

Positionspapier
25.05.2021

Umsetzung der Prinzipien des Supported Employment in Deutschland – Positionspapier einer Task-Force der DGPPN

Die Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf die Arbeits- und Erwerbssituation können erheblich sein. Sie sind eine der Hauptursachen für Arbeitsunfähigkeit sowie Erwerbsminderung. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage nach geeigneten beruflichen Wiedereingliederungsmaßnahmen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, wobei sich in den letzten Jahren international das Prinzip des *Supported Employment* als zunehmend erfolgreich erwiesen hat. Hierbei werden psychisch erkrankte Menschen mit beruflichem Rehabilitationsbedarf primär auf einem Arbeitsplatz des ersten Arbeitsmarktes platziert und vor Ort durch einen *Jobcoach* unterstützt. Dieses Konzept ist inklusiv, individuell, nachhaltig und evidenzbasiert. Trotz erwiesener Wirksamkeit ist es im deutschsprachigen Raum bislang noch wenig umgesetzt. Es wird zukünftig darauf ankommen, stärker als bislang den individuellen Hilfebedarf psychisch erkrankter Menschen aufzunehmen und mit funktional, im besten Fall multiprofessionell und mobil aufgestellten Angeboten zu begegnen.

1. Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt

Psychische Erkrankungen können erhebliche negative Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbssituation haben [1]. Sie sind die zweithäufigste Ursache von Arbeitsunfähigkeit (AU). In den letzten 20 Jahren verdoppelten sich die AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen, während der Anteil anderer Erkrankungen gesunken ist. Die durchschnittliche Dauer der Krankschreibungen lag bei 35 Tagen. Ebenso liegt der Anteil psychischer Erkrankungen an der Erwerbsminderung in Deutschland mit bis zu 42 % höher als bei anderen chronischen Erkrankungen [2, 3].

Ein beträchtlicher Teil der schwer psychisch erkrankten Menschen arbeitet unter geschützten Bedingungen – so stieg der Anteil dieser Gruppe in Werkstätten für behinderte Menschen in den letzten Jahren stetig [4]. Obgleich es in Deutschland ein breites, vielgestaltiges Rehabilitationssystem gibt, profitieren Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen demnach nicht oder unzureichend von beruflichen Integrationsmaßnahmen, die auf einen primären Zugang zum ersten Arbeitsmarkt fokussieren. Eine Ursache liegt in den strukturellen Besonderheiten in Deutschland: auf der einen Seite dem zwar hochdifferenzierten, auf der anderen Seite aber stark zergliederten und von vielen Schnittstellen gekennzeichneten

Versorgungssystem, welches Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege nacheinander schaltet und kaum barrierefreie Übergänge innerhalb eines fachlich eindeutig geforderten Versorgungskontinuums zulässt [5]. Darüber hinaus ist die berufliche Rehabilitation in Deutschland stark auf das Prinzip des sog. *First-train-then-place*-Ansatzes ausgerichtet, bei dem zunächst vorbereitende Arbeitstrainingsmaßnahmen im geschützten Rahmen stattfinden, um dann bei ausreichenden Trainingseffekten eine Arbeitsstelle auf dem freien Arbeitsmarkt zu suchen.

Hinsichtlich der beruflichen Wiedereingliederungsquote hat sich ein zweiter Ansatz im internationalen Vergleich als wirksamer erwiesen. Hierbei werden psychisch erkrankte Menschen mit Rehabilitationsbedarf zunächst auf einem Arbeitsplatz des ersten Arbeitsmarktes platziert und vor Ort durch einen Jobcoach unterstützt (*First-place-then-train*-Prinzip). Dieser Ansatz – *Supported Employment* (SE) oder in seiner manualisierten Version *Individual Placement and Support* (IPS) – wird bislang in Deutschland nur wenig verwirklicht [6, 7]. IPS-Angebote oder an dieses Prinzip eng angelehnte Modelle und darauf orientierte Konzeptmerkmale finden sich in einigen etablierten Rehabilitationsangeboten in Deutschland, so z. B. in Beruflichen Trainingszentren (BTZ) und Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK).

Andere Angebotsformen wie z. B. „*Jobcoaching*-Maßnahmen im Sinne der Integrationsämter“ oder „*Unterstützte Beschäftigung*“ (UB; im Sinne ausgeschriebener Arbeitsmarktdienstleistung durch die Arbeitsverwaltung) dürften o. g. IPS-Merkmale ebenfalls in unterschiedlichem Maße erfüllen. Auch im Rahmen der Krankenbehandlung (SGB V) haben sich vereinzelt Angebote mit IPS-Elementen etabliert [8–12].

Offen ist nach wie vor, in welchem Umfang und nach welchen Qualitätsparametern – gemessen an den internationalen Standards, etwa in Anlehnung an die *IPS Fidelity Scale – Supported Employment* in Deutschland umsetzbar ist. Gesucht wird daher eine Orientierungshilfe anhand derer man IPS-nahe Angebote weiterentwickeln oder neu schaffen kann.

Vor diesem Hintergrund hat die DGPPN eine Task-Force eingesetzt mit dem Ziel, auf Basis der internationalen Evidenz Qualitätsparameter für *Supported Employment* zu definieren, Hürden und Hindernisse in Deutschland aufzuzeigen und zu versuchen, handlungsrelevante Empfehlungen für die SE-Umsetzung im deutschen Versorgungskontext abzugeben. Dabei wurden die in Deutschland laufenden Entwicklungen, die zuweilen unabhängig und meist ohne Bezug auf die internationale IPS-Forschung stattfinden, in die Arbeit dieser *Task-Force* umfänglich einbezogen.

Mit diesem Positionspapier sollen die Ergebnisse der Arbeit der „DGPPN-Task-Force *Supported Employment*“ zusammengefasst und zur weiteren Diskussion vorgestellt werden. Es

ist der primäre Anspruch der Autorengruppe mit dieser Positionierung, den Prozess um die Implementierung des *Supported-Employment*-Ansatzes in Deutschland zu unterstützen und Akteure aus unterschiedlichen Settings zu ermutigen, trotz sozialrechtlicher und anderer Herausforderungen dieses erfolgreiche Prinzip der Förderung beruflicher Teilhabe für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen umzusetzen.

