ERGEBNISBAND

AzfG
Auszeit für Gesundheit

Modellprojekt ▪ Bundesprogramm rehapro ▪ Erster Förderaufruf

Projektverantwortlich:
KreisJobCenter Marburg-Biedenkopf
Jobcenter Waldeck-Frankenberg
Jobcenter Schwalm-Eder

Gefördert durch:

Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

rehapro

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Der vorliegende Ergebnisband stellt das Modellprojekt AzfG aus dem Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ vor.

Mit rehapro fördert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Erprobung innovativer Ansätze in den Bereichen Prävention, Rehabilitation und Nachsorge in den Jobcentern und Rentenversicherungsträgern und setzt damit den gesetzlichen Auftrag gemäß § 11 SGB IX um. Ziel ist es, die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu stärken und die trägerübergreifende Zusammenarbeit zu verbessern. Wirksame Ansätze sollen identifiziert und in das Regelangebot der Jobcenter und Rentenversicherungsträger übernommen werden. Die gewonnenen Erkenntnisse aus rehapro können so allen Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zugutekommen.

In diesem Band werden die Inhalte und Ziele des Projekts AzfG erläutert. Des Weiteren werden die Ergebnisse und Erkenntnisse zu den innovativen Ansätzen des Projekts sowie deren Wirkungen präsentiert. Außerdem werden Verstetigungsoptionen vor Ort sowie Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und bundesweiten Verstetigung dargestellt.

Mit der Dokumentation der Ergebnisse sollen der Erkenntnisgewinn aus den rehapro-Projekten nachhaltig verankert und eine Basis für den Diskussionsprozess zur bundesweiten Verstetigung geschaffen werden. Die Veröffentlichung der Ergebnisbände auf der Website bundesprogramm-rehapro.de macht die Erkenntnisse für alle Beteiligten und Interessierten sichtbar, leicht zugänglich und nutzbar.

Inhaltsverzeichnis

1 Darstellung des Modellprojekts 4
1.1 Ausgangslage 4
1.2 Inhalte 6
1.3 Ziele 8
1.4 Organisation/Beteiligte Akteure 10
1.5 Wissenschaftliche Begleitung 12

2 Ergebnisse des Modellprojekts 14

3 Erkenntnisse zu den innovativen (Teil-)Ansätzen und deren Wirkungen 24

4 Verstetigung vor Ort 28

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung 31

6 Anlagen 35
6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt 35
6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis 35
6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen 35

1 Darstellung des Modellprojekts

Das Projekt „Auszeit für Gesundheit“ (AzfG) wurde von den drei Jobcentern Marburg-Biedenkopf, Schwalm-Eder und Waldeck-Frankenberg in Kooperation umgesetzt. Erste Gespräche zur interkommunalen Projektentwicklung fanden Ende 2017 statt. Eine gemeinsame Projektskizze wurde am 03.07.2018 eingereicht, der gemeinsame Projektantrag am 26.11.2018.

Das Konzept zielte sowohl auf die Verhaltensprävention von Erwerbslosen und ihren Bedarfsgemeinschaften als auch auf die gesundheitsfördernde Gestaltung der Lebensbedingungen in der Arbeitslosigkeit (Verhältnisprävention) ab.

Kern des Projektes war die Optimierung von Prozessen und die Verbesserung von Rahmenbedingungen für die Teilnehmenden. Als herausfordernd wurden sechs Themen der bisherigen Gesundheitsförderung in den beteiligten Jobcentern identifiziert:

- Identifikation der Personengruppe mit hohem Interventionsbedarf aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen,
- unzureichend geschulte Mitarbeitende im Jobcenter in Bezug auf Gesundheitsförderung,
- die grundsätzliche Nachrangigkeit von Maßnahmen der Gesundheitsförderung gegenüber der Arbeitsvermittlung,
- ein oftmals nur punktueller Einsatz von Gesundheitsförderung und fehlende Koordination beteiligter Akteure,
- Fehlallokationen durch ungünstige strukturelle Rahmenbedingungen,
- mangelnde Nachhaltigkeit erzielter Verhaltensänderungen von Teilnehmenden als Ergebnis besuchter Maßnahmen oder Teilnahme an anderen Projekten.

1.1 Ausgangslage

Bislang gab es in keinem der teilnehmenden Jobcenter objektive Kriterien zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit (mit Ausnahme des Kriteriums „erwerbsfähig“, welches erst den Zugang zu SGB II–Leistungen schafft). Die Identifikation der Personengruppe mit gesundheitlichem Interventionsbedarf sah üblicherweise so aus, dass beim Erstgespräch (Neuantrag SGB II) die Fragen nach gesundheitlichen Einschränkungen gestellt wurden. Dies geschah jedoch mit dem Fokus auf die aktuelle Erwerbsfähigkeit. Ohne ein tragfähiges Kunden-Berater-Verhältnis ist in einem so frühen Stadium der Arbeitsbeziehung nicht mit einer umfassenden Auskunft der Kunden zu rechnen. Im Vermittlungsgespräch wurde nur bei besonderem Anlass die gesundheitliche Lage genauer geprüft, wenn z. B. ein Kunde sich nicht bewerben wollte oder vermeintlich „renitentes“ oder auffälliges Verhalten die Frage nach der grundsätzlichen Erwerbsfähigkeit aufwarf. Hauptsächlich wurde dann unterstützt, wenn die Leistungsberechtigten selber ihren Unterstützungsbedarf formulierten. Dies setzte jedoch zunächst voraus, dass sie ihn erkannt haben. Es waren gerade Personen mit fehlendem Problembewusstsein oder Scham, die einen hohen Bedarf an gesundheitlicher Intervention haben. Prozesse der Verleugnung und Verdrängung sind gerade für Risikoverhalten, Rauchen, Übergewicht, Suchtprobleme oder psychische Erkrankungen typisch.

Üblicherweise sind die Beratungsfachkräfte in den Jobcentern und auch bei Maßnahmeträgern zwar in Techniken der Gesprächsführung geschult, aber entsprechende Schulungen zielen darauf ab, bei den Kunden Arbeitsbereitschaft zu fördern und/oder schwierige Gespräche zu deeskalieren. Im Beratungskontext war die Motivation zu einer tiefgreifenden und langhaltigen Verhaltensänderung bei den Gesprächspartnern durch einen bloßen Appell auf der Vernunftebene nicht zu erzielen. Meist stand die Vermittlung von medizinischem Wissen (z.B. Kalorienzahl einzelner Lebensmittel) und dem Aufzeigen erwünschter Verhaltensweisen im Vordergrund. Dahinter verbarg sich die Annahme, dass es für einen Menschen ausreichen müsste, nach Belehrung, Ermahnung und Appell zu der rationalen Erkenntnis zu kommen, von nun ein gesundheitsförderndes Verhalten in den Alltag zu integrieren. In den Jobcentern Marburg-Biedenkopf und Waldeck-Frankenberg wurden in einzelnen arbeitsmarktlichen Maßnahmen gesundheitsfördernde Angebote unterbreitet, die Mitarbeitenden der Jobcenter/Integrationsfachkräfte waren jedoch in Bezug auf wissenschaftlich fundierte Methoden zur motivierenden Gesprächsführung und nachhaltiger Verhaltensänderung nur unzureichend

geschult. Nachhaltige Verhaltensänderungen zu erzielen ist für jeden Menschen eine enorme Herausforderung und erfordert höchste Beratungskompetenz.

Maßnahmen zur Gesundheitsförderung waren in Jobcentern vermittlerischen Aspekten gegenüber nachrangig und nicht verbindlich. Die Leistung der Jobcenter wird in den vorhandenen Benchmarkingsystemen an der fiskalischen Verringerung der Hilfebedürftigkeit und der Integration in Arbeit bemessen. Daher war der Anknüpfungspunkt zur Ermittlung eventuell bestehender gesundheitlicher Einschränkungen meist eine vordergründige Verweigerungshaltung der Kunden in Bezug auf reguläre arbeitsmarktpolitische Maßnahmen. Die Überprüfung der gesundheitlichen Situation barg dann den ordnungspolitischen Ansatz, dass „sich Entziehen" des Leistungsberechtigten zu verhindern. Oft war zu diesem Zeitpunkt dann auch das Verhältnis von Leistungsberechtigtem und Vermittlungsfachkraft bereits belastet und eine offene, vertrauensvolle Arbeitsbeziehung durch entstandenes Misstrauen nur noch schwer möglich. Die Energie der Betroffenen wurde in Verhinderungsstrategien investiert. Der „gelbe Schein" (Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung) war dann das Mittel der Wahl.

Die übliche Praxis der beteiligten Jobcenter sah Gesundheitsförderung als punktuelle Hilfe vor, bei der wenig Koordination der Akteure erfolgte. In den beteiligten Jobcentern gab es Maßnahmen mit Aspekten der Gesundheitsförderung (JC Marburg-Biedenkopf „Regionales Kompetenzzentrum Arbeit" oder „Aufbruch"). Nach Abschluss dieser Maßnahmen war aber immer auch der „Gesundheitsförderungsprozess" abgeschlossen. Prozesse zur dauerhaften Veränderung von Verhalten benötigen jedoch in der Regel länger als arbeitsmarktliche Maßnahmen, die selten länger als ein Jahr absolviert wurden und auch nicht aufeinander aufbauten. Bei einer Rückkehr in den Leistungsbezug, oftmals zunächst in die Betreuung der Arbeitsagenturen, blieben gesundheitlich stabilisierende Maßnahmen zunächst aus oder knüpften nicht an erzielte Erfolge an und schienen bloße Wiederholung zu bieten, die dann – zu Recht - abgelehnt wurden. Zwar wurde in den beteiligten Jobcentern proaktiv auf die von anderen Akteuren angebotenen Hilfs- und Beratungsangebote hingewiesen. Dabei handelte es sich jedoch meist um „Komm-Strukturen". Oft ging ein anfänglich selbst geäußerter Wunsch der Annahme von Beratungsangeboten oder eigenen Verhaltensänderungen auf dem Weg zwischen den Akteuren verloren! Dies betraf insbesondere Personen mit psychischen Problemen oder Suchterkrankte. Je mehr gesundheitliche Problemlagen vorlagen, desto mehr unterschiedliche Anlaufstellen wurden benötigt und in den meisten Fällen fehlte ein koordiniertes Zusammenwirken der Akteure. Unbestritten ist, dass insbesondere Menschen mit psychischen Problemlagen oft nicht in der Lage sind, telefonische Termine zu vereinbaren, zu koordinieren und - nicht zuletzt - bezüglich der Dringlichkeit zu insistieren! Der Übergang zwischen den Systemen, die unterschiedlichen Förder- und Zugangskriterien und die teilweise unterschiedlichen Definitionen bei gleicher Wortwahl, aber differierender Fachsprache überfordern Leistungsempfänger und mitunter auch Mitarbeitende.

Üblicherweise wurde durch ungünstige Rahmenbedingungen trotz der Beratung der Jobcenter gerade im Hinblick auf die Wahrnehmung regulärer Präventionsangebote der Krankenkassen nicht bewirkt, dass die Leistungsberechtigten tatsächlich teilnehmen. Individualpräventive Maßnahmen erreichten Erwerbslose und sozial benachteiligte Menschen nur unterdurchschnittlich. Die traditionellen Angebote der Jobcenter zur Gesundheitsförderung waren freiwillig, da die zeitliche Investition in die eigene Gesundheit per Eingliederungsvereinbarung nicht „gefordert" werden konnte. Anreize, sich gesünder zu ernähren, sich mehr zu bewegen oder das Rauchen aufzugeben, nahmen nur die individuelle Verhaltensprävention in den Fokus. Rahmenbedingungen bezüglich finanzieller, persönlicher Ressourcen und sozialer Unterstützung benachteiligter Zielgruppen wurden nicht beachtet. Daher kam es bei Angeboten zur Gesundheitsförderung oftmals zu dem Phänomen, dass gerade die Personen, die ohnehin schon gesundheitsbewusst sind und meist auch finanziell gut gestellt sind, zu einer Teilnahme zu bewegen waren. Genau diejenigen mit hohem Interventionsbedarf – oftmals sozial Benachteiligte – wurden nicht erreicht. Zeitmangel, Unsicherheit oder Scham, sich in der Gruppe zu blamieren, vorhandene Schmerzen und Einschränkungen oder familiäre Verpflichtungen wurden als Gründe für eine Nichtteilnahme genannt. Sportkleidung, -schuhe oder sonstiges Equipment sind ein nicht zu unterschätzender Kostenfaktor. Ein weiteres, reales Hindernis für Menschen im Leistungsbezug des SGB II, die etwas für ihre Gesundheit tun wollen, waren die bei Besuchen von Angeboten anfallenden Fahrtkosten, die in der Summe dann für die betroffenen Menschen einen erheblichen Teil des monatlich zur Verfügung stehenden Budgets ausmachten. Damit eine Prävention und Förderung von Gesundheit auch tatsächlich stattfinden kann, muss die regionale Mobilität der Teilnehmenden sichergestellt werden. Bis auf eine vergünstigte Beförderung im ÖPNV im Stadtgebiet Marburg bestand derzeit keine Mobilitätsförderung in den ländlichen Regionen aller drei Kreisgebiete.

Üblicherweise sind erzielte Lebensstilveränderungen innerhalb arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen nicht nachhaltig, da es keinen Anschluss bei nachfolgendem Leistungsbezug gab bzw. in der nachfolgenden Beratung durch Integrationsfachkräfte oder das Fallmanagement in der Regel keine Fortführung des Beratungsansatzes stattfand.

1.2 Inhalte

Ausführungen zur Innovation

Die Identifikation der Personen mit hohem (gesundheitlichem) Interventionsbedarf sollte im Projekt durch ein gezieltes Screening und den Einbezug objektiver Kriterien (Work-Ability-Index) bei der Ansprache und Auswahl der Teilnehmenden erreicht werden. Der innovative Ansatz bestand darin, dass alle Neuantragsstellenden zum Ausfüllen des WAI angesprochen werden sollten und damit ein umfassender Überblick über den Gesundheitszustand aller Leistungsberechtigten entsteht und diejenigen Personen angesprochen werden, die jenseits subjektiver Einschätzung (sowohl der der Kunden als auch der der Beratungsfachkräfte) objektiven gesundheitlichen Interventionsbedarf haben, um ihre Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen. Da im Fokus nicht nur aktuelle gesundheitliche Einschränkungen stehen sollten, sondern auch solche, die aktuell gegebenenfalls wenig belastend, aber in ihrer Art aggravierend sind (z. B. Bluthochdruck) und durch Chronifizierung zu einer Behinderung oder Erwerbsminderung führen können, sollten auch „Risikopersonen“ effektiv erreicht werden. Als Zielgruppe wurden die 40- bis 60-jährigen Leistungsbeziehenden gewählt, da hier Gesundheitsrisiken offensichtlicher oder erste Einschränkungen wahrgenommen werden.

Das mehrfache Ausfüllen des WAI zur Statusfeststellung der Arbeitsfähigkeit während der Projektteilnahme war eine Zugangsvoraussetzung. Während die Projektteilnahme an sich weiterhin eine freiwillige, nicht sanktionsfähige Entscheidung blieb. Der Umfang des Einsatzes des WAI im Rahmen des Modellprojektes war groß. Erstmals sollte ein Gesundheitsscreening von SGB-II–Leistungsbeziehenden in nennenswertem Umfang erfolgen. Die geplanten hohen Projektteilnahmen (PTN) in den Jobcentern Marburg-Biedenkopf (1.050 PTN), Waldeck-Frankenberg (750 PTN) und Schwalm-Eder (750 PTN) sollten damit einen guten Überblick und Erfahrungswerte bezüglich des gesundheitlichen Status aller eingeschränkten Leistungsberechtigten garantieren.

Hiermit wurden die förderpolitischen Ziele einer drohenden Erwerbsminderung entgegenzuwirken (FpZ 3.1), einer chronischen Erkrankung (FpZ 3.2) sowie einer drohenden Behinderung vorzubeugen (FpZ 3.3), Rechnung getragen.

