingungen.

Menschen mit Behinderungen beklagen ein Fehlen ihrer Teilhabechancen in vielen gesellschaftlichen Lebensbereichen; sie bemängeln aber auch Sondersysteme wie die Werkstätten für Menschen mit Behinderungen (WfbM), da im Bereich der Erwerbsteilhabe „die Norm gleichberechtigter und selbstbestimmter Teilhabe [...] in Frage [gestellt wird]“ (Bartelheimer et al. 2020, S. 6). Sie argumentieren, dass sie von ihrer Umwelt „behindert“ werden, z.B. durch fehlende Barrierefreiheit oder Vorurteile, die ihnen entgegenschlagen. Behinderung kann somit als „soziales Differenzierungsmerkmal“ verstanden werden, als soziales Konstrukt, das eine soziale Rolle definiert (Bendel 1999). Es liegt eine

negative Konnotation als nicht passendes Verhältnis zwischen Individuum und gesellschaftlichen Bedingungen vor.

Zur Sicherung und Förderung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen werden gesetzliche Rahmenbedingungen auf der Makroebene festgelegt. Reha-Kostenträger wie die BA übersetzen diese Gedanken der Teilhabe in Handlungslogiken und Handlungsanweisungen und definieren bzw. implementieren die Maßnahmen in ihrer Ausgestaltung auf Ebene der Arbeitsagenturen und Jobcenter. Sie initiieren Teilhabeprozesse zwischen den einzelnen Akteuren, die z.B. zur Bearbeitung der einzelnen Fälle oder zur Weiterentwicklung der Prozesse dienen.

Arbeitsagenturen und Jobcenter auf der Mesoebene setzen diese gesetzlichen und trägerspezifischen Vorgaben um. Gleichzeitig müssen sie z.B. die Komplexität des gegliederten Systems, wie es im Reha-Bereich vorhanden ist (siehe Abschnitt 2.3. und weiterführend Stöbe-Blossey et al. 2021), für die Kund*innen in „Alltagssprache“ übersetzen und sind weiteren Verpflichtungen unterworfen, wie beispielsweise Beitragsgelder sparsam zu verwenden. Weitere handelnde Institutionen sind die Erbringer von beruflichen Rehabilitationsleistungen, die zum einen ihre Geförderten unterstützen, (weiter-)bilden und in Arbeit bringen, den auf der Makro- und Mesoebene definierten Vorgaben unterworfen sind und gleichzeitig aber auch kompetitiv agierende Unternehmen sind.

So treffen bei der Erbringung und Umsetzung von LTA unterschiedliche Akteure aufeinander. Die jeweiligen Rahmenbedingungen, Handlungslogiken und -prozesse zur Erreichung von Teilhabe der einzelnen Akteure wirken auf die Mikroebene und den individuellen Rehabilitationsprozess und sind bei der Analyse zu berücksichtigen.

Rechtliche Regelungen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben

Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), die von Deutschland im Jahr 2009 ratifiziert wurde, fordert für Menschen mit Behinderungen eine „volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft“ (Art. 3c UN-BRK). Geeignete Rehabilitationsprogramme, um die vollumfängliche Teilhabe herzustellen, unter anderem im Bereich der Beschäftigung, sollen frühzeitig beginnen und die individuellen Bedürfnisse und Stärken berücksichtigen (Art. 26 UN-BRK). Über verschiedene sozialpolitische Maßnahmen der Rehabilitation wird u.a. die Arbeitsmarktteilhabe von Menschen mit Behinderungen gesichert. Dabei sollen Behinderungen und ihre Folgen durch geeignete Leistungen abgemildert werden. Die Erwerbsfähigkeit soll erhalten bleiben bzw. wiederhergestellt werden und eine Teilhabe am Arbeitsleben wie auch am Leben in der Gesellschaft sollen ermöglicht werden (SGB IX §4).

Im Rahmen der beruflichen Rehabilitation gibt es ein breites Spektrum an LTA. Das Portfolio reicht von allgemeinen (nicht behinderungsspezifischen) arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen, über technische Hilfen, Arbeitgeberzuschüssen bis hin zu Berufsvorbereitungen, Ausbildungen, Weiterbildungen oder Umschulungen. LTA-Maßnahmen werden bei unterschiedlichen Leistungserbringern durchgeführt wie z.B. freien Trägern, Berufsbildungswerken (BBW), Berufsförderungswerken (BFW) u.a. Mit den Beruflichen Trainingszentren (BTZ) und Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) gibt es auch zwei Typen von Leistungserbringern, die ganz spezifisch auf Rehabilitand*innen mit schwereren psychischen Erkrankungen ausgerichtet sind.

Die berufliche Rehabilitation ist Teil eines komplex gegliederten und ausdifferenzierten Sozialsystems, in dem verschiedene Kostenträger mit unterschiedlichen Zuständigkeiten wirken. Die größten Träger sind, neben der BA, die Rentenversicherung und die Gesetzliche Unfallversicherung. Die Zuständigkeit ergibt sich über die verschiedenen Zugangsvoraussetzungen für LTA (hierzu siehe Seel 2022). Daneben spielen weitere Akteure wie Krankenkassen oder die Jugendhilfe eine Rolle.

Das System ist nicht immer leicht zu durchblicken. Es entstehen eine Reihe von Schnittstellen, die von den beteiligten Akteur*innen zu bearbeiten sind. Zwar ist das Ziel der Teilhabe im SGB IX klar

festgelegt, die verschiedenen Akteur*innen handeln aber auch auf Basis eigener und weiterer Rechtsgrundlagen, Logiken, Kulturen und Ziele. Diese sind oft nur bedingt miteinander verknüpft und eher auf diffuse Weise verbunden (Stöbe-Blossey et al. 2021).

In Abhängigkeit von der Zuständigkeit aber auch, an welchem Punkt des Prozesses sich ein Verfahren gerade befindet, können Wechsel zwischen verschiedenen sowie auch innerhalb von Systemen stattfinden. Dies kann ein Übergang nach einem Klinikaufenthalt (betreut durch die Krankenkasse) in die berufliche Reha der BA sein, oder innerhalb einer Institution wie der BA von einer Betreuung durch das Jobcenter als „nur“ Bürgergeldempfänger*in zum Reha-Fall, der nun wiederum bei der Agentur für Arbeit betreut wird. Die hier notwendigen Schnittstellen und Austauschformate müssen so gut ineinandergreifen, dass die Akteure Handlungssicherheit haben (Stöbe-Blossey et al. 2021). Gelingt dies nicht, kann dies die Erwerbsteilhabechancen von Individuen behindern.

Forschungsstand zur Erwerbs(re)integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen in beruflicher Rehabilitation

Reims und Tophoven (2018) betrachten die Reintegration in den Arbeitsmarkt nach Weiterbildungsmaßnahmen im Rahmen von LTA in Kostenträgerschaft der BA im Bereich der Wiedereingliederung. Die Beschäftigungsquoten wie auch die Nachhaltigkeit der Arbeitsmarktintegration fallen bei Menschen mit psychischen Behinderungen geringer aus als bei Menschen mit Behinderungen des Stütz- und Bewegungsapparates oder organischen Behinderungen, gleichzeitig stellen sie aber die zweitgrößte Gruppe unter den Teilnehmenden. Feststellen lässt sich auch, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen zunehmend eine Beschäftigung in WfbM aufnehmen. 2022 waren 22 Prozent der Werkstattbeschäftigten Menschen mit psychischen Behinderungen (Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen 2023).

