

Persönliche PDF-Datei für Gruber D, Böhm M, Gattringer F.

Mit den besten Grüßen von Thieme

www.thieme.de

**Gelingensfaktoren für die
Arbeitsmarktintegration von
Menschen mit psychischer
Beeinträchtigung - eine qua-
litative Befragung von
Betrieben in Österreich**

Psychiatrische Praxis

2023

10.1055/a-2082-6519

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kolleginnen und Kollegen oder zur Verwendung auf der privaten Homepage der Autorin/des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Copyright & Ownership
© 2023. Thieme. All rights reserved.
Die Zeitschrift *Psychiatrische Praxis* ist Eigentum von Thieme.
Georg Thieme Verlag KG,
Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany
ISSN 0303-4259

Gelingensfaktoren für die Arbeitsmarktintegration von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung – eine qualitative Befragung von Betrieben in Österreich

Success Factors for the Labour Market Integration of People with Psychosocial Disabilities – A Qualitative Survey in Austrian Companies

Autorinnen/Autoren

Dominik Gruber, Martin Böhm, Fabiola Gattringer

Institute

Abteilung Qualitätsmanagement, pro mente Oberösterreich, Linz, Österreich

Schlüsselwörter

psychische Beeinträchtigung/Gesundheit, Beschäftigung, Arbeitsmarkt, Integration, qualitativ

Key words

mental health/disability, employment, labour market, integration, qualitative research

eingereicht 19.09.2022

akzeptiert 27.04.2023

online publiziert 2023

Bibliografie

Psychiatr Prax

DOI 10.1055/a-2082-6519

ISSN 0303-4259

© 2023. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Mag. Martin Böhm

pro mente Oberösterreich

Abteilung Qualitätsmanagement

Lonstorferplatz 1

4020 Linz

Österreich

boehmm@promenteoee.at



Zusätzliches Material finden Sie unter <https://doi.org/10.1055/a-2082-6519>

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel Die Studie untersucht, welche Bedingungen und Maßnahmen die Anstellung und betriebliche Integration von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen befördern.

Methodik Es wurden 26 leitfadengestützte qualitative Interviews mit Betrieben aus ganz Österreich geführt. Davon beschäftigten 15 Betriebe zum Zeitpunkt des Interviews Personen mit psychischen Beeinträchtigungen, 11 Betriebe haben bisher keine Person mit psychischer Beeinträchtigung beschäftigt.

Ergebnisse Betriebe, die Personen mit psychischer Beeinträchtigung beschäftigen, verweisen auf ein ideelles, soziales oder gesellschaftspolitisches Motiv und setzen vielfältige Maßnahmen ein. Betriebe, bei denen Personen mit deklarer psychischer Erkrankung bisher keine Anstellung fanden, äußern Unsicherheiten und damit verbundene ambivalente Erwartungen in Bezug auf die Anstellung.

Schlussfolgerung Die Ergebnisse verdeutlichen, dass es notwendig ist, Unternehmen zu den Möglichkeiten und Rahmenbedingungen zur arbeitsmarktbezogenen Integration von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu informieren und zu sensibilisieren.

ABSTRACT

Objective The study examines conditions to promote employment and workplace integration of people with psychosocial disabilities.

Method 26 guided interviews were conducted with Austrian companies. 15 of these companies employed people with mental disabilities at the time of the interview. The remaining 11 companies did not employ anyone who had a declared mental illness.

Results Companies that employ people with mental disabilities refer to an idealistic, social or socio-political motive for employment and have manifold supportive measures in place. Companies that do not employ people with mental disabilities express insecurities and ambivalent expectations regarding employment of people with mental disabilities.

Conclusion Results show that it is imperative to inform companies of the possibilities and conditions of workplace integration of people with psychosocial disabilities.

Einleitung

Die gesellschaftliche und ökonomische Bedeutung psychischer Probleme im Kontext der Arbeitswelt nimmt – vor allem im Vergleich zu somatischen Erkrankungen – stetig zu [1, 2]. Auch in Österreich ist der Anteil psychisch bedingter Fälle von Berufs- und Arbeitsunfähigkeit hoch und tendenziell im Steigen begriffen [3]. Das bedeutet, Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen (MmpB) weisen ein erhöhtes Risiko auf, aus dem Arbeitsleben zu fallen; bzw. haben sie, etwa nach einem längeren stationären Aufenthalt, häufig Schwierigkeiten am Arbeitsmarkt wieder Fuß zu fassen [4, 5]. Dies betrifft insbesondere Menschen mit *schweren* psychischen Erkrankungen. In Deutschland wird die Zahl dieser Gruppe auf 500,000 bis zu einer Million betroffener Personen geschätzt [6]. In Österreich fehlen hierzu detaillierte Zahlen. Dies hat unter anderem mit definitorischen Schwierigkeiten zu tun. So gibt es lediglich eine Berichterstattung über die gesamte Gruppe der „begünstigt behinderten Personen“ (sowohl körperlich als auch kognitiv beeinträchtigte Menschen) sowie für Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen¹ [7].

