

DISSERTATION

Auswertung eines psychiatrischen Interventionsprojekts für Langzeitarbeitslose im Jobcenter Berlin Lichtenberg und dessen Effekt auf die Beschäftigungsaufnahme

Evaluation of a psychiatric intervention project for the long-term unemployed at the Job Centre Berlin Lichtenberg and its effect on employment uptake

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor rerum medicinalium (Dr. rer. medic.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von
Katja Seidel

Erstbetreuerin: Prof. Dr. Anne Berghöfer

Datum der Promotion: 23.03.2024

Inhaltsangabe

Abbildungsverzeichnis.....	3
Tabellenverzeichnis.....	4
Abkürzungsverzeichnis.....	5
Abstract	6
1 Einleitung.....	9
1.1 Arbeitslosigkeit	10
1.2 Langzeitarbeitslosigkeit.....	11
1.3 Arbeitslosigkeit und psychische Gesundheit.....	13
1.4 Arbeitslosigkeit und psychische Gesundheit im internationalen Vergleich	14
1.5 Erklärungsmodelle zur Wirkungsrichtung von Arbeitslosigkeit und Gesundheit	15
1.6 Interventionsprogramme zur Gesundheitsförderung von Langzeitarbeitslosen.....	18
1.7 Betreuungssituation psychisch kranker Langzeitarbeitsloser im Jobcenter.....	28
1.8 Zielsetzung und Fragestellungen	29
2 Methodik	31
2.1 Beschreibung der Intervention „Psychosoziales Coaching“	31
2.1.1 Implementierung.....	31
2.1.2 Inhalte des Psychosozialen Coachings.....	31
2.1.3 Zugang zur Intervention	32
2.1.4 Bedeutung der Intervention und Abgrenzung zu anderen Leistungen.....	33
2.2 Studiendesign	33
2.2.1 Vorbemerkung zum Studiendesign	33
2.2.2 Darstellung des Studiendesigns.....	33
2.2.3 Datenquellen	34
2.2.4 Verzicht auf Kontrollgruppen	35
2.2.5 Datenschutz	35
2.3 Studienpopulation	36
2.4 Bildung von Inanspruchnahmegruppen	37
2.5 Variablen.....	38
2.5.1 Herkunft und Operationalisierung der Variablen	38
2.5.2 Generierung neuer Variablen.....	40
2.6 Statistische Methoden.....	40
3 Ergebnisse.....	42
3.1 Soziodemographische Daten der Gesamtpopulation.....	42

3.2	Querschnittergebnisse der Studienpopulation	43
3.2.1	Soziodemographischer Vergleich der Inanspruchnahmegruppen	44
3.2.2	Diagnose- und Behandlungsstatus der Teilnehmenden	45
3.2.3	Vergleich der Inanspruchnahmegruppen nach Diagnosen	47
3.2.4	Umfang der Inanspruchnahme der Intervention.....	47
3.3	Einfluss der Intervention auf die Therapieaufnahme.....	48
3.4	Zusammenhänge zwischen der Intervention und (Wieder-)Beschäftigung.....	51
3.4.1	Dauer der Arbeitslosigkeit und Erwerbsstatus zum Interventionsbeginn	51
3.4.2	Entwicklung des Erwerbsstatus in der Längsschnittanalyse	52
3.4.3	Entwicklung der Erwerbsstatus der Inanspruchnahmegruppen	54
3.4.4	Beschäftigungsaufnahme der Teilnehmenden.....	57
3.4.5	Zusammenhang zwischen Beschäftigungsaufnahme und Therapieaufnahme...	58
3.5	Unterstützung der Integrationsfachkräfte und (Wieder-)Beschäftigung	59
3.6	Zusammenhang zwischen Beschäftigungsaufnahme und weiteren Variablen	61
4	Diskussion	64
4.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	64
4.2	Sozialstruktur der Studienpopulation	64
4.3	Bedarf und Inanspruchnahme der Intervention.....	66
4.3.1	Anteil psychischer Erkrankungen und Behandlungsstatus der Teilnehmenden .	66
4.3.2	Lotsenfunktion und Überleitung in Behandlung.....	68
4.3.3	Inanspruchnahme des Psychosozialen Coachings.....	69
4.4	Zusammenhang zwischen Intervention und Beschäftigungsaufnahme	69
4.4.1	Umfang und Zeitpunkt der Beschäftigungsaufnahmen	69
4.4.2	Einflussfaktoren auf die Beschäftigungsaufnahme	71
4.4.3	Moderatorvariablen für die Beschäftigungsaufnahme.....	73
4.4.4	Entwicklung der Erwerbsstatus der Teilnehmenden	74
4.5	Limitationen	75
4.6	Schlussfolgerungen.....	78
4.7	Ausblick.....	80
5	Literaturverzeichnis	82
	Eidesstattliche Versicherung.....	91
	Lebenslauf.....	92
	Publikationen	93
	Danksagung	94
	Anhang.....	95

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitablauf und Datenquellen der Studie.....	34
Abbildung 2: Rekrutierung Studienpopulation und Bildung von Inanspruchnahmegruppen.....	37
Abbildung 3: Entwicklung Erwerbsstatus <i>arbeitslos</i> (n=134)	52
Abbildung 4: Entwicklung Erwerbsstatus einschließlich <i>arbeitslos</i> (n=134)	54
Abbildung 5: Entwicklung der Erwerbsstatus nach Inanspruchnahmegruppen	56
Abbildung 6: Einflussfaktoren auf die Beschäftigungsaufnahme	63

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht ausgewählter Interventionen zur Gesundheitsförderung von Langzeitarbeitslosen und deren Ergebnisse	23
Tabelle 2: Variablen mit Datenquelle und Operationalisierung	38
Tabelle 3: Darstellung und Operationalisierung neuer Variablen	40
Tabelle 4: Soziodemographische Daten der Studienpopulation (Responder) im Vergleich mit Population ohne Datenverknüpfung („Non-Responder“)	43
Tabelle 5: Soziodemographische Daten der Inanspruchnahmegruppen	45
Tabelle 6: Diagnosestatus der Teilnehmenden	46
Tabelle 7: Behandlungsstatus der Teilnehmenden mit Diagnose (ICD-10)	46
Tabelle 8: Diagnosestatus und Diagnosen (ICD-10) nach Inanspruchnahmegruppen	47
Tabelle 9: Umfang der Inanspruchnahme (n=134)	48
Tabelle 10: Umfang der Inanspruchnahme nach Inanspruchnahmegruppen	48
Tabelle 11: Status der Therapieaufnahme sowie Behandlungsempfehlungen nach Inanspruchnahmegruppen	50
Tabelle 12: Chance der Therapieaufnahme nach Behandlungsempfehlung	50
Tabelle 13: Anzahl der durchgängig Arbeitslosen und Wechsel in andere Erwerbsstatus	53
Tabelle 14: Erwerbsstatus Berufspraxis nach Messzeitpunkten	57
Tabelle 15: Dauer der Beschäftigung in Wochen	58
Tabelle 16: Chance der Beschäftigungsaufnahme in Abhängigkeit von der Therapieaufnahme (n=119)	59
Tabelle 17: Unterstützung der beruflichen Integration und gesundheitlichen Stabilisierung unterteilt nach Betreuung in Arbeitsvermittlung (AV) und beschäftigungsorientiertem Fallmanagement (bFM)	60
Tabelle 18: Zusammenhang zwischen der Beschäftigungsaufnahme und der Unterstützung durch IFK	61
Tabelle 19: Zusammenhang zwischen Beschäftigungsaufnahme und weiteren Variablen	62

Abkürzungsverzeichnis

1. AM	Erster Arbeitsmarkt
§16e/i SGB II	Regelinstrumente gemäß Teilhabechancengesetz §16e SGB II (Teilhabe am Arbeitsmarkt) und §16i SGB II (Eingliederung von Langzeitarbeitslosen)
AGH MAE	Arbeitsgelegenheit mit Mehraufwandsentschädigung nach § 16d SGB II
ALG II	Arbeitslosengeld II
Alo	Arbeitslos
Au/Eu	Arbeitsunfähig, erwerbsunfähig
AV	Arbeitsvermittlung
bFM	beschäftigungsorientiertes Fallmanagement
DEGS1	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, Erste Welle
DEGS1-MH	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, Erste Welle, Zusatzmodul psychische Gesundheit
EXP(B)	Regressionskoeffizient B, auch Odds Ratio genannt
GEDA	Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell"
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
IFK	Integrationsfachkraft
IPS	Individual placement and support
MAT	Maßnahmen bei einem Träger nach § 45 SGB III
MZP	Messzeitpunkt
n	Anzahl
NT	Nebentätigkeit
Odds Ratio	Chancenverhältnis für Merkmalsausprägungen
p	p- Signifikanzwert
PsC	Psychosoziales Coaching
R	Spannweite
SD	Standardabweichung
Sig.	Statistische Signifikanz
SE	Supported employment
SGB II	Zweites Sozialgesetzbuch - Bürgergeld, Grundsicherung für Arbeitsuchende
SGB III	Drittes Sozialgesetzbuch - Arbeitsförderung
SGB IX	Neuntes Sozialgesetzbuch - Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung

Abstract

Deutsche Version

Einleitung

Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und psychischer Gesundheit ist evident. Der Anteil psychischer Erkrankungen ist unter Langzeitarbeitslosen deutlich höher gegenüber Erwerbstätigen. Die Jobcenter stellt die Betreuung der Betroffenen vor Herausforderungen. Zur Förderung der psychischen Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit der Betroffenen wurden verschiedene Interventionsprogramme aufgelegt. Das *Psychosoziale Coaching* dient dabei der Verbesserung des Zugangs in das psychosoziale und -therapeutische Versorgungssystem. Ziel dieser Studie ist es, den Bedarf und Nutzen des Psychosozialen Coachings sowie den Zusammenhang zwischen der Intervention und einer Beschäftigungsaufnahme der Teilnehmenden zu untersuchen.

Methodik

Die Untersuchung des Bedarfes und Nutzen der Intervention erfolgt auf Basis einer retrospektiven Auswertung der Daten von 134 Teilnehmenden aus dem Jahr 2018, darunter Daten zur Diagnostik, Behandlungsempfehlung und Therapieaufnahme.

Zur Untersuchung der Zusammenhänge zwischen der Intervention und der Beschäftigungsaufnahme wurden die Erwerbsstatus der Teilnehmenden über einen Zeitraum von 36 Monaten im Längsschnitt erhoben. Zusätzlich wurde der Einfluss der Integrationsfachkräfte auf den Integrationsprozess und die gesundheitliche Stabilisierung innerhalb des Erhebungszeitraumes überprüft. Die Studienpopulation wurde entsprechend der Inanspruchnahme der Intervention in drei Gruppen stratifiziert.

Ergebnisse

Im Durchschnitt wies die Studienpopulation ein Alter von 39 Jahren auf. Bei 89 % der Teilnehmenden lag mindestens eine psychische Störung vor, darunter befanden sich zum Erstgespräch 79 % bisher in keiner spezifischen Behandlung. 75 % der Teilnehmenden mit psychischer Störung wurde eine Behandlungsaufnahme empfohlen. Eine Therapieaufnahme erfolgte bei 36 % mit Unterstützung der Intervention, bei 14 % unabhängig davon.

Im Betrachtungszeitraum haben 27 % der Teilnehmenden eine Beschäftigung aufgenommen, darunter 61 % eine sozialversicherungspflichtige und 28 % eine geförderte Beschäftigung am 1. Arbeitsmarkt. 57 % der Beschäftigungsaufnahmen gelangen ohne vorherige Therapieaufnahme. Maßgeblich für die Beschäftigungsaufnahme ist die Unterstützung der beruflichen Integration durch die Integrationsfachkräfte ($p < 0.001$).

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse bestätigen einen hohen Bedarf an Interventionsprojekten wie das Psychosoziale Coaching. An Jobcenter angegliederte Angebote erreichen vulnerable Personengruppen, die bisher keinen bedarfsgerechten Zugang zu psychotherapeutischen Angeboten haben. Neben der gesundheitlichen Stabilisierung ist die begleitende Unterstützung durch Integrationsfachkräfte ein wesentlicher Faktor bei der (Re-)Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Englische Version

Introduction

The link between unemployment and mental health is evident. The proportion of mental illnesses among the long-term unemployed is significantly higher than among the employed. The job centres face challenges in caring for those affected. Various intervention programmes have been set up to promote the mental health and employability of those affected. Psychosocial coaching serves to improve access to the psychosocial and therapeutic care system.

The aim of this study is to investigate the need for and benefits of psychosocial coaching as well as the relationship between the intervention and the participants' access to employment.

Methodology

The investigation of the need for and benefit of the intervention is based on a retrospective analysis of data from 134 participants from 2018, including data on diagnosis, treatment recommendation and therapy uptake.

In order to examine the correlations between the intervention and employment, the employment status of the participants was surveyed longitudinally over a period of 36 months. In addition, the influence of the integration specialists on the integration process and health stabilisation within the survey period was examined.

The study population was stratified into three groups according to the use of the intervention.

Results

On average, the study population was 39 years old. 89 % of the participants had at least one mental disorder, of which 79 % had not received any specific treatment at baseline. Treatment was recommended for 75 % of the participants with a mental disorder. Treatment was started for 36 % with the support of the intervention, and for 14 % independently.

In the period under review, 27 % of the participants took up employment, 61 % of which were in jobs subject to social insurance contributions and 28 % in subsidised jobs in the first labour market. 57 % of those who took up employment did so without having started therapy beforehand.

The support provided by the integration specialists for vocational integration was decisive for employment ($p < 0.001$).

Conclusion

The results confirm a high need for intervention projects such as psychosocial coaching. Services affiliated to job centres reach vulnerable groups of people who so far have not had access to psychotherapeutic services in line with their needs. In addition to health stabilisation, the accompanying support by integration specialists is an essential factor in the (re)integration of people with mental illnesses.

1 Einleitung

Die positiven Auswirkungen von Arbeit auf die psychische Gesundheit sind seit langem bekannt und durch Studien belegt. Arbeit „übt die normalen Funktionen der Psyche, gibt unaufhörlich Gelegenheit zu aktivem und passivem Kontakt mit der Wirklichkeit“ (Bleuler, 1911, S. 385), fördert das Selbstwertgefühl, die Kompetenzerweiterung und trägt zur Tagesstrukturierung, finanziellen Unabhängigkeit sowie zur sozialen und gesellschaftlichen Teilhabe, Anerkennung und Identität bei (Oschmiansky et al., 2017). Arbeit kann über ein Zugehörigkeitsgefühl alle anderen Lebensbereiche stabilisieren (Kaps et al., 2019). Dem gegenüber stehen die negativen Aspekte der Arbeitslosigkeit wie Status- und Strukturverlust, finanzielle Probleme, stigmatisierende, exkludierende und sozial isolierende Prozesse und Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. Die sozialen und gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit wurden seit den 1930er Jahren in ersten Studien in Amerika und Europa (Wacker, 2001) z. B. über „Die Arbeitslosen von Marienthal“ (Jahoda et al., 1975) beschrieben. Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und psychischer Gesundheit ist evident (u.a. Paul und Moser, 2009; Virgolino et al., 2022). Individuelle, familiäre und soziale Faktoren sowie die Ausgestaltung der Sozialsysteme während der Arbeitslosigkeit gelten dabei als Schutz- oder Risikofaktoren für die Prävalenz psychischer Erkrankungen (Paul und Moser, 2009; Virgolino et al., 2022).

Die COVID-19 Pandemie hat in den Jahren 2020 und 2021 zu einem massiven Anstieg der Arbeitslosigkeit in Deutschland geführt. Im August 2020 und Februar 2021 waren fast drei Millionen Menschen arbeitslos. Während sich die Zahl der kurzzeitig Arbeitslosen (unter 12 Monate) schnell reduzierte, stieg der Anteil der Langzeitarbeitslosen in Deutschland kontinuierlich an und erreichte im April 2021 seit 2015 einen neuen Höchststand von 1.068.664 Personen. Darunter waren 921.157 Langzeitarbeitslose im Rechtskreis des Zweiten Sozialgesetzbuch (SGB II) in Betreuung der Jobcenter (Steigerung zum Vorjahreswert um 38,8 %) (Statistik der Bundesagentur für Arbeit, 2021b). Langzeitarbeitslosen gelang es in der Pandemie noch schwerer als sonst, eine Beschäftigung aufzunehmen. Unterstützende arbeitsmarktpolitische Maßnahmen konnten durch die Eindämmungsmaßnahmen der Länder nicht im regulären Umfang durchgeführt werden.

Das psychische Wohlbefinden der Menschen wurde in der ersten Phase der Pandemie durch Ängste und besondere Belastungen beeinflusst. Hierzu zählen Quarantäneerfahrungen, Schlafstörungen, qualitativ und quantitativ reduzierte Therapieangebote, gestörte Alltagsroutinen, Zukunftsängste, finanzielle Sorgen und Engpässe, Einsamkeit und hohe Reizbarkeit (Frank et al., 2020; Maetzel et al., 2021). Die Folgen waren Angstzustände, Depressionen oder Einsamkeitsgefühle insbesondere in der ersten Phase der Pandemie. Besonders betroffen waren Frauen, Arbeitslose (oder von Kurzarbeit Betroffene) und Menschen mit einem schlechten allgemeinen Gesundheitszustand (Mata et al., 2021). Bei jungen Menschen unter 34 Jahren verschlechterte

sich die psychische Gesundheit und Lebenszufriedenheit stärker als bei älteren Altersgruppen, darunter vor allem bei Nichterwerbstätigen (Dietrich *et al.*, 2022).

Die Auswertung während der Pandemie erhobener Daten der Panelstudie „Arbeitsmarkt und soziale Sicherung“ (PASS) weisen darauf hin, dass sich die bestehenden signifikanten Unterschiede im subjektiven Wohlbefinden zwischen Arbeitslosengeld II Empfängenden und Nicht-Empfängenden während der Pandemie in Deutschland weder verschärft noch abgemildert haben und die Verringerung des subjektiven Wohlbefindens im Sinne eines Fahrstuhleffektes alle Menschen betraf (Bähr *et al.*, 2022). Dennoch ist zu vermuten, dass nicht zuletzt die Auswirkungen der Pandemie auf den steigenden Anteil von und die längere Verweildauer in Langzeitarbeitslosigkeit eine Wirkung auf die psychische Gesundheit der Arbeitslosen entfaltet, die über den Zeitraum der Pandemie hinausgeht.

1.1 Arbeitslosigkeit

Die Arbeitsmarktstatistik verwendet verschiedene Definitionen, um Auskunft über die Erwerbslosen sowie Arbeitslosen zu geben. Ihr Anteil an der erwerbsfähigen Bevölkerung ist ein entscheidender Indikator, um die Integration von Menschen am Arbeitsmarkt zu beurteilen. In dieser Arbeit wird der Begriff Arbeitslosigkeit im Sinne des rechtlichen Status *arbeitslos* verwendet. Angemerkt sei, dass nicht jede Person ohne (Erwerbs-)Arbeit gleichzeitig arbeitslos ist, sondern vielfach unbezahlte Tätigkeiten wie im Ehrenamt, in der Pflege, in Kultur und Sport sowie in den Familien geleistet werden.

Erwerbslosigkeit

Nach der Definition der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO), sind alle Personen erwerbslos, die

1. nicht oder weniger als eine Stunde pro Woche arbeiten,
2. dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen und aktiv und aktuell eine Arbeit (auch geringfügige Beschäftigung) suchen.

Dabei ist es unerheblich, ob die betreffenden Personen bei der Agentur für Arbeit gemeldet sind und ob sie von dort Sozialleistungen beziehen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2021, S. 247).

Die Erwerbslosenquote wird u.a. vom Statistischen Bundesamt und internationalen Statistiken zum Arbeitsmarkt ausgewiesen. Davon zu unterscheiden ist aufgrund einer anderen zugrunde liegenden Definition die Arbeitslosenquote, die die Bundesagentur für Arbeit verwendet.

Arbeitslosigkeit

Gemäß § 16 Absatz 1 Drittes Sozialgesetzbuch (SGB III) gelten in Deutschland Menschen zwischen 15 und 67 Jahren als arbeitslos, die

1. vorübergehend nicht in einem (oder nur in einem geringfügigen) Beschäftigungsverhältnis stehen,
2. eine versicherungspflichtige Beschäftigung suchen und dabei den Vermittlungsbemühungen der Agentur für Arbeit zur Verfügung stehen und
3. sich bei der Agentur für Arbeit (oder dem Jobcenter) arbeitslos gemeldet haben.

Teilnehmende an Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik, Schüler*innen und Studierende, frühzeitig Berentete, Menschen in Erziehungszeit sowie Menschen mit einer Erwerbsfähigkeit unter 3 Stunden/Tag gelten nicht als arbeitslos.

1.2 Langzeitarbeitslosigkeit

Die Dauer der Arbeitslosigkeit ist ein weiterer Indikator zur Teilhabe am Arbeitsmarkt, wobei länger andauernde oder wiederholte Phasen der Arbeitslosigkeit auf eine fehlende Teilhabe am und einen erschwerten Zugang zum Arbeitsmarkt hinweisen. Als Langzeitarbeitslose gelten Personen, die länger als zwölf Monate erwerbslos sind oder deren erneute Arbeitslosmeldung nach einer ‚unschädlichen‘¹ Unterbrechung erfolgt. Betroffen sind vor allem Geringqualifizierte (64,7 %, Stand November 2021), Frauen (44,7 %) sowie Personen über 55 Jahre (22,2 %) (Statistik der Bundesagentur für Arbeit, 2021b). Innerhalb Deutschlands zeigt die Verteilung der Langzeitarbeitslosen ein Nord-Süd-Gefälle und betrifft insbesondere Bremen, Nordrhein-Westfalen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Brandenburg.

Während Deutschland im europäischen Vergleich 2021 mit 3,6 % nach Tschechien, Malta und Polen die viertniedrigste Arbeitslosenquote hatte (EU gesamt 7,0 %, Höchstwerte Griechenland 14,7 % und Spanien 14,8 %) (Eurostat, 2021; letzter Zugriff: 17.11.2022), zeigt die Quote der Langzeitarbeitslosen ein deutlich negatives Bild. In der gesamten EU waren 2021 39,7 % aller Arbeitslosen langzeitarbeitslos. Deutschland lag dabei mit einem Anteil von 32,7 % auf einen mittleren Rang deutlich hinter Schweden, Polen, Tschechien und den baltischen Staaten. Höhere Anteile Langzeitarbeitsloser wiesen vor allem die südeuropäischen Staaten Griechenland (63,0 %), Italien (58,1 %), Portugal (43,5 %) sowie die osteuropäischen Staaten Slowakei, Bulgarien und Slowenien auf (Eurostat, 2022).

¹ Der Status *arbeitslos* wird gemäß § 18 Abs. 1 SGB III unterbrochen durch: Zeiten einer Maßnahme der aktiven Arbeitsförderung (z.B. Förderung der beruflichen Weiterbildung) oder zur Eingliederung in Arbeit, Krankheit, Kinderbetreuungszeiten, Integrationskurse oder berufsbezogene Deutschsprachförderung, Beschäftigungen oder selbständige Tätigkeiten bis zu einer Dauer von insgesamt sechs Monaten.

2010 lag der Anteil der Langzeitarbeitslosen in Deutschland mit 47,4 % noch über dem europäischen Durchschnitt von 40,0 %, sank jedoch durch die Ausweitung der Maßnahmen aktiver Arbeitsmarktpolitik der Bundesagentur für Arbeit in den Folgejahren (Eurostat, 2022). Hierzu zählen auch das Bundesprogramm „Soziale Teilhabe am Arbeitsmarkt“, das auf die Verbesserung der sozialen Teilhabe von arbeitsmarktfernen Langzeitleistungsbeziehenden im SGB II abzielte (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2019), sowie die Maßnahmen des daraus abgeleiteten Teilhabechancengesetzes, das zum 1. Januar 2019 in Kraft trat. Mit den §§ 16e² und 16i SGB II³ wurden zwei Regelinstrumente zur Förderung der Eingliederung von Langzeitarbeitslosen mit und ohne Beeinträchtigungen auf dem allgemeinen und sozialen Arbeitsmarkt geschaffen.

Neben der Teilnahme an arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen oder einer Berufsausbildung (30 % in 2021) erfolgt der Abgang aus der Langzeitarbeitslosigkeit primär durch den Übergang in eine Nichterwerbstätigkeit aufgrund Renteneintritt oder Krankheit (39 %). Die Aufnahme einer Beschäftigung auf dem 1. Arbeitsmarkt ist eher selten der Grund (14,7 %) (Statistik der Bundesagentur für Arbeit, 2021b).

Mit der fortschreitenden Dauer der Langzeitarbeitslosigkeit gehen eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit, der Verlust von Kompetenzen und Schlüsselqualifikationen sowie Misserfolgserfahrungen (Otto und Mohr, 2009) einher. Die Verringerung des berufsrelevanten Qualifikationsniveaus wirkt sich vermittlungshemmend vor allem für Ältere und Geringqualifizierte aus. Verstärkte Bewerbungsaktivitäten sowie eine hohe Arbeitsorientierung sind kein Garant für eine Wiedereinstellung (Otto und Mohr, 2009; Mohr 2001). Vielmehr können erfolglose Bewerbungsbemühungen das Selbstwertgefühl verringern und Ungewissheit und Hilflosigkeit fördern, mit entsprechend negativen Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden und die weitere Eigeninitiative (Paul und Zechmann, 2019).

² §16e SGB II: förderfähig sind sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse in Voll- oder Teilzeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, bei kommunalen Unternehmen und bei Trägern. Gezahlt werden Lohnkostenzuschüsse für die Dauer von zwei Jahren (1. Jahr 75 %, 2. Jahr 50 % des regelmäßig gezahlten Arbeitsentgelts). Gefördert werden erwerbsfähige Leistungsbeziehende ab 25 Jahren, die mindestens zwei Jahre arbeitslos gemeldet sind.

³ §16i SGB II: förderfähig sind sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse in Voll- oder Teilzeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, bei kommunalen Unternehmen und bei Trägern. Gezahlt werden Lohnkostenzuschüsse entsprechend Tarif- oder Mindestlohn für bis zu fünf Jahren (Jahr 1-2 100 %, Jahr 3 90 %, Jahr 4 80 %, Jahr 5 70 %). Gefördert werden erwerbsfähige Leistungsbeziehende ab 25 Jahren, die seit 6 oder mehr Jahren Grundsicherungsleistungen beziehen und in diesem Zeitraum nicht oder nur sehr kurz erwerbsfähig waren. Bei (Allein-)Erziehenden oder Schwerbehinderten beträgt der Zeitraum 5 Jahre.

1.3 Arbeitslosigkeit und psychische Gesundheit

Langzeitarbeitslose gelten aufgrund des niedrigen sozioökonomischen Status als vulnerable Gruppe für Armut, soziale Isolation und gesundheitliche Einschränkungen. Erste Untersuchungen gehen davon aus, dass Langzeitarbeitslose aufgrund ihrer Vulnerabilität gegenüber Erwerbstätigen auch ein erhöhtes Risiko für einen COVID-19-bedingten Krankenhausaufenthalt hatten (Wahrendorf *et al.*, 2021). Bereits der drohende Arbeitsplatzverlust, insbesondere aber die Arbeitslosigkeit, stellt einen der stärksten Prädiktoren (Odds-Ratio von 7,1) (Berth *et al.*, 2008) für psychische Beschwerden dar. Der Anteil psychischer Erkrankungen ist unter den Arbeitslosen gegenüber Erwerbstätigen mehr als doppelt so hoch (Paul und Moser, 2007; Herbig *et al.*, 2013; Paul *et al.*, 2016). Im Fokus stehen hierbei psychische Erkrankungen wie Depressionen, Substanzmittelkonsum, Angststörungen, aber auch psychosomatische Symptome sowie eine erhöhte Suizidalität (Paul und Moser, 2009; Holleder und Voigtländer, 2016; Kroll *et al.*, 2016; Holleder, 2019). Gleichzeitig führt eine schlechtere psychische Gesundheit zu Selektionseffekten am Arbeitsmarkt und einem erhöhten Arbeitslosigkeitsrisiko bei Beschäftigten (Holleder, 2020). Die Ergebnisse einer Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland des Robert Koch-Instituts (DEGS1, DEGS1-MH) belegen ein fünffach höheres Risiko der Arbeitslosigkeit schwer psychisch erkrankten gegenüber psychisch gesunden Studienteilnehmenden (Gühne und Riedel-Heller, 2015).

Epidemiologische Surveys und Gesundheitsberichte der Krankenkassen weisen seit Jahren eine Zunahme der Diagnostizierung psychischer Erkrankungen bei Langzeitarbeitslosen auf. Mit 43,5 % sind deutlich mehr Langzeitarbeitslose im Arbeitslosengeld II Bezug aufgrund psychischer Störungen in ambulanter Behandlung gewesen als Beschäftigte (30,1 %) und Arbeitslosengeld I Beziehende (30,6 %) (Pfaff und Knieps, 2019). Das Diagnosespektrum reicht bei Langzeitarbeitslosen mit Arbeitslosengeld II Bezug von depressiven Episoden über alkohol- und opioidinduzierten Störungen bis zu spezifischen Persönlichkeitsstörungen und liegt je nach Diagnose um ein Vielfaches höher als bei Arbeitslosengeld I Beziehenden (2-fach) und Beschäftigten (5-fach) (Pfaff und Knieps, 2019). Liwowsky *et al.* (2011) belegen für ältere Langzeitarbeitslose (≥ 50 Jahre) eine 12-Monats-Prävalenz für psychische Erkrankungen von 60,6 % gegenüber der Allgemeinbevölkerung sowie im Vergleich gegenüber Erwerbstätigen von 28,7 % und allen Arbeitslosen von 41,8 %. Die Diagnosen gehen mit einer höheren Konsultationsrate in der hausärztlichen und stationären Versorgung einher (Klein und von dem Knesebeck, 2016; Holleder, 2019; Pfaff und Knieps, 2019, Grobe und Schwartz, 2003), häufig jedoch ohne störungsspezifische Behandlung⁴ (Bühler *et al.*, 2013).

⁴ gemäß der Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.

Den hohen Anteil an Langzeitarbeitslosen mit psychischen Beeinträchtigungen nehmen auch die Integrationsfachkräfte (IFK) in den Jobcentern wahr. Laut Studien des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) aus 2013 und 2018 gehen die IFK von Anteilen bis zu 40 % aus, im Fallmanagement von bis zu zwei Dritteln aller betreuten Leistungsbeziehenden (Oschmiansky *et al.*, 2017; Schubert *et al.*, 2013).

1.4 Arbeitslosigkeit und psychische Gesundheit im internationalen Vergleich

Internationale Vergleiche von Ländern mit unterschiedlichen und ähnlichen Sozialsystemen (Ahn *et al.*, 2004; Schuring *et al.*, 2007; Heggebø, 2015; Cygan-Rehmet *et al.*, 2017, Tøge *et al.* 2015) kommen übereinstimmend für fast alle Länder zu dem Ergebnis, dass Arbeitslosigkeit die psychische Gesundheit beeinträchtigt sowie eine schlechtere Gesundheit zu Arbeitslosigkeit führen kann. Ein großzügiges Sozialsystem/Arbeitslosenunterstützung kann die Auswirkungen der Arbeitslosigkeit sowie die gesundheitliche Ungleichheit zwischen Beschäftigten und Arbeitslosen verringern (Tøge und Blekesaune, 2015; Paul *et al.*, 2019), aber auch zu einer langsameren Wiedereinstellungsgeschwindigkeit führen (Wanberg *et al.*, 2019).

Australien, Großbritannien und die USA weisen mit einem geringeren Arbeitslosenschutz eine schlechtere psychische Gesundheit von Arbeitslosen gegenüber Erwerbstätigen auf als Deutschland (Cygan-Rehmet *et al.*, 2017; Wanberg *et al.*, 2019). Dabei treten negative Effekte z. B. in Großbritannien bereits nach kurzen Perioden der Arbeitslosigkeit (>3 Monate) auf (Mandemakers und Monden 2013), während sich in Deutschland erst längere Phasen der Arbeitslosigkeit negativ auswirken.

Europäische Studien zeigen, dass ein schlechterer selbst eingeschätzter Gesundheitszustand in den meisten europäischen Ländern mit einem erhöhten Risiko verbunden ist, arbeitslos zu werden und zu bleiben (Schuring *et al.* 2007; Tøge 2016). Ahn *et al.* (2004) fanden zwischen den EU-Ländern zudem erhebliche Unterschiede in den Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit sowie auf die gesundheitsbedingten Selektionsprozesse am Arbeitsmarkt. Geringer sind sie in Ländern mit niedrigen nationalen Arbeitslosenquoten, kurzen Perioden der Arbeitslosigkeit und einem gut funktionierenden Arbeitslosenschutz aus Arbeitslosengeld und aktiven arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen (Ahn *et al.*, 2004, Schuring *et al.* 2007). Die Verschlechterung der selbsteingeschätzten Gesundheit aufgrund von Arbeitslosigkeit ist in den angelsächsischen Ländern ausgeprägter als in südlichen und kontinentalen Ländern Europas (Schuring *et al.*, 2015), während sie in den nordeuropäischen Ländern nur in Schweden feststellbar ist (Tøge, 2016). Schweden zeigt zudem erhöhte Risiken, infolge von psychischen Belastungen arbeitslos zu werden und zu bleiben (Korpi, 2001; Skärlund *et al.*, 2012; Heggebø, 2015). Auch in Dänemark

führt eine schlechtere Gesundheit aufgrund des Arbeitsmarktmodells „Flexicurity“⁵ signifikant stärker zu Arbeitslosigkeit (Heggebø, 2015).