Im Folgenden wird zunächst kurz die internationale Evidenz für die Wirksamkeit von SE dargestellt. Darauf aufbauend wird der Versuch einer Definition für das Prinzip des SE vorgenommen, um anschließend eine kurze Methoden- und Instrumentenkritik folgen zu lassen. Schließlich werden Empfehlungen für die Umsetzung von SE-Prinzipien in Deutschland abgegeben.

2. Zwei Konzepte mit unterschiedlichen Herangehensweisen

Formen beruflicher Rehabilitation

Die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ [13] versteht unter Ansätzen zur beruflichen Rehabilitation alle psychosozialen Interventionen, die systematisch auf eine Verbesserung der Arbeits- und Beschäftigungssituation psychisch kranker Menschen abzielen [14], dabei sind die Präferenzen der Betroffenen bei der Zieldefinition bez. des ersten oder unterstützten Arbeitsmarktes unbedingt zu berücksichtigen.

Vor allem im englischsprachigen Raum werden zwei Formen der Arbeitsrehabilitation unterschieden: beim *Pre-Vocational-Training* („PVT“, vorbereitendes (Arbeits)training als berufliche Rehabilitation) erfolgen vor anvisiertem Eintritt in den ersten Arbeitsmarkt zunächst berufsvorbereitende Maßnahmen, die von Arbeitstherapie über Bewerbungstraining, berufliches Training, betriebliche Praktika bis zu einer übergangsweisen Beschäftigung in einem geschützten Arbeitsverhältnis reichen können [14, 15] und sich deshalb nach dem Prinzip *first train then place* vollziehen.

Dahingegen wird der Betroffene beim *Supported Employment* ohne (längere) Vorbereitungszeit bereits in der ersten Phase der Rehabilitation auf dem ersten Arbeitsmarkt platziert und dort durch spezialisierte Dienste (im angloamerikanischen Raum *Employment Specialist* oder *Jobcoach*) professionell unterstützt, was unter der Überschrift *first place then train* in der Fachwelt Einzug gehalten hat. Diese direkte Unterstützung am Arbeitsplatz durch einen Jobcoach ist zeitlich nicht limitiert und fokussiert primär auf eine permanente Beschäftigung in einem kompetitiven Arbeitsverhältnis [16]. Die am besten untersuchte manualisierte Version von *Supported Employment* ist das *Individual Placement and Support*, auf die sich die folgenden Ausführungen beziehen.

Internationale Evidenz

Die bisherige Evidenz zu arbeitsrehabilitativen Maßnahmen stammt überwiegend aus dem englischsprachigen Raum, wobei zu IPS mittlerweile zahlreiche hochwertige randomisiert kontrollierte Studien vorliegen [17], darunter finden sich auch Arbeiten aus dem deutschsprachigen Raum.

Die Ergebnisse der systematischen Recherchen im Rahmen der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien“ [13] zeigen nahezu durchgehend eine Überlegenheit von SE bezüglich arbeitsbezogener Zielgrößen, wobei dies insbesondere für die manualisierte Form, dem IPS gilt. Übereinstimmend zeigen die Ergebnisse aus Übersichtsarbeiten, dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen unter der Bedingung von IPS mindestens doppelt so hohe Raten kompetitiver Beschäftigung erzielen wie diejenigen unter der Bedingung alternativer beruflicher Rehabilitationsansätze [18–22]. Detaillierte Befunde dazu sind in der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien“ zusammengestellt und bewertend aufgearbeitet. Mit den Ergebnissen von Cook et al. [23] und Hoffmann et al. [24] liegen auch Hinweise vor, dass die Effekte von SE über einen längeren Zeitraum nachweisbar bleiben.

Trotz der überzeugenden Evidenz für SE bleibt festzustellen, dass ein nicht unerheblicher Teil der SE-Teilnehmer nicht in kompetitive Beschäftigung gelangt, was beispielsweise mit dem Grad an Programmtreue [21] begründet werden kann.

Weiterentwicklung von *Supported-Employment-Programmen*

Jüngere Studien verweisen auf den zusätzlich positiven Effekt kognitiver Trainingsprogramme, der sich insbesondere im Hinblick auf arbeitsbezogene Zielgrößen abbilden lässt [18, 25].

Zudem kann ein mit SE kombiniertes Training sozialer Fertigkeiten beginnend mit einer gezielten Motivationsarbeit, dann arbeitsplatzbezogener Fertigkeiten (*Workplace Fundamental Skills Module*) positiven Einfluss nehmen auf die Stärkung der Teilnehmer, den Arbeitsplatz zu behalten, aufgrund besserer Stresstoleranz und größerer Arbeitszufriedenheit [26].

Da die meisten schweren psychischen Erkrankungen erstmalig im jungen Erwachsenenalter auftreten, ist diese Personengruppe besonders gefährdet, aus den Schul- oder Ausbildungssystemen herauszufallen. Das Fehlen einer schulischen und beruflichen Qualifikation als Ausgangsvoraussetzung sowie die mit der Erkrankung einhergehende Vulnerabilität stellen relevante Barrieren im Zugang zum Arbeitsleben für z. B. junge Erwachsene mit Psychosen dar [27]. *Supported Education* und *Supported Employment* wurden aus diesem Grund in *Early-Intervention-Programmen* bei Menschen mit ersten psychotischen Episoden integriert [28–31], wodurch sich die Eingliederungsraten in Ausbildung und Arbeit junger Erwachsener mit

Psychosen nachweislich verbessern ließen [32–36]. Diese Befunde sprechen dafür, IPS-Ansätze auch jungen Menschen mit beginnenden psychischen Störungen anzubieten.

Anwendbarkeit und Erfahrungen im deutschen Versorgungskontext

In den letzten Jahren entstand eine breite Fachdiskussion zur Übertragbarkeit von SE auf den deutschen Versorgungsalltag unter den gegebenen sozialrechtlichen, strukturellen und politisch getragenen Verhältnissen. Diskutiert wurden vor allem bestehende innovative Entwicklungen mit dem Potenzial, SE in einzelnen Angeboten bereits vorzuhalten.