Des Weiteren ist zu beachten, dass die verringerten Chancen auf Teilhabe heute durch gesellschaftliche sowie arbeitsmarktbezogene Entwicklungen, z. B. durch Rationalisierungs- und Digitalisierungsprozesse, zusätzlich verstärkt wird [8–10]. Es ist zu berücksichtigen, dass Arbeitslosigkeit wiederum ein Risikofaktor für die Gesundheit ist und psychische Erkrankungen (weiter) befördern kann [11–13]. Forschungsergebnisse zeigen, dass Personen mit psychischer Beeinträchtigung von Arbeitgebern häufig als weniger beschäftigungsfähig und qualifiziert eingestuft werden als Bewerber ohne Beeinträchtigung [4, 14]. Arbeitgeber berichten in Bezug auf die Beschäftigung von MmpB außerdem oft von Unsicherheiten, Ängsten sowie antizipierten Mehraufwänden, z. B. für die Sensibilisierung von Kollegen oder für Arbeitsplatzadaptionen [4, 14]. Neben den daraus resultierenden Exklusionstendenzen sind MmpB zusätzlich mit einem hohen Maß an Stigmatisierung und sozialer Ausgrenzung konfrontiert [15–18]. Vielfach wird das Stigma von den Betroffenen übernommen und als legitim empfunden („Selbststigmatisierung“) [19, 20]. Die sozialen Folgen von Stigmatisierung und Selbststigmatisierung reichen von sozialer Isolation, über Arbeitslosigkeit, bis hin zu Armut und Obdachlosigkeit, welche die Diskriminierung und Ausgrenzung wiederum verstärken („sekundäre Stigmatisierung“) [21]. Darum wird empfohlen, den Arbeits Einstieg nach erfolgreicher Rehabilitation längerfristig zu begleiten [22].

Die Beschäftigung und arbeitsmarktbezogene Integration von MmpB sind sowohl für das einzelne Individuum als auch gesellschaftlich von hoher Relevanz. Für die Gewährleistung von Chancengerechtigkeit, die Verwirklichung des „Rechts auf Arbeit“ [23] sowie die Ermöglichung gesellschaftlicher Teilhabe ist es geboten, Barrieren, mit denen MmpB in der Öffentlichkeit im Allgemeinen und am Arbeitsmarkt im Besonderen konfrontiert sind, entgegen-

zuwirken [24]. Um den Einstieg sowie die Wiedereingliederung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in die Arbeitswelt zu erleichtern, gibt es in Österreich – neben rechtlichen Vorgaben – sowohl für Arbeitnehmer als auch -geber zahlreiche Förderinstrumente. Diese reichen von Informations- und Beratungsangeboten, über Trainings und unterstützende Maßnahmen am Arbeitsplatz, bis hin zu finanziellen Formen der Unterstützung (**Online-Tab. 3**). Im Vergleich zu „klassischen“ Instrumenten wie Arbeitstrainings, die dem Prinzip „first train then place“ folgen [25, 26], gelten internationaler Forschung zufolge vor allem „first place then train“-Maßnahmen, wie z. B. Supported Employment, als besonders effektiv [27–29].

Die vorliegende Studie untersucht die Rahmenbedingungen, die für das Gelingen von nachhaltigen Beschäftigungsverhältnissen zwischen Arbeitgeber und MmpB ausschlaggebend sind. Dabei stehen die folgenden zwei Fragestellungen im Vordergrund: (a) Welche Motive gibt es seitens der Arbeitgeber, MmpB anzustellen bzw. nicht zu beschäftigen? (b) Welche Bedingungen, Strategien und Maßnahmen fördern die Beschäftigung von MmpB?

Methodik

Die Studie, die insgesamt 26 leitfadengestützte qualitative Interviews umfasst, wurde im Zeitraum von Juli 2019 bis März 2020 durchgeführt, wobei die Interviews zwischen November 2019 und Januar 2020 erfolgten. Es wurden sowohl Betriebe befragt, die aktuell MmpB beschäftigen (Betrieb mit beeinträchtigten Beschäftigten = BmbB, Untersuchungsgruppe 1, UG1), sowie Betriebe, die dies aktuell nicht tun (Betrieb ohne Beschäftigte mit Beeinträchtigung = BobB, Untersuchungsgruppe 2, UG2). Auf die UG1 entfallen 15 und auf die UG2 11 Interviews.

Die Anbahnung der Interviews mit den Betrieben der UG1 erfolgte über verschiedene Trägerorganisationen/Sozialunternehmen, zu deren Kernaufgaben die Unterstützung und Betreuung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zählen. Um die Interviews geographisch zu streuen, wurden Trägerorganisationen aus allen Teilen Österreichs kontaktiert und über das Projekt und dessen Ziele informiert. Die Trägerorganisationen eruierten im nächsten Schritt potenzielle Interviewpartner und stellte den Kontakt zu diesen her. Die Betriebe der UG2, die aktuell keine Menschen mit psychischer Beeinträchtigung beschäftigen, wurden über verschiedene Firmenregister ausgewählt und kontaktiert. Die Kriterien der Auswahl waren Leistungsart, Betriebsgröße sowie das Bundesland. Die Interviews wurden telefonisch oder vor Ort in den Betrieben geführt. Die Dauer der Interviews lag jeweils zwischen 20 und 60 Minuten. Bei der Auswahl der konkreten Interviewpartner wurde darauf geachtet, dass diese das Unternehmen bestmöglich repräsentieren. Dabei handelte es sich entweder um die Unternehmensbesitzer, Personen aus der Geschäftsführung oder um leitende Angestellte. Einen Überblick zur Stichprobenzusammensetzung, zur Verteilung der Interviews nach geografischen Gesichtspunkten sowie zu den zentralen Merkmalen der befragten Betriebe, gibt ▶ **Tab. 1**.

Alle Interviews wurden vollständig transkribiert und anschließend anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [30] ausgewertet. Ziel der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse war es, bestimmte Aspekte und Dimensionen des Materials zu verdeutlichen. Die Auswertung erfolgte deduktiv: Ausgehend von den bisherigen theoretischen Erkenntnissen und den Forschungsfra-

¹ Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen sind: Personen mit sonstigen gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen (Sonstige vom AMS begünstigte behinderte Personen) sowie Behinderte Personen (Begünstigt nach dem Behinderteneinstellungsgesetz (BEINSTG) und/oder Opferfürsorgegesetz (OFG), Begünstigung nach Landesbehindertengesetzen) und Personen mit Behindertenpass.