Durch die Wirtschaftskrise ab dem Jahr 2008 stieg die Arbeitslosigkeit in Europa und den USA erheblich an. Länder mit bedeutenden Finanzsektoren, insbesondere in den USA und Großbritannien sowie in Schweden und Deutschland, legten große Konjunkturpakete zur Abfederung auf (Stuckler *et al.*, 2017). Dem gegenüber standen Sparmaßnahmen, die zu stagnierenden Löhnen, Arbeitsplatzverlusten und in vielen Ländern zu Reduzierung der Sozialausgaben für Arbeitslose führten und eine schlechtere psychische Gesundheit hervorriefen. In Ländern mit hohen Selbstzahlungen im Gesundheitssystem stiegen darüber hinaus der 'ungeddeckte medizinische Bedarf' und gesundheitliche Ungleichheiten, z. B. in Griechenland, den südeuropäischen Ländern, Lettland und den USA (Stuckler *et al.*, 2017), während die skandinavischen und kontinentaleuropäischen Länder mit starken Sozialschutzsystemen tendenziell geringere Unterschiede aufwiesen (Stuckler *et al.*, 2017; Serapioni, 2017). Deutschland konnte aufgrund von Konjunkturpaketen, die insbesondere Maßnahmen zur Beschäftigungssicherung enthielten, die Wirkungen der Wirtschaftskrise abfedern. Durch flexible Arbeitszeitregelungen und Kurzarbeit konnten Massenentlassungen verhindert werden, so dass die Arbeitslosigkeit unter allen OECD-Ländern den geringsten Anstieg verzeichnete (Reissert, 2022) und bereits 2010 unter dem Niveau von 2008 lag. Die Quote der Langzeitarbeitslosen war davon nicht betroffen. Sie lag bereits vor der Wirtschaftskrise auf einem historischen Höchststand (in 2007 46,1 %) (Statistik der Bundesagentur für Arbeit, 2022) und sank erst durch die Ausweitung arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen ab dem Jahr 2008.

1.5 Erklärungsmodelle zur Wirkungsrichtung von Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Die Wechselwirkungen zwischen Arbeitslosigkeit und psychischer Gesundheit sind ein seit den 1970er Jahren breit untersuchtes Thema der psychologischen Arbeitslosigkeitsforschung (Überblick zum Forschungsstand z.B. Paul und Moser, 2001). Erste Untersuchungen datieren bereits auf die 1930er Jahre (Wacker, 2001), darunter die soziographische Studie über „Die Arbeitslosen von Marienthal“ (Jahoda *et al.*, 1975).

⁵ Das dänische "Flexicurity-Modell" als Kombination von Flexibilität (flexibility) und Sicherheit (security) ist durch eine hohe Mobilität und Flexibilität am Arbeitsmarkt mit einem niedrigen Kündigungsschutz sowie einer großzügigen sozialen Absicherung bei Arbeitslosigkeit (bis zu 90 % des vorherigen Einkommens) gekennzeichnet. Gleichzeitig wird durch eine aktive Arbeitsmarktpolitik die Aktivierungspflicht von Arbeitslosen betont, was zu niedrigen Verbleibsquoten in Arbeitslosigkeit führt (Bogedan, 2005; Peter, 2007).

Nach dem *Modell der latenten Deprivation* (Jahoda, 1983) geht die Arbeitslosigkeit mit dem Verlust der manifesten Funktion des Gelderwerbs sowie der latenten Bedeutung von Erwerbsarbeit einher. Die fünf latenten Funktionen umfassen eine feste Zeitstruktur, regelmäßige Aktivität, kollektive Zielsetzungen, Status und Identität sowie über die Familie hinausgehende soziale Kontakte. Arbeitslosigkeit führt zu einem gravierenden Mangel dieser Funktionen mit folglich negativen Auswirkungen auf das psychische Befinden.

Für Fryer steht weniger die Abhängigkeit von Effekten der latenten Funktionen der Erwerbsarbeit im Vordergrund, als vielmehr die mit der Arbeitslosigkeit entstehenden *Handlungsrestriktionen*. Ausgehend vom Menschen als proaktiven, selbstbestimmten und zukunftsorientierten Akteur, führen finanzielle und materielle Einschränkungen sowie eine unklare Zukunftsperspektive zu Restriktionen der Planungs- und Handlungsmöglichkeiten sowie fehlender Selbstbestimmung und damit zu Frustration mit negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit (Fryer, 1992).

Das *Vitaminmodell* von Warr umfasst neun Umgebungsmerkmale, die für die psychische Gesundheit relevant sind: Möglichkeit der Ausübung von Kontrolle, Nutzung eigener Fertigkeiten, von außen gesetzte Ziele und Anforderungen, Vielfalt und Abwechslung, Transparenz der Umgebung, Verfügbarkeit von Geld, physische Sicherheit, zwischenmenschliche Kontakte und angesehene soziale Stellung. Ähnlich den Vitaminen wirken einige Merkmale in hoher Dosierung gesundheitsfördernd, andere in zu hoher und zu geringer Dosierung gesundheitsschädigend (Warr, 2017).

Ein weiterer Erklärungsansatz besteht in der *Inkongruenz* zwischen arbeitsethischen Wertvorstellungen (hohes Arbeitsengagement) und dem Zustand der Arbeitslosigkeit (Paul und Moser, 2009). Eine bestehende starke innere Bindung und positive Einstellung gegenüber der Erwerbsarbeit gehen mit der Arbeitslosigkeit nicht verloren. Arbeitslose befinden sich daher in einer anhaltenden Situation mangelnder Passung von Erwerbseinstellung und Erwerbssituation, was zu einem psychischen Leidensdruck führt. Verschiedene Studien (McKee-Ryan *et al.*, 2005) bestätigen die negative Beziehung zwischen der Zentralität der Arbeitsrollen von Arbeitslosen und deren psychischer Gesundheit.

Empirische Studien bestätigen die Nützlichkeit der genannten *kausalen* Erklärungsansätze. Der schlechtere Zugang zu sozialen Kontakten, Zeitstrukturen und Aktivitäten (McKee-Ryan *et al.*, 2005), aber auch der reduzierte subjektive soziale Status der Arbeitslosen (Creed und Macintyre, 2001; Krug und Eberl, 2018) sowie ein negativeres Selbstwertgefühl und Selbstkonzept (Wacker und Kolobkova, 2000) bedingen eine schlechtere psychische Gesundheit. Aber auch die subjektiven finanziellen Belastungen und finanziellen Ressourcen haben Einfluss auf die psychische Gesundheit (Creed und Macintyre, 2001; Krug und Eberl, 2018; McKee-Ryan *et*

al., 2005; Wacker und Kolobkova, 2000) und stellen einen wichtigen Prädiktor für das Wohlbefinden dar. Der Effekt der Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit wirkt dabei vor allem in den ersten 6-9 Monaten der Arbeitslosigkeit und stabilisiert sich dann auf dem Niveau (Paul und Moser, 2009; Selenko, Batinic und Paul, 2011). Die Wiederbeschäftigung zuvor arbeitsloser Menschen führt zu einer gesundheitlichen Verbesserung (Paul und Moser, 2001).

Die Sichtweise auf die Arbeitslosigkeit als zwingend psychische Belastung und die Rückkehr in die Erwerbsarbeit als psychische Entlastung sieht Rogge (2018) als „Simplifizierung“ an. Seine *Theorie der biographischen Identitätsmodi* geht davon aus, dass Arbeitslosigkeit je nach Identitätsmodus unterschiedliche Folgen hat. So kann der Verlust der Erwerbsarbeit subjektiv auch als „Befreiungsmodus“, mit einem positiv veränderten Sinnempfinden der Alltagsaktivitäten, sowie für Menschen mit prekären Erwerbsbiographien als „Umstellungsmodus“ - mit vorübergehenden und zunächst weitgehend undramatischen Beeinträchtigungen - verstanden werden. Rogges Studienergebnisse von Arbeitslosen im „Kampf- und Verfallsmodus“ bestätigen hingegen deren enorme psychische Belastungen.

Neben den zuvor genannten *kausalen Wirkungen* sind auch *Selektionseffekte* als Erklärungsmodelle umfangreich wissenschaftlich untersucht. Einige Autor*innen konstatieren anhand von Datenauswertungen eine subjektive Verschlechterung des Gesundheitszustandes bereits im Jahr unmittelbar vor der Arbeitslosigkeit und sehen darin eine selektive Ursache und Vorhersage der Arbeitslosigkeit (Hollederer und Voigtländer, 2016; Krug und Eberl, 2018). Paul und Moser (2001) merken hierzu an, dass sich bereits der drohende Arbeitsplatzverlust wahrscheinlich negativ auf das psychische Befinden der Betroffenen auswirkt und eine negative Einschätzung der psychischen Gesundheit bewirkt. Selektionseffekte, d.h. Arbeitsplatzverlust (oder -aufgabe) psychisch belasteter Menschen sind zwar nachweisbar (Paul und Moser, 2001), jedoch schwächer als Kausalitätseffekte.

Übereinstimmend zeigen diverse Längsschnittstudien die wechselseitige Wirkung von Selektions- und Kausalitätseffekten (Berth *et al.*, 2011; Herbig *et al.*, 2013), die sich in einem *Circulus vitiosus* (Paul und Moser, 2001; Holleder, 2009) gegenseitig verstärken und ein komplexes Geflecht vielfältiger Einflüsse auf Entlassungs- und Einstellungshandlungen und sowie den damit verbundenen Risiken (Wacker und Kolobkova, 2000) darstellen. Psychische Belastungen führen leichter zu Arbeitslosigkeit (Selektion), Arbeitslosigkeit verstärkt psychische Belastungen und Beschwerden (Kausalität), psychische Beschwerden erschweren die Rückkehr ins Erwerbsleben (Selektion), Arbeitslosigkeit und Beschwerden bleiben erhalten.

1.6 Interventionsprogramme zur Gesundheitsförderung von Langzeitarbeitslosen

Primäres Ziel und Outcome-Kriterium von arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen der Förderung Langzeitarbeitsloser im SGB II sind die Wiederbeschäftigung, einhergehend mit der Verbesserung beschäftigungsbezogener Kompetenzen sowie die Intensivierung und Optimierung der Stellensuche. Die Veränderung des Befindens und die Verbesserung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen als „Fördereinheit“ spielen in den Regelangeboten nur eine geringe Rolle und werden im Outcome bisher nur in sehr zielgruppenspezifischen Maßnahmen oder gar nicht berücksichtigt. Unterstellt man den Fördermaßnahmen „latente“ Funktionen (Jahoda, 1983) wie Schaffung von Tages- und Zeitstrukturen, Aktivität und sozialen Kontakten, können sich diese Maßnahmen jedoch kurzfristig positiv auf das Befinden auswirken (Gawlik-Chmiel et al., 2011; Schmidt, 2010). Auch wenn die gesundheitsbezogenen Selektionseffekte am Arbeitsmarkt sowie die gesundheitlichen und psychosozialen Folgen der Arbeitslosigkeit einen zielgruppenspezifischen Bedarf an Prävention und arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung begründen (Hollederer, 2020; Kirschner, 2011), sind Interventionsprogramme zur Prävention und Förderung der psychischen Gesundheit von Langzeitarbeitslosen kein Bestandteil der Regelangebote und Regelfinanzierung der Jobcenter. Sie sind jedoch „sinnvoll, um zum Erhalt und zur Förderung der Arbeitsfähigkeit und damit der Wiederbeschäftigungschancen beizutragen“ (Ekeles, 2011, S. 43).

In den vergangenen Jahren wurden mit Blick auf die Unterstützung von Langzeitarbeitslosen verschiedene aktivierende Programme aufgelegt, die die Verbesserung des Gesundheitszustandes, des psychischen Wohlbefindens sowie der gesundheitlichen Handlungsfähigkeiten als wichtige Komponenten der Beschäftigungsfähigkeit (Seiler, 2009) zum Ziel haben. Einen Überblick geben u.a. Hult *et al.* (2020), Otto und Mohr (2009), Koopman (2017), Preuss (2011), Reissner *et al.* (2016), Holleder (2017) und Tiefensee (2020). Die verschiedenen Interventionsprogramme können zwischen Ansätzen der Primärprävention und des therapeutisch/rehabilitativen Gesundheitsmanagements verortet werden (Kirschner, 2011; Reissner et al., 2016).

Präventive Interventionen fokussieren dabei vor allem auf die Verbesserung des psychischen Wohlbefindens. Die Konzeptionen reichen von Gruppenangeboten bis zu Einzelberatungen mit und ohne kognitivem Verhaltenstraining oder verfolgen den Ansatz einer spezifischen Betreuung Langzeitarbeitsloser, z. B. durch das beschäftigungsorientierte Fallmanagement. Klassische Angebote der Primärprävention (§ 20 SGB V) erreichen die Zielgruppe der Langzeitarbeitslosen nur selten, da sie „mit entsprechendem Mittelschichtenbias ‚nachfrageseitig‘ in Anspruch genommen werden“ und „bei Erwerbslosen an deren Lebenswirklichkeit und ‚Kontext‘ vorbei [gehen]“ (Ekeles, 2011, S. 43). Daher werden die Interventionsangebote vor allem im Kontext der Jobcenter organisiert, um die Zielgruppe der Langzeitarbeitslosen besser identifizieren und

ansprechen zu können. Ein niedrighschwelliger Ansatz zur Verknüpfung von Arbeits- und Gesundheitsförderung für Arbeitslose wird seit 2014 im Rahmen des bundesweiten Modellprojektes „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“ in Kooperation von Jobcentern und Agenturen für Arbeit mit Krankenkassen und Krankenkassenverbänden erprobt.

Rehabilitative Ansätze wie das Konzept des *Supported Employment* (SE) und dessen manualisierte Form Individual Placement and Support (IPS) setzen auf die Reintegration schwer psychisch Erkrankter in Arbeit, die primär im Rahmen der (teil-)stationären psychiatrischen Versorgung rekrutiert werden. Der Ansatz, die Arbeit selbst als Rehabilitation anzusehen und die schwer psychisch Erkrankten durch Jobcoaches erst auf einem geeigneten Arbeitsplatz zu platzieren und dann zu trainieren („first place, then train“), gilt als sehr erfolgreich (Cook *et al.*, 2005; Brieger and Hoffmann, 2012; Gühne, 2015; Suijkerbuijk *et al.*, 2017) und wird in der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde empfohlen (Brieger & Hoffmann, 2012). Die Umsetzung des Supported Employment und IPS wird im deutschen Versorgungskontext nicht zuletzt aufgrund sozialrechtlicher Herausforderungen bei der Verzahnung medizinischer, psychosozialer und arbeitsintegrativer Leistungen erschwert (Gühne und Riedel-Heller, 2021; Stengler *et al.*, 2021). Für Langzeitarbeitslose im ALG II Bezug mit mittel bis schweren psychischen Erkrankungen, die nicht über Klinikaufenthalte rekrutiert werden, wird das IPS derzeit modellhaft über das Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ gemäß § 11 SGB IX u. a. in Leipzig mit dem Projekt LIPSY (Leipzig – Individual Placement and Support für psychisch erkrankte Menschen) (Alberti, 2021) erprobt und evaluiert.

LIPSY⁶ überträgt im Rahmen des Bundesprogramms *rehapro* erstmals das IPS-Konzept auf Langzeitarbeitslose mit psychischen Erkrankungen. Die Intervention zielt darauf ab, die Arbeitsfähigkeit der Teilnehmenden wiederzuerlangen und ihre Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt zu erleichtern. Dabei werden die leicht bis mittel psychisch Erkrankten nach einem psychologischen Screening in die Behandlung des allgemeinen psychosozialen Versorgungssystems gelotst, während das begleitende Jobcoaching durch das Jobcenter erfolgt. Die schwer psychisch Erkrankten werden über die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) in das IPS-Coaching aufgenommen und manualbasiert versorgt. Das Projekt wird mit einer randomisiert kontrollierten Studie durch die Universität Leipzig begleitet, um die Wirksamkeit einer IPS-Intervention bei

⁶ Im Projekt LIPSY kooperieren das Jobcenter Leipzig und das Helios-Parkklinikum Leipzig (GmbH) miteinander. Die wissenschaftliche Begleitung wird durch die Universität Leipzig - Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) umgesetzt. Förderzeitraum: 01.03.2020 - 31.01.2025 (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2020).

Langzeitarbeitslosen ALG II Beziehenden mit schweren psychischen Erkrankungen zu prüfen (Hussenoeder et al., 2021).

Da die Angebote der Primärprävention aufgrund erheblicher gesundheitlicher Einschränkungen der Langzeitarbeitslosen oftmals nicht ausreichend sind und diese prioritär diagnostischer und therapeutischer Versorgung bedürfen (Kirschner, 2011), setzen einige Interventionen zwischen den präventiven und rehabilitativen Ansätzen an. Hierzu zählen u. a. die „*Psychosozialen Coachings*“, einschließlich *KompAQT* und *TANDEM* (u. a. Bühler et al., 2013; Tiefensee, 2020), die Interventionen *SUPPORT 25* und *SUNRISE* in Essen (Dickersbach et al., 2019) sowie das in dieser Arbeit vorgestellte Projekt. Sie bilden eine Scharnier- und Lotsenfunktion zwischen Langzeitarbeitslosen mit integrationsrelevanten psychischen Einschränkungen in Betreuung der Jobcenter und dem psychotherapeutischen Versorgungssystem und nehmen eine wichtige Rolle bei der Identifikation psychisch erkrankter Arbeitsloser und deren weiteren Versorgung ein. Mit dem Ziel der Diagnostik, Psychoedukation und Krisenintervention sowie der individuell erforderlichen Überleitung in die Behandlungsangebote der psychotherapeutischen Regelversorgung werden die hilfeschuchenden Langzeitarbeitslosen von den Integrationsfachkräften in die Interventionsangebote vermittelt.

Ebenfalls zwischen dem präventiven und rehabilitativen Ansatz verortet sich das Modellprojekt *L.IGA (Lichtenberger Initiative für Gesundheit und Arbeit⁷)*, welches über das Bundesprogramm *rehapro* des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales realisiert wird. In der *L.IGA* wird psychisch erkrankten Langzeitarbeitslosen ein schneller und niedrighschwelliger Zugang zu medizinischen Maßnahmen ermöglicht sowie die berufliche und soziale Teilhabe gezielt gefördert. Die engmaschige individuelle Betreuung erfolgt inklusive begleitendem Jobcoaching über einen Zeitraum von bis 1,5 Jahren in einer Tandemstruktur, ergänzt durch die Erfahrungsexpertise einer Ex-In-Genesungsbegleitung⁸. Ein wesentlicher Bestandteil des Projektes neben dem Coaching ist der Aufbau einer nachhaltigen Vernetzung und Kooperation mit medizinischen und psychosozialen Versorgungsstrukturen, den Selbsthilfestrukturen, den Arbeitgebenden im Bezirk sowie die

⁷ Im Projekt *L.IGA (Lichtenberger Initiative für Gesundheit und Arbeit)* arbeitet das Team in vier Tandems aus je einer Integrationsfachkraft des Jobcenters und einem Sozialarbeiter eines Strukturträgers der psychosozialen Betreuung (Pegasus GmbH und WIB – Weißenseer Integrationsbetriebe GmbH) zusammen. Bestandteil des Teams ist als bundesweites Novum in einem Jobcenter ein EX-IN-Genesungsbegleiter. Ergänzt wird die Kooperation durch die psychologische und medizinische Expertise der Berliner Rehabilitationsklinik für Psychisch Kranke (RPK Albatros MVZ & RPK gGmbH). Förderzeitraum: 01.02.2022 - 31.07.2026 (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2022).

⁸ Ex-In-Genesungsbegleiter*in (experienced involvement) oder auch Ex-In-Erfahrungsexpert*in bezeichnet Personen, die selbst in psychiatrischer Behandlung waren und nach Abschluss einer entsprechenden Qualifizierung andere Betroffene bei der Bewältigung psychischer Krisen unterstützen.

Entwicklung eines „institutionenübergreifende[n] Blick[es], der die Bedarfe der Hilfesuchenden in den Fokus stellt“ (Kaps et al., 2019, S. 224).

Bisher liegen nur wenige randomisiert kontrollierte Interventionsstudien vor (Paul und Moser, 2009; Holleder, 2019; Hult et al. 2020) und der Wissensstand über die psychosozialen und gesundheitlichen Wirkmechanismen und die Kausalität der Veränderung durch die Intervention ist nach wie vor unzureichend (Ekeles, 2011; Herbig et al., 2012; Liu, 2014). Dennoch berichten die Ergebnisse aller untersuchten Interventionen je nach Ergebnisindikatoren von einer spezifischen, nicht immer signifikanten, Wirksamkeit auf die Gesundheit und Beschäftigungsaufnahme der Zielgruppe. Insbesondere Interventionsangebote mit kognitiven Verhaltenstrainings haben signifikante, wenngleich mäßige Effekte auf die verbesserte Gesundheit der Teilnehmenden, die jedoch ohne Beschäftigungsaufnahme nur kurzfristig sind (Paul und Moser, 2009; Holleder, 2019). Am erfolgversprechendsten scheinen entsprechend der Studienlage kombinierte Interventionen aus therapeutischen und beschäftigungsfördernden Methoden (Koopman et al., 2017; Hult et al., 2020).

In der folgenden Übersicht werden evaluierte⁹ Interventionsangebote, die zur Gesundheitsförderung von Langzeitarbeitslosen erprobt und zum Teil implementiert wurden, und deren Ergebnisse dargestellt (Tabelle 1). Für einige Untersuchungen wurde methodisch ein Prä-Post-Design mit und ohne Kontrollgruppen gewählt und damit eine schwache epidemiologische Evidenzstufe erreicht (Herbig et al., 2012). Andere Interventionen wurden durch randomisiert kontrollierte Studiendesigns evaluiert. Die Unterteilung der Interventionen erfolgt entlang der Ansätze Primärprävention/*Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung* und Diagnostik/*Lotsenfunktion* wie im *Psychosozialen Coaching*. Rehabilitative Ansätze des SE und IPS werden nicht dargestellt. Die Übersicht basiert nicht auf einer systematischen Recherche zu Interventionsstudien, wie z.B. bei Hult et al. (2020), Koopman (2017) und Tiefensee (2020). Sie greift auf in der Literatur vorhandene Übersichten und eigene nicht systematische Literaturrecherchen zurück und dient der Einbettung des hier vorgestellten Psychosozialen Coachings und seiner Ergebnisse in den Kontext vergleichbarer Interventionen.

Da Interventionen mit Diagnostik und Lotsenfunktion in ihrer Positionierung zwischen Primärprävention und Rehabilitation ebenso wie das *Supported Employment* vor sozialrechtlichen Herausforderungen stehen und daher bisher seltener umgesetzt werden, kommt den pri-

⁹ Da die Evaluationen der Modellprojekte LIPSY und L.IGA aufgrund der Laufzeit der Projekte noch andauern und Studiendesign, Outcome und Ergebnisse noch nicht bekannt sind, werden die beiden Interventionsangebote nicht in der Tabelle aufgeführt.

märpräventiven Angeboten der Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung eine wichtige Rolle zu. Das in der Übersicht enthaltene *JOBS Program* (Michigan, USA) wird seit 2021 als Pilotprojekt in Deutschland durch Förderung im Rahmen des *GKV-Bündnisses für Gesundheit* erprobt und wissenschaftlich begleitet.

Tabelle 1: Übersicht ausgewählter Interventionen zur Gesundheitsförderung von Langzeitarbeitslosen und deren Ergebnisse

Intervention/ Autoren	Zielgruppe/ Land	Intervention	Studiendesign	Outcome	Ergebnisse
Psychosoziales Coaching in Jobcentern mit Lotsenfunktion					
Psychosoziales Coaching Jobcenter Leipzig (Tiefensee, 2020)	Langzeitarbeitslose über 50 Jahre mit psychischen Einschränkungen <i>Deutschland</i>	Psychiatrische Diagnostik; Lotsenfunktion in das medizinisch und therapeutische Versorgungssystem; Gruppenangebote: Entspannung, Stressbewältigung, Training sozialer Kompetenz	Prä-Post-Design Studienpopulation: n T1 =162 n T2 = 88 Messzeitpunkte: T1 = MB T2 = 1,5 Jahre nach ME	Vorliegen psychiatrischer Diagnosen; Versorgungssituation (Behandlung psychischer Erkrankung gemäß AWMF-Leitlinien); Lotsenfunktion in das medizinisch und therapeutische Versorgungssystem; Arbeitsaufnahme	Psychiatrische Diagnose: 77 % (n = 124); Leitlinienkonforme Behandlung: keine 79 % (n = 93), suboptimal 15 % (n = 18), optimal 5 % (n = 9); Behandlungsaufnahme 55,4 %; Arbeitsaufnahme T2: 60 % (n = 97), darunter 60 % (n = 58) 1. Arbeitsmarkt; keine Signifikanz hinsichtlich Arbeitsaufnahme und Therapie
KompaQT München (Kompetenznetz für Arbeit, Qualifizierung und Transfer) (Bühler <i>et al.</i> , 2013)	Langzeitarbeitslose über 50 Jahre mit psychischen Einschränkungen <i>Deutschland</i>	Psychiatrische Diagnostik im Rahmen des Psychosozialen Coachings; Gruppenangebote: Entspannung, Stressbewältigung, Training sozialer Kompetenz	Studienpopulation: n = 44 strukturierte Diagnostik (aus n = 105 mit psychischer Erkrankung)	Diagnosespektrum; Versorgungssituation (Behandlung psychischer Erkrankung gemäß AWMF-Leitlinien)	61 % keine oder keine störungsspezifische Behandlung, suboptimal 30 %, optimal 9 %
TANDEM (Task force on long Duration unemployment of Elderly People and Mental health) (Steil <i>et al.</i> , 2013)	Langzeitarbeitslose über 50 Jahre mit psychischen Störungen <i>Deutschland</i>	Psychiatrische Diagnostik; Behandlungsempfehlung und Behandlungsmotivation; Lotsenfunktion in das medizinisch und therapeutische Versorgungssystem Psychoedukation; Kurz- und Krisenintervention, Training psychosozialer Kompetenzen	Studienpopulation: n = 71 mit abgeschlossener Diagnostik (von insgesamt n = 122 TN)	Bedarf an Intervention und Behandlung; Inanspruchnahme therapeutische Versorgungsangebote	Mindestens eine psychiatrische Diagnose: 96 % (n = 68); Behandlungsempfehlung: 96 % (n = 68); Zuvor keine psychiatrische Behandlung: 85 % (n = 60)

Intervention/ Autoren	Zielgruppe/ Land	Intervention	Studiendesign	Outcome	Ergebnisse
Gesundheits-coach Jobcenter Gütersloh (Wabnitz <i>et al.</i> , 2019)	Langzeitarbeitslose mit psychischen Belastungen <i>Deutschland</i>	Unterstützung bei Aufnahme bedarfsgerechter Behandlung; Kollaboration mit anderen Versorgungssektoren	Darstellung eines Pilotprojekts Studienpopulation: n = 57 Messzeitpunkte: T0 = vor MB	subjektiv erlebte Selbstwirksamkeit und Stigmatisierung, „Distress“ D-Score, Gründe Inanspruchnahme der Intervention; Vermittlung in Versorgungssystem	Gründe Inanspruchnahme: v.a. Depressivität, Ängste, Selbstwertproblematik; Stigmatisierung und Selbstwirksamkeit: mittlere Ausprägung; negativer D-Score; 46 % Vermittlung in Versorgungssystem; 44 % eigenständige Hilfesuche
AmigA (München) (Herbig, <i>et al.</i> , 2012)	Langzeitarbeitslose über 50 Jahre mit gesundheitlichen Einschränkungen <i>Deutschland</i>	Diagnostik und Vermittlung in Angebote des Gesundheitswesens sowie beratende Begleitung der Teilnehmenden; Verbesserung der Gesundheit und der Integrierbarkeit älterer Langzeitarbeitsloser	Randomisierte Kontrollstudie Studienpopulation: n IG = 52 n KG = 53 (Wartegruppe) Messzeitpunkte: T1 = MB T2 = ME	Veränderungen der physischen/psychischen Gesundheit, kognitiver Leistungsfähigkeit, und persönlicher Ressourcen; Verbesserung der Arbeitsmarktintegration(-sfähigkeit),	Signifikante Verbesserung depressive Symptomatik, keine Veränderung körperlicher Beschwerden; leichte Verbesserung Lebensqualität/Selbstwirksamkeit; keine Verbesserung der Integrationsfähigkeit
Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung					
Gruppentraining auf Basiskognitiver Verhaltenstherapie (CBT) (Proudfoot <i>et al.</i> , 1997) (Rose <i>et al.</i> 2012)	Langzeitarbeitslose von 23 – 62 Jahren mit psychischen Belastungen <i>Großbritannien</i> vergleichbare Ergebnisse in Australien	Stärkung psychischer Ressourcen; Attributionsstil erkennen und verbessern; Vermittlung von Techniken zur Arbeitssuche	Kontrolliertes Prä-Post-Design Studienpopulation: n IG =134 (CBT) n KG =110 (Soziales Unterstützungsprogramm) Messzeitpunkte: T1 = MB T2 = ME T3 = 12 ± 16 Wo. nach ME	Primär: Erlangung einer Vollzeitbeschäftigung Sekundär: Auswirkungen auf die psychische Gesundheit (GHQ), Aktivitäten zur Arbeitssuche	Verbesserung psychischen Gesundheit, Selbstwirksamkeit, Attributionsstil, und Arbeitsmotivation T3: Vollzeitbeschäftigung IG= 34 %; KG = 13 % (p < 0,001); Teilzeit und Zeitarbeit IG= 49 %, KG = 28 % (p < 0,001) T3: ohne Arbeitsaufnahme erneute Reduzierung psychischer Gesundheit, Selbstwirksamkeit, Arbeitsmotivation

Intervention/ Autoren	Zielgruppe/ Land	Intervention	Studiendesign	Outcome	Ergebnisse
<p>Gruppentraining CM-CBT (conditionmanagementcognitive-behaviouraltherapy)</p> <p>Kellet <i>et al.</i> (2013)</p>	<p>61% Teilnehmende (n = 2352) mit psychischen Erkrankungen</p> <p><i>Großbritannien</i></p>	<p>gruppenbasierter, kognitiv-behavioraler psychoedukativer Ansatz zur Steigerung Beschäftigungsfähigkeit und psychologischen Wohlbefindens</p> <p>Erleichterung der Rückkehr an den Arbeitsplatz durch effektives Selbstmanagement</p>	<p>Prä-Post-Design</p> <p>Studienpopulation: n Sample = 3533 n Completer = 2237 n T3= 1030 n T4 = 421</p> <p>Messzeitpunkte: T1 = MB T2 = ME T3 = 3 Mo. nach ME T4 = 12–30 Mo. nach ME</p>	<p>Rückkehr an den Arbeitsplatz nach CM-CBT, Heranführung an Beschäftigung (z.B. Ehrenamt, Verringerung Arbeitsunfähigkeit) oder Fortbestand von Sozialleistungsbezug</p>	<p>CM-CBT erleichtert Rückkehr an den Arbeitsplatz</p> <p>T3: 12,52 % Arbeitsaufnahme, 21,89 % Heranführung an Arbeit, 65,59 % Sozialleistungsbezug</p> <p>T4: 30,27 % Arbeitsaufnahme, 22,80 % Heranführung an Arbeit, 46,93 % Sozialleistungsbezug</p>
<p>Työhön („An die Arbeit“) JOBS-Programm</p> <p>Finnisches MPRC-Jobs-Programm (Michigan Prevention Research Center)</p> <p>(Vinokur <i>et al.</i>, 2000; Vuori <i>et al.</i>, 2002)</p>	<p>Arbeitslose >10 Monate Dauer mit psychischen Einschränkungen</p> <p><i>Finnland</i></p>	<p>Gruppentraining mit Elementen der sozialen Lerntheorie und Selbstwirksamkeit; Erwerb von Arbeitssuche- und Problemlösungsfähigkeiten, Steigerung der Motivation der Arbeitssuche</p>	<p>Randomisierte Kontrollstudie</p> <p>Studienpopulation: n IG = 629 n KG = 632</p> <p>Messzeitpunkte: T1 = MB T2 = 2 Wo. nach ME T3 = 6 Mo. nach ME T4 = 24 Mo. nach ME</p>	<p>Selbstwirksamkeit, Lebenszufriedenheit, subjektiver Gesundheitszustand, depressive Symptome und psychische Belastung; Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt</p>	<p>positive Auswirkungen auf depressive Symptomatik und Selbstwertgefühl bei IG; Steigerung Arbeitssuchverhalten;</p> <p>Erwerbsstatus T3 (6 Monate): 23,8 % wiederbeschäftigt, 25,3 % in geförderten Beschäftigungen oder Arbeitsmarkttraining, 30% arbeitslos; Wiedereinstellung insgesamt IG = 34 %, KG = 31,9 %.</p> <p>T4 (24 Monate): Wiedereinstellung insgesamt IG = 70,4 %, KG = 64,1%</p>

