ERGEBNISBAND

KOPF 22

Kooperation für Prävention, Fitness und Gesundheit im Jobcenter

Modellprojekt ▪ Bundesprogramm rehapro ▪ Erster Förderaufruf

Projektverantwortlich:
Pro Arbeit
MainArbeit
Main-Taunus Kreis

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

Der vorliegende Ergebnisband stellt das Modellprojekt KOPF 22 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 KOPF 222 erläutert. Des Weiteren werden die Ergebnisse und Erkenntnisse zu den innovativen Ansätzen des Projekts sowie deren Wirkungen präsentiert. Außerdem werden Verstetigungsoptionen vor Ort sowie Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und bundesweiten Verstetigung dargestellt.

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

Inhaltsverzeichnis

1 Darstellung des Modellprojekts 5
1.1 Ausgangslage 5
1.1.1 Förderfähige Zielgruppe 5
1.1.2 Zieldefinitionen 5
1.2 Inhalte 6
1.2.1 Innovative Ansätze laut Projektantrag 6
1.2.2 Umsetzung der innovativen Ansätze 7
1.3 Ziele 10
1.3.1 Zielgruppen KOPF22 10
1.3.2 Projektteilnehmende 10
1.3.3 Projektziele 11
1.4 Organisation / Beteiligte / Akteure 12
1.4.1 Projektorganisation innerhalb KOPF22 12
1.4.2 In welchen Strukturen haben die Akteure zusammengearbeitet? 13
1.4.3 Wie war die Rollenverteilung der Beteiligten? 14
1.5 Wissenschaftliche Begleitung 16

2 Ergebnisse des Modellprojekts 18
2.1 padaCura-App 18
2.1.1 Implementierung der padaCura-App in der Pro Arbeit 18
2.1.2 Implementierung der padaCura-App in der MainArbeit 22
2.1.3 Implementierung der padaCura-App im KJC MTK 23
2.2 Präventions-Handlungsstrategien (PHS) 24
2.2.1 Pro Arbeit 24
2.2.2 MainArbeit 26
2.2.3 KJC MTK 28
2.3 Expertenpool und Fachkonferenzen 29
2.3.1 Pro Arbeit 29
2.3.2 MainArbeit 29
2.3.3 KJC MTK 30

3 Erkenntnisse zu den innovativen (Teil-)Ansätzen und deren Wirkungen 31
3.1 Die padaCura-App 31
3.1.1 Die padaCura-App in der Pro Arbeit 31
3.1.2 Die padaCura-App in der MainArbeit 32
3.1.3 Die padaCura-App im KJC MTK 32
3.2 Präventions- Handlungsstrategien 33
3.2.1 Pro Arbeit 33
3.2.2 MainArbeit 35
3.2.3 KJC MTK 36
3.3 Expertenpool und Fachkonferenzen 38
3.3.1 Pro Arbeit 38
3.3.2 MainArbeit 38
3.3.3 KJC MTK 39

4 Verstetigung vor Ort 40
4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung 40
4.2 Verstetigung im eigenen Jobcenter 41
4.2.1 Pro Arbeit 41
4.2.2 MainArbeit 42
4.2.3 KJC MTK 43

5 Erkenntnisse zur Übertragbark1eit und ggf. bundesweiten Verstetigung 44

6 Anlagen 45
6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt 45

6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis 46
6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen 46

1 Darstellung des Modellprojekts

1.1 Ausgangslage

Zum Zeitpunkt der Antragstellung im Jahr 2018 wurde in den Jobcentern (JC) kein systematischer Ansatz praktiziert, die Erwerbsfähigkeit von Bürgergeldbeziehenden (im weiteren Textverlauf gem. der Terminologie in Jobcentern auch „Kund:innen“ genannt) situativ und prospektiv im Sinne des Leitmotivs „Prävention vor Rehabilitation“ zu erheben und zu evaluieren. Ursächlich hierfür waren (und sind es immer noch) in vielen Fällen nicht hinreichende Fachexpertise von JC-Vermittlungskräften sowie nicht auskömmliche Mittel zur Umsetzung von Präventionsstrategien. Dabei fehlte es zudem an einem gesetzlichen Auftrag und systemischen Anreizen, mit dieser Klientel an ihrer Situation zu arbeiten. In der Folge entstehen sich schleichend anbahnende Rehabilitationsfälle, die erst kurz vor oder mit Reha-/EM-Eintritt für die JC-Vermittlungsfachkräfte evident werden. Mit dem rehapro-Projekt sollten vorbeugende Maßnahmen identifiziert werden, um Menschen davor zu schützen, in die Erwerbsunfähigkeit zu geraten. Das Entwicklungsprojekt KOPF22 wurde für den Zeitraum 01.01.2020 bis 31.12.2023 bewilligt. Während dieser Laufzeit wurde es zweimal verlängert und endete zum 31.12.2024.

1.1.1 Förderfähige Zielgruppe

Im Fokus von KOPF22 steht die Förderung und Unterstützung von Menschen im Bürgergeldbezug. Die Zielgruppe leitet sich prinzipiell aus den Zielgruppen gem. der Förderrichtlinie rehapro ab:

- Menschen mit zu erwartenden oder beginnenden Rehabilitationsbedarfen
- Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen
- Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen
- Menschen mit komplexen gesundheitlichen Unterstützungsbedarfen

Aufgrund des mehrstufigen Aufbaus des Projektes muss jedoch die Zielgruppe differenziert beschrieben werden. Die Nutzung der entwickelten padaCura-App[1] sollte zunächst allen Personen angeboten werden, die Leistungen nach SGB II in einem der beteiligten Jobcenter neu beantragt haben, in einem weiteren Schritt war die Ausweitung auf alle Personen, die bereits Leistungen beziehen, geplant. Nach Bestimmung des padaCura-Scores[2] sollte sich die Zielgruppe (zur Arbeit) im Rahmen der Präventions-Handlungsstrategien (PHS) auf die Personen verdichten, deren Wert zeigt, dass eine Gefährdung bzw. drohende Einschränkung der Erwerbsfähigkeit erkennbar ist, ihrem Eintreten aber noch präventiv entgegengewirkt werden kann.

Es bestand die Hoffnung, dass die Auseinandersetzung mit den Inhalten der padaCura-App aufseiten der Zielgruppe einerseits Sensibilität für deren etwaige gesundheitsgefährdende Lebensfaktoren schaffen könne. Andererseits galt es, das Bewusstsein zu fördern, die persönliche Gesundheit als Schlüsselfaktor für die berufliche und gesellschaftliche Teilhabe zu verstehen und ein Interesse daran zu entwickeln, die eigene Erwerbsfähigkeit zu erhalten.