Die üblicherweise in Jobcentern geschulten Kommunikationsmodelle (Schulz von Thun, motivierende Gesprächsführung etc.) sind zwar hilfreich und berechtigt, bewirkten aber in der Anwendung aufgrund der zeitlichen Begrenzung und der geringen Frequenz der Gespräche wenig sichtbare Erfolge. Zur Erzielung von Verhaltensänderungen, die oft über unbewusste Muster zum Erfolg oder Misserfolg führen, haben sich die drei Jobcenter daher auf das „Zürcher Ressourcenmodell“ als gemeinsames lösungsorientiertes Beratungsmodell verständigt und werden gemeinsame Schulungen für die Mitarbeitenden umsetzen. Mit Hilfe des ZRM soll der Mensch sich über eigene (Lebens-)Themen klar werden, Ziele entwickeln, die eigenen Ressourcen entdecken und Fähigkeiten erlangen, um nötige Ressourcen zu aktivieren, die zielorientiertes Handeln ermöglichen. Dies sollte zur Entwicklung und Erweiterung der eigenen Selbstmanagementfähigkeiten führen. Ausgehend davon, dass jeder gesundheitlich belastete Mensch gesünder sein möchte, kann durch Anleitung nach dem ZRM der Anteil derjenigen, die bisher nach dem „Transtheoretischen Modell“ noch keine Absicht einer Verhaltensänderung ausgebildet haben, signifikant erhöht werden. Das „Transtheoretische Modell“ (auch als „Stufenmodell der Verhaltensänderung“ bezeichnet) segmentiert die Zielgruppe nach Status in einer Veränderungsphase und stimmt die Intervention auf diese ab: Absichtslosigkeit, Absichtsbildung, Vorbereitung, Handlung, Aufrechterhaltung und Abschluss. Die Theorie des geplanten Verhaltens geht davon aus, dass das Verhalten von Menschen durch Absicht bestimmt wird und sich anhand von Einstellungen, subjektiver Norm (Vorstellungen darüber, ob andere Leute zustimmen oder nicht) und wahrgenommener Verhaltenssteuerung (Vorstellungen darüber, ob es einfach oder schwierig sein wird) vorhersagen lässt. Diese sozial-kognitive Theorie ist eine der Grundlagen, auf der sich der Beratungsansatz von motivierender und gesundheitsorientierter Gesprächsführung entwickelt hat. Neben der Schwelle der Absichtsbildung ist das größte Problem im Prozess der

Lebensstiländerung das „False Hope“- Syndrom (Polivy 1998). Demnach überschätzen viele Menschen ihr eigenes Veränderungspotenzial. So werden Ziele nach anfänglichen Erfolgen oft viel zu hoch gesteckt und dann nicht erreicht. Die daraufhin eintretende Frustration führt meistens zum Abbruch der getroffenen Maßnahmen im Rahmen der Lebensstiländerung. Diesem Phänomen durch professionelle Beratung vorzubeugen und ihm auch wirkungsvoll zu begegnen, birgt großes Potential, gesundheitsfördernde Maßnahmen effektiver anzubieten und durchzuführen. Der Nachweis sollte durch die begleitende wissenschaftliche Evaluation erbracht werden. Somit können die Mitarbeitenden der Jobcenter deutlich wirkungsvoller im Hinblick auf erstrebte Verhaltensänderungen hinwirken. Dies ist sowohl während der Dauer des Projektes als auch danach wirkmächtig. Gerade in einem nachfolgenden Beratungskontext, wenn einem Rückfall in alte Verhaltensmuster entgegengewirkt wird, was insbesondere für die förderpolitischen Ziele zur Vorbeugung einer chronischen Erkrankung (FpZ 3.2) sowie einer drohenden Behinderung (FpZ 3.3) relevant ist.

Die Teilnahme am Projekt ist ein Angebot für eine individuell vereinbarte „Auszeit für Gesundheit“, bei der die Bewältigung der gesundheitlichen Belastungen Vorrang vor den vermittlerischen Bemühungen der besonders belasteten und gefährdeten Personengruppe erhalten. Die sechsmonatige Intensivphase verbessert unmittelbar die Rahmenbedingungen für die Teilnehmenden, fördert die Einsicht in veränderte Verhaltensnotwendigkeiten und schafft Freiräume, notwendige Gutachten beizubringen, Arztbesuche zu absolvieren und an Gesundheitstrainings teilzunehmen. Die zwölfmonatige Stabilisierungsphase mit einer Gleichrangigkeit von Gesundheitsförderung und Heranführung an den Arbeitsmarkt soll den Fokus wieder auf die Möglichkeit der Beschäftigungsaufnahme richten ohne die Gesundheitsförderung zu beenden.

Auch die Verbindlichkeit beabsichtigter Verhaltensänderungen wird durch ein Äquivalent der Eingliederungsvereinbarung verbessert und die Arbeitsbeziehung zwischen Vermittlungsfachkraft und Leistungsberechtigtem auf eine langfristig vertrauensvollere Basis gestellt. Die „Vereinbarung für Gesundheit“ statt “Eingliederungsvereinbarung“- ist Impuls und Handlungsdruck für die betroffenen Personen zur Verhaltensänderung. Langfristige Verbesserungen ergeben sich für die Projektteilnehmer dadurch, dass auch nach der Projektteilnahme durch die „Vereinbarung zur Gesundheit“ der Wille zur nachhaltigen Veränderung sowie der Weg dorthin dokumentiert ist und immer wieder darauf Bezug genommen werden kann, sei es durch Dritte oder die betreffende Person selber. Denn nachhaltige Gesundheitsförderung ist nicht durch episodische Erfolge gekennzeichnet, sondern durch langfristige Bemühungen mit Rückschlägen, Phasen des Misserfolgs und die Fähigkeit, wieder Anschluss an bewährte Verhaltensweisen zu finden. Somit sollen dauerhaft tatsächliche Verhaltensänderungen hin zu einem gesünderen Lebensstil hervorgerufen werden, der letztlich das Erreichen der förderpolitischen Ziele 3.1 bis 3.3 sicherstellt.

Dringend notwendige unmittelbare Verbesserungen für die Teilnehmenden werden durch die Zusammenarbeit der Akteure im „Zentrum für Gesundheit, Prävention und Teilhabe“ erreicht. Die geplante mehrjährige Zusammenarbeit der unterschiedlichen Leistungsträger, öffentlichen Einrichtungen und gemeinwohlorientierten Interessensvertretungen lässt ein tragfähiges Netzwerk durch persönliche Arbeitsbeziehungen entstehen. Gerade Teilnehmende mit einem dringenden Interventionsbedarf, deren Erwerbsfähigkeit aktuell schon gefährdet ist, können durch Koordination und Unterstützung schneller „versorgt“ werden. Gleiches gilt für die für eine kleinere Personengruppe mögliche Teilnahme am sozialmedizinischen Kolloquium der Rentenversicherung (FpZ 3.1). Gemeinsame Zielvorstellungen sowie Standards in der Betreuung und der Beratung der Kunden sowie der Kommunikation und Kooperation untereinander werden erarbeitet und in Leitfäden verschriftlicht. Die Erstellung eines Glossars der in den Rechtskreisen und von den Interventionsbeteiligten verwendeten Abkürzungen und Bedeutungen soll das Verständnis für die Arbeit untereinander stärken. Die erstellten Materialien schaffen auch für die Zeit nach Projektende die Grundlage für eine nachhaltig verbesserte Zusammenarbeit und somit für höhere Qualität der Beratung und Begleitung der Teilnehmenden. Insbesondere für das Erreichen der förderpolitischen Ziele 3.2 und 3.3 ist dies notwendig, da Bemühungen um die Erreichung dieser Ziele nur langfristig wirken können.

Durch die Zertifizierung arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen mit dem Gütesiegel „Zeit für Gesundheit“ soll erreicht werden, dass eine Vielzahl von unterstützenden arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen sowohl der beteiligten Jobcenter als auch der Agenturen für Arbeit die Anschlussfähigkeit neuer gesundheitlicher Interventionen an erzielte Erfolge im Stufenkonzept bei nachfolgendem Leistungsbezug innerhalb derselben Organisation als auch der jeweiligen anderen (Jobcenter oder Agenturen für Arbeit) sichergestellt wird (insb. FpZ 3.2 und 3.3).

Bei freiwilliger, regelmäßiger Projektteilnahme werden daher die Fahrtkosten übernommen. Die durch „AzfG“ erzielte Verbesserung für die Teilnehmenden ist unmittelbar, dass erstmalig die Rahmenbedingungen geschaffen werden, überhaupt an Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung jenseits der städtischen Infrastruktur teilzunehmen. Durch die Förderung der Mobilität wird unmittelbar eine Verbesserung der gesellschaftlichen Teilhabe erzielt, die langfristig dann auch in eine verstärkte berufliche Teilhabe mündet (FpZ 3.4). Die Einbeziehung einer Person des sozialen Umfeldes in die Beratung, sowie die Motivation, Lebensstiländerungen gemeinsam anzugehen, stärken die persönlichen Ressourcen der Teilnehmenden und ist für das Erreichen aller angestrebten förderpolitischen Ziele grundlegend. Auch eine geplante geschlechterdifferenzierte Ansprache insbesondere der Männer, die gesundheitspräventive Angebote trotz gleichen Bedarfs in geringerem Ausmaß als Frauen wahrnehmen, ist ein innovatives und für alle genannten Förderziele relevantes Element!

1.3 Ziele

Das Modellprojekt rehapro „Auszeit für Gesundheit“ (AzfG) in den Jobcentern Marburg-Biedenkopf, Schwalm-Eder und Waldeck-Frankenberg verfolgt das Ziel, die gesundheitliche Situation von Leistungsbeziehenden im Rechtskreis SGB II nachhaltig zu verbessern und zugleich ihre Chancen auf Teilhabe am Arbeitsleben zu stärken. Dabei werden verschiedene Zielfelder in den Blick genommen, die sowohl die individuellen Bedarfe der Teilnehmenden als auch die strukturellen Rahmenbedingungen innerhalb der Jobcenter betreffen. Die Nutzung des „Work Ability Index“ (WAI) zu mehreren Zeitpunkten schafft eine fundierte Grundlage für die Beurteilung der gesundheitlichen Verfassung und unterstützt die Planung gezielter Interventionen.

Im Projektantrag wurde versucht, die Projektziele zu quantifizieren und mit objektiven Kriterien zu versehen. Dies erfolgte anhand der Ziele des Förderprogramms rehapro:

FpZ 3.1 Erwerbsfähigkeit der Teilnehmenden erhalten

- Von den Teilnehmenden an „AzfG“, deren WAI zu Beginn einen Index von 37 - 40 Punkten (Kategorie Arbeitsfähigkeit „gut“ im unteren Bereich) aufweist, sollen 50 % nach 12 Monaten Projektteilnahme eine Verbesserung von mindestens 3 Punkten und zu 30 % die Kategorie Arbeitsfähigkeit „sehr gut“ mit mindestens 44 Punkten erreicht haben. Es wird erwartet, dass Personen, die nicht an dem Projekt teilnehmen, ihren Indexwert in der Arbeitslosigkeit verschlechtern.

FpZ 3.1 Erwerbsfähigkeit der Teilnehmenden wiederherstellen

- Von den Teilnehmenden an „AzfG“, deren WAI zu Beginn einen Index von 28 - 36 Punkten (Kategorie Arbeitsfähigkeit „mäßig“) aufweist, sollen 50 % nach 6 Monaten Projektteilnahme eine Verbesserung von mindestens 3 Punkten und zu 40 % nach Abschluss ihrer Teilnahmedauer die Kategorie Arbeitsfähigkeit „gut“ mit mindestens 37 Punkten erreicht haben.

Es wird erwartet, dass Personen, die nicht an dem Projekt teilnehmen, ihren Indexwert nicht verbessern können.

- Von den Teilnehmenden mit oben genannten Indexwerten sind zum Abschluss des Projektes am 31.3.2024 nicht mehr als 5 % Bezieher einer (Teil-) Erwerbsminderungsrente. Es wird erwartet, dass Personen, die nicht an dem Projekt teilnehmen, zu 15 % Bezieher einer (Teil-) Erwerbsminderungsrente sind.

FpZ 3.2 einer drohenden (Teil)-Erwerbsminderung entgegenwirken

Von den Teilnehmenden an „AzfG“ deren WAI zu Beginn einen Index von 7 - 27 Punkten hatten (Arbeitsfähigkeit „schlecht“), sollen 50 % nach 6 Monaten Projektteilnahme eine Verbesserung von mindestens 6 Punkten und zu 30 % nach Abschluss ihrer Teilnahmedauer die Kategorie Arbeitsfähigkeit

„mäßig“ mit mindestens 37 Punkten erreicht haben. Es wird erwartet, dass Personen, die nicht an dem Projekt teilnehmen, ihren Indexwert nicht verbessern können.

- Von diesen Teilnehmenden sind zum Abschluss des Projektes am 31.07.2025 nicht mehr als 10 % Bezieher einer (Teil-) Erwerbsminderungsrente. Es wird erwartet, dass Personen, die nicht an dem Projekt teilnehmen, zu 20 % Bezieher einer (Teil-) Erwerbsminderungsrente sind.

FpZ 3.3 einer chronischen Erkrankung und drohenden Behinderung entgegenwirken

- Von den Teilnehmenden, die zu Beginn ihrer Projektteilnahme eine Suchterkrankung aufweisen, gelingt es zum Abschluss der Projektteilnahme bei 20 % Suchtmittelfreiheit oder legale Substitution herzustellen. Es wird erwartet, dass Personen, die nicht an dem Projekt teilnehmen, nur zu 5 % suchtmittelfrei oder substituiert sind.

FpZ 3.4 gesellschaftliche Teilhabe verbessern

- Insgesamt entschließen sich über die gesamte Projektlaufzeit 2.400 erwerbslose Menschen zum freiwilligen Projekteintritt (MR 1.050, WF 600, SE 750) und nehmen an gesundheitsfördernden Angeboten teil.
- Teilnehmende werden motiviert und befähigt, gesundheitsfördernde Angebote auch außerhalb des Projektes durch allgemeine Präventionsangebote in Anspruch zu nehmen. Dies gelingt bei 10 % der Teilnehmenden. Davon sollen Männer einen Anteil von 50 % ausmachen.
- Insgesamt gelingt es bei 30 % der Teilnehmenden, einen Partner/eine Partnerin des sozialen Umfeldes ebenfalls zur Teilnahme an Präventionsangeboten zu motivieren.
- 40 % der Teilnehmenden gelingt es, durch Inanspruchnahme der Beratungsdienstleistungen im „Zentrum für Gesundheit, Prävention und Teilhabe“ eine objektive Verbesserung ihrer Lebenssituation (Familie, Wohnen, Teilnahme an gesellschaftlichen Aktivitäten) zu erzielen. Es wird erwartet, dass Personen, die nicht an dem Projekt teilnehmen, nur zu 10 % eine Verbesserung ihrer Lebensumstände erzielen können.

Vergleichswerte sind bei den ersten drei Punkten dieses Ziels schwer zu ermitteln und zu schätzen.

FpZ 3.4 berufliche Teilhabe verbessern

- Von den Teilnehmenden an „AzfG“, deren WAI zu Beginn einen Index von 37- 40 Punkten (Kategorie Arbeitsfähigkeit „gut“ im unteren Bereich) aufweist, sollen 35 % nach 12 Monaten Projektteilnahme eine Integration in sozialversicherungspflichtige Arbeit aufgenommen haben.

Die Integrationsquote K2 nach dem System aus § 48 a SGB liegt bei den beteiligten Jobcentern derzeit bei ca. 28 % Integrationen in einem Jahr.

- Von den Teilnehmenden, deren WAI eine Arbeitsfähigkeit „schlecht“ und „mäßig“ ausweist, werden nach Ablauf der 18-monatigen Projektdauer bei 10 % Integrationserfolge in geringfügige und bei weiteren 20 % in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung erzielt.

Es wird erwartet, dass diese Quote bei den Personen, die nicht an dem Projekt teilnehmen, nur bei jeweils 5 % liegt.