Eine Analyse der Aufnahme- und Entlassdaten der 52 RPK-Einrichtungen in Deutschland aus dem Jahre 2010 (n= 1311 Teilnehmer) zeigte z. B., dass knapp 40 % der Teilnehmer nach medizinischen RPK-Maßnahmen an beruflichen RPK-Maßnahmen teilnahmen. Nach Abschluss der beruflichen RPK-Maßnahme war ein Anteil von 38 % der Rehabilitanden erwerbstätig, 26 % befanden sich in Ausbildung und Umschulung [37]. In einer bundesweiten Analyse aller RPK und Berufstrainingszentren wurde jüngst zudem versucht, mittels der *IPS-Fidelity-Scale*-Elemente von *Supported Employment* nach den Grundsätzen des IPS in Deutschland zu identifizieren. Die zur Publikation vorbereiteten Ergebnisse dieser Studie deuten jedoch darauf hin, dass eine Bewertung dieser Einrichtungen im Hinblick auf die *IPS Fidelity Scale* in der vorliegenden Form weder für sinnvoll noch für aktuell möglich eingeschätzt wird. Begründungen werden u. a. im Bereich der sozialrechtlichen Grundlagen der beruflichen Rehabilitation in Deutschland gesehen [38].

3. Konkretisierung eines theoretischen Prinzips

Das Konzept des *Supported Employment* entstand aus dem *Americans with Disability Act* 1990 in den USA. Zunächst als Ansatz für geistig- und lernbehinderte Menschen wurde SE im weiteren Verlauf für Menschen mit psychischen Störungen ausgearbeitet. Auch außerhalb der USA hat das *Individual Placement and Support Model* als evidenzbasiertes Konzept des *Supported Employment* seine Wirksamkeit und Überlegenheit gegenüber dem traditionellen Vorgehen der Wiedereingliederung mehrfach zeigen können [39].

Die als „Unterstützte Beschäftigung“ in Deutschland bezeichneten Ansätze für den begrenzten, definierten Personenkreis von Menschen mit einer Schwerbehinderung verstehen sich zwar inhaltlich angelehnt an das „internationale SE-Konzept“, können jedoch trotz der sprachlichen Nähe keinesfalls als identische Konzepte verstanden werden.

Die bestuntersuchte Form ist die manualisierte Version von *Supported Employment (Individual Placement and Support)*, die in der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien“ als eine Systemintervention konzeptualisiert ist. IPS setzt mit seinen acht Kernprinzipien an der strikten Prämisse an, Menschen mit schweren psychischen Störungen Wahlfreiheit zu ermöglichen

und niemanden auszuschließen, der Interesse an einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bzw. einer regulären Ausbildung hat (s. Tab. 1).

Tab. 1: Acht Kernprinzipien von *Individual Placement and Support* [40]

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

4. Neue Möglichkeiten und Grenzen

IPS Fidelity Scale

Die *IPS Fidelity Scale* kann neben der Nutzung des Manuals eine Implementierungshilfe darstellen, um die Evidenz von IPS in der Versorgungspraxis zu verankern. Erst die

Operationalisierung der IPS-Kernprinzipien schafft die Voraussetzungen, IPS-Programme miteinander zu vergleichen, zu qualifizieren und die Eingliederungsergebnisse in einen Bezug zu den IPS-Programmbestandteilen zu stellen. Zur Erhebung dieser Programmtreue (*Fidelity*) wurde zunächst anhand bestehender IPS-Projekte in den USA die *IPS-15 Scale* entwickelt [41, 42]. 2012 wurde sie mit der *IPS-25 Scale* erweitert und modifiziert [43, 44]. Beiden gemeinsam ist, dass die Prinzipien des IPS in drei Domänen 1. Personal, 2. Organisation, 3. Leistungen abgebildet und ihre Ausprägung auf einer 5-stufigen Likert-Skala eingeschätzt werden. Bisher liegen keine Belege für die Überlegenheit der prädiktiven Validität der *IPS-25 Scale* gegenüber der *IPS-15 Scale* vor [45]. Seit 2019 existiert eine um *Supported Education* erweiterte Skala, die *IPS Fidelity Scale for Young Adults*. Sie enthält zusätzlich zu den arbeitsbezogenen Items der *IPS-25 Scale* neun bildungsbezogene Merkmale und ein Item zum Familienkontakt [46].

Die Kriterien der *IPS Fidelity Scale* sind auf die Integration multiprofessioneller psychiatrischer Versorgungsleistungen ausgerichtet und decken so die spezifischen Bedarfe psychisch erkrankter Menschen ab. Dabei korrespondiert die Programmtreue mit dem Eingliederungserfolg auf den allgemeinen Arbeitsmarkt; je höher diese ausfällt desto besser ist das *Outcome* [45, 47, 48]. Darüber hinaus wirken Kontextfaktoren wie das Gesundheits- und Sozialversicherungssystem inkl. der sog. Wohlfahrtsfallen (*welfare trap*) sowie Arbeitsmarktcharakteristika [49].

Für die Arbeit der Task-Force *Supported Employment* wurde die deutsche Übersetzung der originären IPS-25-Skala [43, 44] zugrunde gelegt, wie sie erstmals im MOSES Projekt (unveröffentlicht, Auskunft bei den Autoren) Anwendung gefunden hat. Jedes Item wurde hinsichtlich seines Nutzens und seiner Übertragbarkeit auf deutsche Verhältnisse diskutiert. Die Zusammenfassung der Kommentare und des Diskussionsprozesses zu den einzelnen Items liegt in einer Arbeitsversion der Task-Force vor und kann bei Bedarf in weitere Diskussionsprozesse einbezogen werden.