Ansprechpartner:innen für die Zielgruppe, v.a. im Prozess der App-Nutzung und Zusteuerung der Projektteilnehmenden, sind die Beratungsfachkräfte der Jobcenter. Diese sind in den beteiligten Jobcentern unterschiedlich betitelt, z. B. Jobcoaches bei der Pro Arbeit, persönliche Ansprechpartner:innen in der MainArbeit und Fallmanager:innen im KJC Main-Taunus-Kreis. Im folgenden Dokument wird einheitlich der Begriff Berater:in genutzt.

1.1.2 Zieldefinitionen

Das Verbundprojekt KOPF22 verfolgte mehrere Ziele.

[1] pada = Pass auf Dich auf; Cura = heilen. Im Antrag noch aktivAPP
[2] Im Antrag noch rehaScore

Es unterliegt der übergeordneten Prämisse *Prävention vor Rehabilitation*.

Im Unterschied zu vielen anderen rehapro-Projekten wurde zunächst die Frage verfolgt, ob eine Person gefährdet ist, ihre Erwerbsfähigkeit ganz oder teilweise zu verlieren. Mit der padaCura-App wurde ein digitales Instrument entwickelt und in den Jobcentern erprobt, um dies frühzeitig erkennen zu können (Fragebogen zur Selbsteinschätzung).

Angesichts der im Antrag beschriebenen Herausforderungen sowie der anvisierten Zielgruppe war das Projektvorhaben darauf ausgerichtet, zum einen das mögliche Fortschreiten gesundheitsbeeinträchtigender Prozesse, die zu Gesundheitsgefährdung, Chronifizierung und Behinderung führen können, zu erkennen, aufzuhalten bzw. zu verhindern. Zum anderen versuchte es, gesundheitsgefährdende Belastungen aufseiten der Teilnehmenden abzubauen sowie deren Ressourcen zu stärken.

In der Broschüre des BMAS zu Projektbeginn *Rehabilitation fördern, stärken, besser machen! - Modellprojekte im Bundesprogramm rehapro - Erster Förderaufruf* definierte die Gesamtprojektleiterin Annette Grimmel-Bruhns:

„Wir hoffen, dass sich der Schwerpunkt unserer Arbeit deutlich verschieben wird – hin zur Prävention. Das bedeutet für uns sowohl eine strukturelle als auch operative Neuorientierung. Diesen herausfordernden Weg gehen wir gerne, denn wir versprechen uns davon, mehr Menschen erfolgreich im Erwerbsleben halten bzw. in Arbeit integrieren zu können. Und das gelingt umso besser, je früher wir mit gezielten Angeboten intervenieren können."

Ein weiteres Ziel war die Erprobung bedarfsorientierter Präventions-Handlungsstrategien. Laut Projektantrag sollten in den beteiligten Jobcentern Angebotslücken erkannt und individuell abgestimmte Strategien zur Arbeit an der gesundheitlichen Situation gefunden werden.

Das dritte Ziel war die Heranziehung von Expertise aus dem Sektor Gesundheit durch interdisziplinäre Fachkonferenzen und Fallkonferenzen, um Beratungsprozesse inhaltlich professionell ergänzen zu können. In diesem Zusammenhang sollte ein Expertenpool aufgebaut werden.

1.2 Inhalte

1.2.1 Innovative Ansätze laut Projektantrag

Das Projekt setzt sich aus drei Bestandteilen zusammen: der padaCura-App, den interdisziplinären Fachkonferenzen sowie den Präventions-Handlungsstrategien (PHS). Im Projektantrag wurden sie als innovative Elemente definiert. Das Hauptelement sollte ein digitales Analyseinstrument in Form einer mobilen Applikation sein, der padaCura-App. Diese sollte in der Lage sein, durch eine Selbstauskunft in Form eines digitalen Fragebogens eine Berechnung durchzuführen, wie hoch das persönliche Risiko der Bürgergeldbeziehenden ist, erwerbsunfähig zu werden. Die Erweiterung des (Erst-)Profilings von Bürgergeldbeziehenden um dieses Element dient dem frühzeitigen Erkennen drohender Erwerbsunfähigkeit und damit dem Ansatz „Prävention vor Rehabilitation". Auf dem Ergebnis der App basierend können neue Erkenntnisse in die Fallarbeit im Jobcenter mit einbezogen werden, um Veränderungen anzustoßen. Als weiteres innovatives Element sollten die Ärzt:innen der Zielgruppe stärker in die Verfahrenslogik und Arbeitspraxis der Jobcenter im Rahmen eines „Expertenpools" eingebunden werden. Ziel dabei war es, diese für den Zusammenhang von Erwerbstätigkeit, Gesundheit und Erwerbsfähigkeit zu sensibilisieren, was sich z.B. im Umgang mit dem Thema Arbeitsunfähigkeit nicht Erwerbstätiger ausdrücken kann. Die dritte Innovation bestand darin, themenbezogene Fachkonferenzen zu initiieren, in denen sich die Jobcenter, Ärzt:innen und weitere Expert:innen den Fragen widmen, die sich aus den mittels der padaCura-App identifizierten Fällen ergeben. Dieser Expertenpool diente der Verzahnung der Systeme (Sozial-, Arbeitsförderungs-, Gesundheits-, Rentensystem, …) Hierdurch sollte ein neuartiges Instrument geschaffen werden, das die Fachlichkeit der beteiligten Akteure stärkt. Teilnehmendenbezogen werden aus den Fachkonferenzen Handlungsstrategien abgeleitet, um die Reha/EM-Eintrittswahrscheinlichkeit zu senken.

1.2.2 Umsetzung der innovativen Ansätze

1.2.2.1 Die padaCura-App

War man während der Projektplanungsphase noch zuversichtlich, welche Inhalte in der noch zu entwickelnden App abgebildet werden sollten, so zeigte sich schon bald bei der Erstellung einer Leistungsbeschreibung, dass die Erfahrungswerte mit der Ausgestaltung einer IT-Ausschreibung in den drei beteiligten Jobcentern als eher gering anzusehen waren. Man beschloss, dass externe fachkundige Berater:innen mit der Ausschreibung betraut werden sollten, um weitere Verzögerungen zu vermeiden und vergaberechtliche Klippen zu umschiffen. Ende Oktober 2021 wurde dann der Zuschlag für die Entwicklung der App an die Jobnet.AG erteilt.

Das Thema des Datenschutzes nahm in der folgenden Zeit einen ganz erheblichen Raum ein und wurde verbundübergreifend in einer Arbeitsgruppe zusammen mit den Datenschutzbeauftragten der drei beteiligten Jobcenter bearbeitet. Dies floss auch in die Entwicklung der App ein. Mit der Jobnet.AG zusammen wurden die datenschutzrechtlichen Anforderungen direkt in die App integriert, sodass alle erforderlichen Zustimmungen dort von den Nutzer:innen erfolgen können.