In einer Studie zu den Arbeitsmarktübergängen nach LTA identifizieren Klaus et al. (2018) folgende Aspekte, die mit einer nachhaltigen Arbeitsmarktintegration verbunden sind: Umgang mit der Erkrankung, Bedarf eines Schonraums auch nach der Rehabilitation, Zielstrebigkeit oder soziale Einbindung. Daraus können Risikokonstellationen entstehen, die eine Barriere für die Arbeitsmarktintegration sind, die nicht nur auf die Diagnose zurückzuführen sind, sondern eng mit Aspekten wie z.B. Wahl des Umschulungsberufs oder Krankheitsbewältigung verwoben sind. Auch Zürcher et al. (2023) verweisen darauf, dass eine frühzeitige Erkennung von Bedürfnissen und ein angemessener Zugang zu arbeitsbezogener Unterstützung entscheidend ist. Gühne et al. (2021) betonen, dass bereits während des Behandlungsverlaufs sowohl der Beschäftigungsstatus als auch den Wunsch nach Arbeit routinemäßig bewertet werden sollte und die Arbeitsmotivation während des gesamten Behandlungsverlaufs gestärkt werden sollte. Die Trennung im System zwischen Behandlung und Rehabilitation ist dabei eine Herausforderung (Gühne et al. 2017). Zusätzlich ist nach Oschmiansky et al. (2017) eine stärkere Verzahnung zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation und Kooperation mit Jobcentern, psychosozialer Versorgung und weiteren Netzwerkpartnern nötig. Sie zeigen in einer qualitativen Studie zu Menschen mit psychischen Erkrankungen im SGB II, dass viele sich eine Erwerbstätigkeit wünschen – eine Tätigkeit, die zu ihren Bedürfnissen und gesundheitlichen Einschränkungen passt. Notwendig ist ein verständnisvolles Arbeitsumfeld. Sie sorgen sich, dass die Arbeitsbedingungen nicht passen und belastend sein könnten wie z.B. atypische Arbeitszeiten oder eine befristete Perspektive. Gleichzeitig verweisen die Autor*innen auf unterschiedliche Schwierigkeiten der Jobcenter im Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Etuknwa et al. (2019) suchen in einem systematischen Review nach Auswirkungen wichtiger persönlicher und sozialer Faktoren auf eine nachhaltige Rückkehr an den Arbeitsplatz nach krankheitsbedingten Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychischen Störungen. Für beide Diagnosegruppen zeigt sich, dass für das Erreichen einer nachhaltigen Arbeitsplatzrückkehr die Unterstützung durch Vorgesetzte und Kolleg*innen, eine positive Einstellung, Selbstwirksamkeit, ein junges Alter und ein höheres Bildungsniveau zentral sind. Andersen et al. (2012) betonen mit Bezug auf die Unterstützung am Arbeitsplatz, dass auch die Ursache für die psychische Erkrankung zu berücksichtigen ist: hat die psychische Erkrankung ihren Ursprung hauptsächlich im beruflichen Kontext, so ist dies anders zu bewerten als ein persönlicher Schicksalsschlag als Auslöser. Dies ist dann auch bei entsprechenden beruflichen Anpassungen zu beachten.

Weiterhin werden auch „neue“ Ansätze diskutiert, erprobt und erforscht (hier und im Folgenden Stengler et al. 2021). Während in Deutschland weiterhin die Herangehensweise des sogenannten „train and place“ dominiert, d.h. die Geförderten erst zu qualifizieren, bevor sie sich auf dem Arbeitsmarkt um eine Beschäftigung bemühen, gibt es Ansätze, die eine tätigkeitsspezifischen Qualifikation im Rahmen eines konkreten Beschäftigungsverhältnisses vorsehen („place and train“). Befunde aus anderen Ländern verweisen auf die guten Erfolgsquoten dieser Ansätze bei Menschen mit psychischen Erkrankungen (z.B. de Winter et al. 2022; Frederick und VanderWeele 2019; Zürcher et al. 2023). Stengler et al. (2014) plädieren daher für eine Umgestaltung des aktuellen Rehabilitationssystems, um eine nachhaltige Etablierung von „place and train“ Ansätzen in Deutschland zu erreichen.

Der Forschungsstand scheint trotz der Wichtigkeit des Themas und im internationalen Vergleich für Deutschland insgesamt noch überschaubar. Viele Studien blicken auf die erfolgreiche Arbeitsmarkt(re)integration. Der berufliche Rehabilitationsprozess selbst und die dabei notwendigen Gelingensbedingungen stehen selten im Fokus. Dies gilt insbesondere für die institutionelle Perspektive. Diese Lücke füllt die vorliegende Untersuchung und verbindet die institutionelle mit der Perspektive der Rehabilitand*innen.

Daten und Methode

Zur Analyse werden Daten zweier Teilprojekte herangezogen, die vom Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) durchgeführt wurden. Diese wurden im Rahmen des übergreifenden Ziels der Evaluation der LTA in Kostenträgerschaft der BA vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales gefördert (Reims et al. 2018). So können sowohl die Akteursperspektiven von Leistungserbringern und rehabilitationsspezifischen Fachkräften aus Agenturen und Jobcentern als auch die Perspektiven der Geförderten selbst zusammengeführt werden. Es entsteht ein gemischt-methodisches Forschungsdesign, in dem die Daten verschiedener Erhebungsphasen trianguliert werden.

Zur Betrachtung der institutionell-organisationalen Ebene nutzen wir qualitative Daten eines 2016 bis 2019 durchgeführten Forschungsprojekts „Perspektive der Leistungserbringer“ mit dem Ziel, die Landschaft der Leistungserbringer darzustellen und deren Organisation zu ergründen (hier und im Folgenden: Reims et al. 2020). Dabei wurden u.a. qualitative Interviews mit Expert*innen bei 32 Leistungserbringern durchgeführt, die Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation im Auftrag der BA umsetzen. Die Auswahl des Samples bildete die Breite der Leistungserbringer ab und war hinsichtlich verschiedener Merkmale, u.a. Größe, Maßnahmeangebot oder Region, kontrastiv. Es umfasst Phase-II-Einrichtungen, RPK, BTZ, BBW, BFW, Vergleichbare Einrichtungen nach §51 SGB IX, sowie Freie Träger (Reims et al. 2020). WfbM waren aufgrund ihrer Sonderstellung kein Teil des Projekts. Für die hier durchgeführten Analysen wurden die Interviews von Leistungserbringern verwendet sowie von zwei Agenturen und zwei Jobcentern, die ebenfalls im Rahmen des oben genannten Projektes befragt wur-

den. Bei den Interviews mit Expert*innen standen insbesondere Fragen zum Maßnahmeangebot, zur Teilnehmendenstruktur, zu Einflussfaktoren auf den Maßnahmeerfolg, zur Zusammenarbeit mit Jobcentern, Agenturen und anderen Leistungserbringern sowie aktuelle und zukünftige Entwicklungen und Herausforderungen im Kontext der beruflichen Rehabilitation im Mittelpunkt (Reims et al. 2020). Das Datenmaterial wurde dahingehend analysiert, welche Faktoren die Expert*innen als Gelingensbedingungen für die Integration von Menschen mit psychischen Behinderungen ansehen.