Kritik und Umgang mit der *IPS Fidelity Scale*

Die Task-Force bilanziert, dass sich in der Methode des IPS (und damit verbunden in der strukturierten Auflistung der einzelnen IPS-Aspekte in Form der *IPS Fidelity Scale*) wichtige Impulse für die Weiterentwicklung der beruflichen Integration und Verbesserung der arbeitsbezogenen Teilhabe für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland finden. Diese Impulse sollten jedoch nicht auf eine Einzelmaßnahme reduziert, sondern als Methode in unterschiedlichen Settings und Rechtskreisen (psychiatrische Kliniken inklusive Institutsambulanzen, Gemeindepsychiatrische Verbände, Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke, *Jobcoaching* der Integrationsfachdienste oder im Rahmen eines Arbeitsvermittlungsoffers der Jobcenter/Agentur für Arbeit, Berufstrainingszentren,

Berufsförderungswerke und weitere) verstanden und umgesetzt werden. In Deutschland ist eine Reihe sozialrechtlicher, struktureller und institutioneller Hürden zu überwinden, um diesen Prozess erfolgreich umsetzen zu können. Zugleich konnte die Task-Force viele Chancen und Möglichkeiten aus dem IPS-Prinzip definieren, die in diesem Feld ausgesprochen hilfreich sein können und unbedingt berücksichtigt werden sollten:

Stärken des IPS

- **Inklusiv: Zero-exclusion-Kriterium:** Kein Interessierter wird ausgeschlossen, der Zugang zu IPS ist barrierefrei. Einzige Voraussetzung ist die Motivation und der Wunsch des Betroffenen eine Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, eine reguläre Ausbildung oder ein Studium aufzunehmen. So wird das Eigenmotivationszeitfenster genutzt und andere an Voraussetzungen gebundene Hürden werden vermieden; dies begünstigt die Erfolgsprognose im Hinblick auf die arbeitsbezogene Teilhabe.
- **Individuell:** IPS orientiert sich an den Präferenzen und Bedürfnissen der Teilnehmenden, die Jobsuche erfolgt rasch, nachdem sie sich zur Teilnahme am IPS-Programm entschieden haben. Neigungen, Statuswechsel und Verdienst werden so als wichtige Motivatoren wirksam, auf diese Weise verknüpft IPS Rehabilitation und Erwerbsarbeit.
- **Nachhaltig:** IPS bietet langfristige, zeitlich nicht begrenzte Unterstützung, der *Support* richtet sich sowohl an die Teilnehmenden als auch deren Vorgesetzte. Nach der Arbeitsaufnahme kann entsprechend den individuellen Erfordernissen begleitet werden, Krisen können so aufgefangen und ein Arbeitsplatzverlust vermieden werden. Dies ist insbesondere bei schweren psychischen Erkrankungen für den nachhaltigen Integrationserfolg wichtig.
- **Integrativ:** IPS arbeitet integrativ, die Begleitung ist interdisziplinär angelegt und nutzt multiprofessionelle Expertise (IPS-*Jobcoaches* sind Teil des Behandlungsteams).
- **Evidenzbasiert:** Empfehlungsgrad A in der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ [13] sowie der S3-Leitlinie „Schizophrenie“ [50].

Schwächen des IPS

- In der *IPS Fidelity Scale* nehmen die Aktivitäten des *Jobcoachs* bei der Arbeits-/Ausbildungsplatzsuche einen hohen Stellenwert ein. Die Förderung der Selbstbefähigung im Sinne eines *Empowerments* der Teilnehmenden bei der Arbeitssuche ist kein explizites Ziel.
- Die Ratingwerte der *IPS-Fidelity-Scale*-Merkmale werden lediglich aufsummiert, nicht kategorial geordnet und gewichtet [51, 52].

- Das Potenzial von Praktika zur beruflichen Orientierung, zu therapeutischen Zwecken sowie als Integrationsinstrument wird in den IPS-Kriterien nicht ausgeschöpft [33].
- Die psychotherapeutische Dimension in den *Coachings* [53, 54] und die erforderlichen Kompetenzen der *Jobcoaches* sind nach Einschätzung der Task-Force in der *IPS Fidelity Scale* nicht ausreichend abgebildet und die Entwicklung von Beschreibungen der psychotherapeutischen Strategien ist demnach geboten [55–59].

Chancen des IPS

Ein Potenzial des IPS liegt im Realisieren einer individuellen und bedarfsgerechten Inklusion mit einer Begleitung, die auf Nachhaltigkeit der Teilhabe setzt und weder bei einer Krise, Leistungsschwankungen noch beim Vermittlungs(miss)erfolg endet.

IPS beinhaltet eine flexible und bedarfsgerechte Unterstützung, die kein „Entweder in der Maßnahme oder ohne Maßnahme“, keinen Ausschluss von Menschen mit geringer Leistungsfähigkeit oder mit bestehendem Arbeitsplatz beinhaltet. So wird die Prognose psychisch kranker Menschen verbessert und Exklusion vermieden.

Zusätzlich zu den Kriterien für *IPS Supported Employment* wurden Kriterien zu *Supported Education* für junge Menschen entwickelt, die in Ausbildung oder in ein Studium gehen wollen und entsprechender Unterstützung bedürfen [46].

Risiken bei der Implementierung des IPS

Die Task-Force sieht in einem Szenario, in dem Rehabilitation ausschließlich eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt anstrebt, die Gefahr einer Ressourcenverschiebung. Menschen mit schweren psychischen Störungen, die in einem geschützten Rahmen oder im Ehrenamt arbeiten wollen oder deren Gesundheit durch den Anspruch, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein zu müssen, gefährdet wird, könnten dann von Unterstützung ausgeschlossen sein.

Zu beachten ist zudem die Gefahr, dass ein Arbeitsmarktsegment entstehen könnte, das fern der Förderung von Ressourcen psychisch kranker Menschen „ungeschützte Werkstattplätze“ auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt entstehen lässt.

5. Von der Theorie in die Praxis

Die Methode des IPS wurde in 28 randomisiert-kontrollierten Studien im angloamerikanischen und europäischen Raum auf ihre Wirksamkeit untersucht, die Effektivität von IPS ist unter Berücksichtigung ihrer Programmtreue auf Basis der in der *IPS Fidelity Scale* operationalisierten Prinzipien – herkömmlichen Ansätzen beruflicher Eingliederung überlegen.