Intervention/ Autoren	Zielgruppe/ Land	Intervention	Studiendesign	Outcome	Ergebnisse
JOBS-Programm Programm zur Gesundheitsförderung <i>(Brenninkmeijer und Blonk, 2012)</i>	Langzeitarbeitslose zwischen 18-57 Jahren mit psychischen Einschränkungen <i>Niederlande</i>	Stärkung der Selbstwirksamkeits- und Problemlösungskompetenzen; Arbeitsaufnahme	Randomisierte Kontrollstudie Studienpopulation: n IG = 47 n KG = 38 Messzeitpunkte: T1 = MB T2 = 1 Mo. nach MB T3 = 6 Mo. nach MB T4 = 12 Mo. nach MB	Arbeitssuchverhalten; Arbeitsaufnahme; Zufriedenheit mit Intervention	Kurzzeiteffekte (T3): Arbeitsaufnahme IG = 26 %, KG = 11 %; Keine Unterschiede im Arbeitssuchverhalten Langzeiteffekte (T4): Arbeitsaufnahme IG 28 %, KG 15 %; Keine Unterschiede im Arbeitssuchverhalten
AktivA Aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit <i>(Rothländer, Mühlpfordt und Richter, 2012)</i>	Langzeitarbeitslose 18-65 Jahre mit körperlichen und psychischen Beschwerden <i>Deutschland</i>	Training zur Förderung von Gesundheit, Stärkung von Selbstwirksamkeitserwartungen und Handlungskompetenz (modular: Aktivitätsplanung, konstruktives Denken, soziale Kompetenz, systematisches Problemlösen); kognitiv-behaviorale Techniken;	Kontrolliertes Prä-Post-Design Studienpopulation: Setting in Beschäftigungsmaßnahmen (1) n IG 1 = 258 n KG 1 = 211 Setting (2) frei zugängliche n IG 2 = 184 n KG 2 = 111 Messzeitpunkte: T1 = MB T2 = ME T3 = 3 Mo. nach ME	Effekte auf psychische, körperliche und sozialkommunikative Gesundheit sowie auf Selbstwirksamkeitserwartung und wahrgenommene soziale Unterstützung	Setting 1: Verringerung physischer und psychischer Beschwerden bei T2; keine Effekte auf sozialkommunikative Beschwerden, wahrgenommene soziale Unterstützung und Selbstwirksamkeitserwartung; Setting 2: hochsignifikante Verbesserung psychischer Beschwerden; Verbesserung sozialkommunikative Beschwerden, Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstvertrauen und wahrgenommene soziale Unterstützung; mittelfristige Effekte auch zu T3

Intervention/ Autoren	Zielgruppe/ Land	Intervention	Studiendesign	Outcome	Ergebnisse
Interventionen für langzeitarbeitslose Jugendliche und junge Erwachsene					
Gruppentraining auf Basiskognitiver Verhaltenstherapie (CBT) (Creed et al. 1999)	Jugendliche (Alter 16,9 - 23,8 Jahre) mit psychischen Belastungen <i>Australien</i>	Verbesserung Wohlbefinden und psychische Gesundheit; Vermittlung von Bewältigungsfähigkeiten; Konzept des automatischen, konstruktiven und optimistischen Denkens	Kontrolliertes Prä-Post-Design Studienpopulation: n IG = 43, n KG = 22 (keine Intervention, Warteliste) Messzeitpunkte: T1 = MB T2 = ME T3 = 14-16 Wo. nach ME	Wohlbefinden (GHQ, RSE, PANAS), psychische Belastung, Selbstwertgefühl, positive und negative Affekte) allgemeine Bewältigung/Coping Strategien (kognitive Strategien zur Stressbewältigung) zusätzlich erfasst: Erwerbsstatus T3	T2: Verringerung psychische Belastung/negative Affekte, Erhöhung Selbstwertgefühl/positive Affekte, Verbesserung der allgemeinen Bewältigung T3: Verringerung psychische Belastung nicht zeitstabil; andere Variablen bleiben verbessert zur KG. Erwerbsstatus: 30 % KG, 18 % IG in Beschäftigung
Support 25 (Reissner et al., 2016; Hagen et al., 2018)	Jugendliche 18 bis 24 Jahre mit psychischen Einschränkungen <i>Deutschland</i>	Diagnostik, Psychoedukation, Motivation, Krisenintervention, nahtlose Direktvermittlung in das psychiatrische Hilfesystem	Studienpopulation: n = 148 Messzeitpunkte: T1: MB T2: 3 Mo. nach Behandlungsempfehlung (BE) T3: 6 Mo. nach BE	Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychosozialer Behandlungs- und Beratungsangebote; Veränderung psychischer Beschwerden	Inanspruchnahme des psychosozialen Hilfesystems: T1 = 22,3 %; T2 = 40 % und T3 = 47,5 %; ambulante/ (teil-)stationäre psychotherapeutische Behandlungen mit anteilmäßig größerem Zuwachs;
Bridges – Brücken in Arbeit (Schmidt, 2010)	Jugendliche 18 bis 24 Jahre mit (53,8 %) und ohne psychische Beschwerden <i>Deutschland</i>	Erhöhung von Selbstwirksamkeitserwartung und internaler Kontrollüberzeugung sowie Leistungsmotivation	Kontrolliertes Prä-Post-Design Studienpopulation: n IG = 91 (Bridges) n KG1 = 880 AGH n KG2 = 78 kein Programm Messzeitpunkte: T1 = 3 Wo. nach MB T2 = 6 Mo nach MB T3 = 18 Mo. nach MB	Verbesserung der seelischen Gesundheit (GHQ, BDI-V) Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung	Signifikante Verbesserung seelischer Gesundheit der IG ggü. beiden KG Signifikante Integrationserfolge in Arbeit: IG=38,5 %; KG1=6 %; KG2=10,2 % Integration Ausbildung: IG = 3,8 %; KG 1= 6 %, KG 2=5,1 %

MB: Maßnahmebeginn; ME: Maßnahmenende; IG: Interventionsgruppen; KG: Kontrollgruppe; T1-T4: Messzeitpunkte

1.7 Betreuungssituation psychisch kranker Langzeitarbeitsloser im Jobcenter

Langzeitarbeitslose im ALG II Bezug weisen eine Vielzahl von Handlungsbedarfen auf, die sich negativ auf den Vermittlungsprozess auswirken. Neben fehlenden sozialen und beruflichen Kompetenzen, finanziellen und familiären Problemlagen sowie sozialem Rückzug sind es vor allem Erkrankungen, die eine Arbeitsaufnahme verzögern oder verhindern (Seidel, 2021).

Die Integrationsfachkräfte in den Jobcentern weisen Unsicherheiten in der Unterstützung psychisch kranker Langzeitarbeitsloser sowie einen Mangel an spezifischem Wissen über die Bedeutung gesundheitlicher Aspekte im Vermittlungskontext auf. Für die Betreuung sind das Erkennen psychischer Erkrankungen sowie die Vermittlung von Grundkenntnissen über die aufgezeigten gesundheitsrelevanten Zusammenhänge jedoch maßgeblich (Seiler, 2009). Sie beeinflussen die Sichtweise auf psychisch Erkrankte sowie die Handlungs- und Betreuungsstrategien in den Jobcentern (Oschmiansky *et al.*, 2017). Ohne bereits vorliegende diagnostische Informationen (z. B. Ärztliche Gutachten) oder die Selbstauskunft der Betroffenen können die Integrationsfachkräfte das Vorliegen einer psychischen Erkrankung nur anhand eines „Bauchgefühls“ (Oschmiansky *et al.*, 2017) oder anderer Anhaltspunkte wie Auffälligkeiten im Lebenslauf und in Beratungsgesprächen vermuten (Seidel, 2021).

Eine mangelnde Förderung der Betroffenen aufgrund unzureichender Betreuungsstrategien und bedarfsgerechter Angebote sowie strukturelle Barrieren am Arbeitsmarkt (Oschmiansky *et al.*, 2017, S. 212) erschweren die (Re-)Integration psychisch erkrankter Langzeitarbeitsloser in Beschäftigung. Hemmend für die Unterstützung durch die Integrationsfachkräfte kommen Hürden und lange Wartezeiten im Zugang zu Therapien (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2021) sowie die fehlende Kooperation und institutionelle Vernetzung der Akteure hinzu (Seiler, 2009), die u. a. an der Segmentierung der Versorgungssysteme sowie an zeitlichen und finanziellen Ressourcen scheitern (Oschmiansky *et al.*, 2017, 78f). Zu den Handlungsempfehlungen der Studie „Psychisch Kranke im SGB II: Situation und Betreuung“ von Oschmiansky *et al.* (2017) zählen:

- die Unterstützung der Integrationsfachkräfte in den Jobcentern beim Erkennen von und im Umgang mit psychischen Erkrankungen,
- eine engere Zusammenarbeit der Jobcenter mit Einrichtungen der psychosozialen Versorgung,
- eine stärkere Fokussierung auf sinnvolle Arbeit und Beschäftigung sowie
- die Verknüpfung von Behandlung und beruflicher Integration.

Hier setzen Projekte wie das *Psychosoziale Coaching* an (Seidel, 2021).

1.8 Zielsetzung und Fragestellungen

Outcome der Evaluationen von Interventionsangeboten in Form von *Psychosozialen Coachings in Jobcentern mit Lotsenfunktion* (vgl. Tabelle 1) waren in der Regel die Nutzung der Angebote, wie die Aufnahme einer leitlinienkonformen Behandlung oder der Übergang in andere Beratungseinrichtungen sowie die Verbesserung der psychischen Gesundheit. Selten wurde jedoch der Zusammenhang zwischen der Intervention und einer Beschäftigungsaufnahme betrachtet. Studien zu vergleichbaren Projekten zeigen, dass es sich um sinnvolle Interventionsangebote handelt, die aufgrund fehlender Regelstrukturen bisher nur modellhaft und in wenigen Jobcentern bundesweit umgesetzt werden.

Die vorliegende Arbeit untersucht den Bedarf und Nutzen des *Psychosozialen Coachings* anhand des Anteils von Teilnehmenden mit Diagnose einer psychischen Störung, der Weiterleitung in medizinisch/therapeutische Versorgungsstrukturen sowie des Anteils an Teilnehmenden ohne bisherige Behandlung. Zudem wird der mögliche Zusammenhang zwischen der Intervention und der (Re-)Integration der Teilnehmenden in den Arbeitsmarkt in einem Längsschnitt von 36 Monaten untersucht. Damit sollen vorhandene Studien wie von Tiefensee (2020) um die Zielgruppe der Langzeitarbeitslosen unter 50 Jahren sowie um einen breiteren Fokus auf die Veränderungen der Erwerbsstatus ergänzt werden. Sofern die gesundheitliche Stabilisierung durch Interventionen wie das Psychosoziale Coaching Einfluss auf die Erwerbsintegration hat, entsprechen derartige Projekte der Zielsetzungen des Zweiten und Dritten Sozialgesetzbuches. Diese Formen der Intervention stellen gegenüber üblichen arbeitsmarktpolitischen Förderinstrumenten möglicherweise eine bedarfsgerechtere Unterstützung für die Personengruppe der psychisch Erkrankten dar. Die Arbeit leistet einen Beitrag zu einem Diskurs, der die Implementierung vergleichbarer Angebote in Jobcentern bundesweit ermöglichen soll.

Die Arbeit geht folgenden Fragestellungen nach:

1. Gibt es einen Bedarf an psychologischen Interventionsangeboten zur Unterstützung psychisch kranker Erwerbsloser in den Jobcentern?
 - 1.1. Welche Altersgruppen werden mit dem Angebot erreicht?
 - 1.2. Welche Diagnosen einer psychischen Störung und welchen Behandlungsstatus weisen die Teilnehmenden im Psychosozialen Coaching auf?
 - 1.3. Erfolgt durch das Psychosoziale Coaching eine Unterstützung bei der Überleitung in eine therapeutische Behandlung?

2. Besteht ein Zusammenhang zwischen der Teilnahme am Psychosozialen Coaching und der (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt?
 - 2.1. Bestehen Gruppenunterschiede im Erwerbsstatus zwischen den Teilnehmenden mit und ohne Behandlungsaufnahme?
 - 2.2. Wie entwickelt sich der Erwerbsstatus innerhalb der 36 Monate?
 - 2.3. Nach wieviel Monaten ist eine Integration in den Arbeitsmarkt am häufigsten erkennbar?
 - 2.4. Trägt eine Therapieaufnahme zur Beschäftigungsaufnahme bei?
 - 2.5. Trägt eine regelmäßige begleitende Unterstützung der Teilnehmenden durch die Integrationsfachkräfte zur (Re-)Integration bei?

2 Methodik

2.1 Beschreibung der Intervention „Psychosoziales Coaching“

2.1.1 Implementierung

Das Jobcenter Berlin Lichtenberg führt das *Psychosoziale Coaching* seit 2017 als Kooperationsprojekt mit der Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH (KEH), Abteilung Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik zur Unterstützung psychisch beeinträchtigter und erkrankter Langzeitarbeitslosen durch¹⁰. Die Konzeption erfolgte in Anlehnung an das *Psychosoziale Coaching* im Jobcenter Leipzig, das von 2011 bis 2018 umgesetzt wurde und in der ersten Projektphase (2011-2015) im Rahmen des Bundesprogramms „Perspektive 50+ - Beschäftigungspakte für Ältere in den Regionen“ gefördert wurde. Das Jobcenter Berlin Lichtenberg setzt das Projekt übergreifend für alle Altersgruppen in Eigenfinanzierung um (Seidel, 2021).

Die Kooperation mit einer Fachklinik ermöglicht den Zugang in das Netzwerk der bezirklichen psychotherapeutischen (Regel-)Versorgung, um zeitnah und regelmäßig auf fachärztliche, psychiatrische und therapeutische Expertise zurückgreifen und die Projektinhalte sinnvoll ergänzen zu können. Das Psychosoziale Coaching wird durch eine psychologische Psychotherapeutin des KEH mit langjähriger Berufserfahrung in klinischer Diagnostik und umfangreichen Kenntnissen der bezirklichen Versorgungsstruktur am Standort des Jobcenters durchgeführt.

Sofern keine therapeutische Behandlung oder Vermittlung in das Versorgungssystem erforderlich sind, erfolgt eine notwendige Stabilisierung der Teilnehmenden in den Beratungsgesprächen. Bei bestehendem Therapiebedarf dienen die Beratungsgespräche primär der Überbrückung bis zur Behandlungsaufnahme (Haltefunktion) sowie dem Aufbau und Erhalt der Behandlungsmotivation. Parallel erfolgt die Unterstützung bei der Aufnahme einer störungsspezifischen Behandlung (Lotsenfunktion). Ein beschäftigungsförderndes Coaching oder die Vermittlung in eine Beschäftigung sind keine Projektbestandteile.

2.1.2 Inhalte des Psychosozialen Coachings

Das Psychosoziale Coaching ist vorrangig auf die Unterstützung und Stabilisierung der Teilnehmenden ausgerichtet. Einzelne Bausteine gelten jedoch auch den Integrationsfachkräften

¹⁰ Um das Psychosoziale Coaching auf andere Regionen auszuweiten und bundesweit in interessierten Jobcentern zu implementieren, wurde bei der Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention eine Koordinierungsstelle geschaffen. Sie berät Interessierte und Kooperierende, unterstützt bei der Implementierung und weiteren Projektaktivitäten. Die Stiftung hat auch das Jobcenter Berlin Lichtenberg bei der Implementierung des Projektes 2017 begleitet (Seidel, 2021).

(Seidel, 2021). Im Einzelnen umfasst das Projekt folgende Elemente (Jobcenter Berlin Lichtenberg, 2019):

1. Feststellung oder Ausschluss einer vermittlungsrelevanten psychischen Störung,
2. Einschätzung über die Auswirkung der psychischen Störung auf die derzeitige Integrations- und Vermittlungsfähigkeit sowie Einschätzung der therapeutischen Beeinflussbarkeit (Therapie und Veränderungsmotivation, Strukturniveau und Art des einzuschlagenden Therapieweges),
3. Beratung zu therapeutischen Möglichkeiten bzw. die Empfehlung zur Einleitung, Intensivierung oder Optimierung einer leitlinienkonformen psychiatrischen/psychologischen Behandlung unter Berücksichtigung der individuellen Gegebenheiten und der Veränderungsmotivation,
4. dialogische Fallbesprechungen und Empfehlungen für die Integrationsstrategie,
5. Auf- und Ausbau von gesundheitsförderlichen, die Integration begünstigenden Verhaltensweisen,
6. eine bedarfsorientierte Vermittlung in das Netzwerk der bezirklichen medizinischen und therapeutischen Regelversorgung sowie Unterstützung bei der therapeutischen Anbindung,
7. Sofortgespräche und Kurzintervention in akuten Krisensituationen,
8. Angebot psychologischer Ersthilfe für Integrationsfachkräfte nach eskalierenden Situationen in Beratungsgesprächen,
9. Durchführung thematisch korrespondierender Schulungen der Integrationsfachkräfte.

2.1.3 Zugang zur Intervention

Die Projektteilnahme wird durch die Integrationsfachkräfte Leistungsempfangenden angeboten, bei denen psychische Belastungen oder Erkrankungen vorliegen oder vermutet werden. Der Zugang ist niedrigschwellig gestaltet. Zur eigenständigen Kontaktaufnahme durch die Interessierten erfolgt die unverbindliche Aushändigung der Kontaktdaten/Flyer. Zudem kann die Kontaktaufnahme durch die Integrationsfachkräfte telefonisch, per E-Mail oder Anmeldebogen erfolgen, bei Bedarf auch als akute Krisenintervention oder als Entlastungsgespräch (Seidel, 2021).

Die Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit beendet oder auch wieder aufgenommen werden. Das Projekt steht allen Personen zwischen 18 und 65 Jahren offen. Die Verweildauer im Projekt ist individuell verschieden und reicht von einem einmaligen Entlastungs- oder Orientierungsgespräch bis zu mehrmonatigen begleitenden Kontakten zur Psychoedukation und Stabilisierung.

2.1.4 Bedeutung der Intervention und Abgrenzung zu anderen Leistungen

Das Psychosoziale Coaching nimmt eine Scharnier- und Brückenfunktion zwischen dem Jobcenter und Einrichtungen der psychosozialen Versorgung zur Verknüpfung von Behandlung und (Re-)Integration ein und dient als beratendes und begleitendes Angebot zu bestehenden oder geplanten Interventions- und Integrationsansätzen. Der Schwerpunkt liegt auf der psychologischen Diagnostik, Psychoedukation, Motivation und Stärkung der Selbsthilfepotentiale. Parallel oder nach Abschluss des Psychosozialen Coachings können ergänzende kommunale Eingliederungsleistungen und Förderleistungen des SGB II und SGB III zum Abbau weiterer Handlungsbedarfe, der Einleitung eines beruflichen Rehabilitationsverfahrens oder zur Unterstützung der Beschäftigungsaufnahme genutzt werden. In Abgrenzung zu den Fachdiensten der Bundesagentur für Arbeit findet keine Begutachtung statt.

2.2 Studiendesign

2.2.1 Vorbemerkung zum Studiendesign

Die Auswertung des Psychosozialen Coachings wurde Anfang 2020 als prospektive Untersuchung geplant, deren Design auf einer hypothesengenerierenden Retrospektive aufbauen sollte. Aufgrund der COVID-19 Pandemie wurden die Beratungskontakte in den Jobcentern und damit auch im dort ansässigen Psychosozialen Coaching massiv eingeschränkt. Da im Herbst des Jahres 2020 eine Rückkehr in den Normalbetrieb nicht absehbar und die Projektlaufzeit des Psychosozialen Coachings zum damaligen Zeitpunkt nur bis Ende 2021 planbar war, erfolgte die Umstellung der Studie auf ein ausschließlich retrospektives Design auf Grundlage des Projektjahrganges 2018.

2.2.2 Darstellung des Studiendesigns

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine retrospektive Analyse von Teilnehmendendaten des Psychosozialen Coachings aus dem Jahr 2018. Um Zusammenhänge zwischen der Intervention und der Beschäftigungsintegration untersuchen zu können, wurde zusätzlich eine Erhebung des Erwerbsstatus zu 6 Messzeitpunkten über einen Zeitraum von 3 Jahren nach individueller Aufnahme in das Projekt vorgenommen. Der Einfluss der Integrationsfachkräfte auf den Integrationsprozess wurde durch die Erfassung der Anzahl der qualifizierten Beratungskontakte innerhalb der 3 Jahre sowie die Berücksichtigung der Themen berufliche Integration sowie gesundheitliche Stabilisierung in den Beratungsgesprächen überprüft.

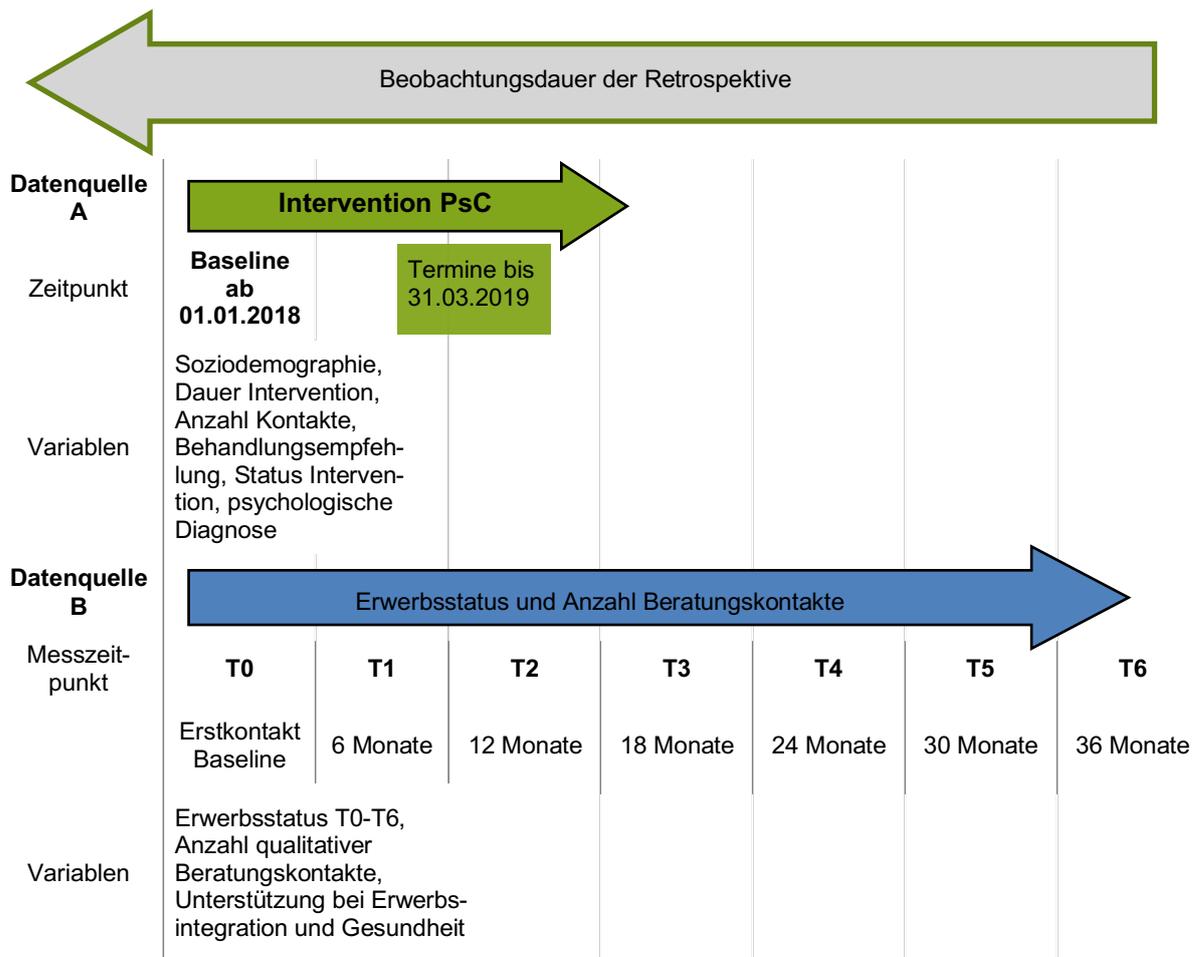


Abbildung 1: Zeitablauf und Datenquellen der Studie

2.2.3 Datenquellen

Der Studie liegen zwei Datenquellen zugrunde.

Datenquelle A: Im Psychosozialen Coaching (PsC) durch die zuständige psychologische Psychotherapeutin erfasste Daten, die im Rahmen der Umsetzung des PsC zu jährlichen Evaluationszwecken erhoben werden. Hierzu zählen:

- soziodemographische Daten,
- Daten zu Dauer und Umfang der Teilnahme,
- Daten zur Behandlungsempfehlung bzw. Lotsenfunktion ins psychotherapeutische Versorgungssystem und deren Inanspruchnahme durch die Teilnehmenden,
- Daten zur psychologischen Diagnostik.

Die psychologische Diagnostik im PsC erfolgte durch eine langjährig klinisch erfahrene psychologische Psychotherapeutin im Erstgespräch unter Vorhaltung der Messinstrumente/Testverfahren: Inventar depressiver Symptome (IDS), PHQ-D Gesundheitsfragebogen für Patienten, Strukturiertes bzw. halbstrukturiertes klinisches Interview (SKID I-II), Symptom-Checklist-

90-Standard (SCL-90-S), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) sowie störungsspezifische Verfahren wie z. B. MADRS (Montgomery-Asperg-Depression-Rating-Scale), BDI II (Becks Depressionsinventar). Es handelt sich bei der psychologischen Diagnostik nicht um die Erstellung einer Diagnose gemäß SGB V. Innerhalb des PsC wird der Verdacht des Vorliegens einer psychischen Störung entsprechend der ICD-10 Diagnoseschlüssel erfasst. Bei Rückmeldung einer gesicherten Diagnose im Rahmen der Therapieaufnahme an die psychologische Psychotherapeutin im PsC wird diese dokumentiert. In der vorliegenden Arbeit wird dennoch einheitlich von Diagnosen einer psychischen Störung geschrieben.

Datenquelle B: Erhebungen von Daten, mit denen der Einfluss der Intervention sowie der Einfluss der Integrationsfachkräfte auf den Integrationsprozess der Teilnehmenden untersucht wurde. Hierzu erfolgte der Zugriff auf die Fachanwendung VerBIS der Bundesagentur für Arbeit/Jobcenter durch die Autorin dieser Arbeit. Erhoben wurden:

- e. Der Erwerbsstatus zu sechs Messzeitpunkten (T0-T6) alle sechs Monate ab individuellem Projektbeginn bis 36 Monate danach,
- f. Die Erfassung der Anzahl der qualifizierten Beratungskontakte im Betrachtungszeitraum sowie der Berücksichtigung der Themen berufliche Integration und gesundheitliche Stabilisierung im Beratungsgespräch,
- g. Die Dauer der Arbeitslosigkeit (längste Periode und Gesamtdauer) innerhalb des Betrachtungszeitraumes.

2.2.4 Verzicht auf Kontrollgruppen

Eine Kontrollgruppe wurde aus methodischen Gründen nicht rekrutiert. Zum einen muss bei einer Kontrollgruppe, die nicht am Projekt teilgenommen hat, ebenfalls der Verdacht einer psychischen Erkrankung vorliegen. Die Datengrundlage hierzu ergibt sich jedoch erst durch eine Diagnostik z. B. durch das Projekt. Auf diagnostische Befunde außerhalb des Projektes darf aufgrund des Datenschutzes nicht zugegriffen werden. Auf die Rekrutierung einer Vergleichsgruppe aus den Personen, denen die Projektteilnahme empfohlen wurde und die im Jahr 2018 kein Erstgespräch wahrgenommen hatten (n=97), wurde ebenfalls verzichtet. Die Kontaktaufnahme mit dem Ziel der Einwilligung in die dem Studiendesign entsprechende Datenerhebung wurde aufgrund der Erfahrungen mit der Kontaktaufnahme der Teilnehmenden (vgl. Kap. 2.2.5) als unverhältnismäßig und unrealisierbar erachtet.

2.2.5 Datenschutz

Die Vorbereitung der retrospektiven Untersuchung erfolgte in enger Abstimmung mit dem Datenschutzbeauftragten des Jobcenters Berlin Lichtenberg. Für die Erhebung und Nutzung der

Daten wurde eine schriftliche Einwilligungserklärung der ehemaligen Teilnehmenden des Jahres 2018 eingeholt. Hierzu wurden im Februar 2021 353 Personen angeschrieben und vereinzelt zusätzlich angerufen. Einschließlich eines zweiten Anschreibens im Mai 2021 haben 134 Personen ihre Einwilligung zur Datenerhebung und Nutzung erklärt. Die Erhebung der Daten aus der Fachanwendung VerBIS der Bundesagentur für Arbeit erfolgt durch die Autorin der Arbeit neben der schriftlichen Einwilligung in ihrer Funktion als Mitarbeiterin des Jobcenters unter Beachtung datenschutzrechtlicher Anforderungen. Die personengebundenen Kundennummern der Teilnehmenden wurden nach der Zusammenführung beider Datenquellen in einen Hauptdatensatz anonymisiert. Die Daten der Datenquelle A waren ausschließlich der psychologischen Psychotherapeutin des PsC und der Autorin unter Berücksichtigung der Regelungen für Gesundheitsdaten gemäß DSGVO zugänglich. Die aus der Datenquelle B erhobenen Daten standen nur der Autorin zur Verfügung.

2.3 Studienpopulation

Für die Untersuchung wurden die Daten der Personen berücksichtigt, die durch die Integrationsfachkräfte des Jobcenters aufgrund des Verdachts des Vorliegens einer psychischen Erkrankung Zugang in das Psychosoziale Coaching erhielten. Die Einladung zum Erstgespräch erfolgte durch Zusendung oder telefonische Vereinbarung eines Termins durch die psychologische Psychotherapeutin des Projektes. Eingeschlossen wurden die Daten der Personen, die:

- in deutscher Sprache kommunizieren konnten (Voraussetzung für die Projektteilnahme),
- zwischen 02.01.2018 und 31.12.2018 mindestens ein Erstgespräch wahrnahmen,
- durch namentliche Erfassung in Datenquelle A einer Kundennummer der Bundesagentur für Arbeit zugeordnet werden konnten,
- eine schriftliche Einwilligung zur Datennutzung und erweiterten Datenerhebung erteilten.

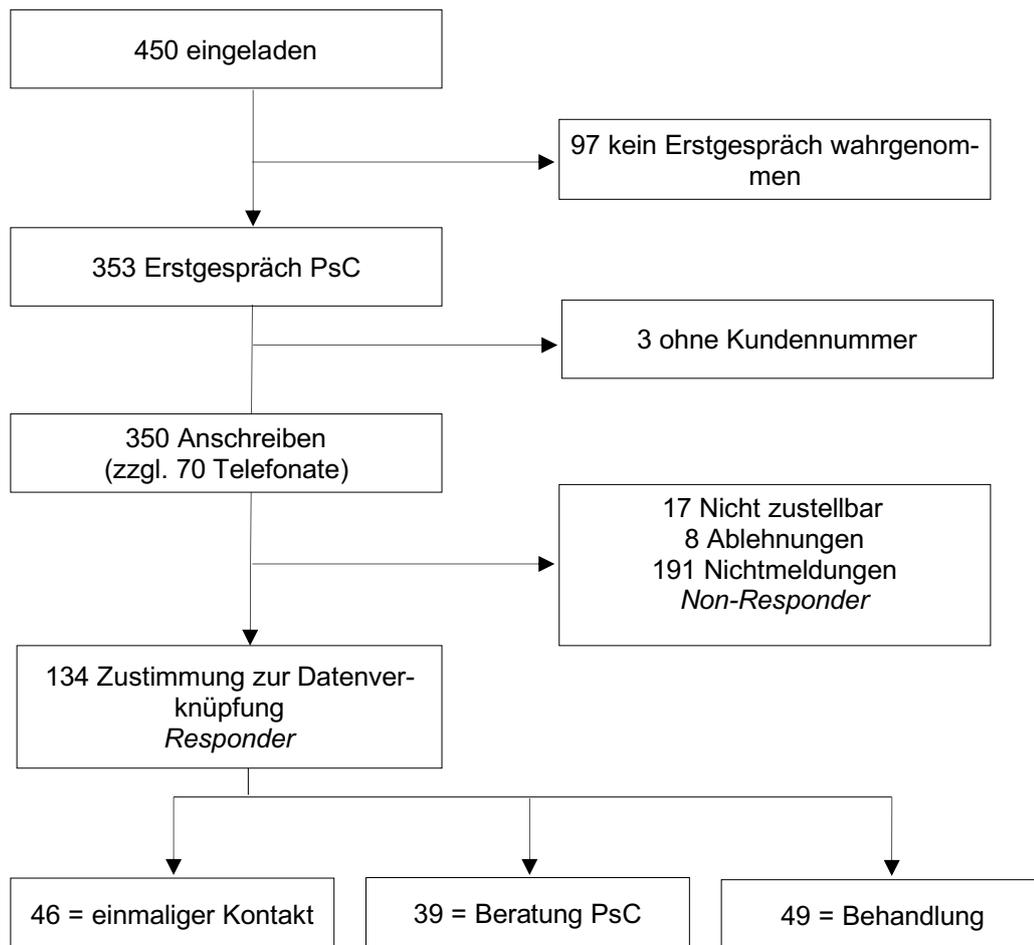


Abbildung 2: Rekrutierung Studienpopulation und Bildung von Inanspruchnahmegruppen

Von den insgesamt 353 Teilnehmenden mit Erstgespräch wurden abschließend die Daten von 134 Teilnehmenden mit schriftlicher Einwilligung eingeschlossen. Weitere Ein- und Ausschlusskriterien lagen nicht vor.