Das Gelingen der beruflichen Rehabilitation ist insbesondere abhängig von den Teilnehmenden selbst. Daher wurden Daten einer 2014 und 2015 durchgeführten qualitativen Befragung von Rehabilitand*innen im Förderbereich der BA genutzt, die u.a. zum Ziel hatte, das individuelle Teilhabeverständnis von Geförderten zu ergründen (hier und im Folgenden: Tisch et al. 2017). Die Fallauswahl von Personen in verschiedenen Qualifizierungs- und Orientierungsmaßnahmen erfolgte im Sinne der Grounded Theory mittels einer qualitativen, explorativ angelegten, lernenden Herangehensweise (Glaser und Strauss 2017). Sie berücksichtigte kontrastive Kriterien wie das Geschlecht, die Region, die Behinderungsart sowie den Bildungsstatus der Befragten. Insgesamt wurden 83 Personen interviewt. Bei den narrativen Interviews standen das Erleben des Rehabilitationsprozesses, die individuelle krankheitsspezifische sowie berufsspezifische Biografie, die Beschäftigungsfähigkeit bzw. das Krankheitserleben, Erfolgswahrnehmung und -bedingungen, Erfahrungen mit Agenturen, Jobcentern, Leistungserbringern und Betrieben sowie Fragen zur Vereinbarkeit im Mittelpunkt (Tisch et al. 2017). In die vorliegende Analyse wurden nur diejenigen Interviews von Geförderten mit einer psychischen Behinderung einbezogen (13 Fälle aus dem Bereich der Ersteingliederung, 18 Fälle aus dem Bereich der Wiedereingliederung). Das vorliegende transkribierte Material der beiden Projekte wurde mit der strukturierenden Inhaltsanalyse ausgewertet (Kuckartz 2018). Basierend auf den Vorüberlegungen und der jeweiligen Leitfäden wurden thematisch/inhaltliche Kategorien entwickelt, im Prozessverlauf angepasst und kontrastiv analysiert. Unterstützend wurde MAXQDA genutzt.

Ergebnisse

Institutionelle Gelingensbedingungen

Ganzheitliche Diagnostik und Kooperation im gegliederten System

Um Menschen mit psychischen Erkrankungen passgenau mit beruflichen Unterstützungsangeboten zu versorgen, ist eine *umfassende, ganzheitliche Diagnostik* erforderlich – gesundheitlich wie lebensweltlich. Für die Arbeitsverwaltung spielt die Diagnostik, im Besonderen bezogen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit, eine zentrale Rolle. Hier kann sie auf Unterstützung ihres eigenen ärztlichen Dienstes sowie den berufspsychologischen Service zurückgreifen, aber auch auf krankheitsgeschichtliche Informationen der Geförderten. Die Diagnostik bietet Orientierung und kann bestimmte Arbeitsplatzanforderungen (heben, sitzen, Lasten tragen) ein- oder ausschließen sowie die Befähigung oder Nichtbefähigung für bestimmte Berufe. Aber diese Informationen können lückenhaft sein. Vor allem psychische Probleme sind oft nicht (gleich) offensichtlich, veränderlich oder können zusätzlich zu einer bereits bestehenden Behinderung auftreten. Im Zeitverlauf können sich Arbeits- und Leistungsfähigkeit ändern. Dies wird nur abgebildet, wenn Einstufungen wiederholt in den Blick genommen werden.

Eine umfassende Diagnostik kann zeitaufwendig sein und verlangt eine Offenheit der Rehabilitand*innen gegenüber den Fachkräften in Agenturen und Jobcentern, die wiederum nur durch ein Vertrauensverhältnis möglich ist. Vor allem Leistungserbringer betonen dabei, dass im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtung lebensweltliche Faktoren geklärt werden müssen, z.B. nötige Nähe oder Ferne zum Wohnort, um soziale Kontakte nicht zu verlieren oder ein beeinträchtigendes soziales Umfeld

zu meiden. Sie befürworten, ebenso wie Jobcenter und Agenturen, eine noch engmaschigere *Kooperation zwischen verschiedenen Akteuren im gegliederten System*. Dies ist oft aufwendig, lohnt aber den Aufwand, um Drehtüreffekte zu vermeiden sowie die individuell richtige Förderung zu bestimmen und unnötige Zeit in nicht passenden Maßnahmen zu vermeiden, wie eine Jobcenter-Mitarbeiterin betont:

„braucht er vielleicht nur Stützunterricht. Ne? Oder ist familiär jetzt irgendwie eine Krise entstanden, wo er da Unterstützung bräuchte? Also wieder dieser ganzheitliche Ansatz. Und das ist das Wichtige, dass sich Kunde, Träger, SGB III, SGB II austauschen. Also wenn man merkt, da tut sich jetzt was ungünstig entwickeln, dann muss jeder handeln.“
Jobcenter_2 (Pos. 240)

Im Reha-Prozess kann es zu *längeren Wartezeiten* kommen, z.B. bis eine Maßnahme nach einem Klinikaufenthalt oder einer Krankheitsphase beginnt oder bis die Zuständigkeit und Finanzierung geklärt ist. Rehabilitand*innen schildern Unterschiedliches. Einige wurden im Rahmen eines Klinikaufenthalts schon auf LTA hingewiesen, andere berichten von längeren Suchphasen, bis sie auf LTA aufmerksam (gemacht) wurden. *Zeit* verstreicht, was die individuelle Motivation für eine berufliche Neuorientierung schmälern kann, Erkrankungen können chronisch werden und eine Krankenrolle kann sich verfestigen, wie auch Leistungserbringer berichten.

Leistungserbringer betonen zudem, dass eine engere Verzahnung von medizinischem und beruflichem Versorgungssystem notwendig ist. Die *Planung der beruflichen Rückkehr* steht im *medizinischen Bereich* häufig zu wenig im Fokus. Ausnahmen sind stärker verknüpfte Maßnahmeformen von medizinischer und beruflicher Rehabilitation wie beispielsweise bei den RPK.

Beziehungskontinuität: Aufbau von Wissen über und den Umgang mit psychischen Erkrankungen

Psychisch Kranke verschweigen ihre Krankheit oft lange Zeit bewusst, wie Fachkräfte bei Agenturen, Jobcentern und Leistungserbringern berichten. Um sich vertrauensvoll öffnen zu können, ist eine *Kontinuität in der Begleitung* während des Reha-Prozesses durch Mitarbeitende der Agenturen und Jobcenter, der Leistungserbringer und dem psychologischen Fachpersonal nötig. Ein (stetiger) Wechsel von Ansprech- bzw. Bezugspersonen ist kontraproduktiv. Viele Interviewte berichten aber von relativ hoher Personalfuktuation, die den Aufbau einer Vertrauensbasis verhindert. Zudem sind die Geförderten gezwungen, ihre Situation kontinuierlich aufs Neue darzulegen, was sie Kraft kostet.

Insgesamt führt dies zur Verhinderung oder Verlangsamung eines Wissens- und Erfahrungsaufbaus sowie zu unzureichender Weitergabe relevanter gesundheitlicher Informationen. Falsch gezogene Schlüsse zur gesundheitlichen Situation führen zu Prozessfehlern oder Verzögerungen, z.B., dass eine Person erst vollständig genesen muss, bevor sie vermittelt werden kann oder unpassende Maßnahmen (z.B. ohne psychologische Unterstützung) ausgewählt werden.

Immer wieder werden *fehlende Kenntnisse über psychische Behinderungen und der Umgang* damit genannt. Dies kann auf Leistungserbringer zutreffen, wenn sie nicht darauf spezialisiert sind, wie auch auf Mitarbeitende in Agenturen und vor allem Jobcentern. Zwar werden interne Schulungen angeboten und auch Leistungserbringer bieten Weiterbildungen für Agenturen und Jobcenter an (Reims et al. 2023), dennoch fordern Rehabilitand*innen, aber auch Fachkräfte bei den Agenturen und Jobcentern, passende Unterstützung im Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen. So beschreibt ein Mitarbeiter eines Jobcenters die Hilflosigkeit des Teams, wenn notwendige Behandlungen nicht angenommen werden:

„dass [...] die Vermittlungsfachkräfte mehr Unterstützung erhalten. Also ich könnte jetzt aber nicht sagen, ob es Schulung abdecken würde, weil wir sind sehr gut geschult, (...) Und halt wie gesagt, wie man damit umgeht, ne? Den Tag hatte ich halt auch eine Mitarbeiterin [...], sie hat jemanden, der ist schizophran, sie weiß/ der geht aber auch nicht zum Arzt, weil er ist ja nicht krank. Ja, und da ist man jetzt auch mit der Psychologin

der einen Maßnahme da im Gange, ihm das entsprechend zu verdeutlichen, dass man nicht zum Arzt geht, man geht woanders hin, und dann kriegt er da Tabletten, damit er die Welt so sieht, wie wir sie sehen. [...] Und das sind keine Einzelfälle, ja? Also dass da so ein/ weiß ich nicht, was man da machen kann, ja, wie man da noch mehr Unterstützung mit an die Hand gibt, ja? Dass man da in die Jobcenter vielleicht doch Psychologen oder Sozialpädagogen noch gibt, die halt diesen Prozess noch mehr mit unterstützen [...].“ Jobcenter_1 (Pos. 277)