► **Tab. 1** Zahl und Merkmale der befragten Betriebe.

Interviewgruppe	Interview-anzahl	Region ¹				Leistungsform ²			Betriebsgröße ³		
		Nord-Ost	Mitte	Süd-Ost	West	Sach	Dienst	beides	klein	mittel	groß
BmbB – mit beeintr. Beschäftigte (UG1)	15	2	6	4	3	3	9	3	8	3	4
BobB – ohne beeintr. Beschäftigte (UG2)	11	3	4	2	2	5	6	0	5	4	2

¹ Nord-Ost = Niederösterreich + Wien; Mitte = Oberösterreich + Salzburg; Süd-Ost = Steiermark + Kärnten + Burgenland; West = Tirol + Vorarlberg

² Sach = Sachleistung; Dienst = Dienstleistung; beides = Sach- und Dienstleistung

³ Die Unterteilung der Unternehmen erfolgte anhand der Kategorisierung nach Beschäftigungszahlen der Unternehmen in Anlehnung an die Definition der Europäischen Beobachtungsstelle für KMU, die auch von der Wirtschaftskammer Österreich herangezogen wird (Kleinstunternehmen: weniger als 10 Beschäftigte; Kleinunternehmen: von 10 bis 49 Beschäftigte; Mittlere Unternehmen: von 50 bis 249 Beschäftigte; Großunternehmen: 250 und mehr Beschäftigte). Kleinst- und Kleinunternehmen wurden zusammengezogen. (Quelle: eigene Darstellung)

gen, wurde ein Kategoriensystem entworfen, welches in einem iterativen Prozess weiter verfeinert wurde. Die Kodierung erfolgte vollständig mittels MAXQDA, Version 20. Insgesamt wurden pro Untersuchungsgruppe jeweils drei Interviews gemeinsam im Team kodiert und interpretiert. Bei den restlichen Interviews wurden die einzeln kodierten Transkripte anschließend stichprobenartig im Team auf konsistente und reliable Interpretation hin geprüft. Das Maß der Übereinstimmung in Bezug auf die Kodierung und Interpretation zentraler Textstellen wurde vom Projektteam als ausreichend eingestuft. Die Sprache wurde leicht geglättet und umgangssprachliche Spezifika in allgemeinverständliche Schriftsprache übersetzt, wobei darauf Wert gelegt wurde, dicht am Originalton zu bleiben.

Ergebnisse

Die Darlegung der Ergebnisse orientiert sich an den oben genannten Forschungsfragen, wobei der Fokus pro Untersuchungsgruppe etwas variiert. So werden in der Gruppe BmbB vor allem Motive und Bedingungen, die zu einer Anstellung von MmpB führen bzw. geführt haben oder sich für die Anstellung positiv auswirken, betrachtet. Bei der Gruppe BobB stehen die geäußerten Überlegungen im Vordergrund, die von den befragten Personen als förderlich für eine Anstellung von MmpB angesehen werden.²

Gruppe BmbB (UG1): Motivlagen für die Beschäftigung von MmpB

Bei jenen Betrieben, die einen oder mehrere Menschen mit psychischen Erkrankungen gegenwärtig beschäftigen (BmbB), können die Motive, eine Person mit psychischer Erkrankung einzustellen, als „komplex“ und „verwoben“ charakterisiert werden. Die rekonstruierten, zugrundeliegenden Motivlagen lassen sich in dieser

Gruppe als ein Zusammenspiel zwischen mehr oder weniger ausgeprägten ideellen Aspekten, betriebswirtschaftlichen und/oder finanziellen Überlegungen sowie betrieblichen und außerbetrieblichen Rahmenbedingungen (z. B. teambezogene Faktoren, Möglichkeiten externer Unterstützung) begreifen. Als stärkste grundlegende motivationale Orientierung für die Beschäftigung von MmpB wurde von 14 der insgesamt 15 BmbB explizit auf ein ideelles, das heißt ethisch oder gesellschaftspolitisch inspiriertes Motiv hingewiesen (UG1: n = 14). Für eine strukturierte Darstellung soll in weiterer Folge zwischen den eben genannten ideellen Motiven und eher instrumentell orientierten Aspekten unterschieden werden, die sich jedoch keineswegs gegenseitig ausschließen.

In Bezug auf die Motive mit eher *instrumentellem Charakter* wurde besonders häufig darauf verwiesen, dass zum Zeitpunkt der Einstellung eine Arbeitskraft benötigt wurde bzw. das Passungsverhältnis zwischen Person und Arbeitsplatz adäquat ist/war (UG1: n = 8). Ein Drittel der Betriebe wies aber auch auf den (möglichen) negativen Einfluss der Erkrankung, z. B. auf die Arbeitsleistung, hin (UG1: n = 5). In einigen Interviews wurden die finanziellen Vorteile durch Förderungen stärker betont (UG1: n = 3) oder auch als „positive Nebenerscheinung“ (UG1: n = 1) ausgewiesen. Einige befragte Personen deklarierten die erhaltenen finanziellen Unterstützungsleistungen, unter anderem aufgrund ihrer geringen Höhe oder auch aufgrund des damit verbundenen bürokratischen Aufwandes, als „weniger relevant“ oder gar als „irrelevant“ (UG1: n = 4). Ein Betrieb verwies auch auf die potentielle Außenwirkung bzw. die positive Reputation, die durch die Anstellung von beeinträchtigten Personen generiert werden kann (UG1: n = 1).