Neben den quantifizierten Kriterien wurde früh Wert gelegt auf ein Haltungs- und Rollenverständnis innerhalb des Projektes, das zur Zielerreichung wesentlich betragen sollte. Hier spielen die Partizipation und das Empowerment der Leistungsbeziehenden eine besondere Rolle. Sie sollen von Beginn an aktiv in den Prozess eingebunden werden und die Möglichkeit haben, ihre Erfahrungen und Vorstellungen einzubringen. Auf diese Weise entsteht eine partnerschaftliche Zusammenarbeit, die auf Vertrauen und gegenseitigem Respekt basiert. Empowerment bedeutet in diesem Kontext nicht nur die Stärkung einzelner Personen, sondern auch die langfristige Förderung der Eigenverantwortung

und Selbstwirksamkeit. Damit wird eine Basis geschaffen, die über die Dauer des Projektes hinaus positive Wirkungen entfalten kann.

Ein weiteres wichtiges Ziel besteht in der Verbesserung der Informations- und Beratungsangebote. Leistungsbeziehende sollen frühzeitig und umfassend über mögliche Leistungen informiert werden, sodass sie passgenaue Unterstützung erhalten. Oftmals mangelt es gerade bei Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen an einer klaren Übersicht über bestehende Hilfesysteme. Indem das Projekt gezielt Informationen bereitstellt und Beratung in einem verständlichen und niedrigschwelligen Format anbietet, können Barrieren abgebaut werden. Parallel dazu wird die Vernetzung zwischen den Jobcentern, den Rehabilitationsträgern und weiteren relevanten Akteuren intensiviert. Gerade die Schnittstellenarbeit erweist sich als entscheidend, da nur durch eine enge Zusammenarbeit aller Beteiligten eine lückenlose Versorgung und Begleitung gewährleistet werden kann. Das Projekt versteht sich daher nicht allein als interne Maßnahme der Jobcenter, sondern als Netzwerkinitiative, die regionale Akteure einbindet und Kooperationen aufbaut.

Darüber hinaus verfolgt das Projekt das Ziel, das Spektrum möglicher Leistungen und Interventionen zu erweitern. Leistungsbeziehende sollen Zugang zu unterschiedlichen Angeboten erhalten, die sich an ihren persönlichen Bedarfen orientieren. Dabei geht es sowohl um individuelle Maßnahmen als auch um Gruppenangebote, die soziale Unterstützung und Gemeinschaftserfahrungen fördern. Mit der Erweiterung des Leistungsspektrums soll erreicht werden, dass nicht nur akute gesundheitliche Probleme berücksichtigt, sondern auch präventive und nachhaltige Elemente gestärkt werden. Damit einher geht die Stärkung der Teilnehmerorientierung des Gesamtsystems. Es wird deutlich, dass die Perspektive der Leistungsbeziehenden im Mittelpunkt steht und dass Angebote flexibel und passgenau ausgestaltet werden. Nicht zuletzt ist der Ausbau der Gesundheitskompetenz ein zentrales Anliegen, da er den Teilnehmenden ermöglicht, langfristig eigenständig gesundheitsfördernde Entscheidungen zu treffen. Gesundheitskompetenz umfasst sowohl Wissen als auch praktische Fähigkeiten, die im Alltag angewendet werden können.

Die erhofften Wirkungen des Modellprojektes betreffen sowohl die Teilnehmenden selbst als auch die beteiligten Organisationen und Netzwerkpartner. Für die Leistungsbeziehenden stehen die Verbesserung der Erwerbs- und Beschäftigungsfähigkeit, die Förderung der Gesundheit sowie die Stärkung der sozialen Teilhabe im Mittelpunkt. Zugleich wird durch die engere Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen eine bessere Koordination und Nutzung vorhandener Ressourcen erreicht.

1.4 Organisation/Beteiligte Akteure

"Auszeit für Gesundheit" (AzfG) wird als Kooperationsprojekt der drei Jobcenter Marburg-Biedenkopf, Waldeck-Frankenberg und Schwalm-Eder in Form eines "Zentrums für Gesundheit, Prävention und Teilhabe" umgesetzt. Im KreisJobCenter Marburg-Biedenkopf (KJC) geschieht dies an einem zentralen Standort für alle Kund*innen des Landkreises mit eigenem Personal. Das Jobcenter Waldeck-Frankenberg (WFB) setzt dies an mehreren Standorten im Landkreis unter Zuhilfenahme eines Dienstleisters um, während das Jobcenter Schwalm-Eder (SEK) ebenfalls mehrere Standorte im Landkreis mit eigenem Personal besetzt.

Das Konzept zielt sowohl auf die Verhaltensprävention von Erwerbslosen als auch auf die gesundheitsfördernde Gestaltung der Lebensbedingungen in der Arbeitslosigkeit. Kern des Projektes ist die Optimierung von Prozessen und die Verbesserung von Rahmenbedingungen in den Jobcentern für die Projektteilnehmenden (PTN). In Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern bietet ein multiprofessionelles Team Beratung, motiviert zur Teilnahme an gesundheitsfördernden Angeboten schafft Zugänge zu den richtigen Ansprechpartner*innen und initiiert notwendige Schritte in Richtung Gesundung und Wiedereinstieg in die Arbeitswelt.

Die festen Kooperationspartner der einzelnen Jobcenter sind:

Für das KJC Marburg: Agentur für Arbeit Marburg, Universitätsklinikum Gießen Marburg (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie), Gesundheitsamt Marburg-Biedenkopf

Für das JC WF: Kreisverband der Treffpunkte e. V.

Für das JC SEK: Psychosoziales Zentrum Schwalm Eder, Oikos, die Kreishandwerkerschaft und der Bildungsträger GSM aus Kiel

Die Reha-Beraterin der Agentur für Arbeit Marburg ist am Standort Cölbe mittels eines Dienstleistungsvertrages im Rahmen einer halben Stelle beständig im Projekt vertreten. Die beiden JC Schwalm-Eder und Waldeck-Frankenberg greifen bei Bedarf auf die Reha-Beratung der Agentur für Arbeit zurück.

Die Projektpartner des KJC Marburg bieten ihre Angebote ausschließlich am Projektstandort an. Bei den beiden anderen Antragstellern werden die Angebote sowohl in den eigenen als auch in den Räumlichkeiten der jeweiligen Jobcentern durchgeführt.

Zur Steuerung und Qualitätssicherung der Durchführung im Verbundprojekt wurde eine Steuerungsgruppe initiiert. Diese bestand aus den Geschäftsführungen sowie den Projektleitungen aller drei Jobcenter. Die Steuerungsgruppe tagte dabei mindestens einmal im Quartal in Präsenz. Unter den Projektleitungen fand parallel ein Austausch alle sechs bis acht Wochen statt. Dies sowohl in Präsenz als auch digital. Auch die Gesundheitslotsen trafen sich jobcenterübergreifend quartalsweise in Präsenz, um mit verschiedenen Gruppenarbeiten einen übergreifenden Wissenstransfer zu ermöglichen. Darüber hinaus haben sich alle Projektakteure einmal im Jahr bei einer Präsenzveranstaltung ausgetauscht. Bei diesen Veranstaltungen gab es durch die „ZOOM – Sozialforschung und Beratung GmbH“ entsprechende Einblicke zum aktuellen Projektverlauf und den Ergebnissen der Evaluation.

Für die Umsetzung des Projektes in den jeweiligen Häusern waren die Projektleitungen fester Bestandteil der hausinternen Besprechungsformate (Führungskräfte-Runde, Jour-fix Projektleitung-Geschäftsführung).

Die persönlichen Gesundheitslotsen (GL) begleiten die PTN als unmittelbare Ansprechpartner phasenorientiert über einen Zeitraum von maximal 18 Monaten. Bei Beschäftigungsaufnahme während der individuellen Laufzeit erfolgt berufsbegleitend eine Verlängerung des Coachings um weitere sechs Monate. Die GLs sorgen für eine systematische Erfassung und Bewertung des Gesundheitszustandes mit einem Fragebogen zur Arbeitsfähigkeit (WAI) zu mehreren Zeitpunkten. Die PTN werden zusätzlich unterstützt mit einem individuellen Mobilitäts- und Gesundheitsbudget. Hiermit können externe Gesundheitsangebote in Anspruch genommen werden. Im Zentrum werden niedrigschwellige gesundheitsfördernde Angebote in den Bereichen Bewegung, Ernährung, Entspannung und Persönlichkeitsentwicklung bereitgestellt. Eine Reha-Beratung der Agentur für Arbeit erfolgt direkt im Zentrum. Eine Psychologin/Psychotherapeutin steht für Diagnosen und Kurzzeitinterventionen zur Verfügung. Die PTN entwickeln einen eigenen individuellen Gesundheitsplan mit der Unterstützung aller Akteure.

Darüber hinaus werden nach Bedarf der PTN weitere Akteure in den Prozess mit eingebunden. Beispielhaft seien hier die Fachärzte der Agentur für Arbeit sowie der Kreisverwaltungen genannt, aber auch die verschiedensten medizinischen Einrichtungen (Reha-Kliniken; Krankenhäuser/Kliniken; niedergelassene Ärzten/Ärztinnen; Therapeutinnen/Therapeuten). Auch die Zusammenarbeit mit Integrationsämtern, Integrationsfachdiensten, Gesundheitsämtern oder Gebietskörperschaften (Kommunen / Landkreisen / Landschaftsverbänden), mit Wohlfahrtsverbänden, den verschiedenen Sucht- / Beratungsstellen sowie das freiwillige Andocken an Selbsthilfeorganisationen gehört zum Projekt. Darüber hinaus wurden im JC SEK eine eigene Ärztin und eine Psychologin für das Projekt beschäftigt.

Die Gesundheitslotsen stehen in allen drei Jobcentern als feste Ansprechpartner für die PTN zur Verfügung und verantworten gleichzeitig den Einbezug und die Koordination aller Partner. Regelmäßige gemeinsame Besprechungen zwischen allen Beteiligten runden das Angebot ab und sorgen für eine nahtlose Unterstützung für die PTN.

1.5 Wissenschaftliche Begleitung

Die wissenschaftliche Begleitung bestand im Kern aus einer Wirkungs- und Umsetzungsanalyse. Mit der Wirkungsanalyse sollten die Wirkungen des Projektes bei den Leistungsadressat*innen erhoben werden und geprüft werden, inwiefern die gesetzten Projektziele erreicht wurden. Hierfür wurden zwei unterschiedliche Herangehensweisen ausgewählt, zum einen eine quantitative Auswertung der Monitoringdaten (Zielüberprüfung der Projektziele zur Steigerung des Work Abilitiy Index und Analyse der erreichten Ergebnisse nach Angabe der Gesundheitslots*innen), zum anderen eine qualitative Herangehensweise über ein Längsschnittpanel, in dem Teilnehmende zu mehreren Zeitpunkten befragt wurden, um zu überprüfen, welche Effekte die Teilnahme am Projekt auf sie hatte. Hierfür wurde ein Sample von 74 Personen aufgebaut, die jeweils kurz nach Projektstart befragt wurden und dann drei Mal jeweils ein Jahr später.

Übersicht Erhebungen zur Feststellung der Wirkung bei den Leistungsadressat*innen

Jahr	Erhebungen und Aktivitäten	
	fortlaufend	**Spezifische Zeitpunkte**
2021	Analyse Monitoringdaten inkl. WAI-Ergebnisse	Erstbefragung von Teilnehmenden (spätestens 3 Wochen nach Einmündung in Projekt) (insgesamt 75; jeweils 25 pro Standort)
2022		Beginn Folgebefragung der Teilnehmenden, die schon in der ersten Hälfte 2021 interviewt wurden (ca. 12 Monate nach Erstbefragung)
2023		Zweite Folgebefragungen
2024		Dritte Folgebefragungen
2025		Abschlussbericht

Es war zunächst geplant, auch 25 Personen im Längsschnitt zu befragen, die nicht am Projekt teilnehmen wollten, dies gelang aber nicht, weil schon zum Ersterhebungszeitraum lediglich eine Person bereit war, ein Interview zu führen. Um diesen Ausfall zu kompensieren, wurden im Jahr 2021 Gruppendiskussionen mit Fachkräften aus dem Regelgeschäft geführt, um herauszufinden, warum potenzielle Teilnehmer*innen nicht am Projekt teilnehmen wollten und wie die Einschätzung der Fachkräfte zu den Effekten des Projekts ist.

Im Rahmen der Umsetzungsanalyse wurde untersucht, wie die Umsetzung des Projekts funktioniert, ob Strukturen, Arbeitsprozesse und Angebote wie vorgesehen aufgebaut und auf den Weg gebracht werden konnten, wie die Inanspruchnahme der Angebote ist und was fördernde und hindernde Faktoren dafür sind. Weitere wichtige Aspekte waren Zugang und Akzeptanz des Angebots, Übergang nach Programmteilnahme, Kooperation mit Regelgeschäft sowie Güte des Netzwerkes.

Dafür wurden verschiedene Erhebungen und Auswertungen durchgeführt. In qualitativen Interviews (Einzel- und Gruppeninterviews) wurden Führungskräfte, Fachkräfte im Projekt und im Regelgeschäft, Netzwerkakteure und Teilnehmende befragt. Weiter fanden teilnehmende Beobachtungen bei Beratungsgesprächen inklusive Nachbesprechungen statt. Auch für die Umsetzungsanalyse wurden die Monitoringdaten ausgewertet, um zu analysieren, wie viele Teilnehmende in welchen Jahren für das Projekt gewonnen werden konnten, welche WAI-Werte diese bei Beginn hatten und welche soziodemographischen Merkmale die Gesamtgruppe charakterisierte. Auch die Längsschnittbefragung der Teilnehmenden wurde im Hinblick auf Implementationsaspekte ausgewertet.

Anstatt der ursprünglich geplanten Einzelinterviews mit Netzwerkpartner*innen an jedem Standort wurden aktivierende Interviews mit potenziellen Netzwerkpartner*innen an der Schnittstelle medizinische Reha der DRV geführt, um zu eruieren, wie Teilnehmer*innen beraten werden können und

wer Ansprechpersonen bei der DRV Hessen für die Projektfachkräfte sind, wenn Rentenanträge erstmalig abgelehnt werden, aber auch bei generellen Themen.

Im Jahr 2024 wurden die ursprünglich geplanten Interviews mit den Fachkräften des Projektes ersetzt durch eine Online-Befragung aller Fachkräfte im Regelprojekt zu deren Einschätzung des Projektes und zur Verstetigung von Projektansätzen.

Folgende Befragungen wurden insgesamt im Rahmen der Umsetzungsanalyse durchgeführt:

Jahr	Erhebungen und Aktivitäten
fortlaufend	Analyse von Monitoringdaten
2021	Befragung von Fachkräften (3 EI/GD pro Standort) Befragung von Leitungspersonen (1 EI pro Standort) Befragung von Fachkräften aus dem Regelgeschäft (9 FK, EI/GD) *Befragung von Teilnehmenden (EI)*
2022	Aktivierende Befragung von Netzwerkakteur*innen Teilnehmende Beobachtungen inkl. Befragung von FK und TN GD mit Fachkräften (1 pro Standort) *Folgebefragung von Teilnehmenden (s.o.)*
2023	Folgebefragung von Fachkräften aus Projekt und Regelgeschäft (*Folgebefragung von Teilnehmenden (s.o.)*
2024	Online-Befragung aller Fachkräfte aus dem Regelbetrieb zur Einschätzung des Projektes und der Verstetigung von Projektansätzen
2025	Befragung einer weiteren Fachkraft aus dem Projektteam Marburg-Biedenkopf Abschlussbericht

Die wissenschaftliche Begleitung mit den beiden Elementen Wirkungs- und Umsetzungsanalyse war von Beginn mit formativen und summativen Elementen angelegt. Jährlich wurde der Projektfortschritt erhoben, Erkenntnisse zur Wirkung und zu gelungenen und schwierigen Schritten in der Umsetzung vorgestellt. Gemeinsam mit der Projektleitung wurde überlegt, wie diese Erkenntnisse in die Weiterentwicklung des Projektes einfließen können. Hierfür fand in den Jahren 2022, 2023 und 2024 jeweils im Frühjahr eines Jahres ein Kurzworkshop mit den Projektleitungen und im Herbst ein Fachtag/Auswertungsworkshop mit allen bzw. ausgewählten Fachkräften statt.

Außerdem arbeitete die wissenschaftliche Begleitung in der Arbeitsgruppe zur Erarbeitung eines Gütesiegels mit, um hier die Erkenntnisse der wissenschaftlichen Begleitung einfließen lassen zu können. Das Gütesiegel wurde 2023 fertig gestellt.