2.4 Bildung von Inanspruchnahmegruppen

Die Studienpopulation der 134 Teilnehmenden wurde entsprechend der Inanspruchnahme in drei Gruppen stratifiziert.

1. Inanspruchnahmegruppe *EinK* (einmaliger Kontakt):

Diese Gruppe umfasst die Daten von 46 Teilnehmenden, die nur einen einmaligen Kontakt im Projekt hatten und nach dem Erstgespräch nicht mehr erschienen oder kein erneutes Gespräch vereinbart wurde. Beginn und Ende wurde für die Auswertung der Teilnahmedauer auf dasselbe Datum korrigiert.

2. Inanspruchnahmegruppe *BerPsC* (*Beratung im Psychosozialen Coaching*):

Diese Gruppe umfasst die Daten von 39 Teilnehmenden mit mehr als einem wahrgenommenen Gesprächstermin. Die Vermittlung in die psychosoziale Versorgungslandschaft oder direkte Überleitung in ein Therapieangebot wurde nicht in Anspruch genommen oder passte in Einzelfällen nicht in die Lebenssituation der Teilnehmenden (z. B. Empfehlung Tagesklinik vs. Kinderbetreuung). Oftmals wurden die Kontakte als niedrigschwellige Alternative zur Therapieaufnahme (kein unmittelbarer Behandlungsbedarf), zur Überbrückung bis zur späteren Aufnahme einer Therapie genutzt oder dienten dem Aufbau einer Therapiebereitschaft.

3. Inanspruchnahmegruppe *Beh* (*Behandlung*):

Diese Gruppe umfasst die Daten von 49 Teilnehmenden, bei denen in der Datenquelle A der Teilnahmestatus *Behandlung* erfasst wurde. Die Teilnehmenden nahmen während oder im zeitlichen Zusammenhang anschließend an die Projektteilnahme eine ambulante Therapie oder eine Behandlung in einer Tagesklinik und der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) auf.

Nicht bei allen Teilnehmenden erfolgte eine Rückmeldung in das Projekt über die Behandlungsaufnahme. Ergänzend zum Teilnahmestatus *Beh* (*Behandlung*) in der Datenquelle A wurde daher in der Variable 11 die Information über eine mögliche Therapieaufnahme durch Selbstauskunft im Beratungsgespräch aus der Datenquelle B erfasst, ohne dabei den Status *Beh* und die Größe der Inanspruchnahmegruppe zu beeinflussen.

2.5 Variablen

2.5.1 Herkunft und Operationalisierung der Variablen

Aus den verwendeten Datenquellen wurden die in Tabelle 2 dargestellten Variablen generiert und wie beschrieben operationalisiert. Einzelne Variablen wurden kategorial operationalisiert und in einem Codebuch dokumentiert.

Tabelle 2: Variablen mit Datenquelle und Operationalisierung

Variable	Datenquelle	Operationalisierung
(1) Alter	A	Alter bei Erstkontakt (Differenz aus Geburtsdatum und Datum Erstgespräch gerundet auf Jahre)
(2) Geschlecht	A	männlich, weiblich
(3) Bildungsstatus	A, (B)	Vereinfachte CASMIN-Klassifikation (König <i>et al.</i> , 1988) ohne Abschluss, Hauptschule, Mittlere Reife, Abitur, (Fach-)Hochschule
(4) Familienstand	A, (B)	ledig, verheiratet/Partnerschaft, geschieden/getrennt, verwitwet
(5) Datum Erstgespräch	A	Datum Erstgespräch, Datum letzter Termin

Variable	Daten- quelle	Operationalisierung
Ende Teilnahme		
(6) Anzahl Termine/Quartal	A	ab Erstgespräch; Berücksichtigung bis max. 31.03.2019
(7) Psychologische Diagnose	A	Diagnostik durch die psychologische Psychotherapeutin anhand von Diagnostik Tools und beruflicher Erfahrung
(8) Behandlungsstatus Beginn	A	leitlinienkonforme Behandlung einer ICD-10-Diagnose vorab der Projektteilnahme (optimal, suboptimal, keine)
(9) Lotsen- bzw. Behandlungsempfehlung	A	Welche Behandlung bzw. Kontaktaufnahme zu welchen Akteuren wurde empfohlen/ermöglicht; Erfassung als: psychiatrische Behandlung (psy), Tagesklinik (TK), Suchtberatung oder TK (Sucht), Ambulante Therapie (amb), Psychiatrische Institutsambulanz (PIA), Beratung (Ber), Notaufnahme (Not)
(10) Status Teilnahme, Behandlungsempfehlung	A	Erfassung des Teilnahmezustand: Abbruch Teilnahme (abb), Teilnahme nicht sinnvoll (abgn), Therapie-vorschlag abgelehnt (abg), Behandlung (Beh, amb), Beratung (Ber)
(11) Therapieaufnahme	A, B	(ja/nein); in Datenquelle A unter Variable 10 "Behandlung" erfasst; ergänzend aus Datenquelle B wenn Dokumentation erfolgt
(12) Erwerbsstatus T0-T6	B	Erfassung anhand Lebenslaufeintrag in Fachanwendung VerBIS; Clusterbildung vgl. Codebuch
(13) Betreuung Arbeitsvermittlung oder Fallmanagement	B	Erfassung anhand Betreuungszuordnung in VerBIS
(14) Dauer Arbeitslosigkeit im Untersuchungszeitraum gesamt sowie längste Periode der Arbeitslosigkeit	B	Dauer Arbeitslosigkeit ab Erstgespräch bis 36 Monate danach unter Berücksichtigung von Unterbrechungszeiten (z.B. Erkrankung, Teilnahme an Maßnahmen, Arbeitsaufnahme); Erfassung längste Periode der Arbeitslosigkeit ohne Unterbrechungen; Zeitspannenberechnung gerundet auf volle Monate;
(15) Unterstützung Integration	B	in VerBIS dokumentierte Integrationsstrategie erkennbar einschließlich Vermittlungsbemühungen; (ja/nein/nicht relevant)
(16) Unterstützung gesundheitliche Stabilisierung	B	Thematisierung gesundheitliche Stabilisierung im Beratungsgespräch, ggf. Empfehlung psychosozialer Angebote, Einleitung ärztliche Begutachtung; (ja/nein/nicht relevant)
(17) Anzahl qualitativer Vermittler*innenkontakte im Untersuchungszeitraum	B	Zählung der Beratungsvermerke, in denen die Integrationsfachkraft einen qualifizierten persönlichen Kontakt zum Bewerber/zur Bewerberin hatte (umfassen Standortanalyse, strukturieren den Integrationsprozess und geben wesentliche Impulse für den weiteren Verlauf)

2.5.2 Generierung neuer Variablen

Aus den vorliegenden Variablen wurden für die statistische Auswertung neue Variablen erhoben und operationalisiert, die in Tabelle 3 dargestellt werden.

Tabelle 3: Darstellung und Operationalisierung neuer Variablen

Variable	Operationalisierung
(18) Altersgruppe	Zuordnung des Alters in Altersgruppen 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-65
(19) Anpassung Datum Ende Teilnahme	Statistische Bereinigung auf das Quartalsende des letzten erfassten Termins, max. 31.03.2019; bei einmaligem Kontakt Datum Ende = Datum Beginn
(20) Dauer Teilnahme in Wochen	Differenz Erstgespräch bis Datum Ende in Wochen; Berücksichtigung bis max. 31.03.2019
(21) Summe Anzahl Termine	Summe Anzahl Termine ab Erstgespräch bis max. 31.03.2019
(22) Status Teilnahme, Behandlungsempfehlung	Anpassung der Variable (10): Abbruch Teilnahme (abb) = Anpassung des Enddatums auf Quartalsende des letzten Termins und Neucodierung als Beratung durch PsC (PsCBer); Teilnahme nicht sinnvoll (abgns) nach Erstgespräch = einmaliger Kontakt (Eink); Therapievorschlag abgelehnt (abg) und mehr als ein Beratungsgespräch = PsCBer

2.6 Statistische Methoden

Die Daten/Variablen wurden in die Statistiksoftware IBM SPSS (Version 27 und 28) übertragen und statistisch berechnet. Die Dokumentation der Berechnungsschritte erfolgte in einer Syntax-Datei.

Die Auswertung soziodemographischer Daten der Interventionsgruppen sowie die Auswertung der Daten zur Projektteilnahme erfolgte im ersten Schritt mit deskriptiven statistischen Methoden. Bei metrischen, normalverteilten Variablen wurden Mittelwert und Standardabweichungen, bei nicht-normalverteilten Variablen Median und IQR sowie bei kategorialen Variablen absolute und relative Häufigkeiten angegeben. Die Darstellung und Untersuchung von Gruppenunterschieden erfolgte entlang der stratifizierten Inanspruchnahmegruppen.

Zusammenhänge zwischen kategorialen Variablen wurden mittels Pearsons Chi²-Test bzw. Exaktem Test nach Fisher berechnet. Das Signifikanzniveau wurde auf 5 % festgelegt. Die Effektstärke wurde mit Cramers V angegeben (<0,1 kein Effekt; 0,1 bis 0,3 kleiner Effekt; 0,3 bis 0,5 mittlerer Effekt; 0,5 großer Effekt). Gruppenunterschiede wurden mittels Chi²-Test bei kategorialen Variablen, Mann-Whitney-U-Test bzw. T-Test für stetige Variablen geprüft. Mittels binär logistischer Regression erfolgte die statistische Berechnung des Zusammenhangs zwischen einer abhängigen Variable und mindestens einer unabhängigen Variable. Die berichteten Chancenverhältnisse (Odds Ratio) bringen zum Ausdruck, welche Faktoren (z. B. Behandlungsempfehlung) die Chance für eine Therapieaufnahme oder Beschäftigungsaufnahme als abhängige Variable im Verhältnis zu einer definierten Referenzkategorie erhöhen.

Ein Odds Ratio kleiner als 1 spricht für eine geringere Chance, dass die abhängige Variable den Wert 1 annimmt (z. B. das Ereignis Beschäftigungsaufnahme eintritt), der Wert eines Odds Ratio größer als 1 für eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass die abhängige Variable den Wert 1 annimmt (Erlinghagen, 2003).

Die Interpretation der statistischen Tests erfolgte rein explorativ, es fand keine Adjustierung für Multiples Testen statt.

3 Ergebnisse

Im Jahr 2018 nahmen insgesamt 353 Personen mit einem Erstgespräch am Psychosozialen Coaching teil. 97 Personen ohne Erstgespräch zählten nicht als Teilnehmende. Von den 353 Personen stimmten 134 Personen einer Längsschnitterhebung von Erwerbsdaten zu und bilden die zu betrachtende Studienpopulation. Bei drei Personen konnte aufgrund fehlerhafter Namens erfassung keine Kundennummer ermittelt werden und die Einholung einer Einwilligung war nicht möglich. Sie werden jedoch in der Gesamtpopulation (n=353) mitgezählt.

3.1 Soziodemographische Daten der Gesamtpopulation

Die Studienpopulation (n=134) wies im Durchschnitt ein Alter von 39 Jahren auf (Standardabweichung 10,44; Spannweite 21 – 63). 65,7 % der Teilnehmenden waren männlich, 34,3 % weiblich. Der Mittelwert beider Geschlechter betrug 39 Jahre (siehe Tabelle 4).

67,9 % der Teilnehmenden waren ledig, darunter mehr Männer als Frauen. Die Mehrheit der Teilnehmenden verfügte über einen Hauptschulabschluss oder die Mittlere Reife (62,7 %).

Zwischen den Daten der Studienpopulation und den Personen, die aufgrund der Ausschlusskriterien nicht in die Längsschnittuntersuchung aufgenommen wurden, lagen hinsichtlich der soziodemographischen Daten keine signifikanten Unterschiede vor.

Ein Überblick wesentlicher soziodemographischer Daten der Gesamtpopulation, unterteilt in die Studienpopulation (Responder, n=134) und die Population ohne Längsschnittdatenerhebung und Einwilligung zur erweiterten Datennutzung (Non-Responder und fortfolgend „ohne Datenverknüpfung“ genannt, n=219), erfolgt in Tabelle 4.

Tabelle 4: Soziodemographische Daten der Studienpopulation (Responder) im Vergleich mit Population ohne Datenverknüpfung („Non-Responder“)

Variablen	Studienpopulation (n=134)	Population ohne Datenverknüpfung (n=219)	Gruppenvergleich
Alter, M (SD)*,	39,37 (10,44)	37,37 (11,08)	p=.094
Altersgruppe (n, %)			p=.591
15-24	4 (3,0)	12 (5,5)	
25-34	38 (28,4)	71 (32,4)	
35-44	47 (35,1)	70 (32,0)	
45-54	28 (20,9)	36 (16,4)	
55-65	17 (12,7)	30 (13,7)	
Geschlecht (n, %)			p=.151
männlich	88 (65,7)	127 (58,0)	
weiblich	46 (34,3)	92 (42,0)	
Bildungsgrad (n, %)			p=.274
Hauptschule	40 (29,9)	63 (28,8)	
Mittlere Reife	44 (32,8)	61 (27,9)	
Abitur	17 (12,7)	28 (12,8)	
Hochschule	5 (3,7)	3 (1,4)	
kein Abschluss	22 (16,4)	53 (24,2)	
nicht bekannt	6 (4,5)	11 (5,0)	
Familienstand (n, %)			p=.195
ledig	91 (67,9)	173 (79,0)	
verheiratet/Partnerschaft	10 (7,5)	22 (10,0)	
geschieden/getrennt/ verwitwet	22 (16,4)	22 (10,1)	
unbekannt/fehlend	11 (8,2)	2 (0,9)	

*M (Mittelwert), SD (Standardabweichung)

3.2 Querschnittergebnisse der Studienpopulation

Um eine einheitliche Datengröße der Quer- und Längsschnittergebnisse zu gewährleisten, erfolgt die weitere Darstellung nur anhand der tatsächlichen Studienpopulation (n=134).

Die Daten der Studienpopulation wurden entsprechend der Inanspruchnahme in drei Gruppen stratifiziert (vgl. Kapitel 2.4):

1. Inanspruchnahmegruppe *EinK* mit 46 Teilnehmenden und einen *einmaligen Kontakt* im Projekt
2. Inanspruchnahmegruppe *BerPsC* mit 39 Teilnehmenden, die mehrfache *Beratungsgespräche im Psychosozialen Coaching* in Anspruch genommen haben

3. Inanspruchnahmegruppe *Beh* mit 49 Teilnehmenden, die während oder im Anschluss an die Projektteilnahme eine in den Projektdaten dokumentierte *Behandlung* aufgenommen haben.

Die erste zentrale Frage der vorliegenden Studie lautet:

Gibt es einen Bedarf an psychologischen Interventionsangeboten zur Unterstützung psychisch kranker Erwerbsloser in den Jobcentern?

Begründet wird der Bedarf mit einem hohen Anteil an Teilnehmenden mit psychischen Störungen, die bisher nicht oder suboptimal behandelt wurden, sowie der Empfehlung der Behandlungsaufnahme und Weiterleitung in medizinisch/therapeutische Versorgungsstrukturen.

Aus der zentralen Fragestellung ergeben sich Unterfragen, auf die in den folgenden Kapiteln eingegangen wird:

- 1.1. Welche Altersgruppen werden mit dem Angebot erreicht?
- 1.2. Welche Diagnosen einer psychischen Störung und welchen Behandlungsstatus weisen die Teilnehmenden am Psychosozialen Coaching auf?
- 1.3. Erfolgt durch das Psychosoziale Coaching eine Unterstützung bei der Überleitung in eine therapeutische Behandlung?

3.2.1 Soziodemographischer Vergleich der Inanspruchnahmegruppen

In der Tabelle 5 werden die soziodemographischen Daten der Inanspruchnahmegruppen dargestellt. Gruppenunterschiede wurden mittels Chi²-Test und Mann-Whitney-U-Test getestet.

Hinsichtlich der Merkmale Geschlecht, Bildungsstatus sowie Familienstand der Inanspruchnahmegruppen lagen keine signifikanten Unterschiede vor. Die Gruppen mit einmaligem und mehrmaligem Beratungskontakt ohne Behandlung wiesen gegenüber der Gruppe mit Behandlung höhere Bildungsabschlüsse mit Abitur und Hochschulabschluss auf, während in der Behandlungsgruppe die meisten Teilnehmenden ohne Schulabschluss vertreten sind. Rückschlüsse auf höhere Selbstwirksamkeit und Empowerment sowie einen geringeren Unterstützungsbedarf durch das PsC seitens der höher gebildeten Teilnehmenden lassen sich hieraus nicht ziehen. Allerdings gibt die Tabelle 11 Anhaltspunkte für eine eigeninitiativ aufgenommene Suche nach Therapie- und Unterstützungsmöglichkeiten.

Welche Altersgruppen werden mit dem Angebot erreicht?

Im Durchschnitt wies die Studienpopulation (n=134) ein Alter von 39 Jahren auf. Bei der Altersverteilung zwischen den Inanspruchnahmegruppen zeigt sich, dass die Gruppe mit einmaligem Kontakt (*EinK*) stärker in der Altersgruppe der 35- bis 54-Jährigen vertreten war, die Gruppen *BerPsC* (66,6 %) und *Beh* (73,5 %) vorrangig in den Altersgruppen 25 bis 44 Jahre.

Tabelle 5: Soziodemographische Daten der Inanspruchnahmegruppen

	einmaliger Kontakt (<i>EinK</i>), n=46	Beratung PsC (<i>BerPsC</i>), n=39	Behandlung (<i>Beh</i>), n=49	p
Alter, M (SD)*	42,78 (11,09)	39,85 (10,62)	35,78 (8,52)	
Spanne Min/Max	21/62	25/63	21/57	
Altersgruppe (n, %)				.032
15-24	1 (2,2)	0	3 (6,1)	
25-34	10 (21,7)	13 (33,3)	15 (30,6)	
35-44	13 (28,3)	13 (33,3)	21 (42,9)	
45-54	13 (28,3)	7 (17,9)	8 (16,3)	
55-65	9 (19,6)	6 (15,4)	2 (4,1)	
Geschlecht (n, %)				
männlich	32 (69,6)	25 (64,1)	31 (63,3)	
weiblich	14 (30,4)	14 (35,9)	18 (36,7)	
Bildungsgrad (n, %)				.400
Hauptschule	15 (32,6)	11 (28,2)	14 (28,6)	
Mittlere Reife	14 (30,4)	11 (28,2)	19 (38,8)	
Abitur	6 (13,0)	7 (17,9)	4 (8,2)	
Hochschule	3 (6,5)	2 (5,1)	0	
kein Abschluss	4 (8,7)	7 (17,9)	11 (22,4)	
nicht bekannt	4 (8,7)	1 (2,6)	1 (2,0)	
Familienstand (n, %)				.079
ledig	28 (60,9)	24 (61,5)	39 (79,6)	
verheiratet/ Partnerschaft	2 (4,3)	5 (12,8)	3 (6,1)	
Getrennt/geschieden	10 (21,7)	6 (15,4)	4 (8,2)	
Verwitwet	0	2 (5,1)	0	
unbekannt/fehlend	6 (13,0)	2 (5,1)	3 (6,1)	

* M (Mittelwert), SD (Standardabweichung)

3.2.2 Diagnose- und Behandlungsstatus der Teilnehmenden

Für die Beantwortung der Fragestellung 1.2, welche Diagnosen und Behandlungsstatus die Teilnehmenden im Psychosozialen Coaching aufweisen, werden in Tabelle 6 der Diagnosestatus und in Tabelle 7 der Behandlungsstatus der Teilnehmenden dargestellt.

Bei 119 Teilnehmenden (88,8 %) lag mindestens eine psychische Störung vor. Die häufigsten Diagnosen waren affektive Störungen mit Schwerpunkt auf depressiven Episoden sowie Störungen durch Substanzmittelkonsum, vor allem durch Alkohol. Geschlechtsspezifische Unterschiede lagen nicht vor ($p=.430$).

Tabelle 6: Diagnosestatus der Teilnehmenden

Diagnosestatus (ICD-10) n=134	Anzahl n (Anteil %)
keine Diagnose	15 (11,2)
Diagnose psychische Störung vorhanden	119 (88,8)
darunter Komorbidität	32 (23,9)
Hauptdiagnose gesamt	
Störungen durch psychotrope Substanzen (F1)	29 (21,6)
<i>Darunter Störungen durch Alkohol (F10)</i>	19 (14,1)
<i>Cannabinoide (F12)</i>	9 (6,6)
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2)	6 (4,5)
Affektive Störungen (F3)	30 (22,4)
<i>Darunter Depressive Episoden (F32)</i>	14 (10,4)
<i>Rezidivierende depressive Episoden (F33)</i>	14 (10,4)
Neurotische und somatoforme Störungen (F4)	21 (15,7)
<i>Darunter Angststörungen (F40)</i>	10 (7,5)
Verhaltensauffälligkeiten (F5)	15 (11,2)
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)	17 (12,7)

Der Behandlungsstatus der psychischen Störung der Teilnehmenden vor der Intervention wurde anhand der „Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL)“ durch die psychologische Psychotherapeutin des PsC in die Kategorien *keine Behandlung*, *suboptimale Behandlung* und *optimale Behandlung* unterteilt.

Tabelle 7: Behandlungsstatus der Teilnehmenden mit Diagnose (ICD-10)

Behandlungsstatus der Teilnehmenden mit Diagnose (n=119)	Beginn der Intervention Anzahl (Anteil %)
Keine Behandlung	94 (79,0)
Suboptimale Behandlung	21 (17,6)
Optimale Behandlung	4 (3,4)
Status nicht erfasst	0 (0,0)

Von den 119 Teilnehmenden mit vorhandener psychischer Störung befanden sich zum Erstgespräch 94 Teilnehmende (79,0 %) bisher in keiner störungsspezifischen Behandlung. Der Behandlungsstatus nach der Intervention oder Therapieaufnahme wurde nur in 33 Fällen erfasst, da nicht in jedem Fall eine Rückmeldung durch die Teilnehmenden erfolgte. Davon hatten nach der Intervention und Aufnahme einer Behandlung 20 Teilnehmende (16,8 %) einen

optimalen Status und 4 Teilnehmende (3,4 %) einen suboptimalen Status. 9 Teilnehmende (7,6 %) hatten keine Behandlung aufgenommen.

3.2.3 Vergleich der Inanspruchnahmegruppen nach Diagnosen

Geprüft werden Unterschiede der Inanspruchnahmegruppen hinsichtlich der Diagnosestatus sowie der Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme und einer psychiatrischen Diagnose.

Im Vergleich der Daten zum Diagnosestatus wies die Gruppe *EinK* weniger häufig eine Diagnose einer psychischen Störung auf, innerhalb der Diagnose- und Inanspruchnahmegruppen jedoch am häufigsten Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Die Gruppe *Beh* zeigt den höchsten Anteil an erfassten Diagnosen insgesamt mit Schwerpunkt in den affektiven und somatoformen Störungen. Der Zusammenhang zwischen einer Diagnose einer psychischen Störung und den Inanspruchnahmegruppen *EinK* und *Beh* ist signifikant (Tabelle 8).

Tabelle 8: Diagnosestatus und Diagnosen (ICD-10) nach Inanspruchnahmegruppen

	einmaliger takt (<i>EinK</i>), n=46	Kon- Beratung durch PsC (<i>BerPsC</i>), n=39	Behandlung (<i>Beh</i>), n=49
Diagnosestatus	Anzahl (% von jeweiliger IG)		
keine Diagnose	10 (21,7)	5 (12,8)	0 (0,0)
Diagnose vorhanden	36 (78,3)	34 (87,2)	49 (100,0)
Hauptdiagnose gesamt			
Störungen durch psychotrope Substanzen (F1)	9 (19,6)	10 (25,6)	10 (20,4)
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2)	3 (6,5)	1 (2,6)	2 (4,1)
Affektive Störungen (F3)	7 (15,2)	10 (25,6)	14 (28,6)
Neurotische und somatoforme Störungen (F4)	4 (8,7)	7 (17,9)	10 (20,4)
Verhaltensauffälligkeiten (F5)	4 (8,7)	3 (7,7)	8 (16,3)
Persönlichkeits- und Verhal- tensstörungen (F6)	9 (19,6)	3 (7,7)	5 (10,2)
Zusammenhangs- messung	p=.022	p=.084	p=.043

3.2.4 Umfang der Inanspruchnahme der Intervention

Zur Beschreibung der Inanspruchnahme der Intervention werden die Teilnahmedauer und Anzahl der Beratungsgespräche dargestellt (Tabellen 9 und 10). Zur Studienpopulation zählen ausschließlich Teilnehmende, die mindestens ein Erstgespräch wahrgenommen hatten. Bei einmaliger Teilnahme entspricht das Enddatum der Teilnahme dem Datum des Erstgespräches und damit einer Teilnahme von Null Wochen. Die Anzahl der Termine betrug im Median

2,0 Termine (Spannweite 1 bis 20). Die Teilnahmedauer betrug im Median 3,5 Wochen (Spannweite 0 bis 60 Wochen).

Tabelle 9: Umfang der Inanspruchnahme (n=134)

Anzahl Einzelgespräche*	Anzahl (Anteil %)	Anteil kumuliert	Dauer Teilnahme* in Wochen	Anzahl (Anteil %)	Anteil kumuliert
1	52 (38,8)	38,8	0-1	57 (42,5)	42,5
2	32 (23,9)	62,7	2-3	10 (7,5)	50,0
3	19 (14,2)	76,9	4-10	29 (21,6)	71,6
4	11 (8,2)	85,1	11-20	20 (15,0)	86,6
5 bis 8	14 (10,4)	95,5	21-40	14 (10,4)	97,0
9 und mehr	6 (4,4)	100,0	41-60	4 (3,0)	100,0

*normalverteilt

Die Häufigkeit und Dauer der Inanspruchnahme der Intervention unterscheidet sich zwischen den Inanspruchnahmegruppen mit einmaligem und mehrmaligem Kontakt entsprechend signifikant mit mittlerem Effekt nach Cohen (T-Test für unabhängige Stichproben). Zwischen den Gruppen *BerPsC* und *Beh* lagen keine signifikanten Unterschiede vor (Tabelle 10).

Tabelle 10: Umfang der Inanspruchnahme nach Inanspruchnahmegruppen

Merkmale	Inanspruchnahme-gruppe	M	SD	Med	R	Gruppenvergleich mit <i>EinK</i> p, Effektgröße r
Anzahl Einzelgespräche	EinK (n=46)	1	0	1	1	
	BerPsC (n=39)	4,0	3,3	3	2-20	p=.000, r -0,55
	Beh (n=49)	3,9	3,4	3	1-19	p=.000, r -0,52
Dauer Teilnahme Wochen	EinK (n=46)	0	0	0	0	
	BerPsC (n=39)	11,6	11,5	7	0-51	p=.000, r -0,54
	Beh (n=49)	14,0	14,5	9	0-60	p=.000, r -0,53

M (Mittelwert), SD (Standardabweichung), Med (Median), R (Spannweite)

3.3 Einfluss der Intervention auf die Therapieaufnahme

Wesentliche Bestandteile der Intervention sind die Beratung zu therapeutischen Möglichkeiten, der Aufbau einer Therapiebereitschaft, die bedarfsorientierte Vermittlung in das Netzwerk der bezirklichen medizinischen und therapeutischen Regelversorgung sowie die Unterstützung bei der therapeutischen Anbindung.

Daraus resultiert die Fragestellung 1.3: *Erfolgt durch das Psychosoziale Coaching eine Unterstützung bei der Überleitung in eine therapeutische Behandlung?*

Tabelle 11 stellt die Daten zum Status der Therapieaufnahme, unterteilt nach Inanspruchnahmegruppen, dar. Während sich die Inanspruchnahmegruppe *Beh* ausschließlich aus den Daten der Teilnehmenden mit in Datenquelle A dokumentierter aufgenommener Behandlung rekrutiert, ist bei den anderen Inanspruchnahmegruppen nur eingeschränkt bekannt, ob eine Therapie aufgenommen wurde. Hierzu wurden retrospektiv Angaben zur Therapieaufnahme in der Datenquelle B erfasst: *Ja, unabhängig vom PsC*, sofern eine von den Teilnehmenden im Beratungsgespräch subjektiv angegebene Therapieaufnahme durch die IFK dokumentiert wurde und *Nein*, wenn die Dokumentation Hinweise auf eine nicht aufgenommene Therapie enthielten.

In der Gruppe mit einmaligem Kontakt (*EinK*) lagen von 14 Personen (30,4 %) Selbstauskünfte zur Therapieaufnahme vor. Weitere 5 Personen (10,8 %) der Gruppe *EinK* hatten eine Suchberatungsstelle aufgesucht oder standen auf einer Warteliste zur Therapieaufnahme. Damit zeigte diese Gruppe eine hohe Inanspruchnahme einer Therapie unabhängig der Unterstützung durch das PsC.

In der Gruppe *BerPsC* mit mehrfachen Beratungsgesprächen ohne Vermittlung in das psychotherapeutische Hilfesystem lagen Selbstauskünfte von 7 Personen (18 %) zur Therapieaufnahme und bei weiteren vier (10,3 %) die über Aufnahme auf eine Warteliste vor. In dieser Gruppe hatten 56,4 % der Teilnehmenden (n=22) drei und mehr Gesprächstermine wahrgenommen. Ob eine Therapieaufnahme damit entbehrlich wurde, lässt sich retrospektiv nicht prüfen, zumal der Anteil dokumentierter Termine >3 der Gruppe *Beh* identisch (57 %) war. Bekannt ist jedoch, dass einzelne Teilnehmende die Beratungsgespräche als Alternative zur Therapieaufnahme genutzt haben, da persönliche Rahmenbedingungen gegen eine Therapieaufnahme sprachen.

Die Gruppe *Beh* wurde ausschließlich aus Teilnehmenden gebildet, von denen projektgebundene Daten (Quelle A) zur Therapieaufnahme vorlagen. 35 Teilnehmende (71,4 %) wurden durch die Unterstützung und direkte Vermittlung des PsC in ein therapeutisches Angebot der kooperierenden Klinik (KEH) (Tageskliniken oder Psychiatrische Institutsambulanz) aufgenommen. 11 Personen (22,4 %) nahmen eine ambulante Therapie bei niedergelassenen Therapeut*innen auf und drei (6,1 %) suchten die Angebote der Suchtberatungsstellen auf.

Von Interesse ist neben der konkreten Unterstützung bei der therapeutischen Anbindung auch der Blick auf die Lotsenfunktion der Intervention, d. h. in welche Angebote der bezirklichen medizinischen und therapeutischen Regelversorgung vermittelt bzw. welche Behandlungsempfehlung ausgesprochen wurde.

Am häufigsten wurde eine Therapieaufnahme in einer Tagesklinik empfohlen, gefolgt von suchttherapeutischen Einrichtungen (inklusive Suchtberatungsstellen) und ambulanten

Therapien bei niedergelassenen Therapeut*innen. In Einzelfällen erfolgte die Empfehlung der Aufnahme in die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) oder in eine stationäre Versorgung.

Tabelle 11: Status der Therapieaufnahme sowie Behandlungsempfehlungen nach Inanspruchnahmegruppen

	einmaliger Kontakt (Eink), n=46	Beratung durch PsC (BerPsC), n=39	Behandlung (Beh), n=49	Gesamt n=134
Therapieaufnahme	Anzahl n (% innerhalb jeweiliger IG)			Anzahl n (% von gesamt)
Unbekannt	17 (37,0)	18 (46,2)	*	35 (26,1)
Nein	10 (21,7)	10 (25,6)	*	20 (14,9)
Ja	0	4 (10,3)	44 (89,8)	48 (35,8)
ja, unabhängig vom PsC	14 (30,4)	3 (7,7)	2 (4,1)**	19 (14,2)
Anbindung Suchtberatung	3 (6,5)	0	3 (6,1)	6 (4,5)
Warteliste	2 (4,3)	4 (10,3)	*	6 (4,5)
Behandlungsempfehlung	Anzahl n (% innerhalb IG)			
Keine (nur Beratung PsC)	21 (45,7)	12 (30,8)	1 (2,0)	34 (25,4)
ambulante Therapie	10 (21,7)	7 (17,9)	4 (8,2)	21 (15,7)
Tagesklinik	6 (13,0)	11 (28,2)	27 (55,1)	44 (32,8)
Suchtberatung oder Tagesklinik Sucht	8 (17,4)	7 (17,9)	12 (24,5)	27 (20,1)
PIA	0 (0,0)	1 (2,6)	4 (8,2)	5 (3,7)
stationäre Therapie und Notaufnahme	1 (2,2)	1 (2,6)	1 (2,0)	3 (2,2)

*Therapieaufnahme bei Gruppe Behandlung Voraussetzung

** Empfehlung PIA und Tagesklinik; ambulante Therapie eigeninitiativ aufgenommen.

Ein möglicher Zusammenhang zwischen den Behandlungsempfehlungen und der Therapieaufnahme wurde mittels binär-logistischer Regression geprüft. Dafür wurde die abhängige Variable Therapieaufnahme in *Ja* (umfasst Ja; Ja, unabhängig vom PsC; Anbindung Suchtberatung) und *Nein* (nein, unbekannt, Warteliste) als 0/1 Dummy modelliert. Die Chance der Therapieaufnahme liegt je nach Behandlungsempfehlung um den in Odds Ratio aufgeführten Wert höher gegenüber keiner Behandlungsempfehlung (Referenzkategorie) (Tabelle 12).

