ERGEBNISBAND

GesA
Gesund und Aktiv – aus einer Hand

Modellprojekt ▪ Bundesprogramm rehapro ▪ Erster Förderaufruf

Projektverantwortlich:
Jobcenter Düsseldorf
Jobcenter Mettmann

Gefördert durch:
Bundesministerium für Arbeit und Soziales
rehapro
aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Der vorliegende Ergebnisband stellt das Modellprojekt GesA 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 GesA 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 5
1.2.1 Ausführungen zu den Innovationen 5
1.2.2 Darstellung aller innovativen (Teil-) Ansätze und deren Rahmenbedingungen 6
1.3 Ziele 7
1.3.1 Teilziele des Modellprojektes auf der individuellen Ebene 7
1.3.2 Teilziele des Modellprojektes auf der strukturellen Ebene 9
1.4 Organisation und beteiligte Akteure 10
1.4.1 Weiterleitungsempfänger des Projektes 11
1.4.2 Weitere beteiligte Akteure 11
1.4.3 Ein exemplarischer Fallverlauf 11
1.5 Wissenschaftliche Begleitung 12

2 Ergebnisse des Modellprojektes 15
2.1 Die Gruppe „Nicht-Teilnahme“ – Ergebnisse aus dem Monitoring 15
2.2 Was zeichnet die Gruppe aus, die in GesA aktiv geworden ist? – Ergebnisse aus dem Monitoring 16
2.3 Welche Wirkungen sind zu beobachten? 17
2.3.1 Welche Wirkungen beobachten beteiligte Akteure und IFK? 18
2.3.2 Welche Wirkungen berichten Teilnehmende? 19

3 Erkenntnisse zu innovativen (Teil-) Ansätzen und deren Wirkungen 20
3.1 Ganzheitliche Anamnese mit Leistungsbild und Empfehlungen 20
3.2 Gruppenangebote 21
3.3 Psychologische Beratung und sozialpädagogische Begleitung 23
3.4 Eigene Räume und Peer-Unterstützung 23
3.5 Intensives Coaching – Haltung und organisatorische Umsetzung 24
3.6 Binnenwirkung – Zusammenarbeit innerhalb des Jobcenters 25
3.7 Zwischenfazit 26

4 Verstetigung vor Ort 27
4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung 27
4.1.1 Haltung und Arbeitsweise 27
4.1.2 Angebote, Räume und Ausstattung, Vernetzung 28
4.1.3 Freiwilligkeit und Dauer der Teilnahme 28
4.1.4 Multiprofessionelles Team und angemessener Personalschlüssel 29
4.1.5 Zwischenfazit 29
4.1.6 Verstetigung im eigenen Jobcenter 30
4.1.7 Jobcenter Mettmann 30
4.1.8 Jobcenter Düsseldorf 30

5 Erkenntnisse zu Übertragbarkeit und ggf. bundesweiter Verstetigung 32
5.1 Handlungsorientierende Anamnese 32
5.2 Intensives systemisches Coaching im Einzelfall 33
5.3 Eigene Räume mit einem multiprofessionellen Ansatz „Alles aus einer Hand“ 34
5.4 Generelle Rahmenbedingungen 35

6 Anlagen 37
6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt 37
6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis 37
6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen 37

1 Darstellung des Modellprojekts

Das Projekt „GesA – Gesund und Aktiv – aus einer Hand (im Haus der Gesundheit)“ richtet sich an Personen im SGB-II-Leistungsbezug mit nicht nur vorübergehenden gesundheitlichen Einschränkungen zwischen 18 bis 55 Jahren (Düsseldorf 25-55 Jahre/Mettmann 18-55 Jahre).

Es hat sich zum Ziel gesetzt, Kund:innen mit komplexen gesundheitlichen Einschränkungen so zu unterstützen, dass eine drohende Chronifizierung und eine darauf basierende mögliche Behinderung frühzeitig erkannt wird und gezieltes Handeln noch vor Eintritt der Rehabilitation eingeleitet wird. Präventive Maßnahmen sollen Erwerbsfähigkeit verbessern oder zumindest stabilisieren.

Ein primärer Ansatz des Projektes ist es, einen geeigneten Zugang zu den arbeitslosen Kund:innen für das Thema Gesundheitsförderung zu finden. Sie sollen dauerhaft für die eigene Gesundheit sensibilisiert werden. Ihre Motivation wird gefördert und gestärkt, aktiv etwas für den Erhalt ihrer Gesundheit und die Integrationsfähigkeit in den Ausbildungs- und Arbeitsmarkt zu tun. Dieser Ansatz folgt dem Prinzip der „Hilfe zur Selbsthilfe“.

1.1 Ausgangslage

Zum Zeitpunkt der Konzeption von GesA spielten Prävention und Gesundheitsförderung in der Beratungs- und Vermittlungsarbeit der Jobcenter kaum eine Rolle. Im Bereich der Rehabilitanden und Schwerbehinderten gab es spezialisierte Fachkräfte und Teams, jedoch nicht in der regulären Arbeitsvermittlung. Für die reguläre Arbeitsvermittlung waren die gesundheitlichen Einschränkungen bei Kund:innen lange kein priorisiertes Handlungsfeld. Der Integrationsprozess mit den entsprechenden Arbeitsmarkt-Instrumenten konzentrierte sich vor allem auf Vermittlung und fachliche Qualifizierungen von Arbeitslosen. Ein Großteil der seinerzeit vorhandenen Regelinstrumente und -abläufe folgte dieser überkommenden Priorisierung immer noch, auch wenn die Sensibilität um den Zusammenhang Arbeitslosigkeit und Gesundheit im Jobcenter zugenommen hatte. Das Thema wurde zumindest etwas häufiger von Integrationsfachkräften bei der Erstellung einer Eingliederungsplanung angesprochen.

Jede Integrationsfachkraft im SGB II in Düsseldorf und Mettmann hatte eine erhebliche Anzahl von Kund:innen in der Betreuung, die gesundheitlich eingeschränkt waren, in der Regel in Verbindung mit individuell erheblicher Entfernung zum Arbeitsmarkt, oftmals in Verbindung mit weiteren sozialen oder familiären Problemen. Zu den Hürden in Richtung Arbeitsmarkt zählten u.a. erhebliche Brüche in der Biographie (z.B. vorzeitiger Abbruch von Schule, Ausbildung, Maßnahmen oder Arbeitsstellen), oder Schwierigkeiten mit der Einhaltung eines strukturierten Tagesablaufes oder sozial auffälliges Verhalten, oder auch Probleme in der Familie, Suchtproblematiken, psychosomatische Beschwerden, Stress, traumatische Gewalt-/ Missbrauchserfahrungen oder Bewegungs-/ Aktivitätsmangel.

Ob ein Unterstützungsbedarf auf Grund ihrer gesundheitlichen Einschränkungen bei Menschen vorliegt, die auf Leistungen aus dem SGB II angewiesen sind, ist für Integrationsfachkräfte kaum zu erkennen. Bringen diese Menschen eine entsprechende schriftlich formulierte medizinische Diagnose mit, wird ggfls. der arbeitsmedizinische Dienst eingeschaltet. Liegt eine solche Diagnose nicht vor, so kann die Integrationsfachkraft nur aktiv werden, wenn die Menschen von sich aus darauf aufmerksam machen, krank zu sein und gesundheitsfördernde Unterstützung zu benötigen. In einer seinerzeit großen Anzahl der übrigen Fälle (auf Basis einer nicht repräsentativen internen Umfrage unter Integrationsfachkräften im Vorfeld der Antragstellung), „schlummerten“ nicht aktenkundige gesundheitliche Einschränkungen. Erst wenn sich daraus Einschränkungen entwickelt hatten, die kaum mehr therapierbar waren, fielen sie auf und wurden durch mehr oder minder schwerwiegende Diagnosen festgestellt.

Aber auch wenn die Integrationsfachkräfte auf Grund zugänglicher Erkenntnisse selbst nach geeigneten Unterstützungsangeboten suchten oder die betroffenen Kund:innen auf eine Suche nach geeigneten Unterstützungsmöglichkeiten hinwiesen, gelang oft keine Verbesserung. Die betroffenen Kund:innen trauten sich beispielsweise nicht zu, Termine im Gesundheitswesen zu vereinbaren, nahmen vereinbarte Termine nicht wahr oder wählten ungeeignete Angebote aus. Das führte

tendenziell zu einem weiteren Rückzug bis es ggfls. zu spät für eine erfolgversprechende Rehabilitation war und die Erwerbsminderung eintrat.

Die Ausgangssituation in beiden Jobcentern war somit dadurch geprägt, dass für eine sehr große Gruppe von Kund:innen mit starken gesundheitlichen Einschränkungen (deutlich mehr als 10.000 bis fast 20.000 in Düsseldorf, deutlich mehr als 5.000 bis fast 10.000 im Jobcenter Mettmann) keine systematische Hilfe- und Unterstützungsstruktur bestand, um präventiv ihre gesundheitliche Lage zu verbessern oder zumindest zu erhalten.

Zusammengefasst kann die Ausgangsituation wie folgt beschreiben werden:

- fehlende, unzureichende Zugangsmöglichkeiten zu und Inanspruchnahme von gesundheitsfördernden /-erhaltenden Maßnahmen,
- Zersplitterung und Unübersichtlichkeit der verfügbaren Leistungsangebote,
- dadurch Überforderung bei Kund:innen, woraus eher Passivität als Aktivität bei der Umsetzung von gesundheitsorientierten Maßnahmen resultiert,
- unabgestimmtes Nebeneinander von Unterstützung und Beratung,
- Doppelarbeiten, z.B. mehrfache, belastende Anamnesen bei den Betroffenen,
- gegeneinander abgegrenzte statt aufeinander bezogene Leistungserbringung,
- Verordnung oder Empfehlung unspezifischer Leistungen, die den Gesundheitszustand nicht bessern oder sogar verschlechtern können,
- lange Bearbeitungszeiten, in denen die Betroffenen abwarten müssen, währenddessen sich der Gesundheitszustand weiter verschlechtert.

1.2 Inhalte

1.2.1 Ausführungen zu den Innovationen

Aus der oben beschriebenen Personengruppe sollte das Modellvorhaben eine exemplarische Gruppe von Menschen gewinnen, mit denen eine geeignete Unterstützungsstruktur erprobt werden soll. Die Bedeutung der Innovation bestand darin, am Ende des Modellvorhabens eine umsetzbare Unterstützungsstruktur etabliert zu haben. Der großen Gruppe stark gesundheitlich beeinträchtigter Langzeitarbeitsloser sollte ermöglicht werden, ihren Gesundheitszustand, und damit die Erwerbsfähigkeit, zu verbessern und dadurch dauerhafte Erwerbsminderung und teure Rehabilitationsmaßnahmen zu vermeiden. Langfristig wurden nachhaltige Übergänge in Arbeit angestrebt. Innerhalb der beiden Jobcenter (Großstadt-Jobcenter und Jobcenter eines ländlichen Kreises), sowie für andere Jobcenter mit ähnlichen sozial- und wirtschaftsstrukturellen Gegebenheiten, sollte das Modellvorhaben Erkenntnisse erarbeiten, die eine Fortsetzung am erprobten Modellstandort und eine Einführung an anderer Stelle begründen können.

„GesA – Gesund und Aktiv – aus einer Hand“ unterscheidet sich wesentlich von der üblichen Praxis des Regelgeschäftes. Dort ist der Integrationsprozess zur Unterstützung bei der beruflichen (Wieder-) Eingliederung überwiegend auf die Instrumente der Arbeitsvermittlung ausgerichtet. Gesundheitliche Leistungseinschränkungen werden dabei, soweit für den Integrationsprozess relevant, in einem Teil der Fälle durch Einschaltung Dritter festgestellt. Die Integrationsfachkräfte erarbeiten dann mit den Kund:innen die nächsten Handlungsschritte. In der üblichen Praxis bleiben diese jedoch regelmäßig beschränkt auf z.B. die Empfehlung einer Beratungsstelle, die Einschaltung der kommunalen Angebote der Stadt wie z.B. der sozial-psychiatrischen Dienste oder die Aufforderung, bei Beschwerden einen Arzt zu konsultieren. Bei der Umsetzung der vereinbarten Schritte ist der Kunde/die Kundin in der Regel auf sich allein gestellt und scheitert häufig schon wegen z.B. fehlendem Eigenantrieb an dem ersten Schritt. Die eingeschalteten Dienste und Beratungsstellen wiederum agieren uneinheitlich und nicht fallbezogen aufeinander abgestimmt.

Mit der Verzahnung des Arbeits- und Gesundheitswesens und der umfassenden, engen Betreuung wurde in GesA ein innovativer ganzheitlicher Ansatz verfolgt. Den Kund:innen sollte ein einfacher und begleiteter Zugang zum Hilfesystem ermöglicht werden. Sie sollten die Möglichkeit erhalten, chronischer Erkrankung oder Behinderung entgegenzuwirken, indem die neue Organisationsform Hilfestellungen zum Thema Arbeit und Gesundheit „aus einer Hand“ anbietet und die vorhandenen Angebote in eine für den individuellen Fall nützliche Abfolge bringt.

Das Modellvorhaben GesA setzt das Prinzip der "Leistungen wie aus einer Hand" bei trägerübergreifenden Fallkonstellationen um, d.h. verschiedene Fachbereiche/ Spezialisten beteiligen sich ganzheitlich mit Blick auf die gesundheitlich eingeschränkten SGB II - Leistungsbeziehenden an deren Bedarfsermittlung, Bedarfsfeststellung, Leistungs- bzw. Förderplanung und der Umsetzung spezieller Angebote.

1.2.2 Darstellung aller innovativen (Teil-) Ansätze und deren Rahmenbedingungen

Die Zielgruppe des Modellvorhabens wurde während der Teilnahme durch eine innovative Form der engmaschigen, gemeinsamen und ganzheitlichen Begleitung durch Lots:innen beider Jobcenter und Fachkräfte des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes der Stadt Düsseldorf betreut. Die Betreuung der Kund:innen erfolgte „jobcenter-unabhängig“, das heißt es gab keine Zuständigkeiten getrennt nach Jobcenter.

Die ursprüngliche Überlegung auch Jobcoaches als Mitarbeitende im Projekt zu involvieren wurde bereits nach 3 Monaten wieder aufgegeben. Es wurde festgestellt, dass die multiplen gesundheitlichen Einschränkungen der Teilnehmenden derart groß waren, dass es kaum Teilnehmende gab, die für eine alleinige Begleitung durch einen Jobcoach in Frage kämen. Die konzeptionell angedachte Trennung in Lotsen- und Jobcoach-Tätigkeiten erwies sich als nicht praktikabel. Diese Trennung wurde daher aufgehoben. In GesA übernahmen Lots*innen nun beide Tätigkeitsbereiche.

Um am Projekt teilnehmen zu können, durchliefen die TN ein vorgeschaltetes Assessment, initiiert von der betreuenden Integrationsfachkraft (IFK). Dazu setzte die IFK zertifizierte Angebote über den AVGS-MAT (Aktivierungs- und Vermittlungsgutschein – Maßnahme bei einem Träger) ein, was allerdings vorgeschaltet und nicht Teil des Projektes war. Dem Assessmentteam gehörten Fachkräfte aus den Bereichen (Arbeits-)Medizin, Psychologie, Gesundheit und Arbeitsmarkt an.

Im Rahmen des Assessments wurde eine ganzheitliche Anamnese, wie etwa des Leistungsbildes, Ermittlung der körperlichen und psychischen Arbeitsbelastbarkeit, physischer und/oder psychischer Beeinträchtigungen oder emotionaler Stabilität erstellt. In diesem Zuge wurden berufsfokussierte Untersuchungen wie etwa Eignungen für bestimmte Berufsfelder durchgeführt, die trotz vorhandener Einschränkungen realisierbar sind. Darüber hinaus wurden auf Basis der Ergebnisse Ideen für mögliche berufliche Alternativen entwickelt. Dies alles wurde in Handlungsempfehlungen zusammengefasst, die die Grundlage für die Arbeit der Lots:innen mit den Teilnehmenden waren.

Basierend auf den Handlungsempfehlungen erarbeiteten die Lots:innen mit den Teilnehmende gemeinsam einen Unterstützungsplan, den GesA-Plan. Darin festgehaltene Ziele wurden priorisiert, kleinschrittig umgesetzt, reflektiert und bei Bedarf angepasst.

Eine wesentliche Innovation war die Freiwilligkeit an der Projektteilnahme. Die Entscheidung für die Teilnahme erfolgte aus der eigenen Motivation der Kund:innen heraus, auch wenn sich die letztlich gewünschte Veränderung oft nicht allein mit dem Wunsch danach erreichen ließ.

Um die Handlungsempfehlungen zielgerichtet umsetzen zu können wurde das (gesundheitliche) Fachwissen der Lots:innen durch Schulungen, insbesondere im Bereich der psychischen Erkrankungen, der motivierenden Gesprächsführung und der Anwendung zielorientierter Fragetechniken erweitert.

Hinzu kamen gemeinsame Fallbesprechungen mit dem Fachpersonal des Gesundheitsamtes der Stadt Düsseldorf, die in Person einer Psychologin sowie einer Sozialarbeiterin fester Bestandteil des Projektteams waren.

All dies fand in einem räumlich vom Jobcenter deutlich getrennten, eigenen Standort statt, an dem das Projektteam gemeinsam agierte. Die Räumlichkeiten waren mit der üblichen Ausstattung eines Jobcenters nicht vergleichbar. Sie zeichneten sich insbesondere durch mehrere Gruppenräume und ein Foyer mit Begrüßungs- und Austauschcafé (für die „Peergroupfunktion“, vgl. dazu auch Kapitel 3.4) aus. In diesem besonderen Setting wurden Leistungen, Information und Beratung aus einer Hand erbracht, was die Teilnehmenden als besonders wertvoll erachteten.

1.3 Ziele

Das Modellprojekt GesA zielte darauf ab, innerhalb von 60 Monaten 750 Leistungsbeziehende SGB II mit komplexen gesundheitlichen Einschränkungen durch die Erprobung eines „Hauses der Gesundheit“ als Organisationsform zur Leistungserbringung „aus einer Hand“ in die Arbeitsgesellschaft zu integrieren oder ihre Erwerbsfähigkeit im Sinne des SGB II zu verbessern.

Die im Projekt unternommenen Aktivitäten zur Zielerreichung auf Kundenebene wurden durch den Einsatz einer eigens für das Projekt konzipierten Datenbank festgehalten.

Die Teilziele gliedern sich in Ziele auf der individuellen Ebene und Ziele auf der strukturellen Ebene.

1.3.1 Teilziele des Modellprojektes auf der individuellen Ebene

750 Menschen im Leistungsbezug SGB II mit komplexen gesundheitlichen Einschränkungen erhalten bis zum Ende ihrer individuellen Teilnahme Diagnosen und Förderpläne, die einer Verschlechterung des jeweiligen Gesundheitszustandes vorbeugen.

→ 631 sind Personen im Projekt aktiv geworden, trotz der pandemiebedingten Einschränkungen. Mit 165 Personen wurden ein bis drei Gespräche durch die Lots*innen geführt, auch verteilt über mehrere Wochen, ohne dass sich die Kund*innen zu einer Teilnahme entschieden haben. Insgesamt wurden 967 Assessments im Vorfeld zur Teilnahme durchgeführt.