Individualität und Flexibilität in der Maßnahmeerbringung

Eine *Maßnahmeerbringung*, die *individueller* und auch *flexibler* als bisher erfolgt und die verschiedensten Aspekte umfasst, wird sowohl von Agenturen und Jobcentern wie auch von vielen Leistungserbringern als wichtig für den Maßnahmeerfolg hervorgehoben. Bei vielen Menschen mit psychischen Behinderungen gehören sinusförmige Verläufe zum Krankheitsbild. Unterbrechungen und Klinikaufenthalte können nötig werden. *Unterbrechungen* von mehreren Wochen sind aber bei den meisten Maßnahmen nicht vorgesehen, sodass ein Abbruch, erneute Wartezeiten und Einrichtungswechsel die Folge sein können. Die festen Strukturen und damit *zeitlich beschränkte Maßnahmedauern* (z.B. Höchstförderdauer bei berufsvorbereitenden Rehamaßnahmen) sind laut den Leistungserbringern für dieses Klientel hinderlich.

Aber auch *Maßnahmeinhalte und -ausgestaltung* werden diskutiert. Bei bestimmten Krankheitsbildern kann es kontraproduktiv sein, Maßnahmen *in größeren bzw. heterogenen Gruppen* durchzuführen, da sehr unterschiedliche Bedürfnisse aufeinandertreffen. Auch die *Einrichtunggröße* spielt eine Rolle. Kleine Einrichtungen verweisen auf die Sinnhaftigkeit ihrer Größe für psychisch Erkrankte, die aus ihrer Sicht in großen Einrichtungen nicht individuell genug unterstützt werden können. Außerdem werden weitere Rahmenbedingungen genannt, die für psychisch Erkrankte nicht passen, wie die Geschäftsführung eines Leistungserbringers beschreibt:

„Und ein Autist zum Beispiel [...] Der braucht ein spezielles Angebot, [...] also auch Module, die man mit Autisten durchführt, von hochkarätigen Psychologen durchgeführte Tests, um dann auch zu sagen, wo ist denn seine Belastbarkeit [...]. Und ich kann dem nicht ein Doppelzimmer zumuten. Das kann der nicht. Der läuft auch nicht durch die Einrichtung und gibt Ihnen die Hand, das schafft der nicht.“ Leistungserbringer_11 (Pos. 720).

Andererseits sind bei vielen Maßnahmen *Bestandteile verpflichtend* vorgesehen, obwohl sie häufig von Geförderten nicht benötigt werden. Programme wie die Unterstützte Beschäftigung werden als besonders individuell anpassbar hervorgehoben:

„Und [...] wenn man zum Beispiel begleitete betriebliche Ausbildung anschaut, da hat man das Korsett mit den drei Stunden Nachhilfepflicht, und das macht das Leben einfach nervig schwer. Weil ich einfach da eine Auflage hab, die manchmal sinnbefreit ist für die individuelle Person. Und da wär es viel schöner, wenn man abstimmen könnte, wie viel braucht am Anfang/ wie viel braucht die Person, das festlegt und gegebenenfalls nachjustiert. [...] und das hab ich bei der unterstützten Beschäftigung, ich kann wirklich die Förderung sehr individuell anpassen.“ Leistungserbringer_23 (Pos. 101)

Ein weiterer Punkt, der sowohl von Rehabilitand*innen als auch von Leistungserbringern angesprochen wird, ist, *Maßnahmen in Teilzeit oder in Gleitzeit* durchzuführen. Zwar werden inzwischen mehr Maßnahmen in Teilzeit angeboten, allerdings bei weitem nicht im erforderlichen Maße mit Blick auf Krankheitsbilder und Vereinbarkeitserfordernisse.

In diesen Argumentationskontext gehört auch die *Maßnahmeerbringung vor Ort*, die immer noch weit verbreiteter Standard ist. Durch die Covid-19-Pandemie ist viel mehr möglich. So bieten manche Leistungserbringer in bestimmten Berufsfeldern vermehrt digitale Fortbildungsformate an, dies spiegelt sich aber aktuell noch nicht in der Ausschreibungspraxis der Kostenträger wider. Einige Leistungserbringer sehen darin große Vorteile für bestimmte Diagnosegruppen, wenn ein größerer Teil der Ausbildung digital durchgeführt werden könnte. Dies würde auch Menschen zugutekommen, die im ländlichen Bereich leben. Vor allem Spezialeinrichtungen wie die BTZ sind vermehrt in Ballungsräumen zu finden. Vor allem Leistungserbringer sehen hier Nachholbedarfe in den Angeboten der beruflichen Rehabilitation, die in alten Mustern verbleibt, und nicht den Bedingungen des aktuellen Arbeitsmarktes entspricht.

Gelingensbedingungen bei den Geförderten

Während *unnötige* Wartezeiten oder zeitlich nicht flexible Maßnahmedauern für die Motivation von Geförderten problematisch sind, ist im individuellen Prozess der beruflichen Rehabilitation ausreichend Zeit dringend *nötig*, wenn eine Rehabilitation erfolgreich sein soll. Dies müssen die Kostenträger berücksichtigen, aber auch die Geförderten annehmen. Eine Rehabilitandin beschreibt:

„also ich erinnere mich mit großer Freude an dieses Gespräch, weil sie [Reha-Beratung] mir letzten Endes was gesagt hat, was mir nicht gefallen hat, aber was mir seitdem ziemlich weiterhilft, weil sie meinte, ‚Frau [...] so, Sie stellen sich vor, ist eine lange Leiter, Sie stehen ganz unten, es wird Ihnen viel zu langsam gehen, aber es geht nicht schneller, Sie müssen wirklich jede Sprosse mitnehmen. Vertrauen Sie mir, das ist so.‘ Und na ja. Sie hatte recht.“

Rehabilitand*in_57 (Pos. 7)

Die Teilnehmenden *müssen innerlich bereit und gesundheitlich stabil* genug für die berufliche Rehabilitation sein. So betonen alle Interviewten aus den Organisationen, dass vor allem bei diesem Krankheitsspektrum Rückfälle einkalkuliert werden müssen. Der schon angesprochene Aspekt einer *ganzheitlichen Diagnostik* muss in den Blick genommen werden. Dazu gehören auch Umweltfaktoren wie Lebensumstände, Familien-, Wohnsituation und soziale Unterstützung. Zu berücksichtigen sind ebenfalls der bisherige Krankheitsverlauf sowie die (Bildungs-)Biografie. Nur wenn diese Faktoren berücksichtigt werden, sehen sich viele psychisch Erkrankte in der Lage, den Fokus (wieder) auf ihre berufliche Perspektive zu legen. Ob eine Stabilisierung vor dem Reha-Verfahren herzustellen ist oder ob die Maßnahmeteilnahme hierzu beiträgt, ist individuell verschieden. Die Interviews zeigen, dass es Menschen mit psychischen Erkrankungen schwerer fällt, eine (neue) berufliche Richtung einzuschlagen, anders als beispielsweise Interviewten mit körperlichen Einschränkungen. Letztere gehen oft fokussierter in die Aushandlungsprozesse mit Agenturen und Jobcentern, aber auch mit Bildungseinrichtungen. Der *Glaube an sich selbst und an den eigenen Erfolg* spielt eine Rolle. Weitere Gelingensbedingungen sind der *Grad der Krankheitsbewältigung*, aber auch der *Wille, sich in die gegebenen Strukturen einzuordnen und anzupassen*, dies zeigt sich deutlich in den Aussagen der Rehabilitand*innen sowie der Leistungserbringer.