Zudem war die wissenschaftliche Begleitung im engen Austausch mit der Programmevaluation. Sie stand zwei Mal für Einzelinterviews zur Verfügung und nahm regelmäßig an Veranstaltungen der Programmevaluation teil.

2 Ergebnisse des Modellprojekts

Insgesamt konnten im Projektverbund 1.564 Projektteilnehmende gewonnen werden. Durch den strukturierten Einsatz des WAI-Fragebogens (Work-Ability-Index) konnte für diese Teilnehmenden eine tragfähige Aussage zum aktuellen gesundheitlichen Zustand getroffen werden. Die bisherige Problematik den notwendigen Unterstützungsbedarf der Kundinnen und Kunden in Bezug auf die gesundheitliche Situation zu erkennen, wurde dadurch reduziert. Trotz der unterschiedlichen Struktur und Herangehensweise in den jeweiligen Häusern der Verbundpartner kommen alle drei Jobcenter im Kern auf die gleichen Erkenntnisse durch die Projektteilnahme. Die getroffenen Feststellungen können damit als repräsentativ angenommen werden, da die differierende Vorgehensweise im Ergebnis nicht erkennbar ist. Neben der eigenen Einschätzung wird dies durch die wissenschaftliche Begleitung, Zoom – Sozialforschung und Beratung GmbH, gestützt.

Durch den Einsatz der Projektdatenbank bei AzfG haben alle drei Standorte eine sehr gute statistische Grundlage, um die Ergebnisse des Projektes objektiv zu beschreiben und zu bewerten.

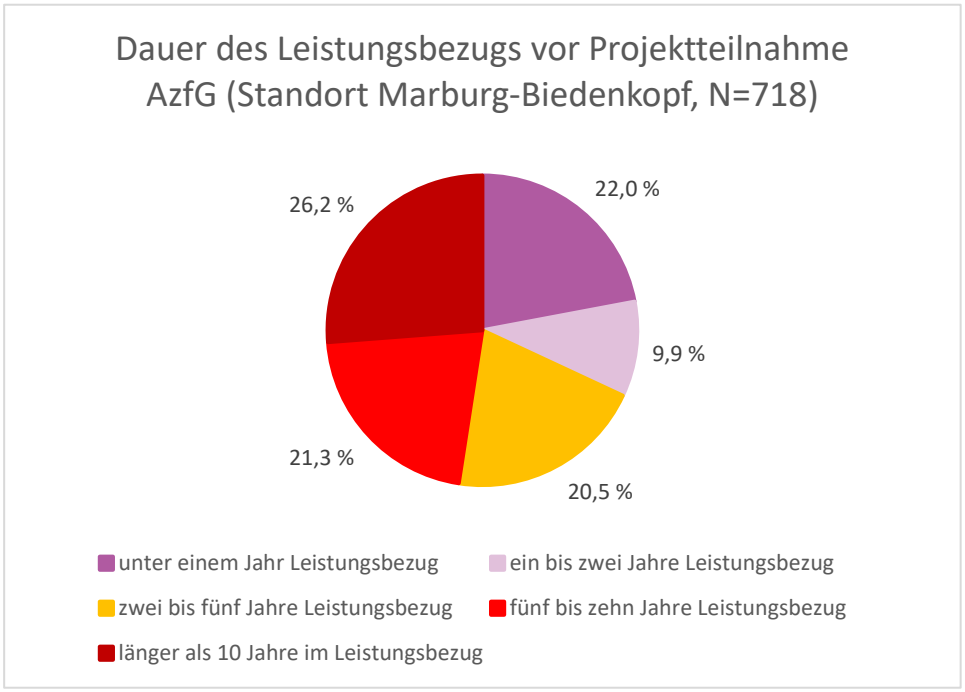
Auszeit für Gesundheit		**KJC Marburg**	**JC Waldeck-Frankenberg**	**JC Schwalm-Eder**
		Anzahl (=w)	Anzahl	Anzahl
	Auswertung	Summe	Summe	Summe
Erstgespräche (= Angesprochene)		1.348	834	770 (368)
Teilnahme AzfG	drei doppelte TN	721 (292)	552 (259)	291 (152)
Unentschlossene		72	7 (6)	0
kein Interesse		546 (243)	212 (93)	412 (179)
Kontrollgruppe		9 (5)	63 (22)	67 (26)
älter 40 Jahre		415	336	206 (114)
jünger 40 Jahre		306	216	85 (38)
TN mit GdB		105 (41)	175 (72)	66 (30)
Abbruch der Teilnahme	vorzeitig (ohne Integrationen)	156 (58)	127	38 (24)
	davon Rente	3 (1)	5 (3)	2 (1)
	davon Erwerbsminderung	5 (3)	13 (5)	9 (5)
Staatsangehörigkeit	deutsch	554	290	276 (141)
	andere	167	214	15 (10)

Da auf Grund des Datenschutzkonzeptes nur die jeweils eigenen Teilnehmenden pro Standort sichtbar sind, entstehen auch eigene Auswertungen pro Standort. Diese Auswertungen sind daher ein Teil der Ergebnisse des Projektergebnisses. Das Verhältnis von durchgeführten Erstgesprächen zur Anzahl der Projektaufnahmen ist im Laufe der Projektdauer immer besser geworden, was für eine

zunehmende Professionalisierung der Mitarbeitenden spricht. Die Vorteilsübersetzung und Motivation der Leistungsbeziehenden sind mit geringerem Aufwand und größerem Erfolg gelungen.

Ursprünglich sollten die aufzunehmenden Projektteilnehmenden aus dem Segment der Neukunden rekrutiert werden. Quasi mit Projektbeginn waren die Auswirkungen der Corona-Pandemie in allen Jobcentern jedoch deutlich zu spüren und machten die Neukundenakquise nahezu unmöglich. Damit die Projektidee auch unter ungünstigen Rahmenbedingungen durchgeführt werden konnte, wurde daher eine hohe Anzahl an Bestandskund*innen zur potenziellen Projektteilnahme angesprochen. Diese Änderung wurde sowohl in Sachberichten als auch direkt mit der Fachstelle kommuniziert.

Die Auswertung der Dauer des Leistungsbezuges vor der individuellen Projektteilnahme zeigt am Beispiel des KJC Marburg eindrücklich, dass der Anteil der Menschen, die länger als fünf Jahre im Bezug waren, fast 50 Prozent beträgt.



Damit gehören nur 22 Prozent der ursprünglich als relevant angesehenen Leistungsbeziehenden an. Pandemie- und systembedingt sind in den beiden ersten Projektjahren in Marburg bis zu 90 Prozent Bestandskund*innen und nur 10 Prozent Neukund*innen aufgenommen worden.

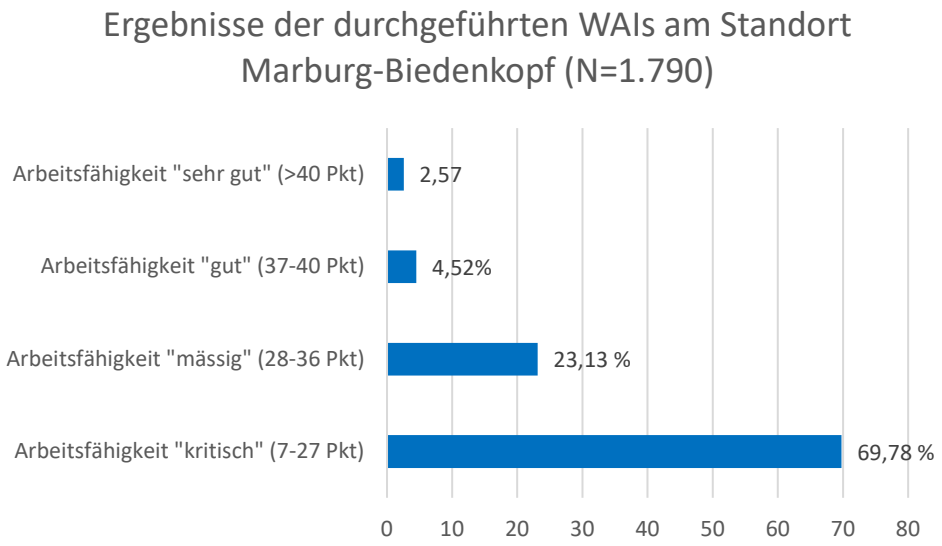
Im Verlaufe der Projektlaufzeit haben sich zwei weitere Änderungen in Bezug auf die Zielgruppe ergeben. Beide Änderungen wurden mit der Fachstelle besprochen und in Änderungsanträgen formuliert sowie, letztendlich wie beantragt, bewilligt. Laut Antrag richtete sich das Projekt in erster Linie an Leistungsbeziehende im Alter zwischen 40 und 60 Jahren. Bei jüngeren oder älteren Leistungsbeziehenden sollte eine Einzelfallbewertung über die Aufnahme entscheiden. Mit zunehmendem Projektfortschritt registrierten die Gesundheitslotsen eine stetig steigende Anzahl von jüngeren Leistungsbeziehenden, die aus dem Fallmanagement bzw. von den persönlichen Ansprechpartnern vorgeschlagen wurden. Die ursprüngliche Annahme, dass die Erwerbsfähigkeit erst im mittleren Beschäftigungsalter gefährdet ist, hat sich als falsch herausgestellt. Der Bedarf an gesundheitsorientierter Beratung ist schon wesentlich früher vorhanden. Dem wurde im Projekt Rechnung getragen und die Altersbegrenzung wurde bei allen drei Kooperationspartnern aufgehoben.

Neben dem erhöhten Beratungsbedarf bei jüngeren Leistungsbeziehenden zeigte sich auch, dass der Umfang des notwendigen Beratungsbedarfs weit höher war als ursprünglich prognostiziert. Nach den ersten Auswertungen der Projektevaluation zeichnete sich die bisherige Kundengruppe durch einen sehr schlechten gesundheitlichen Zustand aus (hoher Anteil mit kritischem Work-Ability-Index, s. u.), der dazu führt, dass wenig im präventiven Bereich, sondern vielmehr im Bereich der Gesundheitsförderung und an der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit gearbeitet werden muss. Viele Projektteilnehmende sind seit mehreren Jahren ohne Beschäftigung und ohne Teilnahme an Maßnahmen des Regelgeschäfts im Leistungsbezug. Zusätzlich liegt auch bei der Kundengruppe der 25- bis 40-Jährigen schon die erlernte Hilflosigkeit durch den Langzeitbezug und vielfältige

Vermeidungsstrategien vor. Entgegen der Einschätzung zum Zeitpunkt der Antragsstellung zeigt die intensive, persönliche und qualitative Analyse mit den Leistungsbeziehenden, dass schon bei einem erheblichen Anteil der jüngeren Kund*innen Multimorbidität vorliegt und damit komplexe gesundheitliche Unterstützungsbedarfe benötigt werden. Die bisherige Einzelfallentscheidung für die Aufnahme von jüngeren gesundheitlich Beeinträchtigten hat dazu geführt, dass mittlerweile gut ein Fünftel der Projektteilnehmenden unter 40 Jahren ist. Beide Kundengruppen weisen einen hohen Bedarf an persönlichen Terminen und Assistenz (Lotsenfunktion, Wahrnehmung von Hilfesystemen, Aufbau der Komm-Struktur etc.) auf. Um die Beratungsqualität mit dem beantragten Personal sicherzustellen, wurde die Absenkung der Fallzahlen notwendig. So wurden die Teilnehmendenzahlen in Marburg-Biedenkopf von 1050 auf 700, in Waldeck-Frankenberg von 750 auf 600 und in Schwalm-Eder von 750 auf 300 herabgesetzt.

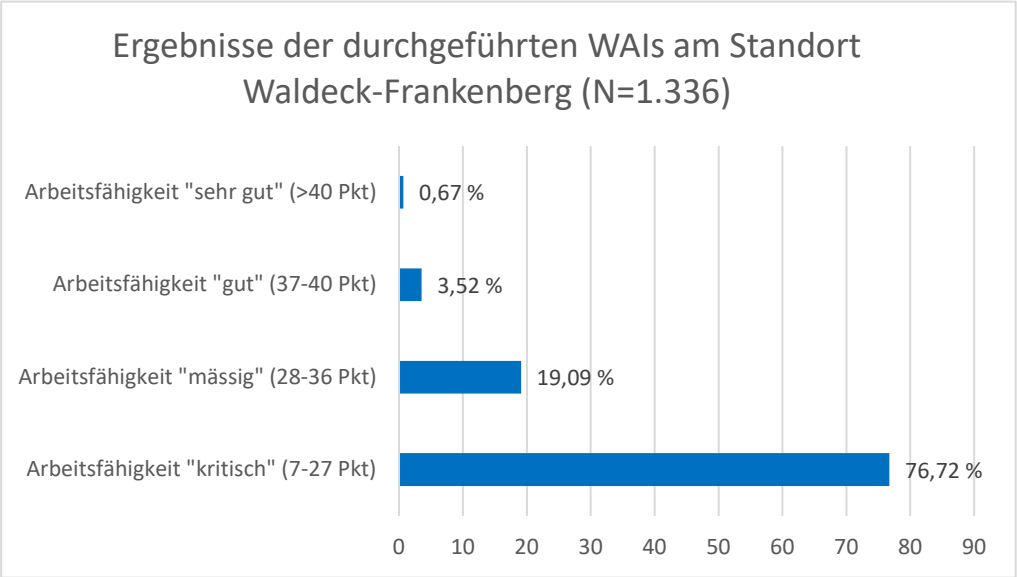
Die systematische Erfassung der Arbeitsfähigkeit durch den Work-Ability-Index (strukturierter Fragebogen) hat bei allen drei Kooperationspartnern wie geplant stattgefunden. In Bezug auf die gesetzten Projektziele im Bereich der Erhaltung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit kann festgestellt werden, dass alle drei Jobcenter von einer deutlich besseren Erwerbsfähigkeit der Teilnehmenden ausgegangen sind.

Am Standort des KJC Marburg-Biedenkopf wurden mit den 718 Projektteilnehmenden 1.790 WAI-Fragebögen durchgeführt.

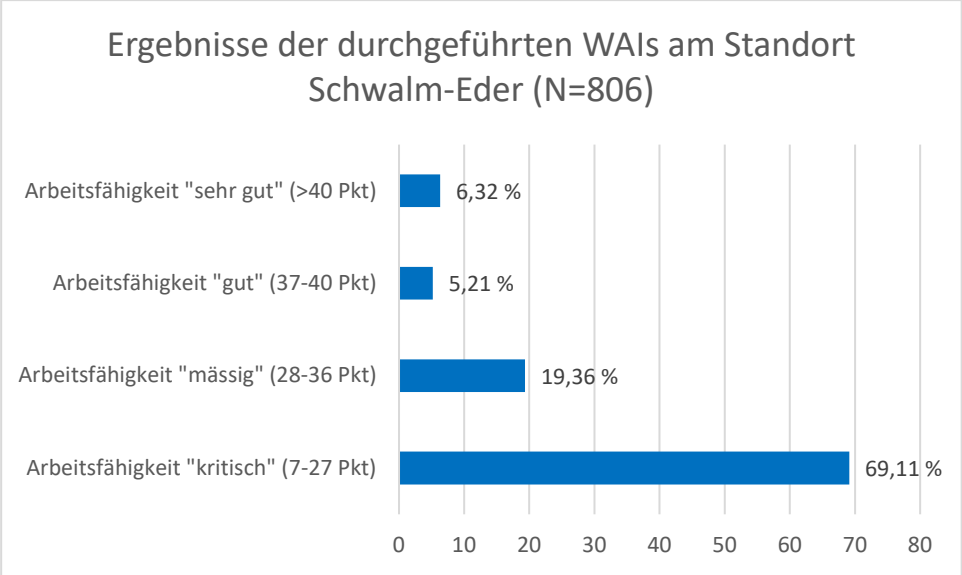


Nur 4,52 Prozent aller Teilnehmenden hatten einen WAI von 37 - 40 Punkten (gute Arbeitsfähigkeit), aber mehr als zwei Drittel aller Projektteilnehmenden (69,78 Prozent) wiesen eine kritische Arbeitsfähigkeit auf. Die Gesundheitslotsen stellten zudem fest, dass die Teilnehmenden ihre Arbeitsfähigkeit eher besser einschätzten, als sie sich dann tatsächlich herausstellte. Die meisten Angaben mit einer „guten Arbeitsfähigkeit“ (WAIs) sind das Ergebnis der wiederholten Befragung von Teilnehmenden, die eine Beschäftigung während der individuellen Projektlaufzeit aufnehmen konnten. Hierauf wird bei der Bewertung der Beschäftigungsaufnahmen detailliert eingegangen.