Für mehr als 80% der Teilnehmenden (TN) sind bis zum Ende ihrer individuellen Teilnahme geeignete Hilfen initiiert, die eine notwendige medizinische oder berufliche Rehabilitation erfolgreich absolvieren, verkürzen oder erst gar nicht entstehen lassen, einer Erwerbsminderung entgegenwirken oder einer drohenden Chronifizierung oder Behinderung vorbeugen.

→ Das Ziel ist über folgende Aktivtäten gut zu erreichen gewesen:
TN nehmen regelmäßig und erfolgreich an gesundheitsfördernden Aktivitäten und Beratungsangeboten teil.
TN erhalten über die Begleitung Kenntnisse über die für sie wichtigen Anlaufstellen.
TN erhalten über das Netzwerk der Lots:innen Zugang zu weiteren Unterstützungsangeboten.

Für mehr als 90% der in das Modellprojekt aufgenommenen TN sind individuelle Förderpläne innerhalb der ersten acht Wochen nach Aufnahme in das Modellvorhaben erarbeitet, die von den Lots*innen und den betroffenen Menschen in der Umsetzung als unterstützend bewertet sind.

→ Es stellte sich im Laufe des Projektes heraus, dass der Zeitraum von acht Wochen in einem Teil der Fälle als zu knapp angedacht war. Bevor die detaillierte Erstellung der GesA-Pläne erfolgen konnte, war es notwendig eine Vertrauensbasis zwischen TN und Lots*innen herzustellen. Dies erforderte Zeit und brachte dann bei dem ein oder anderen TN auch mit sich, dass sich weitere Handlungsbedarfe ergaben oder seitens der TN bisher noch gar nicht angesprochene Punkte plötzlich thematisiert wurden. Die Zielformulierung konnte mit diesen Erfahrungen praxisnah so abgeändert werden, dass als Zeitraum nunmehr bis zu 12 Wochen vorzusehen sind.

Für mindestens 80% aller in das Modellprojekt aufgenommenen TN sind bis zum Ende ihrer individuellen Teilnahme bestehende Handlungsbedarfe in mindestens einem der folgenden Bereiche: Gesundheit, Wohnen, Soziales Netzwerk innerhalb und außerhalb der Familie, Finanzielle Situation, Qualifizierung / berufliche Kompetenzen, Alltagskompetenzen, Sozial- und Arbeitsverhalten, deutlich verringert worden.

→ Die Zielmarge 80% entstammte mangels anderer Datengrundlagen etwas anders konzipierter Komplexmassnahmen mit einer nur in Teilen ähnlichen Zielgruppe. In der Arbeit mit vorzugsweise gesundheitlich stark beeinträchtigten Leistungsbeziehenden erscheint es nach vorliegenden Erfahrungen als unrealistisch hoch; ein Zielwert von zwei Dritteln ist deutlich wirklichkeitsnäher. Für die tägliche Arbeit wurde das Ziel durch folgende, weitgehend erreichte Handlungsziele ergänzt:
TN haben eine stabile Tagesstruktur und erkennen den Nutzen von Regelmäßigkeit.
TN entwickeln ihre persönlichen und sozialen Kompetenzen weiter (von der Knospe zur Blüte).
TN sind zur Selbststrukturierung des Alltags und der Lebensführung befähigt und achten auf sich und ihr Äußeres.
TN haben ihre individuelle Leistungsfähigkeit verbessert, agieren selbständiger, verbindlicher und verantwortungsvoller.
TN fokussieren ihr berufliches Interesse und entwickeln eigene Pläne, erkennen den Sinn in der Bewerbung auf Tätigkeiten/Jobs und überwinden ihre Hemmschwelle bis hin zu einer Arbeitsaufnahme/Berufstätigkeit.

Mindestens 80% aller TN, für die das ein Entwicklungsschritt ist, absolvieren bis zum Ende ihrer individuellen Teilnahme erfolgreich mindestens ein orientierendes Praktikum.

→ Im Laufe des Projektes stellte sich heraus, dass ein Praktikum bei einem Arbeitgebenden selten gewünscht wurde. In den wenigen Situationen, in denen ein Praktikum zielführend gewesen wäre, gestaltete sich die Akquise von Praktikumsplätzen äußerst schwierig. Kaum ein Arbeitgebender war bereit, dafür eigene Personalkapazitäten zur Verfügung zu stellen. In den insgesamt 40 gelungenen Fällen, ging dies meist auf persönliche/private Kontakte, der MA oder TN zurück.

Mindestens 90% aller Teilnehmenden, für die das ein Entwicklungsschritt ist (ausgehend von der Ausgangsthese, dass dies bei fast allen TN der Fall sein wird), sind bis zum Ende ihrer individuellen Teilnahme an das Gesundheitssystem aktiv angebunden (z.B. gemessen daran, eine geeignete Therapie zu absolvieren, eine medizinisch notwendige Rehabilitation aufzunehmen, geeignete ärztliche Angebote wahrzunehmen, gesundheitsfördernde Aktivitäten im Sportverein).

→ Hier wurde schnell der große Unterstützungsbedarf hinsichtlich strukturierter Facharztanbindungen und Aufklärungsbedarf über mögliche Therapieformen deutlich. Facharztanbindungen waren durch die konkreten Handlungsempfehlungen im Assessment leichter möglich. Zu den – insbesondere psychologischen Therapieangeboten – erfolgte umfangreiche Aufklärungsarbeit durch die Mitarbeitenden des sozial-psychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes der Stadt Düsseldorf im Projektteam.
Die enge Zusammenarbeit mit der Median-Klinik Düsseldorf, die sich im Laufe des Projektes entwickelt hat, war hier ebenfalls unterstützend.

Mindestens 90% aller TN sind bis zum Ende ihrer individuellen Teilnahme persönlich oder sozial stabilisiert (z.B. mit stärkeren sozialen Kontakten, Hilfeangebote stärker in Anspruch nehmend, selbständigere Nutzung von Angeboten).

→ Die Erreichung dieses Zieles wurde u.a. durch die laufende Befragung von Teilnehmenden erfasst. Dazu wurden erstmalig im Frühjahr 2021 bis zum Projektende Fragebogen an die TN circa zwei Wochen vor Projektende ausgegeben bzw. konnten an einem Laptop ausgefüllt werden. Ergänzend wurden im August 2022 und Mai 2025 Gruppeninterviews mit TN geführt.
Zur Zielerreichung trugen insbesondere die zahlreichen Gruppenangebote und Tagesworkshops die in den Räumen von GesA bei. Diese wurden zum einen durch die im Projekt tätigen Lots:innen oder die Projektleitung konzipiert und durchgeführt (z.B. Angebote zur eigenen Stärkenanalyse, Stressbewältigung, über Zusammenhänge zwischen Adipositas und Psyche; oder Waldspaziergang, Walking, Erste Hilfe rund um den Job, etc.) und zum anderen durch fachliche Kursleitungen (z.B. autogenes Training, Qi Gong, Tai Chi, Ernährung, etc.), finanziert von Teamw()rk (für nähere Ausführungen zu Teamwork siehe Kapitel 1.4.2)

Mindestens 90% der Teilnehmenden erkennen bis zum Ende der individuellen Teilnahme, dass eigenes, veränderbares Verhalten sich positiv auf ihren eigenen Gesundheitszustand auswirkt. (Selbstwirksamkeit)

Mindestens 85% der befragten TN stellen bis zum Ende ihrer individuellen Teilnahme eine deutliche Verbesserung ihrer individuellen Situation fest.

Mindestens 75% der befragten Projektakteure stellen bis zum Ende der individuellen Teilnahmezeiträume eine Verbesserung auf individueller Ebene fest.

→ Zur Erreichung dieser drei Ziele sh. das Ergebniskapitel weiter unten.

Eine Verbesserung der zielgruppenspezifischen Aktivierungsquote ist bis zum Ende des Modellvorhabens auf das durchschnittliche Niveau der Gesamt-Aktivierungsquote von 7,5% erreicht.

→ Die Gruppenangebote innerhalb der Räumlichkeiten wurden von nahezu allen Teilnehmenden mehr oder weniger intensiv genutzt. Darüber hinaus haben 24% der Teilnehmenden eine MAG, MAT oder FbW (inkl. beruflicher Reha) absolviert oder einen AVGS eingesetzt, 17% eine Arbeitsgelegenheit, einen Minijob oder ein Ehrenamt aufgenommen, 10% ein Vorstellungsgespräch geführt, 8% eine flankierende kommunale Dienstleistung in Anspruch genommen.

Eine Verbesserung der zielgruppenspezifischen Integrationsquote ist bis zum Ende des Modellvorhabens auf das durchschnittliche Niveau der Gesamt-Integrationsquote von 24% erreicht.

→ Hier stellte sich schnell heraus, dass die Handlungsbedarfe der TN so vielfältig waren, dass die Verbesserung und Stabilisierung der Erwerbsfähigkeit zunächst absolute Priorität hatte und eine Integration im Rahmen der individuellen Teilnahmedauer vorwiegend lediglich nachrangig verfolgt werden konnte. Bei einer vertiefenden Teilauswertung nach drei Jahren Laufzeit, die einen Zeitraum von 12 Monaten nach individueller Beendigung von GesA einbezogen hat, errechnete sich eine zielgruppenadäquat definierte Integrationsquote[1] von 26%.

1.3.2 Teilziele des Modellprojektes auf der strukturellen Ebene

Für mehr als 95% aller Fälle mit einem Unterstützungsbedarf durch mehrere Rechtskreise sind bis zum Ende ihrer individuellen Teilnahmezeit rechtskreisübergreifende Fallkonferenzen und/oder Fallbesprechungen umgesetzt worden, die zur Zielerreichung im Einzelfall beigetragen haben.

→ Diese wurden regelmäßig monatlich im Rahmen von Teambesprechungen durchgeführt sowie bei Bedarf, jeweils mit den dazu erforderlichen Projektbeteiligten (z. B.: Psycholog:in, Psychiater:in, Reha-Berater, Bewo-Betreuer etc).

Die Kompetenz in der Beurteilung geeigneter Hilfepläne ist bei allen beteiligten Akteuren bis zum Ende des Modellprojektes angewachsen (Einschätzungskompetenz).

→ Im Verlauf des Projektes konnten bei den Lots:innen deutliche Anzeichen einer zunehmenden Sicherheit und Differenziertheit in der Beurteilung geeigneter GesA-Pläne beobachtet werden. Insbesondere im fachlichen Austausch und in Fallbesprechungen wurde sichtbar, dass die Einschätzungskompetenz gewachsen ist.

Die Kompetenz in der Beratung zur Umsetzung von Hilfeplänen ist bei allen beteiligten Akteuren bis zum Ende des Modellprojektes angewachsen (Umsetzungskompetenz)

→ Auch in der Beratung zur Umsetzung von GesA-Plänen zeigte sich im Projektverlauf ein wachsendes Maß an fachlicher Sicherheit. Die Lots:innen berichteten von einer zunehmenden Routine im Umgang mit komplexen Fallkonstellationen sowie einer besseren Nutzung verfügbarer Unterstützungsangebote. Diese Unterstützung lässt sich insbesondere an den Beratungsabläufen und an der Gestaltung von Hilfeprozessen ablesen.

Eine verbesserte, abgestimmte Arbeitsstruktur zwischen den Beratungsfachkräften und der weiteren Projektakteure ist bis zum Ende des Modellprojektes erreicht.

→ Hierzu dienten neben individuellen Gesprächen zwischen Beratungsfachkräften und Projektakteuren, regelmäßige Informationsveranstaltungen (Tage der offenen Tür) in den Projekträumlichkeiten, sowie schriftliche Informationen (Newsletter und Mails über aktuelle Angebote im

[1] Sh. dazu Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung.

Projekt) an die Multiplikatoren der Integrationsteams oder Besuche von Dienstbesprechungen der „zuarbeitenden“ Teams im Jobcenter.

Im Jobcenter verfügen bis zum Ende des Modellprojektes mindestens zwei Drittel aller Integrationsfachkräfte (IFK) über mehr Fachwissen zu gesundheitlichen Einschränkungen für die Arbeit aller Integrationsfachkräfte.

→ Schon frühzeitig wurde durch das Projektteam ein Infoboard für alle MA des Teams und des Jobcenters Düsseldorf erstellt, welches stetig erweitert wurde. Hier wurden Informationen/Netzwerkpartner zu diversen Themen (z.B. Gesundheit, Familie und Leben, Schulden, Wohnen, Qualifizierung, Rehabilitation etc.) eingepflegt. Das Jobcenter Mettmann konnte davon nicht bezogen auf alle MA profitieren, da die beiden Jobcenter nicht über eine gemeinsame Ablagestruktur verfügen. Hier nahm im Bedarfsfall die IFK aus dem JC Mettmann Kontakt zu einem Projektmitglied auf.
Die Projektleitung führte -nach vorangegangener eigener Schulung- als Multiplikatorin in beiden Jobcentern Schulungen von IFK zu psychischen Erkrankungen und deren Umgang damit in der Praxis des Arbeitsalltages durch.

Eine auf die Bearbeitung aller Handlungsbedarfe gerichtete Beratungs- und Unterstützungsstruktur für die Zielgruppe ist bis zum Ende des Modellprojektes umgesetzt.

→ Im Projektverlauf hat sich gezeigt, dass der Arbeitsansatz von GesA eine unterstützende Struktur darstellt, die auf die Bearbeitung aller relevanten Handlungsbedarfe der Zielgruppe ausgerichtet ist. Für den Flächenkreis des Jobcenters Mettmann realisierte sich dies nur für den kleineren Teil des Einzugsgebietes, der fahrtechnisch nahe dem Standort gelegen war.

1.4 Organisation und beteiligte Akteure

Das Projekt ‚GesA‘ ist in einer außerhalb der klassischen Geschäftsräume der Jobcenter liegenden, waldnahen Immobilie verortet, am Stadtrand Düsseldorf mit Angrenzung zur Stadt Ratingen (eine von 10 Kommunen des Jobcenters Mettmann). Sie ist mit dem öffentlichen Personennahverkehr im Düsseldorfer Stadtgebiet gut zu erreichen und barrierefrei zugänglich. Bezogen auf die TN aus dem Kommunen des Einzugsgebietes des Jobcenters Mettmann befinden sich Anbindungen über den S-Bahnverkehr bzw. Busanbindungen.

Mit Projekträumen auf rund 950 m² bietet sie unter anderem Platz für Einzelbüros der Lots:innen sowie Mitarbeitenden des Gesundheitsamtes der Stadt Düsseldorf, einen PC-Raum mit drei Arbeitsplätzen, einen Bewegungsraum, ein Foyer-Café und einen Ruheraum, eine Kreativwerkstatt, vier großen Besprechungsräumen sowie Büros für temporäre Beratungsangebote vor Ort. Der Zugang zu den Räumen ist offen, ohne Einlasskontrolle, jedoch mit Personal einer Sicherheitsfirma besetzt.

Die Projektleitung (Jobcenter Düsseldorf) übernimmt die Kommunikation mit den Weiterleitungsempfängern, dem Kooperationspartner Jobcenter Mettmann und übergreifend mit den Netzwerkpartnern. Zudem stellt sie den Projektablauf sicher und hält die Zielerreichung nach. Dies geschieht in enger Zusammenarbeit mit den 7 Lots*innen (3 Lots*innen Jobcenter Mettmann, 4 Lots*innen Jobcenter Düsseldorf), der Psychologin und der Sozialarbeiterin (Gesundheitsamt Düsseldorf), sowie einer Verwaltungskraft (0,5 VZÄ, Jobcenter Mettmann) im Projektteam. Eine weitere Verwaltungsfachkraft (Jobcenter Düsseldorf) übernimmt die finanztechnische Abrechnung der Projektmittel im Binnenverhältnis mit den Weiterleitungsempfängern sowie gegenüber der Fachstelle rehapro.

Die Kommunikation der Projektleitung findet in folgenden regelmäßigen Formaten statt, sowie darüber hinaus anlassbezogen:

- 1x monatlich Jour-Fixe mit Jobcenter Mettmann,
- 2x monatlich Jour-Fixe mit Jobcenter Düsseldorf,
- 1x im Quartal ein schriftlicher Statusbericht an die Geschäftsführungen der beiden Jobcenter und die Abteilungsleitung des Gesundheitsamtes,

- 2x im Jahr mit den Geschäftsführungen und Bereichsleitungen beider Jobcenter in der Steuerungsgruppe des Modellvorhabens.

1.4.1 Weiterleitungsempfänger des Projektes

Das Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf stellte während des gesamten Projektes eine Psychologin (2 Tage pro Woche anwesend) und eine Sozialarbeiterin (4 Tage pro Woche anwesend) zur Verfügung. Hauptaufgabe waren Kriseninterventionsgespräche, Aufklärung zu Therapieformen, Anbindung an Ärzte und Therapeuten, Beratung in sozialen Fragen, bei Bedarf Begleitung zu Terminen, z. B. mit Jugendamt, BEWO, Gericht etc., Teilnahme an Fallbesprechungen.

Im Laufe der Projektdauer wurde ein erhöhter Gesprächsbedarf zu psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen erkennbar, sodass das Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf aus eigenen Mitteln weiteres Fachpersonal gestellt hat, das regelmäßig in den Beratungsräumen des Projektes aktiv wurde (Psycholog:in 1x im Monat, Psychiater zuletzt 2x im Monat)., welche

Die wissenschaftliche Begleitung des Projektes erfolgte während der gesamten Laufzeit durch ism - Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz e.V. (zu den Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung siehe Kapitel 1.5).

1.4.2 Weitere beteiligte Akteure

Als weitere beteiligte Akteure besonders hervorzuheben sind hier zum einen Teamw()rk Gesundheit und Arbeit als Kooperation mit der gesetzlichen Krankenversicherung. Über diese Kooperation wurde ein kleiner Teil der zahlreichen Gruppenangebote bei GesA finanziert, durch entsprechende Verträge mit qualifizierten Fachpersonal zu einzelnen Themen.

Zum anderen wurde mit dem Sportverein ART Düsseldorf, ein Kooperationsvertrag geschlossen. Der Sportverein liegt fußläufig 5 Minuten von den Projekträumlichkeiten entfernt. Dies ermöglichte, dass Reha-Sport-Angebote direkt in den Räumlichkeiten des Projektes stattfinden konnten, und GesA damit einmal mehr dem Prinzip „alles unter einem Dach“ gerecht werden konnte.

1.4.3 Ein exemplarischer Fallverlauf

Um die Arbeit im Haus der Gesundheit, GesA, zu veranschaulichen, wird im Folgenden ein exemplarischer Fallverlauf[2] skizziert.

Frau K. erhält von ihrer zuständigen IFK einen AVGS und der dazu beauftragte Träger erarbeitet im Vorlauf einen Anamnesebericht. Bei einer „warmen Übergabe“, bei der sie GesA vorgestellt bekommen hat, ist Frau K. insbesondere von den Erzählungen zweier ebenfalls anwesender Teilnehmender besonders beeindruckt.

Frau K. (39 Jahre, verheiratet, keine Kinder, Mediengestalterin Digital/Print, hoher Leistungsdruck, häufig in Tageskliniken, PTBS, Borderline, Depression, körperliche Schmerz-symptomatik, Taubheitsgefühle in Extremitäten, Antrag GdB als Empfehlung). tritt sehr reflektiert auf, sieht ihre Zeit in Psychotherapie und mit ihrer psychisch beeinträchtigten Mutter als nicht verloren, sondern als Erfahrungsschatz.