Für eine hohe *Motivation* der Teilnehmenden ist es auch relevant, ob ihre *beruflichen Wünsche Berücksichtigung* finden. Ein Matching zu erreichen zwischen *Betrieb und Geförderten*, aber auch zwischen *(Berufs-)Wünschen der Rehabilitand*innen und Machbarkeit dieser Wünsche* ist herausfordernd. Insbesondere Menschen mit psychischen Behinderungen müssen viel ausprobieren. Das für sie Passende herauszufinden, kann dauern. Dabei hilft praktische Selbsterfahrung in verschiedenen Bereichen, um sich über Machbarkeit und Passung der beruflichen Perspektiven zum eigenen Krankheitsbild klar zu

werden. Die Aspekte des Ausprobierens und der Selbsterfahrung sind Dinge, die vor allem im klassischen Vorgehen des „train and place“ bei dafür spezialisierten Einrichtungen vorgesehen sind.

Dafür müssen vor allem auf Seiten der Geförderten Einsichten entstehen und Erwartungen reflektiert werden. Dies betrifft die Wahl eines eher praktischen oder eher kognitiven Berufes und die Entscheidung im alten Beruf erneut Fuß zu fassen oder in einem neuen Berufsfeld. Die Geschäftsführung eines Leistungserbringers beschreibt dies so:

„Wenn jemand hierhin kommt und eigentlich unbedingt eine neue Qualifizierung haben will. Was nicht selten der Fall ist bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung, die meistens schlechte Berufserfahrungen gemacht haben, und denken, woanders ist alles besser. Ist es aber nicht. Die Schwierigkeiten wandern in der Regel mit. Wenn also eine ausreichende berufliche Qualifizierung da ist, ist der Königsweg immer die Reintegration in das Berufsfeld. Das wird aber dann manchmal anders gesehen. Und wir haben dann schon so ein bisschen die Zwischen-den-Stühlen-Karte, zwischen Kostenträger und medizinischer Einschätzung und den Vorstellungen des Rehabilitanden. Dann ist unsere Aufgabe da, einen Ausgleich hinzukriegen, der möglichst für beide tragbar ist.“ Leistungserbringer_24 (Pos. 181)

Die Anknüpfung an das alte Berufsfeld sollte idealerweise noch während des bestehenden Beschäftigungsverhältnisses durchgeführt werden, um zu vermeiden, dass die Rehabilitand*innen in die Arbeitslosigkeit fallen. Teils wollen Geförderte selbst unbedingt wieder im alten Berufsfeld integriert werden, z.B. das sozialmedizinische Gutachten widerspricht dem aber. Die berufliche und gesundheitliche Passung herzustellen, kann ein langer Prozess sein.

Betriebliche Rahmenbedingungen

Eine weitere Gelingensbedingung ist die *individuelle Arbeitsplatzgestaltung*, die im Rahmen der Maßnahme identifiziert und möglicherweise in ihrer Variabilität getestet werden muss, aber vor allem auch am tatsächlichen *Arbeitsmarkt* Bestand haben sollte. Dies betrifft die passende Tätigkeit im Rahmen des jeweiligen Berufs, aber auch das Ausmaß sozialer Kontakte sowie Eigenverantwortung innerhalb der Tätigkeit sowie den Arbeitsumfang. Vollzeit ist das Ziel – insbesondere im Interesse der Kostenträger – auch wenn gerade dieses Ziel für die Personengruppe der Menschen mit Behinderungen nicht immer realistisch oder gewollt ist. Veränderte Arbeitsbedingungen aufgrund der Beeinträchtigungen sind häufig einfach nötig, gleichzeitig fürchten die Geförderten Stigmatisierung aufgrund ihrer Behinderungen, auch wenn die Rahmenbedingungen im gewählten Beruf behinderungskonform gestaltet werden könnten, wie eine Rehabilitandin beschreibt:

„Gleitzeiten, also wirklich dass ich mir aussuchen kann, wann ich anfangen, wann ich wieder gehe, ja der auf jeden Fall Rücksicht nimmt auf die Erkrankungen der Mitarbeiter, ja, also das heißt ich hab wirklich Angst mich später zu bewerben, und zu sagen, ich hab hier 50 Prozent Schwerbehinderung. [...] ja und vielleicht nicht unbedingt viel Wochenendarbeit. Weil das ist genau das, oder nicht so viel Tage am Stück hintereinander. Weil das war das, was mir im Endeffekt dann auch noch mit das Genick gebrochen hat.“ Rehabilitand*in_69 (Pos. 441)

Frühere berufliche Erfahrungen verbunden mit Überlegungen, ob es wirklich eine Tätigkeit am ersten Arbeitsmarkt sein muss, können dazu führen, dass z.B. nach dem Besuch verschiedener Maßnahmen die Integration in einer WfbM erwogen wird, um sich dem Druck des Arbeitsmarktes zu entziehen und ein passendes Arbeitsumfeld unter Gleichgesinnten zu erhalten. An diesem Punkt ist der folgende Geförderte nach langer Krankheits- und Rehabilitationsgeschichte angekommen:

„hab halt jetzt ein Praktikum absolviert was in Behindertenwerkstätten stattfindet [...] und das ist eine Einrichtung für psychisch Kranke. Die Arbeit ist da einfach und monoton es ist sehr ruhig, aber das scheint gerade das zu brauchen, also zu sein, was ich brauche gerade. Das hat mir gutgetan einfach. Und mir tut auch die Perspektive gut, dass es weitergehen kann. Also nicht so getrieben zu sein. Und irgendwo Raum zu haben, wo ich angenommen werde, wie ich bin, ja?“ Rehabilitand*in_58 (Pos. 9)

Zur (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt fokussieren viele Leistungserbringer, und dieses wird auch von den Fachkräften in Arbeitsagenturen und Jobcentern hervorgehoben, vornehmlich auf *kleinere und mittelständische Unternehmen*. Diese sind auf einer persönlichen Ebene besser zu erreichen, beklagen Fachkräftemangel und profitieren bei der Integration neuer Beschäftigter von der Unterstützung durch die Leistungserbringer. Die Leistungserbringer betonen, dass sie oftmals Hauptansprechpartner sind, sie unterstützen bei Anpassungen der Arbeitsbedingungen, aber auch bei Fragen von sozialer oder kommunikativer Teilhabe zwischen neuen und alten Kolleg*innen.

Mit der *Nachsorge* nach Ende der Maßnahme werden die Wege zum Übergang nach der Rehabilitation in den Arbeitsmarkt geebnet. Allerdings wird die in den Ausschreibungs- und Maßnahmebedingungen festgeschriebene Nachbetreuungszeit von sechs Monaten von vielen Leistungserbringern als zu kurz, zu starr und zu gering entlohnt beschrieben, vor allem bezogen auf die hier im Fokus stehenden Menschen mit psychischen Erkrankungen. Denn aus ihrer Sicht brauchen Arbeitgebende hier vergleichsweise viel und zumeist auch längerfristige Unterstützung. Wieder ist Zeit ein entscheidender Faktor.

Diskussion

Unsere Analyse verbindet verschiedene Perspektiven. So zeigen die Ergebnisse die Vielschichtigkeit der Gelingensbedingungen zur Realisierung von Erwerbsteilhabe für Menschen mit psychischen Erkrankungen, aber auch, dass die Ansichten über Gelingensaspekte der unterschiedlichen Akteure vielfach identisch sind. Die Motivation der Rehabilitand*innen selbst ist zentral, aber Ansatzpunkte sind auch im institutionellen Rahmen des Reha-Systems, in den Gegebenheiten des Arbeitsmarktes sowie in der konkreten Tätigkeit und dem zugehörigen Kontext zu finden. Bestehende Vorgaben, Handlungslogiken und Handlungsanweisungen der unterschiedlichen professionellen Akteure führen teilweise zu Friktionen, die die individuelle Arbeitsmarktintegration erschweren.