Tabelle 12: Chance der Therapieaufnahme nach Behandlungsempfehlung

Behandlungsempfehlung	Sig.	Odds Ratio	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
			Unterer Wert	Oberer Wert
Ambulante Therapie	0,018	4,243	1,29	14,00
Tagesklinik	0,000	8,265	2,91	23,52
Suchtberatung	0,000	9,161	2,84	29,57
PIA, Stationär	0,008	11,571	1,91	70,24

(Nagelkerkes $R^2 = 0,221$)

3.4 Zusammenhänge zwischen der Intervention und (Wieder-)Beschäftigung

Das Psychosoziale Coaching verfolgt primär das Ziel der Unterstützung der gesundheitlichen Stabilisierung der Langzeitarbeitslosen mit psychischen Störungen und Erkrankungen, um zum Erhalt und der Förderung der Beschäftigungsfähigkeit beizutragen. Auch wenn die (Wieder-)Beschäftigung kein definiertes Ziel des Psychosozialen Coachings ist, interessiert in einer zweiten zentralen Fragestellung:

Besteht ein Zusammenhang zwischen der Teilnahme am Psychosozialen Coaching und der (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt?

- 2.1 Bestehen Gruppenunterschiede im Erwerbsstatus zwischen den Teilnehmenden mit und ohne Behandlungsaufnahme?
- 2.2 Wie entwickelt sich der Erwerbsstatus innerhalb der 36 Monate?
- 2.3 Nach wieviel Monaten ist eine Integration in den Arbeitsmarkt am häufigsten erkennbar und welcher Art sind die Beschäftigungsverhältnisse?
- 2.4 Trägt eine Therapieaufnahme zur Beschäftigungsaufnahme bei?
- 2.5 Trägt eine regelmäßige begleitende Unterstützung der Teilnehmenden durch die Integrationsfachkräfte zur (Re-)Integration bei?

Geprüft werden soll darüber hinaus, ob andere Faktoren auf eine mögliche Beschäftigungsaufnahme der Studienpopulation wirken.

3.4.1 Dauer der Arbeitslosigkeit und Erwerbsstatus zum Interventionsbeginn

Retrospektiv wurden Quer- und Längsschnittdaten zum Erwerbsstatus der Studienpopulation erfasst. Innerhalb des Betrachtungszeitraums von 36 Monaten ab Beginn der Projektteilnahme betrug die durchschnittliche Gesamtdauer der Arbeitslosigkeit 16 Monate (Standardabweichung 10,65; Spannweite 0-36), die längste Phase ohne Unterbrechungen durchschnittlich 9,5 Monate (Standardabweichung 9,49; Spannweite 0-36). 53 % der Teilnehmenden waren weniger als 6 Monate durchgängig arbeitslos¹¹. Eine Erfassung der Gesamtdauer der Arbeitslosigkeit (ohne Unterbrechungen) vor der Teilnahme am PsC erfolgte nicht, alle Teilnehmenden waren langzeitarbeitslos (länger als 12 Monate).

Zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Projekt (T0) waren 94 Personen (70,1 %) arbeitslos. 20 Personen (14,9 %) waren länger als 3 Wochen arbeitsunfähig oder bis zu einer Dauer von 6 Monaten erwerbsunfähig begutachtet, 13 Personen (9,7 %) befanden sich in Förder- und

¹¹ Es handelt sich um den Status *arbeitslos* in der Erfassung des Lebenslaufes in der Fachanwendung VerBIS.

Beschäftigungsmaßnahmen des Jobcenters. 7 Personen (5,2 %) hatten einen sonstigen Status. Keine Person ging einer beruflichen Tätigkeit nach.

3.4.2 Entwicklung des Erwerbsstatus in der Längsschnittanalyse

Der Erwerbsstatus der Studienpopulation wurde zu sieben Messzeitpunkten erfasst, um Entwicklungen innerhalb des Follow up Zeitraums von 36 Monaten darzustellen. Dabei ist die Entwicklung der Arbeitslosigkeit sowie der Wechsel aus dem Status *arbeitslos* in einen anderen Erwerbsstatus von Interesse.

In Abbildung 3 ist eine deutliche Abnahme des Status *arbeitslos* innerhalb der ersten 12 Monate nach Beginn der Projektteilnahme erkennbar. Während zum Beginn (Baseline T0) 70,1 % der gesamten Studienpopulation (n=94) arbeitslos waren, halbierte sich der Anteil nach 18 Monaten (T3) auf 35,1 % (n=47) und stieg anschließend erneut leicht bis auf 40,3 % (n=54).

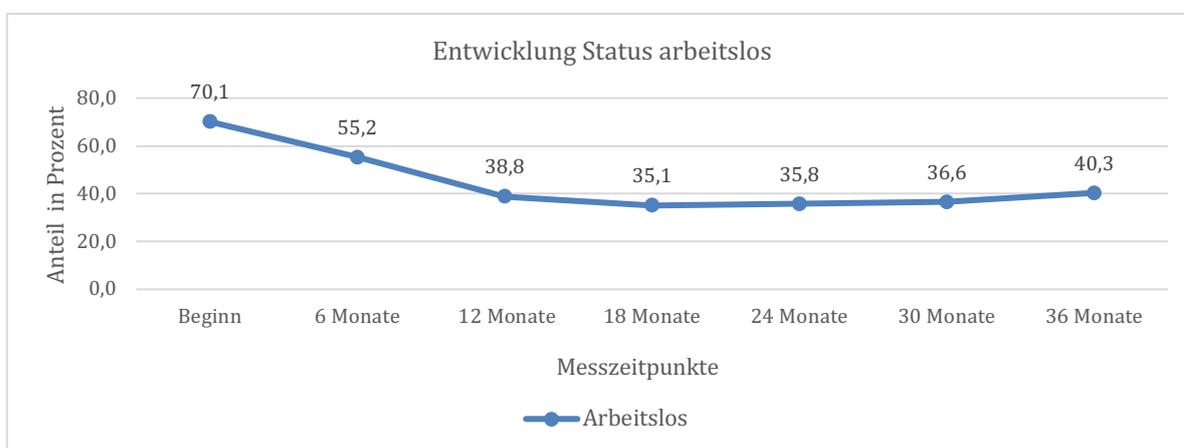


Abbildung 3: Entwicklung Erwerbsstatus *arbeitslos* (n=134)

Der Status *arbeitslos* wird gemäß § 18 Abs. 1 SGB III unterbrochen z. B. durch Zeiten einer Maßnahme der aktiven Arbeitsförderung oder zur Eingliederung in Arbeit, Arbeitsunfähigkeit, Kinderbetreuungszeiten, Integrationskurse und Deutschsprachförderung, Beschäftigungen oder selbständige Tätigkeiten (<6 Monate).

Während in den ersten 12 Monaten noch 32 Personen (30 %) von dem in Abbildung 3 aufgezeigten Anteil von 38,8 % durchgehend arbeitslos waren, nahm deren Anteil nach 12 Monaten kontinuierlich ab. 11 Personen (10,3 %) waren während des gesamten Betrachtungszeitraumes durchgängig arbeitslos, die anderen wiederkehrend arbeitslose Personen nach zwischenzeitlichem Statuswechsel.

Tabelle 13 stellt die Anzahl der Personen der Studienpopulation dar, die ohne Unterbrechung 0-12 Monate, 0-24 Monate und 0-36 Monate durchgängig arbeitslos waren sowie deren Wech-

sel in andere Erwerbsstatus. Es zeigt sich, dass die Statuswechsel aus längerer Arbeitslosigkeit am ehesten in den ersten 18-24 Monaten erfolgen und sich die Arbeitslosigkeit danach verfestigt.

Tabelle 13: Anzahl der durchgängig Arbeitslosen und Wechsel in andere Erwerbsstatus

Durchgängig alo in Monaten	Übergang in/nach Monaten	Erwerbsstatus							
		alo	Au/Eu	MAT	AGH MAE	1.AM	NT	§16e/i	Sonstiges
		Anzahl n							
	12	32							
0-12	18	21	5	3	1	0	0	2	0
	24	17	6	0	1	2	2	3	1
	30	16	4	1	1	2	2	4	2
	36	16	5	2	2	1	1	4	1
0-24	24	17							
	30	12	1	1	0	1	0	1	1
	36	11	2	2	1	0	0	1	0
36		11							

alo= arbeitslos; Au/Eu=arbeits-, erwerbsunfähig; MAT=Maßnahmen bei Trägern; AGH MAE= Arbeitsgelegenheit mit Mehraufwandsentschädigung; 1.AM= 1. Arbeitsmarkt; NT=Nebentätigkeit; §16e/i=geförderte Beschäftigung nach §16e/i SGB II

In der Abbildung 4 werden die Entwicklungen der Erwerbsstatus der Studienpopulation über die Messzeitpunkte dargestellt. Zeiten der *Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit* beinhalten in der Abbildung Arbeitsunfähigkeiten >3 Wochen sowie gutachterliche Erwerbsunfähigkeiten unter 6 Monate. Eine durch Fachdienste der Bundesagentur für Arbeit oder den Rententräger begutachtete Erwerbsunfähigkeit über 6 Monate oder auf Dauer bedingt die Abmeldung der Teilnehmenden aus der Betreuung des Jobcenters (*Status Abmeldung*). Abmeldungen resultieren darüber hinaus aus Renteneintritten und dem Wegfall der Hilfebedürftigkeit, z. B. durch finanziell bedarfsdeckende Beschäftigungsaufnahmen. Die Teilnahme an *Maßnahmen der aktiven Arbeitsförderung* (Heranführung an den Arbeitsmarkt und Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung [MAE], sog. „2€-Jobs“) dient der Verbesserung und Stabilisierung der Beschäftigungsfähigkeit, aber auch der Aktivierung vor einer Beschäftigungsaufnahme. Die in der Abbildung dargestellten Maßnahmen für psychisch erkrankte Menschen umfassen Tätigkeiten in Beschäftigungstagesstätten und im Zuverdienst sowie die Teilnahme an individuellem Coaching für Menschen mit psychischen Einschränkungen durch bezirkliche Träger der psychosozialen Betreuung.

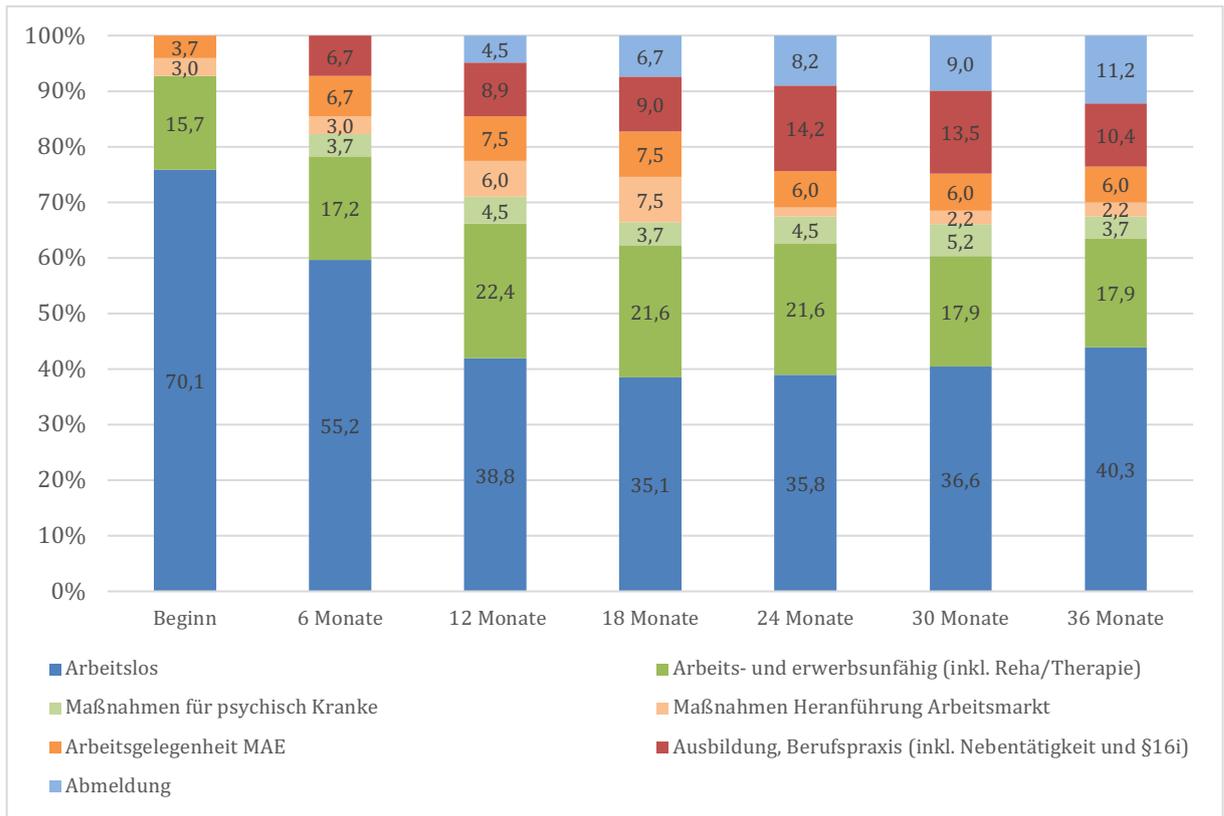


Abbildung 4: Entwicklung Erwerbsstatus einschließlich *arbeitslos* (n=134)

Im Vergleich der Erwerbsstatus ist ein hoher Anteil der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeiten der Studienpopulation erkennbar, der im ersten Jahr von 15,7 % auf 22,4 % ansteigt und nach 24 Monaten auf 17,9 % leicht absinkt. Die Teilnahme an Maßnahmen zur Heranführung an den Arbeitsmarkt sowie an Arbeitsgelegenheiten mit MAE steigen bis 18 Monate leicht an und sinken anschließend. Arbeitsgelegenheiten als Instrument der Arbeitsförderung werden dabei insgesamt stärker genutzt (3,7 % bis 7,5 %). Die Vermittlung der Teilnehmenden in spezifische Angebote für psychisch Kranke steigt ab 6 Monate auf ein gleichbleibendes Niveau zwischen 3,7 % und 5,2 %. Der Anteil der Beschäftigungsaufnahmen steigt im Betrachtungszeitraum bis zu 24 Monaten auf 14,5 % an, wobei die stärkste Entwicklung zwischen 18 und 24 Monaten (von 9 % auf 14,5 %) zu verzeichnen ist. Bis 36 Monate sinkt der Anteil auf 11,2 %. Der Anteil der Abmeldungen steigt ab 6 Monate kontinuierlich von 0,0 % auf 11,2 % bis 36 Monate.

3.4.3 Entwicklung der Erwerbsstatus der Inanspruchnahmegruppen

Zur Beantwortung der Fragestellung 2.1, ob Gruppenunterschiede im Erwerbsstatus zwischen den Teilnehmenden mit und ohne Behandlungsaufnahme bestehen, wird die Entwicklung der Erwerbsstatus folgend entlang der Inanspruchnahmegruppen überprüft. Neben einer grafischen Darstellung der Veränderungen ausgewählter Erwerbsstatus in

Abbildung 5 wird der Zusammenhang zwischen Erwerbsstatus und der Inanspruchnahmegruppen mittels Chi²-Test statistisch geprüft.

Der Status *arbeitslos* unterscheidet sich zwischen den Inanspruchnahmegruppen über die Messzeitpunkte nur unwesentlich bei leicht unterschiedlichem Ausgangsniveau. Auffällig sind die Gruppenunterschiede beim Status *Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit*. Während dieser bei den Gruppen *EinK* und *Beh* ab 6 Monate vergleichbar ansteigt, verbleibt er bei der Gruppe *EinK* aufgrund attestierter Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeiten auf einem hohen Niveau, während das Niveau bei der Gruppe *Beh* durch einen Anstieg von Therapieaufnahmen ab dem Messzeitpunkt (MZP) 12 Monate resultiert. Die Gruppe *BerPsC* hat einen gleichbleibend niedrigen Anteil an Arbeits- und Erwerbsunfähigkeiten. Der Anteil der Teilnehmenden in Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung (sogenannte „2€-Jobs“) deckt sich in den Gruppen *EinK* und *Beh* bis zum MZP 18 Monate, während für die Gruppe *BerPsC* Arbeitsgelegenheiten fast nicht genutzt werden.

Die Integrationen in Beschäftigung gelang der Gruppe *BerPsC* am häufigsten, mit einem Maximalwert von 20,5 % nach 24 Monaten. Der Gruppe *Beh* gelang die Beschäftigungsaufnahme mit einem maximalen Anteil von 12,2 % ebenfalls nach 24 Monaten.

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Erwerbsstatus und den Interventionsgruppen besteht lediglich zu den MZP 18 Monate ($p=.022$) und 30 Monate ($p=.027$). Dieser betrifft den hohen Nutzungsgrad stabilisierender und strukturierender Maßnahmeangebote (einschl. Arbeitsgelegenheiten und Angeboten für psychisch Kranke) durch die Gruppe *Beh* sowie den hohen Anteil von Arbeits- und Erwerbsunfähigkeiten und den Anstieg des Arbeitslosenanteils der Gruppe *EinK* zum MZP 30 Monate.

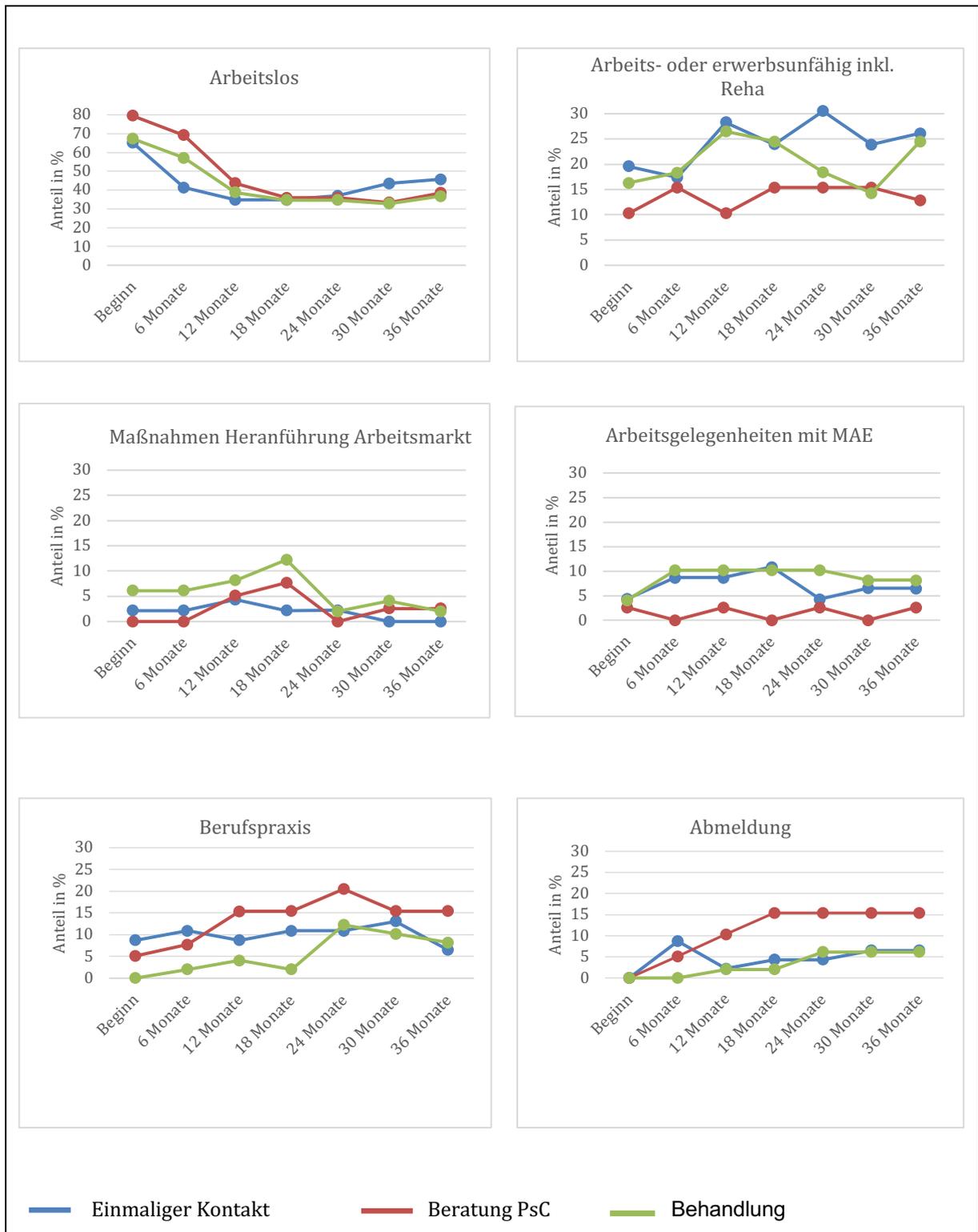


Abbildung 5: Entwicklung der Erwerbsstatus nach Inanspruchnahmegruppen

3.4.4 Beschäftigungsaufnahme der Teilnehmenden

Die Fragestellung 2.2 lautet: *Nach wieviel Monaten ist eine Integration in den Arbeitsmarkt am häufigsten erkennbar und welcher Art sind die Beschäftigungsverhältnisse?*

Die Beschäftigungsaufnahme wird in Tabelle 14 detaillierter betrachtet. Dabei wird die Art der Beschäftigung und deren Aufnahme über die Messzeitpunkte entlang der Inanspruchnahmegruppen sowie die durchschnittliche Dauer der Beschäftigungsverhältnisse nach Art dargestellt.

Ingesamt haben im Betrachtungszeitraum 36 Personen (27 %) eine Beschäftigung aufgenommen. Eine Differenzierung nach befristet/unbefristet erfolgte nicht. Der größte Anteil an Beschäftigungsaufnahmen war dabei sowohl in der gesamten Studienpopulation als auch unterteilt nach Inanspruchnahmegruppen nach 24 Monaten zu verzeichnen. 16 von 22 (73 %) sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungen ging eine Arbeitslosigkeit voraus. 6 von 10 geförderte Beschäftigten (§16i SGB II) waren vorab arbeitslos, 4 Personen in Maßnahmen des Jobcenters.

Die Integrationen in Beschäftigung gelang der Inanspruchnahmegruppe *BerPsC* am häufigsten, mit einem Maximalwert von 20,5 % nach 24 Monaten, darunter 12,8 % geförderte Beschäftigungen gemäß §16i SGB II. Eine Beschäftigungsaufnahme gelang der Gruppe *Beh* erst nach 24 Monaten mit einem Anteil von 12,2 %, darunter vorrangig Nebentätigkeiten.

Tabelle 14: Erwerbsstatus Berufspraxis nach Messzeitpunkten

Art Beschäftigung	Gruppe	Messzeitpunkte Monat					
		6	12	18	24	30	36
Beschäftigung gesamt	gesamt (n=134)	9 (6,7)	12 (9,0)	12 (9,0)	19 (14,2)	17 (12,7)	13 (9,7)
	EinK (n=46)	5 (10,9)	4 (8,7)	2 (4,1)	2 (4,1)	6 (13,0)	3 (6,5)
	BerPsC (n=39)	3 (7,7)	6 (15,8)	6 (15,8)	8 (20,5)	6 (15,8)	6 (15,8)
	Beh (n=49)	1 (2,0)	2 (4,1)	1 (2,0)	6 (12,2)	5 (10,2)	4 (8,2)
<i>Darunter</i>	gesamt (n=134)	8 (6,0)	7 (5,2)	5 (3,7)	7 (5,2)	6 (4,5)	4 (3,0)
<i>Beschäftigung >15 Std/Woche</i>	EinK (n=46)	5 (10,9)	4 (8,7)	4 (8,7)	3 (6,5)	3 (6,5)	0 (0,0)
	BerPsC (n=39)	2 (5,1)	2 (5,1)	1 (2,6)	2 (5,1)	2 (5,1)	2 (5,1)
	Beh (n=49)	1 (2,0)	1 (2,0)	0 (0,0)	2 (4,1)	1 (2,0)	2 (4,1)

Art Beschäftigung	Gruppe	Messzeitpunkte Monat					
		6	12	18	24	30	36
<i>Nebentätigkeit</i>	gesamt (n=134)	0 (0,0)	2 (1,5)	2 (1,5)	4 (3,0)	3 (2,2)	1 (0,7)
	EinK (n=46)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
		6	12	18	24	30	36
	BerPsC (n=39)	0 (0,0)	2 (5,1)	2 (5,1)	1 (2,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Beh (n=49)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (6,1)	3 (6,1)	1 (2,0)
<i>Geförderte Beschäftigung §16ei/ SGB II</i>	gesamt (n=134)	1 (0,7)	3 (2,2)	5 (3,7)	8 (6,0)	9 (6,7)	9 (6,7)
	EinK (n=46)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,2)	2 (4,3)	3 (6,8)	1 (2,0)
	BerPsC (n=39)	1 (2,6)	2 (5,1)	3 (7,7)	5 (12,8)	5 (12,8)	5 (12,8)
	Beh (n=49)	0 (0,0)	1 (2,0)	1 (2,0)	1 (2,0)	1 (2,0)	1 (2,0)
		6	12	18	24	30	36

Die Dauer aller Arten von Beschäftigungsverhältnissen wurde innerhalb der 36 Monate Betrachtungszeitraum erhoben. Beschäftigungsverhältnisse, die zu einer Abmeldung führten, wurden bis zum Abmeldedatum erfasst. Alle weiteren wurden bis maximal zum Ende des Betrachtungszeitraumes gezählt, auch wenn insbesondere geförderte Beschäftigungsverhältnisse nach §16i SGB II über den Zeitraum hinaus bestanden. Bei mehreren Beschäftigungsverhältnissen wurde nur das längste Beschäftigungsverhältnis mit den höchsten Wochenarbeitsstunden erfasst (Tabelle 15).

Tabelle 15: Dauer der Beschäftigung in Wochen

Dauer Berufspraxis Wochen	N	Min	Max	M	SD
gesamt	36	6	110	47,70	32,59
<i>sozialversicherungspflichtig</i>	22	6	104	29,98	24,16
<i>Gefördert nach §16i SGB II</i>	10	29	110	81,50	24,13
<i>Nebentätigkeit</i>	4	47	79	60,75	14,66

M (Mittelwert), SD (Standardabweichung), Med (Median)

3.4.5 Zusammenhang zwischen Beschäftigungsaufnahme und Therapieaufnahme

Für die Überprüfung von Zusammenhängen und logistischen Regressionen wurde die Integration in den Arbeitsmarkt binär codiert (erwerbstätig ja/nein). Ein möglicher Zusammenhang zwischen der Beschäftigungsaufnahme und der Therapieaufnahme (Frage 2.4) wurde in einem ersten Schritt mittels Chi² Test geprüft. Hierbei wurden auch die Personen der Inanspruchnahmegruppen einbezogen, die unabhängig vom PsC eine Therapie aufgenommen haben sowie in die Suchtberatung eingebunden waren (vgl. Tabelle 11). Nicht mit einbezogen

wurden hingegen 15 Personen der Studienpopulation die keine psychische Störung aufwiesen. Da bei ihnen keine Therapieaufnahme zu erwarten war, erfolgten die Berechnungen unter Ausschluss dieser Personen (n=119). In einem zweiten Schritt wurde mittels binär-logistischer Regression die Chance der Beschäftigungsaufnahme in Abhängigkeit von der Therapieaufnahme geprüft. Die unabhängige Variable Therapieaufnahme wurde in *Therapieaufnahme Ja* (umfasst Ja durch PsC und Anbindung Suchtberatung); *Ja, unabhängig vom PsC* und *Nein* (nein, unbekannt, Warteliste) codiert.

Eine Beschäftigungsaufnahme (n=30) gelang mehrheitlich (n=17; 56,7 %) Personen ohne Therapieaufnahme¹². Mit Therapieaufnahme gelang die berufliche Integration seltener (n=13; 43,3 %). Der Zusammenhang zwischen Beschäftigungsaufnahme und Therapieaufnahme verfehlt knapp die Signifikanz von 5 % ($p = .071$; Cramer-V 0,211). Die Chance der Beschäftigungsaufnahme lag mit der Therapieaufnahme *Ja (durch PsC)* um den Faktor 2,04 niedriger gegenüber keiner Therapieaufnahme und bei einer Therapieaufnahme *Ja, unabhängig des PsC* um den Faktor 4,6 niedriger gegenüber keiner Therapieaufnahme (Tabelle 16). Das Modell ist nicht signifikant auf dem 5 % Niveau ($p=.063$).

Tabelle 16: Chance der Beschäftigungsaufnahme in Abhängigkeit von der Therapieaufnahme (n=119)

Therapieaufnahme	Sig.	Odds Ratio	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
			Unterer Wert	Oberer Wert
Therapie Nein (Ref.)				
Therapie Ja	,116	,489	,201	1,192
Therapie unabhängig vom PsC	,056	,215	,044	1,042
Konstante	,047	,548		

(Nagelkerkes $R^2 = 0,067$)

3.5 Unterstützung der Integrationsfachkräfte und (Wieder-)Beschäftigung

Das Psychosoziale Coaching kombiniert konzeptionell keine Maßnahmen der Gesundheitsförderung mit Maßnahmen der Arbeitsförderung. Neben dem Einfluss der Intervention auf die Beschäftigungsaufnahme wird daher auch der Frage nachgegangen, ob die Integrationsfachkräfte durch eine begleitende Unterstützung der Teilnehmenden zur (Re-)Integration in Beschäftigung beitragen.

Ein wesentlicher Bestandteil der beruflichen Integration psychisch erkrankter Menschen ist die Unterstützung der gesundheitlichen Stabilisierung in Verbindung mit einer indivi-

¹² Insgesamt haben 36 Personen eine Beschäftigung aufgenommen, darunter 6 Personen ohne psychische Störung.

duellen Unterstützung des Integrationsprozesses. Daher wurde im Rahmen der Datenerhebung auch die Unterstützung der gesundheitlichen Stabilisierung und des Integrationsprozesses der Studienpopulation durch die Integrationsfachkräfte erfasst und geprüft, ob Zusammenhänge zwischen der Betreuung der Teilnehmenden durch die Integrationskräfte und deren Unterstützung bei der beruflichen Integration und gesundheitlicher Stabilisierung bestehen.

Eine Unterstützung bei der gesundheitlichen Stabilisierung erfolgte bei 111 Teilnehmenden (82,8 %), sei es durch die Thematisierung der Gesundheit im Beratungsgespräch, die Einleitung von ärztlichen Gutachten oder durch die gezielte Vermittlung in Gesundheitsnetzwerke. 75 Personen (56 %) der Studienpopulation wurden in ihren Integrationsbemühungen unterstützt. Bei 44 Teilnehmenden (32,8 %) war die berufliche Integration vorerst nicht relevant, da die gesundheitliche Stabilisierung im Vordergrund stand oder individuelle Rahmenbedingungen gegen eine berufliche Integration sprachen. Differenziert nach Arbeitsvermittlung und Fallmanagement zeigt sich, dass Unterstützungsbemühungen in der beruflichen Integration gerade im Fallmanagement zu einem hohen Anteil (63,9 %) vorerst nicht relevant waren. Bei zwei Drittel der in der Arbeitsvermittlung betreuten Teilnehmenden waren die berufliche Integration und die gesundheitliche Stabilisierung parallel Bestandteil der Beratung (Tabelle 17). Eine Einschätzung der Intensität der Unterstützungsleistungen erfolgte im Rahmen der Datenerhebung nicht.

Tabelle 17: Unterstützung der beruflichen Integration und gesundheitlichen Stabilisierung unterteilt nach Betreuung in Arbeitsvermittlung (AV) und beschäftigungsorientiertem Fallmanagement (bFM)

	Unterstützung berufliche Integration			Unterstützung gesundheitliche Stabilisierung		
	AV (n=98)	bFM (n=36)	Gesamt	AV (n=97*)	bFM (n=36)	Gesamt
Unterstützung	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
ja	62 (63,3)	13 (36,1)	75 (56,0)	76 (78,4)	35 (97,2)	111 (82,8)
nein	15 (15,3)	0 (0)	15 (11,2)	11 (11,3)	0 (0)	11 (8,2)
nicht relevant	21 (21,4)	23 (63,9)	44 (32,8)	10 (10,3)	1 (2,8)	11 (8,2)

*1 fehlend; AV (Arbeitsvermittlung), bFM (beschäftigungsorientiertes Fallmanagement)

Der Zusammenhang zwischen der Beschäftigungsaufnahme und der Unterstützung der beruflichen Integration durch die Integrationsfachkräfte, z. B. durch Vermittlungsvorschläge oder das Angebot flankierender Maßnahmen, ist signifikant mit mittlerem Effekt ($p < 0,001$, Cramer-V = 0,47).