Am Standort Waldeck-Frankenberg wurden 1.336 WAI-Fragbögen mit 552 Projektteilnehmenden durchgeführt. Der Anteil der Teilnehmenden mit kritischer Arbeitsfähigkeit liegt im JC Waldeck-Frankenberg noch höher.



Am Standort Schwalm-Eder wurden 806 WAI-Fragebögen mit 291 Teilnehmenden durchgeführt. Auch hier weisen fast 70 Prozent der Teilnehmenden eine kritische Arbeitsfähigkeit auf.



Der WAI führte aus Sicht der AzfG-Teams der Jobcenter bei den Projektteilnehmenden zur Bewusstseinsbildung über den eigenen Gesundheits- und Arbeitsfähigkeitszustand. Hieraus haben die Teilnehmenden erste Ziel- und Veränderungsoptionen abgeleitet. Die generelle Veränderungsbereitschaft wurde zusätzlich durch den fehlenden Zwang gestärkt.

„Grundsätzlich hat es sich als schwierig erwiesen, den WAI-Test als solides Instrument zur Erfolgsmessung zu nutzen, da sich in der Praxis verschiedene Schwierigkeiten bei der Nutzung des WAI herausgestellt haben (s.o.). Zum einen ist er erstellt worden, um die Beschäftigungsfähigkeit von Beschäftigten zu messen. Dementsprechend sind die Fragen für diejenigen, die schon lange Jahre aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind, schwer zu beantworten, weil sie nicht wissen, auf welche Arbeit sie ihre Antworten beziehen sollen (trotz Anleitung und Zusatzbeschreibung). Zum anderen berichteten die Gesundheitslots*innen, dass die Beantwortung gerade bei psychisch erkrankten Menschen, z. B. manisch-depressiven Personen, sehr stark von der Tagesform abhängig ist und so eine verlässliche Messung oftmals gar nicht möglich ist. …. Aus diesem Grund kommt die wissenschaftliche Begleitung zu dem Schluss, dass die Messung des WAI zwar für grobe Einschätzungen zur Veränderung der Beschäftigungsfähigkeit nützlich ist, nicht aber für eine präzise Messung und der WAI daher auch kein geeignetes Instrument für eine frühzeitige Identifizierung gesundheitlich eingeschränkter Leistungsbeziehender im SGB II ist.“ (Auszug aus dem Abschlussbericht ZOOM zur Bewertung des WAI)

Der Aufbau einer Kontrollgruppe ist keinem Jobcenter in ausreichendem Maße gelungen. Dies wurde der Fachstelle unter Einbindung der wissenschaftlichen Begleitung erläutert. Eine Bewertung der Entwicklung der Erwerbsfähigkeit mit Personen, die nicht am Projekt teilgenommen haben, konnte leider nicht umgesetzt werden. Die Anzahl der freiwillig teilnehmenden Personen und der durchgeführten WAIs ist nicht aussagekräftig und repräsentativ (siehe auch Abschlussbericht ZOOM S. 27).

Während der Projektlaufzeit wurde deutlich, dass neben der Entwicklung des WAIs oder einer Beschäftigungsaufnahme zusätzliche Kriterien notwendig sind, um die geleisteten Entwicklungsfortschritte der Teilnehmenden zu dokumentieren und sichtbar zu machen. Anfänglich entwickelte das AzfG-Team am Standort Waldeck-Frankenberg eine Excel-Tabelle mit zusätzlichen Kriterien. Diese wurde den anderen Kooperationspartnern vorgestellt und gemeinsam weiterentwickelt. Letztendlich führt dies dazu, dass die Projektdatenbank erweitert wurde und seit 2023 im Betreuungsbericht die „Entwicklung der objektiven Lebenssituation“ für die Teilnehmenden erfasst wird. Hierbei wurde Wert auf objektiv nachprüfbare Kriterien gelegt und nicht eine subjektive Bewertung durch die Gesundheitslotsen vorgenommen.

AzfG Standort Marburg-Biedenkopf (Angaben seit Mai 2023, bei individuellem Projektende)

Aufnahme Schuldnerberatung	19
Veranlassung betreutes Wohnen	8
Veranlassung gesetzliche Betreuung	7
Lebensstilveränderungen	91
Teilnahme an Selbsthilfegruppe / Verein	7 / 60
Verbesserung Wohnumfeld	64
Wahrnehmung Präventionsangebote § 20 SGB V	23
Gesellschaftliche Aktivitäten	61
Aufnahme Ehrenamt	7
Keine erkennbaren Veränderungen	181

AzfG Standort Waldeck-Frankenberg (Angaben bei individuellem Projektende)

Aufnahme Schuldnerberatung	9
Veranlassung betreutes Wohnen	35
Veranlassung gesetzliche Betreuung	18
Lebensstilveränderungen	92
Teilnahme an Selbsthilfegruppe / Verein	14 / 51
Verbesserung Wohnumfeld	45
Wahrnehmung Präventionsangebote § 20 SGB V	87
Gesellschaftliche Aktivitäten	100

Aufnahme Ehrenamt	13
Keine erkennbaren Veränderungen	67

AzfG Standort Jobcenter Schwalm-Eder (Angaben seit Mai 2023, bei individuellem Projektende)

Aufnahme Schuldnerberatung	12
Veranlassung betreutes Wohnen	11
Veranlassung gesetzliche Betreuung	6
Lebensstilveränderungen	52
Teilnahme an Selbsthilfegruppe / Verein	4 / 30
Verbesserung Wohnumfeld	13
Wahrnehmung Präventionsangebote § 20 SGB V	91
Gesellschaftliche Aktivitäten	81
Aufnahme Ehrenamt	6
Keine erkennbaren Veränderungen	30

Daneben lassen sich aus der Projektdatenbank auch die weiteren Aktivitäten der Teilnehmenden zusätzlich zu den Aktivitäten im Projekt abbilden. Diese Auswertung ist vor allem für die interne Öffentlichkeitsarbeit und Dokumentation im Jobcenter von immenser Bedeutung. Es wird deutlich, inwieweit die Projekte zur Zielerreichung des gesamten Jobcenters beitragen. Außerdem zeigen diese Daten einen weiteren Aspekt der Wiederherstellung und des Erhalts der Arbeitsfähigkeit.

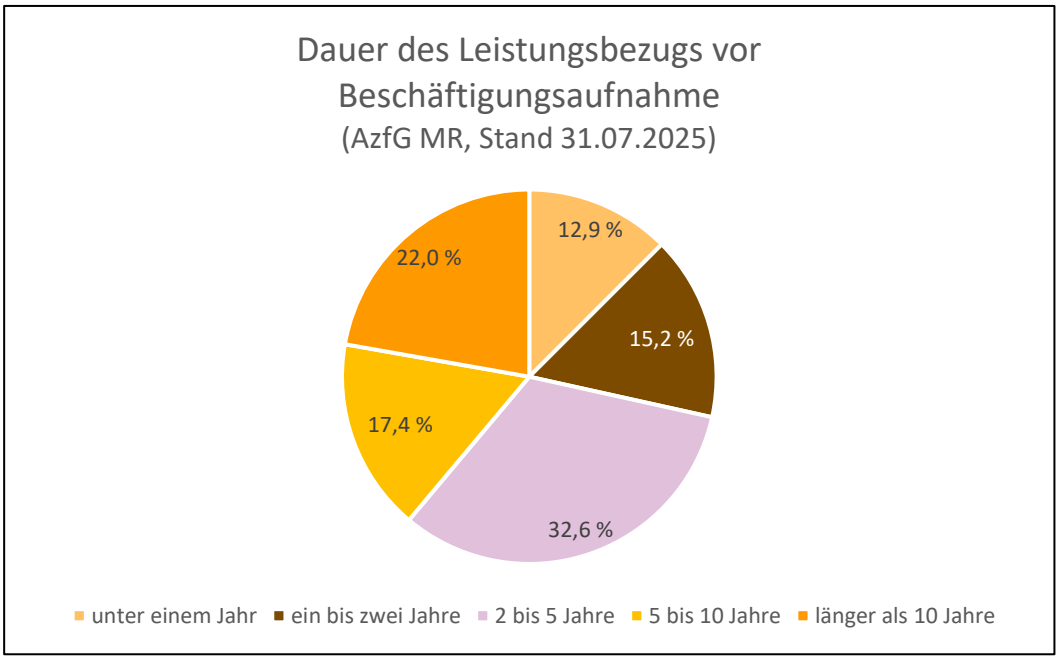
Die Projektteilnehmenden am Standort Marburg-Biedenkopf haben zusätzlich 41 Arbeitsgelegenheiten aufgenommen, 26 Personen haben eine betriebliche Erprobung durchgeführt und weitere 125 Personen konnten begleitend zu AzfG eine Maßnahme nach § 16 SGB II i.V.m. § 45 SGB III absolvieren. Gerade der letzte Aspekt kann gar nicht hoch genug eingeschätzt werden, da vorher erst eine Gruppen- und Maßnahmefähigkeit wiederhergestellt werden musste. Das eigene Zutrauen der AzfG-Teilnehmenden war häufig so gering, dass vor der Teilnahme alle Vermeidungsstrategien genutzt wurden, die den Leistungsbeziehenden zur Verfügung standen.

In Waldeck-Frankenberg haben zusätzlich 14 Personen eine Arbeitsgelegenheit aufgenommen. 41 Personen nahmen an einer betrieblichen Erprobung teil. Den Reha-Pro-Lehrgang „Back“ (Begleitung, Aktivierung, Coaching mit den vorhandenen Kompetenzen) haben 58 Personen besucht. Das zeigt, dass niedrigschwellige Angebote zunächst zum Aufbau des Vertrauens in die eigene Leistungsfähigkeit, zum Bewusstwerden der eigenen Stärken und zur Begleitung an den Arbeitsmarkt heran wichtige Aspekte zur Verbesserung des eigenen Selbstwertgefühls und der Integrationschancen darstellen.

Auch wenn die Aufnahme einer Beschäftigung durch die Projektteilnehmenden nicht im Vordergrund stand, so zeigten die Ergebnisse im Laufe der Projektdauer, dass sich (bei der vorhandenen schlechteren Ausgangslage) trotzdem eine nicht erwartbare Quote von Beschäftigungsaufnahmen (geringfügig und sozialversicherungspflichtig) entwickelte. 150 Projektteilnehmende in Marburg-Biedenkopf haben eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung entweder während ihrer individuellen Projektlaufzeit oder innerhalb von sechs Monaten nach ihrem Projektende aufgenommen (69 Vollzeit, 81 Teilzeit). Zusätzlich haben 62 Personen eine geringfügige Beschäftigung aufgenommen. Bezogen auf die 718 teilnehmenden Personen (721 Projektteilnahmen, mit drei doppelten Teilnahmen) beläuft sich damit die Vermittlungsquote in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung auf 20,89

Prozent, die in geringfügige Beschäftigung auf 8,64 Prozent. Insgesamt haben damit 29,53 Prozent der Teilnehmenden eine Beschäftigung aufgenommen. Der Verbundpartner Waldeck-Frankenberg konnte bei seinen 552 Teilnehmenden 46 sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsaufnahmen in Vollzeit und weitere 100 in Teilzeit verzeichnen, zusätzlich 55 Beschäftigungsaufnahmen im geringfügigen Bereich. Dies entspricht einer Integrationsquote von 18,12 und bei der Aufnahme einer geringfügigen Beschäftigung von 9,96. Damit wurden von beiden Standorten die Ziele der Verbesserung der beruflichen Teilhabe (10 Aufnahme von geringfügiger und 20 % sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung) annähernd erreicht. Der Verbundpartner Schwalm-Eder hat die Integration in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung mit 23,34 Prozent übertroffen (35 Personen in Teilzeit, 33 Personen in Vollzeit). Lediglich bei der Aufnahme in geringfügige Beschäftigung wird das Ziel mit 2,4 Prozent verfehlt.

Besonders hervorzuheben ist die Tatsache, dass fast 40 Prozent der Vermittlungen auf Personen entfallen, die mehr als fünf Jahre vor der Beschäftigungsaufnahme Leistungen bezogen haben. In 22 Prozent der Vermittlungen waren die Projektteilnehmenden sogar mehr als 10 Jahre ohne Beschäftigung. Dies macht eindrucksvoll deutlich, dass sich die Investition in Personal und kontinuierliche gesundheitsorientierte Beratungsarbeit mit geringerem Betreuungsschlüssel auch in finanzieller Hinsicht für die Jobcenter lohnt und auch Veränderungspotenzial bei langjährigem Leistungsbezug vorhanden ist.



Die Ziele bezüglich der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und des Entgegenwirkens der Erwerbsminderung hat das Projekt vollumfänglich erreicht. Die Quote der Eintritte in Erwerbsminderung wurde nach WAI-Werten aufgeteilt. Die gesamten Eintritte in teilweise bzw. volle Erwerbsminderung liegen allerdings mit 0,7 Prozent bzw. 3,3 Prozent am Standort Marburg weit unter den prognostizierten 5 bzw. 10 Prozent. Das gleiche Bild zeigt sich beim Verbundpartner Waldeck-Frankenberg. Hier sind nach Abschluss des Projektes drei Personen in eine teilweise Erwerbsminderung eingetreten und 13 Personen haben eine volle Erwerbsminderung bewilligt bekommen. Dies entspricht auch an diesem Standort 0,5 Prozent bzw. 2,4 Prozent. Im Landkreis Schwalm-Eder hat eine Person nach Abschluss des Projektes eine teilweise Erwerbsminderung bezogen, während acht Personen eine volle Erwerbsminderungsrente erhalten haben. Dies entspricht 0,3 bzw. 2,8 Prozent. Eine Zunahme der Erwerbsminderung während der Projektlaufzeit konnte somit bei allen drei Verbundpartnern nicht festgestellt werden. Die positiven Auswirkungen des Projektes auf eine Verringerung der Antrags- und Bewilligungszahlen können allerdings nicht quantifiziert werden.

Die Überprüfung der Zielerreichung wurde neben den Auswertungen der drei Verbundpartner ausführlich durch die wissenschaftliche Begleitung dargelegt (siehe Anhang).

Die Schulung mit dem Zürcher Ressourcenmodell als einheitlichem Beratungsmodell für die Gesundheitslotsen wurde im ersten Projektjahr 2020 für alle Mitarbeitenden der drei Verbundpartner durchgeführt. Schon im Schulungsverlauf zeigte sich, dass der Einsatz in der Beratung aber nicht für alle Mitarbeitenden leistbar war, da die Methode viel Erfahrung und langjährige Ausbildung erfordert. Einzelne Teile der Methode wurden in unterschiedlichem Maße, aber sehr wohl verwendet. Als weitere Schwierigkeit stellte sich die Fluktuation bei den Mitarbeitenden in einzelnen Häusern heraus. Eine kontinuierliche Neuausbildung in der Methode konnte dann nicht zeitnah umgesetzt werden. Schon hier zeigt sich in allen drei Jobcentern, dass eine kontinuierliche Besetzung des eingesetzten Personals essentiell für den Beziehungsaufbau mit den Teilnehmenden ist und damit für ein Weiterkommen in der individuellen Lebensphase. Am Standort Marburg-Biedenkopf wurde die Beratung von Projektteilnehmenden durch Anwendung des Zürcher Ressourcenmodells ab 2022 durch einen externen Dienstleister durchgeführt.

Während der gesamten Projektlaufzeit wurden für alle Mitarbeitenden zahlreiche gemeinsame und individuelle Fortbildungen im Bereich Kommunikation und Coaching durchgeführt.