Was die Motivlagen mit *ideellem Charakter* betrifft, so können diese in ihrer Grundorientierung zwei Kategorien zugeordnet werden, wobei es in Einzelfällen auch zu Überlappungen zwischen den beiden Ausrichtungen kommt: (a) Die erste Motivlage zeichnet sich durch eine stärker *soziale Grundorientierung* aus. Diese streicht in Bezug auf die Beschäftigung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigten vor allem die besondere Situation, z. B. deren Benachteiligung, hervor (UG1: n = 9). Dieser wollen Unternehmen entgegenwirken, indem sie Chancen eröffnen und Unterstützung bieten. (b) Die zweite Orientie-

² Auf die Interviews wird im Fließtext durch die Angabe der Untersuchungsgruppe (UG1 oder UG2), gefolgt von der Anzahl der Interviews, in denen die jeweils angesprochene Thematik, Bedingung etc. angesprochen wurde, Bezug genommen. In den Tabellen werden hingegen die einzelnen Ziffern der anonymisierten Interviews angeführt.

rung konnte als stärker *gleichheitsorientiert* rekonstruiert werden (UG1: n = 5). Dabei wurde unter anderem und explizit betont, dass der Betrieb alle Personen gleich behandeln will oder jedem die Möglichkeit geboten werden soll, sich mit den je spezifischen Fähigkeiten im Betrieb einzubringen, ohne jedoch „blind“ für notwendige Unterstützungsmaßnahmen zu sein (**Online-Tab. 4**).

Gruppe BmbB (UG1): Förderliche Bedingungen, Strategien und Maßnahmen

Die Befragung der BmbB hat gezeigt, dass die Form und das Ausmaß der gesetzten Vorkehrungen und Maßnahmen zur beruflichen Integration von MmpB von Betrieb zu Betrieb in Umfang und Ausmaß variieren. *Größere Unternehmen und Organisationen*, die in den Bereichen Gesundheit, Soziales und Pflege beheimatet sind, weisen häufiger umfassende und differenzierte Unterstützungsstrukturen auf (UG1: n = 4). Hier stehen oft eigene Strukturen, wie Betriebsärzte, Arbeitspsychologen, Mentoren oder Instrumente aus dem Bereich des Wiedereingliederungsmanagements zur Verfügung. Diese Unternehmen arbeiten auch häufiger mit externen Unterstützungsangeboten, wie Jobcoaching oder Arbeitsassistenz, zusammen. Bei *kleineren Unternehmen*, in denen technische, handwerkliche oder auch repetitive Tätigkeiten im Fokus stehen, sind es in der Regel eher „pragmatischere“ Maßnahmen, die zur Unterstützung der Eingliederung eine Rolle spielen (UG1: n = 8). Hier stehen beispielsweise Prinzipien wie „learning by doing“ öfters im Vordergrund. ► **Tab. 2** gibt einen Überblick über jene Bedingungen, Strategien und Maßnahmen, die den Prozess der Anstellung und Integration von MmpB aus Sicht der befragten Personen fördern bzw. gefördert haben.

Die Eingliederung der MmpB wird in der Regel an die jeweiligen betriebsinternen Bedingungen angepasst. Auch externe Unterstützungsmaßnahmen variieren in ihrer Form und in ihrem Umfang von Betrieb zu Betrieb. Ein Teil der befragten Personen empfindet das vorhandene Maß an externer Unterstützung als ausreichend (UG1: n = 2). Bei einem Drittel wird externe Unterstützung und Beratung nicht bzw. nur in einem geringen Ausmaß in Anspruch genommen (UG1: n = 4). Rund die Hälfte der Betriebe regen an, externe Unterstützungsformen auszubauen bzw. auszudehnen (UG1: n = 6), auch um für mögliche Konflikt- und Krisensituationen besser gewappnet zu sein (UG1: n = 7). Einige Betriebe geben an, dass sie sich bisher noch keinen Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Einstellung von MmpB verschafft haben (UG1: n = 5). Vereinzelt werden aber auch rechtliche Änderungen angeregt, wie z. B. die Flexibilisierung von Probezeit- und Schutzbestimmungen oder die Lockerung des Kündigungsschutzes für MmpB (UG1: n = 5).

Gruppe BobB (UG2): Annahmen zu förderlichen und hinderlichen Gesichtspunkten

Die Unternehmen der Gruppe BobB beschäftigen keine MmpB, bei denen eine Erkrankung zum Zeitpunkt der Einstellung den verantwortlichen Personen bekannt ist. Bei den BobB steht vor allem die Frage im Vordergrund, welche Bedingungen die Einstellung von MmpB aus ihrer Sicht befördern oder in Teilen auch behindern würde.

Für einige Betriebe sind es vor allem die konkreten Bedingungen am Arbeitsplatz sowie die Tätigkeitsinhalte, die für das Gelin-

gen der betrieblichen Integration ausschlaggebend sind. So gab etwa eine befragte Person zu bedenken, dass es sich um einfache Tätigkeiten handeln sollte und um eine Arbeit, die möglichst wenig psychischen Druck mit sich bringen sollte (UG2: n = 1). Für mehr als die Hälfte der befragten Personen gelten Belastbarkeit, ein fortgeschrittener Genesungsprozess sowie eine psychische Grundstabilität als wichtige Voraussetzungen für eine Anstellung (UG2: n = 6). Vereinzelt werden ideelle Momente, wie eine positive Grundeinstellung und eine Haltung der Offenheit gegenüber MmpB, als hilfreich erachtet (UG2: n = 3). Des Weiteren sollte – so meinen einzelne befragte Personen – der Entschluss zur Anstellung von allen Beschäftigten mitgetragen werden (UG2: n = 3).