Als Gelingensbedingung beruflicher Rehabilitation muss zwingend der *Individualität* der Geförderten und ihren Bedarfen mit *flexiblen Lösungen* begegnet werden, um eine erfolgreiche Arbeitsmarkt(re)integration zu erreichen.

Die Rehabilitation psychisch Erkrankter benötigt *Zeit*: Zeit, um eine ganzheitliche *Diagnostik durchzuführen*, Zeit um *weitere Lebensumstände zu regeln*, Zeit, um eine *geeignete berufliche Perspektive* zu finden sowie Zeit und Möglichkeiten für *krankheitsbedingte Unterbrechungen*. Ermöglicht werden könnte dies durch *modulare Angebote*, die bedarfsabhängige Zusatzmodule ermöglichen. Zeit braucht es auch für die Nachbetreuung. Nicht zu viel Zeit darf hingegen verstreichen, bis das Thema Erwerbsarbeit im Genesungsprozess überhaupt thematisiert wird und LTA eingeleitet werden.

Aber nicht nur die Erkrankung darf im Mittelpunkt stehen. Lebensumstände oder Bildungsbiografien müssen berücksichtigt werden. So verweisen Schwarz et al. (2024) darauf, dass die Rückkehr in den Arbeitsmarkt ein komplexer Prozess ist, der die gesamte Lebens- und Arbeitsgeschichte sowie den sozialen Kontext berücksichtigen muss. Das APC-Modell argumentiert mit Bezug auf Personen mit Schlaganfall, dass „*adaptiveness*“ (Anpassungsfähigkeit), „*purposefulness*“ (Zielstrebigkeit) und „*cooperativeness*“ (Kooperationsbereitschaft) aller Beteiligten als drei Basisprinzipien einer erfolgreichen

Arbeitsrückkehr nötig sind (Schwarz et al. 2018). Dieses Modell verweist auf Gemeinsamkeiten zu unseren Ergebnissen und könnte mit Blick auf Menschen mit psychischen Erkrankungen spezifiziert werden.

Beziehungskontinuität ist gerade bei psychisch Erkrankten zentral, um Vertrauen aufzubauen sowie um adäquat und *ganzheitlich* zu begleiten. Ein stetiger Wechsel der Ansprechpersonen ist kontraproduktiv. Das Rehabilitationssystem aber ist durch die Differenzierung nach unterschiedlichen Organisationen und Akteuren anfällig für diskontinuierliche Beziehungen (vgl. hierzu auch Oschmiansky et al. 2017). Eine kontinuierliche *Zusammenarbeit zwischen allen beteiligten Akteuren* vor, während und nach LTA sind aber besonders wichtig. Bisher wechseln die Ansprechpersonen systembedingt und fokussieren Aufgaben isoliert und nicht integriert; dieses Phänomen findet sich auch in anderen Ländern (Andersen et al. 2012). Hier wären Implementierungen sinnvoll, die bei einem *zentralen Case Management* ansetzen, das als dauerhafter Ansprechpartner fungiert und eine Lotsenfunktion innehat (Erbstößer et al. 2020; Klaus et al. 2018; Schwarz et al. 2024).

Auch die Vorgaben zur Maßnahmeausgestaltung werden als zu starr und nicht individuell anpassbar wahrgenommen. Hieraus ergeben sich die Forderungen nach *digitalen Formaten, verpflichtende Maßnahmebestandteile variabler zu gestalten* und mehr *Teil- und Gleitzeitangebote* zu gewährleisten.

Darüber hinaus müssen die zukünftigen Arbeitgebenden mit in den Blick genommen werden, sie benötigen *feste Ansprechpartner*, die sie meist beim Leistungserbringer suchen. Insbesondere *Nachbetreuung* nach LTA gilt als zentral für den Erfolg. Hierfür wäre es angebracht, eine flexiblere Nachbetreuungszeit zu schaffen und mehr Ressourcen aufzuwenden, um den Leistungserbringern hier noch mehr Anreize zu geben, die Arbeitsmarktintegration durch Nachbetreuung zu begleiten (vgl. dazu auch Jahn und Reims 2021; Meschnig et al. 2018). Eine alternative Anlaufstelle könnten die „Einheitlichen Ansprechstellen für Arbeitgeber (EAA)“ sein, die seit 2022 Betriebe bei Ausbildung, Einstellung und Beschäftigung von schwerbehinderten Menschen beraten und unterstützen (Einheitliche Ansprechstellen für Arbeitgeber 2023). Um Arbeitgebende oder Betroffene zur aktiven Nutzung der EAA bei Problemen nach beruflicher Rehabilitation zu motivieren, halten wir es allerdings für nötig, die EAA bereits während der Verfahren stärker als bisher einzubinden und noch weitgehender über diese zu informieren.

Außerdem sind auch die *Fachkräfte der Jobcenter sowie der Arbeitsagenturen* zu berücksichtigen, die besonders dann um *Unterstützung* ringen, wenn die Geförderten den von ihnen vorgeschlagenen Weg nicht einschlagen wollen oder können. Dass bei Mitarbeitenden in Agenturen und besonders in Jobcentern mehr Qualifikationen zur Erkennung und im Umgang mit psychisch Erkrankten nötig sind, bemerken auch Oschmiansky et al. (2017). Zwar bietet die BA für ihre Mitarbeitenden unterschiedlichste Schulungen an bzw. hat spezialisierte Mitarbeitende (Fallmanagement, ganzheitliche Integrationsberatung), dennoch sind gezieltere *Kommunikationsschulungen* denkbar, um schwierige Situationen zu erproben, aber auch die Schaffung von Möglichkeiten, *weitere (psychologisch besonders geschulte) Expert*innen (z.B. aus Kliniken) hinzuziehen* sowie mehr *zeitliche und personelle Ressourcen*, um sich diesen „schwierigen“ Fällen widmen zu können. Dies ist aber oft aufgrund der hohen *Betreuungsrelation* nicht leistbar.

Eine stabile Beschäftigungssituation bei den Jobcentermitarbeitenden kann ebenfalls dazu beitragen, dass Erfahrungen und Kenntnisse im Umgang mit psychisch auffälligen Personen nicht verloren gehen. Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge (2022) hat Empfehlungen verabschiedet, die den Jobcentern Handlungsprinzipien und -strategien vorschlagen, um zu vermeiden, dass psychische Beeinträchtigungen bei Geförderten nicht zu dauerhaften Erkrankungen werden. Diese weisen in die gleiche Richtung wie unsere Befunde.

Die Politik hat bereits auf den Veränderungsdruck der Akteure der beruflichen Rehabilitation reagiert und unterstützt mit „rehapro“ Modellvorhaben zur Stärkung und Optimierung von Rehabilitati-

onsleistungen. So wird z.B. getestet, inwiefern und für wen sich Ansätze des supported employment, im Sinne einer tätigkeitsspezifischen Qualifikation im Rahmen eines konkreten Beschäftigungsverhältnisses, für Menschen mit psychischen Behinderungen („place and train“) im deutschen Kontext eignen. Des Weiteren adressieren Projekte die Handlungsansätze verschiedener Bereiche („Zusammenarbeit zwischen Organisationen“, „Änderungen innerhalb einer Organisation“, „Personenbezogene Leistungen“ sowie „Fallmanagement“) (Brussig et al. 2021), die auch im Rahmen der Ergebnisse unserer Analyse tangiert wurden. Fachkräfte in Agenturen und Jobcentern setzen Hoffnungen auf neue Ansätze und Modellprojekte, die z.B. mehr Freiheitsgrade in der Betreuung ermöglichen, was mehr Flexibilität und Individualität in der Begleitung bedeutet.