Weiterhin beschäftigten sich die drei Häuser jeweils ganz individuell damit, da die Begebenheiten vor Ort in das erforderliche Datenschutzkonzept einfließen mussten. Hier stellte besonders die Anbindung der padaCura-App an die jeweiligen Fachverfahren (verwendete Softwaresysteme zum Kundenmanagement) eine große Herausforderung dar, nicht alleine in Bezug auf die technische Umsetzung, sondern z. B. auch in der Beschreibung, wie Zugangsdaten generiert und an die Probanden ausgegeben werden können.

Das dem Fragenkatalog der App zugrundeliegende wissenschaftliche Konzept wurde von Professor Dr. Joachim Thomas und Dr. Regina Weißmann von der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt (Institut für Psychologische Diagnostik und Intervention) entwickelt. Die padaCura-App stellt ein digitales Instrument dar, das auf der Grundlage des bio-psychosozialen Modells der ICF entwickelt wurde. Der Fragenkatalog umfasste anfänglich 86 und wurde im Verlauf auf 64 Fragen reduziert. Diese stammen aus den Bereichen demographische Daten, Umweltfaktoren, Gesundheitskompetenz, körperliche und geistig-seelische Fitness und stellen eine Selbsteinschätzung der Kund:innen dar.

Im Frühjahr 2022 konnte die erste Version der App zu Testzwecken erprobt werden. Zwischen Mai und August 2022 wurde eine Pilotphase mit Kund:innen in allen drei Jobcentern durchgeführt, die zum einen den zugrundeliegenden Algorithmus zur Errechnung des padaCura-Scores und zum anderen die „Usability“, also die Bedienbarkeit, das Verstehen der Fragen sowie die Plattform (Web, IOS und Android) durch die Anwendenden überprüfen sollte. Die Pilotphase wurde nach Auswertung der Ergebnisse Ende September 2022 erfolgreich abgeschlossen. Zu diesem Zeitpunkt erhielt die App dann auch ihren heutigen Namen padaCura-App.

Die Darstellung des Ergebnisses als Ampel wurde schon während der Entwicklung verworfen, da diese Form einen eher abschreckenden Charakter hat. Der Ergebnisbericht sollte schließlich die App-Nutzenden dazu bewegen, sich mit ihrer gesundheitlichen Situation auseinanderzusetzen. Deshalb wählte man für die Darstellung einen Farbverlauf von gelbgrün für den Score 1 bis türkisgrün für den Score 4, wobei die 4 Stufen (1 = keine/geringe Gefährdung; 2 = mittlere Gefährdung, 3 = erhöhte Gefährdung, 4 = hohe Gefährdung) durch einen Punktwert auf einem Graphen innerhalb der Scala abgebildet werden (siehe Abb. 1).

Im Januar 2023 wurde die padaCura-App allgemein freigegeben und konnte nun den Kund:innen angeboten werden. Sukzessive gingen auch die Sprachen, in denen die App ausgefüllt werden kann, an den Start, sodass nun 15 Sprachen vorhanden sind.

Mit der padaCura-App steht den drei Jobcentern erstmals ein evidenzbasiertes Instrument zur Verfügung, das in der Lage ist, das Risiko zu ermitteln, erwerbsunfähig zu werden.

Im April 2024 erfuhr die App eine wesentliche Erweiterung hinsichtlich der Ergebnisdarstellung. War es bisher nur möglich den Score darzustellen, so können nun auch die Bereiche Gesundheitskompetenz, Umweltfaktoren, Körperliche Fitness und Geistig-seelische Fitness abgebildet werden. Je weniger stark ein Bereich ausgeprägt ist, desto höher ist hier der Handlungsbedarf.

Aus den Rückmeldungen der Mitarbeitenden der drei beteiligten Jobcenter wurde deutlich, dass eine zusätzliche sektionenbezogene Auswertung der Fragen den Beratungsprozess besser unterstützen kann.

Zur weiteren Teilnahme an den PHS wurden in erster Linie Personen mit einem padaCura-Score von 2 oder 3 angesprochen. Die Teilnahme daran galt grundsätzlich als freiwillig. Vor dem Hintergrund des Prinzips Freiwilligkeit wurde auch Personen, die der Übertragung ihres Scores an das JC nicht zugestimmt haben, ein Auswertungsgespräch und evtl. eine Teilnahme an PHS angeboten. Die Entscheidung, den Score nicht mitzuteilen, sollte nicht prinzipiell zu einem Ausschluss aus der Förderung führen. Es zeigte sich, dass es schwierig und zeitintensiv war, Personen dafür zu gewinnen.

1.2.2.2 Expertenpool / Fachkonferenzen

Die Projektbausteine Expertenpool/Fachkonferenzen und PHS sind eng miteinander verknüpft: In Fachkonferenzen sollte der interdisziplinäre Austausch zwischen Arbeits- und Gesundheitsförderung gestärkt werden. Dazu sollte ein Expertenpool aus niedergelassenen Ärzt:innen und weiteren Expert:innen aus dem Gesundheitssystem aufgebaut werden. Diese sollten ihre fachliche Expertise in die Fachkonferenzen einbringen und gemeinsam mit Berater:innen und Projektmitarbeitenden partizipativ Strategien entwickeln, wie Kund:innen der Jobcenter mit einem festgestellten Präventionsbedarf bestmöglich unterstützt werden können. Im Austausch zwischen ärztlichem Personal und Mitarbeitenden der Jobcenter sollten Möglichkeiten medizinischer Versorgung für die betroffene Klientel eruiert und auf Grundlage des Maßnahmenportfolios des Jobcenters (und darüber hinaus) adäquate Handlungsempfehlungen für die Zielgruppen bestimmt werden.

Darüber hinaus war angestrebt, auf Fallebene mit den jeweiligen niedergelassenen Ärzt:innen zu kooperieren, etwa durch die Einbeziehung in Fallkonferenzen, Empfehlungen der Ärzt:innen an die zuständigen Berater:innen der Jobcenter und andere Formen der Zusammenarbeit.

Für den Expertenpool sollten weitere Personen aus dem medizinisch-psychologischen Bereich für eine dauerhafte Kooperation gewonnen werden. Schon bald musste der Begriff des Expertenpools erweitert werden; er wurde nun in externe und interne Experten differenziert.