Die geäußerten Vorschläge für Maßnahmen zur Verbesserung der betrieblichen Integration von MmpB reichen von einem transparenten Umgang mit der Erkrankung und Interventionen, die die Passung zwischen Person und Arbeitsplatz erhöhen sollen, über die Einrichtung von speziellen Ansprech- und Vertrauenspersonen, die sich um die Anliegen der betreffenden Personen kümmern sollen, sowie Maßnahmen zur Sensibilisierung, bis hin zu Forderungen von staatlich finanzierten Unterstützungsleistungen, die mögliche Arbeitsausfälle kompensieren sollen (**Online-Tab. 5**). In manchen Interviews werden auch externe und organisatorische Hilfen angesprochen (UG2: n = 3) sowie auf die Notwendigkeit laufender Evaluierungsmaßnahmen hingewiesen (UG2: n = 2). Ein Betrieb betonte, dass die Anstellung von MmpB sowohl im Vorfeld als auch danach durch Organisationen aus dem Bereich der psychosozialen Versorgung aktiv unterstützt werden müsse (UG2: n = 1).

Vereinzelt wird auf die Schwierigkeit verwiesen, die arbeitsbezogenen Folgen psychischer Erkrankungen – etwa im Vergleich zu körperlichen Beschwerden – adäquat einzuschätzen (UG2: n = 4). Dies äußert sich in manchen Fällen auch in negativen oder ambivalenten Bildern, vor allem in Bezug auf die Leistungsfähigkeit, die Verlässlichkeit sowie die Auswirkungen im sozialen Umgang (UG2: n = 3). Vielfach wurde darauf hingewiesen, dass das Thema psychischer Erkrankungen ein tabuisiertes ist, und es deshalb schwerfällt, entsprechende Maßnahmen zu setzen (UG2: n = 6). In jenen Interviews, in denen das Krankheitsbild der Depression zur Sprache kam, wurde dieses – im Vergleich zu anderen Erkrankungen – als weniger „problematisch“ eingeschätzt. Vereinzelt wurde auch über besondere Fähigkeiten von MmpB gemutmaßt (UG2: n = 2). So verweist eine interviewte Person auf die populären und medial vermittelten Inselbegabungen von Autisten. In Bezug auf förderliche und hinderliche Aspekte für die positive Integration von MmpB lassen sich anhand der Größe des Unternehmens sowie der Leistungsform bei den Betrieben, die keine MmpB angestellt haben, keine nennenswerten Unterschiede benennen. Alle genannten Aspekte streuen quer über die interviewten Betriebe der UG2.

Diskussion

Ziel der vorliegenden Studie ist es, insbesondere jene Bedingungen und Maßnahmen, die für die Einstellung und betriebliche Integration von MmpB förderlich sind oder sein können, zu eruieren. Hierfür wurden sowohl Betriebe und Organisationen befragt, die Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen bereits aktiv ein-

► **Tab. 2** Bedingungen, Strategien und Maßnahmen für die betriebliche Integration von MmpB.