Die freiwillige Teilnahme, insbesondere aber die tatsächlich gelebte „Auszeit für Gesundheit“, hat die Teilnehmenden positiv gegenüber der Thematik „Gesundheit“ aufgeschlossen. Die Investition von Zeit und Personal erzeugte in allen drei Jobcentern positive Veränderungsimpulse, zumal erst in diesen Prozessen oftmals Problemlagen erkannt wurden, die sich im „normalen Jobcenteralltag“ so nicht zeigten. Eine nicht zu unterschätzende Anzahl an Projektteilnehmenden benötigt auf Grund vielschichtiger Unterstützungsbedarfe eine intensive, aber auch länger wirkende Betreuung. Wartezeiten bei Beratungsstellen, insbesondere aber bei (Fach-)Ärzten, verlängern diese Zeit noch einmal. Die Wortwahl „Vereinbarung für Gesundheit“ wurde zum Projektstart schnell in „Gesundheitsplan“ umgeändert, da die sprachliche Nähe zur „Eingliederungsvereinbarung“ sich als nachteilig zeigte. Der Gesundheitsplan selbst allerdings war für die Verfolgung des roten Fadens und zum Rückblick auf Erfolge wichtig. Durch die Koordination der Maßnahmen und auch der beteiligten Akteure durch die Gesundheitslotsen konnte ein nachhaltiger Prozess gestartet werden, der es den Teilnehmenden erlaubte, auch nach einer möglichen Integration oder Projektteilnahme weiter an dem Thema Gesundheit zu arbeiten. Unterstützt wurde dies durch die bereits während des Projekts verzahnte Zusammenarbeit auch mit möglichen Dritten und deren Angeboten zur Gesundheitsförderung. Die Möglichkeit, auf eine Betreuung durch die Gesundheitslosen auch nach einer Projektteilnahme zurückzugreifen, war hier für die Projektteilnehmenden sehr wertvoll.

Als basaler Kernpunkt der Erkenntnisse aller drei Häuser lässt sich folgende Aussage treffen:

Eine individuelle, persönliche und langfristige Begleitung der Projektteilnehmenden durch (gleichbleibende) Gesundheitslotsen ist extrem wichtig. Ein kontinuierliches Angebot schafft eine tragfähige Grundlage für eine zielgerichtete und nachhaltige Beratung. Je nach Komplexität der Unterstützungsbedarfe müssen im Einzelfall dafür auch mehr als 24 Monate vorgesehen werden. Nur mit einem angepassten Betreuungsschlüssel von maximal 1: 50 ist eine den Bedarfen angemessene Beratung möglich, die, wie dokumentiert, letztendlich auch zu Erfolgen hinsichtlich der Beschäftigungsaufnahme und dem Bezugsende von SGB-II-Leistungen führt.

In Abhängigkeit der festgestellten Arbeitsfähigkeit stand den Projektteilnehmenden ein Gesundheitsbudget bis 800 € zur Verfügung, mit dem sie bei Dritten Gesundheitsdienstleistungen über AzfG mit einem Gutscheinsystem einkaufen konnten. Kleine Ausrüstungsgegenstände, die in den niedrigschwelligen Gesundheitskursen des Projektes im Zentrum verwendet wurden, konnten nach erfolgreicher Teilnahme ebenfalls finanziert werden, um die Nachhaltigkeit von erlernten Inhalten auch in häuslicher Umgebung fortzusetzen. Das Gesundheitsbudget wurde nicht von allen Teilnehmenden in Anspruch genommen. Die durchschnittliche Höhe des Gesundheitsbudgets pro Teilnehmer*in lag am Standort Marburg-Biedenkopf bei 304,31 €, am Standort Waldeck-Frankenberg bei 288,37 € und am Standort Schwalm-Eder bei 167,78 €. Das Gesundheitsbudget hatte im Einzelfall einen hohen Nutzen, wenn nicht krankenkassenzertifizierte Leistungen in Anspruch genommen werden konnten. Ein allgemeingültiger Nutzen eines Gesundheitsbudgets konnte allerdings nicht festgestellt werden.

Das Mobilitätsbudget diente dazu, an gesundheitsfördernden Angeboten teilzunehmen, Fachärzte aufzusuchen und soziale Teilhabe zu verwirklichen. Das Mobilitätsbudget führte dazu, dass Facharzttermine und Therapien kontinuierlich wahrgenommen werden konnten und es zu keinen finanziell bedingten Abbrüchen oder Unterbrechungen kam. Alle Fahrten wurden auf einem Antragsformular

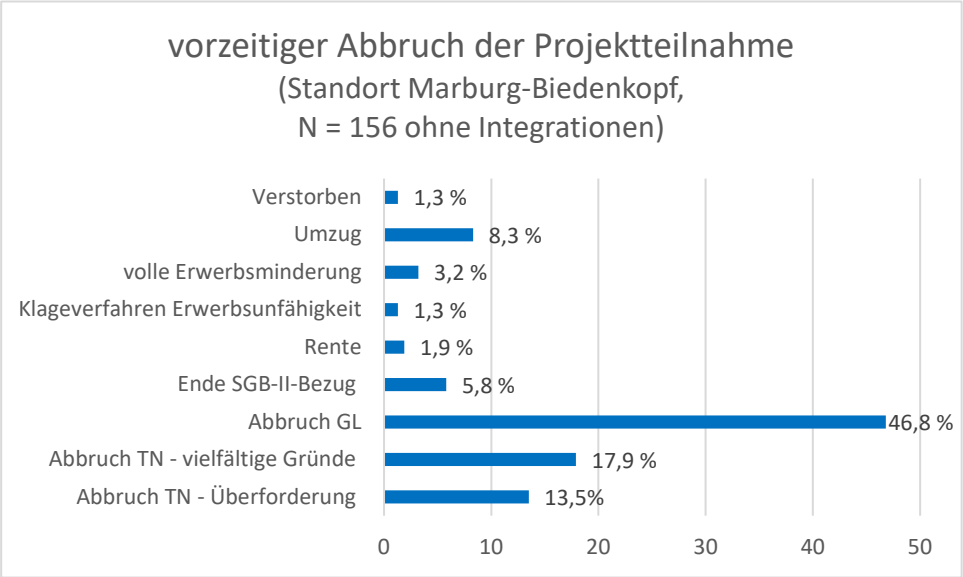
eingetragen, von den Gesundheitslotsen überprüft und dann nachträglich von den Verwaltungsfachkräften zur Auszahlung gebracht. Im ländlichen Raum der drei beteiligten Jobcenter wurden sowohl der ÖPNV als auch die Fahrtkosten mit dem PKW übernommen. Das Mobilitätsbudget war ein wesentlicher Projektbestandteil und hat zu einer regen Teilnahme an Angeboten beigetragen. Soziale Teilhabe wurde anlasslos ohne vorherige Beantragung ermöglicht und förderte den Austausch mit Menschen außerhalb des eigenen sozialen Status. Im Hinblick auf den hohen Anteil an alleinlebenden Personen war diese gestiegene Mobilität von großer Bedeutung. Die durchschnittliche Höhe des Mobilitätsbudgets pro Teilnehmer*in lag am Standort Marburg-Biedenkopf bei 180,61 €, am Standort Waldeck-Frankenberg bei 317,53 € und am Standort Schwalm-Eder bei 266,39 €.

In allen Zentren wurden niedrigschwellige, gesundheitsfördernde Gruppenangebote in den Bereichen Bewegung, Ernährung, Entspannung und Persönlichkeitsentwicklung durch externe Dienstleister, vereinzelt auch durch internes Personal, angeboten. Das Zentrum als bekannter, vertrauensvoller Ort hat die Hemmschwelle zur Teilnahme so weit wie möglich reduziert. Die Durchführung von Gesundheitsförderung in der eigenen sozialen Gruppe (Leistungsbeziehende) hat den Konkurrenzgedanken bezüglich der eigenen Leistungsfähigkeit und persönlichen Ausstattung (Kleidung) weitgehend minimiert. Kurze, nicht terminierte Gespräche mit den Gesundheitslotsen konnten so ermöglicht werden. Die Dienstleister konnten auf die Bedarfe der Gruppen kurzfristig eingehen (keine Themenfestlegung und zeitliche Taktung wie in Präventionskursen nach § 20 SGB V). Es wurde je nach Bedarf ein Methodenmix in den einzelnen Bereichen angeboten. Alle drei Jobcenter hatten im Projektverlauf einen Änderungsantrag gestellt, um Kursdurchführungen auch mit eigenem Personal anzubieten. Der Austausch und die Perspektiven wurden dadurch gestärkt und erweitert.

Durch die gesundheitsfördernden Gruppenangebote erlebten die Teilnehmenden zunehmend Selbstwirksamkeit. Ihr Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit wuchs. Sie stellten sich neuen Herausforderungen und erlangten eine stärkere emotionale Sicherheit. Ihre Isolation konnte aufgebrochen werden. Die häufig verlernten sozialen Schlüsselqualifikationen für eine Arbeitsaufnahme konnten gestärkt und entwickelt werden. Durch Bewegung verbesserten sich die kognitiven Fähigkeiten. Durch die Gruppenangebote haben die Teilnehmenden direkte konkrete Erfolge erlebt, unabhängig vom Niveau, auf dem der oder die Einzelne gestartet ist. Es trat in vielen Fällen eine gesteigerte Motivation und Verbindlichkeit durch die Gruppendynamik ein. Vor allem Bewegungseinschränkungen und Kraftdefizite konnten verbessert werden. Durch die Ernährungskurse wurden viele Verhaltensänderungen in Gang gesetzt (hohe Gewichtsabnahmen) und Gesundheitskompetenz aufgebaut. Nicht alle Teilnehmenden konnten jedoch aufgrund von Ängsten oder Scham von Gruppenangeboten erreicht werden. Daraus entstand das Angebot des Einzeltrainings. Mehrere Termine (4 bis 6) haben in der Regel gereicht, um eine Gruppenfähigkeit wiederherzustellen. Auch Hygienethemen und Krankheitsauswirkungen konnten in einer Einzelbetreuung gesichtswahrend thematisiert werden. Bewegung wurde als etwas Positives erlebt und es wurde bewusst wahrgenommen, dass sich Bewegung auch auf die eigene Psyche fördernd auswirkt.

Die Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern unter einem Dach haben alle drei AzfG-Standorte umgesetzt. Auf Grund der regionalen Eigenheiten hatte jedes Jobcenter auch unterschiedliche Kooperationspartner. Im AzfG-Zentrum in Marburg-Biedenkopf waren die Agentur für Arbeit und das Universitätsklinikum Marburg-Gießen vertreten. Sowohl die Reha-Beraterin der Agentur als auch die Psychologin des UKGM hatten räumliche und digitale Ressourcen im Zentrum. Beide nahmen an den wöchentlichen Teambesprechungen teil. Die Gesundheitslotsen konnten mit ihren Teilnehmenden in der Regel persönlich einen Termin bei den Dienstleistern absprechen. Zum zusätzlichen Informationsaustausch verwendeten alle Mitarbeitenden eine webbasierte Datenbank mit Zugangs- und Rollenrechten. Gemeinsame Beratungen zu dritt und Fallkonferenzen mit externen Dritten wurden ebenfalls im Zentrum durchgeführt und dokumentiert. Neben der Beratung der Teilnehmenden durch die Kooperationspartner erfolgte ergänzend eine kollegiale Wissensvermittlung zu psychologischen Fragestellungen und Rehabilitationsfragestellungen für die Gesundheitslotsen. Der fachliche Austausch trug wesentlich zur Handlungssicherheit und zur Qualität der individuellen Gesundheitsfahrpläne bei. Insgesamt bewährte sich das psychologische Unterstützungsangebot als zentraler Bestandteil des Projekts. Es leistete einen entscheidenden Beitrag zur Stabilisierung der Teilnehmenden, zur Verbesserung ihrer Selbstwahrnehmung und Gesundheitskompetenz sowie zur Reduktion von Barrieren gegenüber therapeutischen Angeboten. Die Verknüpfung psychologischer Expertise mit der sozial-beruflichen Beratung der Gesundheitslots*innen stellt eine innovative und wirksame Maßnahme dar, die wertvolle Ansatzpunkte für eine Überführung in den Regelbetrieb bietet.

Neben den Erfolgen der Projekt- und Beratungsarbeit gibt es wie bei jeder Aktivierung von Leistungsbeziehenden im SGB II auch hier vorzeitige Abbrüche der individuellen Projektteilnahme. Bei den Teilnehmenden des Standortes Marburg-Biedenkopf waren dies 21,73 Prozent, am Standort Waldeck-Frankenberg 23 Prozent und am Standort Schwalm-Eder 13,06 Prozent.



Exemplarisch wurden die Gründe für den vorzeitigen Abbruch der Teilnehmenden am Standort Marburg-Biedenkopf näher betrachtet. Die Überforderung der Teilnehmenden, die zum Abbruch führte, wurde durch zunehmende akute Krankheiten, die häusliche Situation oder finanzielle Gründe ausgelöst. Unter den „vielfältigen Gründen“ für den Abbruch seitens der Teilnehmenden wurden folgende summiert: andere Erwartungen, kein persönlicher Nutzen, Unfähigkeit, Termine wahrzunehmen, unbekannte und multiple Gründe. Beim Abbruch durch den Gesundheitslotsen (nach Abstimmung mit dem Fallmanagement) sind vor allem fehlende Erreichbarkeit bzw. Teilnahme der Hauptgrund. Fehlende Sprachkompetenz oder unangemessenes Verhalten spielten eine deutlich untergeordnete Rolle. Alle anderen Gründe haben genaugenommen keine Ursächlichkeit im Projekt.

3 Erkenntnisse zu den innovativen (Teil-)Ansätzen und deren Wirkungen

Ansatz 1: Aussetzung des Vermittlungsvorranges und systematische Erfassung der Erwerbsfähigkeit

Die Projektteilnahme AzfG war für die Leistungsbeziehenden bei allen drei Verbundpartnern freiwillig und sanktionsbefreit. Mit Beginn der Teilnahme wurden die Personen für die -monatige Intensivphase von der Verpflichtung schnellstmöglich Arbeit aufzunehmen oder an Maßnahmen der aktiven Arbeitsförderung teilzunehmen freigestellt. Die Projektteilnehmenden konnten alle Energie und Aktivitäten auf die Verbesserung der gesundheitlichen Situation ausrichten. Der Fragebogen des WAI (Work-Ability-Index) zur systematischen Erfassung des Gesundheitszustandes wurde zu drei Zeitpunkten von den Projektteilnehmenden ausgefüllt (Beginn Projektteilnahme, nach 6 Monaten bzw. Wechsel in die Stabilisierungsphase, am Ende bzw. Beschäftigungsaufnahme. Dies ermöglichte erstmalig, sich einen Überblick über die gesundheitliche Verfassung dieser Teilzielgruppe zu verschaffen, und diente als Grundlage für Handlungsbedarfe zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit.

Durch die Freiwilligkeit zur Teilnahme und das „Einlassen auf das Thema der Gesundheitsförderung“ konnte eine spürbare Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen PTN und GL erreicht werden. Dies führte zu einer Bewusstseinsbildung für den eigenen Gesundheits- und Arbeitsfähigkeitszustand, nicht zuletzt durch die systematische und einheitlich neutrale Erfassung der gesundheitlichen Einschränkungen durch den Fragebogen. Der fehlende Zwang stärke die generelle Veränderungsbereitschaft der Projektteilnehmenden und führte letztlich bei der Mehrheit der Teilnehmenden mindestens zu einer Stabilisierung des Gesundheitszustandes, oft aber zu einer Verbesserung.

Ansatz 2: Gesundheitslotsen (GL) - individuelle, persönliche und langfristige Beratung

Das Team der Gesundheitslotsen hat zu Projektbeginn ein gemeinsames Haltungs- und Rollenverständnis entwickelt (Beraten ohne Ratschlag, Teilnehmende befähigen, selbstwirksam zu werden, Stärken stärken, Teilnehmende sind eigene Experte etc.). Alle Gesundheitslotsen haben sich bewusst und freiwillig für diese Beratungsarbeit hausintern beworben.

Die Gesundheitslotsen führten regelhafte Beratungsgespräche über einen Zeitraum von mindestens 18 Monaten mit den PTN durch. Der Betreuungsschlüssel war an den drei Standorten unterschiedlich und variierte von 1 : 35 (Standort Schwalm-Eder) bis zu 1 : 50 (Standort Marburg-Biedenkopf). Gegenüber dem Regelgeschäft wurde allerdings bei allen Kooperationspartnern eine deutliche Verringerung des Betreuungsschlüssels umgesetzt.