1.2.2.3 Die internen Experten

Der interne Expertenkreis konnte schnell ermittelt werden. Zum einen waren es die Berater:innen, die mit der direkten Fallberatung betraut waren, zum anderen alle Fachkräfte, die sich mit Gesundheitsthemen beschäftigten, wie zum Beispiel die Ärzt:innen und Psycholog:innen des Medizinisch-Psychologischen Dienstes in den Jobcentern sowie diejenigen, die sich mit dem Thema Reha und Schwerbehinderung auseinandersetzen. Eine interne Vernetzung dieser Experten war jedoch nur bedingt gegeben.

1.2.2.4 Die externen Experten

Der Kontakt zu niedergelassenen Ärzt:innenen gelang nur in unzureichendem Maße, obwohl man auf verschiedenen Wegen versuchte, eine direkte Verbindung aufzubauen. Hier wurde schnell klar, dass, wenn man auf ärztliche Expertise nicht verzichten möchte, der Zugang zu den niedergelassenen Ärzten aber nicht gelingt, die Lösung in der Gewinnung von Projektärzt:innen und Projektpsycholog:innen liegen kann. Diese Funktionen wurden daraufhin in den Präventionshandlungsstrategien beschrieben.

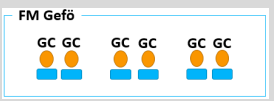
Ein nicht zu vernachlässigendes Element stellen die Fachkonferenzen dar, die nicht nur dem Wissenstransfer und dem Erkenntnisgewinn, sondern ganz besonders auch der Vernetzung dienen. Die Fachkonferenzen, die innerhalb des rehapro-Netzwerks in Land und Bund stattfanden, eröffneten den Projektausführenden wertvolle Kontakte zu anderen Projekten, um sich Ideen zu Umsetzung und Durchführung zu holen, da die Zielgruppen zwar nicht deckungsgleich waren, aber meist deutliche Schnittmengen aufwiesen. Ebenso war die Vernetzung mit der HAGE (Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.) und dem GKV-Bündnis eine Bereicherung für die Projektarbeit (Die Fachkonferenzen und Fachtagungen sind in Anlage B – Publikationsverzeichnis aufgeführt).

1.2.2.5 Präventions-Handlungsstrategien (PHS)

Im Projektantrag wurde noch davon ausgegangen, dass inhaltliche Ideen zu den PHS unter anderem in den Fachkonferenzen entwickelt werden. Im Projektverlauf zeigte sich, dass PHS sich jeweils aus individuell vereinbarten Schritten und bestehenden Maßnahmen zusammensetzen. Im Sinne der Darstellbarkeit entschlossen sich die drei Verbundpartner, ihre unterschiedlichen Handlungsstrategien unter fünf übergeordneten Strängen zusammenzufassen. Somit wurde eine Grundstruktur zur Umsetzung etabliert.

In Zusammenarbeit mit der wissenschaftlichen Begleitung wurde im Verbund ein übergeordneter Rahmen für sogenannte Präventions-Handlungsstrategien (PHS) festgelegt, um gezielte, individuelle Präventions- und Unterstützungsangebote für die Projektteilnehmenden vorhalten zu können. Mit zunehmender Teilnehmendengewinnung reifte in den drei Jobcentern die Erkenntnis, dass eine erfolgreiche Anbindung an das Projekt KOPF22 nur gelingen kann, wenn auch eine intensivere, engmaschigere Betreuung für die Projektteilnehmenden als im Regelbetrieb erfolgt. Ebenso trat auch der Vorteil, auf projekteigene medizinische und psychologische Expertise in Form der Beratung durch Projektärzt:innen und/oder Projektpsycholog:innen zugreifen zu können immer mehr in den Vordergrund. Besonders aber führten Individualangebote und das Angebot von themenbezogenen Gruppenveranstaltungen zu einem gesteigerten Interesse der Bürgergeldbeziehenden.

Die nachstehende Grafik veranschaulicht das Vorgehen der einzelnen Verbundpartner.

Pro Arbeit	**Zugang zum Projekt über:** 	**PHS 1**	**Präventions-Jobcoaches/** 	– besprechen das Ergebnis der App – machen Gesundheitsangebote – vereinbaren Termin mit Projektärztin – unterstützen bei der Erarbeitung von Lösungsansätzen – Verweisberatung auf Beratungsstellen – stärken die Gesundheitskompetenz
			Projektärzte 	– bespricht gesundheitliche Situation – klärt über Behandlungsmöglichkeiten auf – erklärt Befunde – gibt eine Handlungsempfehlung an Kunde und Präv-JC
		PHS 2	**Mit bestehender ärztlicher Anbindung** 	– Präv-JC besprechen das Ergebnis der App und die Empfehlungen der Ärzte der Kund:innen inkl. weiteres Vorgehen – unterbreiten Präventionsangebote – Unterstützung bei der Erarbeitung von Lösungsansätzen
MainArbeit	**Zugang zum Projekt über:** 	**PHS 3**	**FM Gefö** 	– besprechen Ergebnis der App → bei **Projektteilnahme**: – intensives systemisches Coaching nach koproduktiven Ansatz wenn **erforderlich**: – Einbeziehung Projektarzt und/ oder Projektpsychologin – Präventionsangebote
		PHS 4	**Projektarzt** 	– bespricht Gesundheitssituation – erklärt Befunde – leitet weitere Behandlungsvorgehen ein
			Projektpsychologin 	– macht Einzel- und Gruppenangebote – betreibt psychologisches Übergangsmanagement zur therapeutischen Anbindung

			Präventionsangebote 	– Gruppen- und Einzelangebote zu: – Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung
KJC MTK	**Zugang zum Projekt über: App, Neukunden, FM**	**PHS 5**	**Projektgruppe Gesundheit** **GC** **+** **CM** **CM**	– Erstanamnese – Coaching nach Casemanagement-Ansatz, u.a.: – Anbindung an medizinische Hilfen – ggf. Nachbesprechung von Befunden und Behandlungsstrategien, Klärung von Fragen mit behandelnden Ärzt:innen – Zusammenarbeit mit arbeitsmedizinischem und sozialpsychiatrischen Dienst des MTK – Vermittlung individueller gesundheitsfördernder Angebote – Tagesstruktur, leidensgerechte Beschäftigungen – Beratungsübergänge zu SGB IX, SGB XII

Abb. 1: Vorgehen der Verbundpartner bei den PHS

1.3 Ziele

1.3.1 Zielgruppen KOPF22

Zielgruppe für die Nutzung der im Projekt entwickelten padaCura-App waren die unter Punkt **1.1.1 förderfähige Zielgruppe** beschriebenen Personen. Zielgruppe für die Präventions-Handlungsstrategien waren anschließend die Personen, die explizit durch die Nutzung des Screening-Tools padaCura-App Bedarfe in den Bereichen Gesundheit und Erwerbsminderungsprävention zeigten und die Bereitschaft mitbrachten, an Angeboten teilzunehmen. Die Zielgruppe für den Baustein Expertenpool/Fachkonferenzen waren Expert:innen aus dem Bereich Medizin, Gesundheit, Psychologie sowie Akteure aus der Sozialen Arbeit, Vereinigungen zu bestimmten Themen (Beispiel: Deutsche Depressionshilfe), Selbsthilfegruppen und Akteure der Gesundheitsförderung und aus dem Sozialraum. Zielgruppe für Fachkonferenzen in den einzelnen Jobcentern waren Beratungsfachkräfte und involvierte Expert:innen, darunter auch Ärzt:innen.