Dimension	Relevante und förderliche Bedingungen, Strategien und Maßnahmen	Beispielzitate
Individuelle Haltungen und Kompetenzen der Arbeitnehmer		
Haltungen und soft skills	<ul style="list-style-type: none"> Motivation, Arbeitsbereitschaft und Lernbereitschaft (UG1: 4, 5, 7, 8, 10) Soziale und kommunikative Fähigkeiten (UG1: 2, 3, 8) 	„Ja, der Wille ist einmal das ‚Um-und-auf‘ [...]. Aus dem heraus kann man alles machen, [...] Da ist mir einer lieber, der kann’s nicht und der ist willig; weil der – sage ich einmal – hat eine Chance verdient.“ (UG1: 5)
Krankheitsbezogene Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> Gewisses Maß an Stabilität und Belastbarkeit, um beispielsweise den beruflichen Anforderungen gerecht zu werden (UG1: 9, 10, 13) Krankheitseinsicht, Compliance sowie Reflexion über sich selbst, die eigenen Fähigkeiten und Einschränkungen (UG1: 12, 13) 	„Es ist einfach so, dass manchmal mehr gefordert wird oder mehr in kürzerer Zeit durchgebracht werden muss; und natürlich kann das eine Belastung sein und das Thema ist immer wieder, wie geht derjenige damit um [...] ohne dass derjenige dann wieder in ein Schema [...] reinrutscht.“ (UG1: 13)
Immaterielle und ideelle Aspekte		
Haltungen, Einstellungen	<ul style="list-style-type: none"> Förderliche Haltungen wie Offenheit, Toleranz, Geduld (UG1: 1–7, 10, 14) Positives Betriebsklima, etwa durch Zusammenhalt, regelmäßigen Kontakt, Vertrauen, Commitment der Leitung (UG1: 1, 3–5, 7, 10, 12, 15) 	„Und ich habe das Glück, dass ich – Gott sei Dank – ein super Team habe; dass da ein Zusammenhalt da ist; und [...] wenn da jemand Neuer anfängt, der wird begleitet; der wird nicht hingestellt[,] [...] Dann wird nicht erwartet, du funktionierst, [...] und er soll auch was lernen; er soll sich’s anschauen. [...] Sie werden normal behandelt und nicht als irgendwas.“ (UG1: 7)
Umgang mit Erkrankung	<ul style="list-style-type: none"> Offener, transparenter Umgang mit der Erkrankung und (potenziellen) Einflüssen auf die Arbeit und die Arbeitsleistung (UG1: 1, 4, 6–12, 14–15) Transparenz und Balance hinsichtlich ‚Besonderung‘ und ‚Gleichbehandlung‘, um z. B. Konflikte im Team zu vermeiden (UG1: 1, 6, 9, 11, 12, 15) 	Es ist notwendig, „[d]ass man offen und klar kommuniziert, auch im Team, wo derjenige ist. Weil sonst verstehen sie nicht, wieso da manchmal Sonderwürste notwendig sind.“ (UG1: 11)
Organisationale Bedingungen, Strategien und Maßnahmen		
Erprobung und Einschulung	<ul style="list-style-type: none"> Erprobung des Arbeitsplatzes und Klärung der Anforderung durch „Kennenlernen“ und/oder Praktika im Vorfeld (UG1: 1, 8–10, 12–14) „Hineinwachsen“, „learning by doing“, „sich Zeit lassen“ (UG1: 1–5, 7, 8) 	„Förderlich war schon einmal zuerst diese Praktikumszeit, eben diese zwei bis vier Wochen, weil man doch ein bisschen gesehen hat, ob sich die Anforderungen, die wir halt stellen oder die wir haben – ob das alles funktioniert, [...]“ (UG1: 9)
Adaption des Arbeitsplatzes, von Strukturen und Abläufen	<ul style="list-style-type: none"> Anpassung, Einschränkung des Arbeitsfeldes oder der Aufgaben, um z. B. Belastungen zu vermeiden oder um Stärken und Schwächen zu berücksichtigen, „Verlangsamung“, Aufgaben teilen (UG1: 1, 2, 5, 6, 7, 9, 10, 14, 15) Ermöglichung von Home Office und flexiblen Arbeitszeiten, Anpassung der Arbeitszeiten über längere Zeiträume hinweg (UG1: 2, 7, 12, 15) 	„Also man muss dann einfach entsprechend schauen, wie sich das wirtschaftlich ausgeht; und bei uns war das [...] so, dass wir ihn sowieso für eine Rolle eingeplant haben, in der es nicht notwendig ist, dass er die ganze Zeit zuverlässig seinen Kalender einhält.“ (UG1: 1)
Interne Unterstützung und Sensibilisierung	<ul style="list-style-type: none"> Ernennung/Etablierung einer Ansprechperson, Mentoren für den/die Betroffene, z. B. im Falle von Unklarheiten, Schwierigkeiten (UG1: 2, 5–8, 11, 12, 15), Gespräche und (wiederholtes) Feedback (UG1: 12, 14) Professionalisierte interne Unterstützung, z. B. durch Arbeitsmedizin, Diversity-Management, Vertretungen, Vertrauenspersonen (UG1: 12, 14, 15) 	„Also das Team nimmt auch extrem Rücksicht. Wir haben die Teams dann auch so besetzt, dass Kollegen bei ihm im Zimmer gesessen sind, die ihn mehr unterstützen konnten.“ (UG1: 12)
Externe Unterstützung und Kooperationen	<ul style="list-style-type: none"> Externe Unterstützung durch individuelle Betreuung zu Beginn und/oder während der Anstellung (z. B. durch externen Träger, Jobcoaching etc.) (UG1: 1, 2, 6, 10–15) Zusammenarbeit mit externen Organisationen in Form von Arbeitskräfteüberlassung, Subauftragnehmer (UG1: 1, 3, 4, 6, 10, 13) 	„Oft wäre es – glaube ich – schon hilfreich, wenn es da jemand geben würde, [...] weil [das] eine andere Sichtweise oder ein anderer Zugang ist, als wenn ich das von uns mache oder jetzt ich auf der Leitungsebene.“ (UG1: 9)
Finanzielle und betriebswirtschaftliche Aspekte		
Finanzielle Zuzahlungen	<ul style="list-style-type: none"> Inanspruchnahme von finanzieller Unterstützung, um entstehende Kosten, entgangene Arbeitsleistung zu kompensieren (UG1: 1, 6, 8, 10, 12–15) 	„Also wichtig ist, so wie es bei uns ist, dass man einfach [...] Unterstützung hat, schon rein eine finanzielle Unterstützung, dass er nicht so viel kostet, weil man ja wirtschaftlich denken muss; (und) dann die Chancen diesen Menschen nicht geben kann, wenn man die sofort voll zahlen muss.“ (UG1: 8)
Spezifische Ausbildungs- und Arbeitsverhältnisse	<ul style="list-style-type: none"> Anstellung im Rahmen von Ausbildung, Umschulung, Lehrlingsausbildung, Dienstverhältnisse über Stiftungen und Arbeitskräfteüberlassung (UG1: 1, 3, 5, 8, 12, 14, 15) 	„Ich meine, die Unterstützungsleistung ist die, dass halt die Person nicht unmittelbar bei uns angestellt war, sondern wir eine Arbeitsüberlassung [hatten].“ (UG1: 3)

gestellt haben (BmbB), als auch Unternehmen, bei denen das nicht der Fall ist (BobB).

Obwohl sich die Motivlage der BmbB als durchweg komplex darstellt, weisen fast alle befragten Personen auf eine ideelle Grundmotivation hin. Diese können zwei Grundkategorien zugewiesen werden: zum einen einem eher sozialen und zum anderen einem eher gleichheitsorientierten Motiv. Aufgrund der häufigen Betonung ideeller Motivlagen und der in einigen Fällen als weniger relevant erachteten finanziellen Aspekte, kann angenommen werden, dass diese intrinsischen Motive ein wesentlicher Faktor sind, MmpB einzustellen. Insgesamt überwogen die sozial- gegenüber den gleichheitsorientierten Motiven. Grundsätzlich birgt eine ausschließliche oder starke soziale Grundhaltung oftmals das Problem, die Beeinträchtigung und damit attribuierten Defizite zu betonen. Die daraus häufig resultierende „Fürsorglichkeit“ wird von Betroffenen nicht selten als „stigmatisierend“ erlebt [31]. Die als „gleichheitsorientiert“ rekonstruierten Motive entsprechen stärker den Anliegen der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen [24], vor allem wenn sie die Gleichstellung betonen, ohne jedoch notwendige Unterstützung zu verneinen.