Das eingesetzte Personal sollte sich auf Grund der hohen emotionalen Anforderungen an die Beratungstätigkeit, explizit für diese Beratungsarbeit entschieden haben und langfristig diese Aufgabe übertragen bekommen. Eine hohe Personalkonstanz ist in diesem auf Vertrauen ausgerichteten Aufgabengebiet und der zum Teil sehr langen notwendigen Verweildauer der Kunden*innen von höchster Wichtigkeit.

Der Abbau von Ängsten und die grundsätzliche Herstellung einer Veränderungsbereitschaft stehen im Vordergrund, um eine Beschäftigungsaufnahme als realistisches Ziel wieder für sich zu entwickeln. Oftmals musste über den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses erst eine Gruppenfähigkeit hergestellt werden, damit die Projektteilnehmenden im nächsten Schritt wieder fähig waren, an Maßnahmen der aktiven Arbeitsförderung teilzunehmen.

Die Verbesserung der Gesundheit ist eng verknüpft mit einer Steigerung der Selbstwirksamkeit und Inanspruchnahme bestehender Hilfesysteme. Dieses wurde durch die kontinuierliche Arbeit der Gesundheitslotsen mit den Teilnehmenden entwickelt und gestärkt. Die Projektteilnehmenden wurden ermutigt, sowohl an Regelmaßnahmen der Jobcenter als auch externer Anbieter teilzunehmen.

Durch den verringerten Betreuungsschlüssel war dringend notwendige Zeit für Netzwerkarbeit und Kooperationen möglich. Eine Spezialisierung von Wissen rund um das Thema Gesundheit sowie ein geringer Betreuungsschlüssel sind daher in unserer Bewertung elementare Bestandteile, um die schwierige Thematik angehen zu können.

Ansatz 3: Mobilitäts- und Gesundheitsbudget

Den Projektteilnehmenden stand in Abhängigkeit der festgestellten Arbeitsfähigkeit ein Gesundheitsbudget bis max. 800 € zur Verfügung, mit dem sie bei Dritten Gesundheitsdienstleistungen etc. über AzfG in einem Gutscheinsystem einkaufen konnten. Kleine Ausrüstungsgegenstände, die in den niedrigschwelligen Gesundheitskursen des Projektes im Zentrum verwendet wurden, konnten nach erfolgreicher Teilnahme ebenfalls finanziert werden, um die Nachhaltigkeit von erlernten Inhalten auch in häuslicher Umgebung fortzusetzen.

Allen Projektteilnehmenden stand ein Mobilitätsbudget zur Verfügung, um an gesundheitsfördernden Angeboten teilnehmen zu können, Fachärzte aufzusuchen und soziale Teilhabe zu verwirklichen. Alle Fahrten wurden auf einem Antragsformular eingetragen, der Gesundheitslotse überprüfte die Angaben und brachte die Kosten zur Auszahlung. Im ländlichen Raum der drei beteiligten Jobcenter wurden sowohl der ÖPNV als auch die Fahrtkosten mit dem PKW übernommen.

Angebote zur Gesundheitsförderung, Besuche beim Facharzt und Therapien können nicht wahrgenommen werden, wenn Leistungsbeziehende am Budget Mobilität als erstes ihr persönliches Sparpotenzial umsetzen. Neben nicht wahrgenommenen Terminen wird durch den Verzicht auf Mobilität auch keine soziale Teilhabe gestärkt, da eben der Rückzug auf den Wohnort erfolgt. Im ländlichen Raum ist dies ein echtes Problem. Daher ist aus unserer Erfahrung eine Übernahme des Deutschlandtickets (welches oft mit zusätzlichen Rabatten für diese Zielgruppe zu erwerben ist) zur Stärkung der Arbeitsfähigkeit unerlässlich. Die Nutzung des Gesundheitsbudgets hat nicht wie erwartet stattgefunden. Hier zeigt sich, dass die Übernahme der Fahrkosten (Mobilitätsbudget) für die Projektteilnehmenden der deutlich wichtigere Part ist im Vergleich zu möglichen anderen Kosten.

Ansatz 4: niedrigschwellige interne gesundheitsfördernde Gruppenangebote

Mit den Projektteilnehmenden wurden in Kleingruppen diverse niedrigschwellige interne gesundheitsfördernde Gruppenangebote durchgeführt. Diese wurden durch die Dienstleister, Projektpartner und auch Projektmitarbeitenden geleitet. Es konnten Angebote wie Sport- und Bewegungsübungen oder auch verschiedene Entspannungstechniken erlernt bzw. umgesetzt werden.

Neben der primären Steigerung des eigenen Gesundheitszustandes sollten die Projektteilnehmenden bei diesen Terminen auch die Möglichkeit bekommen, sich mit anderen Teilnehmenden auszutauschen, um hier positive gruppendynamische Effekte zu erzielen.

Die Angebote wurden von der Mehrheit der Projektteilnehmenden gut angenommen. Insbesondere dann, wenn diese nicht in den Räumlichkeiten des Jobcenters durchgeführt wurden. Auch zur sozialen Interaktion konnten die Angebote beitragen.

Ansatz 5: Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern unter einem Dach

Jeder der drei Verbundpartner hatte auf Grund der regionalen Eigenheiten auch unterschiedliche Kooperationspartner. Die Ausgestaltung der Kooperation war daher auch an allen Standorten unterschiedlich.

JC SEK: Im Zentrum des JC SEK sind dies die psychosozialen Beratungsstellen PSZ und Oikos, die Kreishandwerkerschaft und der Bildungsträger GSM. Die Projektpartner haben ihr Angebot dabei in den eigenen Räumlichkeiten, aber auch in den Räumen des JC erbracht.

Dazu fanden regelmäßig gemeinsame Besprechungen statt. Die GLs können mit ihren PTN i. d. R. persönlich einen Termin bei den Partnern absprechen und die PTN gehen auf dem Weg in andere Hilfesysteme nicht verloren. Zum zusätzlichen Informationsaustausch verwenden alle Beteiligten eine webbasierte Datenbank mit Zugangs- und Rollenrechten. Gemeinsame Beratungen zu dritt und Fallkonferenzen mit externen Dritten (z. B. AA oder die Sozialverwaltung) werden ebenfalls durchgeführt. Alle Partner haben weitreichende kollegiale Wissensvermittlung für die GLs aus ihren jeweiligen Arbeitsbereichen durchgeführt.

KJC MR: Über die gesamte Projektlaufzeit hinweg lässt sich eine klare Entwicklung erkennen: Während in der Anfangsphase (2021) der Aufbau der Strukturen und die Etablierung der psychologischen Rolle im Vordergrund standen, erfolgte ab 2022 eine zunehmende Integration der psychologischen Arbeit in den Gesamtprozess des Projekts.
In den ersten Projektjahren wurden offene psychologische Sprechstunden angeboten, die eine spontane Kontaktaufnahme ermöglichten. Dieses niedrigschwellige Angebot wurde ab 2023 in ein Terminvergabesystem überführt, um eine planbarere und zugleich intensivere Betreuung zu gewährleisten. Seitdem erfolgen Terminabsprachen flexibel per E-Mail oder Telefon, ergänzt durch festgelegte Sprechzeiten, in denen eine kurzfristige Kontaktaufnahme weiterhin möglich ist. Diese Struktur führte zu einer höheren Verbindlichkeit, einer verbesserten Vorbereitung auf die Gespräche und zu einer insgesamt effizienteren Nutzung der Beratungszeit.
2023 und 2024 lag der Schwerpunkt auf der systematischen Diagnostik, der individuellen Stabilisierung der Teilnehmenden und der Weiterentwicklung gemeinsamer Fallkonferenzen mit den Gesundheitslots*innen. Im letzten Projektjahr 2025 wurde das bestehende Angebot konsolidiert und die Kooperation intensiviert.

Die Ergebnisse zeigen, dass insbesondere die Verbindung von psychologischer und sozialpädagogischer Expertise ein wirkungsvolles Instrument zur Förderung psychischer Stabilität und Teilhabe darstellt. Die frühzeitige Erkennung psychischer Belastungen, die gezielte Diagnostik sowie die interdisziplinäre Abstimmung ermöglichten eine individuelle, bedarfsorientierte Unterstützung. Darüber hinaus wurde durch die regelmäßige psychologische Schulung und Supervision der Gesundheitslots*innen ein nachhaltiger Wissenstransfer geschaffen, der auch über die Projektlaufzeit hinaus Bestand haben kann.

Insgesamt bewährte sich das psychologische Unterstützungsangebot als zentraler Bestandteil des Projekts. Es leistete einen entscheidenden Beitrag zur Stabilisierung der Teilnehmenden, zur Verbesserung ihrer Selbstwahrnehmung und Gesundheitskompetenz sowie zur Reduktion von Barrieren gegenüber therapeutischen Angeboten. Die Verknüpfung psychologischer Expertise mit der sozial-beruflichen Beratung der Gesundheitslots*innen stellt eine innovative und wirksame Maßnahme dar, die wertvolle Ansatzpunkte für eine Überführung in den Regelbetrieb bietet.

Bei der rechtskreisübergreifenden Zusammenarbeit mit der Reha-Beraterin der Agentur wurde deutlich, dass eine frühzeitigere Bedarfserkennung, bereits weit vor der Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, notwendig ist. Der Austausch mit den KJC-Mitarbeitenden bestand zu konkreten Fällen, Unterstützung der Gesundheitslotsen bei Recherchen zu Erkrankungen, Behinderungen und Behandlungsmöglichkeiten, Zuständigkeiten der verschiedenen Rechtskreise und bei der Vermittlung von Ansprechpartnern. Der kleinere Betreuungsschlüssel wurde auch hierbei als fördernd im Sinne einer intensiveren Beratung und Begleitung von Teilnehmenden wahrgenommen. Der ständige planvolle als auch spontane Austausch in einem Haus wurde von allen Beteiligten (Reha-Beraterin, Gesundheitslotsen, Teilnehmende) intensiv und zielführend genutzt.

JC WF: Das JC Waldeck-Frankenberg verfolgte einen dezentralen Ansatz in Zusammenarbeit mit dem Kreisverband der Treffpunkte e.V. Die teils gemeinsamen Angebote wurden in den Räumen des Treffpunktes, des Jobcenters und in angemieteten Liegenschaften erbracht. Das Team der Treffpunkte und das Team des Jobcenters hat die Angebote gemeinsam erarbeitet und teils auch gemeinsam umgesetzt. Es fand ein regelmäßiger monatlicher Austausch unter den Teams statt. Weiterhin wurden personenbezogene Problemstellungen, nach Zustimmung der Teilnehmer, mit dem jeweils anderen zuständigen Ansprechpartner, besprochen.

Die Erfahrungswerte der Mitarbeitenden des Jobcenters, in Zielrichtung Arbeitsmarkt und die Erfahrungswerte der Mitarbeitenden des Kreisverbandes der Treffpunkte e.V., im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen, hat damit allen Beteiligten, insbesondere den der Teilnehmenden, einen

Mehrwert in der zielgerichteten Beratung verschaffen. Neben Einzelgesprächen wurden Gruppenberatungen durchgeführt. Diese erfolgten teils auch in den Räumen des jeweiligen externen „Dritten“.

Zur Erlangung von fachspezifischen Themen wurden Seminare besucht, oder Bildungsträger eingeladen. Weiterhin fand der Austausch durch gemeinsame Supervisionen statt. All diese gewonnenen Informationen werden auch zukünftig zur Verfügung stehen. Bei Neukunden, aber auch besonders bei Bestandskunden der Jobcenter, welche am Projekt teilgenommen haben, hat sich gezeigt, dass eine tiefergehende Diagnostik des Gesundheitszustandes mit Unterstützung von ausgebildeten Fachkräften im Bereich psychischer Krankheitsbilder, sowie von Psychologen, von Bedeutung war. So ließen sich durch intensive Gespräche und Beobachtungen gewisse Verhaltensformen erkrankter Teilnehmender ableiten. Dies wiederum führte zum Verständnis und zu Überlegungen zwecks Abstimmung verschiedener gesundheitsfördernder Maßnahmen zwischen Teilnehmenden und Mitarbeitenden.

4 Verstetigung vor Ort

Verstetigungsoptionen, deren Bewertung und Verstetigung im eigenen Jobcenter (getrennt nach Verbundpartnern)

Ansatz 1: Aussetzung des Vermittlungsvorranges und systematische Erfassung der Erwerbsfähigkeit

JC SEK: Für die Personengruppe der gesundheitlich eingeschränkten Leistungsbeziehenden im SGB II kann der Vermittlungsvorrang innerhalb des Fallmanagements im Jobcenter Schwalm-Eder auch künftig ausgesetzt werden. Die Kunden und Kundinnen sollen künftig über das jobcentereigene beschäftigungsorientierte Fallmanagement betreut werden. Dazu sollen Gesundheitslotsen diese neuen Tätigkeiten übernehmen, den Ansatz der Gesundheitsförderung allerdings weiterführen. Optional kann zur Erfassung der Erwerbsfähigkeit weiterhin der WAI-Fragebogen eingesetzt werden.

Das künftige Fallmanagement behandelt auch Bestandteile des Coachings nach §16k. Eine zunächst erforderliche Fokussierung auf den gesundheitlichen Zustand der Kunden ist durch eine vorübergehende Aussetzung des Vermittlungsvorrangs möglich.

KJC MR: Auch mit den zu erwartenden Gesetzesänderungen sollte es möglich sein, für die Teilzielgruppe der gesundheitlich eingeschränkten Leistungsbeziehenden eine zeitlich befristete Aussetzung des Vermittlungsvorrangs durchzuführen. Direkt im Anschluss an das Projektende wurden im Kreis-JobCenter Marburg-Biedenkopf zwei Gesundheitslotsen aus dem Projekt mit der weitergehenden Beratung gesundheitlich eingeschränkter Leistungsbeziehender beauftragt. Bestandteil des Konzeptes im KJC ist weiterhin die systematische Erfassung der Arbeitsfähigkeit und damit die Nutzung des WAI.

JC WF: Im Jobcenter Waldeck-Frankenberg werden gesundheitlich eingeschränkte Leistungsbezieher des SGB II über das im Jobcenter etablierte beschäftigungsorientierte Fallmanagement betreut. Die wichtig gewonnene Erkenntnis aus rehapro, dass ein Aussetzen des Vermittlungsvorrangs und die Fokussierung der gesundheitlichen Einschränkungen bei diesem Kundenkreis zunächst in den Vordergrund gestellt werden soll, wird hier im derzeit möglichen gesetzlichen Rahmen umgesetzt. Zur Selbsteinschätzung der Leistungsfähigkeit wird der WAI-Fragebogen eingesetzt. Mit dem Ergebnis und ggf. der Einschaltung der Fachdienste ärztlicher und psychologischer Dienst, wird dann gemeinsam mit dem Kunden ein „Fahrplan“ zur Verbesserung der gesundheitlichen Einschränkungen erarbeitet.

Dabei berücksichtigt wird das von rehapro aufgebaute Netzwerk von Ansprechpartnern. Dazu gehört auch der bisherige Letztempfänger Kreisverband der Treffpunkte e.V. Hiervon wird bei psychisch eingeschränkten Personen, stärker als bisher, die Expertise und die Angebote wie z.B. die Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle (PSKB) in Anspruch genommen.

Weiterhin wurde eine Maßnahme, gemeinsam mit dem Landkreis, über einen Bildungsträger, für den Nordkreis, eingekauft. Im Südkreis wird das Projekt Gesundheit und Teilhabe „GuT“, über das ESF-Förderprogramm Impulse der Arbeitsmarktpolitik „IdeA“, für diesen Personenkreis berücksichtigt.

Ansatz 2: Gesundheitslotsen (GL) - individuelle, persönliche und langfristige Beratung (SEK)

JC SEK: Die Gesundheitslotsen sollen im Sinne eines beschäftigungsorientierten Fallmanagements die bisherige Arbeit im Jobcenter Schwalm-Eder bestmöglich fortführen.

KJC MR: Ehemalige Gesundheitslotsen des Projektstandortes Marburg-Biedenkopf wurden als „Fallmanagement Förderung der Arbeitsfähigkeit“ in Ergänzung der Regelteams etabliert. Es besteht ein

Patensystem für die Regionalteams, so dass alle Fallmanager*innen potentielle Kund*innen benennen können. Beide Mitarbeitende haben sich für die Übernahme dieser Aufgabe entschieden. Berufsbegleitend haben sich beide in „psychologischer und Trauma psychologischer Beratung“ zertifiziert. Sie verfügen daher über weitreichende Kompetenzen gesundheitsorientierter Beratung.