Als Handlungsschritte werden im Verlaufe ihrer aktiven Zeit von knapp zwei Jahren (die im ersten dreiviertel Jahr allerdings durch die Pandemie geprägt ist) nach und nach vereinbart und umgesetzt:

- Rege und regelmäßige Teilnahme an Kursen im Haus der Gesundheit (z. B. autogenes Training, Ernährungsberatung, kreatives Arbeiten) / den Austausch mit anderen suchen,
- Glauben an sich selbst stärken,

[2] basierend auf realen Ereignissen

- Interne psychologische Beratung des Gesundheitsamtes im Haus der Gesundheit erfolgt durch Kontaktvermittlung der Lotsin,
- Ein ergänzendes Einzelcoaching bei einem Bildungsträger wird initiiert durch die Lotsin nach Fallbesprechung mit der Psychologin des Gesundheitsamtes,
- Berufliche Neuorientierung von Frau K. wird gemeinsam mit der Lotsin entwickelt,
- Hohe Kommunikationsfähigkeit erkannt durch die Lotsin,
- Gestaltet selbst u.a. Flyer zu Kursen im HdG,
- Intensive Coaching-Gespräche geführt; der GesA-Plan und die einzelnen Schritte werden alle paar Monate gemeinsam reflektiert und angepasst.

Beim Ausscheiden aus GesA ist erreicht worden:

- Frau K. hat zuverlässig alle Termine wahrgenommen.
- Frau K. hat eine berufliche Qualifizierung in Teilzeit zum Thema „Genesungsbegleitung“ über 12 Monate erfolgreich abgeschlossen, gefördert durch die Arbeitsagentur.
- Frau K. erhält hierbei viel positive Resonanz, auch während der Praktika.
- Frau K. schließt einen Arbeitsvertrag bei einer psychiatrischen Einrichtung LVR in Teilzeit ab, nachdem sie dort einige Jahre zuvor Patientin gewesen war.
- Sie nimmt zusätzlich einen Minijobvertrag als Vertretung bei einer Stiftung auf.

1.5 Wissenschaftliche Begleitung

Das Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz, ism e.V., hat das Modellprojekt GesA von Beginn an – und über die gesamte Laufzeit einschließlich Projektverlängerung – wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Primäre Zwecke der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation waren die Berichterstattung zum und die Weiterentwicklung des Modellvorhabens GesA. Sie zielte unter anderem darauf ab die Überprüfbarkeit der Ergebnisse des im Modellprojekt gewählten Ansatzes sicherzustellen, Daten zur Umsetzung und Zielerreichung projektbegleitend zur Verfügung zu stellen und für die Projektsteuerung nutzbar zu machen, sowie systematisch Erkenntnisse zur Verallgemeinerbarkeit und Übertragbarkeit zu erarbeiten. Während der Umsetzung hat die wissenschaftliche Begleitung zu einer kritischen Reflektion und zielorientierten Weiterentwicklung beigetragen. Im Umgang mit der Covid-19-Pandemie als größtem unvorhergesehenen Ereignis gleich zu Beginn der Laufzeit unterstützte die wissenschaftliche Begleitung bei der Identifikation geeigneter Vorgehensweisen, die den Schutzmaßnahmen gerecht werden und die Projektziele im Blick behalten.

Für ihre Arbeit orientierte sich die wissenschaftliche Begleitung an folgenden Leitfragen rund um die Teilnehmenden:

- Inwieweit gelingt es, eine Verbesserung der arbeitsmarktlichen Situation der Teilnehmenden zu erreichen?
- Inwieweit gelingt es, die teilnehmenden gesundheitlich eingeschränkten Menschen für die Zielsetzung eines (Wieder-)Einstiegs in das Berufsleben zu motivieren, die individuellen Handlungsbedarfe festzustellen, sie bei der Zielverfolgung Reintegration in den Arbeitsmarkt zu unterstützen?
- Inwieweit gelingt es, durch die Aktivitäten im Rahmen des Modellprojekts die Beschäftigungsfähigkeit der Teilnehmenden im angegebenen Umfang zu verbessern, einer Erwerbsminderung entgegenzuwirken, die im Einzelfall drohende Behinderung abzuwenden, einer Chronifizierung vorzubeugen?
- Inwieweit unterstützt gelingende Arbeitsmarktintegration die gesundheitlichen Verbesserungsprozesse?

Bezogen auf Nachhaltigkeit, Strukturbildung und Transfer:

- Inwieweit werden in der Durchführung des Projekts Erkenntnisse zur Verbesserung der Unterstützungsstrukturen für die Zielgruppe gewonnen?
- Welche Erkenntnisse über Ansatzpunkte für zukünftige Interventionen zur Erreichung und nachhaltigen Förderung von Menschen mit komplexen gesundheitlichen Einschränkungen werden gewonnen?
- Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit der einzelnen Akteure untereinander?
- Wie ist die Akzeptanz der Mitarbeitenden im Modellprojekt, der Teilnehmenden und der kooperierenden Partner des Modellprojektes, welche Faktoren erhöhen die Akzeptanz?

Erkenntnisse zur Verallgemeinerbarkeit und Übertragbarkeit des Konzeptes wurden vor dem Hintergrund der erreichten Ergebnisse diskutiert und der Fachöffentlichkeit im Rahmen von Fachforen des Forschungsverbundes rehapro (s.u.) sowie auf der Ebene des Bundesprogramms, beispielsweise in Form von Vorträgen auf rehapro Fachkonferenzen oder Diskussionsbeiträgen in Fokusrunden der Bundesevaluation sowie des BMAS zugänglich gemacht.

Die Darstellungen in den Kapiteln 2 und 3 dieses Ergebnisbandes fußen auf den Beobachtungen, systematisch erhobenen Daten und Schlussfolgerungen der wissenschaftlichen Begleitung. Die Aktivitäten können in a) entwicklungsorientierte Prozessbegleitung, b) Evaluation und Monitoring sowie c) Berichterstattung und Aufbereitung gegliedert werden.

a. Entwicklungsorientierte Prozessbegleitung und -beratung

Auftaktworkshops zu Beginn des Modellvorhabens mit dem GesA-Team dienten der Konkretisierung von handlungs- und evaluationsleitenden Zielen und der Unterstützung von deren Umsetzung sowie dem Finden von Formen der zielorientierten Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team.

In weiteren jährlichen und nach Bedarf auch unterjährigen Workshops mit dem GesA-Team zur Qualitätsentwicklung, zur Teamentwicklung und zu Verstetigungskonzepten (2022 bis 2025) wurde die Vereinbarung von einheitlichen Standards und Verfahren unterstützt, die alle Projektbereiche und Erfahrungen berücksichtigen. Bei der Vorbereitung wurden Themenwünsche aus dem Team berücksichtigt; die Nachbereitung fand jeweils in enger Abstimmung mit der Projektleitung statt.

b. Evaluation und Monitoring

Evaluation und Monitoring stellen datenbasierte Informationen für die Berichterstattung und Projektsteuerung zur Verfügung. Sie tragen dazu bei, Herausforderungen zu identifizieren, Ergebnisse und Fortschritte sichtbar zu machen und Anhaltspunkte für eine gezielte kontinuierliche Weiterentwicklung in der laufenden Umsetzung zu gewinnen. Ein gezielter Mix an qualitativen und quantitativen empirischen Methoden, an befragten Beteiligten und Betroffenen des Projektes und an Erhebungszeitpunkten (Triangulation) ergibt ein umfassendes und valides Bild des komplexen, dynamischen Projektgeschehens.

Dabei wird ein multiperspektivischer Ansatz verfolgt, der die Sichtweisen mehrerer Beteiligtengruppen neben denen der Teilnehmenden als Zielgruppe einbezieht, darunter primär die des Projektteams, der mit dem Modellprojekt kooperierenden Institutionen und Organisationen sowie von wichtigen Netzwerkpartnern.

Folgende Datenerhebungen sind im Rahmen der Evaluation durchgeführt worden:

- Umfassendes Monitoring (2021 bis Projektende in 2025), u.a. zu Handlungsbedarfen bei den Teilnehmenden (in den Bereichen Gesundheit, Wohnen, Soziales Netzwerk innerhalb und außerhalb der Familie, Finanzielle Situation, Qualifizierung / berufliche Kompetenzen, Alltagskompetenzen, Sozial- und Arbeitsverhalten) und deren Verbleib nach Projektende; zu diesem Zweck ist ein spezifisches Datenbanksystem[3] durch das GesA-Team genutzt worden,

[3] Die Implementation der bewilligten Datenbank benötigte fast anderthalb Jahre für die Abstimmung des Datenschutzes mit beiden Jobcentern und dem BMAS.

das in der Lage ist, insbesondere die verschiedenen Dimensionen von Beschäftigungsfähigkeit auf Basis von Prozessdaten zu dokumentieren.

- Befragung von Projektakteuren und Kooperationspartnern (u.a. Integrationsfachkräften der beiden Jobcenter): Online- Befragung (September 2022),

- Teilnehmendenbefragungen: fortlaufende schriftliche Befragung (2021 bis Projektende in 2025, online) sowie zwei Gruppeninterviews (2022 und 2025).

Die Einschätzung der Lots:innen zu den Handlungsbedarfen (HB) erfolgt im Prozess der Begleitung zu mindestens zwei Zeitpunkten, zu Beginn nach etwa sechs Wochen sowie kurz vor der Beendigung der Teilnahme. Das Ausmaß wird auf einer 4er-Skala eingeschätzt: kein HB, geringer HB, HB vorhanden, großer (oder auch akuter) HB. Die Verringerung von Handlungsbedarfen, die einer Arbeitsmarktintegration entgegenstehen bzw. diese erschweren erhöht die Beschäftigungsfähigkeit.

c. Berichterstattung, Reflexion und Aufbereitung der Erkenntnisse

Es liegt ein ausführlicher Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung vor. Regelmäßig im Verlauf des Projektes stellte die Wissenschaftliche Begleitung Zwischenauswertungen für die Projektleitung und das GesA-Team zur Verfügung und gab inhaltliche Berichte zum Stand der Umsetzung und Wirksamkeit der Aktivitäten im Steuerungsgremium des Modellvorhabens (Geschäftsführungen und Leitungskräfte beider Jobcenter). In Entwicklungsworkshops wurden Ergebnisse aus den Erhebungen reflektiert und für die Weiterentwicklung nutzbar gemacht. Gemeinsam mit den Projektakteuren wurden in diesem Rahmen Schlussfolgerungen abgeleitet und Handlungsoptionen erörtert, die hierüber unmittelbaren Eingang in die Projektsteuerung und -umsetzung finden konnten.

Des Weiteren wurde seitens der wissenschaftlichen Begleitung ein Zwischenbilanz-Workshop im November 2022 umgesetzt und moderiert, auf dem unter anderem Ergebnisse und Erkenntnisse aus Evaluation und Monitoring präsentiert und mit rund 20 Akteuren u.a. aus dem Gesundheitsbereich, aus freien Bildungs- und Beratungsträgern sowie aus den Agenturen für Arbeit und den Jobcentern der Städte Düsseldorf und Mettmann diskutiert wurden.

Außerdem wurden durch die wissenschaftliche Begleitung aktive Beiträge zu den Fachkonferenzen der Bundesevaluation rehapro und Diskussionsbeiträge in Fokusrunden der Bundesevaluation sowie des BMAS geleistet.

Zusätzlich wurde gemeinsam mit dem Forschungsverbund rehapro[4] eine projektübergreifende überregionale fachliche Reflektionsfläche für die Projektleitung und auch Geschäftsführungen der Jobcenter in Form von insgesamt vier Fachforen (2022, 2023, 2024, 2025) mit weiteren Modellvorhaben rehapro geboten und sehr rege genutzt. Auf diesen Fachforen wurde ein Austausch unter den im Forschungsverbund über die Laufzeit begleiteten circa 20 rehapro Modellprojekten gestaltet, welcher der Weiterentwicklung der Modellvorhaben sowie der Unterstützung von Transfer- und Verstetigungsüberlegungen diente.

Das Institut für sozialpädagogische Forschung Mainz, ism e.V., sowie das eingesetzte Personal sind seit vielen Jahren Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Evaluation (DeGEval e.V.) und orientieren sich an den Standards für Evaluation.

---

[4] Über die Zusammenarbeit des ism e.V. im Forschungsverbund rehapro mit dem Institut für Technologie und Arbeit in Kaiserslautern, Söstra in Berlin, der Lawaetz Stiftung in Hamburg und Zoom Göttingen wird zugleich die institutionelle und personelle Kompetenz zur Umsetzung der wissenschaftlichen Begleitung verbreitert und in einen größeren Forschungszusammenhang eingebunden. Alle wissenschaftlichen Institute sind seit mehreren Jahrzehnten aktiv in der Arbeitsmarktforschung, dem Monitoring und der Evaluation von Arbeitsmarkt- und Sozialprogrammen der EU, des Bundes und der Länder, der Entwicklung und wissenschaftlichen Begleitung innovativer Modellvorhaben und auch in der Umsetzung komplexer Netzwerkvorhaben. Seit Start des Bundesprogramms rehapro arbeiten die Institute teilweise zusammen in der wissenschaftlichen Begleitung von Modellvorhaben, und tauschen sich auch darüber hinaus untereinander und gemeinsam mit Vertretenden der begleiteten Modellvorhaben fachlich aus.

2 Ergebnisse des Modellprojektes

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse zu Outputs und Outcomes des Modellvorhabens GesA auf Basis von Monitoringdaten (vertiefende Analyse zum Stichtag 31.12.2024 sowie Aktualisierung der Mengengerüste zum 30.06.2025), laufenden Befragungen von Teilnehmenden (bis zum Stichtag 30. 05. 2025), zwei Gruppeninterviews mit Teilnehmenden (2022 und 2025), der Befragung von Projektakteuren und Kooperationspartnern sowie Erkenntnissen aus Entwicklungs- und Zwischenbilanzworkshops dargestellt.

Insgesamt sind 796 Personen dokumentiert, die bis 30.06.2025 in GesA aktiv geworden sind oder sich im durchaus mehrere Wochen umfassenden Zugangsprozess letztlich gegen eine Teilnahme entschieden haben bzw. entscheiden mussten. 598 Personen (75%) sind in GesA über längere Zeiträume aktiv geworden. Diese Gruppe setzte sich zu 53% aus Männern und zu 47% aus Frauen zusammen.

2.1 Die Gruppe „Nicht-Teilnahme“ – Ergebnisse aus dem Monitoring

Die Gruppe „Nicht-Teilnahme“, 198 Personen bis zum Stichtag 30.06.2025, ist etwas stärker von Männern geprägt (58%) als von Frauen (42%). Etwa 27% der Männer im Zugangsprozess sind letztlich nicht über längere Zeit in GesA aktiv geworden, bei den Frauen betrug dieser Anteil knapp 23%.

Auch wenn die Überschrift „Nicht-Teilnahme“ suggeriert, es seien keinerlei Leistungen von GesA für diese Gruppe erbracht worden, so werden bis zum Zeitpunkt der finalen Entscheidung nicht teilzunehmen, auch für diese Leistungsbeziehenden individuell unterschiedliche Leistungen erbracht: in der Regel ein bis drei Erst- und Folgespräche sowie meist auch eine Anamnese im Vorlauf (vgl. Kapitel 3.1). Mehr als 80% der schließlich nicht Teilnehmenden sind bis zur Entscheidung bis zu drei Monate in Kontakt mit GesA gewesen. In jedem zehnten Fall sind es zwischen drei und sechs Monaten und in jedem weiteren zehnten Fall sogar als 12 Monate. Solche längeren Zeiträume fielen vorzugsweise in die Anfangszeit von GesA an, die sehr stark durch die Pandemie bedingten Einschränkungen mitbestimmt gewesen ist.

Diese Gruppe, die letztlich aus unterschiedlichen Gründen nicht in GesA aktiv geworden ist, ist geprägt durch einen höheren Altersdurchschnitt (Anteil älter als 45 Jahre liegt bei 62%, gegenüber 46% bei der Gruppe der Teilnehmenden; Kunden bis 55 Jahre konnten in GesA aufgenommen werden, vgl. Kapitel **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Sie ist deutlich stärker geprägt durch eine nicht-deutsche Staatsangehörigkeit (gut 50%, gegenüber einem Anteil von 26% bei der Gruppe der Teilnehmenden) sowie etwas stärker durch geringere Bildungsabschlüsse (71% kein oder Hauptschulabschluss, gegenüber 53% bei der Gruppe der Teilnehmenden). Zudem ist sie etwas stärker geprägt durch die Lebenssituation als Paar ohne und Haushalte mit Kindern (Paare, Alleinerziehende), besonders deutlich fällt der Unterschied bei Paaren mit Kindern aus, deren Anteil mit 29% mehr als doppelt so hoch ausfällt gegenüber einem Anteil von 12% in der Gruppe, die aktiv geworden ist.

Knapp die Hälfte der Kund:innen (47%) möchte nicht teilnehmen, nachdem sie das Angebot von GesA kennengelernt haben. Etwas weniger als ein Fünftel (18%) ist nicht zu Gesprächsterminen erschienen und/oder war nicht erreichbar für das GesA-Team. In jedem zehnten Fall (11%) wird die Nicht-Teilnahme mit zu weiten Wegen begründet; hier ist zu beachten, dass die GesA-Räumlichkeiten am Rand des Flächenkreises Mettmann liegen und daher nur für einen kleineren Teil der Leistungsbeziehenden aus dem Kreis gut oder überhaupt erreichbar sind.

In etwa jedem sechsten Fall (14%) verhindert eine akute Erkrankung, die Versorgung von Familienangehörigen oder die Angabe, ausreichend medizinisch und anderweitig versorgt zu sein eine aktive Teilnahme. Schließlich reicht in einer Handvoll Fälle das Angebot, einer Teilnahme an GesA aus, dass Leistungsbeziehende eine Arbeit aufnehmen (4 Fälle, 3%). Nur in einem einzigen Fall musste das GesA-Team von sich aus die (weitere) Teilnahme aufkündigen. Bis auf eine Handvoll Ausnahmen (13 Fälle) sind alle Leistungsbeziehenden aus der Gruppe „Nicht-Teilnahme“ weiterhin arbeitslos.

2.2 Was zeichnet die Gruppe aus, die in GesA aktiv geworden ist? – Ergebnisse aus dem Monitoring

Die Altersverteilung konzentriert sich wie konzeptionell priorisiert auf die Gruppe der 25- bis 55-jährigen: Ein gutes Fünftel (22%) war zwischen 25 und 34 Jahre alt (bei Männern: Anteil 26%, bei Frauen: 18%), ein Drittel (32%) zwischen 35 und 44 Jahren und 46% älter als 45 (in wenigen Fällen sind TN bereits über 55 Jahre alt bei Eintritt). Etwa ein Viertel (25%) verfügt über einen mittleren Schulabschluss, ein Fünftel (21%) über die (Fach-)Hochschulreife, ein Drittel (32%) über einen Hauptschulabschluss und ein letztes Fünftel (21%) über keinen Schulabschluss. Ein gutes Fünftel (22%) bringt bereits einen anerkannten Grad der Behinderung (GdB) mit, allerdings von allen lediglich 6% einen GdB von 50 und höher. Eine der Leistungen von GesA im weiteren Verlauf wird es, für weitere Einzelfälle, in denen es sinnvoll erscheint, die erstmalige Beantragung oder die Erhöhung zu unterstützen und zu begleiten; das ist für etwa 3% der aktiven Teilnehmenden in Frage gekommen. Dabei ist zu beachten, dass sehr viele Menschen erhebliche Vorbehalte gegen eine solche Zuordnung haben.

In GesA ist durch das Projektteam ein Monitoring von individuellen Handlungsbedarfen der Teilnehmenden umgesetzt worden, zu den Bereichen Gesundheit, Wohnen, Soziales Netzwerk innerhalb und außerhalb der Familie, Finanzielle Situation, Qualifizierung / berufliche Kompetenzen, Alltagskompetenzen, Sozial- und Arbeitsverhalten. Zu Beginn einer Teilnahme wird das Ausmaß des individuellen Handlungsbedarfes[5] in genannten Bereichen eingeschätzt, soweit es die Informationsgrundlage hergibt. Die Einschätzungen können jederzeit mit dem dazugehörigen Datum versehen neu erfasst oder aktualisiert werden. Es kommt häufig vor, dass das tatsächliche Ausmaß beispielsweise der familiären Belastung oder Verschuldung erst nach Monaten deutlich wird.

Für die knapp 600 Leistungsbeziehenden, die in GesA aktiv geworden sind, liegen Einschätzungen zu Handlungsbedarfen in acht Bereichen vor. Diese Daten erlauben einen tiefergehenden Einblick in die Bedarfe, die bei den Leistungsbeziehenden mit erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen tatsächlich und zusätzlich vorliegen. An dieser Stelle ist wichtig anzumerken, dass ein unterstützendes Angebot mit dem (langfristigen) Ziel Teilhabe und Arbeitsmarktintegration für diese Zielgruppe seine Wirkung nur entfalten kann, wenn es Unterstützung für Handlungsbedarfe[6] in allen diesen Bereichen bietet, die für die betroffenen Menschen als Hürden auf dem Weg dorthin spürbar werden.

Folgende Handlungsbedarfe (HB) von Teilnehmenden sind in GesA festgestellt worden:

→ In nahezu allen Fällen im Bereich Gesundheit als zentrales Thema von GesA; wobei in 47% ein großer, das heißt akuter und vorrangig zu bearbeitender, Handlungsbedarf (HB) besteht.

→ Bei rund einem Drittel (33%) bestehen HB im Bereich Familie / Soziales Netzwerk, bei wenigen ist dieser akut, aber in ungefähr der Hälfte der Fälle (19%) erschwert oder verhindert die Situation eine persönliche Stabilisierung.

→ In etwas weniger als jedem fünften Fall (19%) besteht ein HB im Bereich Wohnen, in 5% aller Fälle ist er groß bzw. akut zu bearbeiten, beispielsweise weil die Wohnung gekündigt ist oder gesundheitlich unzumutbar.

→ In ca. 16% der Fälle gibt es Handlungsbedarfe im Bereich Finanzen, zumeist geht es um Schulden, die etwa in Verbindung mit Mietschulden in 3% dringliches Handeln erfordert.

→ Für etwa 14% der aktiven Teilnehmenden ist festzustellen, dass das mitgebrachte Sozial- und Arbeitsverhalten einer Stabilisierung mit verbesserter Teilhabe oder Arbeitsintegration in einem solchen Ausmaß entgegensteht, dass es neben anderen Themen zentral zu thematisieren ist.

→ Bei einem guten Drittel (34%) ist zeitnah offenkundig, dass es einen Handlungsbedarf bei ihren individuellen beruflichen Kompetenzen gibt, der im Verlauf ihrer Teilnahme angegangen werden

[5] Das Ausmaß wird auf einer 4er-Skala eingeschätzt: kein Handlungsbedarf (HB), geringer HB, HB vorhanden (gegeben), großer (oder auch akuter) HB.

[6] Dabei ist zu berücksichtigen, dass in den allermeisten Fällen das Ausmaß erst im Verlauf einer aktiven Teilnahme offengelegt und damit bearbeitbar wird.

kann; bei vielen anderen Teilnehmenden ist aufgrund ihrer gesundheitlichen und Gesamtsituation daran (noch) nicht zu denken und zu arbeiten.

Zusammenfassend ist hervorzuheben, dass die Menschen, die in GesA einmünden, regelmäßig komplexe Handlungsbedarfe in mehreren Lebensbereichen aufweisen. Eine enge Beschränkung eines solchen Angebotes etwa auf rein gesundheitsfördernde Dienstleistungen geht damit an der Lebenswirklichkeit der Menschen vorbei und kann somit nicht ausreichen, um sie bei ihrem Weg in Teilhabe und Arbeit zu unterstützen.

Die folgenden Ausführungen beruhen auf der Auswertung der Monitoringdaten für die Teilgruppe aller Teilnehmenden, die bis zum Stichtag 31.12.2024 ihre aktive Teilnahme beendet haben (n=449); das sind drei Viertel (75%) derjenigen, die in GesA aktiv geworden sind.[7] Diese Teilgruppe entspricht in ihren Merkmalen der gesamten Teilnahmegruppe. Durchschnittlich umfasst die aktive Zeit in GesA knapp unter 14 Monate, wobei sie bei Männern bei durchschnittlich13 Monaten lag und bei Frauen bei 14,6 Monaten. 36% der Teilnehmenden waren bis zu 12 Monate aktiv, ein Drittel (34%) 12 bis unter 18 Monate und 30% 18 Monate und länger. Männer waren jeweils in größerem Maße kürzer als Frauen aktiv, beispielsweise 42% nur bis zu 12 Monaten gegenüber Frauen, bei denen 28% innerhalb dieses Zeitraums ihre aktive Zeit beendeten.

Für 90% wurde ein GesA-Plan erstellt und damit für nahezu alle, da der GesA-Plan erst nach einer Anlaufzeit von gut anderthalb Jahren entwickelt und etabliert worden ist. 70% nahmen an gesundheitsorientierten Gruppenangeboten teil, knapp ein Viertel (24%) nahm die psychologische Beratung in Anspruch. Für knapp ein Viertel (23%) wurde die Anbindung an eine notwendige fachärztliche oder therapeutische Behandlung unterstützt. Dabei unterschied sich der individuelle Unterstützungsbedarf und damit der Aufwand für das GesA-Team erheblich: Für gut 60% der Teilnehmenden, die bei ihrer Anbindung unterstützt werden mussten, ist jeweils eine Anbindung pro Person unterstützt worden, für etwa 30% zwei bis vier Anbindungen pro Person und für etwa 10% zwischen fünf und zehn Anbindungen.

Etwa 14% aller Teilnehmenden nahmen an eher niederschwelligen Sportkursen außerhalb von GesA teil, etwa 10% nahmen die individuelle Ernährungsberatung in Anspruch und weitere 10% das in den Räumen von GesA angebotene Kreativ-Angebot.[8]

2.3 Welche Wirkungen sind zu beobachten?

Ergebnisse lassen sich auf Basis der Monitoringdaten sowie Prozessdaten des Jobcenters (VerBis) wie folgt verdeutlichen:

1. Eine deutliche Erhöhung der Beschäftigungsfähigkeit lässt sich für 57% der Teilnehmenden im Bereich Gesundheit, für 54% der Teilnehmenden mit Handlungsbedarfen im Bereich Soziales Netzwerk, für 55% der Teilnehmenden mit Handlungsbedarfen im Bereich Wohnen, für 52% der Teilnehmenden mit Handlungsbedarfen im Bereich Finanzen, für 46% der Teilnehmenden mit Handlungsbedarfen im Bereich Alltagskompetenzen und für 33% im Bereich

[7] Da die Einführung der Datenbank zur Prozessdatendokumentation aufgrund umfangreicher Zustimmungsprozesse der Datenschutzbeauftragten beider Jobcenter inklusive Einbezug des Bundesarbeitsministeriums auf Wunsch der beiden Datenschutzbeauftragten erst etwa 15 Monate nach Start des Modellvorhabens produktiv gestellt werden konnte, liegen für 6% aller Teilnehmenden, die früh aktiv geworden sind und zum 31.12.2024 ihre aktive Zeit bereits wieder beendet haben, keine detaillierten Angaben vor. Im ersten Halbjahr 2025 sind nur wenige weitere Teilnehmende regulär ausgetreten; die Datenbank verzeichnet allerdings viele „Austritte“ zum 30.06.2025 allein deshalb, weil das Modellvorhaben und die zugehörige Datenerfassung zum 30.06.2025 beendet werden musste. Solche formal verkürzten Teilnahmedauern verzerren allerdings Aussagen zur üblicherweise notwendigen Teilnahmedauer und werden daher an dieser Stelle nicht verwendet.

[8] Die vielen ausdifferenzierten Aktivitäten, die wahrgenommen worden sind, an dieser Stelle darzustellen würden den Rahmen dieses Ergebnisbandes sprengen. Eine vollständige Übersicht kann dem Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung entnommen werden.

Sozial- und Arbeitsverhalten feststellen. Soweit Qualifizierung beruflicher Kompetenzen oder Vermittlung bereits ins Blickfeld geraten sind, gibt es Verbesserungen der Beschäftigungsfähigkeit bei mehr als einem Drittel (34% bzw. 40%). Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind eher gering. Männer erhöhten ihre Beschäftigungsfähigkeit m Bereich Alltagskompetenzen leicht stärker als Frauen, diese wiederum im Bereich Soziale Netzwerke, Sozial- und Arbeitsverhalten sowie - wenn das Thema schon in Frage kommt - Vermittlung stärker als Männer. Die Beschäftigungsfähigkeit war bei gut zwei Dritteln (68%) der Teilnehmenden am Ende ihrer Teilnahmezeit in mindestens einem Bereich deutlich erhöht. (Monitoring Handlungsbedarfe)

2. Betrachtet man neben den prozessbasierten Einschätzungen der Handlungsbedarfe auch die unternommenen Aktivitäten, so haben 78% der Teilnehmenden von ihrer aktiven Zeit in GesA profitieren können. 59% der Teilnehmenden haben hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Situation von ihrer aktiven Zeit in GesA profitiert, 31% sogar erheblich. 63% haben für ihre soziale Teilhabe und Alltagsstrukturierung von ihrer aktiven Zeit in GesA profitiert, knapp ein Fünftel (19%) sogar erheblich. Mit Blick auf eine mögliche Erwerbsbeteiligung haben schließlich 36% profitiert. (Monitoring rehapro[9])
3. Zu allen Teilnehmenden ist den Prozessdaten bzw. VerBIS zu entnehmen, welche Aktivitäten der Arbeitsmarktintegration im Einzelfall erfolgt sind: Ein Viertel der Teilnehmenden wird entweder in Maßnahmen bei einem Träger (MAT) aktiv, oder bei einer zeitlich kürzeren Qualifizierung oder ähnlichen direkt arbeitsmarktlich relevanten Aktivitäten. 16% nehmen eine ehrenamtliche Tätigkeit auf oder werden in einer Arbeitsgelegenheit[10] aktiv. Mit 26% werden gut ein Viertel aller Teilnehmenden in den Arbeitsmarkt integriert.[11]

2.3.1 Welche Wirkungen beobachten beteiligte Akteure und IFK?

Im August/September 2022, gut zweieinhalb Jahre nach dem Start von GesA, wurden Integrationsfachkräfte des Jobcenters (IFK) zu von ihnen beobachteten Veränderungen bei Teilnehmenden befragt, die von ihnen im Leistungsbezug betreut wurden. Zu dem Zeitpunkt trauten sich etwa 23 der beteiligten 55 IFK Einschätzungen über solche Leistungsbeziehende zu, die an GesA teilnehmen bzw. zu dem Zeitpunkt teilgenommen hatten. Gut die Hälfte der IFK (52%) nehmen eine Stabilisierung durch die Teilnahme wahr. 70% der IFK beobachten eine Aufgeschlossenheit Teilnehmender im direkten Kontakt. Zwei Drittel der IFK (64%) gaben an, dass die Teilnehmenden aus GesA ihre jeweiligen Einschränkungen akzeptierten. 60% der IFK haben den Eindruck, dass die Teilnehmenden sich im Not- und Krisenfall selbständig Hilfe und Unterstützung organisieren könnten. Schließlich waren 45% der IFK der Meinung, dass Teilnehmende ihre Situation insgesamt realistisch einschätzen. Zwei freie Antworten erläutern die positiven Effekte folgendermaßen: „…Viele TN haben das Jammertal verlassen und der Fokus liegt mehr auf dem, was noch geleistet werden kann; viele TN haben erkannt, dass der Arbeitsmarkt sie braucht; es gibt TN, die den Wert eines Mini-Jobs für sich erkannt haben…". "…Kunden, die am Projekt teilgenommen haben, sind sich ihren Problematiken meistens bewusstgeworden und haben gelernt, damit umzugehen. Sie fangen wieder an mitzuwirken und auch ihr Leben anders zu planen... [Sie] sind auf einem guten Weg, ihr Leben zu ändern…".

Die Befragung bezog zu dem damaligen Zeitpunkt auch weitere kooperierende Akteure von außerhalb des Jobcenters mit ein, z.B. aus medizinischen Einrichtungen oder von Beratungs- und

---

[9] Das Modellprojekt war gehalten, für die Berichterstattung zur Fachstelle Rehapro / Bundesevaluation des Gesamtprogramms Rehapro bei Abschluss einer Teilnahme individuell auf einer 5er-Skala einzuschätzen, in welchem Ausmaß Teilnehmende von ihrer aktiven Zeit in GesA profitiert haben (5er-Skala: „gar nicht", „kaum", „teilweise", „eher", „erheblich" profitiert). Diese Einschätzungen sind automatisiert erfolgt. Dafür wurden geeignete Regeln aufgestellt, die sämtliche dokumentierte Aktivitäten mit den ebenfalls dokumentierten Handlungsbedarfen verbunden haben und daher einen erweiterten Blick erlauben.

[10] AGH-Beginn bis inklusive sechs Monate nach Ausscheiden aus GesA.

[11] Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit inklusive einer in wenigen Fällen durch §§16e und 16i SGB III mitfinanzierten, Aufnahme eines Minijobs oder Tätigkeit in betrieblichen Praktika (MAG) spätestens innerhalb von 12 Monaten nach Beendigung von GesA.

Arbeitsmarktdienstleistern. Diese berichten ebenfalls positive Veränderungen in ihren freien Antworten: "…Ich erlebe bei vielen Teilnehmer:innen positive Entwicklungen, was psychische und physische Stabilität angeht. Diese positiven Entwicklungen kenne ich aus anderen Settings weniger. Die Rahmenbedingungen des Projekts ermöglichen das erst…".

2.3.2 Welche Wirkungen berichten Teilnehmende?

In einer fortlaufenden Befragung von Projektteilnehmenden (online) konnten zwischen Mitte 2021 und Mai 2025 Einschätzungen von 163 Teilnehmenden zu GesA eingeholt werden, zu ihren eigenen Entwicklungen während ihrer Teilnahme sowie ihre Bewertungen einzelner Bestandteile. Die Befragung erfolgte online oder über Papierfragebögen vor Ort. Ergänzend fanden zu zwei Zeitpunkten (August 2022, Mai 2025) Gruppeninterviews mit Teilnehmenden statt.

Im Rahmen der Teilnehmendenbefragung geben 83% der Antwortenden im Hinblick auf Veränderungen durch die Teilnahme an GesA an, dass sich ihr Leben insgesamt verbessert hat und sie mehr Zuversicht bekommen haben. 75% wissen besser, wo die Grenzen ihrer eigenen Belastbarkeit liegen. 64% geben an, dass sie jetzt mehr unter Menschen kommen als vor GesA. Auch mit Blick auf ein verbessertes Selbstvertrauen und das eigene Können konnten die Teilnehmenden von GesA in einem erheblichen Maße profitieren: 70% wissen um ihre Stärken, was sie gut können, und ebenso viele bestätigen, dass sie sich sicherer fühlen, eigene Angelegenheiten auch selbst zu regeln.

In einem noch größeren Ausmaß führt die aktive Teilnahme an GesA bei 85% der Teilnehmenden dazu, weitere Unterstützung in ihrem Alltag zu nutzen, und auch das Wissen erlangt zu haben, wo sie Unterstützung und Hilfe außerhalb von GesA erhalten können.

Die Rückmeldungen von Teilnehmenden lassen auf positive Effekte nicht nur für die einzelnen Menschen und ihre Beschäftigungsfähigkeit, sondern auch für das Gesundheitssystem schließen: 85% geben ausdrücklich an, besser als vor ihrer Teilnahme zu wissen, wo sie bei gesundheitlichen Problemen Hilfe erhalten. Mehr als 70% geben an, seit GesA regelmäßig etwas für ihre Gesundheit zu tun (bspw. Walking) und / oder an Angeboten teilzunehmen, die ihnen und ihrer Gesundheit gut täten. Bei 60% hat sich ihr Ernährungsbewusstsein dahingehend verbessert, dass sie darauf achten, was sie essen und trinken. Weitere knapp 20% gaben in der Befragung an, dies auch schon vor GesA getan zu haben.

Mit Blick auf ihre beruflichen Perspektiven geben fast 70% an, in GesA etwas für ihr Arbeitsleben dazu gelernt zu haben. Etwas mehr als die Hälfte (52%) stimmt jeweils zu, klarer zu erkennen, welche Arbeit jeweils zu ihnen passe sowie eine Perspektive für sich selbst in Richtung auf Arbeit, berufliche Qualifizierung oder Ausbildung bekommen zu haben (54%).

Insgesamt geben drei Viertel (72%) aller Teilnehmenden an, zuversichtlicher als vor GesA zu sein, dass sie für sich selbst Arbeit, Beschäftigung oder ein Ehrenamt finden werden. 94% der Antwortenden sind schließlich mit ihrer Zeit und der Unterstützung durch GesA zufrieden bis sehr zufrieden.

Die Vielzahl der freien Antworten in der Teilnehmendenbefragung belegt die positiven Entwicklungen besonders eindrücklich. Die individuellen Erfahrungen erstrecken sich über verschiedene Themenbereiche, die den Beitrag des Projekts zu persönlichem Wachstum und positiver Lebensgestaltung verdeutlichen. Auf die offene Frage, was den Teilnehmenden insgesamt gut gefallen hat, wird neben den vielfältigen (Kurs-)Angeboten, die individuell in Anspruch genommen werden können, insbesondere der Umgang, die unterstützende Haltung und Empathie der Projektmitarbeitenden benannt.

In zwei Gruppeninterviews mit Teilnehmenden (August 2022 und Mai 2025) wird deutlich welche zentrale Bedeutung GesA für die psychosoziale Stabilisierung, persönliche Entwicklung und berufliche (Re-)Integration der Beteiligten hatte. Als besonders wirksam erleben die Teilnehmenden die zugewandte, respektvolle Begleitung auf Augenhöhe sowie die Möglichkeit, sich ohne Druck und in individuellem Tempo weiterzuentwickeln. Projektmitarbeitende wie Leitung werden beschrieben als in gutem Kontakt mit Teilnehmenden und sehr nahbar.

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

In diesem Kapitel werden Erkenntnisse zu ausgewählten Bestandteilen von GesA dargestellt, die entweder neuartig erprobt worden sind oder die in der Zusammenarbeit mit dem Modellvorhaben auf eine spezifische Art eingebunden worden sind.

3.1 Ganzheitliche Anamnese mit Leistungsbild und Empfehlungen

Eine umfassende direkt vorgeschaltete und zugleich gezielt eingebundene Anamnese (360 Grad-Blick) hat sich bewährt. Die in diesem Zuge erstellten Berichte sind zusammen mit den potentiellen Teilnehmenden erarbeitet durch zwei medizinische Träger, die über einen Zeitraum von bis zu zwei Monaten, und über mehrere Termine verteilt, den aktuellen Leistungs- und Gesundheitszustand erhoben und in einem Bericht systematisch zugänglich gemacht haben.

An der Anamnese beteiligt sind medizinische, psychologische, sozialpädagogische Fachkräfte mit Erfahrungen im Kontext Arbeitsvermittlung, die Gespräche mit den Personen führen und dokumentieren; darüber hinaus werden Testverfahren eingesetzt. Ziel der Anamnese ist den Ist-Zustand aufzunehmen, aus dem erkennbar wird, welche Aktivitäten insbesondere im Gesundheitsbereich zu unternehmen sind, und in welchen Bereichen welches Ausmaß an Leistungsfähigkeit besteht. Bewährt hat sich, einen Träger einzubinden, der sowohl die Seite des Gesundheitssektors wie die der Unternehmen kennt, bspw. eine Reha-Klinik oder einen Träger, der sich auf beides spezialisiert hat.

Die Berichte enthielten Handlungsempfehlungen für die Teilnahme an GesA. Die GesA-Lots:innen nehmen die Empfehlungen in ihren Erstgesprächen auf, knüpfen daran an und erweitern oder konkretisieren diese zu Aktivitäten, die im GesA-Plan mit den Teilnehmenden vereinbart werden.

Im Verlauf des Modellvorhabens hat sich als nützlich erwiesen, es nicht allein bei einem schriftlich übermittelten Bericht zu belassen, sondern „warme Übergaben“ unter Beteiligung des Anamnese-Trägers, eine:r Lots:in und dem oder der Teilnehmenden durchzuführen. Das unterstützt den Kontaktaufbau in GesA, da die Leistungsbeziehenden von ihnen bereits gut bekannten Fachleuten des Anamneseträgers begleitet werden und ihren Bericht nicht alleine erläutern oder vertreten müssen. Zudem besteht hierdurch systematisch die Möglichkeit, im Gespräch den Bericht zu konkretisieren bzw. zu ergänzen.

Nach einem anfänglichen Versuch mit sehr aufwändigen Einzelterminen ist ein Format etabliert worden, die „warmen Übergaben“ als Kleingruppen von zwei bis fünf Personen zu gestalten, die alle zwei bis vier Wochen stattfinden (bspw. 15mal in 2024). Als zusätzlicher Gelingensfaktor für einen guten Einstieg in GesA hat sich die Beteiligung bereits aktiver Teilnehmender an diesen Übergabeterminen erwiesen, die gerade zweifelnde Personen meist positiv beeinflussen konnten. Ein aussagekräftiger Bericht erleichtert wesentlich die Erarbeitung eines konkreten GesA-Plans mit den Teilnehmenden. Leistungsbeziehende, die nach ihrer Anamnesezeit einer Einladung zu GesA auch ein zweites Mal nicht gefolgt sind, wurden an ihre Integrationsfachkraft „zurückgegeben“.

Die Zusammenarbeit zwischen den zuständigen Teams bei den Anamnese-Trägern und dem GesA-Team wurde einmal im Quartal vertieft durch einen bilateralen Austausch, über den die jeweiligen Vorgehensweisen und Berichte besser auf die praktischen Erfordernisse der Weiterarbeit in GesA ausgerichtet werden konnten. Durch den Einblick in die Arbeitsweise der Anamnese-Träger wurde zudem der Einstieg mit den Teilnehmenden für das GesA-Team erleichtert.

Der im Verlauf entwickelte GesA-Plan startet mit einer Übernahme der Handlungsempfehlungen aus den Anamnese-Berichten. Das ermöglicht im weiteren Verlauf immer wieder den Bezug zur Anamnese und die Feststellung der zwischenzeitlich bereits bearbeiteten Punkte. Nach weiteren Gesprächen mit Teilnehmenden kristallisieren sich vorrangige Themen heraus, die mit konkreten Schritten

festgehalten und deren Umsetzung reflektiert werden. Er enthält auf weiteren Seiten die bereits unternommenen Aktivitäten in GesA (u.a. entnommen aus der Datenbank).

3.2 Gruppenangebote

Als zentral wirksames Element haben sich die Gruppenangebote erwiesen. Jeden Werktag von Montag bis Freitag finden mehrere Gruppenangebote statt, die sowohl vom Projektteam selbst als auch von externen Anleiter:innen, nach Möglichkeit unter aktiver Einbindung von Teilnehmenden, gestaltet und gestemmt werden. Ein beispielhafter Wochenplan sieht wie folgt aus. Die Infotafel im Foyer informiert stets über anstehende Möglichkeiten.

Montag: Waldspaziergang, Qi Gong/Tai Chi

Dienstag: Achtsamkeit/Meditation, Walking, Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung (PMR), Malen/Kreatives

Mittwoch: Waldspaziergang, Ernährung, Talentkompass, Energievampire in die Wüste schicken

Donnerstag: Reha-Sport, Erste Hilfe rund um den Job, Autogenes Training

Freitag: Theater Gruppe, Waldspaziergang, div Workshops

Um die Kunden gut in geeignete gesundheitsorientierte Gruppenangebote lotsen zu können, wurde seit November 2022 verstärkt Wert daraufgelegt, dass alle Lotsen alle Kursangebote besuchen und kennenlernen. Für die Teilnehmenden gab es ein Info-Heft zu den Kursangeboten.

Nachdem gute Erfahrungen mit dem Einbinden von Teilnehmenden in Aufgaben der Kursgestaltung/-Umsetzung gemacht worden sind, wurde dieses Empowerment-Prinzip in allen Gruppenageboten dergestalt umgesetzt, dass gezielt nach passenden Fähigkeiten von Teilnehmenden geschaut wurde (interne wie externe Kursangebote). Zusätzlich wurde gezielt Ausschau gehalten, ob Teilnehmende Interesse daran hätten, eigene Events zu planen und durchzuführen.

Außerdem gab es regelmäßig Informationsveranstaltungen vor Ort im Haus der Gesundheit (HdG), in 2024 gab es beispielsweise Gesundheitstage zu den Themen „Antriebslos- wie komme ich wieder in Schwung/ Herz-Kreislauf-Check“, „Guter Schlaf“ und „Schmerzen verstehen lernen“, „Mentale Stärke stärken/Alles eine Frage des Glücks“, „Immunsystem, Naturheilkunde, Lungenfunktionstest“ und „Mein Rücken Stärken-Home Workouts/Blaze Pods“ mit Teilnehmendenzahlen zwischen 8 und 40 TN. Im Rahmen weiterer Informationsveranstaltungen war unter anderem die Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung (EUTB), Deutsche Rentenversicherung (DRV) oder gesetzliche Krankenkassen (GKV) zu Gast und haben sich und ihr Beratungsangebot vorgestellt. In einem Tagesworkshop für TN „Stärke zeigen ohne Ego“ im September 2024 mit 17 TN ging es darum zu lernen in der Kommunikation mit Anderen Ärger anzusprechen, Kompromisse auszuhandeln und Rechte durchzusetzen.

Um sich einen Eindruck zu verschaffen, in welchem Ausmaß das Angebotsportfolio angeboten und genutzt worden ist, folgen hier die Angaben aus den Jahren nach Ende der Pandemie: In 2022 sind Gruppenangebote nach pandemiebedingten Einschränkungen ab 2.Quartal langsam wieder gestartet. Insgesamt 629 Veranstaltungstermine in Kursform mit aktiven TN mit insgesamt 3.429 Teilnahmen. Darüber hinaus weitere reine Infoveranstaltungen, bspw. Thema Energiesparberatung. In 2023 haben in GesA insgesamt 506 Gruppenveranstaltungen stattgefunden mit mehr als 4.000 Teilnahmen. In 2024 haben in GesA insgesamt 524 Gruppenveranstaltungen stattgefunden mit 3.897 Teilnahmen. In 2023 haben sich zudem zwei selbstorganisierte Peergroups gebildet, die sich in den Räumen ohne Kursleitungen treffen; die beiden selbstorganisierten Peergroups treffen sich in 2024 weiterhin in den GesA-Räumen ohne Kursleitung.

Perspektive der Teilnehmenden auf die Gruppenangebote

Im Rahmen der fortlaufenden Online-Befragung beschreiben Teilnehmende in freien Antworten, was ihnen an den Gruppenangeboten wichtig ist: *„…es gab (auch) Kurse, die einem helfen, sich selbst*

besser zu verstehen, zu verstehen, wo die eigenen Stärken liegen. Davon kann man im beruflichen Umfeld profitieren…", „…die Freiwillige Teilnahme an den Kursen ermöglicht es einem selber zu reflektieren an sich arbeiten zu wollen - die Hilfe ist da, wenn man sie denn aus eigenem Willen in Anspruch nehmen möchte. So kommt es einem nicht vor in einen Kurs reingedrückt zu werden, ohne dass man diesen vielleicht machen möchte bzw. Interesse dran hat…".

Zu den dauerhaften zentralen Kursangeboten zählen u.a. die Bewegungsangebote Waldspaziergang und Walking sowie die Entspannungskurse Autogenes Training und Progressive Muskelentspannung (PMR), die sich paarweise etwas ähneln. Ebenfalls in freien Antworten beschreiben Teilnehmenden vielfältige wohltuende Aspekte der Angebote. Daraus wird deutlich, dass es für sie hier mitnichten „nur" um Bewegung oder Entspannung geht, sondern auch um den Austausch und die Gemeinschaft mit anderen Teilnehmenden, einen Rahmen in dem sie sich gut aufgehoben fühlen, sich selbst öffnen können und im Gegenzug wertvolle Tipps erhalten, oder nützliche Erfahrungen zu sammeln und hilfreiche Methoden zu lernen, die sie selbst über GesA hinaus in ihren Alltag integrieren können.

Rückmeldungen zum Angebot Waldspazierang: *„…Die frische Luft, das Spüren der Natur, die körperliche Betätigung, der Austausch unter allen Teilnehmenden…", „…Viel Positives mitgenommen: Bewegung, körperl. Aktivität (da teils voll unfit vorher), zur Ruhe kommen, Gedankenkarussel abschalten, auf Atmung achten, Entspannung, Gespräche über den eigenen Zustand bzw vorher…", „…Ich konnte private Sachen frei rauszusprechen, was ich niemanden vorher erzählt hatte. Die frische Luft und die Motivation dass es doch nicht so schwer ist, auch wenn nur 10 min sind, sich zu bewegen…", „…Der Waldspaziergang hat meine Energie wieder aufgefüllt und neue Kraft gegeben. Ich konnte etwas abschalten was in meinem normalen Alltag nicht möglich ist auf Grund von dauerndem Kopfkino…", „…Der Austausch. Kennenlernen von neuen Menschen, neue Eindrücke. Beim Gespräch kann man neue Ideen, Anregungen bzgl eigene Berufsorientierung schöpfen…*". Die Rückmeldungen für Walking gingen in eine ähnliche Richtung, hier stand jedoch mehr die sportliche Bewegung im Vordergrund, bspw. in Form von erhöhtem Tempo und Dehnungsübungen.

Rückmeldung zum Angebot Autogenes Training: *„…es hat mir gut getan, da ich innerlich gut entspannen konnte, ich hatte Zeit für mich selbst, ich bekam den Kopf frei...", „…Ruhe und Gleichgewicht zu erreichen, klare Gedanken und Selbstdisziplin", „…Die Kompetenz der Dozentinnen, die Erfahrung der wohltuenden Stille, inneren Ruhen und tiefen Gelassenheit, das Gefühl der Kraft, der Raum für Diskussionen zu bestimmten, passenden Themenbereichen…", „…Man konnte durch das Angebot mal herein schnuppern, wie so etwas funktioniert und was es mit einem selbst dabei macht. War eine tolle Erfahrung…"; „…Das autogene Training hat mir geholfen viele Techniken in den Alltag zu integrieren, die mir helfen Stress abzubauen, oder sogar schon frühzeitig zu erkennen, wann dieser entstehen könnte und mit Übungen vorzubeugen. Ich habe solche fest in meinem Alltag übernommen und fühle mich so oft in unangenehmen, oder stressigen Situationen, ausgeglichener und entspannter und kann demnach auch anders mit jeweiligen Situationen umgehen…".*

Der Kurs Progressive Muskelentspannung erhielt ähnliche Rückmeldungen: *„…Das man sich hat fallen lassen können. Und dass man sich danach total erholt gefühlt hat, sowie…vor allen den Stress…das war…für diese Zeit weg…", „…Abschalten können inklusive Atemübung, Verbesserung des Körpergefühls…", „…Wenn man es einmal gelernt hat benötigt man meiner Meinung nach das Angebot nicht und kann sich auch durch YouTube oder ähnliche Inhalte selbst in die Lage versetzen. Mir hat es sehr gut gefallen und ich mache mittlerweile täglich zuhause. Es hilft mit besonders bei meinen Schlafproblemen und Angstattacken…", „…z. B. hat sich mein chronisches Zähneknirschen verbessert…", „…Die Entspannung in der Gruppe, da man alleine sich eher weniger die Zeit dazu nimmt…".*

Aus Sicht von befragten Kooperations- und Netzwerkpartnern (Akteursbefragung 2022) liegt der Mehrwert der Gruppenangebote darin, dass kommunikative und soziale Kompetenzen und auch soziale Kontakte besonders gut im Rahmen von Gruppenangeboten gefördert werden können. Wichtig sei, wie für alle Unterstützungsangebote generell, dass sie einen niedrigschwelligen Zugang ermöglichen, und Teilnehmenden bei Bedarf beim Überwinden der Schwelle Unterstützung oder Begleitung erhalten können. Denn zentral ist auch hier die Vertrauensbeziehung der Teilnehmenden zur anleitenden Person – sowohl für einen gelungenen Einstieg als auch die erfolgreiche Teilnahme, und insbesondere den offenen Austausch.

3.3 Psychologische Beratung und sozialpädagogische Begleitung

In Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt Düsseldorf bestand vor Ort im Haus der Gesundheit die Möglichkeit für Einzelgespräche mit psychologisch und sozialpädagogisch ausgebildeten Fachkräften. Sowohl die Projektmitarbeitenden als auch die Teilnehmenden hätten sich insbesondere die psychologische Beratung in größerem Umfang bzw. mit mehr personellen Ressourcen gewünscht. Angesichts des hohen Bedarfes hat ein Lotse aus dem Projektteam mit einer entsprechenden Ausbildung ebenfalls psychologische Beratungsgespräche angeboten. Des Weiteren gab es Möglichkeiten zu Einzelgesprächen mit einem Ernährungsberater und mit einem Psychotherapeuten. Außerdem wurden von einigen Teilnehmenden Sprechstunden der Beratungsstelle des Gesundheitsamtes Düsseldorf für Schwangerschaftskonflikte, Lebenskrisen, Gewaltopfer einmal monatlich in den Räumen von GesA wahrgenommen, sowie ab November 2024 ergänzend einmal monatlich beim Psychiater des Gesundheitsamtes der Stadt Düsseldorf. Darüber hinaus sind kollegiale Beratungen und kollegiale Nachbesprechungen der vorgenannten Beratungsstelle mit Mitarbeitenden aus dem Projektteam erfolgt.

Zur psychologischen Beratung wurden in der fortlaufenden Onlinebefragung Teilnehmender systematisch Rückmeldungen eingeholt. Viele Teilnehmende berichten an dieser Stelle wie hilfreich diese für sie war und wie dankbar sie sind: *„…Ich bin wirklich sehr dankbar…“. Insbesondere das tiefere Verständnis ihrer Situation und die Möglichkeit zeitnah über Probleme zu sprechen, wirkt wohltuend und entlastend: „…Hatte während einer akuten Krise einige Gespräche…, die mir sehr gut geholfen (haben)…“, „…dass ich mit der Psychologin über alles reden konnte, das Zuhören, die Hilfe die ich bekommen habe, und das Verständnis für meine psychologischen Probleme…“, „…Ich wurde von der Psychologin sehr gut beraten und verständnisvoll beraten. Wenn es Probleme gab, konnte immer zeitnah ein Termin gefunden werden. Das Gefühl, dass jemand da ist, wenn man Hilfe braucht, war beruhigend…“. „…Diese Beratung hat mir sehr geholfen. Diese Beratung darf auf keinen Fall fehlen…“.* Verbesserungswünsche gingen fast ausschließlich in die Richtung einer erhöhten Termindichte oder intensiveren Begleitung. Sie heben hervor, dass es aufschlussreich war erfahren zu haben, welche Therapiemöglichkeiten es gibt und wie man sich gezielter um seine psychische Gesundheit kümmern kann. Zudem wurde von den Teilnehmenden die Unterstützung darin gelobt, einen Psychologen außerhalb von GesA zu finden.

Die Psychologin ihrerseits beobachtete mit der Zeit eine wachsende Offenheit gegenüber psychotherapeutischen Behandlungsmethoden.[12] Sie habe mitbekommen, wie Kunden neue Problemlöseansätze und Perspektiven einnehmen und durch die Reflexion ihrer eigenen psychischen Verfassung Lerneffekte eintreten, die beispielsweise die Veränderungsmotivation oder Wahrnehmung eigener Stärken beeinflussen. Das Prinzip „alles unter einem Dach“ führt nicht nur, aber auch hier zum Erfolg, indem die kurzen Wege im separaten Haus den Teilnehmenden die Öffnung ermöglichen. Gleichzeitig haben die Lotsen von GesA die Möglichkeit zu einem kurzfristigen Wissensaustausch mit der psychologischen Fachkraft, der auf digitalem Weg nicht in diesem Maße ersetzt werden kann.

3.4 Eigene Räume und Peer-Unterstützung

GesA verfügt neben Büros und einigen Gruppenräumen auch über ein Foyer, das mit bequemen Sitzmöbeln versehen ist, und wo Tee, Kaffee und Wasser bereit stehen. Eine Tafel gibt Übersicht über die Gruppentermine der Woche. Mittendrin sitzt eine Empfangsperson (ohne Tresen), die die Ankommenden unaufdringlich begrüßt, beim zweiten Mal teils schon mit Namen. Sie kann erklären, was in welchem Raum stattfindet und hat sich bald als Vertrauensperson etabliert, mit der man auch ganz informell sprechen kann. Dieser Empfangsbereich sowie die insgesamt aus Sicht vieler Teilnehmender berichtete freundliche Atmosphäre bewirkte, dass seit Ende der Pandemie immer mehr Menschen in diesen Café-Bereich kommen, um sich mit oder ohne weiteren Termin dort einfach aufzuhalten und untereinander ins Gespräch zu kommen. Für manche Teilnehmende bietet GesA sogar einen fast täglich genutzten festen Anlaufpunkt für sozialen Kontakt. Die Empfangsperson wird in

[12] Eigene schriftliche Berichte der Psychologin im Projektverlauf

freien Antworten der Teilnehmendenbefragung ausdrücklich als wichtig und besonders beschrieben: *„...Er kennt fast alle mit Namen...“, „…Er ist die gute Seele des Hauses…*“.

Die Ermöglichung von Peergroup-Situationen baut nicht nur eine positive Bindung an GesA insgesamt auf und ermöglicht informelle Zugänge zu Teilnehmenden. Sie senkt zugleich Teilnahmebarrieren an Gruppenangeboten in den separaten Räumen innerhalb von GesA, und auch die Nutzung von Angeboten außerhalb von GesA ab. Der Kontakt der Teilnehmenden untereinander wird als wertschätzend und hilfreich empfunden: *„...Es tut gut zu merken: Anderen geht es ähnlich, wir sitzen alle im gleichen Boot...“ (Teilnehmenden-Gruppeninterview 2022).*

Die Verantwortung für die Räumlichkeiten samt wahrgenommener Gestaltungsmöglichkeiten hat einen aktivierenden Effekt auf das GesA-Team: die Gelegenheit wird genutzt, nicht nur die Angebote, sondern auch die Räumlichkeiten selbstverantwortlich zu gestalten. Im Laufe der Zeit (nach den pandemiebedingten Kontaktbeschränkungen) bildeten sich zwei von Teilnehmenden selbst organisierte Gruppen, die die Möglichkeit erhielten, sich in den Räumlichkeiten zu treffen, auch unter Beteiligung einzelner ehemaliger Teilnehmender.

Zwei Teilnehmende schildern das wie folgt (Teilnehmenden-Befragung, fortlaufend): *„…Mein Highlight war, die ganzen verschiedenen Menschen kennen zu lernen und sich auszutauschen und etwas voneinander zu lernen. Ich werde nicht alleine gelassen mit meinen Anliegen. Ich habe gelernt, dass es völlig in Ordnung ist nach Unterstützung zu fragen, um an sein Ziel zu kommen. Es war ein tolles Gefühl, mit so vielen verschiedenen Berufen und Teilnehmern, die das gerne gemacht haben, sich zu unterhalten...*“. *„…Die eigenen Probleme werden angesichts der Schwierigkeiten anderer Menschen relativiert. Man fühlt sich normaler, man schöpft Hoffnung für sich, für die eigene (berufliche) Zukunft. Es werden auch viele Wege gezeigt, wo man Hilfe finden kann...“.*

Der besondere Effekt der Räumlichkeiten und ihre motivierende und wohltuende Wirkung wurde von den Teilnehmenden im Gruppeninterview explizit benannt: das Foyer-Café wie auch der ‚Mitnehmraum‘, in dem Kleidung und Alltagsgegenstände getauscht werden können, der Werkraum, sowie der Massagesessel in Raum 21, der insbesondere nach mental herausfordernden Gesprächen zur emotionalen Entlastung beiträgt. Diese Orte würden dazu beitragen, dass man sich aufgefangen fühle – auch in Momenten der Erschöpfung oder Anspannung.

3.5 Intensives Coaching – Haltung und organisatorische Umsetzung

Das in GesA etablierte intensive und bedarfsorientierte individuelle Coaching durch ein multiprofessionelles Team von Mitarbeitenden aus den beiden Jobcentern ist in der Ausgestaltung für beide Jobcenter neuartig. Teilnehmende berichten über eine wohltuende, wertschätzende und damit das Selbstvertrauen stärkende und motivierende Grundhaltung, die ihnen entgegengebracht wird. Vor dem Hintergrund der Vielfalt und Vielzahl mentaler und psychischer Beeinträchtigungen sowie weiterer Handlungsbedarfe im alltäglichen Leben und mit Blick auf eine Arbeitsmarktintegration gewinnt eine solche Atmosphäre ein besonderes Gewicht.

Der Personalschlüssel im Modellvorhaben betrug 1 : 25 und ermöglichte sowohl…
…eine flexibel anzulegende Arbeit nach den unterschiedlichen individuellen Handlungsbedarfen der einzelnen Teilnehmenden, als auch…
…die gemeinsame Gestaltung der Gesamtangebote,
…die Vorbereitung und Durchführung von Gruppenangeboten durch Fachkräfte aus dem Team,
…das Führen von fallbezogenen und übergreifenden Kooperationsgesprächen mit Dritten,
…den teaminternen Austausch über Fälle sowie Fallkonferenzen unter Beteiligung von Teilnehmenden und auch Dritten,
…das Arbeiten an der konzeptionellen Ausgestaltung einzelner Bestandteile,
…als notwendig erachtete Qualifikation des Teams bspw. in Motivierender Gesprächsführung oder zu Grundlagen psychischer und physischer Gesundheit.

Schon frühzeitig hat sich erwiesen, dass auch Zeiten für eine Teamsupervision zur Verfügung stehen müssen. Zugleich ermöglicht der Fallschlüssel auch Dokumentation und Monitoring, Begleitworkshops unter anderem mit der wissenschaftlichen Begleitung, die Durchführung von Tagen der

offenen Tür für Integrationsfachkräfte der beiden Jobcenter, kollegiale Beratung von Anfragenden aus beiden Jobcentern.

Zentraler Ort für die Reflektion und Weiterentwicklung sind die zweiwöchentlichen Teamsitzungen sowie mehrmals im Verlauf eines Jahres längere Teamsitzungen oder interne Workshops. Anders als in der Arbeit als Integrationsfachkraft im Jobcenter ist eine Gelingensbedingung für GesA, dass alle aus dem Team Verantwortung für die Gestaltung des Angebotes, der Tätigkeit und der Räume übernehmen sowie eigene Impulse einbringen.

Als weiterer herauszuhebender Bestandteil sind die nach und nach eingeführten Fallbesprechungen zu erwähnen. Sie dienen der multiperspektivischen Vergewisserung und sind zugleich ein Ort gegenseitiger Qualifizierung. Eine Sonderform bildet dabei die im Verlauf entwickelte „Probezeitbesprechung“, die nach einem Startzeitraum von etwa zwei Monaten ermöglicht, über Teilnehmende, bei denen unklar geworden ist, inwieweit das Angebot von GesA zu ihren Handlungsbedarfen oder auch ihrem Verhalten passt, den Austausch im Team zu finden.

Ein wesentliches weiteres Element ist die partizipative Erarbeitung eines GesA-Plans. Er wird zwar von den Lots:innen angelegt, inhaltlich aber für seine erste Fassung in der Regel über mehrere Gespräche hinweg gemeinsam mit den Teilnehmenden erarbeitet und im weiteren Verlauf gemeinsam reflektiert und angepasst. 90% der Teilnehmenden geben an, dass sie eigene Wünsche und Vorstellungen gut in GesA einbringen konnten (Teilnehmenden-Befragung, fortlaufend).

Im dritten Quartal 2023 hatte das Team aus ihrer bisherigen Tätigkeit eine Liste mit 19 Vermittlungshemmnissen erstellt, die ihnen in der Arbeit mit den Teilnehmenden begegnen. Durchschnittlich sechs bis sieben solcher Hemmnisse seien bei einer teilnehmenden Person zu beobachten, bei einzelnen seien es zwischen zwei und 19. Darüber hinaus bringen Teilnehmende weitere Einschränkungen mit, die beim Coaching herausfordern (u.a. Konzentrationsschwierigkeiten, Antriebsreduktion und innere Leere, Niedergeschlagenheit, Gereiztheit, Schlafprobleme, Überforderungserleben, reduzierte soziale Kompetenz, Angstgefühle, soziale Phobien, …). Von einer Liste mit zwölf derartiger (Teilhabe- und Lebens-) Einschränkungen seien durchschnittlich acht bei den Teilnehmenden zu beobachten, im Einzelfall zwischen zwei und zwölf.

Einige exemplarische Rückmeldungen von Teilnehmenden beziehen sich insbesondere auf die Coachinghaltung als erlebte Stärke von GesA (Teilnehmenden-Befragung, fortlaufend):

- „…Verständnis der GesA - Mitarbeiter für die Lebenssituationen sowie Empathie im Umgang mit den Teilnehmern...“
- „…Die Mitarbeiter waren immer super nett und hilfsbereit, gerne mehr davon. …Dass immer ein offenes Ohr da war zum Reden…“
- „…Besonders gut hat mir die Betreuung und das Verständnis der Mitarbeiter gefallen Kompetent und mit psychologischen Hintergrundwissen in meinem Fall. Das halte ich für sehr wichtig…“
- „…Die…Mitarbeiter,…sind wohlwollend und hilfsbereit einem gegenüber gestimmt. Das macht Mut...“
- „…Das ganze Team GesA sind ganz ambitionierte, wunderbare Menschen, denen es am Herzen liegt, die verschiedenen Teilnehmer vorzubereiten, einen passenden Fahrplan zu entwickeln, um seinen Fuß in den Arbeitsmarkt zu bekommen…“
- „…Ich konnte über meine Sorgen sprechen und man hat sehr viel Geduld mit mir gehabt...“

3.6 Binnenwirkung – Zusammenarbeit innerhalb des Jobcenters

Sehr bewährt haben sich in der internen Zusammenarbeit mit anderen Bereichen des Jobcenters Tage der offenen Tür, an denen Integrationsfachkräfte (IFK) die Räume besuchen und die Arbeit von GesA kennenlernen konnten. Im bilateralen Gespräch mit dem GesA-Team wurden interessierte

Fragen beantwortet oder auch einzelne Fallkonstellationen aus der Arbeit der jeweiligen IFK besprochen.

Aus Rückmeldungen und Interessenanfragen an solchen internen Tagen der offenen Tür sowie weiteren Nachfragen sind von GesA Inhouse-Schulungen bspw. zum Thema „Psyche verstehen – Menschen professionell begegnen“ konzipiert und mit mehr als 40 IFK jeweils in beiden Jobcentern durchgeführt worden. Für Akteure, die die Jugendberufsagentur tragen, das Fallmanagement u25 des Jobcenters, die Berufsberatung der Agentur für Arbeit und das Jugendamt, hat GesA zudem eine Kurzschulung zum Thema psychische Gesundheit durchgeführt.

Der wesentliche Berührungspunkt zwischen GesA und den anderen Bereichen im Jobcenter besteht allerdings in der Zusammenarbeit im Einzelfall: im Vorfeld einer Zuweisung ist es nötig, die Ausstellung eines AVGS zu veranlassen, mit dem die Anamnese vor Eintritt in GesA ermöglicht wird. Im weiteren Verlauf geht die Fallverantwortung auf das GesA-Team über. Bei Ausscheiden aus GesA und andauernder Arbeitslosigkeit geht die Fallverantwortung wieder zurück zu den IFK. Bereits in der Akteursbefragung in 2022 gaben 37% der IFK mit Blick auf die Zusammenarbeit mit GesA an, dass sich ihr Know-how zu Gesundheitsthemen verbessert hätte. Das ist zu dem Zeitpunkt insofern bemerkenswert, als dass die Schulungen und Tage der offenen Tür von GesA erst später aufgenommen worden sind, da die ersten Jahre des Modellprojektes durch die Pandemie bedingten Kontaktbeschränkungen, auch jobcenterintern, geprägt waren.

3.7 Zwischenfazit

In diesem Kapitel sind wesentliche Erkenntnisse zu zentralen Bestandteilen von GesA dargestellt worden. Abschließend hierzu ist zu betonen, dass gerade durch das Zusammenspiel der dargestellten Bestandteile die besondere Wirkung erzielt wird. Diese Wirkung (siehe Kapitel 2, insb. 2.3) geht über die einzelner Bestandteile deutlich hinaus und ist durch einzelne Bestandteile nicht in gleichem Ausmaß zu erzielen. Zwei exemplarische Zitate von Teilnehmenden bringen es wie folgt auf den Punkt (Teilnehmenden-Befragung, fortlaufend):

„…Die unglaubliche Freundlichkeit, Hilfsbereitschaft und Menschlichkeit im gesamten Haus. Der gute Mix aus verschiedenen Angeboten und Beratung. Die Herausnahme sämtlichen (Leistungs-) Drucks...“

„…Ein sehr freundliches und familiäres Klima im ganzen Haus, wo man Mensch und keine Nummer ist und wo die gesundheitlichen Problematiken endlich verstanden und nicht einfach übergangen werden. Ein vielfältiges Themenangebot, begleitet von professionellem Engagement...“

Ein Angebot wie das Haus der Gesundheit – GesA eines Jobcenters muss sich daher so aufstellen, dass es die aktiv werdenden Leistungsbeziehenden in allen relevanten Lebensbereichen unterstützen kann. Eine enge Beschränkung etwa auf reine gesundheitsunterstützende Dienstleistungen geht an der Lebenswirklichkeit vorbei und würde die Wirkung auf Teilhabe an Arbeit und Gesellschaft verfehlen.

4 Verstetigung vor Ort

Im Rahmen von Planung und Umsetzung des Modellprojektes „GesA“ haben sich Notwendigkeit wie Wirksamkeit des Ansatzes bestätigt, die Angebote der Jobcenter um Aspekte der Hilfen zur gesundheitlichen und persönlichen Stabilisierung zu erweitern. Nicht nur die Projektteilnehmenden, sondern ein Großteil der Kund:innen der Jobcenter haben neben gesundheitlichen Einschränkungen weitere Vermittlungshemmnisse, teils massiven Ausmaßes, wie etwa psychosoziale Beeinträchtigungen, Überforderungen in der Alltagsbewältigung, mangelnde soziale Einbettung oder Konflikte in der Familie bzw. im sozialen Umfeld. Hinzu kommen oftmals Sucht, Verschuldung, schwierige Wohnverhältnisse und mangelnde Belastbarkeit hinsichtlich der Bewältigung von Erwerbsarbeit. Für diese und weitere Herausforderungen brauchen Jobcenter passende und wirksame Angebote, um eine Verbesserung und nachhaltige Stabilisierung des Leistungsvermögens der Menschen im Rechtskreis SGB II zu erzielen.

Im Rahmen des Modellprojektes erwarben die Mitarbeitenden Fachwissen in den Bereichen der physischen, psychischen und sozialen Gesundheit sowohl im Hinblick auf das Erkennen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen als auch auf deren Bewältigungsmöglichkeiten. Um dieses Fachwissen zu erhalten, stetig zu erweitern und weiterzugeben, wurden den Geschäftsführungen der beiden Jobcenter Vorschläge im Sinne einer Verstetigung unterbreitet.

4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung

4.1.1 Haltung und Arbeitsweise

Bei GesA und bei ähnlich arbeitenden erfolgreichen Förderangeboten von Jobcentern haben sich folgende Haltung und Arbeitsweise als zielführend bewährt. Eine Arbeitsweise, die geprägt ist durch Partnerschaftlichkeit und Ergebnisoffenheit, partnerschaftliches Entwickeln von Zielen und nächsten Schritten zwischen Coach und Kunde/Kundin, sowie kontinuierliches Nachhalten der Zielerreichung durch gemeinsame Reflexion im Prozess der Begleitung. Eine professionelle Ergebnisoffenheit für jeden Einzelfall ermöglicht die Entwicklung einzelfallbezogener passgenauer Lösungen. Entwicklungsfortschritte werden insbesondere auch durch einen ressourcenorientierten Umgang mit eintretenden Rückschlägen möglich. Als sehr förderlich hat sich eine Offenheit der Coaches nicht nur für die Menschen mit ihren individuellen Anliegen und Herausforderungen, sondern auch für unterschiedliche Wege gesundheitsförderlicher Unterstützung erwiesen. Im Ergebnis schöpfen Teilnehmende Vertrauen als Ausgangspunkt dafür, individuell neue und andere Wege und Therapiemöglichkeiten auszuprobieren.

Unabhängig vom Modellprojekt GesA fordert das Bürgergeldgesetz explizit eine auf Vertrauen basierende Arbeitsweise, und die Geschäftsführungen beider beteiligter Jobcenter schätzen eine solche Herangehensweise.

Eine Vertrauensbasis zwischen Teilnehmenden und Coach baut sich nur Schritt für Schritt auf. Das gemeinsame Vorgehen und Verständnis bei einem „unkritischeren“ Thema bildet die Basis für das nächste „kritischere“ Thema; der Erfolg bei einem kleineren Schritt dient als Basis für den nächstgrößeren. Dieser unumgängliche und nicht abzukürzende Prozess benötigt dabei einen im Einzelfall vorher nicht absehbaren Zeitraum. Zugleich hängt der individuelle Erfolg letztlich eng mit Selbstwirksamkeitserfahrungen zusammen, die Teilnehmende in ihrer aktiven Zeit machen können. Unterstützend ist dabei sehr, wenn sich Teilnehmende als Menschen wahrgenommen fühlen.

Der Aufbau eines Sonderteams mit zusätzlichen Fachkompetenzen und einer sich gegenseitig ergänzenden Multiprofessionalität hat sich bewährt. Es braucht Gesundheitskompetenz, wie Kenntnisse zu Krankheitsbildern und Möglichkeiten der Bewältigung und des Umgangs damit, neben grundlegenden Kenntnissen in systemischem Coaching und insbesondere auch Kenntnissen im Bereich der motivierenden Gesprächsführung. Die Aktivierung der Teilnehmenden gelingt bei einer gut aufeinander abgestimmten Zusammenarbeit. Das Personal aus dem Team GesA wird auch weiterhin in beiden Jobcentern tätig sein und sieht sich in der Lage, auch weitere Fachkräfte einzuarbeiten.

Die Anbindung an lokale Unterstützungsangebote (Sozialraumorientierung) über Rechtskreise hinweg ermöglicht schließlich individuell zugeschnittene Hilfe zur Selbsthilfe. Dabei ist eine bedarfsorientierte Anbindung der Teilnehmenden an das Gesundheitssystem sowie deren Absicherung unbedingt erforderlich. Oftmals hat sich auch eine Anbindung an Vereine, Selbsthilfegruppen, Bewegungsangebote und ähnliches als sehr hilfreich erwiesen. Die im Modellzeitraum geknüpften Kooperationen und Netzwerke sind nun als Ressource vorhanden. Für die Stadt Düsseldorf hat das Gesundheitsamt signalisiert, weiterhin hohes Interesse an einer vergleichbaren Zusammenarbeit zu haben und dafür auch weiterhin Personalressourcen einsetzen zu wollen. Für den Kreis Mettmann besteht von Seiten des Jobcenters der Wunsch, künftig in eine ähnliche Kooperation einzusteigen. Die Umsetzungsmöglichkeit wird noch ausgelotet.

Schließlich hat sich bewährt, als fachliches Team für Fragen rund um Gesundheit auch zur Fortbildung der übrigen Bereiche beider Jobcenter beizutragen. Die Organisation und Durchführung geeigneter Fachtage etwa wäre auch künftig möglich, wenn es fachliche Sonderteams analog des GesA-Teams geben sollte.

4.1.2 Angebote, Räume und Ausstattung, Vernetzung

Sehr bewährt haben sich bei GesA die ins Team integrierte psychologische Beratung und sozialpädagogische Begleitung sowie die enge Einbindung medizinischer Fachexpertise. Die frei gestaltbaren und vom Jobcenter separaten Räumlichkeiten haben eine positiv-aktivierende Wirkung entfaltet für Projektteam und Teilnehmende. Teilnehmende fühlten sich in den Räumlichkeiten gut „empfangen". Durch Gruppenangebote und das Foyer-Café entstand ein unkomplizierter Rahmen für Peergroup-Situationen und förderliche private Kontakte. In den Räumlichkeiten haben sich niederschwellige Gesundheits- und Gruppenangebote als wirksam erwiesen, die Experimentierräume eröffnen, als integrale Angebotsbestandteile zu kleinen Erfolgserlebnissen führen und den Rahmen für durchaus weitreichende Verbesserungen bei den Teilnehmenden bieten. Gelingensfaktor dabei ist der Einbezug mehrerer Perspektiven auf eine Person in verschiedenen Lebens-, Gruppen- und Belastungssituationen sowie die Einbindung der Erfahrungen aus den Gruppenangeboten unter anderem durch gemeinsame Reflektion im Rahmen von Fallgesprächen und Fallkonferenzen.

Ein Überblick über Unterstützungsmöglichkeiten außerhalb des Jobcenters ist Voraussetzung, um der Komplexität des jeweiligen individuellen Unterstützungsbedarfs gerecht zu werden. Eine Systematisierung von Netzwerkarbeit und regionalen Kooperationen trägt zur Klärung von Rollen, Zuständigkeiten und Aufgabenbereichen im Einzelfall und zwischen den vorhandenen Angeboten insgesamt bei, sowie zur Identifikation regionaler Versorgungsdefizite und dem Herstellen von Komplementarität. Über Vereinbarungen und Vorgehensstandards wird die Grundlage für eine personenunabhängige Tragfähigkeit von Kooperationen und Netzwerken gelegt. Aufbau und Pflege des Netzwerks ist dabei auch Bestandteil der täglichen Arbeit.

Die im Projektverlauf auf- und ausgebauten Kooperationen im Netzwerk, vorzugsweise im städtischen Raum, sind vorhanden und können weiterhin genutzt werden. Bei der Anmietung separater Räumlichkeiten sind allerdings enge Budgetgrenzen des Jobcenters Düsseldorf zu beachten, die zum Zeitpunkt dieses Berichtes aufgrund des noch nicht verabschiedeten Bundeshaushaltes 2025 noch nicht zu beziffern sind.

Die bisherigen Räumlichkeiten stehen daher ab 2026 nicht mehr zur Verfügung. Neue geeignete und finanzierbare Räume im großstädtischen Raum (Düsseldorf) bzw. im Kreisgebiet (Mettmann) zu finden, wird sich unterschiedlich schwierig gestalten, wäre aber grundsätzlich denk- und machbar. Für das Kreisgebiet wären dabei eher zwei Standorte mindestens anzustreben, um eine bessere Erreichbarkeit für die Leistungsbeziehenden zu gewährleisten.

4.1.3 Freiwilligkeit und Dauer der Teilnahme

Die Freiwilligkeit im Zugang und die Förderung der Selbstbestimmtheit in der Ausgestaltung der aktiven Zeit von Teilnehmenden haben sich als grundlegende Gelingensfaktoren auch in GesA herausgestellt. Das Bürgergeldgesetz betont ebenfalls stärker als zuvor diese partnerschaftliche Herangehensweise.

Eine systematische, in die Unterstützungsplanung eingebundene Eingangsanamnese hat sich bewährt. Diese kann mit geeigneten Fachanbietern an der Schnittstelle zum Gesundheitswesen sichergestellt werden. Gemeinsame Fallübergabegespräche (Anamneseanbieter, GesA, TN) haben sich insbesondere bewährt. Die bisher tätigen Anamnese-Träger werden auch weiterhin im Einzugsgebiet der beiden Jobcenter tätig sein und sicherlich für eine Fortsetzung der Kooperation zur Verfügung stehen. Angesichts der stetig knapper werdenden Budgets im SGB II wäre die Finanzierung zu klären, grundsätzlich aber auch weiterhin per AVGS oder über den Abschluss von Rahmenverträgen machbar.

Bei GesA hat sich abweichend von den ursprünglichen Überlegungen eine flexibel am Einzelfall orientierte Teilnahmedauer bewährt, die regelmäßig in Gesprächen zwischen den Coaches und den Teilnehmenden reflektiert und überprüft wird. Einem solchen konzeptionellen Ansatz stehen weder die Regelungen des SGB II noch die aktuellen Geschäftspolitiken der beiden Jobcenter entgegen.

4.1.4 Multiprofessionelles Team und angemessener Personalschlüssel

Ein angemessener Personalschlüssel für die Zielgruppe ermöglicht die erforderliche individuell bedarfsorientierte wie intensive und kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Teilnehmenden. Bei GesA hat sich ein Personalschlüssel von 1:25 (Coach : Teilnehmende) bewährt. Grundsätzlich stehen einem solchen Personalschlüssel weder das SGB II noch fachliche Anweisungen der Bundesagentur für Arbeit entgegen. Bei der Umsetzung wäre allerdings auf die innerorganisatorische Balance der verschiedenen Jobcenter-Bereiche zu achten (etwa Fallschlüssel eines beschäftigungsorientierten Fallmanagements oder einer Begleitung gemäß §16k SGB II).

Das GesA-Projektteam zeichnete sich dadurch aus, dass es aus Personen mit Erfahrungshintergründen und Ausbildungen in unterschiedlichen Berufsfeldern zusammengesetzt war (vor ihrer langjährigen Tätigkeit in einem Jobcenter), beispielsweise mehrere im Bereich Gesundheit und Beratung, einschließlich Psychotherapie, Gesundheitsberatung, Handwerk, Handel, Soziale Arbeit, Diplomkauffrau, Erfahrung als Arbeitsvermittlerin, Diplomsozialwissenschaftler mit Erfahrung bei Trägern. Diese multiprofessionelle Zusammensetzung im Team erweitert die Perspektiven auf Fallverläufe und bereichert das Gesamtportfolio an wirksamen Herangehensweisen.

Mit Ende des Modellzeitraums wird das GesA-Team nicht mehr in der bisherigen Form weitergeführt werden. Daher wird es darauf ankommen, etwaige Sonderteams Gesundheit und Fallmanagement in beiden Jobcentern vor dem Hintergrund der sehr positiven Erfahrungen aus GesA möglichst multiprofessionell aufzustellen. Insofern sich nicht ausreichend Personal intern finden ließe, wäre grundsätzlich auch denkbar, externe Fachlichkeit in gemischte Teams zu integrieren, um eine Multiprofessionalität zu erreichen.

4.1.5 Zwischenfazit

Zum Zeitpunkt dieser Berichterstellung ist klar, dass die Bundespolitik keine zusätzlichen Gelder für das Eingliederungs- und auch eher kaum zusätzliche Mittel für das Verwaltungskostenbudget im SGB II bereitstellen wird. Beide Kommunalhaushalte (Stadt Düsseldorf und Kreis Mettmann) werden ebenfalls keine eigenen Mittel für „ihre“ Jobcenter zusätzlich bereitstellen können. Angesichts der sehr hohen Anteile stark gesundheitlich beeinträchtigter Leistungsbeziehender sind Ansätze wie GesA jedoch erforderlich, um ein Mindestmaß an Erhöhung von Beschäftigungsfähigkeit als Voraussetzung für eine gelingende Arbeitsmarktintegration erreichen zu können. Die dazu angestellten Überlegungen werden im folgenden Unterkapitel (4.1.6) ausgeführt.

Zum anderen wäre eine gute Anbindung zukünftiger Standorte an den öffentlichen Nahverkehr für das komplette Einzugsgebiet beider Jobcenter notwendig. Hier scheint ein Ausbau in naher Zukunft allerdings unrealistisch. Die eher im städtischen Raum und zentral angesiedelten Unterstützungsangebote werden damit nicht für alle Leistungsbeziehenden realistisch erreichbar sein. Andererseits ist eine zumindest teilweise aufsuchende Tätigkeit in GesA nicht erprobt worden und erscheint angesichts der angedeuteten Personalknappheit eher nicht realisierbar.

Nicht alle Leistungsbeziehenden, für die ein entsprechender Handlungsbedarf besteht, werden künftig Zugang zu einem ähnlichen Angebot erhalten können. Das Aufnahmeprocedere kann derweil

sicherstellen, dass das Angebot vor allem jenen offen steht, die eine Veränderungsmotivation mitbringen und daher freiwillig teilnehmen.

4.1.6 Verstetigung im eigenen Jobcenter

Etwa ein Jahr vor Projektende zeichnete sich ab, dass die Jobcenter nach Abschluss des Projektes eher jeweils eigene Wege favorisieren, anstelle einer Verbundlösung wie im Rahmen von rehapro. Hintergrund dieser Überlegung war unter anderem die sich herausfordernd gestaltende Akquise von Leistungsbeziehenden aus dem Jobcenter Mettmann. Der lange Anfahrtsweg zu den Räumlichkeiten des Projektes (je nach Wohnort im Kreis Mettmann Hin- und Rückweg zwischen 1-2 Std. Fahrzeit) sowie häufige Ausfälle des ÖPNV wurden als Hauptgründe genannt. Hinzu kamen eigene gesundheitsorientierte Maßnahmeangebote des Jobcenters Mettmann, deren eingekaufte Plätze zu besetzen waren.

4.1.7 Jobcenter Mettmann

Die Erfahrungswerte aus dem Projekt rehapro und die Tatsache, dass mindestens 58% der Leistungsbeziehenden im Jobcenter ME-aktiv über vermittlungsrelevante gesundheitliche Einschränkungen verfügen, haben dazu beigetragen, das Thema gesundheitsorientierte Beratung weiterhin zu verfolgen und in der Fläche zu implementieren.

Im Rahmen dessen ist geplant, dass ab dem 01.07.2025 das bereits vorhandene Fallmanagement zusätzlich zu der Beschäftigungsorientierung eine gesundheitsorientierte Ausrichtung erfährt. Die in den Kernteams der fünf Standorte ansässigen Fallmanager werden fortan in ihrer Ausrichtung unterschieden. Personell bedeutet dies, dass jeweils ein Fallmanager die beschäftigungsorientierte Beratung und ein Fallmanager die gesundheitsorientierte Beratung übernimmt. Somit kann sichergestellt werden, dass im Bereich ü25 pro Geschäftsstelle jeweils ein Fallmanager mit der gesundheitsorientierten Ausrichtung ansässig ist. Im u25 Bereich wird es hingegen keine Abgrenzung geben. Hier erfolgt sowohl die gesundheits- als auch die beschäftigungsorientierte Beratung über die bereits im Team vorhandenen Fallmanager.

Orientiert an der Zielgruppe im Projekt rehapro sollen im gesundheitsorientierten Fallmanagement Langzeitleistungsbeziehende bis i.d.R. 55 Jahre sowie 15-24jährige mit starken gesundheitlichen Einschränkungen inkl. psychischer Beeinträchtigungen und Abhängigkeitserkrankungen betreut werden. Ausschlaggebend hierbei ist deren Wunsch nach Veränderung der persönlichen Situation sowie eine Bereitschaft, an einer Verbesserung, Stabilisierung oder Wiederherstellung der eigenen Gesundheit zu arbeiten, wie auch eine realistische Chance, durch Stabilisierung und Verbesserung der Gesundheit perspektivisch eine geeignete Beschäftigung zu erreichen.

Neben dem Aufbau zusätzlicher Fachkompetenz und einer Multiprofessionalität zu Gesundheitsthemen in den örtlichen Geschäftsstellen bzw. Teams, soll mittelfristig ein systematischer Kompetenzaufbau für alle IFK in Gesundheitsthemen erfolgen. Insbesondere kommt in diesem Punkt der Wissens- und Erfahrungstransfer aus dem rehapro-Modellvorhaben GesA zum Tragen.

Zusätzlich zu den bereits über das beschäftigungsorientierte Fallmanagement bestehenden Netzwerken, sollen im Rahmen des gesundheitsorientieren Fallmanagements neue Netzwerke im Kreisgebiet aufgebaut werden, um so eine bestmögliche Unterstützung für die Kundinnen und Kunden zu gewährleisten. Hierbei soll der Fokus insbesondere auf Personen zwischen 18-45 Jahren liegen, sodass durch die Entwicklung von Ausbildungs-, Lebens- und Arbeitsperspektiven jahrzehntelange prekäre Hilfebedürftigkeit vermieden bzw. verkürzt werden kann.

4.1.8 Jobcenter Düsseldorf

Zum Projektende gab es noch keine finale Entscheidung der Geschäftsführung zur Verstetigung. Im Vorfeld sind für das Einzugsbiet des Jobcenters Düsseldorf die folgenden Vorschläge entwickelt worden:

Szenario 1: Team gesundheitsorientiertes Fallmanagement (gFM)

Ein Team „gesundheitsorientiertes Fallmanagement (gFM)“, bestehend aus zehn VZÄ Gesundheits-Fallmanagement (gFM), je einem VZÄ Sozialarbeiter:in und Psycholog:in (Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf) sowie einer Teamleitung wird an einem externen Standort - außerhalb der Jobcenterräumlichkeiten - implementiert. Dieses Team betreut arbeitslose Menschen im SGB II-Bezug zwischen 18 und 55 Jahren, deren gesundheitliche Einschränkungen so gravierend sind, dass die Verbesserung der Erwerbsfähigkeit vorrangiges Ziel ist. Hinzu kommen Zugangskriterien wie: Veränderungswille, selbstbestimmte Entscheidung für die Teilnahme am gFM, Bedarf einer längerfristigen multiprofessionellen Begleitung. Die Anamnese erfolgt möglichst auch weiterhin über AVGS (oder alternativ über eine noch zu entwickelnde Rahmenbeauftragung) mit den beiden bewährten Kooperationspartnern aus GesA.

Neben der Beratung durch die gFM bietet das Team psychologische und sozialarbeiterische Unterstützung durch die entsprechenden Mitarbeitenden der Stadt Düsseldorf an. Ebenfalls werden Gruppenangebote und themenbezogene Tagesworkshops angeboten, um die während der Projektlaufzeit gemachten positiven Erfahrungen weiter fortzusetzen.

Ein einladender Eingangsbereich als Treffpunkt für Kund:innen, um „peer-to-peer-Kontakt“ zu ermöglichen, soll durch entsprechende Räumlichkeiten ermöglicht werden.

Die Betreuung soll engmaschig und besonders intensiv sein, was durch einen angemessenen Betreuungsschlüssel von 1:25 ermöglicht werden soll.

Szenario 2: Gesundheitsorientiertes Coaching nach § 16k

Ein Team, bestehend aus vier Coaches bildet zusammen mit Sozialarbeiter:in und Psycholog:in vom Gesundheitsamt ein „Mini-Team“, angegliedert an das bestehende Coaching-Team des Jobcenters Düsseldorf.

Das „Mini-Team“ betreut Personen, bei denen eine (geklärte oder ungeklärte) gesundheitliche Einschränkung vorliegt, die nach Einschätzung der fallführenden Integrationsfachkraft als zentrale Hürde für die Nutzung der vom Jobcenter angebotenen Produkte erscheint (z. B. Teilnahme an einer Arbeitsgelegenheit, Maßnahme bei einem Träger, Eingliederung über § 16e/i etc.), oder bei denen eine Arbeitsaufnahme oder ein Schulbesuch aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich oder in der Vergangenheit gescheitert ist.

Ein vorliegendes ärztliches Gutachten oder Attest ist nicht zwingend Zugangsvoraussetzung für das Coaching; vielmehr kann es Bestandteil des Coachings sein, Art und Umfang der gesundheitlichen Einschränkungen und des vorhandenen Leistungspotenzials im Einzelnen zu identifizieren. Hinzu kommen die Zugangskriterien wie Veränderungswille, selbstbestimmte Entscheidung für die Teilnahme am Coaching, Bedarf einer längerfristigen und multiprofessionellen Begleitung.

Priorisiert wird in einer fachlichen Erörterung mit Leitungskräften und Projektleitung zum Zeitpunkt der Berichterstellung Szenario 1, ohne dass eine finale Entscheidung getroffen wurde. Da die Räumlichkeiten von GesA durch das Jobcenter Düsseldorf für das 2. Halbjahr 2025 weiter angemietet wurden, bestand zum Zeitpunkt der Projektbeendigung die Vereinbarung, dass die Lots:innen aus Düsseldorf, sowie die Projektleitung und die Mitarbeitenden des Gesundheitsamtes Düsseldorf, die im Projekt GesA tätig waren, ihre Aufgaben weiterhin, wie auch im Projekt wahrnehmen und die Kund:innen aus Düsseldorf zunächst weiter betreuen, bis eine finale Entscheidung getroffen wird. Ebenfalls werden alle Gruppen-/Tagesworkshop-Angebote weitergeführt.

5 Erkenntnisse zu Übertragbarkeit und ggf. bundesweiter Verstetigung

In diesem Kapitel werden in einer erweiterten Perspektive die Bedingungen für eine Übertragbarkeit der in Kapitel 3 erörterten innovativen Bestandteile des Modellvorhabens GesA auf Jobcenter in anderen Regionen außerhalb des Modellvorhabengebietes zusammenfassend erörtert und mit Hinweisen auf zu beachtende Hürden und zu bearbeitende Themen verknüpft.

Dabei fließen in die Ausführungen auch Erkenntnisse der wissenschaftlichen Begleitung weiterer Modellvorhaben ein. Diese stammen im Wesentlichen aus mehreren projektübergreifenden Workshops zwischen 2023 und 2025 als Teil der Begleitung von 19 rehapro-Modellvorhaben durch den Forschungsverbund rehapro sowie aus einer regionalen rehapro-Veranstaltung des Arbeitsministeriums Nordrhein-Westfalen in Zusammenarbeit mit der Regionaldirektion NRW der Bundesagentur für Arbeit Anfang 2024. An den Workshops waren sowohl die Projektleitung von GesA, teilweise Vertretungen der beiden beteiligten Jobcenter ME-aktiv und Düsseldorf sowie durchgehend die wissenschaftliche Begleitung von GesA beteiligt.[13] Diese übergreifenden Erkenntnisse ergänzen die in den vorherigen Kapiteln spezifisch für GesA dargestellten.

5.1 Handlungsorientierende Anamnese

In GesA haben sich die Berichte aus den vorgeschalteten Anamnese-Maßnahmen als Einstieg und Orientierungsschnur für das intensive Coaching sehr bewährt. Hingegen sind Gutachten vom Ärztlichen oder Berufspsychologischen Dienst der Arbeitsagenturen sowie andere medizinische Unterlagen aus dem Gesundheitssystem oftmals weniger hilfreich, da sie in wenig allgemeinverständlicher Fachsprache abgefasst und zumeist defizit-orientiert auf die Bereiche bezogen, die nicht möglich sind. Für eine sinnvolle Unterstützung von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf dem Weg in Teilhabe braucht es jedoch eine Orientierung auf das, was arbeitsmarktbezogen aus medizinischer oder psychotherapeutischer Sicht im Einzelfall leistbar und wie dies zu entwickeln wäre.

Das im Rahmen von GesA entwickelte aktive Einbeziehen der begutachtenden Träger ließen sich auch im Rahmen des SGB II generell gut realisieren: bei Einstieg in die Maßnahme eine „warme Übergabe“ sowie ein regelmäßiger Austausch zwischen Anamnese-Trägern und GesA-Team zwecks kontinuierlicher Verbesserung der Berichte und Vorgehensweisen. Qualitativ relevant ist allerdings die multiprofessionelle Fachlichkeit der vorgeschalteten Anamnese-Träger, die in „beiden Welten“ zuhause ist: der medizinisch-psychotherapeutischen und der des Arbeitsmarktes und der Arbeitsvermittlung. Die Kooperation mit einem Träger reha- oder arbeitsmedizinischer Fachexpertise im Einzugsgebiet eines Jobcenters wäre idealerweise so sicherzustellen, dass dieser für die Kund:innen gut erreichbar ist. Im Ausnahmefall können erforderliche Kenntnisse und Erfahrungen auch bei allgemeinmedizinischen oder fachmedizinischen Praxen vorhanden sein. Nach Aussagen einer Reha-Einrichtung in einem anderen rehapro-Modellvorhaben fehle dem „klassischen“ Gesundheitssystem überwiegend die genauere Kenntnis der Unternehmens- und Arbeitsseite. Diese ist bei arbeitsmedizinischen und Reha-Einrichtungen ebenso gegeben wie bei entsprechend aufgestellten privaten Einrichtungen wie beispielsweise der Softdoor GmbH, die im Vorfeld von GesA neben einer Reha-Klinik eingebunden gewesen ist.