Das Ausmaß an gesetzten Maßnahmen zur Förderung der betrieblichen Integration von MmpB variiert stark von Betrieb zu Betrieb. Diese reichen von umfassenden internen Strukturen zur Unterstützung für betroffene Beschäftigte in vor allem größeren Betrieben sowie in Unternehmen und Organisationen im Sozial- und Gesundheitsbereich, bis zu eher „pragmatischen“ und situationsangepassten Vorgehensweisen in vor allem kleineren Betrieben. Von vielen der interviewten BmbB wurden auch verschiedene Formen externer Unterstützung in Anspruch genommen. Erfahrungen zeigen, dass eine kontinuierliche Nachbetreuung für den Erhalt des Arbeitsplatzes von zentraler Bedeutung ist [22]. Vielfach wurde von individuell angepassten Formen der Unterstützung und in manchen Fällen von durchaus innovativen Ideen berichtet, wie z. B. innerbetrieblichen Mentoren für die Unterstützung von MmpB. Die von den Betrieben häufig gestellte Erwartung an (potentielle) Beschäftigte, mit der Erkrankung in transparenter Weise umzugehen, steht in Widerspruch zu den häufig geäußerten Ängsten in Bezug auf Stigmatisierung und Exklusion auf der Seite der Betroffenen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen [14, 31].

Internationale Forschungsergebnisse zeigen, dass die Bereitschaft MmpB in Betrieben anzustellen im Allgemeinen nicht sehr ausgeprägt ist [14, 32, 33]. Auch in der vorliegenden qualitativen Studie äußerten einige BobB Vorbehalte bezüglich der Leistungsfähigkeit und Verlässlichkeit von MmpB. Vielfach nehmen die befragten Personen an, Nachteile, z. B. durch Arbeitsausfälle, in Kauf nehmen zu müssen. Dies deckt sich ebenfalls mit nationalen und internationalen Forschungsergebnissen [4, 14]. Wie auch in der Literatur beschrieben [16], sind bezüglich solcher Einschätzungen auch Unterschiede zwischen verschiedenen Krankheitsbildern zu verzeichnen. Aus den vorliegenden Ergebnissen lässt sich schließen, dass bei BobB das Wissen über psychische Erkrankungen, den Umgang mit Betroffenen sowie über mögliche Unterstützungsformen nur gering ausgeprägt ist. Gepaart mit den beschriebenen Unsicherheiten und den ambivalenten bis negativen Erwartungen ä-

ßert sich dies häufig in einer (vorsichtigen) „Distanziertheit“ gegenüber einer möglichen Anstellung von MmpB.

Die vorliegende Studie hat explorativen Charakter und ist daher in ihrer Aussagekraft limitiert. Beispielsweise können keine Aussagen darüber getroffen werden, wie sich die in dieser Studie unterschiedenen Motivlagen für die Beschäftigung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in der Grundgesamtheit tatsächlich verteilen. Einige, für die arbeitsmarktbezogene Integration von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen relevante Charakteristika und Differenzierungen fanden daher noch keine Berücksichtigung. Da sich die Form und das Ausmaß unterstützender Leistungen und Adaptionen je Krankheitsbild unterscheiden könnten, sollten in zukünftigen Studien differenzierte Daten zur Art und Schwere der Erkrankung erhoben bzw. diagnosespezifische Untersuchungen forciert werden. Daher sollten auf der Grundlage der hier dargestellten qualitativen Ergebnisse – so wie in anderen Ländern [32, 33] – auch in Österreich repräsentative Erhebungen erfolgen, die unter anderem die Bereitschaft unter Unternehmern MmpB einzustellen, das Wissen um mögliche Unterstützungs- und Förderangebote und mögliche Barrieren in systematischer Weise erfragen. In diesem Zusammenhang könnte z. B. auch der Frage nachgegangen werden, inwieweit innovative Formen der Unterstützung, die dem Prinzip des „first place then train“ folgen, die Bereitschaft von Betrieben MmpB anzustellen, beeinflussen könnten.

Konsequenzen für Klinik und Praxis

Um die förderlichen Faktoren für die Vermittlung und Beschäftigung von Menschen mit psychischen Erkrankungen weiter zu verbessern, gilt es

- Arbeitgeber für das Thema vermehrt zu sensibilisieren, auch um stigmatisierende Tendenzen zu verringern;
- Maßnahmen für die Steigerung der Bekanntheit von unterstützenden Angeboten (finanziell sowie assistierend) zur arbeitsmarktbezogenen Integration von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu setzen;
- die Forschung zu den Motivlagen und den Gelingensfaktoren für die Arbeitsmarktintegration von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in systematischer Weise auszubauen.

Danksagung

Danke an Reinhard Forster, Andrea Deleja-Hotko, Romana Hochfellner-Forster, Bernhard Kolouch und Roland Palmetshofer für die Unterstützung zu den arbeitsmarktpolitischen Instrumenten.

Fördermittel

Gefördert aus den Mitteln Gemeinsame Gesundheitsziele aus dem Rahmen-Pharmavertrag, eine Kooperation von österreichischer Pharmawirtschaft und Sozialversicherung.

Interessenkonflikt

Die Studie wurde im Zuge des Projekts „Monitoring Public Stigma in Austria 1998–2018 (MOPUSTIA18)“ durchgeführt, das von „Gemeinsame Gesundheitsziele aus dem Rahmen-Pharmavertrag, eine Kooperation von österreichischer Pharmawirtschaft und Sozialversicherung“ unterstützt wurde. Alle drei Autoren waren am „Teilprojekt 5. Interaction stigma – (de)stigmatization in action“ beteiligt. Sie sind als wissenschaftliche Mitarbeiter bei einer Organisation tätig, die unter anderem Unterstützungsleistungen für die arbeitsmarktbezogene Integration von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen anbietet.