Mittels binär-logistischer Regression wird geprüft, inwieweit die Unterstützung der beruflichen Integration (ja/nein) sowie der gesundheitlichen Stabilisierung (ja/nein) für die Beschäftigungsaufnahme (ja/nein) relevant ist. Die Chance der Beschäftigungsaufnahme liegt mit der Unterstützung der Integration durch die IFK (Ja) um den Faktor 23 höher gegenüber

keiner Unterstützung der Integration. Die Unterstützung der gesundheitlichen Stabilisierung wirkt sich gegenüber keiner Unterstützung leicht mindernd auf die Beschäftigungschancen aus, ist jedoch statistisch nicht signifikant (Tabelle 18).

Tabelle 18: Zusammenhang zwischen der Beschäftigungsaufnahme und der Unterstützung durch IFK

Unterstützung durch IFK	Sig.	Odds Ratio	95 % Konfidenzintervall für EXP(B)	
			Unterer Wert	Oberer Wert
Unterstützung Integration	<,001	22,878	5,189	100,87
Unterstützung Gesundheit	0,409	0,639	0,22	1,853
Konstante	<,001	0,052		

(Nagelkerkes $R^2 = 0,341$)

3.6 Zusammenhang zwischen Beschäftigungsaufnahme und weiteren Variablen

Neben den bisher dargestellten Zusammenhängen wird abschließend in einem Gesamtmodell mittels multivariabler logistischer Regression geprüft, welche Variablen moderierend auf die Beschäftigungsaufnahme der Studienpopulation wirken. Einige soziodemographische Variablen wurden dabei in Kategorien zusammengefasst, um Verzerrungen durch gering besetzte Zellen zu vermeiden. Eine Gruppierung von Diagnosen psychischer Störungen erfolgte trotz ebenfalls gering besetzter Zellen (F2 n=6) nicht.

Die soziodemographischen Daten stehen in keinem signifikanten Zusammenhang mit der Beschäftigungsaufnahme der Studienpopulation (Tabelle 19). Gleiches gilt für die Diagnosen sowie (bereits aus Kapitel 3.4.5 bekannt) für die Therapieaufnahme, die das 5 % Signifikanzniveau knapp verfehlt. Die Behandlungsempfehlung wurde als Variable nicht in das Modell aufgenommen, da diese mit den Variablen Diagnosen und Therapieaufnahme korreliert. Auf den signifikanten Zusammenhang zwischen der Beschäftigungsaufnahme und der Unterstützung der beruflichen Integration durch die Integrationsfachkräfte wurde bereits im Kapitel 3.5 eingegangen. In diesem Regressionsmodell wird der Zusammenhang auch unter Einbezug weiterer Variablen bestätigt.

Tabelle 19: Zusammenhang zwischen Beschäftigungsaufnahme und weiteren Variablen

Variable	Sig.	Odds Ratio	95 % Konfidenzintervall für EXP(B)	
			Unterer Wert	Oberer Wert
Geschlecht (weiblich = Ref.)				
männlich	0,280	0,532	0,169	1,674
Altersgruppe (45-65 = Ref.)				
18-34	0,450	0,605	0,164	2,23
35-44	0,927	0,946	0,289	3,103
Beziehungsstatus (Partnerschaft/verheiratet = Ref.)				
ledig, getrennt	0,209	0,327	0,057	1,87
Bildungsgrad (keiner/unbekannt = Ref.)				
niedrig	0,963	0,966	0,225	4,147
mittel	0,750	1,265	0,297	5,383
hoch	0,326	2,279	0,441	11,786
Diagnose (keine = Ref.)				
F1	0,325	0,390	0,06	2,539
F2	0,484	0,413	0,035	4,929
F3	0,178	0,272	0,041	1,805
F4	0,407	0,427	0,057	3,203
F5	0,542	0,516	0,061	4,332
F6	0,980	0,975	0,137	6,92
Therapieaufnahme (nein= Ref.)				
Unterstützung berufliche Integration (nein = Ref.)	<,001	30,166	6,049	150,442
Unterstützung gesundheitliche Stabilisierung (nein = Ref.)	0,841	1,149	0,296	4,464

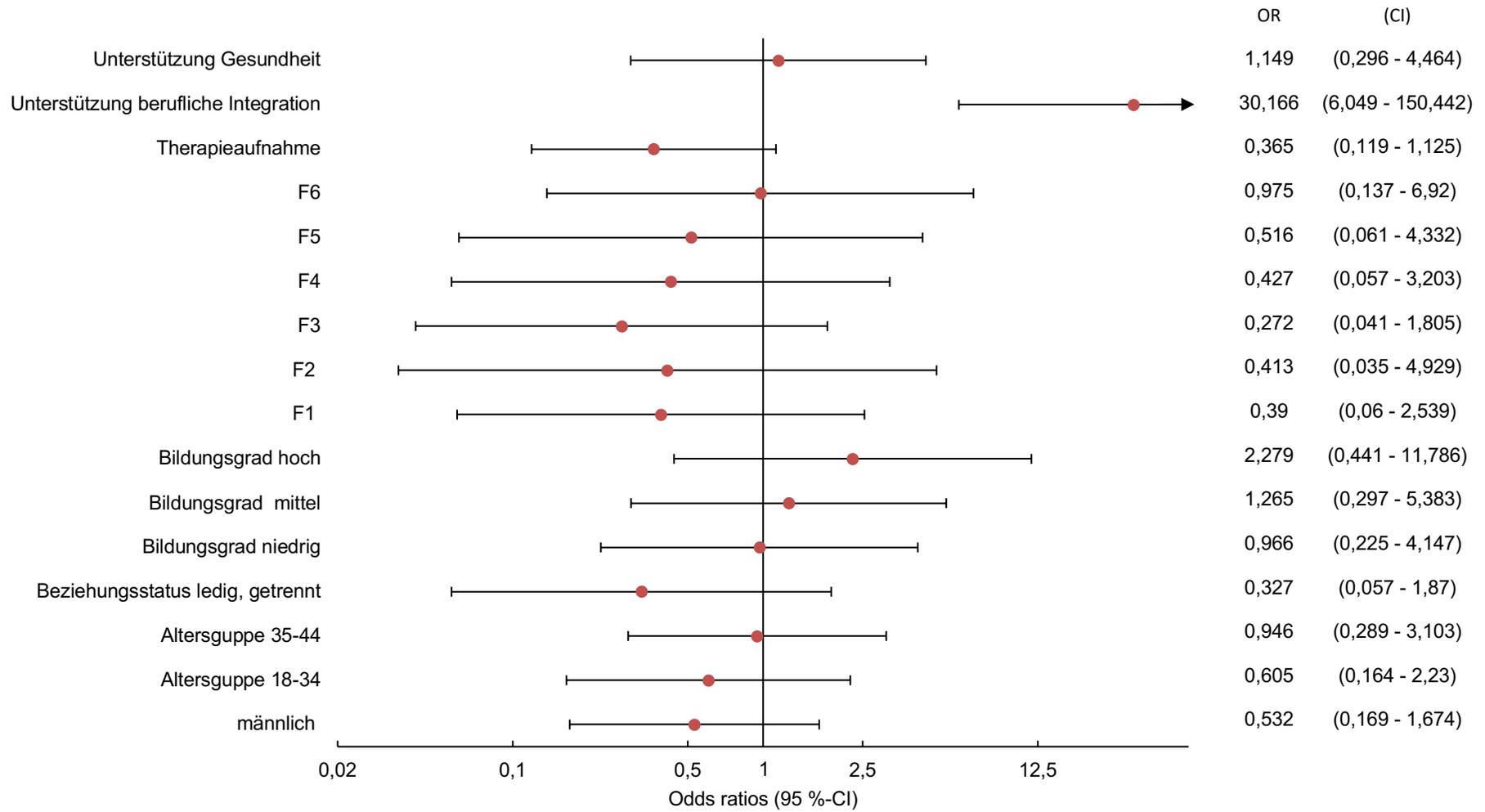


Abbildung 6: Einflussfaktoren auf die Beschäftigungsaufnahme

4 Diskussion

4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Ziel der Studie war es, das Psychosoziale Coaching im Jobcenter Berlin Lichtenberg hinsichtlich des Bedarfes an dieser Art der Intervention sowie mögliche Zusammenhänge zwischen der Intervention und der (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt zu untersuchen. Aufgrund der COVID-19 Pandemie und dem damit verbundenen Einschränkungen auf den Regelbetrieb der Jobcenter und die Durchführung des Psychosozialen Coachings in den Jahren 2020 und 2021 wurde das Studiendesign von einem prospektiven in ein retrospektives Design geändert und damit der pandemischen Situation angepasst. Von 353 Teilnehmenden am PsC im Jahr 2018 wurden 134 Personen in die Studienpopulation eingeschlossen. Neben den Querschnittsdaten zum Studienbeginn (Baseline) wurden für die Studienpopulation Längsschnittdaten zum Erwerbsstatus und der Betreuungssituation im Jobcenter über einen Zeitraum vom 3 Jahren nach Teilnahmebeginn erfasst.

Es zeigte sich ein hoher Bedarf an diesem Interventionsangebot: 89 % der Teilnehmenden wiesen mindestens eine psychiatrische Diagnose auf. 50 % der Teilnehmenden nahmen mit und ohne Unterstützung durch das PsC eine Therapie auf. Bis zu 24 Monate nach Studienbeginn hatten 27 % der Studienpopulation eine Beschäftigung aufgenommen. Die Ergebnisse zeigen weiterhin, dass sich eine Therapieaufnahme (vorerst) hemmend auf die Beschäftigungsaufnahme auswirkt, die Unterstützung der Integrationsbemühungen der Teilnehmenden durch die Integrationsfachkräfte hingegen fördernd.

4.2 Sozialstruktur der Studienpopulation

Die Studienpopulation war im Altersdurchschnitt mit 39,37 Jahren etwas jünger als in anderen deutschen Referenzprojekten wie *AmigA* und *JobFit* mit Mittelwerten von 41-44 Jahren (Kirschner *et al.*, 2011), entsprach jedoch dem Durchschnittsalter (38 Jahre) von 14 internationalen RCT-Studien (Hult *et al.*, 2020).

Die Geschlechterverteilung lag mit einem Frauenanteil von 35 % unter dem anderer Interventionsprojekte für Langzeitarbeitslose. Allerdings liegt auch der Anteil langzeitarbeitsloser Frauen in Berlin mit durchschnittlich 35 % unter dem Bundesdurchschnitt von 39 % (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2021). Die Gesamtpopulation des PsC hatte einen Frauenanteil von 42 %. Es gehörten damit vor allem Frauen im Alter von 35-44 Jahren zu den Personen, die keine Einwilligung zu Datenerhebung für die vorliegende Studie gegeben haben, was in deren Ansprache für zukünftigen Studien berücksichtigt werden sollte.

Der Anteil lediger Personen war in der Studienpopulation des PsC gegenüber vergleichbaren Projekten überdurchschnittlich hoch, entspricht jedoch dem Anteil lediger Langzeitarbeitsloser in Berlin (Statistik der Bundesagentur für Arbeit, 2021a). Dabei scheint weniger der Einfluss der Langzeitarbeitslosigkeit auf die Verringerung fester lebenspartnerschaftlicher Beziehungen und sog. „weakties“ (Preuss, 2011) bedeutend, als vielmehr Berlins Spitzenposition am Anteil Alleinlebender (Bundeszentrale für politische Bildung, 2021).

Die Bildungsabschlüsse deckten sich bis einschließlich (Fach-)Hochschulreife mit Studienpopulationen anderer Projekte wie *AmigA* (gesamt) und *Fit-Beratung* (Faryn-Wewel *et al.*, 2011). Der Anteil von Fachhochschul- und Hochschulabschlüssen war geringer als in anderen Studienpopulationen, der Anteil von Personen ohne Schulabschluss hingegen höher, entspricht jedoch dem Berliner Durchschnitt.

Anhand der Sozialstruktur der Inanspruchnahmegruppen zeigte sich eine unterschiedliche Nutzung der Intervention. Einen nur einmaligen Kontakt zum PsC hatten vor allem Teilnehmende der Altersgruppe 45 - 54 Jahre und älter, während insbesondere Teilnehmende zwischen 35 - 44 Jahren und jünger sowohl die Möglichkeiten der Beratungsgespräche als auch die Überleitung in Behandlungsangebote in Anspruch nahmen.

Daten des Robert Koch-Instituts im Rahmen der GEDA-Studie zeigen für die Allgemeinbevölkerung, dass die Inanspruchnahme der psychotherapeutischen oder psychiatrischen Versorgung in der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen und 50- bis 59-Jährigen am höchsten ist (Rommel *et al.*, 2017). Vergleichbare Ergebnisse zeigen Auswertungen von Versichertendaten der Krankenkassen BARMER (Grobe *et al.*, 2020) und AOK Nordost (Epping *et al.*, 2018). Für diese Altersgruppen greifen demnach die regelhaften Zugänge in die psychotherapeutische Versorgung.

Gleiches gilt für Personen mit höheren Bildungsabschlüssen, die einen leichteren Zugang zu Behandlung haben (Walenzik *et al.*, 2014; Grobe *et al.*, 2020). Ein Blick auf den Bildungsstatus der Studienpopulation zeigt, dass für Teilnehmende mit höheren Bildungsabschlüssen zumindest die Lotsenfunktion des PsC in das Versorgungssystem nicht erforderlich ist, um psychotherapeutische Leistungen in Anspruch zu nehmen. Sie hatten insgesamt deutlich seltener eine Therapie aufgenommen (8,2 %) als Teilnehmende mit mittleren (35,6 %) und niedrigen (34,2 %) Bildungsabschlüssen. Aus der höheren psychotherapeutischen Inanspruchnahme mittlerer Altersgruppen sowie den erleichterten Versorgungszugängen für Personen mit höheren Bildungsabschlüssen leiten Walenzik *et al.* (2014) Hinweise auf Zugangshemmnisse zur Psychotherapie für die epidemiologisch stärker von psychischen Erkrankungen betroffene Altersgruppe der 30- bis 40-Jährigen und Personen aus niedrigeren sozialen Schichten ab.

Aufgrund des geringen Frauenanteils der Studienpopulation insbesondere in der Altersgruppe 35-44 Jahre sind die Ergebnisse der vorliegenden Studie nicht repräsentativ. Zudem könnte der hohe Anteil jüngerer Menschen unter 45 Jahre - entgegen dem zuvor genannten Altersdurchschnitt psychotherapeutischer Inanspruchnahmen der Allgemeinbevölkerung - auf eine Verzerrung der Ergebnisse hinweisen. Es lässt sich jedoch ebenso interpretieren, dass vor allem jüngere Männer dem niedrighschwelligem Zugang zum Psychosozialen Coaching und dessen Beratungs- und Lotsenfunktion in das Versorgungssystem offener gegenüberstehen und das Psychosoziale Coaching ein Baustein zur „Verbesserung der Zuweisungszusammenhänge“ darstellt, wie sie Walendzik *et al.* (2014) zum Abbau geschlechts-, alters- und kohortenspezifischer Zugangshemmnisse empfehlen.

Da bisher nur wenige Untersuchungen zu vergleichbaren Interventionsansätzen vorliegen, tragen die soziodemographischen Ergebnisse dieser Studie insgesamt dazu bei, die Nutzung der Intervention zu beleuchten. Dies trifft insbesondere auf den Ansatz des *Psychosozialen Coachings* in Jobcentern zu, von denen das Lichtenberger Projekt, anders als in Leipzig und München (Liwowsky *et al.*, 2011; Tiefensee, 2020; Steil *et al.*, 2013), nicht nur die Altersgruppe der über 50-Jährigen aufgenommen hat.

4.3 Bedarf und Inanspruchnahme der Intervention

Das Psychosoziale Coaching im Jobcenter Lichtenberg wurde aufgrund eines Unterstützungsbedarfes im Umgang mit der Zielgruppe implementiert. Vorrangig wurde der Bedarf daraus hergeleitet, dass eine im Umfang nicht definierte Anzahl psychisch erkrankter Langzeitarbeitsloser einem Hilfesystem mit Zugangsbarrieren für Diagnostik und Therapie gegenübersteht. In der vorliegenden Arbeit wurde der Anteil derjenigen Teilnehmenden mit Diagnosen psychischer Störungen, deren bisheriger Behandlungssituation sowie die Behandlungsempfehlung (einschließlich Lotsenfunktion des PsC) in medizinisch/therapeutische Versorgungsstrukturen durch das PsC quantifiziert, um daraus den Bedarf an psychotherapeutisch, psychiatrischen Hilfen abzuleiten.

4.3.1 Anteil psychischer Erkrankungen und Behandlungsstatus der Teilnehmenden

Innerhalb der Studienpopulation lag bei 88,8 % aller Teilnehmenden eine Diagnose einer psychischen Störung vor. Dieser Wert liegt deutlich über den Ergebnissen von Liwowsky *et al.*, (2011), Pfeil *et al.* (2013) und Tiefensee (2020), die in den Psychosozialen Coachings für ältere Langzeitarbeitsloser über 50 Jahre in München und Leipzig bei bis zu 77 % der Teilnehmenden eine psychische Störung verzeichneten. Noch höhere Häufigkeiten fanden sich mit bis zu

96 % lediglich im Projekt Tandem (Steil *et al.*, 2013). In der Gesamtpopulation des PsC Lichtenberg lag der Anteil bei 82 % und damit ebenfalls über den Vergleichsdaten der PsC in den Jobcentern in Leipzig (69 %) und Marburg-Biedenkopf (74 %) aus dem Jahren 2017-2018 (Daten der Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention). Diese Unterschiede in den Häufigkeiten psychischer Erkrankungen an den drei PsC-Standorten könnten in einem Zusammenhang zwischen dem Urbanisierungsgrad und der 12-Monats-Prävalenzraten psychiatrischer Erkrankungen (Dekker *et al.*, 2008) stehen.

Die Häufigkeiten psychischer Störungen in der vorliegenden Studie sowie der genannten Referenzprojekte liegen deutlich über den Daten der Gesundheitsberichterstattung und epidemiologischer Surveys (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, 2018; Jacobi *et al.*, 2014, 2016). Ein Anstieg psychischer Erkrankungen unter Langzeitarbeitslosen lässt sich daraus nicht ableiten, da das PsC auf die Zielgruppe Langzeitarbeitsloser mit Verdacht auf eine psychische Erkrankung ausgerichtet ist. Die Zahlen können eher dahingehend interpretiert werden, dass die Integrationsfachkräfte das Projekt zielgerichtet empfehlen und das Angebot von den Betroffenen angenommen wird.

Innerhalb der Studienpopulation wurden am häufigsten affektive Störungen diagnostiziert, gefolgt von neurotischen und somatoformen Störungen, alkoholinduzierten Störungen und Persönlichkeitsstörungen. Die Daten decken sich mit anderen Studien, bei denen ebenfalls depressive Störungen am häufigsten feststellbar waren (Liwowsky *et al.*, 2011; Tiefensee, 2020). Angststörungen wurden hingegen deutlich seltener diagnostiziert als z. B. im PsC Leipzig mit einem Anteil von 45 % in der Altersgruppe über 50 Jahre (Tiefensee, 2020) oder im Projekt Support 25 für junge Menschen unter 25 Jahre mit anteilig 46 % (Hagen *et al.*, 2018). Gründe können unter anderem im Altersdurchschnitt der Studienpopulation liegen. Das durchschnittliche Alter für den Beginn sozialer Phobien liegt für Männern bei 19,4 Jahren und für generalisierte Angststörungen bei 39,3 Jahren (Robert Koch-Institut, 2004). Zudem führen insbesondere soziale Phobien zu einem erschwerten Zugang zur persönlichen Beratung im Jobcenter durch krankheitsbedingten Rückzug und Vermeidung, wodurch die Betroffenen durch das PsC nur schwer erreicht werden.

Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmenden mit psychiatrischer Diagnose hatte bisher keine störungsspezifische, leitlinienkonforme Behandlung in Anspruch genommen. Während die Studien von Tiefensee (2020), Steil *et al.* (2013) und Bühler (2013) mit vergleichbaren Ergebnissen nur die Altersgruppe der über 50-Jährigen berücksichtigt haben, lassen sich die Ergebnisse der vorliegenden Studie auch auf psychisch erkrankte Langzeitarbeitslose unter 50 Jahren übertragen.

Abgeschlossene Interventionsprojekte wie das PsC in Leipzig, *Tandem* oder *KompAQT* wären ohne die Finanzierung durch das Bundesprogramm *Perspektive 50+* oder wie

bei *AmigA* aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds nicht umsetzbar gewesen. Eine Fokussierung von PsC auf die Altersgruppe der über 50-Jährigen ist daher zwar für den Zugang dieser Personengruppe zu einer Therapie sinnvoll. Sie geht jedoch an dem Unterstützungsbedarf der deutlich größeren Gruppe jüngerer Langzeitarbeitsloser mit psychischen Erkrankungen vorbei. 66,5 % der Teilnehmenden mit psychischen Erkrankungen sind jünger als 45 Jahre. Zukünftige Förderprogramme und Interventionsprojekte sollten daher auch die Zielgruppe jüngerer psychisch erkrankter Langzeitarbeitsloser stärker in den Blick nehmen. So lassen sich Unterstützungsbedarfe frühzeitig erkennen, Therapien einleiten und Chronifizierungen sowie der langfristige Verbleib in Arbeitslosigkeit vermeiden.

4.3.2 Lotsenfunktion und Überleitung in Behandlung

Durch das Psychosoziale Coaching wird eine Beratung zu und Empfehlung von therapeutischen Möglichkeiten sowie die bedarfsorientierte Vermittlung und Überleitung in das psychotherapeutische und psychiatrische Versorgungssystem realisiert.

Am häufigsten wurde die Behandlung in einer psychiatrischen Tagesklinik empfohlen. Dies resultierte unter anderem daraus, dass die kooperierende Klinik über drei störungsspezifische Tageskliniken im Versorgungsbezirk und damit über entsprechende Kapazitäten zur Realisierung eines zeitnahen Zuganges verfügt. Die Überleitung in die Behandlung war mit 41,1 % aller Therapieaufnahmen entsprechend erfolgreich. Die suchtherapeutische Behandlung war analog dem Anteil an Suchterkrankungen in der Studienpopulation die zweithäufigste Empfehlung. Die Inanspruchnahme lag bei 26,6 % aller Therapieaufnahmen. Ambulante Therapien bei niedergelassenen Therapeut*innen (Richtlinienpsychotherapie) wurden nicht zuletzt aufgrund des erschwerten Zuganges (kontinuierliche Therapeut*innenanfragen und lange Wartezeiten) seltener empfohlen. Die Chance der Therapieaufnahme bei Empfehlung einer ambulanten Therapie war am niedrigsten. 15,1 % aller Therapieaufnahmen erfolgten in dieser Form. Eine höhere Therapieaufnahmechance bieten aufgrund der Kooperationsbeziehungen im Rahmen des PsC die Tageskliniken sowie die PIA und die vollstationären Einrichtungen der Klinik. Die hohe Chance einer suchtherapeutischen Behandlung ergibt sich sowohl aus dem direkt vermittelten Zugang in die Tagesklinik für Suchtkranke durch das PsC als auch durch den niedrigschwelligen Zugang in die Angebote der bezirklichen Suchtberatungsstellen.

Die Inanspruchnahmegruppe *BerPsC* mit mehrfachen Beratungsterminen im PsC ohne Vermittlung in das psychotherapeutische Hilfesystem bestand aus 39 Teilnehmenden. Von diesen haben 56,4 % drei und mehr Gesprächstermine wahrgenommen. Ob eine Therapieaufnahme damit entbehrlich wurde, lässt sich retrospektiv nicht prüfen. Bekannt ist jedoch, dass in Einzelfällen die Beratungsgespräche nicht zur Überbrückung ins Versorgungssystem,

sondern als Alternative im Sinne einer Kurzzeittherapie genutzt wurden, da persönliche Rahmenbedingungen gegen eine Therapieaufnahme sprachen oder die Kontinuität der Betreuung (Vertrauensaufbau zur psychologischen Psychotherapeutin im PsC) entscheidend war.

Der Anteil an eigenständig gesuchten Therapiemöglichkeiten der Inanspruchnahme-gruppe *EinK* (23,3 % aller Therapieaufnahmen) spricht für einen ebenfalls hohen Behandlungsbedarf, ohne dass die Lotsen- und Überbrückungsfunktion des PsC in Anspruch genommen wurde. Gründe können unter anderem darin liegen, dass sich die Teilnehmenden unter dem PsC ein alternatives Therapieangebot vorgestellt haben oder die Lotsenfunktion in ein Behandlungsangebot der Kooperationspartnerin nicht passend war. Dafür spricht der vergleichsweise hohe Anteil ambulanter Therapieempfehlungen.

4.3.3 Inanspruchnahme des Psychosozialen Coachings

Die Inanspruchnahme des Psychosozialen Coachings ist von einem niedrighschwelligem Zugang und einer freiwilligen Teilnahme geprägt. Während ein Drittel der Studienpopulation nur ein Erstgespräch im PsC wahrnahm, darunter vor allem Personen über 45 Jahre sowie Personen mit alkoholinduzierten Störungen und Persönlichkeitsstörungen, nutzen zwei Drittel durchschnittlich drei Beratungsgespräche über einen Zeitraum von 8 Wochen. Vergleichbare Interventionsprojekte wie das *PsC Leipzig* mit durchschnittlich 6 Terminen (Tiefensee, 2020), *SUNRISE/Support 25* mit regelhaft/durchschnittlich 3 Terminen sowie *AmigA* mit 4-5h (Reissner *et al.*, 2016; Holleder, 2017) verzeichnen ähnliche Nutzungsraten. Hinsichtlich der Verweildauer und Häufigkeit der Kontakte lagen keine Begrenzungen vor. Dadurch konnte den unterschiedlichen Bedarfen der Teilnehmenden entsprochen werden, Behandlungsmotivationen erzeugt oder erhalten sowie auf längere Wartezeiten bis zur Anbindung in das psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssystem reagiert werden.

4.4 Zusammenhang zwischen Intervention und Beschäftigungsaufnahme

Ein zentraler Aspekt der vorliegenden Arbeit war die Untersuchung von möglichen Zusammenhängen zwischen der Inanspruchnahme des PsC und einer Beschäftigungsaufnahme, wenngleich die Erwerbsintegration kein Bestandteil und damit keine Zielgröße der Intervention ist. Die Erwerbsstatus der Teilnehmenden wurden hierzu über einen Gesamtzeitraum von 36 Monaten erhoben.

4.4.1 Umfang und Zeitpunkt der Beschäftigungsaufnahmen

Im Erhebungszeitraum nahmen insgesamt 27 % der Studienpopulation eine Beschäftigung auf, darunter mit 61 % mehrheitlich nichtgeförderte sozialversicherungspflichtige Beschäfti-

gungen und 28 % geförderte Beschäftigungen gemäß §16i SGB II. Gemessen an der sinkenden Integrationsquote aller erwerbsfähigen Leistungsberechtigten des Jobcenters Lichtenberg sowie vergleichbarer Jobcenter (Typ IIIb) von 27 % im Jahr 2018 auf pandemiebedingt 20 % im Jahr 2020 und 22 % im Jahr 2021 (Daten des Jobcenters Berlin Lichtenberg) ist der Anteil der Integrationen in der Studienpopulation vergleichsweise hoch, sagt jedoch wenig über die Beschäftigungsstabilität aus. Holleder (2017) hält die regionale Integrationsquote für keinen guten Vergleichsmaßstab, da es sich bei den Teilnehmenden von Interventionsprojekten in der Regel um hochselektierte Zielgruppen am Arbeitsmarkt handelt. Die in der Tabelle 1 erfassten Integrationen einzelner Interventionen lassen sich ebenfalls nur bedingt als Vergleich heranziehen, da die Zeiträume zur Erhebung der Beschäftigungsaufnahmen bis auf das Gruppentraining von Kellett *et al.* (2013) und das finnische *Työhön JOBS-Programm* maximal 1,5 Jahre nach Maßnahmeende umfassten und die meisten Interventionen eine Verzahnung von Gesundheits- und Arbeitsmarktförderung mit gezielter Methoden- und Kompetenzvermittlung zur Arbeitssuche beinhalteten. Die Mehrzahl der Interventionsprojekte verzeichneten Integrationsraten von maximal 30 %. Otto und Mohr (2009) erfassten in ihrem Überblick ebenfalls Werte von ca. 30 %, sowohl für die Versuchsgruppen als auch für Kontrollgruppen. Die Autorinnen vermuten daher, dass die Wiedervermittlung eher durch Effekte des regionalen Arbeitsmarktes und andere Faktoren beeinflusst wird (Otto und Mohr, 2009, S.144). Dass mit 64 % die Mehrheit der Beschäftigten der Studienpopulation keine Therapie (oder unbekannt) absolviert hat sowie 39 % nur einen Termin im PsC wahrgenommen haben, lässt auch in dieser Studie auf einen geringen Effekt der Intervention und den Einfluss anderer Faktoren auf die Beschäftigungsaufnahme schließen.

Der größte Anteil an Beschäftigungsaufnahmen war sowohl in der gesamten Studienpopulation als auch unterteilt nach Inanspruchnahmegruppen 24 Monaten nach dem jeweiligen Erstkontakt im PsC zu verzeichnen. Malmberg-Heimonen *et al.* (2019) kamen in einem randomisiert kontrollierten 3-Jahres-Follow-Up des *JOBS-Programm* zu vergleichbaren Ergebnissen hinsichtlich der Zeitpunkte der Beschäftigungsaufnahmen (6-Monats-Intervalle): Teilnehmende der Interventionsgruppe mit Depressionsrisiko sowie der Kontrollgruppe (auf geringem Niveau) nahmen nach 24 Monaten am häufigsten eine Beschäftigung auf. Auch Vinokur *et al.* (2000) und Vuori *et al.* (2002) fanden für die finnische Adaption des *JOBS-Programm* einen deutlichen Anstieg der (Wieder-)Einstellungen nach 24 Monaten gegenüber der Erstmessung nach 6 Monaten. Gleiches gilt für eine niederländische Studie, in der die Erwerbsbeteiligung während der 2-jährigen Nachbeobachtungszeit von 9 % auf 26 % in dem interdisziplinären Wiedereinstellungsprogramm und 22 % im herkömmlichen Wiedereinstellungsprogramm anstieg (Carlier *et al.*, 2018).

Zur Erklärung der Höhepunkte der Beschäftigungsaufnahmen nach 24 Monaten finden sich in den Interventionsstudien nur wenig Hinweise, die zur Interpretation der Ergebnisse dieser Studie herangezogen werden könnten. Liu *et al.* (2014) sehen in ihrer Metaanalyse begrenzte Hinweise auf ein notwendiges Zeitintervall bis zur Response auf Interventionen und Anwendung des Erlernten bei der Arbeitssuche. Zudem weisen sie darauf hin, dass auch die Dauer der Arbeitslosigkeit vor der Beschäftigungsaufnahme moderierend wirken kann. In der vorliegenden Studie wurde die Dauer der Arbeitslosigkeit vorab der Teilnahme am PsC nicht erfasst, alle Teilnehmenden waren langzeitarbeitslos. Die Teilnehmenden mit Aufnahme geförderter Beschäftigungsverhältnisse waren aufgrund der Fördervoraussetzungen mindestens fünf Jahre arbeitslos. Auch der vorausgehende Erwerbsstatus der Teilnehmenden lässt keine Rückschlüsse auf die Zeitspanne bis zur Beschäftigungsaufnahme zu. Mehrheitlich ging der Arbeitsaufnahme eine Arbeitslosigkeit voraus. Nur wenige Teilnehmende waren vorab in Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung. Das schließt zumindest „Locking-in-Effekte“ (Malmberg-Heimonen *et al.*, 2019), d. h. dass Teilnehmende in aktivierenden Maßnahmen und Programmen „festsitzen“ und keine Stelle suchen, als Grund für die Zeitspanne bis zur Beschäftigungsaufnahme aus.

4.4.2 Einflussfaktoren auf die Beschäftigungsaufnahme

Die Annahme, dass eine Therapieaufnahme zur Beschäftigungsaufnahme beiträgt, lässt sich retrospektiv nicht bestätigen. Eine Therapieaufnahme verringerte sogar die Chancen einer Beschäftigungsaufnahme, vor allem wenn die Therapiesuche ohne die Lotsenfunktion des PsC erfolgte. Auch Tiefensee (2020) stellte im *PsC Leipzig* fest, dass sich die Wahrscheinlichkeit der Reintegration in den Arbeitsmarkt nur mit einer psychotherapeutischen Behandlung allein nicht erhöhte. Für Erwachsene mit schweren psychischen Erkrankungen kommen Suijkerbuijk *et al.* (2017) in einer Metaanalyse zum *Supported Employment/Individual Placement and Support (IPS)* ebenfalls zu dem Ergebnis, dass die psychiatrische Behandlung allein kaum Wirkung auf die Erlangung einer wettbewerbsfähigen Beschäftigung hat. Gleiches gilt für therapeutische Interventionen, die kognitive Verhaltenstherapie, körperliche Bewegung und gesundheitsbezogene Beratung umfassen (Hult *et al.*, 2020).