Berufliche Rehabilitation und Erwerbsintegration bereits während der medizinischen Rehabilitation mitzudenken, ist ebenfalls notwendig. Aktuell werden bei der Arbeitsmarkt(re)integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen verschiedene therapeutische Ansätze diskutiert, die wiederum vor dem Hintergrund der Rahmenbedingungen des bestehenden Sozialleistungssystems zu reflektieren sind. Der Recovery-Ansatz sieht beispielsweise vor, das Thema Erwerbsarbeit früh im Behandlungsprozess zu berücksichtigen (Gühne et al. 2020; Schrank und Amering 2007). Auch hier zeigt sich das bestehende deutsche Sozialleistungssystem wenig flexibel, da das System gegliedert ist und präventive, kurative und rehabilitative (medizinische und berufliche) Leistungen voneinander trennt (Gühne et al. 2020). Es wäre nötig, diese stärker miteinander zu verzahnen und sogenannte Komplexleistungen zu etablieren, die die Teilhabe in verschiedenen Bereichen berücksichtigen (Stengler et al. 2014).

Um die Sicherung und Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben zu erreichen, müssen die gesetzlichen Rahmenbedingungen mit ihren Handlungsvorgaben und organisationalen Praktiken stärker an die Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Behinderungen angepasst werden. Dies wird unter Berücksichtigung der verschiedenen Perspektiven und ihrer Zusammenführung deutlich. Die auf der Meso- und Mikroebene handelnden Akteure, das zeigt diese Studie, fordern dies zumeist auch ein.

Limitationen und Anschlussforschung

Einige Limitationen sind zu nennen. Die wichtige Perspektive der Arbeitgebenden können wir nur indirekt beleuchten. Des Weiteren beschränken wir uns auf Geförderte und Mitarbeitende beim Kostenträger BA (inklusive Jobcenter). Wir schließen allerdings nicht aus, dass die Aussagen in den Interviews auch an andere Kostenträger adressiert wurden – insbesondere bei den Aussagen der Leistungserbringer. Ein Großteil der Ergebnisse und die aufgezeigten Ansatzpunkte für Veränderungen gelten aus unserer Sicht daher auch für andere Kostenträger und deren Geförderte und betreffen das System der beruflichen Rehabilitation insgesamt. Zusätzlich ist zu beachten, dass die BA eher für jüngere und berufsunerfahrenere Personen zuständig ist, die häufig von instabilen Erwerbsbiografien z.B. durch fehlende Qualifizierungen oder Arbeitslosigkeitsepisoden betroffen sind. Eine Reintegration in den Ursprungsbetrieb kann seltener erfolgen. Und schließlich fehlen detaillierte Analysen zu den individuellen Reha-Verläufen sowie Arbeitsmarktübergängen der Geförderten, die den Rahmen der Analysen gesprengt hätten, die aber in zukünftiger Forschung adressiert werden.

Schlussfolgerungen

Der Erhalt oder die Herstellung einer Arbeitsmarktteilhabe von Menschen mit psychischen Behinderungen scheint innerhalb des differenzierten Rehasystems mit seinen Handlungslogiken schwer zu

gelingen (Oschmiansky et al. 2017; Stöbe-Blossey et al. 2021). Eine Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die der UN-BRK entspricht, bedarf Anpassungen im bestehenden System. Mehr Flexibilität bei der Ausgestaltung der LTA scheint hier ein erster wichtiger Ansatzpunkt. Wünschenswert wäre auch die Überführung erprobter Ansätze aus aktuellen Modellprojekten im Bereich der Rehabilitation in das Maßnahmenportfolio. Zentral ist bei allen Handlungsansätzen und Prozessen aber immer zu berücksichtigen, dass berufliche Rehabilitation Zeit benötigt, vor allem bei Menschen mit psychischen Behinderungen. Hier stimmen die Perspektiven der einbezogenen unterschiedlichen Akteure stark überein. Punktuell zeigen sich Ansätze, die stärker die Situation dieser Personengruppe in den Blick nehmen, aber eine flächendeckende Umsetzung ist noch nicht absehbar. Perspektivisch sollte außerdem der Blick noch stärker auf die Prävention und frühzeitige Unterstützung bei psychischen Erkrankungen gelenkt werden (Salize 2023).

Literatur

- Andersen, Malene F., Karina M. Nielsen und Svend Brinkmann. 2012. Meta-synthesis of Qualitative Research on Return to Work among Employees with Common Mental Disorders. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 38:93–104.
- Badura, Bernhard, Antje Ducki, Johanna Baumgardt, Markus Meyer und Helmut Schröder (Hrsg.). 2023. *Fehlzeiten-Report 2023*. Berlin: Springer.
- Bartelheimer, Peter, Birgit Behrisch, Henning Daßler, Gudrun Dobslaw, Jutta Henke und Markus Schäfers. 2020. *Teilhabe – eine Begriffsbestimmung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Bendel, Klaus. 1999. Behinderung als zugeschriebenes Kompetenzdefizit von Akteuren: Zur sozialen Konstruktion einer Lebenslage. *Zeitschrift für Soziologie* 28:301–310.
- Brussig, Martin, Anemari Karačić, Clemens Kraetsch und Stefan Zapfel. 2021. Handlungsansätze in Modellprojekten des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehabpro“. *Arbeit* 30:21–42.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. 2020. *Rehabilitation und Teilhabe psychisch erkrankter und beeinträchtigter Menschen*. Frankfurt am Main: BAR.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen. 2023. *Jahresbericht 2022 – Neue Wege gehen*. <https://www.bagwfbm.de/file/1541> (Zugegriffen: 14. Juni 2024).
- de Winter, Lars, Chrisje Couwenbergh, Jaap van Weeghel, Sarita Sanches, Harry Michon und Gary R. Bond. 2022. Who Benefits from Individual Placement and Support? A Meta-Analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 31:e50.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN). 2023. *Basisdaten Psychische Erkrankungen*. Berlin: DGPPN.
- Deutsche Rentenversicherung Bund. 2023. *Rentenversicherung in Zeitreihen*. DRV-Schriften, Band 22. Berlin: DRV Bund.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. 2022. *Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. zur Unterstützung von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen und psychischen Erkrankungen in der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II)*. Berlin: Deutscher Verein.
- Einheitliche Ansprechstellen für Arbeitgeber. 2023. *EAA – Einrichtung, Betrieb und Aktivitäten Berichtszeitraum 01.01.2022 – 31.12.2022*. https://www.bih.de/fileadmin/user_upload/EAA_BIH_Bericht_2022.pdf (Zugegriffen: 14. Juni 2024).
- Erbstößer, Sabine, Marco Streibelt, Pia Zollmann, Steffen Dannenberg, Nathalie Glaser-Möller, Norbert Geenen, Rainer Kaluscha, Lucia Schmid, Kristina Kulisch und Peter Loecherbach. 2020. Fallmanagement – ein Konzept für die Rentenversicherung. *DRV-Schriften* 21:88–100. Berlin.
- Etuknwa, Abasiama, Kevin Daniels und Constanze Eib. 2019. Sustainable Return to Work: A Systematic Review Focusing on Personal and Social Factors. *Journal of Occupational Rehabilitation* 29:679–700.