1.3.2 Projektteilnehmende

Für die Umsetzung ergab sich die Notwendigkeit einer Definition der „KOPF22-Projektteilnehmenden“. Als Projektteilnehmende im weiteren Sinne wurden alle Personen betrachtet, die die App benutzt haben. Zu den Projektteilnehmenden im engeren Sinne gehören die Personen, die nach der App-Nutzung auch an Präventions-Handlungsstrategien (PHS) teilnahmen, um ihre gesundheitliche Situation zu verbessern. In erster Linie wurden in den beteiligten JC dabei Personen mit einem padaCura-Score von 2 oder 3 in den Fokus gerückt. Im Laufe des Projektes erhielten auch Kund:innen mit Score 1 und 4 das Angebot, die PHS zu nutzen, wenn Kund:in und Berater:in dies für förderlich und zielführend hielten. Das geschah insbesondere dann, wenn der Score im Grenzbereich zur benachbarten Stufe angesiedelt war oder aus dem differenzierten Ergebnisbericht Hinweise abgeleitet wurden, dass eine entspr. Förderung sinnvoll sein könnte. Damit wurde dem Ansatz Rechnung getragen, dass der padaCura-Score Beratungsprozesse erleichtern, aber nicht unreflektiert bestimmen soll.

1.3.3 Projektziele

Die inhaltliche Ausrichtung von KOPF22 verschrieb sich voll und ganz dem Leitmotiv „Prävention vor Rehabilitation", indem die Zielgruppe vor einer möglicherweise drohenden Minderung bzw. dem Verlust der Erwerbsfähigkeit bewahrt werden soll. Es zielte darauf ab, den Anteil an Reha-Fällen zu senken und rehabedingte Übertritte in SBG XII zu begrenzen. Das Projekt bestand aus drei aufeinander aufbauenden Handlungssträngen bzw. Projektbausteinen, die in den Beratungs- und Aktivierungsablauf der drei beteiligten Jobcenter integriert werden sollten. Die Ziele der einzelnen Projektbausteine werden im Folgenden aufgeführt:



Abb. 2: Grafische Darstellung der Projektziele

Die padaCura-App /der padaCura-Score

Mit der padaCura-App sollte ein innovatives Screening-Tool entwickelt werden, das die Gefährdung der Zielgruppe aufzeigt. Dieses Tool sollte mit Hilfe eines externen Dienstleisters entwickelt und in den Beratungs- und Vermittlungsablauf der drei beteiligten Jobcenter implementiert werden. Geplant war, für 50% aller Kund:innen einen padaCura-Score zu ermitteln. Schon während der Pilotphase zeigte sich, dass aufgrund der Freiwilligkeit der Nutzung der App dieses Ziel aus dem Projektantrag zu ambitioniert war. Der ermittelte Scorewert (zwischen 1 und 4) der padaCura-APP sollte aufzeigen, welches Risiko und welcher Handlungsbedarf besteht, um eine drohende Minderung und/oder einen Verlust der Erwerbsfähigkeit abzuwenden. Der Ergebnisbericht der App sollte zudem die Möglichkeit eröffnen, zielgerichtete Prozesse, Hilfen und Fördermaßnahmen einzuleiten, die zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit und zur Integration in den Arbeitsmarkt beitragen.

Expertenpool und Fachkonferenzen

Im Rahmen des Projektes sollte die Einbindung von niedergelassenen (Fach-)Ärzt:innen gezielt erfolgen. Pro Jobcenter-Bezirk wollte der Projektverbund 15 niedergelassene Ärzt:innen als dauerhafte Kooperationspartner gewinnen und für das Projekt KOPF22 sensibilisieren und aktivieren. Dazu gehörte es, Alternativen zu Ketten-AU-Bescheinigungen zu finden. Die AU wird als wichtiger Indikator bei der Bestimmung möglicher Reha-Fälle angesehen. Eine anhaltende AU nimmt die Risikopersonen für den wichtigen Präventionsprozess (mindestens temporär) aus dem Spiel. Geplant war, den Zugang der Jobcenter zu den niedergelassenen Ärzt:innen über die Fachkonferenzen zu erreichen. So sollte ein JC-Ärzt:innen-Netzwerk initiiert und implementiert werden.

Als Austauschformat mit den Expert:innen waren Fachkonferenzen vorgesehen. Die interdisziplinär zusammengesetzten Fachkonferenzen sollten dazu dienen, die Bedarfslagen der Zielgruppe zu eruieren sowie gemeinsam mit dem Expertenpool adäquate Förderziele bzw. Handlungsempfehlungen

mitsamt entsprechender Präventions-Handlungsstrategien zu definieren. In den gemeinsamen Fachkonferenzen sollten Erfahrungen ausgetauscht und Erkenntnisse gewonnen werden.

Bereits vorhandene Regel-Instrumente wie Gesundheitsmaßnahmen, psychosoziale Unterstützungsangebote u.a. sollten sinnhaft ergänzt und die Anbindung an bzw. die Kooperation mit kommunalen und lokalen Akteuren ausgeweitet werden. Kooperationspartnerschaften zu diesen bekamen mehr Aufmerksamkeit.

Präventions-Handlungsstrategien (PHS)

Der Projektantrag KOPF22 benennt als Ziel, dass 5 wirksame PHS im Projektverbund entwickelt und eingesetzt werden. Dazu sollten aus dem gesamten Kundenbestand der drei Jobcenter 600 Teilnehmende gefunden werden, die an PHS teilnehmen. Ziel der PHS war es, bestehende Ansätze der Jobcenter zur Gesundheitsförderung zusammenzuführen und zu ergänzen.

Die im Laufe des Projekts entwickelten PHS sollten sich im Kern von (teuren) Reha-Maßnahmen unterscheiden und individuelle Präventions- und Unterstützungsangebote für die Projektteilnehmenden bieten. Dies zielte auf eine engmaschigere und intensivere Betreuung von Kund:innen als in der normalen Fallarbeit, die explizit den Themenkomplex Gesundheit und Prävention im Sinne des biopsychosozialen Modells einbezieht.