Aufgrund der starken Evidenz (1a) erhält IPS in den S3-Leitlinien den Empfehlungsgrad A [13, 50].

In der deutschen Rehabilitationslandschaft gibt es eine Vielzahl von Angeboten, Ansätzen und Maßnahmen, die für die meisten Menschen mit psychischen Erkrankungen Möglichkeiten zur Förderung von beruflicher Teilhabe vorhalten und durchaus gute Ergebnisse erzielen. Es gibt bereits solitär stark an IPS angelehnte Angebote [8–12], zum Teil ohne entsprechend publiziert zu sein.

Für die Task-Force stellt sich zum aktuellen Zeitpunkt weniger die Frage, ob das mit hoher Evidenz vorliegende internationale IPS-Modell auf den deutschen Versorgungsalltag „1:1“ übertragbar ist, sondern vielmehr, was und in welcher Form von diesem zweifellos erfolgreichen Ansatz zur beruflichen Integration von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in die deutsche Versorgungslandschaft mit deren Spezifika implementierbar sein wird. Dazu sind mehrere Systemkomponenten wesentlich, viele Akteure anzusprechen und gemeinsame Zieldefinitionen festzulegen.

Hürden und Herausforderungen

Die größte Hürde für die Implementierung von IPS in Deutschland dürften die gesetzlichen Grundlagen darstellen, die eine rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit und Finanzierung, wie sie für eine am Bedarf des einzelnen Individuums orientierte Teilhabeförderung nötig ist, erschweren oder partiell sogar unmöglich machen [60].

Die Barriere der „persönlichen Voraussetzungen“, wie sie im Rehabilitationsrecht (§ 11 SGB VI) formuliert sind (Rehabilitationsfähigkeit mit einer Erwerbsfähigkeit von mindestens 3h/Tag und das Warten, bis eine günstige Prognose gestellt werden kann), blockieren einen raschen und niedrigschwelligen, bedarfsorientierten Zugang zu wirksamen Interventionen. Dies befördert den Verbleib in arbeitsmarktfernen Rechtskreisen und Maßnahmen und verschlechtert so langfristig die Prognose, einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen zu können. Umgekehrt erhalten Personen mit schweren psychischen Erkrankungen, noch bestehendem sozialversicherungspflichtigem Arbeitsplatz und ohne anerkannte Schwerbehinderung (GdB) keine bedarfsgerechte Unterstützung am Arbeitsplatz, obwohl sie grundsätzlich über eine günstige Prognose verfügen [61].

Eine weitere in der Zersplitterung des deutschen Sozialsystems begründete Hürde dürfte mit der Umsetzung des IPS-Kernprinzips verbunden sein: die Einbindung der *Jobcoaches* in die Organisationsstruktur eines interdisziplinären Behandlungsteams bzw. die Gewährleistung einer kontinuierlichen Zusammenarbeit der in beruflicher Rehabilitation tätigen Jobcoaches mit ärztlich-psychiatrischen, psychotherapeutischen, spezialtherapeutischen und pflegerischen Fachkräften (SGB V).

Die zeitliche Limitierung der Begleitung zum Arbeitsplatzerhalt nach erfolgreicher Vermittlung ist eine weitere Barriere auf dem Weg zur erfolgreichen IPS-Umsetzung in Deutschland. Sechs Monate nach Vermittlung gilt in Deutschland der Rehabilitationsfall als abgeschlossen und die Förderung wird eingestellt. Eine langfristige Begleitung, die jedoch aufgrund unterschiedlicher regionaler Voraussetzungen nicht obligatorisch *Jobcoaching* einschließt, ist in Deutschland an eine anerkannte Schwerbehinderung geknüpft, die für viele Betroffene aufgrund befürchteter Stigmatisierung eine Hürde darstellt bzw. grundsätzlich inakzeptabel scheint.

Ebenfalls als Barriere gewertet werden muss der z. T. mangelnde (prioritäre) Stellenwert des Themas „Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für Menschen mit schweren psychischen Störungen“ innerhalb des Versorgungssystems selbst [62–65]. Neben etablierten und ebenfalls evidenzbasierten psycho- und pharmakotherapeutischen Strategien hat erst mit der Publikation der 1. Auflage der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien“ 2012 dieses Feld (wieder) an Bedeutung gewonnen.

Insbesondere systemimmanente, klassischerweise „rehabilitationsferne Versorgungssegmente“ wie der psychiatrisch-psychotherapeutische Akutsektor nehmen erst in jüngster Vergangenheit diese Thematik in ihr handlungsrelevantes Repertoire – wieder – auf. Dies, obgleich die Bedeutung des Themas „bezahlte Arbeit für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“ bereits 1963 in den Rodewischer Thesen einen zentralen Stellenwert innehatte.

Die in Deutschland stark zergliederte und durch viele Schnittstellen gekennzeichnete Versorgungsstruktur benachteiligt schwer psychisch erkrankte Menschen mit komplexem Hilfebedarf bez. beruflich rehabilitativer Angebote auch deshalb, weil diese zu spät und oft defizitär, kaum am individuellen Bedarf orientiert vorgehalten werden [6, 7]. Dadurch werden nicht zuletzt auch die Hoffnung und das Zutrauen der Betroffenen vermindert, dass sie in der Lage sind, einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachzugehen [63, 65].