- Frederick, Donald E., und Tyler J. VanderWeele. 2019. Supported Employment: Meta-analysis and Review of Randomized Controlled Trials of Individual Placement and Support. *PloS one* 14:e0212208.
- Glaser, Barney, und Anselm Strauss. 2017. *Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. London: Routledge.
- Gühne, Uta, und Steffi G. Riedel-Heller. 2015. *Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland*. Berlin: DGPPN.
- Gühne, Uta, Janine Stein, Michaela Schwarzbach und Steffi G. Riedel-Heller. 2017. Der Stellenwert von Arbeit und beruflicher Beschäftigung in der Behandlung psychisch kranker Menschen. *PPmP – Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie* 67:457–464.
- Gühne, Uta, Steffi G. Riedel-Heller und Peter Kupka. 2020. *Wie sich psychische Erkrankungen auf die Teilhabe am Arbeitsmarkt auswirken – ein Überblick*. Nürnberg: IAB-Forum.
- Gühne, Uta, Alexander Pabst, Margrit Löbner, Johanna Breilmann, Alkomiet Hasan, Peter Falkai, Reinhold Kilian, Andreas Allgöwer, Klemens Ajayi, Jessica Baumgärtner, Peter Brieger, Karel Frasch, Stephan Heres, Markus Jäger, Andreas Küthmann, Albert Putzhammer, Bertram Schneeweiß, Michael Schwarz, Thomas Becker, Markus Kösters und Steffi G. Riedel-Heller. 2021. Employment Status and Desire for Work in Severe Mental Illness: Results from an Observational, Cross-sectional Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 56:1657–1667.
- Jahn, Kerstin und Nancy Reims. 2021. Fachkräfte und Unternehmen zusammenbringen – Kooperation zwischen Leistungserbringern und Unternehmen im Kontext der beruflichen Rehabilitation. *Sozialer Fortschritt* 70:167–186.
- Jahoda, Marie. 1983. *Wieviel Arbeit braucht der Mensch? Arbeit und Arbeitslosigkeit im 20. Jahrhundert*. Weinheim: Beltz.
- Klaus, Sebastian, Alexander Meschnig und Ernst von Kardorff. 2018. Verlaufskarrieren und biografische Konstellationen beruflicher Rehabilitanden und deren Einflüsse auf Rückkehr und nachhaltigen Verbleib in Arbeit. *Die Rehabilitation* 57:165–174.
- Kuckartz, Udo. 2018. *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Kupka, Peter, Uta Gühne, Sandra Popp und Steffi G. Riedel-Heller. 2021. *Für die meisten psychisch kranken Menschen hat Arbeit einen hohen Stellenwert*. Nürnberg: IAB-Forum.
- Ludwig, Julia, und Olaf von dem Knesebeck. 2022. Stigmatisierung psychischer Erkrankungen. In *Medizinische Soziologie in Deutschland: Entstehung und Entwicklungen*, Hrsg. Johannes Siegrist, Ulrich Stöbel und Alf Trojan, 243–255. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Meschnig, Alexander, Ernst von Kardorff und Sebastian Klaus. 2018. Von der beruflichen Vollqualifizierungsmaßnahme zurück in Arbeit. Eine Langzeitanalyse individueller Verlaufskarrieren und ihrer biografischen und strukturellen Bedingungen. *Die Rehabilitation* 58:153–162.
- Oschmiansky, Frank, Sandra Popp, Steffi G. Riedel-Heller, Michaela Schwarzbach, Uta Gühne und Peter Kupka. 2017. *Psychisch Kranke im SGB II: Situation und Betreuung*. Nürnberg: IAB-Forschungsbericht.
- Paul, Karsten, Andrea Zechmann und Klaus Moser. 2016. Psychische Folgen von Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit. *WSI-Mitteilungen* 69:373–380.
- Reims, Nancy und Ulrike Bauer. 2015. Labour Market Status and Well-being in the Context of Return to Work after Vocational Rehabilitation in Germany. *Journal of Occupational Rehabilitation* 25:543–556.
- Reims, Nancy, Angela Rauch und Anton Nivorozhkin. 2023. Challenges and Adaptation Strategies of Service Providers in Vocational Rehabilitation – A Mixed-Methods Analysis. *Die Rehabilitation* 62:207–215.
- Reims, Nancy, Angela Rauch, Silke Tophoven, Kerstin Jahn, Kristin Neumann, Anton Nivorozhkin, Anna Baatz, Luca Reinold und Elke Dony. 2020. Perspektive der Leistungserbringer. In *Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben. Abschlussbericht*, Hrsg. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Berlin: BMAS.

- Reims, Nancy und Silke Tophoven. 2018. Eine Längsschnittstudie zu Arbeitsmarktübergängen und Beschäftigungsnachhaltigkeit nach beruflichen Weiterbildungsmaßnahmen im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. *Die Rehabilitation* 57:184–192.
- Reims, Nancy, Silke Tophoven, Anita Tisch, Robert Jentzsch, Anton Nivorozhkin, Markus Köhler, Angela Rauch und Ulrich Thomsen. 2018. *Aufbau und Analyse des LTA-Rehaprozessdatenpanels*. Nürnberg: IAB.
- Richter, Dirk, Bernd Eikermann und Thomas Reker. 2006. Arbeit, Einkommen, Partnerschaft: Die soziale Exklusion psychisch kranker Menschen. *Gesundheitswesen* 68:704–707.
- Salize, Hans-Joachim. 2023. Die volkswirtschaftliche Tragweite psychischer Erkrankungen. In *Psychische Erkrankungen als gesellschaftliche Aufgabe*, Hrsg. Pauline Mantell, Carolin Schwegler und Christiane Wooten, 31–43. Berlin: Springer.
- Schrank, Beate, und Michaela Amering. 2007. Recovery in der Psychiatrie. *Neuropsychiatrie* 21:45–50.
- Schwarz, Betje, Dolores Claros-Salinas und Marco Streibelt. 2018. Meta-Synthesis of Qualitative Research on Facilitators and Barriers of Return to Work After Stroke. *Journal of Occupational Rehabilitation* 28:28–44.
- Schwarz, Betje, Hannes Banaschak, Rebekka Heyme, Ernst von Kardorff, Nancy Reims, Marco Streibelt und Matthias Bethge. 2024. A Mega-Ethnography of Qualitative Meta-Syntheses on Return to Work in People with Chronic Health Conditions. *Die Rehabilitation* 63:39–50.
- Seel, Helga. 2022. System der Rehabilitation in Deutschland. In *Lehrbuch Rehabilitationswissenschaften*, Hrsg. Thorsten Meyer, Jürgen Bengel und Markus Antonius Wirtz, 126–138. Bern: Hogrefe.
- Siegrist, Johannes, und Nico Dragano. 2020. Arbeit und Beschäftigung als Determinanten ungleicher Gesundheit. In *Handbuch Gesundheitssoziologie*, Hrsg. Peter Kriwy und Monika Jungbauer-Gans, 235–251. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Stähr, Jan. 2013. Psychisch kranke Menschen im Arbeitsleben. *Soziale Arbeit* 62:323–328.
- Statistik der Bundesagentur für Arbeit. 2023. *Berufliche Rehabilitation (Monatszahlen), Deutschland (Gebietsstand Dezember 2023)*. Nürnberg.
- Stengler, Katarina, Thomas Becker und Steffi G. Riedel-Heller. 2014. Teilhabe am Arbeitsleben bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie* 82:43–53.
- Stengler, Katarina, Andreas Bechdorf, Thomas Becker, Angela Döring, Werner Höhl, Dorothea Jäckel, Heiko Kilian, Annette Theißen, Arnold Torhorst, Gustav Wirtz, Robert Zeidler und Steffi G. Riedel-Heller. 2021. Umsetzung der Prinzipien des Supported Employment in Deutschland. *Der Nervenarzt* 92:955–962.
- Stöbe-Blossey, Sybille, Martin Brüssig, Susanne Drescher und Marina Ruth. 2021. *Schnittstellen in der Sozialpolitik: Analysen am Beispiel der Felder Berufsorientierung und Rehabilitation*. Wiesbaden: Springer.
- Tisch, Anita, Nina Brötzmann, Katja Heun, Angela Rauch, Nancy Reims, Kathrin Schlenker und Silke Tophoven. 2017. *Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben*. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
- Zürcher, Simeon J., Micha Burkhalter, Michael Zürcher und Dirk Richter. 2023. Job Retention and Reintegration in People with Mental Health Problems. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 50:128–136.