1.4 Organisation / Beteiligte / Akteure

1.4.1 Projektorganisation innerhalb KOPF22

Für das Verbundprojekt KOPF22 ha++ben sich drei kommunale Jobcenter zusammengeschlossen: Die Pro Arbeit als Anstalt des öffentlichen Rechts des Landkreises Offenbach; die MainArbeit als Eigenbetrieb der Stadt Offenbach; das Kommunale Jobcenter Main-Taunus-Kreis als Teil des Landratsamtes. Die Aufgabe des koordinierenden Zuwendungsempfängers bekleidete die Pro Arbeit. Die Häuser stellten jeweils unterhalb ihrer Geschäftsführungsebene eine Person als Projektleitung (PL) ab. Die PL des koordinierenden Jobcenters fungierte gleichzeitig als Gesamtprojektleitung. Die Projektleitungen zeichneten sich durch ihre fachliche Expertise und Führungs-Funktionen im Regelgeschäft in Bezug auf Integration und Vermittlung, Beratung innerhalb des Fallmanagements sowie durch ihre breite Erfahrung in Bezug auf Fördermittel, Projektarbeit, Maßnahmenmanagement und Vergaben sowie nicht zuletzt den Strategien der Organisationen aus. Auf der Arbeitsebene stellte jeder der drei Verbundpartner zwei Projektkoordinator:innen und eine administrative Kraft zur Verfügung. Die Administratorenstelle des KJC MTK konnte nach Maßgabe des Fördermittelgebers nicht über die initial genehmigte Zeit hinaus beschäftigt werden. Alle übrigen Kräfte konnten in beiden Verlängerungsanträgen berücksichtigt und bis zum 31.12.2024 im rehapro-Projekt KOPF22 tätig sein.

Für eins der innovativen Kernelemente von KOPF22, die Entwicklung der padaCura-App, konnte in der frühen Projektphase eine Kooperation mit dem durch Vergabeverfahren ermittelten IT-Dienstleister *Jobnet.AG* und dem dort bereits angeschlossenen Entwicklungsteam von Reha-Wissenschaftlern der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt (Abrechnungsverhältnis abgebildet über die Jobnet.AG) eingegangen werden. Als Auftragnehmer erhielt die Jobnet.AG den Auftrag zur Entwicklung und Bereitstellung der padaCura-App. Die App wurde von den jeweiligen Verbundpartnern unterschiedlich lange eingesetzt, aus Projektmitteln der Verbundpartner wurden die Dienstleistung und der bereitgestellte Software-Service bis zum 31.12.2023 bestritten, anschließend wurden aufgrund der notwendigen Verlängerung der Erprobung und zur Vorbereitung der angedachten Verstetigung hauseigene Mittel aus den jeweiligen Jobcentern verwendet. Die wissenschaftliche Begleitung erfolgte per Vergabe an das Bildungswerk der Hessischen Wirtschaft.

Am erklärten Projektteilziel eines verbundübergreifenden Netzwerks von Kooperationspartnern im Gesundheitsbereich wurde besonders in der ersten Hälfte der Projektlaufzeit gearbeitet. Mittels Fachkonferenzen und einem für das Ärzteblatt verfassten Artikel (nicht publiziert) wurde versucht, die medizinische Öffentlichkeit im Rhein-Main-Gebiet und darüber hinaus zu adressieren. Während 2020 und 2021 noch die Corona-Pandemie sämtliches medizinisches Personal in festem Griff hatte, stellte der Projektverbund fest, dass auch 2022 weniger die Hausärzt:innen und andere

Mediziner:innen gewonnen werden konnten. Neben einzelnen Kontakten zu Arbeitsmediziner:innen zählten vor allem spezifische Verbände (z.B. Deutsche Depressionshilfe, GKV-Bündnis, u.ä.), die Krankenkassen und Selbsthilfestrukturen zu den wichtigen und am Aufbau von Kooperationen interessierten Akteuren. Die verbundübergreifende Netzwerkarbeit wurde durch mehrere Fachkonferenzen stabilisiert. Der Verbund beschloss, ab dem Echtbetrieb der padaCura-App zum Jahreswechsel 2022/2023 und der damit möglich gewordenen Aufnahme der Projektteilnehmenden den je hausspezifischen Aufbau lokaler Netzwerke im Sozialraum der einzelnen Jobcenter zu priorisieren. Die bereits aus 2020-2022 bekannte geringe Kapazität für eine nicht-einzelfall-bezogene Zusammenarbeit mit Ärzt:innen und Institutionen der medizinischen, psychologischen und sozialen Hilfe bestätigte sich in der Arbeit mit den Kund:innen deutlich. Während übergeordnete Ärzt:innen-Ansprachen weiter unbeantwortet blieben, erhielten einzelne Beratungskräfte fallbezogen durchaus hilfreiche Auskünfte (Telefonate im Beisein der Kund:innen mit Einverständnis). Im späteren Projektverlauf war mit Hilfe des gefundenen und gefestigten Rollenbildes als Projekt es auch auf Gesundheitsmessen und Fachveranstaltungen möglich, mit Mediziner:innen ins Gespräch zu kommen.

Eher irritiert reagierten in anderen Einzelfällen Mitarbeitende bei sozialen und Suchthilfe-Trägern (trotz Projektvorstellungen) auf die neue, engere Kundenbetreuung und Nachfragen seitens der Jobcenter-Beratungskräfte. Klare Aufgabenverteilung der Institutionen, der Wert der Vertrauensbeziehung und teils evtl. das Gefühl, Klient:innen vor der Institution Jobcenter „schützen“ zu müssen, kamen zum Ausdruck.

1.4.2 In welchen Strukturen haben die Akteure zusammengearbeitet?

Das Verbundprojekt KOPF22 gab sich neben einem Projektstrukturplan eine formale Struktur, die über feststehende wiederkehrende Gremien- und Arbeitsgruppentermine abgebildet war.