Empfehlungen und Perspektiven

Es wird zukünftig darauf ankommen, den auf einem Versorgungskontinuum aufgezeigten individuellen Hilfebedarf psychisch erkrankter Menschen aufzunehmen und mit funktional, im besten Fall multiprofessionell und mobil aufgestellten Angeboten zu begegnen. Perspektivisch dürfte z. B. die Integration der beruflichen Teilhabe in die Standards des klinischen Entlassmanagements eine zielführende Maßnahme darstellen, Schnittstellenprobleme und Leerlaufzeiten im Eingliederungsprozess aus dem stationären Behandlungssetting heraus zu überwinden [66]. Hier kann die Unterstützung mittels IPS einen relevanten Beitrag leisten, Bedarfe frühzeitig zu identifizieren, aufzugreifen, Unterbrechungen in der Erwerbsbiografie

zu verhindern und so die Voraussetzungen für die nachhaltige berufliche Teilhabe psychisch erkrankter Menschen zu schaffen. Dies bedeutet, Maßnahmen zur beruflichen und sozialen Teilhabeförderung nicht nur am Ende der Versorgungskette, sondern auch am Beginn der Erkrankung, die mit frühen Teilhabeeinschränkungen einhergehen kann, regelhaft im Repertoire der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung zu etablieren, wie mit dem Teilhabekompass der DGPPN adressiert (www.teilhabetkompass.de).

Zudem wird es darauf ankommen, die Anwendung von IPS als Methode in medizinischen und beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen zu ermöglichen, um eine kontinuierliche Förderung schwer psychisch kranker Menschen zu ermöglichen.

IPS hat ein hohes Potenzial, die berufliche Teilhabe und in der Folge die soziale Inklusion schwer psychisch kranker Menschen zu verbessern – auch in Deutschland. Das bedeutet konzeptionell die *IPS Fidelity Scale* an deutsche Rahmenbedingungen und Möglichkeiten zu adaptieren, wie es andere Länder bei der Implementierung von IPS schon demonstriert haben [65, 67–73]. Die sorgfältige Analyse der bestehenden sozialrechtlichen Konstellationen, die Erfassung von konkreten Hindernissen, Hürden und Barrieren und davon ausgehend die Definition eines schrittweisen Vorgehens zur Implementierung von IPS mit den durchaus bestehenden Möglichkeiten und Chancen in Deutschland sind große Herausforderungen und gleichsam realisierbare Ziele. Politische Entscheidungsträger, Kostenträger und Leistungserbringer, psychiatrisch-psychotherapeutisch Professionelle, aber auch Betroffene und Angehörige mit ihren Gremienvertretern sind gemeinsam aufgefordert, nicht zuletzt die auf der Basis der in der UN-Behindertenrechtskonvention geforderten Vorgaben zur vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft auch schwer psychisch Erkrankter und gesetzlich seit 2017 im Bundesteilhabegesetz ausformulierten Möglichkeiten umzusetzen.

Autoren: K. Stengler, A. Bechdorf, T. Becker, A. Döring, W. Höhl, D. Jäckel, H. Kilian, A. Theißing, A. Torhorst, G. Wirtz, R. Zeidler, S. Riedel-Heller

Alle AutorInnen sind Mitglied der DGPPN-Task-Force „Supported Employment“ und haben zu gleichen Teilen an diesem Positionspapier mitgewirkt.

Literatur

- [1] Gühne U, Riedel-Heller S (2015) Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. DGPPN, Berlin
- [2] Bundespsychotherapeutenkammer (2019) BPTK-Auswertung 2018 „Langfristige Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit“. <https://www.bptk.de/die-laengsten-fehlzeiten-weiterhin-durch-psychische-erkrankungen/>. Zugegriffen: 7. Jan. 2020
- [3] Westcott C, Waghorn G, McLean D et al (2015) Interest in employment among people with schizophrenia. *Am J Psychiatr Rehabil* 18(2):187–207
- [4] Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2017) Behindertenhilfe in Deutschland. Zahlen – Daten – Fakten. Ein Trendbericht. https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/Wissenschaft-Forschung/BGW55-83-140-Trendbericht-Behindertenhilfe.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen: 24. Sept. 2020
- [5] Stengler K, Riedel-Heller S, Becker T et al (2014) Berufliche Rehabilitation bei schweren psychischen Erkrankungen. *Nervenarzt* 85:97–107
- [6] Stengler K, Becker T (2016) Supported Employment – ein falsches Konzept für Deutschland? – Kontra. *Psychiatr Prax* 43(05):243–244
- [7] Kilian K (2016) Supported Employment – ein falsches Konzept für Deutschland? – Pro. *Psychiatr Prax* 43(05):242–243
- [8] Jäckel D, Leopold K, Bechdorf A (2016) Improving functional and clinical recovery by combining Individual Placement and Support (IPS) and Motivational Interviewing-based Adherence Therapy (AT) in people with early psychosis. Mailand, The iFEVR and iphYs Joint Meeting
- [9] Jäckel D, Leopold K, Bechdorf A (2017) Vocational recovery: mental health and employment in evidence and clinical practice. Berlin, WPA Congress
- [10] Jäckel D, Leopold K, Bechdorf A (2018) Individual Placement and Support (IPS) in der stationären und teilstationären Versorgung–Nutzungsmuster und Outcome. Berlin, DGPPN Kongress
- [11] Nischk D, Hauk S, Flügel S et al (2019) Praktikabilität und Effektivität von „Individual Placement and Support“ (IPS) im Landkreis Konstanz. Zwischenbericht 2015–2018. https://www.zfp-reichenau.de/fileadmin/Freigabe_ZfP_Reichenau/Dokumente/Jahresbericht_2018.pdf. Zugegriffen: 7. Jan. 2020
- [12] Stengler K, Alberti M, Dress L et al (2017) PIA2Work. *Psychiatr Prax* 44(3):175–176
- [13] DGPPN (Hrsg) (2019) S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, 2. Aufl. Springer, Berlin
- [14] Reker T, Eikelmann B (2004) Berufliche Eingliederung als Ziel psychiatrischer Therapie. *Psychiatr Prax* 31:251–255
- [15] Matschnig T, Frottier P, Seyringer M et al (2008) Arbeitsrehabilitation psychisch kranker Menschen – ein Überblick über Erfolgsprädiktoren. *Psychiatr Prax* 35(6):271–278
- [16] Bond GR, Drake RE, Mueser KT et al (1997) An update on supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 48(3):335–346