Als maßgeblich beschäftigungsfördernder Faktor in der vorliegenden Studie wurde die Unterstützung der beruflichen Integration durch die Integrationsfachkräfte des Jobcenters identifiziert. 94 % der Teilnehmenden mit Beschäftigungsaufnahme wurden in ihren Integrationsbemühungen durch die Integrationsfachkräfte konkret unterstützt, bei den Teilnehmenden ohne Beschäftigungsaufnahme erfolgte die Unterstützung bei lediglich 42 %. Während sich die Un-

terstützung der gesundheitlichen Stabilisierung leicht mindernd auf die Chance der Beschäftigungsaufnahme auswirkt, steigt sie mit der Unterstützung der Integrationsbemühungen durch die Integrationsfachkräfte signifikant. Bei zwei Drittel der in der Arbeitsvermittlung begleiteten Teilnehmenden fand die gesundheitliche Stabilisierung und die berufliche Integration parallel und verzahnt statt.

Kerschbaumer und Boost (2019) stellten in ihrer qualitativen Untersuchung fest, dass die Integrationsfachkräfte einen erheblichen indirekten Beitrag zu Übergängen in Erwerbsarbeit leisten, „ohne dass damit eine dezidierte Vermittlung durch das Jobcenter verbunden“ ist (Kerschbaumer und Boost, 2019, S. 35). Vielmehr organisieren und erhöhen sie die „Distributions- bzw. Zugangschancen“ durch die Beratung, flankierende Bildungs- und Aktivierungsmaßnahmen oder durch die Vermittlung zu psychologischen Beratungen und Coachings und verfolgen damit eine „Chancenangleichung für Langzeitarbeitslose am Arbeitsmarkt“ (Kerschbaumer und Boost, 2019, S. 27f). Hierdurch gelingt offenbar, was Liu *et al.* (2014) als Erfolgsfaktoren für die (Wieder-)Beschäftigung von Arbeitslosen in Interventionsprojekten identifizieren: Verbesserung von fachlichen Kompetenzen, Selbstwirksamkeit sowie Motivation bei der Stellensuche, Förderung der Eigeninitiative und die Entwicklung von Zielsetzungen.

Neben den verhaltensbezogenen Interventionen kommen verhältnisbezogene Interventionen zum Einsatz. So spielt die Nutzung von Lohnkostenzuschüssen zur Verbesserung des Zuganges zum Arbeitsmarkt für Langzeitarbeitslose mit Vermittlungshemmnissen (Dengler *et al.*, 2021) bei den Integrationsbemühungen ebenfalls eine Rolle. Ein Viertel der Beschäftigungsaufnahmen gelang über die Förderung gemäß §16i SGB II und zeigt, dass dieses Instrument insbesondere auch für die Erwerbsintegrationen von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Anspruch genommen wird. Die ergänzende beschäftigungsbegleitende Betreuung sowie die 2- bis 5-jährige Förderdauer tragen zu einer Beschäftigungsstabilität bei (Bruckmeier, 2018; Umkehrer, 2020). Der Verbleib in geförderten Beschäftigungen dauerte in der Regel über den Erhebungszeitraum an, während von den nichtgeförderten sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen 45 % vor Ablauf von 6 Monaten endeten. Letzteres deckt sich mit Untersuchungen von Erwerbsaufnahmen langzeitarbeitsloser Personen des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, wonach nur 40-46 % der Beschäftigungsverhältnisse länger als ein Jahr andauern und mindestens ein Viertel bereits nach wenigen Monaten wieder mit erneuter Arbeitslosigkeit endet (Bruckmeier, 2018; Umkehrer, 2020).

Bei einem Drittel der Teilnehmenden, vor allem bei denjenigen in Betreuung des Fallmanagements, stand die gesundheitliche Stabilisierung sowie ein niedrigschwelliger (Wieder-)Aufbau

der Beschäftigungsfähigkeit im Vordergrund, während die berufliche Integration aufgrund der individuellen Rahmenbedingungen und vorrangiger Handlungsbedarfe der Teilnehmenden kein Ziel der Betreuung war. Carlier *et al.* (2018) stellten in einer niederländischen Studie ebenfalls fest, dass sich die Fachkräfte bei Arbeitslosen mit psychischen Erkrankungen eher auf den Umgang mit den psychischen und sozialen Problemen konzentrieren, bevor die Ermutigung zur Beschäftigungsaufnahme erfolgte („First train then place“). Zielführender kann es hingegen sein, die Bearbeitung von anderen Handlungsbedarfen und die Arbeitsaufnahme zur Stabilisierung, Tagesstrukturierung und Selbstwertsteigerung in integrierter Form im Sinne des „First place then train“-Ansatzes anzustreben (Carlier *et al.*, 2018; Kaps *et al.*, 2019), wie es im Individual Placement and Support (IPS) umgesetzt wird.

Eine Unterstützung der Beschäftigungsaufnahme ist für die berufliche (Re-)Integration psychisch erkrankter Langzeitarbeitsloser wesentlich. Ein Interventionsangebot wie das *Psychosoziale Coaching* zur Verbesserung der psychischen Gesundheit hat jedoch einen indirekten Einfluss, indem es zur Klärung des Veränderungswillens beitragen sowie Eigenkräfte und Selbstwirksamkeitspotentiale aktivieren kann (Bestmann, 2020). Entscheidend hierbei ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit (z.B. Fallbesprechungen) zwischen den Fachkräften (Psychologie, Psychiatrie, klinische Sozialarbeit) in den Interventionsprogrammen sowie den Integrationsfachkräften in den Jobcentern. Sie kann zur Einschätzung beitragen, ob zu frühe Integrationsbemühungen zu einer Überforderung führen könnten oder ob nicht gerade „die schnelle Integration in Arbeit auch ein wesentlicher Teil der Problemlösung auf anderen Feldern sein kann, gerade bei psychischen Problemlagen“ (Rübner *et al.* 2022, S. 148).

4.4.3 Moderatorvariablen für die Beschäftigungsaufnahme

Neben den zuvor genannten wesentlichen Einflussfaktoren wurde geprüft, welche weiteren Variablen moderierend auf die Beschäftigungsaufnahme der Studienpopulation wirken.

Der Zusammenhang soziodemographischer Faktoren ist nicht signifikant und deckt sich aufgrund der kleinen Studienpopulation auch nur bedingt mit umfangreicheren Auswertungen von Daten langzeitarbeitsloser Personen mit Beschäftigungsaufnahmen (Beste und Trappmann, 2016; Umkehrer, 2020). Während in anderen Untersuchungen insbesondere ein höheres Alter einen negativen Zusammenhang mit der Beschäftigungsaufnahme aufweist, zeigt sich dieser in der vorliegenden Studie ebenfalls für ein jüngeres Alter. Das kann an fehlenden beruflichen Qualifikationen junger Langzeitarbeitsloser liegen, die im Rahmen dieser Studie nicht erfasst wurden. Positiv und in Übereinstimmung mit Ergebnissen von Referenzstudien wirkt sich ein höherer Bildungsgrad aus (Beste und Trappmann., 2016; Umkehrer, 2020; Vinokur *et al.*,

2000). Gleiches gilt für das Zusammenleben in einer Partnerschaft, die zudem signifikant zur Stabilität der Beschäftigung beitragen kann (Umkehrer, 2020).

Gesundheitliche Einschränkungen weisen einen negativen Zusammenhang mit der Beschäftigungsaufnahme aus. Bezogen auf psychische Erkrankungen trifft das vor allem auf Suchterkrankungen, affektive, neurotische, Angst- und somatoforme Störungen zu.

4.4.4 Entwicklung der Erwerbsstatus der Teilnehmenden

In der Längsschnittanalyse wurde neben der Beschäftigungsaufnahme auch die Entwicklung der weiteren Erwerbsstatus, unterteilt nach Inanspruchnahmegruppen, betrachtet. Während die Mehrheit der Teilnehmenden im Beobachtungszeitraum ihren Erwerbsstatus wiederholt wechselten, befanden sich 10 % in einer durchgehenden verfestigten Arbeitslosigkeit.

Unterschiede im Erwerbsstatus bestanden vor allem bei der Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit. Der Anteil an Teilnehmenden mit attestierter Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit lag in der Gruppe mit einmaligem Kontakt (*EinK*) mit bis zu 30 % signifikant über dem Niveau der anderen Gruppen. Da ein Drittel der Teilnehmenden der Gruppe *EinK* therapeutische Behandlungen ohne Unterstützung des PsC in Anspruch genommen haben (Tabelle 11), kann der hohe Anteil an Arbeitsunfähigkeiten hieraus resultieren. Dafür spricht, dass auch in der Gruppe mit Behandlungsaufnahme (*Beh*) der Anteil an Arbeitsunfähigkeiten zeitweise während der Therapien anstieg und anschließend unter das Ausgangsniveau sank. Die mögliche Korrespondenz zwischen Therapieaufnahme und Arbeitsunfähigkeit folgt dem Ansatz, sich erst auf die gesundheitliche Stabilisierung zu konzentrieren und vom Jobcenter "in Ruhe gelassen" (Oschmiansky *et al.*, 2017, S. 122) zu werden und erst anschließend für Unterstützungsangebote und eine Beschäftigungsaufnahme erreichbar zu sein.

Die unterstützende Funktion des PsC bei der Therapieaufnahme kann sich positiv auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeitszeiträume auswirken, so dass eine Vermittlung in eine Beschäftigung frühzeitiger erfolgen kann. Das kann insbesondere den psychisch erkrankten Leistungsberechtigten zugutekommen, die sich durch eine reduzierte Einbindung durch das Jobcenter eher unterfordert fühlen und sich eine Beschleunigung der Förderprozesse und (Re-)Integration in Arbeit wünschen (Kaps *et al.*, 2019; Kupka und Popp, 2020).

Gruppenunterschiede bestanden zudem hinsichtlich des Nutzungsgrades stabilisierender und (tages-)strukturierender Angebote. Die Teilnehmenden der Gruppe *Beh* nahmen in den ersten 18 Monaten des Erhebungszeitraumes signifikant häufiger Angebote für psychisch Erkrankte (Zuverdienst oder Einzelcoaching), Maßnahmen zur Heranführung an den Arbeitsmarkt sowie Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung wahr. Entsprechend gering war der Anteil an Beschäftigungsaufnahmen in diesem Zeitraum und stieg deutlich 24 Monate nach

Projektbeginn an. Es lässt sich jedoch kein Zusammenhang zwischen dem Anstieg der Erwerbsintegrationen und den zuvor genutzten Angeboten finden. Die Überleitung in Beschäftigung von Teilnehmenden mit absolvierter Therapie erfolgte zu 38,4 % nach Teilnahme an den genannten Förderinstrumenten, jedoch mit 46 % häufiger aus vorheriger Arbeitslosigkeit.

Der Gruppenunterschied hinsichtlich der Nutzung der genannten Angebote lässt zwei Annahmen zu: (1) die Teilnehmenden der Gruppe *Beh* waren in den ersten 18 Monaten nicht ausreichend stabil für eine Beschäftigungsaufnahme und daher häufiger in unterstützenden Maßnahmen, während die Teilnehmenden der Gruppe *BerPsC* stabiler waren und häufiger eine Beschäftigung aufgenommen haben; (2): die Teilnehmenden der Gruppe *Beh* waren offener für Unterstützungsangebote, die neben der Lotsenfunktion des PsC auch die Maßnahmen des Jobcenters umfassen.

Das vorliegende Studiendesign lässt die Annahmen nicht validieren. Es empfiehlt sich, diese als Fragestellungen in zukünftigen Studien aufzugreifen, da sie Rückschlüsse auf die passgenaue Ausgestaltung von Unterstützungsangeboten für die Zielgruppe psychisch erkrankter Langzeitarbeitsloser mit unterschiedlichen Anforderungen und Bedarfen ermöglichen.

4.5 Limitationen

Die Ergebnisse dieser Studie sind vor dem Hintergrund verschiedener Limitationen zu bewerten.

Studienpopulation

Von 69 Teilnehmenden mit ambulanter oder tagesklinischer Behandlung gehörten 49 Teilnehmende (71 %) der Studienpopulation an. Von 64 Teilnehmenden, die nur die Beratung durch das PsC in Anspruch nahmen, gehörten 39 (61 %) zur Studienpopulation. Es ist daher nicht auszuschließen, dass damit eher Teilnehmende zur Datenerhebung einwilligten, die einen Nutzen mit dem Projekt verbanden. Bei ihnen kann auch das Gefühl der Verpflichtung und Dankbarkeit gegenüber der psychologischen Psychotherapeutin zur Einwilligung beigetragen haben, wie es auch bei der Drop-out-Analyse im PsC Leipzig beobachtet wurde (Tiefensee, 2020, S. 63). Im Umkehrschluss könnten die Personen ohne Einwilligung zur Datenerhebung einen geringeren oder keinen Nutzen mit dem Projekt verbunden haben. Eine mögliche positive Verzerrung der Studienergebnisse muss daher in Betracht gezogen werden.

Auf die fehlende Repräsentativität der Studienpopulation wurde bereits hingewiesen. Limitierend kommt hinzu, dass der Einsteuerung in die Intervention durch die Integrationsfachkräfte erfolgt. Selektionsverzerrungen mit Auswirkungen auf die Zusammensetzung der Teilnehmenden und damit auf die Gesamt- und Studienpopulation sind anzunehmen. Insbesondere junge Menschen unter 25 Jahren werden aufgrund ergänzender Angebotsstrukturen im

Rahmen kommunaler Eingliederungsleistungen der Jugendberufsagenturen nur im geringen Umfang in das PsC gesteuert.

Kontrollgruppe

Limitierend ist das Fehlen einer Kontrollgruppe, die Effekte der Intervention im Vergleich hätte zeigen können. Retrospektiv war die Bildung einer Kontrollgruppe nicht möglich, da sie ebenso wie in der Studienpopulation das Vorliegen von Einwilligungserklärungen zur Datenerhebung erfordert hätte. Dass bereits die Studienpopulation Selektionsprozessen aufgrund der notwendigen Einwilligungseinholung unterlag, hätte die Bildung einer Kontrollgruppe mit vergleichbaren Eigenschaften bzw. Merkmalen per Zufallsauswahl unmöglich (Deeke et al., 2003) gemacht.

Hinsichtlich der Untersuchung der Entwicklung der Erwerbsstatus sowie der Beschäftigungsaufnahmen bleibt jedoch auch mit einer Kontrollgruppe offen, welche „nicht-individuelle[n] Einflussfaktoren (einschließlich der individuellen Reaktion der Teilnehmenden und Vergleichsgruppe darauf) im Prozess der Herstellung und Einlösung von Beschäftigungsfähigkeit“ (Deeke et al., 2003, S. 14) wirken. Darüber hinaus lässt die fehlende Kontrolle der untersuchten begleitenden Unterstützung durch die Integrationsfachkräfte keine Aussage darüber zu, „welcher Effekt durch eine ganz spezifische Hilfe zustande kommt“ (Deeke et al., 2003, S. 14), im Vergleich zu einer Kontrollgruppe.

Datenvalidität

Die Datengrundlage ist ebenfalls kritisch zu bewerten. Die Daten zur Inanspruchnahme der Intervention wurden durch die psychologische Psychotherapeutin des PsC erfasst. Während bei der Erfassung der Nutzungsdauer und -häufigkeit sowie der Behandlungsempfehlungen (Lotsenfunktion) eine interne Datenvalidität angenommen werden kann, ist die Diagnosestellung insbesondere nach Erstgesprächen trotz hoher fachlicher Kompetenz nicht gesichert. Obwohl im Rahmen der Intervention grundsätzlich keine eingehende Diagnostik gemäß SGB V durchgeführt werden darf, bietet die Erhebung psychischer Symptome dennoch einen wertvollen Blick auf die möglichen Diagnosespektren der Teilnehmenden. Hinsichtlich der Inanspruchnahme einer therapeutischen Behandlung basierte die Datenerhebung durch die Mitarbeiterin des PsC auf der Rückmeldung seitens der behandelnden Einrichtungen oder der Teilnehmenden. Daraus resultierte der *Status der Teilnahme* (Variable 10) und der Umfang (Anzahl n) der Inanspruchnahmegruppen *BerPsC* und *Beh*.

Die ergänzende Erfassung von *Therapieaufnahmen* (Variable 11) durch die Autorin auf Grundlage der Gesprächsdokumentation in der Fachanwendung VerBIS ist dadurch limitiert, dass Inhalte und Umfang der Dokumentation der Integrationsfachkraft obliegen. Gleiches

gilt für die Erhebung der Variablen *Unterstützung der Integration* und *Unterstützung gesundheitliche Stabilisierung*.

Im Rahmen einer prospektiven Studie unter Einbezug der Teilnehmenden und der Integrationsfachkräfte wäre hier eine größere Datenvalidität möglich. Aufgrund der geringen Anzahl vorhandener und insbesondere wissenschaftlich begleiteter *Psychosozialer Coachings* in Jobcentern ermöglichen die Daten dennoch eine Bewertung der Notwendigkeit und des Nutzens der Intervention. Der Vorteil dieser Art der Informationsgewinnung liegt darin, dass die psychologische Diagnostik im Psychosozialen Coaching Hinweise auf psychische Störungen und Therapiebedarfe bereits niedrigschwellig und vor Aufnahme einer Behandlung identifizieren kann. Darüber hinaus sind der Autorin keine Studien bekannt, die die Unterstützungsleistungen der Integrationsfachkräfte in der vorliegenden Form quantifiziert haben. Die Daten stellen eine Ergänzung zu qualitativen Studien wie des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (Oschmiansky et al., 2017) dar.

Studiendesign

Die Umstellung des Studiendesigns erforderte eine schriftliche Einwilligung der Teilnehmenden zur Erhebung und Nutzung retrospektiver Daten hinsichtlich der Entwicklung des Erwerbsstatus wie aufgenommene Beschäftigungen, durchgeführte Integrationsmaßnahmen oder Arbeitsunfähigkeiten. Die Anschreibung aller Teilnehmenden des Jahres 2018 erfolgte im Frühjahr 2021 und damit mit zeitlich großer Distanz zur Projektteilnahme sowie in einer Zeit hoher psychischer Belastungen und fehlender persönlicher Ansprache während des 2. Lockdowns der COVID-19 Pandemie in Deutschland. Die Rückmeldequote lag bei 38 %. In Studien vergleichbarer Interventionsprojekte mit T0-T1 Fragebögen lag die Rückmeldequote zwischen 46 % - 54 % (Kirschner et al., 2011, Tiefensee, 2020). Vor dem Hintergrund vorhandener Rahmenbedingungen ist die Rücklaufquote als befriedigend einzuschätzen.

Die Stratifizierung der Studienpopulation in drei Inanspruchnahmegruppen anhand der Teilnahmestatus unterliegt den zuvor genannten Limitationen in der Erfassung des Behandlungsstatus. Für die Auswertung der Intervention wäre auch eine andere Unterteilung der Studienpopulation möglich gewesen. Hinsichtlich der Nutzung der Intervention wird durch die vorgenommene Unterteilung kein verzerrender Einfluss auf die Ergebnisse angenommen.

Positiv ist hervorzuheben, dass das Studiendesign eine lange Nachbeobachtungszeit der Erwerbsstatus ermöglichte. Auch liegt nach Kenntnis der Autorin bisher keine Studie vor, die einen derart detaillierten Einblick in die Entwicklung der Erwerbsstatus der Teilnehmenden einer Intervention in diesem Forschungskontext gibt. Auch wenn aufgrund des Designs Kausalbeziehungen zwischen der Teilnahme an der Intervention sowie weiterer Einflussfaktoren

und der Beschäftigungsaufnahme offenbleiben, dienen die Ergebnisse der vorliegenden Studie dazu, Hypothesen für zukünftige qualitativ hochwertigere Studiendesigns zu entwickeln.

4.6 Schlussfolgerungen

Zusammenfassend lässt sich aus dem hohen Anteil diagnostizierter und bisher unbehandelter psychischer Erkrankungen in der Personengruppe der Langzeitarbeitslosen ein hoher Bedarf an spezifischen Interventionen wie dem hier untersuchten Psychosoziale Coaching ableiten. Die Ergebnisse bestätigen, dass diese an Jobcenter angegliederte Angebote vulnerable Personengruppen und Betroffene erreichen können, die durch andere Unterstützungssysteme bisher keinen bedarfsgerechten Zugang zu Diagnostik und psychotherapeutischen Angeboten haben. Während Studien zu vergleichbaren Interventionen (Steil *et al.*, 2013; Tiefensee, 2020) diesen Bedarf nur für die Altersgruppe der über 50-Jährigen abbilden konnten, lässt sich dieser mit der vorliegenden Studie für das Psychosoziale Coaching ebenfalls auf jüngere Altersgruppen erweitern.

Dass eine Therapieaufnahme entsprechend der Studienergebnisse vorerst negativ auf die Beschäftigungsaufnahme wirkt, spricht dafür, Interventionen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit und Therapieaufnahme nicht an Indikatoren wie der (Re-)Integration in Beschäftigung zu messen, sofern diese nicht - wie im *Supported Employment* - Bestandteil der Intervention sind.

Kaps *et al.* (2019) formulieren auf Basis ihrer Studie über Wiedereinstiege von exkludierten Personen in soziale und arbeitsmarktliche Zusammenhänge folgende Anforderungen an eine gelingende Unterstützung bei psychischen Erkrankungen: „mehr Aufklärung über Therapieformen und deren Geeignetheit für spezielle Krankheitsbilder, damit Menschen mit psychischen Störungen angemessene Angebote für sich erkennen können“, „einen leichteren und schnelleren Zugang zu [störungsspezifischen] stationären [und] ambulanten Therapieplätzen“ sowie „die Berücksichtigung der psychischen Erkrankung in Beratungsgesprächen [...], um positive Entwicklungsverläufe zu befördern“ (S. 141).

Das Psychosoziale Coaching in Jobcentern wird diesen Anforderungen gerecht. Zum einen berät es zu geeigneten Therapieformen und verbessert die Zugänge zu psychotherapeutischen Angeboten. Es kann durch begleitende Gespräche den Zeitraum bis zur Aufnahme ambulanter Therapien überbrücken und die Therapiemotivation aufrechterhalten. Durch die Verortung des Psychosozialen Coachings am Standort des Jobcenters entwickelt sich für die Integrationsfachkräfte durch begleitende Schulungen, Fallbesprechungen, die Unterstützung in Akutsituationen sowie die unmittelbare Vernetzung in das regionale psychotherapeutische

und psychosoziale Versorgungssystem ein Expertisetransfer, der sie „wirksamer und hilfreicher in der eigenen Beratungsarbeit“ erleben lässt (Bestmann, 2020). Das *Psychosoziale Coaching* trägt damit zu einer Steigerung der Beratungskompetenz in den Jobcentern bei, die zu mehr Offenheit und Sicherheit in der Thematisierung von und im Umgang mit psychischen Erkrankungen der Leistungsberechtigten führt.

Das Hessische Ministerium für Soziales und Integration unterstützt die Realisierung von Psychosozialen Coachings in Kooperation mit der Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention im Rahmen des vom Europäischen Sozialfonds finanzierten REACT-EU-Programms unter dem Titel „*Psychische Gesundheit Arbeitswelt Hessen*“ aktuell in bis zu elf hessischen Jobcentern. Darüber hinaus gibt es Projektstandorte in Marburg-Biedenkopf, Berlin Lichtenberg und Magdeburg. Ein regelhaftes Angebot von Psychosozialen Coachings oder „Clearingstellen Psychische Beeinträchtigung oder Erkrankung“ in Jobcentern, wie es der Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2022) empfiehlt, erfordert jedoch längerfristige Finanzierungen und eine Verzahnung von Leistungen der Sozialgesetzbücher SGB II, SGB V und SGB IX zur Kooperation von Jobcentern mit regionalen psychosozialen und psychiatrischen Versorgungseinrichtungen.

Die Ergebnisse der Studie haben weiterhin gezeigt, dass die begleitende Unterstützung durch Integrationsfachkräfte ein wesentlicher Faktor bei der (Re-)Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist. Insbesondere der Übergang in eine Beschäftigung sowie deren Erhalt ist mit erheblichen Anpassungsleistungen und Herausforderungen verbunden. Ein individuelles Jobcoaching kann als persönliche Begleitung eine sinnvolle und notwendige Unterstützung in dem unsicheren und langen Weg zur Beschäftigungsstabilität sein. Ein Jobcoaching dient sowohl den Beschäftigten als auch den Arbeitgebenden zur Prävention von und Intervention bei Krisen am Arbeitsplatz, Beratung bei Arbeitsunfähigkeiten sowie zur Unterstützung bei Konflikten. Es trägt dazu bei, soziale Fähigkeiten auszubauen, Minderleistungen und Ressourcen transparent zu machen und berufliche Kompetenzen und Stärken zu fördern (Krüger *et al.*, 2010). Der Nutzen der *ganzheitlichen beschäftigungsbegleitenden Betreuung* (§16i SGB II) wird in den Auswertungen der Beschäftigungsstabilität für geförderte Beschäftigungen im Rahmen der *Teilhabe am Arbeitsmarkt* (§16i SGB II) deutlich, zeigt sich aber insbesondere auch in den Befunden zum *Supported Employment* (Bond *et. al.*, 2012; Suijkerbuijk *et al.*, 2017).

Neben der Verbesserung der psychischen Gesundheit bedarf es der verstärkten Nutzung beschäftigungsfördernder und -begleitender Instrumente und der kompetenten Einschätzung der Integrationsfachkräfte, wann eine zeitnahe Erwerbsintegration im Sinne des „First place then train“ Ansatzes parallel zum Abbau psychosozialer Problemlagen sinnvoll sein

kann, bzw. wie Leistungsberechtigte in ihrem Wunsch nach einer frühzeitigen Erwerbsintegration unterstützt werden können. Wenngleich belastbare Befunde aus der Begleitforschung insbesondere zur Wirkung auf die Arbeitsmarktchancen und auf die soziale Teilhabe noch ausstehen (Bauer *et al.*, 2021), kann die geförderte Beschäftigung der *Teilhabe am Arbeitsmarkt* (§16i SGB II) mit dem beschäftigungsbegleitenden Coaching ein gutes Instrument sein, um psychisch erkrankte Langzeitarbeitslose in den allgemeinen bzw. *Sozialen Arbeitsmarkt* zu integrieren. Die Bundesregierung hat sich in ihrem Koalitionsvertrag auf eine vorzeitige Entfristung der Förderung gemäß § 16i SGB II verständigt und im Bürgergeldgesetz verankert. Es empfiehlt sich jedoch, die Fördervoraussetzungen zu überprüfen¹³. Eine mehrjährige Arbeitslosigkeit als Fördervoraussetzung konterkariert frühzeitige Bemühungen der beruflichen und sozialen Teilhabe psychisch erkrankter Langzeitarbeitsloser. Hier wären abweichende Regelungen für Personen mit diagnostizierten psychischen Erkrankungen angezeigt.

4.7 Ausblick

Die arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung für Arbeitslose nimmt trotz bestehender Umsetzungsdefizite (Mohr und Holleder, 2015) eine positive Entwicklung in qualitativer und quantitativer Hinsicht (Holleder, 2020). Wie die Übersicht zu den Interventionsprojekten (Tabelle 1) zeigt, bestehen Best Practice Ansätze, die in ihrer Reichweite, Kontinuität (Mohr und Holleder, 2015) sowie im Verbreitungsgrad noch ausbaufähig sind. Bisher folgen die Interventionen konzeptionell stark den vorhandenen finanziellen und rechtlichen Rahmenbedingungen. Neben der Verbesserung der Zugänge und einer zielgruppenspezifischen Vielfalt an Interventionsmöglichkeiten (Mohr und Holleder, 2015) bedarf es vor allem einer längerfristigen Finanzierung der Interventionen und der Verbesserung der Grundlagen rechtskreisübergreifender Kooperationsstrukturen.

Die „Forderung nach der Berücksichtigung von Gesundheitsaspekten in der Arbeitsmarktpolitik“ (Holleder, 2020) ist nicht neu. Bereits 1931 stellte der Arzt und sozialdemokratische Gesundheitspolitiker Julius Moses fest: „Die Arbeitslosigkeit als sozialer Faktor ist gleichzeitig auch ein medizinischer Krankheitsfaktor. Wie die Sozialversicherung als Ganzes, so ist auch die Arbeitslosenfürsorge ein Teil der öffentlichen Gesundheitspolitik. Diese gesundheitliche Bedeutung der Arbeitslosigkeit wird leider von der Gesetzgebung nicht beachtet.“ (Moses 1931, S. 11; zitiert nach Holleder, 2020, S. 109).

¹³ Bisher sind nur erwerbsfähige Leistungsberechtigte förderfähig, die sechs der letzten sieben Jahre Leistungen der Grundsicherung nach dem SGB II bezogen haben und in dieser Zeit nicht oder nur kurzzeitig sozialversicherungspflichtig oder geringfügig beschäftigt oder selbständig tätig waren.

Mit dem Bundesprogramm "*Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben - rehapro*" ermöglicht das Bundesministerium für Arbeit und Soziales seit 2019 Jobcentern und Träger*innen der gesetzlichen Rentenversicherung über den § 11 SGB IX die Umsetzung von Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation. Durch die Erprobung innovativer Leistungen und organisatorischer Maßnahmen sollen Erkenntnisse gewonnen werden, wie die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen noch besser erhalten bzw. wiederhergestellt werden kann (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2020). Ein Bestandteil ist die verbesserte Zusammenarbeit der Akteur*innen im Bereich der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Mit einem Gesamtfördervolumen von rund eine Milliarde Euro können bis 2026 Modellprojekte mit einer Laufzeit von bis zu fünf Jahren gefördert werden. Beispielhaft für kombinierte Interventionen aus Verbesserung der psychischen Gesundheit und beruflichen Integration psychisch kranker Langzeitarbeitsloser stehen innovative Modellprojekte wie das Leipziger Kooperationsprojekt *LIPSY* und das Kooperationsprojekt *L.IGA* in Berlin Lichtenberg.

Die Begleitevaluation des Bundesprogrammes *rehapro* lässt hoffen, dass wirksame Interventionsansätze regelhaft in das SGB II und SGB III überführt und damit Rahmenbedingungen geschaffen werden, die eine rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit zwischen Jobcentern und medizinischer und psychotherapeutischer Versorgung bundesweit ermöglichen. So lassen sich die kombinierte Verbesserung der psychischen Gesundheit sowie die Rückkehr in eine Beschäftigung auch im Sinne des „First place then train“ Ansatzes finanzierbar und von Modellförderungen unabhängig machen.