JC WF: Fallmanager und Integrationsfachkräfte sollen die zukünftige Arbeit der Gesundheitslotsen in Waldecke-Frankenberg, mit Unterstützung von Maßnahmeträgern und speziell im Südkreis mit Unterstützung des Projektes GuT, umsetzen.

Neben dem beschäftigungsorientierten Fallmanagement wird für Kunden, die eine gewisse Begleitung benötigen und weniger stark eingeschränkt sind, zur ganzheitlichen Betreuung, zwecks Heranführung an den Arbeitsmarkt, oder auch zum Coaching nach Arbeitsaufnahme, eine Überstellung an den Coach nach §16 k vorgenommen.

Ansatz 3: Mobilitäts- und Gesundheitsbudget

Die Verstetigung des Gesundheitsbudgets wird als nicht elementar angesehen, gleichwohl würde es in Einzelfällen gute Effekte erzielen. Die Verstetigung des Mobilitätsbudgets hingegen wäre, wie zuvor ausgeführt, mit enorm positivem Nutzen verbunden. Die fehlenden finanziellen Mittel für Fahrkosten sind für die Leistungsbeziehenden der zentrale Faktor, warum gesundheitsfördernde Angebote nicht angenommen werden und soziale Teilhabe nur eingeschränkt stattfindet. Da eine Umsetzung rechtlich im SGB II bisher kaum möglich ist, kann eine Verstetigung allerdings nicht stattfinden. Es sind nur Fahr- und Reisekosten in das Jobcenter übernahmefähig. Vereinzelt kann eine Art „Fahrdienst" durch die Gesundheitslotsen (künftig Fallmanager/Integrationsfachkräfte) für die Kunden angeboten werden, dies ist aber keinesfalls regelhaft möglich.

Für eine Verstetigung fehlen aktuell (leider) die Rechtsgrundlage und nicht zuletzt die finanziellen Mittel.

Ansatz 4: niedrigschwellige interne gesundheitsfördernde Gruppenangebote

Die Rahmenbedingungen im SGB II lassen die Verstetigung aktuell nicht zu. Weder inhaltlich noch aus finanzieller und/oder personeller Sicht. Mögliche Angebote Dritter sollen genutzt werden. Wichtig ist eine transparente Darstellung der Angebote für die Leistungsbeziehenden, da diese Zielgruppe bisher durch Werbemaßnahmen der Anbieter in der Regel nicht erreicht wird. Gleichwohl wird es Aufgabe der Beratenden in allen Jobcentern sein, kostenfreie Angebote rechtzeitig zu kommunizieren und auch zur Teilnahme an bestehenden Präventionsangeboten z. B. aus dem Projekt „Teamw()rk für Gesundheit und Arbeit“ zu motivieren.

Ansatz 5: Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern unter einem Dach

JC SEK und JC WF: Im Jobcenter Schwalm-Eder und Waldeck-Frankenberg ist vorgesehen, den engen Austausch mit den Partnern fortzuführen. Die kurze Anbindung insbesondere an die psychosozialen Beratungsstellen ist für die Kund*innen ein großer Gewinn. Gleichzeitig verzeichnen wir eine Zunahme am Bedarf an solchen Beratungen. Durch den Wegfall der Projektmittel in diesem Bereich ist allerdings von einer Reduktion des Angebot-Volumen der Partner auszugehen. Eine Möglichkeit der Kompensation wird bisher nicht gesehen (weder durch die Partner, noch durch das Jobcenter). Die tatsächliche Umsetzbarkeit bleibt daher abzuwarten, eine Umsetzung wird aber angestrebt.

KJC MR: Eine Zusammenarbeit zur psychosozialen Beratung durch Angestellte des Universitätsklinikums Gießen Marburg und des KJC Marburg-Biedenkopf hat bis Ende 2023 schon einmal bestanden. Im Projekt AzfG konnte durch die Nutzung gemeinsamer Räume und den fachlichen Austausch zwischen Gesundheitslotsen und Psychologin erneut aufgezeigt werden, dass ein hoher Bedarf und ein großer Nutzen durch die Kooperation bestehen. Auf Grund veränderter rechtlicher

Rahmenbedingungen kann diese Beratungsform nach Aussage des UGKM leider nicht mehr in externen Räumen angeboten werden. Das KJC Marburg-Biedenkopf hat daher Kontakte mit einem weiteren Partner geknüpft. Es ist davon auszugehen, dass eine neue Kooperation bezüglich einer psychosozialen Beratung mit Lotsenfunktion im Jahr 2026 realisiert werden kann. Die Kooperation mit der Reha-Beratung der Agentur für Arbeit Marburg wird durch das Reha-Team und die neuen Fallmanager Förderung der Arbeitsfähigkeit des KJC fortgeführt.

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung

Das Projekt „Auszeit für Gesundheit“ hat vielfältige positive Ergebnisse hervorgebracht, sowohl auf individueller als auch auf institutioneller Ebene.

Positive Erfahrungen und Wirkungen

Verbesserung der psychischen und physischen Stabilität

Die Teilnehmenden berichteten über deutliche Fortschritte in ihrer gesundheitlichen Situation. Viele gaben an, sich psychisch stabiler und belastbarer zu fühlen. Besonders positiv wirkte sich der Wegfall des Drucks aus, sofort eine Beschäftigung aufnehmen zu müssen.

Aufbau von Vertrauen und Beziehungsarbeit

Ein zentrales Erfolgselement war die Einführung der Gesundheitslotsen (GL). Durch kleine Betreuungsschlüssel (ca. 1:35 bis 1:50) konnten stabile, vertrauensvolle Beziehungen zu den Leistungsbeziehenden entstehen. Dies war insbesondere für Personen wichtig, die sich im Regelsystem häufig unverstanden oder überfordert fühlten.

Die Gesundheitslotsen fungierten als kontinuierliche Ansprechpartner, begleiteten zu Terminen, halfen bei der Strukturierung von Gesundheitsplänen und schufen einen geschützten Rahmen. Das Vertrauen ermöglichte eine ehrliche Auseinandersetzung mit gesundheitlichen und sozialen Problemlagen.

Effektive Unterstützung durch Gesundheits- und Mobilitätsbudget

Die Einführung des Gesundheits- und Mobilitätsbudgets trug wesentlich zur Teilnahme an Präventionsangeboten und Therapien bei. Insbesondere das Deutschlandticket wurde als wirksames Instrument zur Stärkung der Mobilität und Teilhabe erlebt.

Niedrigschwellige Gruppenangebote

Interne gesundheitsfördernde Gruppenangebote (z. B. Bewegung, Entspannung, Ernährung) hatten große Bedeutung. Sie ermöglichten soziale Kontakte, schufen Motivation und reduzierten Einsamkeit. Teilnehmende berichteten, dass das gemeinsame Training im geschützten Rahmen des Jobcenters die Hemmschwelle senkte und das Selbstbewusstsein stärkte.

Volkswirtschaftliche Effekte

Neben individuellen Erfolgen zeigen sich auch gesamtgesellschaftliche Vorteile:

- Verkürzung von Leistungsbezügen durch gesundheitliche Stabilisierung
- Erhöhung der Beschäftigungsaufnahmen
- Einsparungen in anderen Sozialleistungssystemen (z. B. SGB XII, Gesundheitswesen)
- Erhöhte Steuereinnahmen durch Integrationen

Trotz der positiven Gesamtergebnisse traten im Projektverlauf auch Schwächen und Probleme zutage.

Negative Erfahrungen und Herausforderungen

Personelle Ressourcen

Die intensive Begleitung erfordert mehr Zeit und Personal. In Phasen hoher Arbeitsbelastung konnten die Gesundheitslotsen nicht immer die gewünschte Kontaktdichte gewährleisten. Eine nachhaltige Verstetigung erfordert daher eine gesicherte Finanzierung und ausreichende Personalkapazitäten.

Fluktuation und Kontinuität

In einzelnen Jobcentern erschwerte Personalfluktuation den Aufbau stabiler Beziehungen. Besonders bei psychisch belasteten Personen kann ein Wechsel der Ansprechperson Rückschritte auslösen.

Fachliche Grenzen

Nicht alle Mitarbeitenden fühlten sich ausreichend geschult, um komplexe gesundheitliche Themen professionell zu begleiten. Schulungsprogramme zu Themen wie „Motivierende Gesprächsführung“, Resilienzförderung oder Traumapädagogik sind daher unverzichtbar.

Nutzung des Gesundheitsbudgets

Obwohl das Budget grundsätzlich positiv bewertet wurde, blieb die tatsächliche Nutzung geringer als erwartet. Gründe waren mangelnde Kenntnis der Möglichkeiten oder Unsicherheiten bei der Antragstellung.

Externe Wartezeiten

Viele gesundheitliche Fortschritte wurden durch lange Wartezeiten bei Fachärzten oder Therapien verzögert. Diese externen Faktoren minderten teilweise die Wirksamkeit der individuellen Projektteilnahme.

Übertragbarkeit auf Langzeitarbeitslose und Fallmanagement

Das Modellprojekt bietet wertvolle Impulse für die Arbeit mit Langzeitarbeitslosen und komplex belasteten Kundengruppen im Fallmanagement.

Perspektivwechsel: Vom Druck zur Stabilisierung

Viele Langzeitarbeitslose entwickeln über Jahre Bewältigungsstrategien, die eher auf Vermeidung als auf Aktivierung beruhen. Durch die Aussetzung des Vermittlungsvorrangs kann Vertrauen entstehen, das die Grundlage für echte Veränderung bildet.

Erfassung der Erwerbsfähigkeit

Die systematische Erfassung des Gesundheitszustandes mit dem Work Ability Index (WAI) ermöglicht eine fundierte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und liefert objektive Grundlagen für passgenaue Förderangebote. Hilfreich wäre eine Entwicklung eines an den WAI angepassten Fragebogens für Arbeitslose z. B. durch das IAB.

Gesundheitslotsen im Fallmanagement

Die Integration der Gesundheitslotsen in bestehende Jobcenterstrukturen wäre ein zentraler Schritt. Sie könnten als spezialisierte Ansprechpartner fungieren, die eng mit Integrationsfachkräften und Fallmanagement zusammenarbeiten.

Zielgruppenspezifische Anpassung

Gerade im Fallmanagement ist Flexibilität entscheidend. Nicht alle Teilnehmenden benötigen dieselben Maßnahmen; individuell abgestufte Programme – von niedrigschwelliger Gruppenarbeit bis zu medizinisch-therapeutischer Unterstützung – sind notwendig.

Handlungsempfehlungen für eine bundesweite Verstetigung

Strukturelle Voraussetzungen

- Verstetigung des Ansatzes der Gesundheitslotsen als feste Position im Jobcenter.
- Sicherstellung geringer Betreuungsschlüssel (max. 1:50).
- Etablierung einer engen Verzahnung mit Ärztlichem Dienst, Krankenkassen und Sozialpsychiatrischem Dienst.

Finanzielle Rahmenbedingungen

- Einführung eines gesetzlich geregelten Gesundheits- und Mobilitätsbudgets analog zum Vermittlungsbudget.
- Möglichkeit zur Übernahme von Fahrtkosten, Präventionskursen und ärztlichen Zuzahlungen.
- Bundesweite Förderung niedrigschwelliger Gesundheitsangebote im Jobcenter.

Fachliche Qualifizierung

- Regelmäßige Fortbildungen der Gesundheitslotsen in Gesprächsführung, Trauma Kompetenz, Gesundheitscoaching und Arbeitspsychologie.
- Supervision und kollegiale Fallberatung als Bestandteil.

Digitalisierung und Dokumentation

- Entwicklung eines digitalen Gesundheitsplans mit sicherer Datenübertragung.
- Einheitliche Dokumentation der gesundheitlichen Entwicklung.
- Stärkere Nutzung von E-Akten zur Sicherung der Informationsweitergabe.

Evaluation und Qualitätssicherung

- Regelmäßige wissenschaftliche Begleitung zur Erfolgskontrolle.
- Vergleichbare Kennzahlen (z. B. WAI-Entwicklung, Beschäftigungsaufnahmen, Zufriedenheit).
- Aufbau einer bundesweiten Datenbank für Gesundheitsförderungsmaßnahmen im SGB II.

Weitere Erfolgsfaktoren

- **Freiwilligkeit der Teilnahme:** Nur ohne Zwang können nachhaltige Veränderungen entstehen.

- **Langfristigkeit:** Gesundheitsveränderungen benötigen Zeiträume von mindestens 18–24 Monaten.
- **Beziehungsarbeit:** Eine konstante, vertrauensvolle Beziehung ist das Fundament jeder Maßnahme.
- **Inklusion und Teilhabe:** Niedrigschwellige Gruppenangebote stärken soziale Kontakte.
- **Interdisziplinarität:** Die Verknüpfung von Sozialarbeit, Medizin und Arbeitsmarktintegration ist zentral.

Risiken und Grenzen

Ein wesentliches Risiko besteht in einer möglichen Bürokratisierung des Ansatzes. Wird der Prozess zu stark formalisiert, kann die notwendige individuelle Flexibilität verloren gehen. Ebenso droht bei Unterfinanzierung ein Rückfall in alte Muster der „Verwaltung von Hilfebedarf".

Auch darf der gesundheitliche Ansatz nicht isoliert vom Arbeitsmarktgedanken betrachtet werden – Ziel bleibt die nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit.

Zukunftsperspektive

Die gewonnenen Erkenntnisse legen nahe, dass Gesundheit und Arbeit künftig stärker als Einheit betrachtet werden müssen. Eine Verankerung von Gesundheitsförderung im SGB II könnte zu einem „Gesundheitsmodul" führen, das verbindlich in den Integrationsprozess eingebunden wird.

Zugleich zeigt rehapro, dass sich Investitionen in Gesundheit langfristig auszahlen, sowohl individuell, volkswirtschaftlich als auch gesellschaftlich. Eine bundesweite Verstetigung würde die soziale Gerechtigkeit stärken und neue Wege in der Arbeitsmarktpolitik eröffnen.

6 Anlagen

6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt

Übersichtskasten

Projekttitel	Auszeit für Gesundheit
Akronym	AzfG
Zuwendungsempfänger	KreisJobCenter Marburg-Biedenkopf, Jobcenter Waldeck-Frankenberg, Jobcenter Schwalm-Eder
Projektbeteiligte	Agentur für Arbeit Marburg
	Universitätsklinikum Gießen Marburg; Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
	Gesundheitsamt Marburg-Biedenkopf
	Kreisverband der Treffpunkte e. V.
	Psychosoziales Zentrum Schwalm Eder
	St. Elisabeth Verein e.V. Marburg, OIKOS Sozialzentrum
	Kreishandwerkerschaft Schwalm-Eder
	Psychosoziales Zentrum Schwalm-Eder-Nord gGmbH
Förderaufruf	Erster Förderaufruf
Projektzeitraum	01.02.2020* – 31.07.2025 (* Projektstart in Marburg-Biedenkopf 15.02.2020)

6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis

„Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“, 2.Teilhabebericht Universitäts-stadt Marburg, 2020, S. 140-141

„Verbundprojekt „Auszeit für Gesundheit“ – rehapro“, Jahrbuch 2020 Landkreis Marburg-Biedenkopf

„Gesundheitsförderung durch „Auszeit für Gesundheit“ – Und es lohnt sich doch!“, Der Landkreis 01-02/2025, S. 55-57

6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen

keine

Impressum

Herausgeber:
Bundesministerium für Arbeit und Soziales
11017 Berlin

Stand: September 2026

Hier abonnieren Sie die Newsletter des BMAS: www.bmas.de/newsletter

Service für hörbeeinträchtigte und gehörlose Menschen:

E-Mail: info.gehoerlos@bmas.bund.de
Gebärdentelefon: www.gebaerdentelefon.de/bmas

Satz/Layout: neues handeln AG
Fotos: Alle Fotos wurden vom Projekt zur Verfügung gestellt.

Wenn Sie aus dieser Publikation zitieren wollen, dann bitte mit genauer Angabe des Herausgebers, des Titels und des Stands der Veröffentlichung.

Gefördert durch:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

rehapro

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages