ERGEBNISBAND

agt-forum
Teilhabehaus Bonn

Modellprojekt ▪ Bundesprogramm rehapro ▪ Erster Förderaufruf

Projektverantwortlich:
Jobcenter Bonn

Gefördert durch:

Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

rehapro

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

forum
Arbeit
Gesundheit
Teilhabe
Teilhabehaus Bonn

Der vorliegende Ergebnisband stellt das Modellprojekt agt-forum 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 agt-forum 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

Abkürzungsverzeichnis 5
Verkürzung der Trägernamen 5

1 Darstellung des Modellprojekts 6
1.1 Ausgangslage 6
1.2 Inhalte 7
1.2.1 Verknüpfung von Arbeits- und Gesundheitsförderung als Grundlage 7
1.2.2 Aufbau einer Organisationsstruktur „unter einem Dach“ 7
1.2.3 Zielgruppenspezifische Arbeit 8
1.2.4 Stärkung des Selbsthilfepotentials durch passgenaue Angebote 8
1.3 Ziele 9
1.4 Organisation und beteiligte Akteure 11
1.4.1 Mitarbeitende des Jobcenters Bonn, Rollen und Aufgaben 11
1.4.2 Netzwerkpartner*innen – Rollen und Aufgaben 12
1.4.3 Kooperationspartner*innen, Rollen und Aufgaben 12
1.4.4 Wissenschaftliche Begleitung (Weiterleitungsempfänger) 13
1.4.5 Strukturelle Zusammenarbeit 13
1.4.6 Herausforderungen 13
1.5 Wissenschaftliche Begleitung 15
1.5.1 Der Evaluationsauftrag 15
1.5.2 Methodisches Vorgehen 15
1.5.3 Arbeitsschritte 15

2 Ergebnisse des Modellprojekts 18
2.1 Ergebnisdarstellung in Bezug auf die Teilziele 18
2.1.1 Teilziel 1 18
2.1.2 Teilziel 2 20
2.1.3 Teilziel 3 22
2.1.4 Teilziel 4 23

3 Erkenntnisse zu den innovativen (Teil-)Ansätzen und deren Wirkungen 26
3.1 Kombinierte Arbeits- und Gesundheitsförderung im Beratungsprozess 26
3.2 Arbeiten „unter einem Dach“: das THH als innovative Organisationsform 28
3.3 Zielgruppenspezifische Arbeit im Teilhabehaus 30
3.4 Stärkung des Selbsthilfepotentials von Kundinnen und Kunden 31

4 Verstetigung vor Ort 34
4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung 34
4.1.1 Entwicklung der Verstetigung vor Ort 34
4.1.2 Option der dezentralen Verstetigung 35
4.1.3 Option der zentralen Verstetigung 35
4.2 Verstetigung im eigenen Jobcenter 36

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung 39
5.1 Geeignete Bestandteile zur Verstetigung und Übertragung 39
5.1.1 Die Verknüpfung von Arbeits- und Gesundheitsförderung 39
5.1.2 Der Aufbau einer Organisationsstruktur „unter einem Dach“ 40
5.1.3 Die passgenaue und individuelle Arbeit mit der Zielgruppe 40
5.1.4 Die Stärkung des Selbsthilfepotentials durch adressatengerechte Angebote 41
5.2 Rahmenbedingungen für eine (bundesweite) Übertragbarkeit 41
5.2.1 Personelle und zeitliche Ressourcen 41
5.2.2 Organisatorische Rahmenbedingungen und Steuerung 42
5.2.3 Technische und räumliche Voraussetzungen 42
5.2.4 Gemeinsames Ziel und differenzierte Angebote 42
5.2.5 Einfluss struktureller Gegebenheiten auf die Übertragbarkeit 43
5.3 Bedarfe auf bundesweiter Ebene 43

6 Anlagen 45
6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt 45
6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis 46
6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen 47

Verzeichnisse

Abkürzungsverzeichnis

agt	Akronym für „Arbeit, Gesundheit, Teilhabe“
AMIP	Arbeitsmarkt- und Integrationsprogramm
AV	Arbeitsvermittlung
BeGIn	MAT: „Begleitung, Gesundheit, Integration“
DGCC	Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V.
DRV	Deutsche Rentenversicherung
eLB	erwerbsfähiger Leistungsbeziehende*r / erwerbsfähige Leistungsbeziehende
FM	Fallmanager*innen / Fallmanagement
FOGS	Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH
GL	Gesundheitslotsin, Gesundheitslotse / Gesundheitslotsinnen, Gesundheitslotsen
HbUplus	Inhouse Team: „Heranführung an betriebliche Einzelumschulung“
IFK	Integrationsfachkraft / Integrationsfachkräfte
JC	Jobcenter
KP	Kooperationspartner*in / Kooperationspartner*innen
LTA	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
MAG	Maßnahme bei einem Arbeitgeber („Probearbeit“)
MAT	Maßnahme bei einem Träger
NWP	Netzwerkpartner*in /Netzwerkpartner*innen
SGB	Sozialgesetzbuch
THH	Teilhabehaus / Teilhabehaus Bonn
TN	Teilnehmende*r / Teilnehmende (Plural)
TUK	Tätigkeits- und Kompetenzprofil
VZÄ	Vollzeitäquivalent

Verkürzung der Trägernamen

Ambulante Suchthilfe	Ambulante Suchthilfe Caritas/Diakonie
Caritas	Caritasverband für die Stadt Bonn e.V. - Fachbereich Sozialpsychiatrie
Diakonie	Diakonisches Werk Bonn und Region – gemeinnützige GmbH
Gemeindepsychiatrie	Unternehmensverbund Stiftung Gemeindepsychiatrie Bonn-Rhein-Sieg
HfpK	HfpK e.V. Bonn/Rein-Sieg, Förderung seelischer Gesundheit durch Prävention, Beratung und Training
LVR Klinik Bonn	LVR Klinik
PAUKE	PAUKE Bonn-Rhein-Sieg gGmbH
VfG	Verein für Gefährdetenhilfe gemeinnützige Betriebs GmbH

1 Darstellung des Modellprojekts

1.1 Ausgangslage

Zur Überwindung des Leistungsbezugs von erwerbsfähigen Leistungsbeziehenden (eLB), oder zumindest zur Verringerung der Hilfebedürftigkeit, bietet die derzeit übliche Praxis im SGBII ausschließlich Leistungen der Arbeitsförderung an. Hierfür sind die Integrationsfachkräfte (IFK) der Arbeitsvermittlung qualifiziert und die Ziele des Jobcenters sind im Arbeitsmarkt- und Integrationsprogramm (AMIP) entsprechend formuliert.

Die verschiedenen individuellen Eingliederungsleistungen der §§ 16ff Sozialgesetzbuch II (SGB II) sind darauf ausgerichtet, eLB dabei zu unterstützen soziale und fachliche Kompetenzen für eine Integration auf dem Arbeitsmarkt zu stärken oder (wieder) zu erlangen.

Maßnahmen bei Trägern (MAT), die nach den Grundsätzen des SGB II ausgeschrieben werden, legen ebenfalls einen starken Fokus auf die Arbeitsförderung[1] und setzen in der Regel eine Mindestteilnahme von 15 Wochenstunden voraus. Dies basiert auf der Grundannahme des § 8 (1) SGB II, der definiert, dass „erwerbsfähig ist, wer nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.“ Da das Vorliegen von Erwerbsfähigkeit somit grundsätzlich eine Anspruchsbedingung für den Bezug von Leistungen nach dem SGB II darstellt, wird vorausgesetzt, dass alle Leistungsbeziehenden im SGB II in der Lage sind, die bereitgestellten Instrumente der Arbeitsförderung nutzen zu können. Eine Ausnahme bilden Leistungsbeziehende, die anhand eines Nachweises (z.B. durch ein Gutachten des Ärztlichen Dienstes) aufgrund ihrer gesundheitlichen Lage vorübergehend (i.d.R. bis zu 6 Monate, aber nicht auf Dauer) über kein ausreichendes oder nur teilweise vorliegendes Leistungsvermögen verfügen. Zahlreiche Studien und Statistiken belegen indessen, dass die Anzahl von Menschen, die eine psychische Erkrankung erleben, stetig zunimmt.[2] Eine Statistik der gesetzlichen Krankenkassen aus 2013 ergab, dass bei ca. 40% der eLB bereits eine psychiatrische Diagnose („F-Diagnose nach ICD-10“) vorliegt.[3] Es ist zudem in der Fachdiskussion mittlerweile unbestritten, dass ein wesentlicher Zusammenhang zwischen einem langfristigen Bezug von Leistungen aus dem SGB II und gesundheitlichen Einschränkungen besteht.[4] Mit den über viele Jahre etablierten Strukturen und der überwiegend einseitigen gesetzlichen Ausrichtung der Jobcenter auf die Arbeitsmarktförderung existieren kaum Möglichkeiten die Aufmerksamkeit mittels Beratung und Unterstützungsleistungen auf diese Zielgruppe zu legen.

Zwar übernimmt im Jobcenter Bonn ein spezifisches Team für Rehabilitanden und Menschen mit Schwerbehinderung die Integrationsverantwortung für einen Teil der von gesundheitlichen Einschränkungen betroffenen eLB, doch liegt der Fokus auf der Beratung, Begleitung und Integration vor, während und nach einem beruflichen Rehabilitationsverfahren sowie bei der Unterstützung im Integrationsprozess von Menschen mit bereits festgestellter Schwerbehinderung oder Gleichstellung. Für von gesundheitlichen Einschränkungen betroffene Leistungsbeziehende, die (noch) nicht oder nicht mehr zu dieser Personengruppe gehören, gibt es im „Regelgeschäft“ des SGB II faktisch keine passenden Angebote, obwohl im § 1 Absatz 2, Satz 2 des SGB II explizit vom Gesetzgeber

[1] Die im Jobcenter Bonn seit vielen Jahren in der Arbeitsvermittlung angebotenen MAT „Arbeit und Gesundheit“ und „BeGIn. Begleitung, Integration, Gesundheit“ berücksichtigen die gesundheitliche Einschränkungen eIB, indem sie personell und inhaltlich auf Menschen mit Bedarfen in diesem Bereich eingerichtet sind. Übergeordnetes Ziel beider MAT, die eine reguläre Teilnahmezeit von 6 Monaten und eine Anwesenheit von mindestens 15 Wochenstunden vorsehen, ist die möglichst unmittelbare Integration in den Arbeitsmarkt oder zumindest eine abschließende Praxisphase bei einem Arbeitgeber. Kundinnen und Kunden, die sich in einer akuten Krankheitsphase befinden, dürfen nicht zugewiesen werden. Die Angebote beziehen sich daher eher auf bereits gut im Hilfesystem angebundene Kundinnen und Kunden.

[2] Zum Einstieg in die Thematik bieten die Seiten des Robert Koch Instituts einen guten Überblick: https://www.rki.de/DE/Themen/Nichtuebertragbare-Krankheiten/Psychische-Gesundheit/Psychische-Gesundheit-und-Stoerungen/themenschwerpunkt-psych-gesundheit.html?nn=16780186 (abgerufen am 18.06.2025).

[3] Schubert, M. (u.a.) (2013), „Menschen mit psychischen Störungen im SGB II“, IAB-Forschungsbericht 12/2013, Nürnberg.

[4] Für einen umfassenden Überblick vgl. u.a. den IAB Forschungsbericht 14/2017 „Psychisch Kranke im SGB II: Situation und Betreuung“, https://doku.iab.de/forschungsbericht/2017/fb1417.pdf (abgerufen am 18.06.2025).

gefordert wird, dass die Erwerbsfähigkeit von leistungsberechtigten Personen zu erhalten, zu verbessern und wiederherzustellen ist. Aus der Zusammenarbeit mit den Kundinnen und Kunden zeigen Erfahrungswerte der Mitarbeitenden des Jobcenters zudem, dass der alleinige Verweis auf externe Beratungsangebote oft nicht ausreichend ist. Die soziale Trägerlandschaft in Bonn ist sehr gut ausgebaut und es gibt zahlreiche (Beratungs-)Angebote. Aus langjähriger Beratungserfahrung hat sich gezeigt, dass Leistungsbeziehende mit entsprechenden Unterstützungsbedarfen trotz der Information über die Angebote oft nicht bei den spezialisierten Beratungsstellen ankommen.

Konsequenzen für betroffene Kundinnen und Kunden des Jobcenters sind ein Mangel an geeigneten Förderangeboten im SGB II, unerkannte und nicht erfasste Bedarfe und zuletzt eine nicht ausreichende fachliche Unterstützung. Letztere führt dann auch dazu, dass keine Weiterleitung an externe Beratungsstellen und Unterstützungsleistungen erfolgt. Es fehlen die passenden Ansätze zur Verbesserung und Stabilisierung der gesundheitlichen Situation. Eine (Wieder-)Eingliederung auf dem Arbeitsmarkt kann nicht nachhaltig verfolgt werden und im „worst case“ bleiben Erkrankungen unentdeckt und unbehandelt.

1.2 Inhalte

Mit dem Modellprojekt „agt Forum/Teilhabehaus (THH) Bonn“[5] legte das Jobcenter Bonn erstmals in der Beratungsarbeit einen Schwerpunkt auf die nachweislich große Gruppe der Leistungsbeziehenden, die von gesundheitlichen Einschränkungen im Bereich der psychischen Erkrankungen und/oder Abhängigkeitserkrankungen betroffen sind. Erwerbsfähige Leistungsbeziehende, die aufgrund einer diagnostizierten oder vermuteten psychischen Beeinträchtigung und/oder durch eine Abhängigkeitserkrankung auf dem Weg zur Arbeitsaufnahme nicht mit regulären Eingliederungsleistungen nachhaltig unterstützt werden konnten, wurden im Rahmen des Modellprojekts zielgruppenspezifisch betreut und erhielten passgenaue Angebote.

Folgende innovative strukturelle und inhaltliche Ansätze unterstützten das Vorgehen, um die Situation der wachsenden Gruppe von betroffenen erwerbsfähigen Leistungsbeziehenden zu verbessern:

1.2.1 Verknüpfung von Arbeits- und Gesundheitsförderung als Grundlage

Damit Betroffenen im Jobcenter – das oft eine ihrer wenigen regelmäßigen Anlaufstellen ist – in der Weise geholfen werden kann, dass eine Arbeitsaufnahme wieder in den Bereich des Möglichen rückt, wurde als innovativer Ansatz Arbeitsförderung mit Gesundheitsförderung verknüpft bzw. es musste die Stabilisierung der Gesundheit zeitlich der Arbeitsförderung vorangestellt werden. Denn nur wenn die gesundheitlichen Rahmenbedingungen geklärt und ein gewisses Maß an Stabilität erreicht ist, kann ein ausreichend stabiles Fundament für eine nachhaltige Integration gelegt werden.

Dabei ergibt sich die Notwendigkeit einer Verknüpfung beider Förderbereiche bereits aus § 1 SGB II, der die Aufgaben und Ziele der Grundsicherung für Arbeitssuchende festlegt. Neben der klassischen, in der Praxis bereits etablierten Arbeitsförderung wird im § 1, Abs. 2, Satz 2 des SGB II explizit auf die Notwendigkeit der Erhaltung, Verbesserung und Wiederherstellung von Erwerbsfähigkeit leistungsberechtigter Personen hingewiesen.

Bei der Umsetzung des Modellvorhabens THH wurde daher stets darauf geachtet, beide Förderbereiche gemeinsam zu denken und umzusetzen, so dass Beratungs- und Unterstützungsangebote sinnvoll aufeinander aufbauen konnten.

1.2.2 Aufbau einer Organisationsstruktur „unter einem Dach“

Damit das Repertoire der Arbeitsförderung um Maßnahmen der Gesundheitsförderung ergänzt wurde und eine direkte Verknüpfung gelang, war es erforderlich, eine enge Vernetzung zu Partnerinnen und Partnern mit Fachexpertise in einschlägigen Bedarfsfeldern zu ermöglichen. Hierfür wurde

[5] Das Akronym „agt“ steht für Arbeit, Gesundheit und Teilhabe. Im Sprachgebrauch durchgesetzt hat sich für das Modellprojekt jedoch die Bezeichnung „Teilhabehaus“ oder „Teilhabehaus Bonn“.

im Rahmen des Modellprojekts eine innovative Organisationsform etabliert, die es Mitarbeitenden verschiedener Institutionen im Sinne der bestmöglichen Unterstützung für Betroffene ermöglichte, Hand in Hand gemeinsam unter einem Dach zu agieren. Neben den Fallmanagerinnen und Fallmanagern (FM) des Jobcenters waren Mitarbeitende mit Fachexpertise im Bereich der Unterstützungsangebote für psychische Erkrankungen sowie für Suchterkrankungen und Mitarbeitende der Rehabilitationsträger im THH präsent. Neben der fachlichen Verknüpfung von Gesundheits- mit Arbeitsförderung sollte damit auch sichergestellt werden, dass die passende Unterstützungsangebote besonders niederschwellig und i.d.R. unmittelbar für die Teilnehmenden erreichbar waren.

Um Verfahrensstrukturen, Schnittstellen und Angebote für betroffene Menschen optimieren zu können, war es zudem notwendig auch auf regionaler Ebene eine regelmäßige Vernetzung zwischen Rehabilitations- und Teilhabeträger zu realisieren. Hierfür wurde gemäß § 25 SGB IX die Gründung einer regionalen Arbeitsgemeinschaft im Projektmodell verortet.

1.2.3 Zielgruppenspezifische Arbeit

Um eine intensive, zielgruppenspezifische Betreuung der Zielgruppe gewährleisten zu können, erhielten die Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen (GL) des THH – über ihr etabliertes fachliches Spektrum hinaus – thematisch passende Qualifizierungen. In Anbetracht der Komplexität und Vielschichtigkeit der Handlungsbedarfe der Zielgruppe bildete die Fallmanagement-Qualifizierung nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (DGCC) das Fundament für die Umsetzung des erweiterten Beratungsauftrages. Darauf aufbauend qualifizierten sich die GL durch weitere Schulungen im Gesundheitsbereich und zum Umgang mit der Zielgruppe.

Das frühzeitige Erkennen von Vermittlungshemmnissen und Handlungsbedarfen im gesundheitlichen Bereich ist auch in der regulären Arbeitsvermittlung relevant, damit die Zielgruppe möglichst schnell dem THH als Einheit mit den passenden Unterstützungsleistungen zugesteuert werden konnte.

Um die Integrationsfachkräfte im Bereich Markt und Integration ebenfalls fortbilden zu können und den Blick für das Erkennen und Aufgreifen von Handlungsbedarfen im Bereich der psychischen und Suchterkrankungen zu schärfen, waren Fachvorträge bzw. interne Wissensvermittlung und die Erarbeitung eines entsprechenden Instruments zur Identifizierung vorgesehen.

Im Zuge einer Anpassung des Betreuungsschlüssels auf 1:75 Kundinnen/Kunden pro Vollzeitäquivalent (VZÄ) wurde zudem dem erhöhten und intensiverem Beratungsbedarf der Zielgruppe und der komplexeren Fallsteuerung aufgrund der Einbeziehung verschiedener Akteure entsprochen. Darüber hinaus erhielten die Kundinnen und Kunden zusätzlich direkte Beratungsangebote von den Netzwerkpartnern (NWP) im THH.

1.2.4 Stärkung des Selbsthilfepotentials durch passgenaue Angebote

Im Rahmen des Modellvorhabens THH wurden neue zielgruppenspezifische, niederschwellige Angebote konzipiert und erprobt, um Leistungsbeziehende mit psychischen Beeinträchtigungen und/oder Abhängigkeitserkrankungen adäquat bei der Verbesserung und Stabilisierung ihrer gesundheitlichen Lage zu unterstützen. Denn diese ist in der Regel Voraussetzung, um einen erfolgreichen Integrationsprozess gestalten zu können, aber nicht im Leistungsspektrum des SGB II vorgesehen.

Bei der Konzeption der Angebote wurde als eine maßgebliche Verbesserung für die Zielgruppe in den Vordergrund gestellt, dass sie trotz vielschichtiger Handlungsbedarfe attraktiv und wahrnehmbar für die Zielgruppe erschienen. Das bedeutet, dass der Schwerpunkt auf der Gesundheitsförderung lag, die Zugangsschwelle sehr niedrig war und Bedarfe der Adressaten aufgegriffen wurden. Projektteilnehmende sollten sich (wieder) aktiv mit der Verbesserung ihrer gesundheitlichen und persönlichen Lage beschäftigen, Tagesstruktur erlangen, sich austauschen und vernetzen können. Darauf aufbauend sollten die Angebote dabei helfen, über positive (Erfolgs-)Erlebnisse das Selbstwertgefühl und letztendlich auch das Selbsthilfepotential und die Prozessfähigkeit der Projektteilnehmenden zu steigern.

Zur Erreichung des Ziels wurden Peer-Gruppen geschaffen – als einen informellen, möglichst selbstorganisierten, sozialen Zusammenhang von Menschen, die etwas verbindet. Peer-Gruppen sind

„soziale Gruppe[n], deren Mitglieder ähnliche Interessen, Alter, Hintergründe oder sozialen Status teilen“, wodurch eine Verbindung entsteht und die Gruppe einen „signifikanten Einfluss auf die Einstellungen, das Verhalten und die emotionale Entwicklung ihrer Mitglieder haben [kann]“[6]. Sie bietet einen wichtigen Raum, um das Selbstwertgefühl zu steigern, gemeinsame, stärkende Erfahrungen zu machen sowie emotionalen Rückhalt zu finden. Bei derartigen Peer-Gruppen wurde von einem Mehrwert für die Zielgruppe ausgegangen, da die fehlende Teilhabe im beruflichen Kontext das Erleben von positiven Gruppenerfahrungen einschränkt und frühere negative Erfahrungen im sozialen Bereich oft das Vertrauen in positive soziale Erfahrungen reduzieren. Hinzu kommt, dass psychische und suchtmittelbedingte Probleme in der Regel zu einem sozialen Rückzug führen, der den Zugang zu den eigenen Stärken immer mehr einschränkt. Angst, Schamgefühle usw. verhindern, sich in neue, haltgebende Gruppen einzubinden. Von Peer-Gruppen wurde eine Verbesserung der sozialen Teilhabe, eine präventive Gegenwirkung zu psychischen Dekompensationen, eine Förderung der Selbstwirksamkeitserwartung der Kundinnen und Kunden sowie die Anregung der Motivation zur aktiven Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgestaltung erwartet.

Neben den im THH verankerten diversen Beratungsleistungen und den Peer-Angeboten wurden mit den beiden innovativen Maßnahmen „Neue Horizonte – Ein Selbstwirksamkeitstraining“ und „Gesundheitswerkstatt – Ganzheitliche Bewegungsangebote“ niedrigschwellige innovative Angebote geschaffen, die mit einer Anwesenheitszeit unter 15 Wochenstunden besser die Lebensrealität der Zielgruppe berücksichtigten.

1.3 Ziele

Das übergeordnete Ziel des Modellprojektes THH bestand darin, durch die Kombination von passgenauen Maßnahmen der Gesundheits- und Arbeitsförderung und der Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen Leistungsträgern und Leistungsanbietern unter einem Dach, die Prozess- und Erwerbsfähigkeit von Kundinnen und Kunden des Jobcenters wiederherzustellen oder zu erhalten sowie die berufliche und gesellschaftliche Teilhabe zu verbessern.

Mit der Realisierung folgender Teilziele sollte dies erreicht werden:

Teilziel 1: Die im Modellprojekt Teilnehmenden erhalten möglichst frühzeitig – ausgehend von ihrem individuellen Bedarf – kombinierte, passgenaue Arbeits- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen mit den Ergebnissen, dass

- der Grad gesundheitlicher Beeinträchtigungen frühzeitiger und umfassender erkannt und aufgegriffen werden kann,
- die Wünsche und Anliegen leistungsberechtigter Personen stärker berücksichtigt werden,
- die Arbeits- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen für die leistungsberechtigen Personen und (möglichen) Leistungsanbieter transparent und zielführend geplant werden und
- die (Wieder-)Eingliederungsquote vor allem in Bezug auf komplexe Fälle zunimmt.

Folgende Indikatoren wurden für die Zielerreichung festgelegt:

- Für 30 % der Projektteilnehmer*innen soll während der Projektlaufzeit der § 10 SGB II–Grund entfallen. Sie werden mit einer Integration in den Arbeits- und Ausbildungsmarkt oder mit einer darauf abzielenden Handlungsstrategie (z. B. Vermittlung oder Qualifizierung) in das Regelgeschäft zurückgeführt.
- Es liegen standardisierte Leistungsprozesse für diese Zielgruppe in der Kombination von Arbeits- und Gesundheitsförderung vor. Zu Projektbeginn gibt es diese nicht, sondern ausschließlich Leistungsprozesse der Arbeitsförderung.
- Durch die Umsetzung kombinierter Maßnahmen der Arbeits- und Gesundheitsförderung wird die Abbruchquote der Maßnahmen verringert. Die Eingliederungsquote in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung der Teilnehmenden nach einer Maßnahmenteilnahme ist gleich/größer der Eingliederungsquote aller Teilnehmenden der Maßnahmen des Jobcenters.

[6] Definition von Peer-Gruppen, Quelle: https://www.systemloesungen-hisl.de/lexikon/peergroup/.

- Die Zufriedenheit, die Lebensqualität und der subjektive Nutzen der SGB II Leistungsberechtigten nehmen um 50 % zu.

Teilziel 2: Das agt-forum[7] fördert als „One-Stop-Government“ und als innovative Organisationsform die Vermeidung von Erwerbsminderung und die Verbesserung beruflicher und sozialer Teilhabe.

Als Indikatoren für die Zielerreichung wurden festgelegt:

- Das Gebäude für das agt-forum ist drei Monate nach dem Zuwendungsbescheid (Projektstart) angemietet und steht für das Projekt ab Mai 2020 zur Verfügung.
- Neue Mitarbeitende („Gesundheitslotsinnen und -lotsen“) sind drei Monate nach dem Projektstart eingestellt. Einstellung der Projektleitung und -administration ist erfolgt.
- Die (Grund-)Qualifikation der GL ist auf Basis eines entwickelten Schulungskonzeptes bis zu einem Jahr nach dem Projektstart erfolgt.
- Die Kooperationspartner*innen sind Bestandteil des agt-forums.
- Die Öffentlichkeitsarbeit für das Projekt ist konzipiert und wird umgesetzt.

Teilziel 3: Im agt-forum sollten die Mitarbeitenden des Jobcenters, die Rehabilitationsträger*innen, das fachärztliche Personal sowie die Beschäftigten der psychosozialen Dienste und Einrichtungen fallorientiert und institutionell eng zur Zielerreichung zusammenarbeiten.

Als Indikatoren für die Zielerreichung wurden festgelegt:

- Abgestimmte Prozessbeschreibungen zur Arbeits- und Gesundheitsförderung sowie Verfahrensregelungen zur Übergabe bzw. Vermittlung von Leistungsbeziehenden liegen vor.
- Ärztliche und psychologische Diagnoseverfahren sind implementiert.
- Die Anzahl gemeinsamer Beratungen hat zugenommen.
- Die Anzahl gemeinsamer Fallbesprechungen/ Teilhabekonferenzen ist gestiegen.
- Schnittstellenprobleme konnten reduziert werden, indem der Zugang zu weiteren Rehabilitationsträgern und Leistungsanbietern erleichtert wurde.
- Rechtkreisübergreifende „Lernzirkel“ sind eingerichtet.
- Eine regionale Arbeitsgemeinschaft nach § 25 SGB IX hat sich konstituiert.

Teilziel 4: Die Selbsthilfe(potentiale) der Projektteilnehmer*innen konnte(n) gestärkt werden.

Als Indikatoren für die Zielerreichung wurden festgelegt:

- Mehrere Selbsthilfegruppen bzw. moderierte Gesprächskreise gründen sich.
- Die psychische Stabilität und das Selbstwertgefühl der Betroffenen sind gestärkt.
- Die Hälfte aller Projektteilnehmenden nahm während der Projektlaufzeit an einer Präventionsmaßnahme teil.

[7] Akronym, Bezeichnung aus den Antragsunterlagen, als der Name „Teilhabehaus“ noch nicht existierte.

1.4 Organisation und beteiligte Akteure

Die besondere Organisationsstruktur des THH war eine der Innovationen des Modellprojektes. Die neue Struktur sollte so beschaffen sein, dass an einem Ort interdisziplinäre Fachkräfte für die Betroffenen auf möglichst unmittelbarem Weg zugänglich waren. Ziel war es, dass die Mitarbeitenden organisationsübergreifend Hand in Hand im Sinne der Unterstützung der Betroffenen zusammenarbeiten und gleichzeitig durch einen stetigen Austausch eine lernende Organisation schaffen. Eine permanente Steigerung der Fachlichkeit durch interdisziplinären Austausch war anvisiert.

1.4.1 Mitarbeitende des Jobcenters Bonn, Rollen und Aufgaben

Zu den zuletzt 19 VZÄ der Jobcenter-Mitarbeitenden gehörten 15 VZÄ GL; ein VZÄ Empfangskraft; ein VZÄ Fachassistenz Finanzen; ein VZÄ Sachbearbeitung sowie ein VZÄ Teamleitung. Letztere hatte auch die Aufgabe der Gesamtkoordination des Modellprojektes inne. Zusätzlich fungierte die Bereichsleitung Markt und Integration als Projektleitung.

Das Jobcenter Bonn war als Antragsteller und Erstempfänger der Zuwendung für die Umsetzung und die Zielerreichung des Modellprojekts verantwortlich, außerdem stellte es die Räumlichkeiten für das vernetzte Arbeiten unter einem Dach zur Verfügung.

Mit den GL bildete das Jobcenter den größten Part des operativ tätigen Jobcenter-Personals ab. Die GL im THH Bonn trugen durchgehend die Fallverantwortung für die Teilnehmenden am Modellprojekt und nahmen dem Namen nach eine „Lotsenfunktion“ wahr. Sie hatten i.d.R. den Erstkontakt zu den Teilnehmenden, waren während der gesamten Projektlaufzeit ihre beständigen Ansprechpersonen.

In Absprache mit den im THH ansässigen Mitarbeitenden der NWP leiteten sie die Teilnehmenden, individuell abgestimmt, an die Beratung und weiterführenden Angebote der NWP weiter. Die GL pflegten mit den Mitarbeitenden der NWP eine fallbezogene Zusammenarbeit und bezogen ggfs. Angebote weiterer Partner*innen oder innovative Maßnahmen im THH ein. Daneben trugen sie Sorge für eine datenschutzkonforme und vollständige Dokumentation; ferner schlossen sie die Einwilligungserklärung des THH mit den Teilnehmenden ab und leiteten erforderliche Daten an wissenschaftliche Begleitung und Evaluation weiter.

Die administrative Sachbearbeitung war erste Ansprechperson für alle Fragen bezüglich der finanztechnischen Abwicklung des THH und stellte gemeinsam mit der Projektkoordinatorin und Teamleitung des Jobcenter-Personals die Titelverwaltung des Projektbudgets. Die im September 2023 eingestellte Fachassistenz Finanzen arbeitete der Sachbearbeitung zu und übernahm die Vorprüfung der Zahlungsanforderungen der Weiterleitungsempfänger*innen.

Die Empfangskraft empfing die Teilnehmenden bei persönlichen Terminen im Teilhabehaus Bonn und regelte den Zugang zu allen Beratungs- und Peer-Angeboten im Haus. Ferner machte auch sie die Kundinnen und Kunden auf verschiedene Angebote im Haus aufmerksam und übernahm vielschichtige organisatorische Aufgaben im Teilhabehaus.

Die Projektkoordination/ Teamleitung steuerte und koordinierte die übergreifenden Prozessabläufe des Modellprojektes im THH Bonn unter Einbeziehung aller operativ tätigen Mitarbeitenden im THH. Sie führte das Projektteam des Jobcenters, hatte die ihr übertragene Personalverantwortung und übte die Dienst- und Fachaufsicht aus. Für das zugewendete Projektbudget übte sie gemeinsam mit der Sachbearbeitung die Funktion der Titelverwaltung aus. Für die Führungskräfte und operativen Mitarbeitenden der NWP war sie Ansprechperson. Darüber hinaus stand sie in engem Austausch mit der wissenschaftlichen Begleitung FOGS[8], war Mitglied der Lenkungsgruppe und pflegte den Kontakt zur Fachstelle rehapro als Projektträger.

Die Bereichsleitung Markt und Integration als verantwortliche Projektleitung stand in stetigem und engem Austausch mit der Projektkoordination/ Teamleitung über alle operativen Prozesse. Die Bereichsleitung als Projektleitung und traf übergeordnete Entscheidungen und stimmte mit der Leitung

[8] Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH in Köln.

Markt und Integration die strategische Ausrichtung ab; beide waren tragende Mitglieder der Lenkungsgruppe. Die Geschäftsführung war als Bevollmächtigter des Modellprojektes letztverantwortlich.

1.4.2 Netzwerkpartner*innen – Rollen und Aufgaben

Dem Modellprojekt schlossen sich acht NWP mit unterschiedlichen Stellenanteilen aus dem Bereich der sozialen Bonner Trägerlandschaft an: Ambulante Suchthilfe Caritas/Diakonie; Caritasverband für die Stadt Bonn e.V. – Fachbereich Sozialpsychiatrie; Diakonisches Werk Bonn und Region – gemeinnützige GmbH; Gemeindepsychiatrie Bonn-Rhein-Sieg gGmbH; Hilfe für psychisch Kranke e.V. Bonn/Rhein-Sieg; LVR Klinik Bonn; PAUKE Bonn-Rhein-Sieg gGmbH und der Verein für Gefährdetenhilfe gemeinnützige Betriebs GmbH. Alle Trägerinstitutionen der NWP beschäftigten Sozialarbeiter*innen; aus der LVR- Klinik wurde zusätzlich eine Psychiaterin als Fachärztin im Modellprojekt eingesetzt.

Die im THH beschäftigten Mitarbeitenden der NWP hatten zum einen den Auftrag im Rahmen ihrer jeweiligen speziellen Expertise Beratungsgespräche mit den Teilnehmenden des THH zu führen. Zum anderen fungierten sie in einer „Brückenkopffunktion“ zwischen dem Jobcenter und dem/der eigenen Arbeitgeber*in. Diese „Brückenkopffunktion ermöglichte, Teilnehmende in passgenaue Angebote des eigenen Trägers zu vermitteln. Zusätzlich konnten die Unterstützungsleistungen für die Teilnehmenden auch aus aufsuchender Arbeit, Begleitung und Vermittlung sowie medizinischer Diagnostik bestehen. Jede/r NWP stellte zur Transparenz hinsichtlich der Fallsteuerung, zur Identifizierung des passenden Angebotes sowie zur Abgrenzung der Leistungen ein Kurzportfolio mit Beratungsschwerpunkten, die vom jeweiligen „Brückenkopf“ im THH angeboten werden, zur Verfügung. Die Mitarbeitenden der NWP bildeten mit den GL-Strukturen einer fallbezogenen Zusammenarbeit und berieten basierend auf ihrer spezifischen Expertise zu möglichen weiteren Angeboten, die dem Teilnehmenden Unterstützung bieten können. Daneben leiteten sie – unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen – alle Informationen an den/die jeweilige(n) GL weiter, die/der dieser für die übergreifende Fallarbeit und zur Weitergabe an die wissenschaftliche Begleitung benötigt. Die Dienst- und Fachaufsicht des operativ eingesetzten Personals der einzelnen Träger oblag der jeweiligen Führungskraft des Trägers.

Die Führungskräfte der operativen Mitarbeitenden der NWP stellten sicher, dass die im Kurzportfolio konkretisierten Aufgaben durch ihre Mitarbeitenden umgesetzt wurden. Die Führungskräfte beteiligten sich des Weiteren an der Entwicklung einer innovativen Organisationsform im THH und ebneten den Weg für die partnerschaftliche Zusammenarbeit im operativen Geschäft.

Ein gemeinsam zu Projektbeginn geschlossener „Gemeinsamer Handlungsleitfaden“ hielt die Rollen, Aufgaben und Vereinbarungen zur Zusammenarbeit der einzelnen Akteure schriftlich fest.

1.4.3 Kooperationspartner*innen, Rollen und Aufgaben

Zusätzlich zu den NWP der sozialen Leistungserbringer, die gleichzeitig zuwendungsrechtlich Weiterleitungsempfänger*innen des Modellprojektes waren, trugen vier verschiedene Kooperationspartner*innen (KP) zur Vernetzung im THH bei: Die Agentur für Arbeit mit der Rehabilitationsberatung; der Landschaftsverband Rheinland mit Fallmanager*innen; die Stadt Bonn und die Deutsche Rentenversicherung Rheinland.[9] Davon standen die Agentur für Arbeit mit einer Rehabilitationsberaterin und der Landschaftsverband Rheinland mit rotierenden Fallmanagerinnen und Fallmanagern zu regelmäßigen Präsenzzeiten im THH für Teilnehmende und Mitarbeitende des Modellprojektes zur Verfügung.

Die KP waren parallel zu ihrem Wirken im Modellprojekt auch Teilnehmer*innen der Konferenz der Rehabilitations- und Teilhabeträger der Stadt Bonn. Dieses Gremium wurde im Zuge der Ziele des Modellprojektes zur Bildung einer Regionalen Arbeitsgemeinschaft nach § 25 SGB IX geschaffen, um die regionale Vernetzung untereinander zu intensivieren. Auch an den Schnittstellen zu den

[9] Im Antrag war die Deutsche Rentenversicherung Bund als Kooperationspartnerin vorgesehen. Die Kooperation wurde dann aber letztlich mit der Deutschen Rentenversicherung Rheinland umgesetzt.

Kostenträgern ist es maßgeblich für betroffene Menschen, dass Verfahrensprozesse transparent sind, dass die Umsetzungswege möglichst kurz sind, dass evtl. Bürokratiehürden abgebaut werden und somit optimierte Rahmenbedingungen für die Teilhabe von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen gegeben sind. Seit seiner Gründung besteht die Konferenz der Rehabilitations- und Teilhabeträger der Stadt Bonn mit regelmäßigen Austauschterminen autonom und losgelöst von der Organisation des Modellprojektes bis dato fort. Eine im Januar 2022 von den Beteiligten unterzeichnete Verfahrensabsprache bildet bis dato den Grundstein der Zusammenarbeit.

1.4.4 Wissenschaftliche Begleitung (Weiterleitungsempfänger)

Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung FOGS (Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH) war es u. a., die Umsetzung der auf die Teilziele bezogenen Maßnahmen qualitätssichernd zu begleiten und wissenschaftlich zu evaluieren. In diesem Rahmen wurden beispielsweise die Erhebung der Base-Line (Ausgangsbedingungen), die fachliche Beratung und Begleitung der Projektverantwortlichen im Jobcenter bzw. der Teamleitung sowie prozessbegleitende Auswertungen von anfallenden Routinedaten sowie die Vorbereitung, Durchführung und Auswertung weiterer Erhebungen durchgeführt (für eine ausführliche Darstellung s. Kapitel 1.5). Darüber hinaus war FOGS auch Mitglied der Lenkungsgruppe und nahm ggf. an weiteren Gremien sowie bundesweiten Workshops und Tagungen für die Modellprojekte teil.

1.4.5 Strukturelle Zusammenarbeit

Um die Vernetzung der verschiedenen Beteiligten auch in der Umsetzung zu gewährleisten, wurden im Modellprojekt THH mehrere Kommunikationsformate etabliert.

- Die Lenkungsgruppe bestand aus allen beteiligten Führungskräften Erst- und Letztempfänger und der wissenschaftlichen Begleitung zur strategischen Steuerung des Modellprojektes (einmal im Quartal).
- Die Monatsbesprechung unter Leitung der Projektkoordination, später auch mit wechselnder Moderation durch GL und NWP, setzte sich aus allen operativ beteiligten Mitarbeitenden (inklusive Kooperationspartner*innen) sowie Beteiligung der wissenschaftlichen Begleitung zusammen. Ziel war die Steuerung der Verfahren und die Abstimmung zur Bildung von Strukturen auf operativer Ebene (einmal im Monat).
- Kollegiale und zumeist anonymisierte Fallberatungen aller operativen Mitarbeitenden waren ein fester Bestandteil im THH (einmal im Monat). Bilaterale Fallbesprechungen sowie Fallberatungen im kleinen Kreis (anonymisiert oder nicht, je nach Vorliegen von Einwilligungserklärungen) fanden nach Bedarf häufig statt.
- Die Teambesprechungen des Jobcenter-Teams (wöchentlich).
- Die Besprechung der operativen Netzwerkpartner*innen (alle zwei Wochen).

1.4.6 Herausforderungen

In der Zusammenarbeit vieler Akteure aus verschiedenen (rechtlichen) Systemen, unterschiedlichen Unternehmenskulturen und mit voneinander abweichenden Rollenverständnissen, die ein One-Stop-Government bilden sollen, kommt es zwangsläufig zu Herausforderungen, die es zu bewältigen gilt.

Für die strukturelle Zusammenarbeit auf operativer Ebene mussten Lösungsansätze hinsichtlich der Nutzung unterschiedlicher EDV-Systeme und einer datenschutzkonformen Kommunikation gefunden werden.

Durch die Kontaktbeschränkungen in Folge der sich entwickelnden Corona Pandemie konnte in der ersten Hälfte der Modellprojekt-Zeit weitaus weniger Austausch vor Ort stattfinden als eingeplant. Die Mitarbeitenden waren somit teilweise auf einen elektronischen Informationsaustausch angewiesen und die **Entstehung eines „THH-Teams**“ mit über 30 Personen konnte sich aufgrund der Kontaktbeschränkungen nur langsam entsprechend der „Teamphasen“ zeigen.

Eine besondere Herausforderung lag in einer **zielführenden Gestaltung der Projektkoordination**. Ihr musste die Organisation auf operativer Ebene innerhalb des Modellprojektes sowie die

Verantwortung zur Zielerreichung zugeordnet werden. Allerdings verfügte sie nur über eine Fach- und Dienstaufsicht für die Mitarbeitenden des Jobcenters Bonn, nicht aber für die Mitarbeitenden der Netzwerkpartner*innen. Diese lag individuell bei den jeweils eigenen Führungskräften. Es erforderte daher umfängliche Abstimmung unter allen Beteiligten, um hinsichtlich organisatorischer Entscheidungen und Zielerreichung eine gemeinsame Haltung zu prägen und einen gemeinsamen Weg zu gehen. Die Bildung von Kommunikationsformaten auf verschiedenen Ebenen war daher erforderlich. Des Weiteren wurden themenspezifische Workshops und Träger-Portfolios konzeptioniert, um die Arbeitsinhalte der Akteure innerhalb des THH kennenzulernen und zu verstehen.

Im Hinblick auf das **Festhalten von Ergebnissen** fehlte v.a. aufgrund des Datenschutzes und technischer Voraussetzungen eine gemeinsame Datenbank. Das gesamte Monitoring wurde daher von den Jobcenter-Mitarbeitenden durchgeführt. Die Informationsübermittlung zu den Beratungsaktivitäten der Netzwerkpartner*innen gestalteten sich aufwendig. Hier wurde mit Beratungsanzeigen von Gesundheitslotsinnen und -lotsen an Netzwerkpartner*innen und vice versa mit Rückmeldebögen nach Beratungen der Netzwerkpartner*innen mit Teilnehmenden eine besondere Struktur zum Informationsaustausch geschaffen.

Um die Beratung „aus einer Hand“ zu professionalisieren und den Projektteilnehmenden möglichst passgenaue Lösungen aus einem breiten Portfolio aus Unterstützungsleistungen zu bieten, wurden **regelmäßige (anonymisierte) Fallbesprechungen** zwischen allen operativen Beteiligten angeboten. Auch hier gab es Herausforderungen, da die Mitarbeitenden der NWP, die nicht in Vollzeit für das Projekt tätig waren, zu unterschiedlichen Zeiten für das Projekt tätigen waren, wodurch oft nicht alle für die Fallbesprechungen zur Verfügung standen. Die Fälle wurden dann mit den jeweiligen Anwesenden des THH-Teams besprochen. Die gleiche Herausforderung betraf Einrichtung **einer regelmäßigen gemeinsamen Teambesprechung der NWP**, die dann letztlich nach Absprache in Begleit- und Lenkungsgruppe für alle operativen Mitarbeitenden der Netzwerkpartner*innen ermöglicht wurde.

Lösungen mussten auch immer wieder gefunden werden, wenn bei einzelnen operativen Mitarbeitenden der NWP die **Beratungskapazitäten** ausgeschöpft waren; sprich die Kalender der NWP über viele Wochen bebucht waren und neue Teilnehmenden zunächst nicht für Beratungen aufgenommen werden konnten. Um eine frühzeitige Information und Suche nach Alternativen einzuleiten, wurde ein Ampelsystem in den Kalendern der NWP eingerichtet, so dass bei einer gelben Ampel deutlich war, dass es evtl. sinnhaft ist zunächst Bedarfsklärungen bei einem NWP mit freien Kapazitäten anzustoßen, um im Prozess der gesundheitlichen Stabilisierung voranschreiten zu können.

Ein hemmender Faktor im Zeitraum von März 2020 bis Juli 2022 waren die **Pandemiebeschränkungen**, die sich auf die Phase des Aufbaus der Strukturen, auf die Beratungsformen und Kontakte zu den Teilnehmenden, auf innovative Angebote sowie auf die Teamentwicklung auswirkten. Die pandemiebedingten Beschränkungen erforderten zusätzliche Anpassungen der geplanten Strukturen und Prozesse innerhalb der innovativen Organisationsform, was zeitliche Ressourcen kostete und zum Teil erneute und erhöhte Absprachen untereinander erforderte. Die verschiedenen Akteure des THH hatten darüber hinaus recht unterschiedliche Pandemie-Bestimmungen seitens ihrer jeweiligen Häuser, die mit denen des JC Bonn abgestimmt werden mussten.

Alle innovativen Angebote, die auf Gruppenangeboten basierten wie die beiden Vergabemaßnahmen des THH sowie die Peer-Angebote, mussten in der Umsetzung verschoben werden. Diese Angebote zum Empowerment und zum Einfinden in eine Gruppendynamik standen den Teilnehmenden somit erst nach Auflösung der Kontaktbeschränkungen zur Verfügung.

Mit der Einführung des Bundesteilhabegesetzes wurde auch in einer Reformstufe das Bedarfsermittlungsinstrument "BEI_NRW – Bedarfe ermitteln, Teilhabe gestalten" eingeführt, mit dem der Zugang zu den Hilfen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Beeinträchtigungen neu geregelt wurde. Durch die Netzwerkpartner*innen wurde gespiegelt, dass dies für einige der Teilnehmenden des THH eine höhere Zugangsschwelle zu der Inanspruchnahme von Leistungen der Eingliederungshilfe bedeutete. Vor allem in der ersten Zeit nach der Einführung, wo erst noch Umsetzungserfahrungen mit dem Instrument gemacht werden mussten, war die Konsequenz, dass sich die Inanspruchnahme verzögerte.

1.5 Wissenschaftliche Begleitung

Die wissenschaftliche Begleitung erfolgte durch ein Forschungsteam aus Mitarbeitenden der FOGS – Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH in Köln.

1.5.1 Der Evaluationsauftrag

Die Umsetzung der auf die im Projektantrag für das THH formulierten (Teil-)Ziele bezogenen Maßnahmen sollte übergreifend wissenschaftlich und qualitätssichernd durch die FOGS GmbH begleitet und evaluiert werden. Aufgabe der Evaluation im THH war eine quantitative und qualitative Wirkungsforschung mit dem Ziel, die Ergebnisse der Programmumsetzung in verschiedenen Dimensionen abzubilden bzw. zu bewerten und das Jobcenter bei der Umsetzung des Modellprojekts zu beraten und zu begleiten.

1.5.2 Methodisches Vorgehen

Die Komplexität des Vorhabens erforderte die Umsetzung eines mehrdimensionalen Evaluationsansatzes, der Sekundäranalyse, und eine Verknüpfung mit unterschiedlichen Verfahren der empirischen Sozialforschung. Die Kombination quantitativer und qualitativer Methoden, in der Literatur auch als „Triangulation“ (vgl. Denzin, 1978)[10] bezeichnet, ist dabei in besonderer Weise geeignet, die Implementierung und Erprobung des THH zu erfassen und zu analysieren. Mit der Triangulation mehrerer aufeinander abgestimmter Methoden kann gewährleistet werden, dass die unterschiedlichen Problemlagen und die Vielfalt der Sichtweisen unterschiedlicher Akteure ausreichend berücksichtigt werden.

Grundlage sämtlicher Handlungsschritte stellten die im Antrag dargelegten Projektschwer-punkte dar. Demnach waren Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Rahmen einer vor allem formativen Evaluation zu betrachten. Für die Erfassung von Wirkungen wurden zudem summative Evaluationsmethoden eingesetzt.

1.5.3 Arbeitsschritte

Ausgehend von diesen generellen Überlegungen wurden von FOGS im Einzelnen folgende Arbeitsschritte durchgeführt:

- **Erstellung eines Datenschutzkonzepts:** Das Datenschutzkonzept, das gemeinsam mit der Beauftragten für den Datenschutz des Jobcenters Bonn erstellt wurde, war eine wichtige Grundlage der Evaluation. In der Anfangsphase wurden Anforderungen und Vorgehensweise mit den zuständigen Akteuren des Jobcenters abgestimmt. Das finalisierte Konzept regelte Datenschutz und IT-Sicherheit, wodurch Datenerhebung und Auswertung ermöglicht wurden.
- **Auswertung wesentlicher Unterlagen/Materialen der Projektbeteiligten:** Ein wichtiger erster Teilschritt der wissenschaftlichen Begleitung beinhaltete die systematische inhaltsanalytische Auswertung der von den beteiligten NWP eingereichten Konzepte bzw. der Kurzprofile. Ziel war es u. a., das individuelle Portfolio bzw. Angebotsspektrum der acht NWP im THH nachzuzeichnen sowie die Alleinstellungsmerkmale zusammenzustellen.
- **Quantitative Erhebungen**
  - **Erfassung von Daten im Rahmen des Monitorings:** systematische Erhebung und Auswertung teilnehmerbezogener Routinedaten. Erhoben wurden diese Daten mittels eines Tools (Excel-Datei), das von der Programmevaluation erstellt und zur Datenerhebung genutzt wurde. FOGS hat dieses Tool um weitere für das THH relevante Items ergänzt. Erhoben wurden soziodemografische Daten der Teilnehmenden wie Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Bildungsabschluss etc. Auch Daten zur Programmteilnahme wie Teilnahmezeitraum,

[10] Quelle: Denzin, N. K. (1978). The Research Act. A Theoretical Introduction to Sociological Methods. New York: McGraw-Hill.

Inanspruchnahme und Art der Maßnahmen, Weiterleitung von TN an Kooperationspartner*innen, Anzahl der Beratungen durch die GL (und NWP), Durchführung gemeinsamer Fallbesprechungen sowie der Verbleib der Teilnehmenden nach Beendigung der Programmteilnahme wurden dokumentiert. Ergänzt wurden diese Daten durch ausgewählte Angaben aus dem THH, die aus der Teilnehmendendatenbank COSACH (BA-Instrument) generiert wurden.

- **Schriftliche teilstandardisierte Befragungen:** Auch die schriftliche Befragung der Teilnehmenden des THH stellte eine wichtige Datenquelle der wissenschaftlichen Begleitung dar. Dabei hat die Erhebung zur Beurteilung der aktuellen *Lebensqualität bzw. der Zufriedenheit* mit der eigenen Lebenssituation – wie im Antrag vorgesehen – zu zwei Zeitpunkten stattgefunden, und zwar zu Beginn und nach Abschluss der Beratung/ Begleitung im THH. Grundlage bildete ein standardisierter Erhebungsbogen mit getesteten Messinstrumenten, um Veränderungen messen und die Ergebnisse der Stichprobe aus dem THH mit Referenz-Stichproben vergleichen zu können. Darüber hinaus gab es für die Teilnehmenden eine Abschlussbefragung zum Ende ihrer individuellen Teilnahmezeit. Fragebogengestützt wurden sie gebeten, ausgewählte Angebote sowie die (Beratungs-)Kontakte zu den GL bzw. NWP im THH zu bewerten. In verschiedenen Aussagen bzgl. der GL/NWP wurde u. a. thematisiert, ob genügend Zeit zum Austausch zur Verfügung stand, wie die Erreichbarkeit eingestuft wird, wie hilfreich die Beratung war. Zudem sollte angegeben werden, ob innovative Maßnahmen oder Peer-Angebote in Anspruch genommen wurden und wie diese eingeschätzt werden.
- **Dokumentation des Tätigkeitsspektrums der Gesundheitslots*innen und Netzwerkpartner*innen:** Um das Tätigkeits- bzw. Aufgabenspektrum der GL und NWP abbilden zu können, hat die wissenschaftliche Begleitung in Zusammenarbeit mit Vertreter*innen der GL bzw. der NWP eine standardisierte Tätigkeitsdokumentation konzipiert, mit der die Inhalte und der zeitliche Umfang der anfallenden Aufgaben der beteiligten Akteure erfasst werden sollten. Die als Folgebefragung konzipierte Tätigkeitsdokumentation wurde zu zwei Zeitpunkten während der Modellerprobung anonymisiert durchgeführt.

- **Qualitative Erhebungen:** FOGS entwickelte für alle qualitativen Gespräche/ Interviews Leitfäden, die beim Einsatz jeweils auf die konkrete Situation der Gesprächspartner*innen zugeschnitten wurden. Alle von FOGS durchgeführten Gespräche/ Interviews wurden inhaltlich protokolliert und themenbezogen ausgewertet. Während der Corona-Pandemie fanden einzelne Erhebungen vorrangig online statt, danach in Präsenz.

  - **Befragung der Trägervertreter*innen bzw. Projektverantwortlichen:** Zu Beginn wurden Trägervertreter*innen und Projektverantwortliche digital zur Startphase des Modellprojekts befragt. Themen waren u. a. Rollen, Aufgaben, Kommunikation und Erwartungen. Anfang 2023 folgten Gespräche zur Projektentwicklung und konzeptionellen Anpassungen. Dabei wurden die Bedarfsgerechtigkeit der Angebote, eine Zwischenbilanz und Entwicklungsbedarfe diskutiert.
  - **Befragung der GL und NWP:** Um über die Arbeit der operativ tätigen Akteure im THH umfassend informiert zu sein und ggf. Veränderungen/Entwicklungen zu erfassen, wurden sowohl die GL als auch die NWP in getrennt durchgeführten Fokusgruppen im Verlauf der Modelllaufzeit mehrfach befragt. Besprochen wurden u. a. die Abläufe im THH, die Zusammenarbeit der Akteure untereinander, die Entwicklung und der Stellenwert der Peer-Angebote.
  - **Befragung der Projektverantwortlichen der beiden innovativen Angebote:** Mit den Verantwortlichen der Angebote „Neue Horizonte – Ein Selbstwirksamkeitstraining“ und „Gesundheitswerkstatt – ganzheitliche Bewegungsangebote“ fanden halbjährlich leitfadengestützte Interviews statt. Themen waren Umsetzung, konzeptionelle Aspekte, Teilnehmersteuerung und Bedarfsgerechtigkeit.
  - **Befragung der Teilnehmenden:** Fokusgruppen wurden insbesondere in den beiden innovativen Angeboten „Neue Horizonte – Ein Selbstwirksamkeitstraining“ und „Gesundheitswerkstatt – ganzheitliche Bewegungsangebote“ durchgeführt. Besprochen wurden die Inhalte der Angebote, persönliche Erfahrungen der Teilnehmenden sowie die Perspektiven nach Beendigung der Kursteilnahme. Diese Gesprächsrunden wurden jeweils von den beiden Dienstleistern der Angebote organisiert. Auch die Teilnehmenden, die ein Peer-Angebot in Anspruch genommen haben, wurden von FOGS persönlich befragt. Auch hier standen, neben der persönlichen Situation, Erfahrungen mit dem genutzten Peer-Angebot bzw. dem THH im Vordergrund.
  - **Wirkungsanalyse:** Anhand der erhobenen Daten hat FOGS (mögliche) Indikatoren für die Evaluation von Angeboten/Maßnahmen des Modellprojekts THH identifiziert und

beschrieben. Diese Indikatoren lassen sich in zwei Kategorien einteilen: Outcome (personenbezogen) und Impact (gesellschaftlich/kommunal).

- **Zusammenarbeit mit der Lenkungsgruppe:** Durch die Teilnahme von FOGS an der Lenkungsgruppe konnten Transparenz und Akzeptanz in Bezug auf die verschiedenen Umsetzungsfragen hergestellt sowie das Wissen und die (Feld-) Kenntnisse der Mitglieder für die Evaluation genutzt werden. U. a. wurden die quantitativen und qualitativen Erhebungen inhaltlich abgestimmt bzw. vorbereitet und auch (Zwischen-)Ergebnisse der Evaluation vorgestellt und gemeinsam diskutiert.
- **Zusammenarbeit mit der Programmevaluation:** Im Kontext verschiedener Online-Foren der Programmevaluation erfolgte u. a. eine Vorstellung der Projektinhalte des THH und des Evaluationsdesigns durch FOGS. Außerdem hat die wissenschaftliche Begleitung an verschiedenen Fachkonferenzen teilgenommen und im September 2022 im Rahmen der Arbeitsgruppe Programmevaluation eine Präsentation zum Thema „Organisationsübergreifende Besprechungsformate im Teilhabehaus Bonn“ in Zusammenarbeit mit der Projektkoordination des THH vorgestellt.
- **Zusammenarbeit mit dem Auftraggeber (Beratung und Begleitung):** Die wissenschaftliche Begleitung umfasste neben der Evaluation auch die fachliche Beratung zur Umsetzung der Projektziele im Jobcenter Bonn. Dafür fanden regelmäßige Abstimmungsgespräche mit dem Auftraggeber statt. Alle Evaluationsschritte wurden eng abgestimmt, insbesondere zu methodischem Vorgehen, Datenerhebungen, Wirkungsanalyse und Zwischenergebnissen. Zudem wurden Bilanzgespräche geführt sowie der Abschlussbericht strukturiert und diskutiert.
- **Teilnahme an Fokusgruppenveranstaltungen:** Im Rahmen einer vom BMAS am 29. August 2024 organisierten Fokusveranstaltung hat FOGS gemeinsam mit der Projektkoordination wirksame Teilansätze vorgestellt.
- **Berichtserstattung:** FOGS erstellte jährlich Sachberichte mit den wichtigsten Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitung und dem Umsetzungsstand der Meilensteine. Zusätzlich wurde jährlich eine interne Bilanz zum Projektfortschritt verfasst. Abschließend wurden alle Evaluationsergebnisse in einem Abschlussbericht zusammengefasst. Dieser wurde dem Jobcenter zum Ende des Jahres 2024 zugesendet.

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung sind in dem Abschlussbericht „Modellprojekt Teilhabehaus Bonn“[11] dokumentiert, der u. a. Methoden und Arbeitsschritte detailliert beschreibt. Basierend auf den Ergebnissen der Evaluation wurden Handlungsempfehlungen für ein mögliches Folgeangebot nach Ablauf der Modellaufzeit entwickelt.

[11] Modellprojekt Teilhabehaus Bonn, gefördert im Rahmen des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“, im Auftrag des Jobcenters Bonn, Köln Dezember 2024.

2 Ergebnisse des Modellprojekts

2.1 Ergebnisdarstellung in Bezug auf die Teilziele

Im Folgenden werden die Ergebnisse in Bezug auf die einzelnen in Punkt 1.3 erläuterten vier Teilziele und ihren jeweiligen Wirkungsindikatoren, die eine Zielerreichung nachweisen sollen, dargestellt.

2.1.1 Teilziel 1

Alle entwickelten Indikatoren lassen darauf schließen, dass das Teilziel 1 erreicht wurde:

- Für 30% der Projektteilnehmenden entfiel während der Projektlaufzeit der § 10 SGB II–Grund. Der § 10 SGB II entfiel sogar für 36% der Teilnehmenden, die dem Monitoring zugestimmt haben. Es muss hier jedoch auch festgehalten werden, dass dieser Indikator sich im Nachhinein als unpassend für die Erkennung der Erreichung des Teilziels 1 erwiesen hat. Anders als in der Projektkonzeption angenommen, wurden nur wenige Kundinnen und Kunden mit den § 10 SGB II in das Projekt gesteuert. Das Ergebnis basiert auf einer Gesamtzahl von 72 Teilnehmenden im Monitoring, wovon bei 26 Teilnehmenden der § 10 entfallen ist. Dies stellt kaum eine valide Datenbasis dar. Bei der Konzeption des Projektantrages wurde eine weitaus höhere Anzahl von Teilnehmenden mit dem § 10-Status angenommen, da bei Nichtverfügbarkeit in Folge gesundheitlicher Einschränkungen der § 10 im Kundenmanagement-System VerBIS vergeben werden soll. Die andere Ausgangslage kann verschiedene Ursachen haben. Es ist z.B. denkbar, dass für die Vergabe des § 10 SGB II aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen der Nachweis fehlte, da im Vorfeld keine arbeitsmedizinische Begutachtung durchgeführt wurde. Es ist möglich, dass Abfragen bei der Projektbeantragung dies nicht widerspiegelten, da auch Datensätze aus anderen Gründen der Nichtverfügbarkeit mit dem § 10 versehen werden. Des Weiteren wäre es sinnhaft gewesen den Indikator spezifischer zu beschreiben, da der § 10 zur Zumutbarkeit auch aus Gründen der Nichtvereinbarkeit einer Arbeitsaufnahme mit der Erziehung minderjähriger Kinder oder aufgrund der Pflege einer/eines Angehörigen vergeben werden kann. Vor diesem Hintergrund hätte der Entfall des Grundes aber keine Aussagekraft auf die Wirkung des Modellprojektes Teilhabehaus gehabt, da dies keine zentralen Themen des Modellprojektes waren, sondern lediglich Rahmenbedingungen abbilden, auf die mit Hilfe der spezifischen Projektangebote kein unmittelbarer Einfluss ausgeübt werden kann.
- Standardisierte Leistungsprozesse der Vorgehensweise bezüglich der Kombination von Arbeits- und Gesundheitsförderung lagen frühzeitig vor. Die Prozesse umfassten insbesondere die Zusammenarbeit zwischen den GL und NWP. Jegliche Zusammenarbeit zwischen den Akteuren im Teilhabehaus diente dem übergreifenden Ziel der Kombination von Arbeits- mit Gesundheitsförderung. Manche der Prozesse ließen sich standardisieren, teilweise sogar im Rahmen eines Prozessschaubildes, andere lediglich beschreiben. Standardisiert wurde unter anderem die Anzeige von Beratungsbedarfen sowie das entsprechende Rückmeldeverfahren zwischen von NWP und Kooperationspartner*innen zu GL. Die Zusammenarbeit mit der Rehabilitationsberaterin der Agentur für Arbeit wurde z.B. in einem Prozessschaubild abgebildet. Ebenso wurde die Zusammenarbeit mit den IFK im Haus in Bezug auf die Zu- und Rücksteuerung zum und aus dem Modellprojekt in schriftlich festgehalten und situationsbezogen (Zeiten während und nach der Pandemie) im Laufe des Projektes aktualisiert. Bei anderen Prozessen der Zusammenarbeit wie u.a. der kollegialen Fallberatung wurden Standards in einem Paper festgehalten. Ebenso wurde in Portfolios der einzelnen NWP schriftlich festgehalten, welche voneinander abzugrenzenden Leistungen diese den Projektteilnehmenden anbieten. Kommunikationsformate wurden mittels Beschreibungen und Übersichten standardisiert. Weitere Prozesse der Zusammenarbeit aufgrund ihrer Komplexität in einem ausführlicheren Text beschrieben. Auch in den beiden innovativen Vergabemaßnahmen „Neue Horizonte – Ein Selbstwirksamkeitstraining“ und „Gesundheitswerkstatt – ganzheitliche Bewegungsangebote“ wurde die Gesundheitsförderung mit Leistungen der Arbeitsförderung kombiniert.
- Durch die Umsetzung kombinierter Maßnahmen der Arbeits- und Gesundheitsförderung wurde die Abbruchquote der Maßnahmen um ca. 2/3 verringert. Als Vergleichsgruppe

wurden die Teilnehmenden von zwei Vergabemaßnahmen im Regelinstrumentarium des SGB II herangezogen. Beide Maßnahmen haben das Ziel der Stabilisierung der Gesundheit, um eine anschließende Integration auf dem Arbeitsmarkt zu realisieren. Der Fokus beider Maßnahmen liegt auf der Arbeitsförderung, um den Voraussetzungen des SGB II zu entsprechen. Vor dem Beginn des Modellprojektes nahmen die Teilnehmenden des THH in Ermangelung anderer passenderer Angebote an den beiden Vergabemaßnahmen „Arbeit und Gesundheit“ sowie „Begleitung, Gesundheit und Integration“ teil, weshalb die Teilnehmenden-Zielgruppe miteinander verglichen werden kann. Herangezogen wurden vergleichbare, sich überschneidende Maßnahmezeiträume zwischen Januar 2022 und zum Jahresanfang 2024. Durch unterschiedliche Beginn- und Endzeiten der Maßnahmedurchläufe wurde der Zeitraum der Bemessung über zwei Jahre gefasst. Es kann vermutet werden, dass sich seit der Gründung des Teilhabehauses Menschen mit weniger gravierenden gesundheitlichen Einschränkungen als die der Zielgruppe des THH in diesen beiden Maßnahmen befanden, da es parallel das umfangreichere und niederschwelligere ganzheitlichere Angebot des THH gab. Trotzdem waren die Abbruchquoten bei den innovativen Vergabemaßnahmen des THH bedeutend geringer. Mit 10,8% bei der „Gesundheitswerkstatt – ganzheitliche Bewegungsangebote“ und mit 13,9% bei der „Neuen Horizonte – Ein Selbstwirksamkeitstraining“ brach nur ein Drittel der Teilnehmenden die Maßnahmen ab im Vergleich zu 31,3 % bei der „Arbeit und Gesundheit“ und 29,0 % bei der „Begleitung, Gesundheit und Integration“. Mit hoher Wahrscheinlichkeit ist die niedrigere Abbruchquote auf folgende Gründe zurückzuführen: Die beiden innovativen Vergabemaßnahmen waren in ihrer Konzeption und Umsetzung passgenau auf die Zielgruppe ausgerichtet; sie waren wesentlich niederschwelliger hinsichtlich des Stundenumfangs und der inhaltlichen Ausrichtung; sie beinhalteten Ansätze zur Verbesserung der körperlichen und psychischen Gesundheit; durch die intensive Beratung im THH wurden die richtigen Teilnehmenden für die Maßnahmen angesprochen.

- Die Eingliederungsquote in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung der Teilnehmenden nach einer Maßnahmenteilnahme fiel mit 9,3% im Vergleich zu 10% nahezu gleich zu der Eingliederungsquote aller Teilnehmenden der Maßnahmen des Jobcenters aus. Auch in Bezug auf die Eingliederungsquote wurden die beiden o.g. Maßnahmen des SGB II-Repertoires mit Gesundheitsinhalten zum Vergleich herangezogen. Betrachtet wurden die Teilnehmenden des Teilhabehaus, die sechs Monate nach ihrer Teilnahme im Modellprojekt zwischen dem 01.07.2022 und dem 31.12.2022 eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen haben mit den Teilnehmenden, die sechs Monate nach Maßnahmeteilnahme im gleichen Zeitraum eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen haben. Auch hier wird darauf hingewiesen, dass es sich bei der Zielgruppe der Vergabemaßnahmen im Regelinstrumentarium vermutlich um weniger arbeitsmarktferne Kundinnen und Kunden handelte, da sie die höherschwelligen Maßnahmen erfolgreich beenden konnten, womit eine Maßnahme mit dem Fokus auf Arbeitsförderung demnach für sie als adäquat gewertet werden kann.
- Die Zufriedenheit, die Lebensqualität und der subjektive Nutzen der SGB-II-Leistungsberechtigten hatten sich in allen abgefragten Bereichen verbessert, jedoch in keinem Bereich um 50%. Der Indikator wurde anhand einer anonymen schriftlichen Befragung bezüglich der (gesundheitlichen) Lebensqualität und des Selbstwertgefühls zu zwei Zeitpunkten, nämlich Projektbeginn und Projektende, erhoben. So sollte festgestellt werden, ob sich durch die Projektteilnahme entsprechende Werte verbessern konnten. Der Mittelwert der Summenscores hat sich um rund ein Fünftel verbessert. Im Hinblick auf einzelne Aussagen haben sich gesundheitliche und psychologische Elemente am stärksten verbessert, was darauf schließen lässt, dass der Kern der Beratung zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation auch in der Bewertung der Teilnehmenden gefruchtet hat. Die Zufriedenheit mit Bezug auf Elemente wie die finanzielle Situation und die Wohnsituation haben sich am wenigstens verbessert. Da sich diese strukturellen Gegebenheiten außerhalb des direkten Einflussbereiches der Beratungen im Teilhabehaus befinden, ist das Ergebnis wenig überraschend. Das Selbstwertgefühl wurde mittels der Rosenberg-Skala erhoben. Hier hat sich der Mittelwert der Summenscores von 14,8 auf 18 Punkte erhöht. Die Teilnehmenden waren nach ihrer individuellen Teilnahmedauer im Modellprojekt deutlich zufriedener mit sich selbst. Von einem in der Skala bei 0 bis 15 Punkten angenommenen niedrigen Selbstwertgefühl waren im ersten Fragebogenteil 61,8% der Teilnehmenden betroffen. Im Teil zwei des Fragebogens waren mit 38,9% wesentlich weniger Teilnehmende von einem niedrigen Selbstwertgefühl betroffen.

Kombinierte Angebote der Arbeits- und Gesundheitsförderung wurden konzeptioniert, sie wurden passgenau und frühzeitig eingesetzt und hinsichtlich einer Implementation in das Regelgeschäft evaluiert. Auch mit der vollständigen Erfüllung von drei der fünf Indikatoren wurde das Teilziel 1 gesamt betrachtet erfolgreich erreicht.

Eine Verknüpfung von Arbeitsförderung mit der Förderung der Gesundheit fand vor allem im Rahmen der täglichen Zusammenarbeit im Teilhabehaus statt. Die Basis dieser Zusammenarbeit wurde durch Prozesse und geschaffene – teilweise in Dokumenten verschriftlichte – Strukturen gebildet. Durch die enge Vernetzung zwischen GL und den Mitarbeitenden der Träger, den NWP, wurde die Arbeitsförderung mit der Förderung der Gesundheit unmittelbar verknüpft. Die GL als Mitarbeitende des Jobcenters mit direktem Zugriff auf verschiedene Eingliederungsleistungen des SGB II zur Arbeitsförderung und dem originären Auftrag der Integration sowie dem entsprechenden Know-how, stehen zentral für das Element der Arbeitsförderung. Die Mitarbeitenden der Träger inklusive der Fachärztin mit ihrer Expertise in gesundheitlichen Themen, ihren besonderen Angeboten zur (Wieder-)Herstellung und Stabilisierung der Gesundheit sowie dem Vermögen unmittelbar an weitere Angebote zu verknüpfen, stehen insbesondere für das Element der Gesundheitsförderung. Durch die fallorientierte Zusammenarbeit beider Gruppen auf kurzen Wegen unter einem Dach ist die Verknüpfung der beiden Elemente gelungen. Alle Prozesse, die für reibungslose, klare Abläufe zur Zusammenarbeit in der besonderen Organisationsform konzipiert wurden, sind Bestandteil dieser Kombination.

Auch innerhalb der beiden innovativen Vergabemaßnahmen findet sich die Verknüpfung von Arbeits- und Gesundheitsförderung wieder. Beide innovativen Angebote wurden so konzeptioniert und umgesetzt, dass sie speziell auf die Bedarfe der Zielgruppe zugeschnitten waren. Beide waren zudem besonders niederschwellig und somit für die Zielgruppe geeignet. Die Abbruchquote betrug lediglich ein Drittel vergleichbarer Vergabemaßnahmen des Regelgeschäftes. Um die Teilnehmenden an dem Punkt abzuholen, wo sie standen, wurde der Fokus bei beiden Maßnahmen zunächst auf alles rund um das Thema Gesundheit gesetzt. Eine Verknüpfung mit Arbeitsförderung fand bedarfsgerecht in Einzelgesprächen mit den Teilnehmenden statt und zum Ende einer erfolgreichen Maßnahmeteilnahme wurde mit weiteren Schritten in Richtung Arbeitsmarkt angesetzt.

2.1.2 Teilziel 2

Alle Indikatoren und darunter zeitlich definierte Meilensteine, die auf die Erreichung des Teilziels 2 hinweisen, wurden erfüllt:

- Das Gebäude für das agt-forum – das Teilhabehaus Bonn – stand im Mai 2020, fünf Monate nach dem Zuwendungsbescheid, komplett umgebaut, für die Projektbedürfnisse hergerichtet und zum Einzug bereit, zur Verfügung. Hier hat es in Folge mehrmaliger zeitlicher Verzögerungen des Zuwendungsbescheides eine Verspätung von zwei Monaten zur ursprünglichen Planung gegeben. Der Beginn der globalen Pandemie im März 2020 war mit Auswirkungen auf die Umsetzung des Umbaus verbunden und muss bei der Bewertung der Verzögerung berücksichtigt werden.
- Alle GL waren planungsgerecht bis zu drei Monate nach dem Projektstart eingestellt. Ebenso waren die Projektkoordination/ Teamleitung und die Sachbearbeitung Finanzen zum Start des Modellprojektes eingestellt. Lediglich die nachträglich beantragte Empfangskraft zur Einlassregelung und Steuerung der Kundinnen und Kunden im Gebäude wurde zum 01.07.2020 verzögert eingestellt, was auf die spätere Beantragung zurückzuführen ist. Im Projektverlauf wurde deutlich, dass der Bearbeitungsaufwand der finanziellen Projektabwicklung mit neun Weiterleitungsempfänger*innen zu hoch für eine Sachbearbeitung Finanzen war, so dass zum 01.09.2023, nach einer langen Beantragungsfrist, eine Fachassistenz Finanzen zur Unterstützung eingestellt wurde. Bei dem Projektpersonal des Jobcenters Bonn gab es wenig Fluktuation. Drei im Projektverlauf freigewordene Stellen der GL wurden unmittelbar nachbesetzt.
- Die Qualifizierung der GL ist auf Basis eines entwickelten Schulungskonzeptes überwiegend bis zu einem Jahr nach dem Projektstart erfolgt. Aufgrund der Konsequenzen der Pandemie gab es drei Schulungen, die mit einer Verspätung im Jahr 2021 umgesetzt wurden.
- Die Partner*innen – sowohl NWP in der Form von Weiterleitungsempfänger*innen als auch KP waren Bestandteil des agt-forums. So waren alle operativen Mitarbeitenden der NWP bis Ende Juli 2020 in das Teilhabehaus eingezogen und ein Netzwerk mit den

Kooperationspartnern (KP) Agentur für Arbeit Bonn, Stadt Bonn, Landschaftsverband Rheinland und der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Rheinland war hergestellt. Lediglich die im Projektantrag vorgesehene Kooperation mit der DRV Bund konnte nicht im Rahmen des Teilhabehauses realisiert werden. Auf der Ebene der Regionalen Vernetzung im Sinne des § 25 SGB IX ist die DRV Bund ein Mitglied der Konferenz der Rehabilitations- und Teilhabeträger der Stadt Bonn. Statt der Kooperation im Modellprojekt wurden Bande mit der DRV Rheinland zum Austausch geknüpft.

- Ein Konzept der Öffentlichkeitsarbeit für das Projekt wurde mit dem Projektbeginn entwickelt und im Verlauf umgesetzt. Zentrales Element war die eigene Webseite des THH, auf der neben allen Informationen rund um das THH auch ein Podcast zur Projektentwicklung sowie ein aktuelles Programm zu allen Peer-Angeboten und (Fach-)Vorträgen abrufbar war. Zudem wurden Flyer, eine Broschüre und Postkarten zum Modellprojekt entwickelt und es fand viel Informationsarbeit innerhalb des Hauses, vor allem im Bereich Markt und Integration, statt; auch um die Zuweisung in das Projekt anzustoßen. Öffentlichkeitsarbeit fand darüber hinaus im Rahmen der Beteiligung an Aktionen wie die bundesweite „Woche der seelischen Gesundheit“ in 2024 und einem „Tag der Möglichkeiten“ im Juni 2023 statt, den das Jobcenter Bonn intern veranstaltete.

Das Ziel der Etablierung einer innovativen Organisationsform bestehend aus Mitarbeitenden des Jobcenters, NWP und KP, die in einem Gebäude auf kurzem Wege unter einem Dach zusammenwirken, wurde erreicht. Alle Beteiligten arbeiteten auf der Basis eines gemeinsamen Handlungsleitfadens im Sinne des Ziels und im Sinne der Bedarfe der Kundinnen und Kunden des Jobcenters zusammen. Die regelmäßig im Teilhabehaus präsenten operativen NWP füllten ihre „Brückenkopffunktion“ gut aus und bildeten eine funktionierende Schnittstelle zu ihren „Mutterhäusern“. Durch die „Brückenkopffunktion“ wurde ermöglicht, dass JC-Mitarbeitende und Fachexpertinnen und -experten für die Leistungen der sozialen Träger ihre Kontakte intensivierten und sich eine Multiprofessionalität bildete, mit der auf kurzem Wege unmittelbar Beratungsleistungen zur Verfügung gestellt wurden.

Die direkte Erreichbarkeit verschiedener Ansprechpartner*innen an einem Ort („One-Stop-Government“), die fallbezogene, gemeinsame zielgerichtete Zusammenarbeit zwischen Betroffenen, Jobcenter und Hilfesystem sowie der kontinuierliche interdisziplinäre Austausch unter allen Mitarbeitenden führte zu optimaleren Unterstützungsprozessen, besserer Fachlichkeit und mehr Transparenz und Verständnis für alle Beteiligten.

Im Rahmen ihrer „Brückenkopffunktion“ beteiligten sich die NWP auch an der Konzeption und Durchführung von Fachvorträgen für Teilnehmende des Modellprojektes und für Mitarbeitende des Teilhabehauses wie auch für alle interessierten IFK des Jobcenters Bonn. Die Fachvorträge für die Teilnehmenden richteten sich thematisch nach den gemeldeten Bedarfen der Zielgruppe, z.B. unter anderem „Schlafstörungen“ (LVR Klinik), „Info zur Psychiatrie“ (LVR Klinik), „Konzept WAT – Weniger Alkohol trinken“ (Fachambulanz Sucht der Caritas/Diakonie) und „Info Sozialpsychiatrie“ (Caritasverband der Stadt Bonn e.V. – Fachbereich Sozialpsychiatrie). Die Fachvorträge für die Mitarbeitenden des Teilhabehauses und des Bereiches Markt und Integration beruhten ebenso auf Nachfrage und beschäftigten sich u.a. mit den Themen „Gesetzliche Betreuung“ (Diakonisches Werk Bonn und Region – gemeinnützige GmbH), Suchterkrankung und Suchtgedächtnis (Fachambulanz Sucht der Caritas/Diakonie) und „Suizidalität“ (LVR Klinik).

Des Weiteren beinhaltete die Ausübung der „Brückenkopffunktion“ auch eine aktive und regelhafte Beteiligung an den Peer-Angeboten. Einige der Peer-Angebote wurden allein von den NWP konzeptioniert und stetig in der Durchführung begleitet, auch wenn ein/e GL mit Einlass der Teilnehmenden und zeitweiser Begleitung bei der Durchführung unterstützte. Die Unterstützung durch die GL war notwendig, da die NWP aufgrund des Datenschutzes keine Teilnehmendenlisten führen durften, so dass nur ein/e GL die An- oder Abwesenheit der gemeldeten Teilnehmenden feststellen und vermerken konnte.

Im Hinblick auf die Zielsetzung des Bundesprogramms rehapro „Prävention vor Rehabilitation, Rehabilitation vor Rente“ wurden im Modellprojekt für jeden Teilnehmenden alle individuellen Möglichkeiten ausgeschöpft, um eine Prozessfähigkeit (wieder-)herzustellen und den Weg in Arbeit (wieder) aufnehmen zu können. Erhebungen aus der Teilnehmendendatenbank COSACH ergaben, dass ein Viertel aller Teilnehmenden im Modellprojekt bei der Aussteuerung zum Ende der individuellen Projektlaufzeit wieder prozessfähig waren. Selbst wenn die Prozessfähigkeit nicht wieder hergestellt werden konnte, so gelang es bei weiteren Teilen der Betroffenen eine fachärztliche Anbindung zu

realisieren und Hilfsangebote zu mobilisieren, so dass zumindest der gesundheitliche Zustand so weit stabilisiert werden konnte, dass zurück im Regelgeschäft längerfristig weiterhin an einer Verbesserung gearbeitet werden konnte, um Erwerbsminderung zu vermeiden und berufliche sowie soziale Teilhabe zu verbessern. Mit Hilfe der innovativen Angebote wie der beiden Vergabemaßnahmen und der zahlreichen Peer-Angebote wurde für ein weiterer Teil mindestens soziale Teilhabe realisiert. Letztlich wird es auch als ein Erfolg angesehen werden, dass sich durch die Unterstützung im THH – u.a. in der Zusammenarbeit mit Rehabilitationsträgern – möglichst wenige Reibungspunkte an den Schnittstellenprozessen wie z.B. der Überführung in Erwerbsminderungsrente ergaben.

2.1.3 Teilziel 3

Auch bei Teilziel 3 deuten alle erfüllten Indikatoren auf eine Erreichung des Teilziels hin:

- Wie bereits bei entsprechendem Indikator zu Teilziel 1 beschrieben lagen abgestimmte Prozessbeschreibungen zur Arbeits- und Gesundheitsförderung sowie Verfahrensregelungen zur Übergabe bzw. Vermittlung von Leistungsbeziehenden vor.
- Der Indikator „Diagnoseverfahren“ wurde im Projektverlauf hinsichtlich der Bezeichnung modifiziert. Unter Beteiligung von Fachärztinnen/-ärzten sowie Sozialarbeiter*innen der LVR Klinik und IFK des Jobcenters Bonn wurde ein sogenannter „Screeningbogen“ statt eines „Diagnoseverfahrens“ entwickelt. In Abstimmung mit den Fachexpertinnen und -experten der LVR Klinik hatte sich herausgestellt, dass ein „Diagnoseverfahren“ eine unkorrekte Bezeichnung für ein Tool zur Bedarfsermittlung war, da ein Tool niemals eine individuelle ärztliche Diagnostik ersetzen kann. Der „Screeningbogen“ wurde mit dem Ziel entworfen die IFK bei der Bedarfsermittlung und Identifikation der Zielgruppe des THH zu unterstützen, indem er die voraussichtliche Existenz psychischer Beeinträchtigungen und/ oder Abhängigkeitserkrankungen aufdeckt. Der Fragebogen besteht aus 20 einfachen, verständlichen Fragen, die in einem ruhigen Setting freiwillig von den Kundinnen und Kunden, die potenziell zur Zielgruppe des THH gehören, ausgefüllt werden können. Nach dem Ausfüllen wird der Fragebogen entlang einer Falzmarke geknickt; wurden 10 der 20 Fragen in einem rechts äußeren markierten Bereich angekreuzt, entspricht die Kundin/ der Kunde der Zielgruppe. Der „Screeningbogen“ wurde nach seiner Konzeption mittels Informationsangeboten in den Teams des Bereiches Markt und Integration implementiert und war seit Januar 2023 im Einsatz. Ein beiläufiges Ergebnis war, dass der „Screeningbogen“ in der Praxis wenig genutzt wurde. Die Zusteuerung zum Modellprojekt erfolgte auch nach Einführung des „Screeningsbogens“ überwiegend ohne seine Nutzung. Dies ist darauf zurückzuführen, dass das THH seit dem Beginn des Modellprojektes diverse Angebote unterbreitet hat, um die IFK über die Inhalte des Projektes und die konkrete Zielgruppe, die von den Inhalten profitieren kann, zu informieren. Neben dem stetigen Angebot über Fallbesprechungen direkten Kontakt mit den GL aufzunehmen, haben regelmäßige Sprechstunden in den Teams stattgefunden, es gab sogar phasenweise das Experiment eines Bereitschaftsdienstes der GL zur Direktaufnahme von potentiellen Teilnehmenden, es wurden aktuelle Informationen innerhalb eines Projekte-Cockpits und auf der Webseite zur Verfügung gestellt und das THH konnte am „Tag der Möglichkeiten“ nicht nur von Kundinnen und Kunden, sondern auch von Mitarbeitenden besucht werden. Im Rahmenden einer lernenden Organisation wurden darüber hinaus Fachvorträge speziell für Mitarbeitende angeboten, um im Umgang mit der Zielgruppe zu sensibilisieren, Stigmata abzubauen und auch zur Identifikation betroffener Personen beizutragen. Es kann, auch nach Rückmeldungen durch die Integrationsteams des Hauses, die Hypothese aufgestellt werden, dass der „Screeningbogen“ zum Zeitpunkt der Implementation aufgrund der vielen anderen Angebote des THH keinen besonderen Mehrwert mehr hatte. Nichtsdestotrotz wurden die IFK ermutigt den Bogen zu nutzen und zu erproben. Die erfolgten Rückmeldungen ließen auch den Schluss zu, dass ein angemessenes Setting für das Ausfüllen des Fragebogens in gewöhnlichen Beratungsgesprächen, die vorwiegend den Integrationsprozess in den Blick nehmen, oft weder thematisch noch zeitlich gegeben ist und auf Seiten der IFK die Sorge bestand, schwerwiegende Themen aus dem Fragebogen wie u.a. auch Suizidgedanken nicht adäquat auffangen zu können.
  Dies wiederrum belegt den Bedarf eines Jobcenters an spezifisch qualifiziertem Personal im Bereich Markt und Integration wie den GL, um einer nachhaltigen und erfolgsorientierten Arbeit mit der Zielgruppe gerecht werden zu können.
- Die Anzahl gemeinsamer Beratungen und Fallbesprechungen hat über den Projektverlauf deutlich zugenommen. Aus den Monitoringdaten kann entnommen werden, dass mehr als

die Hälfte aller Teilnehmenden, die dem Monitoring zugestimmt haben, neben Beratungen durch eine/n GL auch Beratung durch mindestens eine/n NWP erhalten haben. Ferner fanden Beratungen auch unter den Mitarbeitenden in der Form von (anonymisierten) Fallberatungen mit ein oder mehreren Beteiligten statt. Vom Erhebungszeitraum von Dezember 2020 bis Dezember 2023 haben sich die gemeinsamen Fallbesprechungen von anfangs 133 auf 2.759 gesteigert. Durchschnittlich haben für eine/n Teilnehmende/n ca. 6 Fallbesprechungen stattgefunden. Von Dezember 2020 bis Dezember 2021 stiegen die Fallbesprechungen um 714 (von 133 auf 847) an. Im Dezember 2022 hatten bereits 1856 Fallbesprechungen stattgefunden. Ein Teil dieser erheblichen Zunahme – vor allem bei Betrachtung des Jahres 2021 zu 2022 – kann möglicherweise auch darauf zurückgeführt werden, dass die Schwelle für die Umsetzung einer Fallbesprechung unter den Kontaktbeschränkungen der Pandemie ab Ende 2021 sukzessive gesunken ist und ab Juli 2022 mit der Auflösung aller Kontaktbeschränkungen nahezu verschwunden war. Das letzte Erhebungsdatum in 2024 belegt insgesamt 3.126 Fallbesprechungen während der Projektlaufzeit. Diese Zunahme zum Dezember 2023 zeigt, dass an den Fallbesprechungen stetig bis zum Ende des Projektes als gewinnbringende Form der gemeinsamen Fallbearbeitung festgehalten wurde.

- Schnittstellenprobleme konnten reduziert werden, indem der Zugang zu dem Rehabilitationsträger Agentur für Arbeit Bonn durch die Zusammenarbeit mit der Rehabilitationsberaterin der Agentur für Arbeit und für den Landschaftsverband Rheinland mit den FM des Landschaftsverbands besteht. Beide waren wöchentlich auch im Teilhabehaus präsent. Für Teilnehmende konnten so kurze Wege und direkte Unterstützung realisiert werden. Bedarfe wurden bestmöglich aufeinander abgestimmt und offene Fragen wurden schnell geklärt. Mit der regelmäßigen Konferenz der Rehabilitations- und Teilhabeträger der Stadt Bonn, die seit Februar 2021 einmal im Quartal tagt, wurde ein Grundstock für eine regionale Arbeitsgemeinschaft nach § 25 SGB IX gelegt. Rechtkreisübergreifende „Lernzirkel“ wurden mit der Verabschiedung einer „Vereinbarung zur Umsetzung der gemeinsamen Empfehlung Rehabilitationsprozess nach § 26 Absatz 2 SGB IX“ als Verfahrensabsprache bereits fest verankert.

Auf Grundlage abgestimmter Prozessbeschreibungen wurde eine vernetzte und fallorientierten Zusammenarbeit aller Akteure erreicht. Innerhalb dieser wurde eine Kombination von Gesundheitsförderung mit Arbeitsförderung ermöglicht. Alle fünf Indikatoren des Teilziels wurden erfüllt. Durch die Schaffung von Austauschformaten auf verschiedenen Ebenen, standardisierten Arbeitsvorgängen und das Arbeiten an einem gemeinsamen Ziel konnte ein gegenseitiges Rollenverständnis entwickelt und mehr und mehr Schnittstellenprobleme reduziert werden. Mit der LVR Klinik wurde ein mit dem „Screeningbogen“ ein Verfahren zur frühzeitlichen Erkennung psychischer Beeinträchtigungen implementiert. Im Projektverlauf ist anhand quantitativer Erhebungen der wissenschaftlichen Begleitung durch FOGS deutlich erkennbar, dass die Anzahl an gemeinsamen Beratungen und Fallbesprechungen konstant gestiegen ist[12]. Der Wissensaustausch und die Plattform einer lernenden Organisation wurde wertgeschätzt und genutzt. Mit der Konferenz der Rehabilitations- und Leistungsträger in der Stadt Bonn hat sich aus dem Auftrag des Modellprojektes THH ein rechtskreisübergreifender Lernzirkel bilden können.

2.1.4 Teilziel 4

- Selbsthilfegruppen und moderierte Gesprächskreise haben sich gegründet. Eine während des Projektverlaufes durchweg aktive Arbeitsgruppe – bestehend aus GL und NWP – beschäftigte sich mit der Konzeption, Organisation und Durchführung von Peer-Angeboten. Für jedes Angebot gab es feste Ansprechpartner*innen und durchführende Mitarbeitende; oft ein Tandem aus NWP und GL. Die ersten Peer-Angebote starteten 2021. Aufgrund der Kontaktbeschränkungen in Folge der Pandemie startete das THH mit Angeboten, die an freier Luft umgesetzt werden konnten, z.B. die Spaziergänge. Mit der Verringerung einschränkender Hygienemaßnahmen wurden die Angebote seit 2022 stark ausgebaut. Die verschiedenen Angebote wurden nach Bedarfsermittlung bei den Teilnehmenden gestaltet und wurden von Monat zu Monat unterschiedlich frequentiert. Beliebte Peer-Angebote wie u.a. das gemeinsame Kochen und der Kreativtreff hatten sich fest etabliert. Je nach Evaluation

[12] Siehe Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung FOGS, Modellprojekt Teilhabehaus Bonn, gefördert im Rahmen des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“, im Auftrag des Jobcenters Bonn, Köln Dezember 2024, S. 84.

wurden einige der Peer-Angebote mit neuen Angeboten ersetzt. Ein „offener Treff“, der sich im grundsätzlichen Sinne von Peer-Gruppen in der Weise entwickelt hat, dass immer ein gleicher Kern von Teilnehmenden den Treff besucht und eigene Themenideen entwickelt, hatte sich institutionalisiert.
Insbesondere ab Mai 2023 konnte ein weiterer Anstieg der Teilnahme an den Peer-Angeboten verzeichnet werden. Es fanden in 2023 und 2024 bis zu 15 Peer-Angebote pro Monat statt. Die Resonanz der Teilnehmenden zu den Peer-Angeboten war sehr gut. Die Selbsthilfepotentiale wurden gestärkt und auch die Sozialkompetenz von Teilnehmenden konnte durch die regelmäßige Teilnahme erhöht werden. Daneben waren die Peer-Angebote ein besonders niederschwelliges Instrument für Teilnehmende, die aufgrund ihrer Erkrankung noch kein regelmäßiges Angebot wie die innovativen Vergabemaßnahmen wahrnehmen konnte oder zunächst Berührungsängste mit Gruppenangeboten hatten.

Sowohl aus der Vor- und Nachmittagsgruppe der Teilnehmenden der innovativen Vergabemaßnahmen hatten sich selbstorganisierte Peergroups gebildet, als auch aus Peer-Angeboten wie dem Spiele-Treff hatte sich eine Selbstwirksamkeit entwickelt, die befähigte, die Angebote ohne Beisein und Moderation von Projektmitarbeitenden selbstständig und eigeninitiativ umzusetzen. Daneben erkannten Teilnehmende des Modellprojektes eine Nachfrage zu speziellen Themen innerhalb der Zielgruppe und schlugen vor ihre Fachkenntnisse an andere Teilnehmende zu multiplizieren, so dass Veranstaltungen zu Kommunikationstechniken sowie ein Computer-Treff als eine Art von „Selbsthilfegruppen“ entstanden.

- Die psychische Stabilität und das Selbstwertgefühl der Betroffenen wurden gestärkt. Der Indikator wurde durch eine anonyme Befragung durch FOGS zum Eintritt und zur Beendigung der individuellen Projektlaufzeit erhoben (Beschreibung siehe auch Teilziel 1 „Zufriedenheit und Lebensqualität der Teilnehmenden nehmen um 50% zu.“).
  Abgefragt wurden 10 Aussagen/Items zum Selbstwertgefühl. Fast alle Items zeigten eine deutliche Verbesserung. Insbesondere im Bereich „Alles in allem bin ich mit mir selbst zufrieden“ hat es eine deutliche Steigerung um fast 50% von Projekteintritt bis Projektaustritt gegeben. Um mehr als ein Drittel haben sich folgende beiden Items verbessert: „Ich habe eine positive Einstellung zu mir selbst gefunden“ und „Ich fühle mich von Zeit zu Zeit richtig nutzlos“. Auch in den anderen Bereichen gab es Verbesserungen. So neigten die Teilnehmenden zum Zeitpunkt der Austrittsbefragung weniger dazu, sich für Versager zu halten und glaubten weniger, nichts zu taugen. Sie hatten mehr Achtung vor sich selbst und hielten sich öfter für einen wertvollen Menschen. Zudem schätzten sie öfter, dass es mehr Dinge gibt, auf die sie stolz sein können, glaubten öfter, vieles genauso gut wie andere zu können und ordneten sich selbst öfter gute Eigenschaften zu. Gesamt betrachtet: Die Befragung legte für ein niedriges Selbstwertgefühl ein Ergebnis von 0 bis 15 Punkten zu Grunde. Über die befragten Teilnehmenden im THH hinweg waren vor der Programmteilnahme 61,8% der Teilnehmenden in dieser Gruppe, nach der Programmteilnahme waren es nur noch 38,9%. Ein hohes Selbstwertgefühl wird bei Werten zwischen 20 und 30 angenommen. Personen in diesem Bereich zeigen i.d.R. ein starkes, positives Selbstwertgefühl. Sie haben eine hohe Selbstachtung, fühlen sich wertvoll und sind zufrieden mit sich selbst. Vor der Programmteilnahme waren 14,7% der Teilnehmenden in dieser Gruppe, nach der Programmteilnahme sogar 44,4%. Damit hatte sich auch die psychische Stabilität der Teilnehmenden im Verlauf des Projektes positiv entwickelt. Dies hat FOGS im Rahmen von Interviews und Fokusgruppengesprächen mit Teilnehmenden erhoben und auch den Eindruck der GL berücksichtigt.
- Die Hälfte aller Projektteilnehmenden nimmt während der Projektlaufzeit an einer Präventionsmaßnahme teil. Als quantitatives Ergebnis musste festgehalten werden, dass keine Teilnehmenden des Modellprojektes THH parallel an Präventionsmaßnahmen der Krankenkassen teilnahmen.
  Im Projektantrag hatte die Aufstellung des Ziels, dass 50% der Teilnehmenden an Präventionsmaßnahmen teilnehmen, einen konkreten Bezug zu einem beantragten Sportbudget. Das teilnehmerbezogene Sportbudget sollte Teilnehmenden bessere Rahmenbedingungen ermöglichen, um an klassischen Präventionsmaßnahmen teilnehmen zu können. Es wurde bei der Antragsstellung bereits die Gefahr gesehen, dass die Zielgruppe des Teilhabehauses aufgrund verschiedener Hürden nicht an den Präventionsmaßnahmen des SGB V teilnehmen würde. Erfahrungsbedingte Hintergründe dieser Annahme sind beispielsweise, dass eLB fast immer große Schwierigkeiten haben, den erforderlichen Eigenanteil für die Präventionsmaßnahmen der Krankenkassen aus ihren finanziellen Mitteln aufzubringen. Bei der Zielgruppe des Teilhabehauses kam hinzu, dass die Sorge der Teilnehmenden bestand, die

erforderlichen 80% der Teilnahmezeit an der Präventionsmaßnahme wegen ihrer instabilen persönlichen Situation nicht erfüllen zu können. Mit dieser Sorge stieg dann auch das „finanzielle Risiko“ der Teilnahme in Relation zu einer Kosten-Nutzen-Rechnung. Das Sportbudget sollte diese Hemmnisse ausgleichen, wurde jedoch in der Antragsphase gestrichen, so dass eine Erreichung dieses Ziels nicht mehr möglich war.
Auch wenn der Indikator nicht erfüllt wurde, lieferte er einen Erkenntniswert:
Betroffene der Zielgruppe des Teilhabehauses schrecken vor der Wahrnehmung von Präventionsmaßnahmen des SGB V aus Sorge vor finanziellen Verlusten in Folge von Abbrüchen zurück. Das wurde auch in den Beratungen gespiegelt, wenn die GL zur Wahrnehmung und über die Chancen von Präventionsleistungen informiert und beraten haben. Ohne teilnehmerbezogenes Zusatzbudget birgt die Teilnahme an klassischen Präventionsleistungen des SGB V aus Sicht der Teilnehmenden ein zu hohes finanzielles Risiko und ist somit zu „hochschwellig“ für die Zielgruppe des THH. Der Indikator wurde nicht erreicht; jedoch wurde ein Erkenntniswert gewonnen und eine Hypothese bestätigt.

Das Teilziel wurde bei Erfüllung von zwei der drei Indikatoren erreicht und lieferte weitere Erkenntniswerte. Monatlich fanden bis zu 15 Peer-Angebote statt, die von den Teilnehmenden überwiegend gut angenommen wurden. Die Peer-Angebote erfüllten das Ziel die gesundheitliche Entwicklung zu fördern, „soft und social skills“ zu (re-)aktivieren oder diese in Gruppenformaten zu üben. Sie ermöglichten auch einen Austausch unter Gleichgesinnten, um die Selbsthilfepotenziale zu stärken und Teilhabe zu bieten. Teilweise entwickelten sich daraus durch die Teilnehmenden eigenständige organisierte und autonom durchgeführte Peer-Gruppen. Durch die Teilnahme am Modellprojekt konnte das Selbstwertgefühl gestärkt werden, wie eine Erhebung durch Fragebögen belegte. Eine Steigerung des Selbstwertgefühls ging oft auch mit einer Stärkung der Selbsthilfepotentiale einher. Auch die beiden innovativen Vergabemaßnahmen bewirkten eine Stärkung der Selbsthilfepotentiale wie in Fokusgruppen durch Teilnehmende rückgemeldet wurde[13].

[13] Siehe Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung FOGS, Modellprojekt Teilhabehaus Bonn, gefördert im Rahmen des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“, im Auftrag des Jobcenters Bonn, Köln Dezember 2024, S. 109.

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

Um Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen im Bereich der psychischen- und/ oder Abhängigkeitserkrankungen zielgerichteter und nachhaltiger bei der (Wieder-) Herstellung ihrer Prozessfähigkeit und so auf dem Weg zu beruflicher und gesellschaftlicher Teilhabe unterstützen zu können, wurden im Rahmen des Modellprojekts innovative Ansätze getestet. Dabei standen die Entwicklung, Erprobung und Implementierung

- kombinierter Arbeits- und Gesundheitsförderung,
- einer neuen – adressatengerechten – Organisationsstruktur,
- einer quantitativ und qualitativ intensiveren, zielgruppenspezifischeren Betreuung,
- und die Stärkung des Selbsthilfepotentials von Kundinnen und Kunden

im Mittelpunkt des Projekts. Im Folgenden sollen diese vier für das TTHH charakteristische Innovationsbereiche näher betrachtet werden.

3.1 Kombinierte Arbeits- und Gesundheitsförderung im Beratungsprozess

Für die Überwindung des Leistungsbezuges bietet die derzeit übliche Praxis im Rahmen der Arbeitsvermittlung des SGB II beinahe ausschließlich Leistungen der Arbeitsförderung an. Die Schwerpunkte der täglichen Arbeit im Jobcenter liegen gemäß dem gesetzlichen Auftrag vor allem auf der Beendigung und Reduzierung von Hilfebedürftigkeit durch Vermittlung in Arbeit, durch Unterstützung im Bewerbungsprozess, Überwindung fehlender beruflicher Qualifikationen mittels Einsatzes von Bildungsangeboten sowie durch Zuweisung in geförderte Beschäftigung. Die zur Verfügung stehenden Eingliederungsleistungen der §§ 16ff SGB II sind zur Erfüllung dieser Zwecke in den letzten Jahren kontinuierlich erweitert worden. Eine Verzweigung in die Arbeitsförderung des SGB III ist selbstverständlich. Die Grundidee des SGB II, Hilfebedürftigkeit durch Arbeitsaufnahme zu verringern bzw. zu beenden, hat nach wie vor oberste Priorität.

Die Aufgaben und Ziele der Grundsicherung für Arbeitsuchende werden im §1 SGB II ausführlich aufgelistet. Neben der bereits beschriebenen Ausrichtung auf die Vermeidung, Beseitigung, Verkürzung oder Verringerung der Hilfebedürftigkeit (§1, Abs. 2, Satz 1 SGB II) heißt es in § 1, Abs. 2, Satz 2 des SGB II weiterhin, dass es ebenfalls Aufgabe der Grundsicherung für Arbeitsuchende sei, die Erwerbsfähigkeit einer leistungsberechtigten Person zu erhalten, zu verbessern oder wieder herzustellen. In Hinblick auf die zunehmende Anzahl von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen im SGB II Leistungsbezug kann jedoch festgestellt werden, dass qualifizierte Beratung sowie passgenaue Hilfe- und Unterstützungsangebote zur Erhaltung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, zur Beseitigung und Verhinderung drohender Erwerbsminderung, sowie zur Verringerung von chronischen Erkrankungen im Arbeitsmarkt- und Integrationsprogramm des Jobcenters Bonn weiterhin eine untergeordnete Rolle spielen.

Um den Aufgaben des § 1, Abs. 2, Satz 2 des SGB II gerecht zu werden, muss der Beratungskontext in der Grundsicherung um Aspekte der Gesundheitsförderung erweitert werden. Das THH hat sich daher als übergreifendes Ziel gesetzt, im Rahmen eines innovativen Ansatzes Arbeits- mit Gesundheitsförderung unmittelbar miteinander zu verknüpfen.

Kombinierte Angebote der Arbeits- und Gesundheitsförderung wurden im THH konzipiert und über die fünfjährige Projektlaufzeit getestet. Hierzu zählen zum einen die enge Zusammenarbeit und Vernetzung der an das Jobcenter System angebundenen GL mit den Mitarbeitenden der angebundenen Träger (NWP und KP). Bereits aus den inhärenten Rollen, dem unterschiedlichen Verständnis und dem teils abweichenden gesetzlichen Aufträgen kam es im Rahmen der täglichen Zusammenarbeit zu einer stetigen Vernetzung beider Komponenten. Dabei standen die GL als Mitarbeitende des Jobcenters mit direktem Zugriff auf verschiedene Eingliederungsleistungen des SGB II zur Arbeitsförderung sowie dem originären Auftrag der Integration und dem entsprechenden Know-how für das

Element der Arbeitsförderung. Die Mitarbeitenden der NWP und KP mit ihrer Expertise in gesundheitlichen Themen, ihren besonderen Angeboten zur (Wieder-)Herstellung und Stabilisierung der Gesundheit sowie dem Vermögen unmittelbar an weitere Angebote anknüpfen zu können (Brückenkopffunktion), standen für das Element der Gesundheitsförderung. Durch die fallorientierte Zusammenarbeit beider Gruppen auf kurzen Wegen unter einem Dach konnte die Verknüpfung gelingen. Alle Prozesse, die für reibungslose Abläufe zur Zusammenarbeit in der besonderen Organisationsform konzipiert wurden, sind Bestandteil dieser Verknüpfung. Arbeitsförderung und Gesundheitsförderung wurden auf diese Weise gleichwertige Bestandteile des Beratungsprozesses im THH.

Zum anderen wurden mit der Konzeption, Ausschreibung und Umsetzung der beiden innovativen Vergabemaßnahmen bei Trägern (MAT) Angebote seitens des Jobcenters geschaffen, die bestehende Leistungen der Arbeitsförderung sinnvoll ergänzen und den aus § 1, Abs. 2, Satz 2 des SGB II resultierenden Aufträgen Rechnung tragen. Die beiden im Rahmen des THH implementierte Vergabemaßnahmen „Neue Horizonte – Ein Selbstwirksamkeitstraining“ und die „Gesundheitswerkstatt – Ganzheitliche Bewegungsangebote“, waren niederschwellig und für die Bedarfe der Zielgruppe passgenau konzipiert. Teilnehmenden wurde durch den Besuch der MAT die Möglichkeit gegeben, zunächst aktiv, zielorientiert und mit kontinuierlicher Begleitung an der Verbesserung ihrer aktuellen Einschränkungen und der gegebenen Rahmenbedingungen im gesundheitlichen und persönlichen Bereich zu arbeiten. Der Fokus wurde somit zunächst auf das Thema Gesundheit gelegt. Durch angeleitete Kreativ-, Sport-, Ernährungs- und Entspannungsangebote begleitet durch Einzel- und Gruppencoachings konnten die Teilnehmenden Selbstvertrauen gewinnen, sich mit anderen Betroffenen austauschen und vernetzen und durch die regelmäßige Teilnahme an Tagesstruktur gewinnen. Die Verknüpfung zur Arbeitsförderung fand fortlaufend begleitend durch Einzelgespräche sowohl beim Träger der MAT, als auch bei den zuständigen GL statt. Besonders zum Ende einer erfolgreichen Maßnahmeteilnahme wurden Perspektiven, Möglichkeiten und die konkret nächstens Schritte hin zu einer (kleinschrittigen) Integration in den Arbeitsmarkt in gemeinsamen Gesprächen geplant und initiiert. Durch die wissenschaftliche Begleitung FOGS durchgeführte Fokusgruppengespräche mit den Teilnehmenden an den Vergabemaßnahmen ergaben, dass durch die Teilnahme in Verbindung mit der Beratung im THH eine Arbeitsaufnahme bei vielen überhaupt erst wieder in den Bereich des Möglichen rückte. Verglichen mit Vergabemaßnahmen des Regelgeschäftes die einen höheren Anteil an Arbeitsförderung haben, über 15 Stunden Teilnahme pro Woche voraussetzen und lediglich in Anteilen die Gesundheitsförderung beinhalten, war die Abbruchquote der innovativen MAT zwei Drittel niedriger.

FOGS attestiert dem Jobcenter Bonn im Rahmen ihres Abschlussberichts, dass mit der Implementierung des THH gelungen sei,

> *eine vernetzte und personenzentrierte Zusammenarbeit zwischen den GL und NWP vor allem mit Blick auf gesundheitsfördernde Angebote umzusetzen: Gesundheitliche Bedarfe der Teilnehmenden konnten dabei frühzeitiger aufgegriffen und durch die „gebündelte Expertise“ der Netzwerk- und Kooperationspartner passgenaue Hilfe-/Unterstützungsangebote bereitgestellt werden.*[14]

Zudem konnte laut FOGS das innovative Vorhaben, Arbeits- und Gesundheitsförderung (frühzeitig) und im Rahmen des Beratungskontext im SGB II miteinander zu kombinieren erfolgreich umgesetzt werden. Auf diese Art und Weise konnte am Projekt teilnehmenden betroffenen Leistungsbeziehenden im SGB II, ausgehend von ihren zum Teil sehr komplexen individuellen Unterstützungsbedarfen, kombinierte, passgenaue Beratung, Arbeits- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen angeboten werden.[15]

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass um den in §1 SGB II aufgezählten Aufgaben und Zielen der Grundsicherung für Arbeitsuchende gerecht werden zu können, die Verknüpfung von Gesundheits- und Arbeitsförderung unerlässlich ist. Nur so kann gewährleistet werden, dass auch der wachsende Anteil an eLB mit gesundheitlichen Einschränkungen, die sich vor allem zunehmend als psychische Beeinträchtigungen herauskristallisieren, zielführende Beratung und die dazu passenden Unterstützungsangebote erhalten kann.

---

[14] Siehe Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung FOGS, Modellprojekt Teilhabehaus Bonn, gefördert im Rahmen des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“, im Auftrag des Jobcenters Bonn, Köln Dezember 2024, S. 101.

[15] Ebd., Kapitel 5.

3.2 Arbeiten „unter einem Dach“: das THH als innovative Organisationsform

In Bonn gibt es eine Vielzahl unterschiedlichster Hilfe- und Unterstützungsangebote für Menschen mit vermuteten und diagnostizierten psychischen und/oder Abhängigkeitserkrankungen (und deren Angehörigen), die von diversen Trägern und Einrichtungen angeboten werden. Als besonders niedrigschwelliges Informationsangebot veröffentlicht die Stadt Bonn unter anderem in regelmäßigen Abständen bereits seit 1990 den psychosozialen Beratungsführers „Gewusst wo!!“[16], der in Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten und Leistungsanbietenden erarbeitet wird und einen guten Überblick über die beeindruckende Vielfalt an Beratungs- und Unterstützungsangeboten der Kommune liefert. Darüber hinaus werden Hilfs- und Unterstützungsangebote über diverse einschlägige Kanäle sicht- und hörbar kommuniziert, so dass Angebote und Informationen zuverlässig verfügbar sind.

Dennoch zeigt sich im Rahmen der Beratungsgespräche im Jobcenter Bonn immer wieder, dass Zugangsbarrieren inhaltlich und räumlich hoch sind und Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen häufig aus den unterschiedlichsten Gründen nicht bei den Beratungsstellen und Einrichtungen ankommen. Fehlende Informationen, Unsicherheiten bei der Wahl des „richtigen“ Angebots, Angst vor Stigmatisierung aufgrund der bestehenden Arbeitslosigkeit oder der Erkrankung aber auch Sprachbarrieren, Scham und Vermeidungsstrategien sind häufig genannte Gründe, warum Probleme im gesundheitlichen Bereich lange nicht angegangen werden. Die angespannte Lage bei (Fach-)ärzten und -ärztinnen, Therapeuten und Therapeutinnen sowie anderen medizinischen Einrichtungen, mit denen zudem häufig lange Wartezeiten und Wartelisten verbunden werden, verschärfen die Lage zusätzlich. Neben Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit sind Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen von langer Dauer, Terminabsagen aus gesundheitlichen Gründen, das beständige Verschieben und häufige Abbrechen von Förderangeboten (von der Teilnahme an einer Arbeitsgelegenheit oder Maßnahme bei einem Träger über Sprachkurse bis hin zu Qualifizierungen) sowie (drohende) Langzeitarbeitslosigkeit die logische Folge. Hinzu kommt, dass gesundheitliche Themen im Beratungskontext des SGB II bisher nicht immer adäquat aufgegriffen werden. Fehlendes Wissen seitens der IFK, fehlende passgenaue Angebote mit Fokus auf der Gesundheitsförderung sowie eine unzureichende Vernetzung der Träger führen dazu, dass betroffene Menschen mit ihren gesundheitlichen Problemen oft nicht geholfen wird/ werden kann. Zudem muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass zum Teil auch die festgelegten Zuständigkeiten und Regelungen innerhalb der Rechtskreise eine umfassende Hilfe auch ausbremsen können. So können aufgrund der fehlenden Rechtsgrundlage derzeit im Regelgeschäft des SGB II noch keine MAT mit Schwerpunkt auf die Gesundheit angeboten werden, da diese, z.B. in Form von Präventionskursen, vorrangig in der Zuständigkeit der Krankenkassen (SGB V) liegen. Präventionskurse können jedoch häufig von SGB II Leistungsbeziehenden nicht genutzt werden, da zumeist eine Vorauszahlung der Kursgebühr mit Erstattung nach Kursabschluss bei regelmäßiger Teilnahme vorgesehen ist; für SGB II Leistungsbeziehende meist nicht finanzierbar.

Im Rahmen des Modellprojekts wurde mit dem THH ein Ort innerhalb des Jobcenter Gefüges geschaffen, an dem Menschen mit psychischen Einschränkungen und/oder Abhängigkeitserkrankungen nicht mehr alleine gelassen werden. Neben der aus der klassischen Arbeitsvermittlung bekannten Arbeitsförderung/ Arbeitsvermittlung wurde mit der Gesundheitsförderung eine zweite Komponente in den Fokus der Beratung gerückt. Da gesundheitliche Belange im Rahmen des SGB II bisher zumeist nur im Kontext von beruflichen Rehabilitationsverfahren[17] oder im Integrationsprozess als Vermittlungshemmnis bzw. zu beachtendes Kriterium bei der Vermittlung von Menschen mit festgestellter (Schwer-) Behinderung oder Gleichstellung eine Rolle spielten, benötigte es neben der Bereitstellung geeigneter Räumlichkeiten auch spezifisch geschulte Mitarbeitende und ein stabiles Netzwerk an Experten und Expertinnen von Reha-Trägern, Wohlfahrtsverbänden und lokalen Kooperationspartnern, um das Modellvorhaben umsetzen zu können.

Ziel war die Schaffung einer innovativen Organisation im Sinne eines „One-Stop-Governments“. Unter dem Leitspruch „Gewährung von Leistungen wie aus einer Hand“ konnten die auf Arbeits- und

[16] Pressemitteilung der Stadt Bonn vom 29.04.2025 zur Neuauflage des psychosozialen Beratungsführers: https://www.bonn.de/pressemitteilungen/april/neue-auflage-des-bonner-psychosozialen-beratungsfuehrers-gewusst-wo-ist-da.php (abgerufen am 07.05.2025).
[17] Gemeint sind Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen eines beruflichen Rehabilitationsverfahrens.

Gesundheitsförderung ausgerichteten Beratungs- und Unterstützungsangebote an einem Ort gebündelt und ein möglichst niedrigschwelliger Zugang für betroffene Kundinnen und Kunden im SGB II Leistungsbezug im Jobcenter Bonn geschaffen werden.

Für die Umsetzung des Modellvorhabens wurde die Liegenschaft Rochusstrasse 4d, 53123 Bonn angemietet. Der Empfangsbereich, zwei Konferenzräume, ein gemeinschaftlich genutztes barrierefreies Büro sowie die Büros der NPW und KP wurden im Erdgeschoss, die Büros der Teamleitung, Sachbearbeitung und der GL wurden in der ersten Etage angesiedelt. Durch die räumliche Nähe und das somit geschaffene tägliche gemeinsame Arbeiten „unter einem Dach" entstand mit dem THH eine Organisationseinheit der mehrdimensionalen Betreuung, die kurze Wege zueinander und ein auf regelmäßigen Austausch basiertes vernetztes Arbeiten miteinander ermöglichte.

Durch die Niederschwelligkeit nahmen Menschen aus der Zielgruppe die Unterstützungsleistungen in Anspruch, die ohne das „One-Stop-Government" nicht bei den Trägern und Leistungserbringern angekommen wären, da entweder der Bedarf gar nicht erkannt werden würde, das Angebot nicht bekannt war oder lediglich auf die Leistungen der Träger verwiesen würde. Betroffene besitzen aber nicht die Selbstwirksamkeit die Träger eigenständig aufzusuchen. In Zusammenarbeit mit weiteren Externen wie auch den KP, die ebenfalls teilweise in regelmäßigen Abständen direkt im Hause erreichbar waren, konnte es den Teilnehmenden ermöglicht werden nicht nur alle Informationen über mögliche Leistungen zu erhalten, sondern in diese auch schneller und reibungsloser einzumünden. Wichtige Angebote wurden so für eine breitere Gruppe von Betroffenen zugänglich.

Damit die Vernetzung vieler Akteure aus unterschiedlichen Organisationen und Systemen mit unterschiedlichen Rollenbildern und Funktionen auch inhaltlich funktionieren konnte, bedurfte es zur strukturierten und zielgerichteten Zusammenarbeit neben den räumlichen Ressourcen auch inhaltliche wie fachliche Abstimmungen, sowie eine ganze Reihe standardisierter Prozesse, Austauschformate, Ziel- und Kooperationsvereinbarungen.

Gerade zu Beginn der gemeinsamen Projektarbeit gab es immer wieder Unklarheiten und Missverständnisse in Bezug auf die unterschiedlichen Rollen, die damit verbundenen Aufgaben, Aufträge, Arbeitsweisen und Expertisen der verschiedenen Mitarbeitenden im Projekt. Es darf an dieser Stelle nicht vergessen werden, dass im THH-Team Mitarbeitende mit ganz unterschiedlichen Arbeitgebern zusammenkamen, die zuvor weder ein gemeinsames Ziel derart präsent hatten noch so eng miteinander zusammenarbeiteten. Besonders deutlich und sichtbar wurde diese heterogene Struktur im Verlauf der Pandemie, als für die unterschiedlichen Mitarbeitenden ganz unterschiedliche Priorisierungen, Hygieneregelungen und Anwesenheitskonzepte bestanden. Des Weiteren waren einige Mitarbeitende nur anteilig im THH und verbrachten einen Teil ihrer Arbeitszeit in den Mutterhäusern. In Bezug auf die GL waren diese über die gesamte Projektlaufzeit auch Teil des „Jobcenter Systems" mit all den damit verbundenen Anforderungen, Regelungen und stetigen Änderungen, die das Arbeiten in einer Behördenstruktur mit sich bringt.[18]

Durch vielfältige Kommunikationsformate (für eine Auflistung siehe Punkt 1.4.5, S.13f) auf ganz unterschiedlichen Ebenen sowie die fortschreitende erfolgreiche Arbeit an einem gemeinsamen Ziel, ließen sich die Schnittstellenprobleme mit der Zeit jedoch weitestgehend auflösen. Es entwickelte sich ein großes gegenseitiges Verständnis für die unterschiedlichen Arbeitsweisen und Systemen. Das gesamte THH-Team war sensibilisiert für die Arbeitsweisen der jeweiligen Einrichtungen und lernte von verschiedenen Ansichten zu profitieren. Es bildeten sich Synergien und im Rahmen von Arbeitsgruppen und Austauschen konnten gemeinsame Ideen für neue Ansätze reifen. Für Hürden wurden gemeinsame Lösungen gefunden, die von allen akzeptiert werden konnten. Alle Mitarbeitenden zogen zuletzt zugunsten der Unterstützung der Teilnehmenden an einem Strang.

Zur Verbesserung des gegenseitigen Rollen- und Systemverständnisses und als Kommunikationsfläche für Kernthemen, die im Detail zwischen der gesamten operativen und strategischen Ebene besprochen werden mussten, trug auch die zwischenzeitlich eingerichtete „Begleitgruppe" bei. Diese tagte im Zeitraum Juni 2021 bis Februar 2022 fünfmal und war ein wichtiges Format, um Reibungsflächen erfolgreich abzubauen.

[18] In die Projektlaufzeit des THH fielen neben der Corona Pandemie und damit verbundene Verfahrensänderungen auch die Reform vom sogenannten „Hartz 4" System hin zum „Bürgergeld" inkl. Sanktionsmoratorium mit weitreichenden Änderungen der Regelungen und Abläufe.

FOGS stellt fest, dass im Verlauf des Projektes „(…) antragsgemäß ein niedrigschwelliges und rechtskreisübergreifendes Netzwerk- und Unterstützungssystem für leistungsberechtige Personen des Jobcenters unter dem Dach des THH geschaffen [wurde].“[19] Dabei stellte die Organisationsform als „One-Stop-Government“ eine wichtige Voraussetzung dar, um die benötigten Dienstleistungen gebündelt „wie aus einer Hand“ zur Verfügung stellen zu können. Sie hat laut FOGS „zur Vermeidung von Erwerbsminderung und Verbesserung beruflicher und sozialer Teilhabe beigetragen“[20]. FOGS empfiehlt im Rahmen seiner Handlungsempfehlungen die entwickelten und erprobten Netzwerkstrukturen zur zielgruppenspezifischen Beratung und Betreuung weiterhin zu nutzen.[21]

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Hilfe- und Unterstützungssysteme die rechtskreisübergreifend zusammenarbeiten, betroffene Menschen schneller erreichen und kontinuierlicher begleiten können. Hierfür bedarf es Strukturen und Prozesse. Je niedrigschwelliger und gebündelter Informationen und Unterstützungsangebote verfügbar sind, desto höher erscheint die Wahrscheinlichkeit, dass sie auch in Anspruch genommen werden.

3.3 Zielgruppenspezifische Arbeit im Teilhabehaus

Damit die konzipierten Angebote des THH auch sinnvoll und zielgerichtet genutzt werden konnten, war es notwendig, die Zielgruppe zu beschreiben und Aufnahmekriterien für die Projektteilnahme festzulegen. Da es sich um eine Projektstruktur handelte und im Rahmen von Veränderungen im gesundheitlichen Bereich häufig sensible Inhalte zur Sprache kommen müssen, sollte die Projektteilnahme freiwillig erfolgen. D.h. Kundinnen und Kunden der Arbeitsvermittlung, die zwar grundsätzlich geeignet waren an dem Projekt teilzunehmen, konnten eine Teilnahme ohne Angabe von Gründen ablehnen. Es galt jedoch die Prämisse, dass allen durch die Arbeitsvermittlung identifizierten potenziell in Frage kommenden Teilnehmenden verbindlich im Rahmen von Erstgesprächen zumindest der innovative Ansatz und die Unterstützungsangebote des THH vorgestellt werden sollte.

Zur Zielgruppe des Projekts gehörten eLB[22] mit vermuteten oder diagnostizierten psychischen Erkrankungen und/oder Abhängigkeitserkrankungen aus denen sich ein Handlungsbedarf ergeben hat. Ein gewisses Maß an sprachlicher Verständigung zu gesundheitlichen Themen (Deutschkenntnisse) wurden ebenso vorausgesetzt wie ausreichende Veränderungsbereitschaft. Da die (Wieder-)Herstellung der Prozessfähigkeit als übergeordnetes Ziel definiert war, wurden keine Kundinnen und Kunden aufgenommen, bei denen zum Zeitpunkt der angefragten Aufnahme ins Projekt die Klärung der Erwerbsfähigkeit unausweichlich und vorrangig war.

Im THH wurden somit Kunden und Kundinnen betreut, die aus gesundheitlichen Gründen die regulären Eingliederungsleistungen des SGB II nicht mehr oder nicht erfolgreich (wiederholte Abbrüche) nutzen konnten. Zur Identifizierung der Zielgruppe wurden die IFK mit regelmäßigen angebotenen Sprechstunden, Fallbesprechungen, Fachvorträgen zu relevanten Themen und der Entwicklung eines Screeningbogens unterstützt.

Repräsentativ für Kundinnen und Kunden des THH waren:

- Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen von langer Dauer
- ein attestiertes aufgehobenes Leistungsvermögen bis zu 6 Monaten
- nicht diagnostizierten aber vermuteten gesundheitlichen Einschränkungen
- unversorgte oder unzureichend versorgte diagnostizierte gesundheitlichen Einschränkungen
- wiederholte Abbrüche bei Integrationsleistungen
- wiederholter Verlust von Arbeitsplätzen aus gesundheitlichen Gründen
- fehlende Perspektiven aufgrund der gesundheitlichen Lage

[19] Siehe Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung FOGS, Modellprojekt Teilhabehaus Bonn, geför-dert im Rahmen des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“, im Auftrag des Jobcenters Bonn, Köln Dezember 2024, Kapitel 5.
[20] Ebd.
[21] Ebd.
[22] Zum Projektstart wurden nur eLB ab 25 Jahre aufgenommen, da die intensive Begleitung von Kundinnen und Kunden mit gesundheitlichen Einschränkungen unter 25 Jahren bereits ausreichend im Fallmanagement des U25 Team sichergestellt ist. Im späteren Projektverlauf wurde die Zielgruppe zeit- und versuchsweise um die unter 25jährigen erweitert.

- ein sehr hoher Beratungsbedarf
- teilweise sehr komplexe Fallkonstellationen
- ein langer Leistungsbezug

Diese Handlungsfelder konnten nicht oder nur unzureichend im Rahmen der Arbeitsvermittlung oder des allgemeinen beschäftigungsorientierten Fallmanagements bearbeitet werden. Um komplexe, teils chronifizierte Konstellationen im Beratungskontext erkennen, benennen, ordnen und angehen zu können, bedarf es neben hohem fachlichem Wissen zu gesundheits- und arbeitsmarktbezogenen Themen auch Fingerspitzengefühl bei der Beratung zum Aufbau eines professionellen, vertrauensvollen Arbeitsverhältnisses sowie vor allem Zeit, um die betroffenen Menschen in ihrer Realität abholen und ernst nehmen zu können.

Im Modellprojekt hat sich auch gezeigt, dass Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen oft schon recht umfassend in das bestehende Hilfesystem eingebunden sind. Die Erkenntnis hat dazu geführt, dass die Arbeit einiger operativer NWP mit vorrangigem Angebot für Abhängigkeitserkrankungen nun auch stärker auf die Gruppe der Menschen mit psychischen Erkrankungen ausgerichtet wurde und dass diese in einigen Hilfsangeboten bislang als unterrepräsentiert wahrgenommene Gruppe gezielter unterstützt wurde.

Neben der in den relevanten Themengebieten erfolgten zusätzlichen Qualifizierung der Mitarbeitenden des Jobcenters, wurde zur Erfüllung des erweiterten Beratungsauftrages und der Netzwerkarbeit, der Betreuungsschlüssel im THH auf 1:75 Kundinnen/ Kunden pro VZÄ für die GL festgelegt. Aufgrund der Intensität der Beratung und der komplexen, heterogenen Fallkonstellationen wurde das zielgruppenspezifische Arbeiten in einem spezialisierten und spezifisch geschulten Team als wertvoll und zielführend empfunden. Der angesetzte Betreuungsschlüssel von 1:75 ist angemessen. Er sollte nicht überschritten werden, da die kontinuierliche und für die Zielgruppe notwendige Netzwerkarbeit, sowie die Konzipierung und Durchführung niedrigschwelliger Angebote, wie z.B. die Peer-Angebote, sonst nicht mehr gewährleistet werden können. Während der Projektlaufzeit wurde der angesetzte Betreuungsschlüssel aufgrund der zusätzlich anfallenden projektspezifischen Aufgaben (Erarbeitung von Prozessen, Konzipierung von Maßnahmen und Angeboten, Erfüllung aller Aufgaben rund um das Monitoring usw.) teilweise sogar als zu hoch bewertet.

Hinsichtlich der zielgruppenorientierten Arbeit und des festgelegten Betreuungsschlüssel bestätigt FOGS,

> *dass die Zielgruppe der psychisch kranken und/oder suchtkranken Personen von der intensiven Beratung/Betreuung profitiert hat. Gesprächsangebote im Nachfolgeangebot sollten deshalb auch zukünftig bedarfsorientiert erfolgen und eine intensive Begleitung der Kund*innen ermöglichen. Der im THH erprobte und zielführende Betreuungsschlüssel von 1:75 könnte bezogen auf den beschriebenen Personenkreis als Richtgröße dienen.*[23]

Aus den im Abschlussbericht von FOGS enthaltenden Handlungsempfehlungen geht weiterhin hervor, dass auch nach Beendigung des Modellprojektes die Fortführung der zielgruppenspezifischen und bedarfsorientierten Beratungs- und Betreuungsangebote für die genannte Zielgruppe ausdrücklich empfohlen wird. Aufgrund der erzielten Projekterfolge kann laut FOGS davon ausgegangen werden, dass die Fortsetzung der erprobten Ansätze zu einer Verbesserung der gesundheitlichen, sozialen und beruflichen Integration, den Abbau von Vermittlungshemmnissen sowie die Verbesserung der beruflichen und sozialen Teilhabe in der Zielgruppe führen kann.[24]

3.4 Stärkung des Selbsthilfepotentials von Kundinnen und Kunden

Durch die kombinierte Arbeits- und Gesundheitsförderung, begleitet durch eine quantitativ und qualitativ intensive, zielgruppenspezifische Betreuung, sowie durch die Implementierung einer neuen

[23] Siehe Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung FOGS, Modellprojekt Teilhabehaus Bonn, gefördert im Rahmen des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“, im Auftrag des Jobcenters Bonn, Köln Dezember 2024, Kapitel 5.

[24] Ebd.

Organisationsstruktur konnte mit dem THH ein bedarfsgerechtes Angebot geschaffen werden, das die Realität und die Bedarfe von Menschen mit psychischen Erkrankungen und/oder Abhängigkeitserkrankungen im SGB II Leistungsbezug adäquat berücksichtigt. Die zeitlich begrenzte Fokussierung[25] auf gesundheitliche Belange ohne, dass das übergeordnete Ziel einer beruflichen Integration aus dem Blickfeld geriet, ermöglichte den Projektteilnehmenden sich zunächst aktiv um die Verbesserung ihrer gesundheitlichen und persönlichen Lage und der zugrundeliegenden Rahmenbedingungen zu kümmern. Aufgabe des THH-Teams war dabei, den gesamten Prozess intensiv zu begleiten und wenn immer möglich und passend, Aspekte und Perspektiven der Gesundheits- und Arbeitsförderung zu verknüpfen.

Damit eine stärkenorientierte Vermittlung für eine nachhaltige Integration in den Arbeitsmarkt und somit für die Sicherstellung der beruflichen und gesellschaftlichen Teilhabe realistisch umsetzbar wird, müssen die Rahmenbedingungen stimmen. Es wurde beobachtet, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen und/ oder Abhängigkeitserkrankungen, aufgrund der teils zahlreichen gesundheitlichen Einschränkungen und den damit verbundenen zu beachtenden Ausschlusskriterien im Rahmen der Vermittlung, in der Beratung dazu neigen, sich mehr auf die Vermittlungshemmnisse als auf die vorhandenen Stärken zu beziehen. Ein weiteres Ziel des THH war daher, Projektteilnehmenden mittels kontinuierlicher Beratung und geeigneter, ansprechender Angebote wieder ihre Stärken und Möglichkeiten ins Bewusstsein zu rufen, um somit letztendlich das Selbsthilfepotential zu stärken und zu festigen.

Neben den auf die Zielgruppe zugeschnittenen Vergabemaßnahmen wurde mit den Peer-Gruppen Angeboten pandemieverzögert ab Sommer 2022 eine weitere, sehr niederschwellige Komponente der Gesundheitsförderung im THH etabliert. Diese aus dem THH-Team konzipierten und durch die GL und NWP regelmäßig begleitenden Peer-Angebote sollten den Teilnehmenden die Möglichkeit bieten, überschaubare Gruppenformate ohne jegliche Einstiegshürde auf freiwilliger und unverbindlicher Basis wahrzunehmen. Durch die Peer-Angebote wurden auch Teilnehmende erreicht, die aufgrund gesundheitlicher Probleme noch nicht bereit waren, an einer regelmäßigen, verbindlichen Vergabemaßnahme oder den externen Angeboten der NWP teilzunehmen. Die Teilnahme an den Peer-Veranstaltungen war nach Einführung des Angebotes während der gesamten Teilnahmezeit im Projekt möglich; eine Begrenzung der Teilnahme fand nicht statt. Teilnehmende erhielten durch die Peer-Angebote die Möglichkeit sich mit Gleichgesinnten auszutauschen und bei Bedarf auch zu vernetzen. Darüber hinaus konnten sie wichtige soziale Kompetenzen wie das zuverlässige Wahrnehmen von Terminen, das Agieren in Gruppenkontexten aber auch das Erlernen neuer Fähigkeiten und das Aufnehmen neuer Impulse erproben. Auf diese Art und Weise sollte das Selbstwertgefühl und somit auch das Selbsthilfepotential der Teilnehmenden gestärkt werden. Die thematischen Schwerpunkte der Peer-Angebote waren in den Bereichen Bewegung (u. a. Qigong, Spazieren), Kommunikation und Verhalten (u. a. Kommunikationstechniken, Spielenachmittag, Offener Treff, Entspannungstechniken) und Kreatives (u. a. Kreativangebote, Kochen) angesiedelt.

Die Peer-Angebote wurden von den Teilnehmenden nach, durch die Hygienebeschränkungen in Folge der Pandemie, anfänglich schwieriger Startphase insgesamt positiv angenommen. Sie stellten ein wirkungsvolles Angebot dar, um Berührungsängste mit dem Jobcenter abzubauen und ohne Druck erste Schritte hin zu einem Veränderungsprozess zu wagen. Auch FOGS beschreibt im Abschlussbericht, dass basierend auf ihren Erhebungen sowohl die beiden Vergabemaßnahmen als auch die regelmäßig stattgefundenen Peer Angebote erheblich dazu beigetragen haben, das Selbstwertgefühl und somit auch das Selbsthilfepotential und die Prozessfähigkeit der Teilnehmenden zu stärken.[26] Eine Fortführung der Angebote wird im Rahmen einer Verstetigung ausdrücklich empfohlen, ggf. ergänzt durch externe, teilweise schon bestehende Angebote der NWP. Eine erwartete Entwicklung war, dass sich aus den von den Mitarbeitenden des Teilhabehauses organisierten und moderierten Veranstaltungen von den Teilnehmenden eigenorganisierte und zum Teil autonom durchgeführte Peers bildeten, da diese den ursprünglichen Peer-Charakter ausmachen. Wünschenswert ist, dass eine weitere Entwicklung in diese Richtung stattfindet, so dass künftig nur noch Peers

[25] Eine Projektteilnahme war für bis zu zwei Jahre vorgesehen. Aufgrund der eingeschränkten Möglichkeiten während der Corona Pandemie konnte die Teilnahmezeit nach Einzelfallprüfung verlängert werden.
[26] Siehe Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung FOGS, Modellprojekt Teilhabehaus Bonn, gefördert im Rahmen des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“, im Auftrag des Jobcenters Bonn, Köln Dezember 2024, Kapitel 4.2. (Entwicklung der Peer-Angebote), Kapitel 4.4 (Lebensqualität und Zufriedenheit der Teilnehmenden) und Kapitel 5.1 (Zusammenfassende Bilanz/Bewertung).

bestehen, die völlig eigenständig durch die Teilnehmenden gestaltet werden und durch das Jobcenter höchstens noch die Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt werden müssten.

Des Weiteren förderten die Peer-Angebote als gänzlich freiwillige Angebote in Zusammenwirken mit ihrer besonderen thematischen Ausrichtung den Abbau evtl. vorhandener Vorurteile der Zielgruppe gegenüber dem Jobcenter.

4 Verstetigung vor Ort

4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung

4.1.1 Entwicklung der Verstetigung vor Ort

Mit dem Beginn des dritten Jahres der Laufzeit des Modellprojektes, sprich mit dem Beginn der Implementations- und Transferphase, kristallisierte sich auf Ebene der operativen Führungskräfte des Jobcenters der Wunsch heraus, die zielgruppenspezifische Arbeit aufgrund ihrer erkennbaren Wirksamkeit auch nach Ende der Förderung durch das Bundesprogramm im Regelgeschäft fortzuführen. Die Strukturen und Prozesse hatten sich zu diesem Zeitpunkt bereits gut etabliert und die Beschränkungen durch die Pandemie lösten sich auf, so dass ein vollumfängliches zielorientiertes Arbeiten im Modellprojekt gegeben war. In der Lenkungsgruppe aus dem März 2022 konnte konstatiert werden, dass alle Beteiligten das Modellprojekt in starkem Aufwind sahen.

Zu diesem Zeitpunkt war bereits klar, dass zwei Voraussetzungen unabdingbar für die Implementation in das Regelgeschäft wären:

- Ausreichende personelle Ressourcen auf Seiten des Jobcenters und damit verbunden dementsprechende Ausstattung an finanziellen Mitteln müssen zur Verfügung stehen.
- Die Bereitschaft der sozialen Träger und Kooperationspartner*innen weiterhin in einer Struktur sehr eng miteinander vernetzt zusammenzuarbeiten muss bestehen.

Da weite Teile der innovativen Ansätze, wie die intensive, fallorientierte Zusammenarbeit und die Peer-Angebote, unmittelbar durch das Projektpersonal umgesetzt wurden, schien es realistisch, diese auch außerhalb des Modellprojektrahmens umsetzen zu können. Es zeichnete sich hingegen schon früh ab, dass andere erfolgreiche Ansätze wie die innovativen Vergabemaßnahmen, die innerhalb des Leistungskataloges des SGB II nicht verortbar sind, in der gleichen Form nicht implementiert werden können. Hierfür wäre die Suche von Alternativen angezeigt.

Darüber hinaus bestand die Sorge, dass die NWP und KP ggfs. nicht genügend Mehrwert in den Ergebnissen zum Projektende sehen würden oder dass die Vernetzung nicht stabil genug sei, so dass die aufgebaute innovative Organisationsform mit Wegfall der Projektfinanzierung wieder auseinanderbrechen könnte.

Da die rege Mitarbeit der operativen NWP durch die Refinanzierung unterschiedlich hoher Stellenanteile getragen wurde, bestand ein hohes Bewusstsein darüber, dass es den externen Partner*innen bei einer fortgeführten Vernetzung nicht möglich sein würde, ihr Personal mit den gleichen oder ähnlichen Stellenanteilen zur Verfügung zu stellen. Es war damit schon früh klar, dass die Beteiligung nur in geringerem Umfang realistisch wäre und dass die Brückenkopffunktion voraussichtlich entweder entfallen oder neu definiert werden müsse.

Auf der Ebene der Lenkungsgruppe fanden die ersten Gespräche zum Gedanken der Verstetigung im August 2023 statt. Eine Konkretisierung zum Vorhaben der Verstetigung des THH fand dann mit der nächsten Lenkungsgruppe im Januar 2024 statt. Ein erstes Brainstorming in der Führungskräfte-Ebene zur Erhaltung der Ansätze und Strukturen im Teilhabehaus wurde angeregt. In diesem Termin bekundeten alle Führungskräfte der NWP ihr Interesse, auch nach Ende des Modellprojektes Präsenzberatungen im THH anzubieten. Des Weiteren wurden die Austauschformate auf Führungs- und auf operativer Ebene (hier auch die Fallbesprechungen) für sehr sinnstiftend und notwendig erachtet und deren Aufrechterhaltung vereinbart. Alle Beteiligten bekräftigten, dass durch das entstandene gemeinsame Vertrauen eine weitere Zusammenarbeit gelingen werde, auch wenn die finanziellen Rahmenbedingungen zu Einschränkungen führen werde. Jeder NWP werde alles zur Verstetigung beitragen, was im Rahmen seiner Möglichkeiten machbar ist.

Die bisherigen Ergebnisse und Erkenntnisse sowie das Commitement der NWP wurden mit dem Wunsch zur Implementation in das Regelgeschäft an die Geschäftsführung des Jobcenters herangetragen. In der Trägerversammlung im Mai 2024 wurde beschlossen, dass die zielgruppenspezifische Arbeit mit einem Jobcenter-Team in reduziertem Umfang im Regelgeschäft fortgeführt werden kann.

In der Sitzung der Lenkungsgruppe vom September 2024 wurde eine „Gemeinsame Erklärung zur Zusammenarbeit“ als verbindliches Dokument der weiteren Vernetzung abgestimmt, die in der Abschlussfeier im November feierlich unterzeichnet überreicht wurde.

4.1.2 Option der dezentralen Verstetigung

Mit den ersten Gedanken zur Verstetigung war dem Grunde nach klar, dass das Modellprojekt nicht 1:1 in das Regelgeschäft implementiert werden kann. Es folgten Gedanken zu den verschiedenen Optionen der Verstetigung. Da es im März 2022 noch zu früh war ein festes Bekenntnis der externen Partner*innen zur weiteren Zusammenarbeit und ihrer Ausgestaltung zu erwarten, erfolgten zunächst Abwägungen, wie der Einsatz des Jobcenter-Personals möglichst zielorientiert gestalten werden könne. Hierbei wurde die Option abgewogen, die bereits erfahrenen und qualifizierten GL in den verschiedenen Bestandsteams im Regelgeschäft zu platzieren.

Chancen:

- In jedem Team gäbe es eine/n Fachexpertin/Fachexperten für die Zielgruppe der eLB mit gesundheitlichen Einschränkungen.
- Es würde die Nähe zu den IFK im Regelgeschäft hergestellt, so dass sich ein gemeinsames Verständnis für die Bedarfe der Zielgruppe und des GL entwickeln könnte.
- Die Zusteuerung von Kundinnen und Kunden zur/ zum GL als Fachexpertin/Fachexperten könnte unmittelbarer optimiert werden, sowohl hinsichtlich der Quantität an Zusteuerungen, als auch im Hinblick auf die Passgenauigkeit.
- Die Zielgruppe könnte u.U. noch schneller identifiziert werden, da die Wege zwischen IFK im Regelgeschäft und GL verkürzt werden.

Gefahren:

- Erschwerter fachlicher Austausch der GL untereinander. Der Erhalt und die stete Weiterentwicklung der besonderen Expertise könnte gefährdet werden, da die Wege zu anderen GL länger würden und es im Alltagsgeschäft schwieriger umzusetzen sein könnte, sich auch kurzfristig zu besprechen.
- Die Bestandsteams müssten ihre Ziele an mannigfachen Zielgruppen und Aufgaben ausrichten und priorisieren, der Fokus auf die Kundinnen des THH würde verblassen und eine Ergebnisorientierung würde somit verwässert.
- Unterschiedliche Herangehensweisen bei der Fach- und Dienstaufsicht aufgrund einer größeren Anzahl von verantwortlichen Führungskräften könnte die Ergebnisbewertung beeinträchtigen, eine gemeinsame Evaluation wäre u.U. schwierig umzusetzen.
- Durch die „Verstreuung“ der GL lassen sich die gebildeten Strukturen der Zusammenarbeit mit verschiedenen NWP mit unterschiedlichen Arbeitgebenden ggfs. schlecht bündeln; die Bildung neuer Prozesse könnte wesentlich mehr Einbindung verschiedener Ansprechpersonen und noch mehr Kommunikationskanäle benötigen. Die Verbindlichkeit und Transparenz in der Zusammenarbeit nähmen dann ab.
- Verbindliche organisatorische Absprachen zu den Bedarfen der GL müssten unter mehr Beteiligten getroffen werden. Verantwortlichkeiten würden diffundiert.
- Die GL wären auch bei guter Zusammenarbeit in ihren Teams „Einzelkämpfer*innen“ mit einer besonderen Aufgabe und können ihre Erlebnisse und Herausforderungen nicht ausreichend mit Mitarbeitenden mit der gleichen Aufgabenstellung teilen.

4.1.3 Option der zentralen Verstetigung

Im Jobcenter Bonn gibt es mehrere Inhouse-Projekte, bei denen die Fragen der De- oder Zentralisierung bereits abgewogen wurden. Auch gibt es Erfahrungen zu dem Einsatz von dezentralisiertem Fachpersonal in den Teams.

Anhand von Erfahrungen mit beiden Formen und durch die Abwägung der Chancen und Risiken fiel die Entscheidung zugunsten einer zentralen Verstetigung. Die GL sollten eine Spezialeinheit in einem gemeinsamen Team unter der Führung einer Teamleitung bilden. Ein entscheidender Punkt für diesen Entschluss war, dass es unerlässlich war, alles daran zu setzen, die enge Vernetzung zu den NPW

aufrecht zu erhalten. Man antizipierte eine erfolgreiche weitere Kooperation, wenn eine Teameinheit daran arbeiten würde, die Zusammenarbeit mit verschiedenen Stellen zu gewährleisten und hier für möglichst wenig Reibungspunkte und eine möglichst hohe personelle Kontinuität zu sorgen.

4.2 Verstetigung im eigenen Jobcenter

Das Jobcenter Bonn hat die realisierbaren Ansätze aus dem Modellprojekt bereits zum 01.01.2025 in das Regelgeschäft implementiert. Es handelt sich bei dem „Teilhabehaus“ seitdem nicht mehr um ein Modellprojekt, sondern um ein Inhouse-Projekt, das mit einem um die Hälfte verringerten Team (bis dato) unbefristet durchgeführt wird.

Folgende Elemente/ Ansätze wurden verstetigt:

- Neun speziell qualifizierte GL mit Fallmanagement Qualifikation betreuen im Verhältnis 1:75 pro VZÄ die Zielgruppe. Das Team wird durch eine Teamleiterin komplettiert.
- Da ein Ergebnis des Monitorings durch FOGS war, dass 80% der Teilnehmenden psychische Erkrankungen haben, wird diese Gruppe weiterhin und ganz besonders in den Blick genommen. Die erwerbsfähigen Leistungsbeziehenden mit Abhängigkeitserkrankungen werden auch weiterhin in das Teilhabehaus aufgenommen, da oft ein Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung oder sogar eine Doppeldiagnose besteht.
- Das Ziel des Teilhabehauses ist nach wie vor die (Wieder-)Herstellung der Prozessfähigkeit mittels gesundheitlicher Stabilisierung und Verbesserung des Gesundheitszustandes. Das Monitoring zeigte, dass 60% der Teilnehmenden im Modellprojekt sich mit einem Alter von 25 bis 45 in der „Blüte ihres Erwerbslebens“ befanden. Grundsätzlich haben sie somit noch eine lange potentielle Erwerbsbiographie vor sich. Dies belegt die Hypothese, dass die eingesetzte Arbeitsressource wirtschaftlich ist. Wenn es gelingt ein Viertel oder mehr dieser Betroffenen so zu unterstützen, dass sie ihre Prozessfähigkeit (wieder-)erlangen, können nicht nur Jahrzehnte weiteren Leistungsbezugs, eine Erwerbsminderungsrente oder der Übergang in Leistungen des SGB XII abgewendet, sondern ggfs. auch Kosten im Gesundheitssystem gemindert werden. Unter dem Viertel der zum Projektaustritt prozessfähigen Teilnehmenden befanden sich sogar 10%, die unmittelbar im Anschluss an das Projekt in eine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit integriert waren. Für 16% der Teilnehmenden konnte durch die geebneten Schnittstellenprozesse im Modellprojekt zumindest eine abschließende Statusklärung zur Erwerbsfähigkeit erreicht werden, was zuvor oft jahrelang nicht realisiert werden konnte.
- Gemäß dem klassischen Fallmanagement wird alle sechs Monate mit allen Fallbeteiligten reflektiert, ob die weitere Betreuung im „Teilhabehaus“ sinnstiftend und dem Ziel dienlich ist. I.d.R. soll die Betreuung 24 Monate nicht übersteigen. Aufgrund der Erfahrungswerte aus dem Modellprojekt wird die Möglichkeit eingeräumt einzelne Fälle bis zu 36 Monaten zu beraten.
- Basierend auf einer „Gemeinsamen Erklärung zur Zusammenarbeit“ wird die Vernetzung mit allen NWP und KP fortgeführt. Alle Partner*innen (NWP und KP) sind nun „Kooperationspartner*innen“. Jede/r Partner*in beteiligt sich im Rahmen der eigenen Möglichkeiten an der Zusammenarbeit im Teilhabehaus. In den Räumlichkeiten des Teilhabehauses steht ein Büro für die Präsenzberatung und fallorientierten Zusammenarbeit für die Partner*innen zur Verfügung. Zum Stand Mai 2025 wird dieses Büro durch Mitarbeitende von sechs KP genutzt. Regelmäßige Kommunikationsformate auf der Ebene der Führungskräfte und der operativen Mitarbeitenden (halbjährlich) sind weiterhin vorgesehen. Mit KP, die keine personelle Ressource für regelmäßige Präsenzzeiten zur Verfügung stellen können, werden Prozesse der Zusammenarbeit zur Sicherstellung des operativen Kommunikationsflusses abgestimmt.
- Die Peer-Angebote werden aufgrund des verkleinerten Personalkörpers in geringerem Umfang (bis zu sechs Veranstaltungen im Monat) weiterhin angeboten. Je nach Bedarf und Möglichkeit finden Informationsveranstaltungen und Fachvorträge durch Partner*innen statt.
- Zur organisatorischen Implementierung des THH war die weitere Anmietung eines Gebäudes erforderlich. Büros für die nun zusätzlichen Mitarbeitenden des Jobcenters und Räumlichkeiten für die Weiterführung von Peer-Angeboten sowie Besprechungen waren, wenn auch in reduzierter Form, notwendig. Als wichtigster und kostenintensivster Aspekt wurden

die Bereitstellung und somit Finanzierung des zusätzlichen Personals und der dazugehörigen Sachkosten entschieden.

Folgende Ansätze waren wirksam, konnten aber aufgrund fehlender Rahmenbedingungen lediglich teilweise verstetigt werden:

- Die Brückenkopffunktion der bisherigen NWP kann nicht wie im Modellprojekt fortgesetzt werden. Es ist festzuhalten, dass es ein sehr gutes Ergebnis ist, dass die nun als KP bezeichneten externen Partner*innen sich auch nach Ende der Projektfinanzierung durch regelmäßige Anwesenheit im Teilhabehaus für den Erhalt der Zusammenarbeit engagieren. Dies zeigt, dass sich ein gemeinsames Vertrauen sowie eine Identifikation mit den gemeinsamen Zielen entwickelt hat und alle Beteiligten einen großen Mehrwert für die betroffenen Menschen im erprobten vernetzten Arbeiten mit dem Jobcenter sehen. Zudem verdeutlicht dies, dass die Rollenklärung und die Prozessentwicklung zu einer „reibungsarmen" Zusammenarbeit während der Projektlaufzeit erfolgreich abgeschlossen wurden. Aufgrund der fehlenden Finanzierung der Brückenkopffunktion hat sich die Präsenz-Beratungszeit der KP unter dem Dach des Jobcenters stark verringert (i.d.R. auf einmal pro Woche oder im 14tägigen Turnus). Des Weiteren können sie sich nur noch in Ausnahmefällen an der Gestaltung und Durchführung von Informationsveranstaltungen, Fachvorträgen und Peer-Angeboten beteiligen. Die Beratungsleistung in der Brückenkopffunktion kann nicht abgerechnet werden, da Beratungen nur personenzentriert und nur dann abgerechnet werden können, wenn ein Teilnehmender in ein Angebot des jeweiligen Trägers einmündet. Für das Engagement zum Fachaustausch und in den Peer-Angeboten existiert, losgelöst von der Projektstruktur, gar keine Finanzierungsgrundlage.
- Nicht verstetigt werden konnte die regelmäßige Präsenz einer/s Fachärztin/Facharzt im Teilhabehaus. Dies liegt v.a. an dem Wegfall der Finanzierung der Personalstellen der externen Partner*innen mit dem Modellprojektende. Wie bereits beschrieben kann auch hier die Brückenkopffunktion nach Projektende nicht im engen Sinne fortgeführt werden. Im Falle der Psychiater*in/ des Psychiaters verhält es sich so, dass die Finanzierung einer Art von „Brückenkopffunktion" dem Grunde nach unumgänglich wäre, um eine Präsenz im THH umsetzen zu können. Dafür gibt es verschiedene Gründe: Die Personalressource als Brückenkopf im Modellprojekt mitsamt ihren Aufgaben wurde explizit für die Bedarfe in der Projektstruktur geschaffen und beansprucht hohe finanzielle Mittel. Zudem ist die Personalgewinnung von Psychiaterinnen und Psychiatern in dem Arbeitsbereich grundsätzlich schwer. Ohnehin wäre die Herauslösung einer Fachärztin/eines Facharztes aus einer Klinik für z.B. einen Tag in der Woche in dem Berufsbild organisatorisch schwer umzusetzen. Zudem ist der Mehrwert für eine Klinik eingeschränkt, da alle Patienten (auch die der Zielgruppe des Teilhabehauses) über Krankenkassenleistungen in die Klinikleistungen einmünden müssen. Das Gespräch mit einer/einem bei der Klinik angestellten Fachärztin/Facharzt kann im Regelgeschäft dem Grunde nach nur als Krankenversicherungsleistung abgerechnet werden. Der Zugang und die Leistung an sich muss daher diesen Bestimmungen angepasst werden. Es fehlt somit eine direkte niedrigschwellige Anbindung an ein/e Fachärztin/ Facharzt in den Räumlichkeiten des Teilhauses des Jobcenters Bonn. Außerdem fehlt es an entsprechendem medizinischem Expertenwissen, das im Modellprojekt durch Fachvorträge an Mitarbeitende und in zielgruppenspezifischen Vorträgen an Teilnehmende multipliziert wurde.
- Die Peer-Angebote können aus o.g. Grund in kleinerem Umfang und i.d.R. ausschließlich durch Personal des Jobcenters umgesetzt werden. Dies begrenzt die Vielfalt der Peer-Angebote. Zudem gibt es keine geregelte Finanzierungsmöglichkeit der Peer-Angebote im Jobcenter. Weder findet sich die Tätigkeit im Aufgabenportfolio der IFK wieder, noch gibt es für die Materialen, Sachkosten o.ä. zur Durchführung der Angebote eine Finanzierungsgrundlage. Sowohl der notwendige erhöhte Personaleinsatz als auch die Sachkosten sind im JC - Regelbudget nicht berücksichtigt.

Folgende Ansätze waren wirksam, konnten aber aufgrund fehlender Rahmenbedingungen nicht verstetigt werden:

- Beide innovativen Vergabemaßnahmen, „Gesundheitswerkstatt – Ganzheitliche Bewegungsangebote" und die „Neue Horizonte – Ein Selbstwirksamkeitstraining", galten als innovativ, da sie nicht vorrangig auf Arbeitsförderung ausgerichtet waren und daher nicht nach § 16 Abs. 1 SGB II i. V. m. § 45 SGB III in das Leistungsspektrum des SGB II fallen. Bei beiden Maßnahmen waren die Gesundheitsprävention und -förderung sowie die Stärkung der

Lebensautonomie der Teilnehmenden die deutlich übergeordneten Elemente. Allenfalls wurde als ein kleiner Teil der Maßnahmen eine Brücke zur Arbeitsförderung geschlagen, um – als eines unserer Ziele im Projekt – die Gesundheitsförderung mit der Arbeitsförderung zu verknüpfen. Sowohl die „Gesundheitswerkstatt – ganzheitliche Bewegungsangebote“ als auch die „Neue Horizonte – Ein Selbstwirksamkeitstraining“ waren besonders niederschwellig. So setzte die ganz besonders niederschwellige „Gesundheitswerkstatt“ eine Präsenzzeit von „nur“ 6-10 Stunden pro Woche voraus. Die „Neue Horizonte“ war mit einer Präsenzzeit von 12-14,5 Teilnahmestunden pro Woche konzipiert. Die beiden Maßnahmen waren bedarfsorientiert auf die Zielgruppe konzipiert, so dass weder berufliche Orientierung, noch Jobcoaching, Stellensuche oder Erstellung von Bewerbungsunterlagen ein Bestandteil der Maßnahmen waren. Zudem lag die Präsenzzeit unter 15 Stunden/Woche. Solche Maßnahmen lassen sich bis dato nicht im SGB II-Leistungsspektrum unterbringen. Daher konnten sie bislang nicht verstetigt werden. Ein weiterer Aspekt neben der Schaffung einer geeigneten rechtlichen Voraussetzung/ Umsetzungsmöglichkeit wäre, dass das Jobcenter entsprechend mit finanziellen Mitteln ausgestattet werden müsste, um die Vergabemaßnahmen wieder ausschreiben und anbieten zu können und nicht in Konkurrenz mit anderen Eingliederungsleistungen treten zu müssen.

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung

Die im Rahmen des Modellprojektes entwickelten und erprobten Ansätze zur Zielumsetzung haben gezeigt, dass innovative Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und sozialen Teilhabe im Kontext des SGB II wirkungsvoll realisierbar sind. Die Ergebnisse liefern Hinweise darauf, unter welchen Bedingungen die etwaige bundesweite Verstetigung einer intensiven Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und/oder Abhängigkeitserkrankungen in Jobcentern realistisch und nachhaltig gestaltet werden könnte. In der Erprobung zeigte sich, welche Strukturen förderlich sind und welche Herausforderungen für eine erfolgreiche Adaption zu beachten sind. Dem Grunde nach könnten die (Teil-)Ziele des Modellprojektes auch in einer bundesweiten Implementation zu positiven Entwicklungen führen und neue Möglichkeiten für Jobcenter – und größer gedacht – für den Gesundheitssektor eröffnen. Die im Rahmen des THH entwickelten Handlungsansätze und Strukturelemente ließen sich, unter Berücksichtigung regionaler oder jobcenterspezifischer Besonderheiten, auf andere gemeinsame Einrichtungen übertragen. Auch strukturelle Anpassungen, z.B. in Hinblick auf Jobcenter in kommunaler Trägerschaft, bieten Optionen, um gleiche (Teil-)ziele unter Nutzung ähnlicher Ansätze verfolgen zu können.

Die erfolgreiche Adaption ist maßgeblich an strukturelle, personelle und organisatorische Rahmenbedingungen geknüpft. Insbesondere die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Akteuren „unter einem Dach“ mit kurzen Wegen, der kontinuierliche Einsatz von qualifiziertem Personal, eine verbindliche Kommunikations- und Koordinationsstruktur sowie die Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Anforderungen bilden zentrale Voraussetzungen für eine wirksame Implementierung des erprobten Konzeptes.

Darüber hinaus bedarf es einer rechtlichen und institutionellen Offenheit, gesundheitsorientierte Maßnahmen gleichberechtigt neben arbeitsmarktpolitischen Instrumenten zu verankern. Nur unter Berücksichtigung dieser Bedingungen können die entwickelten Ansätze nicht nur repliziert, sondern auch langfristig, wirksam und erfolgreich in eine bestehende Regelinfrastruktur integriert werden.

5.1 Geeignete Bestandteile zur Verstetigung und Übertragung

5.1.1 Die Verknüpfung von Arbeits- und Gesundheitsförderung

Mit dem THH wurde im Rahmen des Modellprojekts, und darüber hinaus als Inhouse Projektteam weiter bestehend, eine Einrichtung geschaffen, an dem die bestehende Arbeitsförderung im SGB II mit (zielgruppengerechten) Elementen der Gesundheitsförderung kombiniert wird. Durch diese Vorgehensweise wird § 1 Abs. 2 Satz 2 des SGB II erfüllt, der explizit von den Jobcentern, wenn erforderlich, Bemühungen für die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit von erwerbsfähigen Leistungsbeziehenden fordert. Es kann sichergestellt werden, dass betroffene Menschen eine Unterstützung erhalten, die ihren aktuellen Förderbedarfen entspricht und einen ersten Schwerpunkt auf die gesundheitlichen Aspekte legt, damit Voraussetzungen geschaffen werden, um mittel- oder langfristig eine (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt zu realisieren.

Erst nach der (Wieder-)Herstellung der Prozess- und Beschäftigungsfähigkeit kann eine Arbeitsaufnahme wieder in den Bereich des Möglichen zu rücken. Hierfür bedarf es auf die Zielgruppe angepasste Prozesse, individuell ausgerichtete Unterstützungsangebote mit dem Schwerpunkt der Gesundheitsförderung sowie kontinuierliche Beratung durch spezifisch geschulte Mitarbeitende (GL).

Bei bestehenden, zumeist langfristigen gesundheitlichen Einschränkungen, die gar nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt werden und auf die dann auch nicht eingegangen wird, ist davon auszugehen, dass ein (Wieder-)Einstieg der eLB in den Arbeitsmarkt nicht ohne weitere Unterstützung realisierbar ist. In den Fällen, in denen eine Erwerbsfähigkeitsprüfung nicht zwingend angezeigt ist, wo der Eintritt eine Erwerbsunfähigkeit noch abgewendet werden kann oder auch eine

Erwerbsfähigkeitsprüfung trotz starken gesundheitlichen Einschränkungen eine (restliche) Leistungsfähigkeit ergeben hat, empfiehlt sich eine temporär befristete, intensive Begleitung durch ein Spezialteam. Zu beachten ist hierbei auch, dass die Betroffenen Handlungsbedarfe im gesundheitlichen Bereich bei sich erkennen und idealerweise auch formulieren können, so dass Bedingungen vorliegen, um sich auf ein derart sensibles Themengebiet aus einem persönlichen, vertraulichen Lebensbereich wie Gesundheit im Kontext des Jobcenters einlassen zu können. Es braucht hier für eine erfolgreiche Zusammenarbeit ein besonders vertrauensvolles Arbeitsbündnisses zwischen Betroffenen, Mitarbeitenden des Jobcenters und weiteren Akteuren.

Gesundheitsorientierte Angebote und Maßnahmen gleichberechtigt zu bereits bestehenden Arbeitsförderungsinstrumente einzusetzen, bedarf darüber hinaus der rechtlichen und institutionellen Offenheit und Akzeptanz im Haus. Hierzu zählen auch ein kontinuierlicher Dialog und Austausch auf Augenhöhe unter allen Beteiligten sowie die stetige Wissensvermittlung unter den Mitarbeitenden.

5.1.2 Der Aufbau einer Organisationsstruktur „unter einem Dach“

Um Gesundheits- und Arbeitsförderung unmittelbar zu verbinden, wurde im Rahmen des Modellprojektes mit der Gründung des Teilhabehauses eine träger- und rechtskreisübergreifende Organisationsstruktur mit kurzen Wegen „unter einem Dach“ etabliert. Mitarbeitende des Jobcenters sowie aus dem Bereich des sozialen Dienstleistungssektors und der Rehabilitation können auf diese Art und Weise für die Umsetzung der gesteckten Ziele an einem gemeinsamen Standort zusammenarbeiten. Im Zentrum stehen dabei immer die Teilnehmenden, denen aufgrund der engen Vernetzung „Hilfe wie aus einer Hand“ angeboten werden kann. Fallbesprechungen in den unterschiedlichsten Konstellationen, gemeinsame Beratungs- und Unterstützungsangebote, ein kontinuierlicher Austausch von Wissen, kurze Wege und damit oft schnelle Absprachen ermöglichen niederschwellige und für die Zielgruppe passgenaue Unterstützungsangebote.

Zusätzlich wurde als Verwirklichung der konzeptionell vorgesehenen regionale Arbeitsgemeinschaft gemäß § 25 SGB IX eine Konferenz der Rehabilitations- und Teilhabeträger der Stadt Bonn eingerichtet, um die Kooperation der Träger auf regionaler Ebene zu strukturieren und zu stärken.

Die Schaffung eines gemeinsamen Standortes ist essenziell für die Verstetigung des Konzepts und kann je nach Umfang der verfügbaren Ressourcen konzeptionell angepasst werden. So wurde z.B. in Bonn aufgrund der verfügbaren Ressourcen die Präsenz der Träger bei der Verstetigung als Inhouse-Projekt von einer täglichen Präsenz in ein rotierendes Sprechstundensystem umgewandelt. Auf diese Art und Weise kann gewährleistet werden, dass trotz verringerter räumlicher und personeller Ressource die ehemals im THH vertretenen NWP weiterhin in einer gemeinsamen Jobcenter-Räumlichkeit präsent sein können.

5.1.3 Die passgenaue und individuelle Arbeit mit der Zielgruppe

Die ergebnisorientierte Arbeit mit der Zielgruppe setzt zu Beginn eine klare Definition der Zielgruppe mittels festgelegter Kriterien voraus. Anhand der definierten Zielgruppe können in einem weiteren Schritt alle verfügbaren passenden Angebote identifiziert oder bei Bedarf gemeinsam mit den NWP entwickelt werden. Daneben müssen auch die Qualifizierungs- und Informationsbedarfe des eingesetzten Personals ermittelt werden. Bei der Festlegung des Betreuungsschlüssels sollte bedacht werden, wie komplex die Bedarfe der Zielgruppe sind, wie viel zeitliche Ressource für eine intensive Fallarbeit zur Verfügung stehen muss und wie weitreichend die notwendige Netzwerkarbeit gestaltet werden soll. Je nach Zielstellung und organisatorischer Ausgestaltung muss abgewogen werden, ob die umfassende Fallverantwortung als Hauptbetreuung bei der Spezialeinheit liegen soll oder nicht. Ferner muss Personalressource für den Aufbau der Struktur und Prozesse sowie die Pflege dieser eingeräumt werden. Die Erfahrungswerte aus dem Modellprojekt – auch belegt durch Tätigkeitsdokumentationen des Projektpersonals – zeigen, dass für die gewählten Ziele, Aufgabengebiete und Struktur ein Betreuungsschlüssel von 1:75 für die VZÄ der operativen Mitarbeitenden des Jobcenters nicht überschritten werden sollte.

5.1.4 Die Stärkung des Selbsthilfepotentials durch adressatengerechte Angebote

Im THH wurden neue, niedrigschwellige Angebote mit Schwerpunkt auf die Gesundheitsförderung konzipiert, die in Thematik und Umfang die Lebensrealität der Teilnehmenden berücksichtigten und somit für diese gut umzusetzen waren. Dabei wurde darauf geachtet, dass die organisatorische Ausrichtung der Angebote möglichst divers war. Neben einem Angebot mit feststehenden Teilnahmetagen, Teilnahmezeiten und Inhalten gab es auch Angebote, die in der thematischen und zeitlichen Ausgestaltung flexibler waren. Darüber hinaus war die Teilnahme an festen Maßnahmen ebenso möglich wie die Teilnahme an einzelnen Peer Angeboten. Zudem gab es Angebote, die eher auf Gruppenprozesse ausgerichtet waren und Angebote, die eher individuelle Interessen ansprachen. Die zahlreichen, heterogenen Angebote der NWP rundeten das Angebot ab. Auf diese Art und Weise konnten Projektteilnehmende ganz individuell und analog zu ihren Möglichkeiten das passende Angebot auswählen was wiederum zu einer aktiven Mitgestaltung ihres Alltags und einer Steigerung ihres Selbsthilfepotentials führte.

Die heterogene und zielgruppenspezifische Struktur der im THH Bonn verfügbaren Angebote diente maßgeblich dazu, dass möglichst vielen Teilnehmenden ein passendes Angebot unterbreitet werden kann, deren Nutzung sie für sinnstiftend und nützlich erachten. Sie sollte, soweit möglich, voll übernommen und durch regionale Angebote ergänzt werden. Aufgrund der rechtlich schwierigen Implementierung von innovativen gesundheitsorientierten Vergabemaßnahmen in das Regelgeschäft, sollten eine Ausweichmöglichkeit bestehen oder geschaffen werden, um möglichst thematisch nahe Angebote der Arbeitsförderung für die Teilnehmenden zur Verfügung stellen zu können.

5.2 Rahmenbedingungen für eine (bundesweite) Übertragbarkeit

5.2.1 Personelle und zeitliche Ressourcen

Die Umsetzung eines wirkungsvollen Fallmanagements mit gesundheitsbezogener Beratung erfordert adäquate zeitliche und personelle Ressourcen. Qualifizierte Mitarbeitende sind zentral für einen Erfolg in der zielgruppenspezifischen Arbeit. FM werden in den Jobcentern im Rahmen der Arbeitsvermittlung bereits im beschäftigungsorientierten Fallmanagement eingesetzt. Die Qualifizierung nach den Richtlinien der DGCC für FM stellt auch das Fundament für die operativen Mitarbeitenden im THH dar.

Spezifische Weiterbildungen in gesundheitsfördernden Themen, zugeschnitten auf die Lebenslagen der Zielgruppe, ermöglichen eine frühzeitige Erkennung gesundheitlicher Belastungen und die Vermittlung individueller Unterstützungsangebote. Sowohl die Qualifizierung zur FM, welche Netzwerkarbeit mit Externen als einen wesentlichen Bestandteil des Case Managements behandelt, als auch die zusätzlichen Qualifikationen in den Themenbereichen Gesundheit und Kommunikationstechniken, schufen zudem eine tragfähige Grundlage für die zielgerichtete Einbindung von NWP. Die im Teilhabehaus eingesetzten FM werden als GL bezeichnet. Das etablierte Tätigkeits- und Kompetenzprofils (TUK) einer Integrationsfachkraft wurde um das erweiterte Aufgabengebiet der GL ergänzt[27].

Gerade in komplexen Fällen mit unter Umständen mehreren beteiligten Akteuren ist es wichtig, dass die Fallverantwortung und Fallsteuerung zentral verankert und geklärt ist und idealerweise über die gesamte Betreuungszeit bei der gleichen Ansprechpartnerin/ dem gleichen Ansprechpartner verbleibt. Wie die T-Dok der wissenschaftlichen Begleitung FOGS in den Jahren 2022 und 2023 belegt, entfiel rund ein Drittel der Arbeitszeit auf mittelbare Tätigkeiten wie Dokumentation, Monitoring, Fallbesprechungen und Koordination. Der Betreuungsschlüssel von 1:75 wurde unter Berücksichtigung der Beratungsintensität, des Vernetzungsaufwands und administrativer Aufgaben als angemessen, teils sogar als zu hoch bewertet.

[27] siehe Anhang C – zusätzliche Dokumente, Konzepte, Qualifizierungskonzept GL

5.2.2 Organisatorische Rahmenbedingungen und Steuerung

Die Einrichtung einer rechtskreisübergreifenden, kooperativen Struktur mit vielen beteiligten Partner*innen erfordert einen kontinuierlichen Dialog und häufige Abstimmung unter allen Akteuren sowie zwischen allen Ebenen. Dafür benötigt es die Bereitschaft aller eine ausgeprägte und wertschätzende Kommunikationskultur aufzubauen und zu pflegen.

Kommunikations- und Entscheidungswege müssen transparent sein. Aufgrund der unterschiedlichen institutionellen Zuständigkeiten und Rollenbilder, ist eine klare Definition von – möglicherweise unterschiedlich verstandenen – Begrifflichkeiten und die Herstellung von Klarheit über organisationsbedingtes Vorgehen sowie rechtliche Rahmenbedingungen unerlässlich. Im Modellprojekt THH übernahm die Projektkoordination dabei eine zentrale Rolle in der übergreifenden Koordination von Kommunikationswegen, der Zusammenführung zu einer einheitlichen Struktur und letztlich somit zur Steuerung der Prozesse. Eine Herausforderung für alle Beteiligten war, dass die Fach- und Dienstaufsicht für das Personal bei den jeweiligen unterschiedlichen Führungskräften lag und die Bildung von z.B. Qualitätsstandards erschwerte, wobei auch fraglich bleibt, inwieweit es dieser bei den ohnehin abgegrenzten Aufgaben und der unterschiedlichen Rollenverteilung der externen Partner*innen wirklich bedarf hätte. Die Dienst- und Fachaufsicht der Mitarbeitenden des Jobcenters oblag der Projektkoordination, womit bei der größten Gruppe der operativ Mitarbeitenden, nämlich den GL, gemeinsame Standards der Fallarbeit und Zusammenarbeit untereinander, ein internes Kontrollsystem sowie eine einheitliche Qualitätssicherung ohnehin gegeben war.

Regelmäßige Kommunikationsformate auf mehreren Ebenen – strategisch wie operativ – sind notwendig, da sie entscheidend zur Teamentwicklung und zum Wissenstransfer beitragen. Fallbesprechungen, bilaterale Absprachen sowie themenspezifische Workshops fördern das gegenseitige Verständnis und stärken die Kooperationsbasis. Ein kontinuierlicher Informationsfluss über Projektfortschritte und Evaluationsergebnisse ist ebenfalls unerlässlich, um Transparenz und Motivation bei allen Beteiligten aufrechtzuerhalten.

5.2.3 Technische und räumliche Voraussetzungen

Eine wesentliche strukturelle Voraussetzung der Übertragbarkeit des Modellkonzepts ist die Einrichtung gemeinsamer Räumlichkeiten, welche die interdisziplinäre Zusammenarbeit unter einem Dach ermöglicht. Zudem sollte eine technische Infrastruktur zur datenschutzkonformen Kommunikation geschaffen werden. Gerade im Kontext personenbezogener Gesundheitsdaten erwiesen sich Datenschutzanforderungen als erhebliche Barriere für die Fallarbeit im Netzwerk. Die Notwendigkeit umfassender Einwilligungserklärungen und die eingeschränkte Prozessfähigkeit der Teilnehmenden führten dazu, dass ein datengestützter Austausch nicht immer realisiert werden konnte. Ein übergreifendes Datenschutzkonzept – zumindest in Grundzügen – und im Idealfall samt Umsetzungsmöglichkeiten, sollte bei einer möglichen Übertragung daher von Anfang an mitgedacht werden.

5.2.4 Gemeinsames Ziel und differenzierte Angebote

Für eine erfolgreiche und tragfähige Zusammenarbeit ist der Wille sowie das verbindliche Commitment aller Beteiligten unerlässlich. Jeder Akteur sollte in dem gemeinsamen Ziel für sich, für seine Klientinnen und Klienten, Patientinnen und Patienten oder Kundinnen und Kunden innerhalb der gemeinsam definierten Zielgruppe einen konkreten Mehr- und Erkenntniswert in der Kooperation erkennen können. Nur wenn alle Beteiligten den Nutzen der Zusammenarbeit nachvollziehen und aktiv mitgestalten können und wollen, kann eine wirkungsvolle und nachhaltige Kooperation entstehen.

Ebenso ist es wesentlich, dass alle Beteiligten eigene, klar profilierte Angebote einbringen, bei denen eine inhaltliche Trennschärfe erkennbar wird. Denn nur wenn die Angebote der unterschiedlichen NWP unverwechselbar und klar voneinander abgrenzbar sind, kann eine zielgerichtete und zum Bedarf kohärente Zuweisung der Teilnehmenden erfolgen. Bei besonders hohem Unterstützungsbedarf können Angebote besser kombiniert werden und sich somit gegenseitig ergänzen oder aufeinander aufbauen. Die klare Abgrenzung führt zudem zu einer sich gegenseitig ergänzenden, heterogenen Angebotsstruktur, die wiederum der Zielgruppe mit ihren unterschiedlichen Unterstützungsbedarfen gerecht wird. Gleichzeitig sorgt sie für klar definierte Zuständigkeiten, die eine effektive und abgestimmte Zusammenarbeit vereinfachen.

Die Umsetzbarkeit einer derart eng vernetzten Zusammenarbeit hängt stark von regionalen Gegebenheiten, und hier ganz wesentlich von den bereits etablierten Angeboten der externen Partner*innen für die definierte Zielgruppe, ab. Dabei spielen die Ausgestaltung der bisherigen Zusammenarbeit und die bereits gewonnenen Erfahrungswerte eine große Rolle. In Bonn gab es bereits vor der Gründung des Teilhabehauses zahlreiche Schnittstellen und positive Erfahrungswerte mit einer engen und konstruktiven Zusammenarbeit. Diese bestehende Vertrauensbasis und Kooperationsbereitschaft bildeten ein wertvolles Fundament, auf dem weiter aufgebaut wurde.

Eine grundlegende Voraussetzung ist auch, dass Jobcenter – idealerweise gesamtheitlich von der Trägerversammlung und der Geschäftsführung bis hin zu der Mitarbeiterschaft – die Übernahme von Verantwortung für den Personenkreis der Menschen mit Beeinträchtigungen und Abhängigkeitserkrankungen auch in der Umsetzung leben. Dafür muss die Bereitschaft vorhanden sein, genügend Ressourcen einzusetzen, um Systeme bedarfsorientiert zu gestalten und langfristig Barrieren abzubauen. Psychische Erkrankungen haben auch unter den hilfebedürftigen Leistungsberechtigten zunehmende Bedeutung. Die Jobcenter sind für die Betroffenen oft eine der ersten und manchmal auch die einzige Anlaufstelle, so dass es als eine der Aufgaben der Jobcenter betrachtet werden kann den Umgang mit (psychisch) kranken Leistungsberechtigten „umsichtig und professionell zu gestalten“[28]. Jobcenter können durch Vernetzung und die Ausübung einer Lotsenfunktion fördern, dass Leistungsberechtigte das entsprechende Versorgungssystem in Anspruch nehmen[29]. Mit der passgenauen Unterstützung entwickelt sich u.a. auch das Potential für einen (Wieder-)Einstieg in den Arbeitsmarkt.

5.2.5 Einfluss struktureller Gegebenheiten auf die Übertragbarkeit

Bei einer möglichen Übertragung des Konzeptes des Modellprojektes in andere Regionen ist zudem die strukturelle Ausgangslage zu beachten. Ein stark dezentralisierter Wirkungskreis wäre für das ohnehin sehr komplexe Gefüge eines rechtskreis- und trägerübergreifenden Projekts mit ganz unterschiedlichen Ausgangsinteressen eine suboptimale Basis. Zudem wäre eine engmaschige, koordinierte Zusammenarbeit kaum möglich. Hieraus ergibt sich die Empfehlung, vergleichbare Projekte vorzugsweise in städtischen Kontexten mit zentralen Dienststellen und einem gemeinsamen Wirkungskreis der Netzwerkpartner*innen zu implementieren. Eine räumliche und organisatorische Nähe aller beteiligten Akteure fördert den kontinuierlichen Austausch, stärkt das gemeinsame Verständnis, erhöht die Sichtbar- und Wirksamkeit des Projekts und erleichtert die Umsetzung der gemeinsam gesteckten Ziele.

5.3 Bedarfe auf bundesweiter Ebene

Im Rahmen der rechtskreis- und trägerübergreifenden Zusammenarbeit in einem Projekt ist die Verfügbarkeit einer geeigneten technische Plattform für die Ablage von inhaltlichen sowie organisatorischen Informationen, Angeboten für die Zielgruppe, Arbeitsordnern und für den Austausch von Informationen zur Terminverwaltung notwendig. Idealerweise sollte diese eine datenschutzkonforme Kommunikation zwischen den verschiedenen Akteuren gewährleisten und gleichzeitig die Komplexität der Fallarbeit nicht unnötig erhöhen. In der praktischen Umsetzung des Modellprojektes wurden jedoch erhebliche Herausforderungen deutlich, insbesondere im Hinblick auf den Schutz personenbezogener Daten und gesundheitsbezogener Informationen, die auch noch die in das Regelgeschäft überführte zielgruppenspezifische Arbeit des THH betreffen. Zur Vereinfachung der Kommunikation und zur strukturierten Fallbearbeitung erscheint die Einführung eines rechtskreisübergreifenden Dokumentationssystems empfehlenswert. Eine Grundlage für den Aufbau eines solchen Dokumentationssystems könnte dabei „YouConnect“ der Bundesagentur für Arbeit sein; diese Kommunikationsplattform bietet bereits implementierte Funktionen zur Koordination mehrerer Akteure.

Die Entwicklung und Etablierung eines einheitlichen Datenschutzkonzeptes, das die spezifischen Anforderungen in der Zusammenarbeit mit gesundheitlich eingeschränkten Leistungsberechtigten im

[28] Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. zur Unterstützung von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen und psychischen Erkrankungen in der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II), Dezember 2022, S. 9.
[29] Ebd., S 10.

SGB II berücksichtigt, wäre ein zentraler Schritt zur Erhöhung der Handlungssicherheit für alle beteiligten Akteure. Die datenschutzrechtlichen Anforderungen führten im Modellprojekt dazu, dass zahlreiche Prozesse in der vernetzten Arbeit komplex gestaltet werden mussten. Auch heute noch ist die Wahrung des Datenschutzes in der Zusammenarbeit zwischen Jobcentern und externen Partner*innen ein Grund dafür, dass z.B. Fallkonferenzen mit vielen Fallbeteiligten u.U. nicht umgesetzt werden können oder sich zeitlich verzögern. Es müssten dafür Einwilligungserklärungen zum gegenseitigen Austausch von personen- oder sogar gesundheitsbezogenen Daten bei sämtlichen beteiligten Unterstützungsleistenden eingeholt werden, die die betroffene Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation und mangelnden Prozessfähigkeit oft nicht einholen kann. Auf Seiten der Fallbeteiligten darf aber ohne im Vorfeld vorliegende Einwilligungserklärung gar kein Kontakt zu anderen Fallbeteiligten aufgenommen werden. Für die operativen Mitarbeitenden bedeutet dies einen signifikanten Mehraufwand an Zeitressourcen, da Abstimmungen und Informationsflüsse stark reguliert und oftmals nur indirekt realisierbar waren. Für die Teilnehmenden erhöhten sich dadurch zugleich die Zugangshürden zur interdisziplinären Unterstützung.

Durch die Erprobung und Analyse im Modellprojekt, können auch strukturelle Defizite in den rechtlichen Rahmenbedingungen für Vergabemaßnahmen im Kontext des SGB II belegt werden. Zur Realisierung einer Gesundheitsförderung im SGB II wird angeregt niederschwellige Vergabemaßnahmen mit Gesundheitsfokus auch künftig im Regelgeschäft eines Jobcenters anbieten zu können, um betroffene Menschen bei der Verbesserung ihrer gesundheitlichen Situation zu unterstützen und mittelfristig einen nachhaltigen (Wieder-)Einstieg auf dem Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Aktuell erschwert die gesetzliche Ausrichtung auf arbeitsmarktbezogene Förderinstrumente die Ausschreibung und Finanzierung gesundheitsorientierter Vergabemaßnahmen. Maßnahmen, die nicht vorrangig auf Arbeitsförderung ausgerichtet sind und bei denen eine Präsenzzeit von unter 15 Stunden/Woche möglich ist, fallen nach § 16 Abs. 1 SGB II i. V. m. § 45 SGB III nicht in das Leistungsspektrum des SGB II und können somit nicht ausgeschrieben und den Kundinnen und Kunden des Jobcenters zugänglich gemacht werden. SGBII-Maßnahmen im Kontext der Arbeitsförderung mit Gesundheitsaspekten sind für die Zielgruppe des Teilhabehauses nicht niederschwellig genug, da der Themenbereich Arbeit (oft schon bereits zu Beginn) der Maßnahme mehr Raum einnimmt als für die Zielgruppe passend. Die Präventionsangebote der Krankenkassen sind aufgrund ihres Eigenanteils und einer Anwesenheitspflicht i.d.R. von 80% ebenfalls nicht niederschwellig genug.

Um neuartige, auf Freiwilligkeit basierende Angebote – wie etwa Peer-Angebote – rechtssicher im SGB II-Kontext zu verankern, bedarf es einer Anpassung der rechtlichen Grundlagen, so dass auch begleitende Leistungen wie Fahrtkosten der Teilnehmenden außerhalb verpflichtender Meldetermine erstattet werden können. Hinzu kommt der Aspekt, dass den Häusern auch Mittel für die Umsetzung solcher freiwilligen Angebote zur Verfügung gestellt werden müssten.

Resümierend ist festzuhalten, dass für eine effektive bundesweite Skalierung rechtskreisübergreifender, gesundheitsorientierter Maßnahmen im SGB II-Kontext nicht nur technische und administrative Voraussetzungen geschaffen werden müssen, sondern insbesondere auch rechtliche und datenschutzbezogene Rahmenbedingungen weiterentwickelt werden sollten. Nur so kann eine praxistaugliche, niederschwellige und gleichzeitig rechtssichere Zusammenarbeit der beteiligten Akteure gewährleistet werden.

6 Anlagen

6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt

Übersichtskasten

Projekttitel	Das Teilhabehaus Bonn – Gewährung von Leistungen wie aus einer Hand
Akronym	Agt-forum
Zuwendungsempfänger	Jobcenter Bonn
Projektbeteiligte	Netzwerkpartner*innen/ Weiterleitungsempfänger*innen: Ambulante Suchthilfe Caritas/Diakonie Caritasverband für die Stadt Bonn e.V. - Fachbereich Sozialpsychiatrie Diakonisches Werk Bonn und Region – gemeinnützige GmbH Unternehmensverbund Stiftung Gemeindepsychiatrie Bonn-Rhein-Sieg Hilfe für psychisch Kranke e. V. Bonn/Rhein-Sieg LVR Klinik Bonn PAUKE Bonn-Rhein-Sieg gGmbH Verein für Gefährdetenhilfe gemeinnützige Betriebs GmbH Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH Kooperationspartner*innen: Agentur für Arbeit Bonn Deutsche Rentenversicherung Rheinland Landschaftsverband Rheinland Stadt Bonn
Förderaufruf	Erster Förderaufruf
Projektzeitraum	01.01.2020 – 31.12.2024

6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis

Zeitungsartikel im General Anzeiger (GA) Bonn

„Auswege aus dem Teufelskreis“, GA online & Print Artikel vom 10.08.2022

„Jobcenter in Bonn klärt Arbeitssuchende über Möglichkeiten auf“ GA Online Artikel zum „Tag der Möglichkeiten“ vom 06.06.2023 und Print vom 07.06.2023

„Ich habe gelernt, wieder vertrauen zu anderen und zu mir selbst zu fassen“, GA Online Artikel zum Projektabschluss vom 20.11.2024

- „Der Mensch zählt hier“, GA Print Artikel zum Projektabschluss vom 22.11.2024

Pressemitteilungen des Jobcenters Bonn

- „Oft ein Teufelskreis: Arbeitslosigkeit und Krankheit“ vom 12.05.2022
- „Teilhabehaus Bonn trifft Bundesarbeitsministerium“ vom 04.11.2022
- „Ohne Job und Perspektive? Da geht oft mehr …! – Tag der Möglichkeiten“ vom 06.06.2023
- „Teilhabehaus Bonn - Von der Modellphase in den Regelbetrieb“ vom 18.11.2024

Podcast Folgen

- Trailer
- Folge 1: Über das Teilhabehaus
- Folge 2: Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen
- Folge 3: Netzwerkpartner*innen
- Folge 4: Erfahrungsbericht
- Folge 5: Innovative Angebote
- Folge 6: Die Zusammenarbeit zwischen Teilhabehaus und Jobcenter Bonn
- Folge 7: Arbeitstrainings
- Folge 8: Rehabilitation/ LTA
- Folge 9: Peer-Angebote

Quelle: www.teilhabehaus-bonn.de, Newsroom

Broschüre, Flyer, Postkarten, Plakate, Veranstaltungshinweise

- Infobroschüre: „Teilhabehaus Bonn, Unsere Angebote für Sie – Inklusive Praxis-beispiele“, 32 Seiten
- Flyer: „Teilhabehaus Bonn: Alles unter einem Dach“
- Plakat Beitrag des THH zur Woche der seelischen Gesundheit, 10.-20.10.2023
- Veranstaltungshinweis des THH zur Woche der seelischen Gesundheit, 10.-20.10.2023
- Poster für die Fachkonferenz des BMAS am 05.10.2022
- Sieben Poster der Abschlussfeier am 18.11.2024: Gesundheitslotsen, Netzwerk-partner, Ko-operationspartner, FOGS, Peer-Angebote, Fachvorträge und innovative MAT
- Drei verschiedene Postkarten

6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen

Es gibt keine externen Veröffentlichungen der wissenschaftlichen Begleitung FOGS.

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