Eine Finanzierung dieser Anamnese aus dem Eingliederungsbudget des SGB II ist grundsätzlich möglich. Ungleich kritischer ist die Frage der finanziellen Gesamtausstattung eines Jobcenters. Sofern mehrere Anbieter gleicher Qualität im Einzugsgebiet vorhanden sind, käme eine Finanzierung über

[13] A) Forschungsverbund rehapro: Fachforum II. „Jobcenter der Zukunft“ rehapro-Modellvorhaben in Bewegung: Wege zu Verstetigung und Transfer – Erkenntnisse für Jobcenter, Hamburg, 24.03. 2023; Fachforum III „Dialogforum Jobcenter im Praxistransfer“, Berlin 31.01.2024; Fachforum IV „Jobcenter der Zukunft: Gestaltung erfolgreicher Ansätze mit schmalen Kassen“, Kassel 26.06.2025.
B) MAGS NRW und RD NRW, Workshop rehapro für Modellvorhaben 1. Förderwelle in NRW, 18.01.2024

ein Gutscheinverfahren grundsätzlich in Frage. Es bräuchte jedoch klare Rahmenvereinbarungen und eine für die zu erbringenden Leistungen auskömmliche Ausgestaltung des Gutschein“budgets“. Schließlich sollte auch die Kooperation beim Übergang in das intensive Coaching (wie „warme Übergabe“) ausdrücklicher vertraglicher Bestandteil bzw. durch das Gutscheinverfahren refinanzierbar sein.

5.2 Intensives systemisches Coaching im Einzelfall

Das SGB II ermöglicht grundsätzlich ein ganzheitliches Fallmanagement mit einem niedrigen Betreuungsschlüssel je coachender Fachkraft. In einzelnen Jobcentern sind schon kurz nach Einführung des SGB II Teams eingerichtet worden, die sich mit deutlich niedrigeren Betreuungsschlüsseln um stark gesundheitlich Beeinträchtigte kümmerten.[14] In vielen Jobcentern ist ein intensiveres Coaching (als sozialpädagogische Begleitung usw.) über Arbeitsmarktmaßnahmen nach außen vergeben oder als Zuwendung mit einem Dritten ausgestaltet.

Im SGB II gibt es instrumentenbezogen die gesetzliche Möglichkeit, ein solches ganzheitliches Fallmanagement im § 16i (Teilhabe am Arbeitsmarkt) sowohl innerhalb eines Jobcenters etwa in einem eigenen Team oder in Kooperation mit Dritten zu organisieren. Schließlich ist im Rahmen der Bürgergeldreform der § 16k eingefügt worden, der die positiven Erfahrungen mit dem Coaching bei öffentlich geförderter Beschäftigung aufgreift und nun als eigenes Instrument ermöglicht. Ausdrücklich geht es dabei um die Zielgruppe „in besonderem Maße unterstützungsbedürftiger Leistungsbeziehender“, verkürzt formuliert. Für den Bereich der gemeinsamen Einrichtungen ist die Umsetzung des § 16k durch Fachliche Weisungen interpretiert worden.

Schließlich bestätigt § 12 SGB IX auch für Jobcenter den gesetzlichen Auftrag, frühzeitig über Teilhabe am Arbeitsleben und Rehabilitation zu informieren und Bedarfe zu erkennen. In der Fachlichen Weisung der Bundesagentur für Arbeit heißt es dazu: „Die Bedarfserkennung ist kein einmaliger Vorgang zu einem fixen Zeitpunkt, sondern muss während der gesamten Kundenbeziehung stetig im Blick gehalten werden.“[15] Darüber hinaus ist eine fachliche Ansprechstelle zu dem Thema einzurichten.

Bereits vor dem Start des Bürgergeldgesetzes haben Jobcenter eigenen Angaben zufolge Haltungselemente wie Partnerschaftlichkeit und Freiwilligkeit im Zugang zu Beratung oder Maßnahmen bereits sehr weitgehend praktiziert. Insoweit sei die durch das Bürgergeldgesetz bestärkte Haltung einer veränderten Kultur im Umgang mit Teilnehmenden und Leistungsbeziehenden ihnen nicht vollständig neu. Das Bürgergeldgesetz in seiner Ausrichtung sowie einzelne Regelungen wie der bereits erwähnte § 16k SGB II bieten grundsätzlich genügend Anknüpfungspunkte, um

a. den konzeptionellen Ansatz zu übernehmen,
b. die von Modellprojekten aufgebauten und / oder vertieften Netzwerke sowohl im Einzelfall als auch regional in einem zukünftigen Kontext zu pflegen, sowie
c. die in spezifischen Themen der Gesundheit und des Coachings oder der Beratung qualifizierten Mitarbeitenden weiterhin erfahrungsadäquat einzusetzen, oder neu anzustellende ausreichend zu qualifizieren.

Ansatzpunkte könnten organisatorische Umgestaltungen der Leistungserbringung sein, wie die Aufstellung dezentral tätiger spezialisierter Teams für gesundheitsorientierte Beschäftigungsförderung, oder alternativ die Erweiterung regionaler oder dezentraler „regulärer“ Teams ‚Markt und Integration‘ durch jeweils ein bis zwei Fachkräfte für ein gesundheitlich orientiertes Fallmanagement, die selbst wiederum zugleich Teil eines Sonderteams ‚Gesundheitscoaching‘ im Jobcenter sind. Solche Sonderteams können als Fachteam arbeiten, dass etwa jobcenterintern qualifizierende Aufgaben

[14] Beispielsweise das Team „Disability Management – DiMa“ des Jobcenters Köln, das 2005 eingerichtet, allerdings nach mehr als 13 Jahren im Rahmen einer organisatorischen Neustrukturierung aufgelöst worden ist.

[15] Fachliche Weisungen Reha § 12 SGB IX, Maßnahmen zur Unterstützung der frühzeitigen Bedarfserkennung, Stand 01.01.2025.

übernimmt, das damit verbundene regionale Netzwerk „pflegt“, für den Einzelfall weitere Türen öffnen kann (auch für die „regulären“ Teams) und beiträgt zur Qualifizierung, kollegialen Intervision sowie fachlichen Reflektion und Weiterentwicklung des Gesamtangebotes des Jobcenters, wie der Region.

Ausgangspunkt und organisatorischer Ansatzpunkt für die Bildung solcher Sonderteams kann beispielsweise in der Einbeziehung von Fachkräften aus bereits bestehenden §16i-Teams liegen. Deren Erfahrung dürfte ohnehin sein, dass viele Leistungsbeziehende, die für §16i SGB II in Frage kommen, zugleich erhebliche gesundheitliche Einschränkungen mit sich bringen. Einen weiteren Ansatzpunkt stellen ggfls. noch bestehende Teams Reha/SB dar, die ebenfalls über vielfältige Erfahrungen und vergleichbare Arbeitsansätze verfügen, wie sie beim Intensivcoaching in GesA erprobt worden sind.

Zentrale Erfolgsfaktoren wie ein angemessener Betreuungsschlüssel (1 : 25 erscheint ideal, bis hin zu 1 : 40 wird im Zusammenhang mit § 16k SGB II als realisierbar angesehen), eine ausreichende Qualifizierung in ganzheitlicher Beratung wie in Gesundheitsthemen sowie die Ermöglichung einer räumlichen Zusammenarbeit (entweder in den Standortteams als gleichberechtigtes Mitglied ohne „ständig vor Ort“ zu sein, oder als Sonderteam an einem eigenen Standort) sollten gewährleistet sein.

In ersten Verstetigungsdiskussionen von Leitungen aus mehreren Jobcentern mit rehapro-Modellvorhaben wird bereits deutlich, dass als größte Hindernisse angesehen werden: tendenziell sinkende Verwaltungskostenbudgets und unzureichende Personalausstattung, die zu hohen Betreuungsschlüsseln nötigt, sowie perspektivisch unzureichende Fachkräftegewinnung Aufgaben. Als förderlich wird demgegenüber die Möglichkeit einer Verknüpfung der Aufgaben in Zusammenhang mit § 16k SGB II angesehen, ebenso wie die aktuell gesetzlich verstärkte Rolle der Jobcenter bei der Früherkennung von Reha-Bedarfen bzw. bei der Prävention vor deren Entstehung.

Die Bildung von Sonderteams bzw. die Neuorganisation bestehender Fallmanagement-Teams oder Teams ‚Markt und Integration‘ unter Berücksichtigung einer gesundheitsorientierten Beschäftigungsförderung bedürfen einer organisatorischen Umgestaltung innerhalb eines Jobcenters. Angesichts der Komplexität der Erfahrungen aus verschiedenen Modellvorhaben von Jobcentern, empfiehlt sich ein Organisationsentwicklungsprozess, bei dem die Mitarbeitenden im direkten Kundenkontakt wesentlich und mitgestaltend beteiligt sind.

Zu förderlichen Rahmenbedingungen würde schließlich ebenfalls gehören, dass die Bundesagentur für Arbeit, die DRV (Deutsche Rentenversicherung), die GKV (Gesetzlichen Krankenversicherungen) und das Gesundheitssystem, eigene Organisationsveränderungen vornehmen, die in der gelebten Praxis zu einer dauerhaften Zusammenarbeit und Kooperation mit Jobcentern und untereinander führen (bspw. analog zur dauerhaften Einbindung externer medizinischer und psychologischer Beratungsressourcen in rehapro-Ansätze in Jobcentern).

5.3 Eigene Räume mit einem multiprofessionellen Ansatz „Alles aus einer Hand“

Ein wirksamer Mehrwert entsteht, wenn das individuelle ganzheitliche Gesundheitscoaching in eigenen Räumlichkeiten (z.B. als „Haus der Gesundheit“) auch räumlich verbunden ist mit weiteren unterstützenden Beratungsangeboten (medizinische und psychologische Beratung, Beratung anderer Sozialleistungsträger, Beratung durch weitere Dritte) und Gruppenangeboten (Kreativ-, Gesundheits-, Ernährungsangeboten etc.). Als zusätzlich förderlich hat sich ein Aufenthalts-/Cafébereich gezeigt, der einlädt, sich selbstorganisiert zu treffen oder informell ins Gespräch zu kommen mit anderen Leistungsbeziehenden in einer ähnlichen Situation oder auch einer für den freundlichen Empfang beauftragten Person des Jobcenters.

Insbesondere für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen können Hürden gesenkt und Übergaben besser sichergestellt werden, wenn ergänzende Angebote in denselben Räumlichkeiten direkt vor Ort zugänglich sind. Ebenfalls als förderlich haben sich Raum und Gelegenheiten für Peer-to-peer-Beratung oder Austausch unter den Teilnehmenden erwiesen, die idealerweise in einer einladenden Atmosphäre stattfinden können. Gleichwohl ist klar, dass je nach Größe und Zusammensetzung eines solchen Teams Gesundheitscoaching und der angebotenen Gruppen sowie Lage der

Einrichtung die Anmietung mit entsprechenden Sachkosten und langjähriger Mittelbindung verbunden wäre.

Für die Gruppenangebote kann auch auf Kooperationspartner sowie Angebote im Sozialraum zurückgegriffen werden. Für einen echten Mehrwert durch interdisziplinären Austausch hat sich gleichwohl gezeigt, wie wichtig es ist, dass das mit der Durchführung betraute Personal ergänzender Gruppenangebote gleichberechtigt am Fallaustausch und an der Gruppenplanung beteiligt wird. Durch einen funktionierenden Austausch im multiprofessionellen Team können weitere Hürden für Teilnehmende gesenkt werden. Nicht zuletzt können in den Gruppensituationen wichtige Eindrücke zu einzelnen Teilnehmenden gesammelt werden.

Nach den gravierenden Kürzungen an Verwaltungskosten- und Eingliederungsbudgets der letzten zehn Jahre und den ab 2025 angekündigten sehen Geschäftsführungen von Jobcentern kaum Spielräume, um über die für das Regelgeschäft bestehenden Räume hinaus separate Räumlichkeiten anzumieten. Gleichwohl können je nach lokalem Immobiliennutzungskonzept bei bestehenden Ausgaben Spielräume durch eine veränderte Raumnutzung entstehen, etwa wenn aktiv am Ausbau und der Nutzung von Homeoffice-Arbeitsplätzen gearbeitet und die Personenbindung der Arbeitsplätze entfallen würde. Die Kostenersparnis der freiwerdenden Räumlichkeiten könnte in die Anmietung geeignet erscheinender neuer Räume gesteckt werden. Die Zustimmung von Personal und Personalvertretung könnte beispielsweise im Rahmen eines Beteiligungs- und Mitgestaltungsprozesses eingeholt werden.

Für eine finanzielle Beteiligung Dritter (bspw. DRV, Kommune über das Sozialamt, Jugendamt, Gesundheitsamt, Beratungsstellen Dritter) wäre ein lokales Bündnis zu gestalten, das zwar komplex, aber lohnenswert ist.

5.4 Generelle Rahmenbedingungen

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellvorhabens GesA und weiterer rehapro-Modellvorhaben erfolgten auch projektübergreifende Auswertungen und Diskussionen. Als Ergebnis wurden Erfordernisse auf gesetzlicher und untergesetzlicher Ebene identifiziert, die es Jobcentern erleichtern und sie auch anspornen würden, sich intensiver der Integration der Zielgruppe von Leistungsbeziehenden mit „vermittlungsrelevanten“ gesundheitlichen Einschränkungen zu widmen.

Für eine Neujustierung der Regelförderung im SGB II mit Blick auf gesellschaftliche Teilhabe und Arbeitsmarktintegration der mehrheitlich gesundheitlich beeinträchtigten Leistungsberechtigten bräuchte es einige kleinere gesetzliche Veränderungen im Zusammenspiel mit einer fachpolitischen Schwerpunktsetzung auf diese Gruppe im SGB II (auch im SGB III) sowie einer Weiterentwicklung der untergesetzlichen Zielsteuerung:

→ Auf gesetzlicher Ebene bräuchte es eine bindende Verankerung der fachlichen Zusammenarbeit unter Einschluss der jeweiligen Finanzressourcen aller Rechtskreise, die von gesundheitsfördernden Aktivierungen Leistungsbeziehender durch Jobcenter profitieren, etwa im SGB III (Öffnung Reha), SGB V, SGB VI, SGB VIII, SGB IX (u.a. Öffnung IFD für alle gesundheitlich Beeinträchtigten) sowie gegebenenfalls im SGB XII und AsylbLG. Ziel dabei wäre, eine kooperative Leistungserbringung unter Einsatz der Finanzressourcen der angesprochenen Rechtskreise für Menschen im Leistungsbezug SGB II zu ermöglichen.

→ Eine gesetzliche Verankerung der Zusammenarbeit mit Dritten im SGB II müsste zudem den jeweils Datenschutzzuständigen vor Ort eine verlässliche datenschutzrechtlich konforme Prozessgestaltung mit allen Beteiligten, eben auch den Dritten, erleichtern (analog der Funktion, die bspw. die Schülerdatennorm gemäß § 31a (1) SGB III beim Übergang Schule-Beruf hier allerdings nur zwischen Schulen und Arbeitsagenturen ermöglicht).

→ Schätzungen zufolge haben mindestens 60% der Personen im SGB II-Leistungsbezug vermittlungsrelevante gesundheitliche Einschränkungen; das IAB berichtet mittlerweile von einer gleichzeitigen Betroffenheit mit mehreren Vermittlungshemmnissen bei abhängig vom Geschlecht zwischen 80% und 90% aller Leistungsbeziehenden. Zusammen mit den wachsenden Herausforderungen im Beschäftigungssystem betrachtet (bspw. Zunahme von Erkrankungen, Fachkräftemangel), sollte eine fachpolitische Schwerpunktsetzung sowohl bei Bundesinitiativen

sowie generell und unabhängig von der Förderung einzelner Modellprojekte auf Länderebene auf den Personenkreis der gesundheitlich beeinträchtigten Leistungsberechtigten gelegt werden. Gesundheitliche Beeinträchtigungen sind ein verbindendes Element zwischen den „klassischen“ Zielgruppen von Fachkräfteinitiativen wie Langzeitarbeitslosen, Alleinerziehenden, Geflüchteten, jungen Erwachsenen ohne Berufsabschluss. Das Thema gesundheitliche Beeinträchtigungen zentral als Herausforderung aller Zielgruppen der Arbeitsmarktpolitik in den Mittelpunkt zu stellen würde nicht zuletzt Jobcenter ermutigen und unterstützen, die sich hier stärker in der dringlich notwendigen Unterstützung, Beratung und Vermittlung zu engagieren.

→ Um ein diesbezügliches Engagement von Jobcentern nicht auszubremsen, braucht es schließlich auf untergesetzlicher Ebene eine Verankerung der Förderung von Beschäftigungsfähigkeit und Teilhabe (auch bei oder trotz gesundheitlicher Beeinträchtigungen) im Steuerungssystem SGB II, gleichgewichtig zu bisherigen Steuerungszielen. Leistungsindikatoren bilden dabei idealerweise auch hierfür notwendige Netzwerkaktivitäten ab. Eine geeignete Zielsteuerung wiederum setzt eine systematische Abbildung nachvollziehbarer Entwicklungs- und Integrationsfortschritte der geförderten Personen auch in den Fachverfahren voraus.[16] Fachliche Weisungen im SGB II würden im Sinne gesundheitlich Beeinträchtigter einen integrierten Instrumenteneinsatz befördern. Für jeweils vor Ort passende Lösungen würde eine veränderte Steuerung Anreize setzen, um regionale und lokale Organisationslösungen zu stärken.

[16] Der Forschungsverbund rehapro hat hierzu konkrete Vorschläge entwickelt (vgl.: Fachforum III „Dialogforum Jobcenter im Praxistransfer“ Berlin 31.01.2024 – zentrale Ergebnisse und Handlungserfordernisse, Fassung vom 08. Februar 2024, S. 5): u.a. die Einführung eines neuen Ziels 4 der Erhöhung der Beschäftigungsfähigkeit und Teilhabe. Zudem wollen die Bundesländer Niedersachsen, Bayern und Hessen eine Gesetzesinitiative zur ausdrücklichen Erweiterung des § 16k SGB II um die Arbeit mit der Zielgruppe gesundheitlich Beeinträchtigter noch im Sommer 2025 anstoßen.

6 Anlagen

6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt

Übersichtskasten

Projekttitel	Gesund und Aktiv – aus einer Hand
Akronym	GesA
Zuwendungsempfänger	Jobcenter Düsseldorf, Jobcenter Mettmann
Projektbeteiligte	Landeshauptstadt Düsseldorf / Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Düsseldorf / Institut für sozialpädagogische Forschung Mainz e. V
Förderaufruf	Erster Förderaufruf
Projektzeitraum	1.1.2020 bis 31.12.2024

6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis

-keines-

6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen

-keines-

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