Literatur

- [1] Rehm J, Shield KD Global burden of disease and the impact of mental and addictive disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2019; 21: 10
- [2] Murray CJL, Lopez AD The global burden of disease and injury series. Volume 1: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard University Press; 1996
- [3] Mayrhuber C, Bittschi B Fehlzeitenreport 2021. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Frühintervention, Wiedereingliederung und mentale Gesundheit. Wien: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung 2021
- [4] Schober C, Sprajcer S, Horak C et al. Evaluierung des Behindertengleichstellungsrechts. Sozialpolitische Studienreihe Bd 10. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz; 2012
- [5] Mernyi L, Hölzle P, Hamann J Berufstätigkeit und Rückkehr an den Arbeitsplatz bei stationär-psychiatrisch behandelten Patienten. *Psychiatr Prax* 2018; 45: 197–205
- [6] Gühne U, Riedel-Heller S Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und Gesundheitsstadt Berlin e.V 2015
- [7] Auer E, Grieger N, Wach I Zur Arbeitssituation von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungsschwierigkeiten. Wien: Arbeitsmarktservice Österreich 2019
- [8] Gallie D Economic crisis, quality of work, and social integration: The European experience. Oxford: Oxford University Press; 2013
- [9] Eurofound Working conditions and workers' health. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019
- [10] Böhm M, Stiglbauer B Psychosoziale berufliche Rehabilitation in einer Arbeitswelt 4.0 – Zwischen Anforderungen und Bedürfnissen. *Neuropsychiatr* 2020; 34: 5–14
- [11] Jahoda M Employment and unemployment: A social-psychological analysis. Cambridge: Cambridge University Press; 1982
- [12] Siegrist J Arbeitswelt und stressbedingte Erkrankungen – Forschungsevidenz und präventive Maßnahmen. München: Elsevier, Urban & Fischer; 2015
- [13] Paul KI, Moser K Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *J Vocat Behav* 2009; 74: 264–282
- [14] Brohan E, Henderson C, Wheat K et al. Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in the workplace. *BMC Psychiatry* 2012; 12: 11
- [15] Angermeyer MC, Dietrich S Public beliefs about attitudes towards people with mental illness: A review of population studies. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113: 163–179
- [16] Angermeyer MC, Matschinger H, Schomerus G Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. *Br J Psychiatry* 2013; 203: 146–151
- [17] Schomerus G, Angermeyer MC Changes of stigma over time. In: Gaebel W, Rössler W, Sartorius N (eds). *The stigma of mental illness - End of the story?* Heidelberg: Springer; 2017: 157–172
- [18] Angermeyer MC, Grausgruber A, Hackl E et al. Evolution of public beliefs about schizophrenia and attitudes towards those afflicted in Austria over two decades. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2021; 56: 1427–1435
- [19] Corrigan PW, Rao D On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *Can J Psychiatry* 2012; 57: 464–469
- [20] Corrigan PW, Watson AC The paradox of self-stigma and mental illness. *Clin Psychol: Sci Pract* 2006; 9: 35–53
- [21] Angermeyer MC Stigmatisierung psychisch Kranker in der Gesellschaft. *Psychiatr Prax* 2004; 31: S146–S250
- [22] Hoffmann H Berufliche Rehabilitation. In: Rössler W (eds). *Psychiatrische Rehabilitation*. Heidelberg: Springer; 2004: 333–346
- [23] Allgemeine AEMR Erklärung der Menschenrechte. UN-Vollversammlung. (1948). Resolution 217 A (III) vom 10.12.1948. „Allgemeine Erklärung der Menschenrechte“. Paris 1948
- [24] Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. UN-Behindertenrechtskonvention. Deutsche Übersetzung der Konvention und des Fakultativprotokolls. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz; 2016
- [25] Eppel R, Horvath T, Mahringer H Die Wirkung von geförderter Beschäftigung in sozialökonomischen Betrieben und Gemeinnützigen Beschäftigungsprojekten auf die Arbeitsmarktintegration von Arbeitslosen. *Ergebnisse einer mikroökonomischen Evaluierung*. WIFO-Monatsberichte 2014; 87: 783–794
- [26] Holzner B, Kemmler G, Meise U The impact of work-related rehabilitation on the quality of life of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: 624–631
- [27] Bond GR, Drake RE, Becker DR Generalizability of the individual placement and support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry* 2012; 11: 23–39
- [28] Hoffmann H Was macht Supported Employment so überlegen? *Psychiatrie* 2013; 10: 95–101
- [29] Campbell K, Bond GR, Drake RE et al. Client predictors of employment outcomes in high-fidelity supported employment: A regression analysis. *J Nerv Ment Dis* 2010; 198: 556–563
- [30] Mayring P Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz; 2008
- [31] Voswinkel S Krankenrolle und Stigmatisierung bei psychischen Erkrankungen. In: Alsdorf N, Engelbach U, Flick S, Haubl R, Voswinkel S (eds). *Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt*. Bielefeld: transcript; 2017: 95–118
- [32] Little K, Henderson C, Brohan E et al. Employers' attitudes to people with mental health problems in the workplace in Britain: Changes between 2006 and 2009. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2011; 20: 73–81
- [33] Henderson C, Williams P, Little K et al. Mental health problems in the workplace: Changes in employers' knowledge, attitudes and practices in England 2006–2010. *Br J Psychiatry* 2013; 202: 70–76