5 Literaturverzeichnis

- Ahn, N., García, J. R., & Jimeno, J. F. (2004). The Impact of Unemployment on Individual Well-Being in the EU. EPS ENEPRI Working Papers No. 29.
- Alberti, M. (2021). Modellprojekt LIPSY – neue Chancen zur Teilhabe. In Psychische Gesundheit fördern, Teilhabe an Arbeit sichern. Tagungsdokumentation 05./06. und 07. Oktober 2020 in Berlin (S. 249–261).
- Bähr, S., Frodermann, C., Kohlruss, J., Patzina, A., Stegmaier, J., & Trappmann, M. (2022). COVID-19, subjective well-being and basic income support in Germany. *Zeitschrift für Sozialreform*, 68(1), 85–117.
- Bauer, F., Bennett, J., Coban, M., Dietz, M., Friedrich, M., Fuchs, P., Gellermann, J., Globisch, C., Gottwald, M., Gricevic, Z., Hülle, S., Kiesel, M., Kupka, P., Nivorozhkin, A., Promberger, M., Raab, M., Ramos Lobato, P., Schmucker, A., Stockinger, B., Trappmann, M., Wenzig, C., Wolff, J., Zins, S. (2021). Evaluation der Förderinstrumente nach §16e und §16i SGB II. Zwischenbericht. IAB-FORSCHUNGSBERICHT 3/2021.
- Berth, H., Förster, P., Balck, F., Brähler, E., & Stöbel-Richter, Y. (2008). Arbeitslosigkeitserfahrungen, Arbeitsplatzunsicherheit und der Bedarf an psychosozialer Versorgung. *Gesundheitswesen*, 70(5), 289–294.
- Berth, H., Förster, P., Brähler, E., Zenger, M., & Stöbel-Richter, Y. (2011). Arbeitslosigkeit und Gesundheit - Ergebnisse der Sächsischen Längsschnittstudie. In Mühlport, S., Mohr, G., Richter, P. (Hrsg.) *Erwerbslosigkeit: Handlungsansätze zur Gesundheitsförderung* (S. 35–53). Lengerich.
- Beste, J., Trappmann, M. (2016). Erwerbsbedingte Abgänge aus der Grundsicherung: Der Abbau von Hemmnissen macht's möglich. IAB-Kurzbericht 21/2016.
- Bestmann, S. (2020). Interner Abschlussbericht zu den Evaluationserkenntnissen zum Projekt „Psychosoziales Coaching im Jobcenter Berlin Lichtenberg“. Berlin.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig/Wien.
- Bogedan, C. (2005). Mit Sicherheit besser? Aktivierung und Flexicurity in Dänemark. Zentrum für Sozialpolitik (ZeS)-Arbeitspapier, No. 06/2005.
- Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2012). Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry*, 11(1), 32.
- Brenninkmeijer, V., & Blonk, R. W. B. (2012). The effectiveness of the JOBS program among the long-term unemployed: a randomized experiment in the Netherlands. *Health promotion international*, 27(2), 220–229.
- Brieger, P., & Hoffmann, H. (2012). Was bringt psychisch Kranke nachhaltig in Arbeit?: „Supported employment“ vs. „pre-vocational training“. *Nervenarzt*, 83(7), 840–846.
- Bruckmeier, K. H. (2018). Arbeitsaufnahmen von Arbeitslosengeld-II-Empfängern: Nachhaltige Integration bleibt schwierig. IAB-Kurzbericht, Nr. 2/2018.
- Bühler, B., Kocalevent, R., Berger, R., Mahler, A., Preiß, B., Liwowsky, I., Carl, P., & Hegerl, U. (2013). Versorgungssituation von Langzeitarbeitslosen mit psychischen Störungen. *Der Nervenarzt*, 84(5), 603–607.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2019). Forschungsbericht 535, Evaluation des Bundesprogramms „Soziale Teilhabe am Arbeitsmarkt“. Endbericht. Berlin
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2020). Rehabilitation fördern, stärken, besser machen! Modellprojekte im Bundesprogramm rehabpro. Erster Förderaufruf. Berlin

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2021). Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Berlin.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2022). Rehabilitation fördern, stärken, besser machen! Modellprojekte im Bundesprogramm rehapro. Zweiter Förderaufruf. Berlin.
- Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend (2021). Digitaler Gleichstellungsatlas - Anteil der langzeitarbeitslosen Frauen an allen arbeitslosen Frauen. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/online-rechner/gleichstellungsatlas> (Zugriff 2022-12-27)
- Bundeszentrale für politische Bildung (2021). Alleinlebende nach Geschlecht und Familienstand. Zahlen und Fakten – Die soziale Situation in Deutschland. <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61572/alleinlebende-nach-geschlecht-und-familienstand/> (Zugriff 2022-09-11)
- Carlier, B. E., Schuring, M., & Burdorf, A. (2018). Influence of an Interdisciplinary Re-employment Programme Among Unemployed Persons with Mental Health Problems on Health, Social Participation and Paid Employment. *J Occup Rehabil*, 28, 147–157.
- Cook, J. A., Lehman, A. F., Drake, R., McFarlane, W. R., Gold, P. B., Left, H. S., Blyler, C., Toprac, M. G., Razzano, L. A., Burke-Miller, J. K., Blankertz, L., Shafer, M., Pickett-Schenk, S. A., & Grey, D. D. (2005). Integration of psychiatric and vocational services: a multisite randomized, controlled trial of supported employment. *The American journal of psychiatry*, 162(10), 1948–1956.
- Creed, P. A., & Macintyre, S. R. (2001). The relative effects of deprivation of the latent and manifest benefits of employment on the well-being of unemployed people. *Journal of occupational health psychology*, 6(4), 324–331.
- Creed, Peter A, Machin, M. A., & Hicks, R. E. (1999). Improving mental health status and coping abilities for long-term unemployed youth using cognitive-behaviour therapy based training interventions.
- Cygan-Rehm, K., Kuehnle, D., & Oberfichtner, M. (2017). Bounding the causal effect of unemployment on mental health: Nonparametric evidence from four countries. *Health Economics*, 26(12), 1844–1861.
- Deeke, A., Kruppe, T., Ulrich Möller, R., Sonntag Graphik, E., Monika Pickel, G., & Strauß, E. (2003). Beschäftigungsfähigkeit als Evaluationsmaßstab? Inhaltliche und methodische Aspekte der Wirkungsanalyse beruflicher Weiterbildung im Rahmen des ESF-BA-Programms. In: IAB Werkstattbericht Nr. 1/2003
- Dekker, J., Peen, J., Koelen, J., Smit, F., & Schoevers, R. (2008). Psychiatric disorders and urbanization in Germany. *BMC Public Health*, 8(1), 1-9.
- Dengler, K., Hohmeyer, K., & Zabel, C. (2021). Erwerbslose in der Grundsicherung: Welche Faktoren begünstigen die Aufnahme stabiler Beschäftigungsverhältnisse? IAB-Forum, 13. Januar 2021.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) (2018). Dossier Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung. Berlin
- 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). Empfehlung DV 6/21. Berlin.
- Dickersbach, M., Haupt, J., Mikoteit, T., Pieper, V., Reissner Volker, Schulz-Najda, A., & Schwermer, L. (2019). Arbeitslosigkeit und Gesundheit als kommunales Arbeitsfeld. Praktische Ansätze, Erfahrungen und Perspektiven aus der Stadt Essen. Bochum.

- Dietrich, H., Patzina, A., & Brunner, L. (2022). Unemployment and the mental health of young people during the second phase of the Covid-19 pandemic in Germany. IAB-Forum, 15. September 2022.
- Ekeles, T. (2011). Mögliche und machbare Evaluationsdesigns - Gedanken zur Evaluation oder: von Kanonenkugeln und Köchen. In Bellwinkel, M. & Kirschner, W. (Hrsg.) Evaluation von Projekten zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen (S. 31–51). Bremerhaven.
- Epping, J., de Zwaan, M., & Geyer, S. (2018). Gesünder nach der Psychotherapie? Sekundärdatenanalyse der Arbeitsunfähigkeitszeiten vor und nach ambulanter Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie. *Psychother Psych Med*, 68, 337–345.
- Erlinghagen, M. (2003). Die binäre Logistische Regression. Ein vielseitiges und robustes Analyseinstrument sozialwissenschaftlicher Forschung. Eine Einführung für Anwender. Gelsenkirchen.
- Eurostat Data Browser (2021). Arbeitslosendaten nach Geschlecht und Alter - jährliche Daten. Arbeitslosendaten nach Geschlecht und Alter - jährliche Daten. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/une_rt_a/default/table?lang=de (Zugriff 2022-11-17)
- Eurostat Data Browser (2022). Langzeitarbeitslose (12 Monate und länger) als Prozentsatz der gesamten Arbeitslosigkeit, nach Geschlecht und Alter (%). https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/lfsq_upgal/default/table?lang=de (Zugriff 2022-11-26).
- Faryn-Wewel M., Hanewinkel R., Stephan C., Isensee B., Wiborg G. (2011). Ergebnisevaluation des Projektes „Die Fit-Beratung – Motivierende Gesundheitsgespräche für Arbeitslose. In Bellwinkel M., Kirschner, W. (Hrsg.) Evaluation von Projekten zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen (S. 71 - 86). Bremerhaven.
- Frank, A., Hörmann, S., Krombach, J., Fatke, B., Holzhüter, F., Frank, W., Sondergeld, R., Förstl, H., & Hölzle, P. (2020). COVID-19 Concerns and Worries in Patients with Mental Illness. *Psychiatrische Praxis*, 47(5), 267–272.
- Fryer, D. M. (1992). Poverty stricken? A plea for a greater emphasis on the role of poverty in psychological research on unemployment and mental health in the social context. In Verhaar, C. H. A., & Jansma, L.G. (Hrsg.) *On the Mysteries of Unemployment Causes, Consequences and Policies* (S. 191–208). Dordrecht.
- Gawlik-Chmiel, B., Szlachta, E., Fuhrmann, S., & Misiewicz, A. (2011). Gesundheitsfördernde und arbeitsmarktintegrative Maßnahme „Train to Job“. In Bellwinkel M., Kirschner, W. (Hrsg.) Evaluation von Projekten zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen (S. 137–156). Bremerhaven.
- Grobe, T. G., Steinmann, S., & Szecsenyi, J. (2020). Psychotherapie - veränderter Zugang, verbesserte Versorgung? Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse-Band 21.
- Grobe, T., & Schwartz, F. W. (2003). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 13. Robert Koch-Institut (Hrsg.) Berlin.
- Gühne, U., & Riedel-Heller, S. (2015). Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und Gesundheitsstadt Berlin e.V. (Hrsg.). Berlin.
- Gühne, U., & Riedel-Heller, S. G. (2021). Erst platzieren, dann qualifizieren: Wie sich die Integration psychisch kranker Menschen in Beschäftigung verbessern lässt. IAB-Forum, 6. Dezember 2021.

- Hagen, C., Bänfer, S., Werkstetter, L., Hebebrand, J., & Reissner, V. (2018). Inanspruchnahme des psychosozialen Hilfesystems bei jungen, psychisch erkrankten Arbeitslosengeld-II-Empfängern vor und nach Nutzung eines psychiatrisch-psychologischen Beratungsangebotes. *Gesundheitswesen*, 80(7), 598–605.
- Heggebø, K. (2015). Unemployment in Scandinavia during an economic crisis: Cross-national differences in health selection. *Social Science & Medicine*, 130, 115–124.
- Herbig, B., Glaser, J., & Angerer, P. (2012). Alt, krank, arbeitslos, chancenlos? Ergebnisse einer randomisierten Kontrollstudie zur Wirksamkeit einer kombinierten Gesundheits- und Arbeitsförderung bei älteren Langzeitarbeitslosen (AmigA-M). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, Jg. 55, 2012, Nr. 8, S. 970-979.
- Herbig, B., Dragano, N., & Angerer, P. (2013). Health in the long-term unemployed. *Deutsches Ärzteblatt International*, 110(23–24), 413–419.
- Hollederer, A. (Hrsg.) (2009). *Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis*. Frankfurt am Main.
- Hollederer, A. (2017). *Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungsprojekten bei arbeitslosen Menschen und Auswertung der vorliegenden Evidenz*. GKV-Spitzenverband (Hrsg.). Berlin.
- Hollederer, A. (2019). Health promotion and prevention among the unemployed: A systematic review. In *Health Promotion International*, Bd. 34, Nummer 6 (S. 1078–1096).
- Hollederer, A. (2020). Arbeitsmarkt. In Böhm, K., Bräunling, S., Geene, R. & Köckler, H. (Hrsg.), *Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe* (S. 109–120). Wiesbaden.
- Hollederer, A., & Voigtländer, S. (2016). Die Gesundheit von Arbeitslosen und die Effekte auf die Arbeitsmarktintegration. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2016, 59(5), 652–661.
- Hult, M., Lappalainen, K., Saaranen, T. K., Räsänen, K., Vanroelen, C., & Burdorf, A. (2020). Health-improving interventions for obtaining employment in unemployed job seekers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(1).
- Hussenoeder, F. S., Koschig, M., Conrad, I., Gühne, U., Pabst, A., Kühne, S. E., Alberti, M., Stengler, K., & Riedel-Heller, S. G. (2021). Leipzig - Individual Placement and Support for people with mental illnesses (LIPSY): study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1–10.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., & Wittchen, H. U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt*, 85(1), 77–87.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., & Wittchen, H. U. (2016). Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Nervenarzt*, 87(1), 88–90.
- Jahoda, M. (1983). *Wieviel Arbeit braucht der Mensch? Arbeit und Arbeitslosigkeit im 20. Jahrhundert*. Weinheim.
- Jahoda, M., Lazarsfeld, P.F. & Zeisel, H. (1975). *Die Arbeitslosen von Marienthal*. Frankfurt am Main.
- Jobcenter Berlin Lichtenberg (2019). *Leistungsbeschreibung zur Vergabe einer Psychologischen Dienstleistung*. Berlin.

- Kaps, P., Oschmiansky, F., Ebach, M., Popp, S., & Berthold, J. (2019). Was benötigen und wie gelingen Wiedereinstiege von exkludierten Personen in soziale und arbeitsmarktliche Zusammenhänge? ZEP – Zentrum für Evaluation und Politikberatung (Hrsg.). Berlin.
- Kauffeld, S., & Spurk, D. (Hrsg.). (2019). Handbuch Karriere und Laufbahnmanagement. Berlin/Heidelberg.
- Keller, B., & Seifert, H. (2008). Flexicurity: ein europäisches Konzept und seine nationale Umsetzung.
- Kellett, S., Purdie, F., Bickerstaffe, D., Hopper, S., & Scott, S. (2013). Predicting return to work from health related welfare following low intensity cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 51(3).
- Kerschbaumer, L., & Boost, M. (2019). Integration in Erwerbsarbeit trotz multipler Hemmnisse – Ein Beitrag qualitativer Forschung. In Raich, M., Müller-Seeger, J., Ebert, H. (Hrsg.) Symposium Qualitative Sozialforschung 2019: Dialoge, Denken und Durchbrüche. Wiesbaden.
- Kirschner W., Toumi I., & Rabe N. (2011). Ergebnisevaluation der Projekte JobFit und AmigA/Gesundheitliche Wirkungen. In Bellwinkel, M., Kirschner, W. (Hrsg.) Evaluation von Projekten zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen (S. 101–136). Bremerhaven.
- Kirschner, W. (2011). Prinzipielle Strategien und praktische Ansätze zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen. In Bellwinkel, M., & Kirschner, W. (Hrsg.) Evaluation von Projekten zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen (S. 23–29). Bremerhaven.
- Klein, J., & von dem Knesebeck, O. (2016). Soziale Unterschiede in der ambulanten und stationären Versorgung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2016, 59(2), 238–244.
- König, W, Lüttinger, Paul & Müller, W. (1988). A comparative analysis of the development and structure of educational systems: Methodological foundations and the construction of a comparative educational scale. Mannheim.
- Koopman, M. Y., Pieterse, M. E., Bohlmeijer, E. T., & Drossaert, C. H. C. (2017). Mental health promoting Interventions for the unemployed: a systematic review of applied techniques and effectiveness. *International Journal of Mental Health Promotion*, 19(4), 202-223.
- Korpi, T. (2001). Accumulating Disadvantage. *Longitudinal Analyses of Unemployment and Physical Health in Representative Samples of the Swedish Population. European Sociological Review*, 17(3), 255–273.
- Kroll, L. E., Müters, S., & Lampert, T. (2016). Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit: Ein Überblick zum Forschungsstand und zu aktuellen Daten der Studien GEDA 2010 und GEDA 2012. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2016, 59(2), 228–237.
- Krug, G., & Eberl, A. (2018). What explains the negative effect of unemployment on health? An analysis accounting for reverse causality. *Research in Social Stratification and Mobility*, 55, 25–39.
- Krüger, U., Pörksen, N., Holke, J., Kruckenberg, P., Rosemann, M., Schwendy, A., & Steinhart, I. (2010). Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke-Entwicklung regionaler, integrierter und personenzentrierter Hilfesysteme. https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/TAB_Teil_I.pdf (Zugriff 2023-01-19).
- Kupka, P., & Popp, S. (2020). Langzeitarbeitslose mit psychischen Erkrankungen. In Rauch, A. & Tophoven, S. (Hrsg.) Integration in den Arbeitsmarkt. Teilhabe von Menschen mit Förder- und Unterstützungsbedarf. Stuttgart.

- Liu, S., Huang, J. L., & Wang, M. (2014). Effectiveness of job search interventions: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 140(4), 1009–1041.
- Liwowsky, I., Mergl, R., Allgaier, A. K., & Hegerl, U. (2011). Prävalenz psychischer Störungen bei älteren Langzeitarbeitslosen - Ein Vergleich von Ergebnissen aus dem Projekt KompAQT mit Daten aus dem Bundesgesundheitsurvey. *Neuropsychiatrie*, 25(1), 36–43.
- Maetzel, J., Heimer, A., Braukmann, J., Frankenbach, P., & Ludwig, L. (2021). Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Bonn.
- Malmberg-Heimonen, I. E., West, B. T., & Vuori, J. (2019). Long-Term Effects of Research-Based and Practice-Based Job Search Interventions: An RCT Reevaluation. *Research on Social Work Practice*, 29(1), 36–48.
- Mandemakers, J. J., & Monden, C. W. S. (2013). Does the effect of job loss on psychological distress differ by educational level? *Work, Employment & Society*, 27(1), 73–93.
- Mata, J., Wenz, A., Rettig, T., Reifenscheid, M., Möhring, K., Krieger, U., Friedel, S., Fikel, M., Cornesse, C., Blom, A. G., & Naumann, E. (2021). Health behaviors and mental health during the COVID-19 pandemic: A longitudinal population-based survey in Germany. *Social Science & Medicine* (1982), 287.
- McKee-Ryan, F., Song, Z., Wanberg, C. R., & Kinicki, A. J. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study. *The Journal of Applied Psychology*, 90(1), 53–76.
- Mohr, G., & Holleder, A. (2015). Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen. *Fehlzeiten-Report 2015*, 235–247.
- Oschmiansky, F., Popp, S., Riedel-Heller, S. G., Schwarzbach, M., Gühne, U., & Kupka, P. (2017). Psychisch Kranke im SGB II: Situation und Betreuung. IAB Forschungsbericht 14.
- Otto, K., & Mohr, G. (2009). Programme zur Förderung der psychosozialen Gesundheit von Langzeiterwerbslosen. In Holleder, A. (Hrsg.) *Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis* (S. 135–154). Frankfurt am Main.
- Paul, K. I., & Moser, K. (2001). Negatives psychisches Befinden als Wirkung und als Ursache von Arbeitslosigkeit: Ergebnisse einer Metaanalyse. *Erwerbslosigkeit: Ursachen, Auswirkungen und Interventionen*, 83–110.
- Paul, K. I., & Moser, K. (2007). Arbeitslosigkeit. In Moser, K. (Hrsg.) *Wirtschaftspsychologie* (S. 285–305). Berlin/Heidelberg.
- Paul, K. I. & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 264–282.
- Paul, K. I., Zechmann, A., & Moser, K. (2016). Psychische Folgen von Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit. *WSI-Mitteilungen*, 69(5), 373–380.
- Paul, K. I., Zechmann, A., & Moser, K. (2019). Different for women and different for men - Differential effects of unemployment on mental health. *Public Health Forum*, 27(2), 132–138.
- Paul, K. I., & Zechmann, A. (2019). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. In Harig, R. (Hrsg.) *Gesundheitswissenschaften* (S. 487–496). Berlin/Heidelberg.
- Peter, W. (2007). Dänemarks „flexicurity“ - kein Vorbild für Deutschland . *IW-Trends – Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung* aus dem Institut der deutschen Wirtschaft Köln, 34. Jahrgang, Heft 2/2007.
- Pfaff, H., & Knieps, F. (2019). Psychische Gesundheit und Arbeit. *BKK Gesundheitsreport*

2019. Berlin.
- Pfeil, S., Holtz, K., Tiefensee, J., Bresner, T., Kästner, A., Kopf, A., & Hegerl, U. (2013). Help for long-term unemployed persons with mental disorder: Leipziger Project. *Nervenheilkunde*, 32(8), 592–594.
- Preuss, M. (2011). Psychologische Evaluation einer Gesundheitsförderung für ältere Langzeitarbeitslose. Dissertation am Institut für Präventivmedizin der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock
- Proudfoot, J., Guest, D., Carson, J., Dunn, G., & Gray, J. (1997). Effect of cognitive-behavioural training on job-finding among long-term unemployed people. *Lancet*, 350(9071), 96–100.
- Reissert, B. (2022). Zwei „Jobwunder“? Auswirkungen der Finanzkrise 2008/2009 und der Covid-Krise 2020/2021 auf den Arbeitsmarkt – Deutschland im internationalen Vergleich. In Nikitina, T., Renker, C. (Hrsg.) *Pandemie als nicht alltägliches Event-Risk: Auf der Suche nach Resilienz für Staaten, Unternehmen, Banken und Vermögen* (S. 181–190). Wiesbaden.
- Reissner, V., Scherbaum, N., Wiltfang, J., Kis, B., Meiler, B., Lieb, B., Mikoteit, T., Ehren, G., & Hebebrand, J. (2016). Psychiatrische Interventionen für Arbeitslose. *Nervenarzt*, 87, 74–81.
- Robert Koch-Institut. (2004). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Heft 21 Angststörungen*. Berlin.
- Rogge, B. (2018). *Wie uns Arbeitslosigkeit unter die Haut geht. Identitätsprozess und psychische Gesundheit bei Statuswechseln*. Köln.
- Rommel, A., Bretschneider, J., Kroll, L. E., Prütz, F., & Thom, J. (2017). Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen. *Journal of Health Monitoring*, 2(4).
- Rose, V. K., Perz, J., & Harris, E. (2012). Vocationally oriented cognitive behavioural training for the very long-term unemployed. *Occupational Medicine*, 62(4), 298–300.
- Rothländer, K., Mühlpfordt, S., & Richter, P. (2012). Evaluation des Gesundheitsförderungsprogramms „Aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit (AktivA)“. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 20(3), 115–127.
- Rübner, M., Göckler, R., Kohn, K.-H. P., Göbel, C. (2022) *Beschäftigungsorientiert beraten, vermitteln und fördern*. Regensburg.
- Schmidt, M. (2010). *Training zur Entwicklung der Beschäftigungsfähigkeit Evaluation eines innovativen Programms zur Unterstützung junger Arbeitsloser*. Lengerich.
- Schubert, M., Parthier, K., Kupka, P., Krüger, U., Holke, J., & Fuchs, P. (2013). *Menschen mit psychischen Störungen im SGB II. IAB Forschungsbericht 12/2013*.
- Schuring, M., Robroek, S. J. W., Lingsma, H. F., & Burgdorf, A. (2015). Educational differences in trajectories of self-rated health before, during, and after entering or leaving paid employment in the European workforce. *Work Environ Health*, 41(5), 505–603.
- Schuring, M., Burdorf, L., Kunst, A., & Mackenbach, J. (2007). The effects of ill health on entering and maintaining paid employment: evidence in European countries. *Journal of epidemiology and community health*, 61(7), 597–604.
- Seidel, K. (2021). *Psychosoziales Coaching im Jobcenter Berlin Lichtenberg. Ein Unterstützungsangebot für psychisch erkrankte Erwerbslose*. In *Aktion Psychisch Kranke e.V., Weiß, P. & Brieger, P. (Hrsg.) Psychische Gesundheit fördern, Teilhabe an Arbeit sichern*, (S. 290.296). Bonn.

- Seiler, K. (2009). Die Bedeutung von Beschäftigungsfähigkeit für die arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung. In Holleder, A. (Hrsg.) *Gesundheit von Arbeitslosen fördern*, (S. 62-81). Frankfurt am Main.
- Selenko, E., Batinic, B., & Paul, K. (2011). Does latent deprivation lead to psychological distress? Investigating Jahoda's model in a four-wave study. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 84(4), 723–740.
- Serapioni, M. (2017). Economic crisis and inequalities in health systems in the countries of Southern Europe. *Cadernos de saude publica*, 33(9).
- Skärlund, M., Åhs, A., & Westerling, R. (2012). Health-related and social factors predicting non-reemployment amongst newly unemployed.
- Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2021a). *Arbeitslosigkeit und Grundsicherung für Arbeitsuchende. Arbeitsmarkt in Zahlen - Arbeitsmarktstatistik*. https://statistik.arbeitsagentur.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Einzelheftsuche_Formular.html?gtp=15084_list%253D9&topic_f=grund-lb&dateOfRevision=200506-202201 (Zugriff 2022-12-10).
- Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2021b). *Arbeitsmarktsituation von langzeitarbeitslosen Menschen. Blickpunkt Arbeitsmarkt, Juli 2021*. Nürnberg.
- Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2022). *Arbeitslosigkeit im Zeitverlauf*. https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/Aktuell/iii4/alo-zeitreihe-dwo/alo-zeitreihe-dwo-b-0-xlsx.xlsx?__blob=publicationFile (Zugriff 2022-11-10).
- Steil, A. C., Meiler, B., Wiesten, I., Wiltfang, J., & Kis, B. (2013). TANDEM (TAsk force oN long Duration unemployment of Elderly People and Mental health) Implementierung eines institutionsübergreifenden Modellprojektes für ältere Langzeitarbeitslose. *Gesundheitswesen*, 75, 113–118.
- Stengler, K., Bechdorf, A., Becker, T., Döring, A., Höhl, W., Jäckel, D., Kilian, H., Theiβing, A., Torhorst, A., Wirtz, G., Zeidler, R., & Riedel-Heller, S. (2021). Umsetzung der Prinzipien des Supported Employment in Deutschland. *Nervenarzt*, 92(9), 955–962.
- Stuckler, D., Reeves, A., Loopstra, R., Karanikolos, M., & McKee, M. (2017). Austerity and health: The impact in the UK and Europe. *European Journal of Public Health*, 27, 18–21.
- Suijkerbuijk, Y. B., Schaafsma, F. G., van Mechelen, J. C., Ojajärvi, A., Corbière, M., & Anema, J. R. (2017). Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(9).
- Tiefensee, J. (2020). *Notwendigkeit und Wirkung einer niedrighschwelligen Intervention für ältere psychisch kranke Langzeitarbeitslose*. Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig.
- Tøge, A. G. (2016). *Health Effects of Unemployment in Europe During the Great Recession: The Impact of Unemployment Generosity*. *International Journal of Health Services*, 46(4), 614–641.
- Tøge, A. G., & Blekesaune, M. (2015). Unemployment transitions and self-rated health in Europe: A longitudinal analysis of EU-SILC from 2008 to 2011. *Social Science & Medicine*, 143, 171–178.
- Umkehrer, M. (2020). *Wiedereinstieg nach Langzeitarbeitslosigkeit: Welche Arbeitsverhältnisse sind stabil, welche nicht?* IAB-Kurzbericht Nr. 15/2020.
- Vinokur, A. D., Schul, Y., Vuori, J., & Price, R. H. (2000). Two years after a job loss: long-term impact of the JOBS program on reemployment and mental health. *Journal of occupational health psychology*, 5(1), 32–47.

- Virgolino, A., Costa, J., Santos, O., Pereira, M. E., Antunes, R., Ambrósio, S., João Heitor, M., António, & Carneiro, V., Vaz, A., Emília Pereira, M., Ambrósio B, S., João Heitor, M., & Onio, A. (2022). Lost in transition: a systematic review of the association between unemployment and mental health. *Journal of Mental Health*, 31(3), 432–444.
- Vuori, J., Silvonon, J., Vinokur, A. D., & Price, R. H. (2002). The Työhön Job Search Program in Finland: benefits for the unemployed with risk of depression or discouragement. *Journal of occupational health psychology*, 7(1), 5–19.
- Wabnitz, P., Hemkendreis, B., Ostermann, S., Kronmüller, K. T., Erdsiek, R., & Nienaber, A. (2019). Low-intensity Psychiatric Expert Monitoring and Counseling of Unemployed: Presentation of the Gütersloh Pilot Project. *Gesundheitswesen*, 81(4), e93–e100.
- Wachtler, B., Michalski, N., Nowossadeck, E., Diercke, M., Wahrenndorf, M., Santos-Hövenner, C., Lampert, T., & Hoebel, J. (2020). Socioeconomic inequalities and COVID-19. A review of the current international literature. *Journal of Health Monitoring. Journal of Health Monitoring*, 5 (Suppl 7), 3.
- Wacker, A. (2001). Marienthal und die sozialwissenschaftliche Arbeitslosenforschung — ein historischer Rück- und Ausblick. In Zempel, J., Bacher, J., & Moser, K. (Hrsg.) *Erwerbslosigkeit*, 397–414. Wiesbaden.
- Wacker, A., & Kolobkova, A. (2000). Arbeitslosigkeit und Selbstkonzept—ein Beitrag zu einer kontroversen Diskussion. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 44(2), 69–82.
- Wahrenndorf, M., Rupprecht, C. J., Dortmann, O., Scheider, M., & Dragano, N. (2021). Higher risk of COVID-19 hospitalization for unemployed: an analysis of health insurance data from 1.28 million insured individuals in Germany. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 64(3), 314–321.
- Walendzik, A., Rabe-Menssen, C., Lux, G., Wasem, J., & Jahn, R. (2014). Zur Versorgungslage im Bereich der ambulanten Psychotherapie - Ergebnisse einer Erhebung unter den Mitgliedern der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV). *Gesundheitswesen*, 76(3), 135–146.
- Wanberg, C. R., van Hoof, E. A. J., Dossinger, K., van Vianen, A. E. M., & Klehe, U. C. (2020). How strong is my safety net? Perceived unemployment insurance generosity and implications for job search, mental health, and reemployment. *Journal of Applied Psychology*, 105(3), 209–229.
- Warr, P. (2017). Happiness and Mental Health: A Framework of Vitamins in the Environment and Mental Processes in the Person. In Quick, J. C. & Cooper, C. L. (Hrsg.) *The Handbook of stress and health: A guide to research and practice* (S. 57-74).

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Katja Seidel, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: ‚Auswertung eines psychiatrischen Interventionsprojekts für Langzeitarbeitslose im Jobcenter Berlin Lichtenberg und dessen Effekt auf die Beschäftigungsaufnahme / Evaluation of a psychiatric intervention project for the long-term unemployed at the Job Centre Berlin Lichtenberg and its effect on employment uptake‘ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren/innen beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Ich versichere ferner, dass ich die in Zusammenarbeit mit anderen Personen generierten Daten, Datenauswertungen und Schlussfolgerungen korrekt gekennzeichnet und meinen eigenen Beitrag sowie die Beiträge anderer Personen korrekt kenntlich gemacht habe (siehe Anteilserklärung). Texte oder Textteile, die gemeinsam mit anderen erstellt oder verwendet wurden, habe ich korrekt kenntlich gemacht.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Erstbetreuer/in, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass ich mich zur Einhaltung der Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis verpflichte.

Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer un- wahren eidesstattlichen Versicherung (§§156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Publikationen

Katja Seidel (2021): Psychosoziales Coaching im Jobcenter Berlin Lichtenberg. Ein Unterstützungsangebot für psychisch erkrankte Erwerbslose. In: Aktion Psychisch Kranke e.V., Weiß, P., Brieger, P. (Hrsg.) Psychische Gesundheit fördern, Teilhabe an Arbeit sichern, S. 290-296. Bonn.

Katja Schmitt (2005): Ein Kiez im Wandel. Gentrification und Nutzungskonflikte am Helmholtzplatz. Schkeuditz.

Müller, Ralf/ Schmitt, Katja (2004): Studie zu interdisziplinären Netzwerken im Quartier Helmholtzplatz. Berlin

Katja Schmitt u.a. (2003): „Erfolgreich und mit Heldentum verteidigt!“ Die Rolle von Polizei und Justiz am 1. Mai 2002 in Berlin. In: Dieter Rucht (Hrsg.) Berlin, 1. Mai 2002. Politische Demonstrationsrituale, S. 143-183. Berlin.

Danksagung

Ein herzliches Dankeschön gilt allen Personen, die das Psychosoziale Coaching ermöglicht haben und die mich bei der Entstehung dieser Dissertation unterstützt und begleitet haben:

Herrn Lutz Neumann, Geschäftsführer des Jobcenters Berlin Lichtenberg, für seine Offenheit gegenüber innovativen Projektideen und die Erlaubnis zur Nutzung von Daten der Bundesagentur für Arbeit im Rahmen dieser Arbeit.

Herrn Prof. Dr. Albert Diefenbacher für die Kooperation des KEH mit dem Jobcenter und die Umsetzung des Psychosozialen Coachings, den Impuls zur Erstellung dieser Dissertation und deren Begleitung als Zweitbetreuer.

Frau Dipl.-Psych. Petra Rentz, die als psychologische Psychotherapeutin den elementaren Kern des Projektes bildet und ohne deren Datenerfassung keine Auswertung möglich gewesen wäre.

Frau Prof. Dr. Anne Berghöfer für die wunderbare Erstbetreuung, ihre fachliche und methodische Begleitung und ihre motivierenden Worte.

Herrn Dipl.-Soz. Ralph Schilling für die statistische Beratung und seinen Kolleginnen für die Einblicke in die fachspezifischen statistischen Grundlagen.

Frau Dipl.-Psych. Dorothea Jäckel für die anregenden Diskussionen sowie den kritischen Blick auf die Ergebnisse.

Meinen Bereichsleiterinnen Anika Mauer für das Ermöglichen von Freiräumen neben meiner hauptberuflichen Tätigkeit und Dorit Zschiedrich für das dauerhafte Interesse an der Umsetzung des Psychosozialen Coachings und der Realisierung dieser Arbeit.

Mein besonderer Dank gilt meinem Mann Matthias sowie meinen Kindern, die mir die notwendige Zeit und den Halt zur Erstellung der Dissertation gegeben haben.

Anhang



Charité | Campus Mitte | 10098 Berlin

An die
Promotionskommission der
Charité – Universitätsmedizin Berlin

**Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und
Gesundheitsökonomie**



Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2015

Ralph Schilling
Tel.: +49(0)30/450-529026
Fax: +49(0)30/450 529902
ralph.schilling@charite.de
<http://epidemiologie.charite.de>

Berlin, den 29.07.2022

Bescheinigung nach § 8 Abs. 2 a der Promotionsordnung 2017

Hiermit bescheinige ich in meiner Eigenschaft als bei der Promotionskommission akkreditierter Statistiker, dass Frau *Katja Seidel* für die vorgelegte Promotionsarbeit mit dem Titel:

Niedrigschwellige Intervention für psychisch kranke Langzeitarbeitslose und deren Effekte auf die Integration in Beschäftigung – Auswertung eines psychiatrischen Interventionsprojekts im Jobcenter Berlin Lichtenberg

eine statistische Beratung durch mich in Anspruch genommen hat.

Ralph Schilling | Dipl.-Soz. | MPH