- [17] Drake RE, Bond GR (2014) Introduction to the special issue on individual placement and support. *Psychiatr Rehabil J* 37(2):76–78
- [18] NICE (2014) Psychosis and schizophrenia in adults. The NICE guideline on treatment and management – updated edition 2014. <https://www.nice.org.uk/Guidance/CG178>. Zugegriffen: 7. Jan. 2020
- [19] Twamley EW, Jeste DV, Lehman AF (2003) Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Nerv Ment Dis* 191(8):515–523
- [20] Bond GR, Drake RE, Becker DR (2008) An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J* 31(4):280–290
- [21] Kinoshita Y, Furukawa TA, Kinoshita K et al (2013) Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 9:CD8297. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008297.pub2>
- [22] Suijkerbuijk YB, Schaafsma FG, van Mechelen JC et al (2017) Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 9:CD11867. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011867.pub2>
- [23] Cook JA, Burke-Miller JK, Roessel E (2016) Long-term effects of evidence-based supported employment on earnings and on SSI and SSDI participation among individuals with psychiatric disabilities. *Am J Psychiatry* 173(10):1007–1014
- [24] Hoffmann H, Jäckel D, Glauser S et al (2014) Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 171(11):1183–1190
- [25] Chan JY, Hirai HW, Tsoi KK (2015) Can computer-assisted cognitive remediation improve employment and productivity outcomes of patients with severe mental illness? A meta-analysis of prospective controlled trials. *J Psychiatr Res* 68:293–300
- [26] Kalkan R, Dorn W, Ehiosun U et al (2009) Unterstützte Beschäftigung bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Erfahrungen im deutschen Studienzentrum der europäischen EQOLISE-Studie. *Sozialpsychiatr Inf* 39(4):40–45
- [27] Rinaldi M, Killackey E, Smith J, Shepherd G, Singh SP, Craig T (2010) First episode psychosis and employment: a review. *Int Rev Psychiatry* 22(2):148–162
- [28] Bertolote J, McGorry P (2018) Early intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus statement. *Br J Psychiatry* 187(S48):s116
- [29] Bird V, Premkumar P, Kendall T, Whittington C, Mitchell J, Kuipers E (2010) Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry* 197(5):350–356
- [30] Gmitroski T, Bradley C, Heinemann L, Liu G, Blanchard P, Beck C, Mathias S, Leon A, Barbic SP (2018) Barriers and facilitators to employment for young adults with mental illness: a scoping review. *BMJ Open* 8(12):e24487
- [31] Sveinsdottir V, Lie SA, Bond GR, Eriksen HR, Tveito TH, Grasdahl AL, Reme SE (2019) Individual placement and support for young adults at risk of early work disability (the SEED trial). A randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health* 45(1):33–41

- [32] Bond GR, Drake R, Luciano A (2015) Employment and educational outcomes in early intervention programmes for early psychosis: a systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci* 24(5):446–457
- [33] ten Velden Hegelstad W, Joa I, Heitmann L, Johannessen JO, Langeveld J (2019) Job- and schoolprescription: a local adaptation to individual placement and support for first episode psychosis. *Early Interv Psychiatry* 13(4):859–866
- [34] Killackey E, Allott K, Jackson HJ, Scutella R, Tseng YP, Borland J, Proffitt TM, Hunt S, Kay-Lambkin F, Chinery G, Baksheev G, Alvarez-Jimenez M, McGorry PD, Cotton SM (2019) Individual placement and support for vocational recovery in first-episode psychosis: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 214(2):76–82
- [35] Nuechterlein KH, Subotnik KL, Ventura J, Turner LR, Gitlin MJ, Gretchen-Doorly D, Becker DR, Drake RE, Wallace CJ, Liberman RP (2019) Enhancing return to work or school after a first episode of schizophrenia: The UCLA RCT of Individual Placement and Support and Workplace Fundamentals Module training. *Psychol Med*. <https://doi.org/10.1017/S0033291718003860>
- [36] Rosenheck R, Mueser KT, Sint K, Lin H, Lynde DW, Glynn SM, Robinson DG, Schooler NR, Marcy P, Mohamed S, Kane JM (2017) Supported employment and education in comprehensive, integrated care for first episode psychosis: effects on work, school, and disability income. *Schizophr Res* 128:120–128
- [37] Stengler K, Kauffeldt S, Theißing A, Bräuning-Edelmann M, Becker T (2015) Medizinisch-berufliche Rehabilitation in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke Menschen in Deutschland: Analyse von Aufnahme- und Entlassdaten. *Nervenarzt* 86(5):603–608. <https://doi.org/10.1007/s00115-014-4207-3>
- [38] Stengler K, Becker T, Kilian R (2018) Maßnahmen zur beruflichen Integration in RPK- und BTZ-Einrichtungen mit und ohne Supported-Employment-Anteile für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (RPK_BTZ_MOSES). DGPPN Kongressbeitrag
- [39] Bond GR, Drake RE, Becker DR (2012a) Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry* 11(1):32–39
- [40] Drake RE, Bond GR, Becker DR (2012) Individual placement and support: an evidence-based approach to supported employment. Oxford University Press, New York
- [41] Bond GR, Becker DR, Drake RE, Vogler KM (1997) A fidelity scale for the individual placement and support model of supported employment. *Rehabil Couns Bull* 40(4):265–284
- [42] Bond GR, Evans L, Salyers MP, Williams J, Kim HW (2000) Measurement of fidelity in psychiatric rehabilitation. *Ment Health Serv Res* 2(2):75–87
- [43] Bond GR, Peterson AE, Becker DR, Drake RE (2012b) Validation of the revised individual placement and support fidelity scale (IPS-25). *Psychiatr Serv* 63(8):758–763
- [44] Swanson S, Becker D (2013) IPS supported employment: a practical guide. Psychiatric Research Center, Dartmouth
- [45] Lockett H, Waghorn G, Kydd R, Chant D (2016) Predictive validity of evidence-based practices in supported employment: a systematic review and meta-analysis. *Ment Health Rev J* 21(4):261–281
- [46] IPS Employment Center (2019) IPS fidelity scale for young adults. <https://ipsworks.org/wp-content/uploads/2019/03/IPS-fidelity-scale-for-young-adults-3-27-19.pdf>. Zugegriffen: 7. Jan. 2020
- [47] Bond GR, Becker DR, Drake RE (2011) Measurement of fidelity of implementation of evidence-based practices: case example of the IPS fidelity scale. *Clin Psychol Sci Prac* 18(2):126–141

- [48] Kim SJ, Bond GR, Becker DR, Swanson SJ, Langfitt-Reese S (2015) Predictive validity of the individual placement and support fidelity scale (IPS-25): a replication study. *J Vocat Rehabil* 43(3):209–216
- [49] Metcalfe JD, Drake RE, Bond GR (2018) Economic, labor, and regulatory moderators of the effect of individual placement and support among people with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull* 44(1):22–31
- [50] DGPPN (2019) S3-Leitlinie Schizophrenie. Langfassung, Version 1.0, zuletzt geändert am 15. März 2019. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-009.html>. Zugegriffen: 7. Jan. 2020
- [51] Waghorn G, Dias S, Gladman B, Harris M (2015) Measuring what matters: effectiveness of implementing evidence-based supported employment for adults with severe mental illness. *Int J Ther Rehabil* 22(9):411–420
- [52] Waghorn G, van Veggel R, Chant D, Lockett H (2018) The utility of item level fidelity scores for developing evidencebased practices in supported employment. *J Vocat Rehabil* 48(3):387–391
- [53] Catty J, White S, Koletsi M, Becker T, Fioritti A, Kalkan R, Lauber C, Lissouba P, Rössler W, Tomov T, van Buschbach JT, Wiersma D, Burns T (2011) Therapeutic relationships in vocational rehabilitation: predicting good relationships for people with psychosis. *Psychiatry Res* 187(1–2):68–73
- [54] Craig T, Shepherd G, Rinaldi M, Smith J, Carr S, Preston F, Singh S (2014) Vocational rehabilitation in early psychosis: cluster randomised trial. *Br J Psychiatry* 205(2):145–150
- [55] Corbière M, Brouwers E, Lanctôt N, van Weeghel J (2014) Employment specialist competencies for supported employment programs. *J Occup Rehabil* 24(3):484–497
- [56] Glover CM, Frounfelker RL (2011) Competencies of employment specialists for effective job development. *Am J Psychiatr Rehabil* 14(3):198–211
- [57] King J, Waghorn G (2018) How higher performing employment specialists support job-seekers with psychiatric disabilities retain employment. *J Rehabil* 84(4):22–28
- [58] Taylor A, Bond G (2014) Employment specialist competencies as predictors of employment outcomes. *Community Ment Health J* 50(1):31–40
- [59] Whitley R, Kostick K, Bush P (2010) Desirable characteristics and competencies of supported employment specialists: an empirically grounded framework. *Adm Policy Ment Health* 37(6):509–519
- [60] Schwarz B, Specht T, Bethge M (2017) Fortschreibung von Desintegrationskarrieren statt Förderung beruflicher Wiedereingliederung: Eine qualitative Studie zur Arbeitgebereinbindung in den Reha-Prozess. *Rehabilitation* 56(6):365–371
- [61] Jäckel D, Siebert S, Baumgardt J, Leopold K, Bechdorf A (2020) Arbeitsbezogene Teilhabebeeinträchtigungen und Unterstützungsbedarf von Patienten in der (teil-)stationären psychiatrischen Versorgung. *Psychiatr Prax.* <https://doi.org/10.1055/a-1112-5519>
- [62] Kinn LG, Holgersen H, Borg M, Davidson L (2016) “Watch your steps”—Community mental health professionals’ perspectives on the vocational rehabilitation of people with severe mental illness. *Scand Psychol* 3:e16. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.3.e16>
- [63] Knaeps J, Neyens I, Donceel P, van Weeghel J, Van Audenhove C (2015) Beliefs of vocational rehabilitation counselors about competitive employment for people with severe mental illness in Belgium. *Rehabil Couns Bull* 58(3):176–188

- [64] Marwaha S, Balachandra S, Johnson S (2008) Clinicians' attitudes to the employment of people with psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 44(5):349–360
- [65] Bonfils IS, Hansen H, Dalum HS, Eplov LF (2017) Implementation of the individual placement and support approach –facilitators and barriers. *Scand J Disabil Res* 19(4):318–333
- [66] Hamann J, Brieger P (2019) Return to Work – berufliches Entlassmanagement. *Nervenheilkunde* 38(07):481–484
- [67] Fioritti A, Burns T, Hilarion P, van Weeghel J, Cappa C, Sunol R, Otto E (2014) Individual placement and support in Europe. *Psychiatr Rehabil J* 37(2):123–128
- [68] Knaeps J, DeSmet A, Van Audenhove C (2012) The IPS fidelity scale as a guideline to implement supported employment. *J Vocat Rehabil* 37(1):13–23
- [69] Latimer E, Bordeleau F, Methot C, Barrie T, Ferkranus A, Lurie S, Whitley R (2019) Implementation of supported employment in the context of a national Canadian program: facilitators, barriers and strategies. *Psychiatr Rehabil J*. <https://doi.org/10.1037/prj0000355>
- [70] Moe C, Brinchmann B, McDaid D, Killackey E, Rinaldi M, Mykletun A (2019) Approaches to implementing individual placement and support in the health and welfare sectors: a scoping review protocol. *JBI Evid Synth*. 2020 Jan; 18(1):170-177
- [71] Rinaldi M, Miller L, Perkins R (2010b) Implementing the individual placement and support (IPS) approach for people with mental health conditions in England. *Int Rev Psychiatry* 22(2):163–172
- [72] Schneider J, Akhtar A (2012) Implementation of individual placement and support: the Nottingham experience. *Psychiatr Rehabil J* 35(4):325–332
- [73] van Erp NH, Giesen FB, van Weeghel J, Kroon H, Michon HW, Becker D, McHugo GJ, Drake RE (2007) A multisite study of implementing supported employment in the Netherlands. *Psychiatr Serv* 58(11):1421–1426