Steuerungs- **Kreis**	alle 3 Geschäftsführende Projektleitungsebene Koordinatorenebene berichtet	2x jährlich	Strategische Absprachen und Entscheidungen
Projektleitungs- **Runde**	alle 3 Projektleitungen	1x mal monatlich + anlassbezogen	Verbindung der strategischen und operativen Steuerung des Verbundprojektes, Absprachen für den Verbund
Koordinierungs- **Kreis**	zeitweise bis zu 7 Projektkoordinator:innen 3 Administrator:innen 1xmonatlich Teilnahme Gesamtprojektleitung; für Kommunikationsfluss und bei Entscheidungen	14tägig; falls erforderlich anlassbezogene Sondertermine	Verständnis als Arbeitstreffen mit festen und beweglichen Teilen der Tagesordnung

Admin- **Treffen**	Administratorinnen	wöchentlich	Rechnungswesen, Terminkoordination verbundübergeifend, Kommunikation mit Fachstelle, Protokolle, Vorbereitung von Auswärtsterminen

Darüber hinaus fanden turnusmäßige Meetings mit den Dienstleistern Jobnet.AG und Bildungswerk der Hessischen Wirtschaft als Träger der Wissenschaftlichen Projektbegleitung statt, meist unter Beteiligung aller Koordinator:innen und anlassbezogen mit der Gesamtprojektleitung oder den Projektleitungen:

Statusmeeting Jobnet.AG	Anfangs wöchentlich (während der Test- und Pilotphase 2022) dann 14tägig, ab 2023 monatlich
Meeting BWHW	einmal im Monat, 2024 ca. alle 2 Monate

Von 2020 bis 2022 bestanden neben den oben beschriebenen Strukturen auch verbundübergreifende Arbeitsgruppen der Projektkoordinator:innen, teils inklusive der Administratorinnen. Diese AGs waren wichtige digitale Arbeitstreffen, um das Projekt in die Umsetzung zu bringen und die Kernthemen voranzutreiben:

- Organisation
- Finanzen & Administration
- Controlling und Berichtswesen
- padaCura-App (Vergabe App-Dienstleister, Anforderungskatalog, u.ä)
- Expertenpool/Handlungsstrategien/Fachkonferenzen
- Datenschutzkonzept
- Zusammenarbeit mit der Wissenschaftlichen Begleitung

Ab 2022 waren die Arbeitsgruppen je nach Thematik nach und nach nicht mehr notwendig, ein wöchentliches informelles Arbeitstreffen zum Austausch über die App-Implementierung und die Arbeit mit Kund:innen in den PHS löste diese ab 2023 ab.

Förderlich war 2022 auch die Struktur eines **Teilprojekts für die Erarbeitung des Datenschutzkonzepts** unter Anwendung eines **agilen Projektmanagements** in Anlehnung an SCRUM. Erste Versuche der Erarbeitung von der Arbeitsebene aus waren fachlich überfordernd, die Datenschutzbeauftragten der Häuser mussten als **Fachpromotoren** aktiv am Konzept mitarbeiten. Um den jeweiligen Auftrag von höherer Hierarchieebene zu erwirken und die gemeinsame Erarbeitung zwischen den Projektkoordinator:innen und den Datenschutzbeauftragten zu ermöglichen, musste eine **Querstruktur** geschaffen werden. Dies gelang durch Beauftragung der gfa-public als Projektdienstleister durch das koordinierende Jobcenter.

1.4.3 Wie war die Rollenverteilung der Beteiligten?

Welche förderlichen, aber auch hemmenden Strukturen gab es?

Die formelle Rollenverteilung der Projektzusammenarbeit wurde mit den Angaben zu Funktionen und Arbeitsstruktur bereits dargelegt. Mit KOPF22 begaben sich die drei beteiligten Jobcenter auf Neuland sowohl im Bereich einer engen jobcenterübergreifenden Zusammenarbeit als auch in der Umsetzung eines komplexen Change-Projekts mit agilen Anteilen.

Erkenntnisreich, insbesondere bei Change-Projekten, ist auch der Blick auf die informelle Seite der Zusammenarbeit[3].

Als förderlich wurde auf den Arbeitsebenen die **Vielfalt an Teamrollen** sowie von Vorwissen und Stärken erfahren die es ermöglichte, das breite Spektrum des Projekts zu bespielen. Hinderlich wirkte sich auf den Arbeitsebenen aus, dass auch KOPF22 eine **Personalfluktuation** nicht erspart blieb. Die Gründe für Weggänge waren divers, so dass immerhin kein genuin projekt- oder verbundbezogener Trend daraus abzuleiten ist. Die Arbeitsebene hat sich hier im Ernstfall auch verbundpartnerübergreifend wechselseitig unterstützt und konnte Kapazitätsengpässe offen mit der Leitungsebene thematisieren und weitgehend kompensieren.

Hinderlich für den Verbund als Auftraggeber war eine hohe Personalfluktuation **bei den Dienstleistern** *Jobnet.AG,* die zur mehrmonatigen Verspätung des App-Starts beitrug*,* und vor allem der Wissenschaftlichen Begleitung (WB) durch das BWHW. Gerade beim Verständnis des Forschungsdesigns in der Begleitforschung führte mangelnde Kontinuität mehrfach zu Brüchen und zeitaufwendiger Lösungssuche für eigentlich laut dem jeweiligen Vorgänger bereits gelöste Problemstellungen. Immer wieder wurden nach Personalweggängen grundsätzliche Fragen erneut gestellt. Da Forschungsdesign und gewählte Methodik aber nicht in Einzelheiten für sozialwissenschaftliche Laien nachvollziehbar waren, mussten unterschiedliche Auffassungen teils wiederholt neu aufgerollt werden. Sehr hinderlich, da zeitintensiv, war eine scheinbar nicht auflösbare Unklarheit in der Rollenverteilung: während das BWHW als Organisation zwar sowohl die Methodenexpertise als auch die Routine in der empirischen Forschung auf sich vereint, traten die BWHW-Mitarbeitenden hochgradig dienstleistungsorientiert auf und boten statt angepassten Konzepten und Vorschlägen wiederholt Workshops zur Neu-Erarbeitung an. Informelle Appelle aus allen Verbundebenen an die WB, die sachliche Diskussion zur Begleitforschung anzuführen und dem Verbund die für die Forschung sinnvollen Schritte stärker vorzugeben erfolgten in den meisten Projektphasen. Umgekehrt war die Verbundstruktur für die Dienstleister sicher herausfordernd: 3 Organisationen mit 6 bzw. 7 Koordinator:innen erschwerten verbindliche Absprachen in Meetings. Die steuernde Projektleitungsebene griff teils im Hintergrund ein. Das Phänomen „3 Schritte vor - 2 zurück“ war so an manchen Punkten Arbeitsalltag.

Ein zentraler Aspekt von Projektarbeit ist das **Zusammenspiel von formeller und informeller Struktur** und das Herausfinden der jeweils richtigen Stellschraube im Falle von Unstimmigkeiten.

2021 gab es eine Phase, in der der Koordinierungskreis allgemein als atmosphärisch schwierig und sehr unergiebig empfunden wurde. In Teilen gab es das Gefühl, dass der Teilnehmer:innenkreis zu groß war, um Arbeitsergebnisse zu generieren und dass das formale Agieren durch die regelmäßige Beteiligung aller Projektleitungen eine Überbetonung erfuhr. Es entstand der Eindruck, dass man nicht immer habe „frei reden“ können, während das gesetzte Ziel eines Mehr an Arbeitsfortschritt nicht greifbar aus den Terminen hervorzugehen schien. Dass die Treffen ausschließlich digital stattfanden erschwerte es ebenfalls, die Redeanteile der Ebenen und Häuser ausbalanciert zu gestalten. Die Schwierigkeiten wurden in Angriff genommen durch mehrere Lösungsansätze:

- die Projektleitungen akquirierten eine Supervision für die Arbeitsebene, (14-tägig). Ziel war, offen aussprechen zu können, was vermeintlich im Koordinierungskreis nicht gesagt werden sollte. Diese Supervision brachte nur geringfügig Besserung. Der Supervisor, der seine Rolle so zurückhaltend wie möglich gestaltete um Raum zu lassen, gab keine Impulse oder Analyseangebote. Die Auswirkungen von Frust über den fehlenden face-to-face-Austausch nahm man in Angriff, eine wöchentliche gemeinsame Kaffeepause vor den Bildschirmen verlor sich allerdings bald, da sie einige Koordinator:innen eher als weiterer zusätzlicher Bildschirmtermin störte, andere die aufgekündigte Teilnahme als mangelnden Willen zur Arbeit an der Teamatmosphäre auffassten.
- Man entschied sich zusammenfallend mit der erfolgreichen Vergabe der App-Entwicklung, die formale Arbeitsstruktur zu aktualisieren. Dem Koordinierungskreis wurde die klare Funktion als Arbeitstreffen auf Koordinatorenebene zugeteilt, an dem die Gesamtprojektleitung

[3] „Wie sich im Schatten der Organisation informelle Kommunikations- und Handlungsmuster ausbilden, hat Luhmann in seinem frühen Werk, Funktionen und Folgen formaler Organisationen‘ (1976) brilliant analysiert. Diese Muster prägen sich jeweils organisationsspezifisch aus; sie sind als (ungeschriebene) Regeln beschreibbar. Latente Regeln (Ameln und Zech 2011 (…]) sind die Bausteine der Organisationskultur und beeinflussen das Entscheiden der Organisation, können ab er nicht – wie die formalen Regeln – per Dekret verändert werden.“ van Ameln, Falko, Organisationsberatung, Wiesbaden 2015, S.22.

zur Unterstützung, zum Fällen notwendiger Entscheidungen und zum gelingenden Informationsfluss zwischen Projektleitungs- und Arbeitsebene teilnahm.

Im Ergebnis lag die Lösung vermeintlich informeller Problematik hier auf der formellen Ebene.

Im informellen Bereich förderten und hemmten **unterschiedliche Organisations-Kulturen**. Was die Supervision leider nicht thematisch adressiert hatte, waren die stark unterschiedlichen Arbeitskulturen in den drei beteiligten Organisationen. Die sehr unterschiedlichen Größen und Geschäftsformen der Organisationen brachten es mit sich, dass die einen Mitarbeitenden es gewöhnt waren, unter Einhaltung von Informationspflichten vergleichsweise frei entscheiden und schnell handeln zu können. Andere hingegen waren stärker auf die Freigaben Dritter angewiesen, u.a. um Commitments aus dem Verbund so häufig und gut sichtbar wie möglich für Ihre Führungskräfte wahrnehmbar zu machen, um die Priorisierung bestimmter notwendiger Entscheidungen im Haus zu erreichen.

Ebenso unterschied sich das Verständnis vom Umfang des eigenen Tätigkeitsspektrums und methodischem Vorgehen zwischen den Mitgliedern der Arbeitsebene sehr stark. Einige Mitarbeitende waren in ihrem Haus feste Aufteilungen gewohnt, deren Umgehung in ihrem hauseignen Wertesystem zum Affront geführt hätte, andere Mitarbeitende waren eher bereits als „eierlegende Wollmilchsau“ in der eigenen Organisation etabliert. Reibungen entstanden auch, wenn aus ihrer beruflichen Erfahrung heraus als organisationseigenes „Frühwarnsystem“ sozialisierte Arbeitskräfte Probleme der Zukunft oder Ungereimtheiten bei Dienstleistern früh und ausführlich fokussieren wollten, während andere darum baten, nicht über „ungelegte Eier“ diskutieren zu müssen, da sie im eigenen Haus auf eine effiziente Erledigung des aktuellen Arbeitsauftrags schauen mussten. Ein Beispiel dafür war die unterschiedliche Wahrnehmung vom richtigen Zeitpunkt der detaillierten Auftragsklärung mit der Jobnet.AG in der Phase der App-Entwicklung, die schrittweise nach oben eskaliert werden musste, um den Dienstleister zum Handeln zu bewegen.

Diese Kulturunterschiede bargen im Projektverlauf immer wieder Konfliktpotenzial, da informelle Regelungen der Häuser sich unterschieden und zunächst sichtbar werden mussten. Mit der wachsenden Bereitschaft und Akzeptanz von aufkommenden und bereinigten Konflikten erzeugten sie aber auch zahlreiche produktive Effekte mittels der Teamzusammenarbeit. Die Bereitschaft aller, flexibel und anpassungsfähig zu agieren und viel zu kommunizieren trug wesentlich zum Projektfortschritt bei. Ein produktiver und positiver Effekt der formellen und informellen Organisationsunterschiede zeigte sich am stärksten in der Umsetzung der PHS: das Verbundprojekt konnte drei unterschiedliche Abbildungen des Change-Projekts KOPF22 erproben und die Mitarbeitenden profitierten stark vom wöchentlichen Austausch wechselseitig von ihren unterschiedlichen Größen-Skalierungen, Tempi und Vorgehensweisen.

1.5 Wissenschaftliche Begleitung

Das Modellvorhaben KOPF22 wurde vom 1.1.2021 bis 31.12.2024 vom Bildungswerk der Hessischen Wirtschaft e.V. – Forschungsstelle (BWHW Forschungsstelle) wissenschaftlich begleitet. Die Wissenschaftliche Begleitung wurde im ersten Projektjahr mittels eines Vergabeverfahrens beschafft.

Die Evaluation begleitete den Projektverlauf prozessual und diente dazu, einzelne Projektschritte zu überprüfen. Damit verbunden war eine summative Evaluation vorgesehen, die jedoch aufgrund des Projektverlaufes und einer späten Bereitstellung der padaCura-App mit entspr. spät begonnener Zusteuerung und Förderung von Teilnehmenden in PHS nicht wie vorgesehen umgesetzt werden konnte. Es ist darüber hinaus fraglich, ob die mit Beginn der Wissenschaftlichen Begleitung dazu konzeptionierte Wirksamkeitsanalyse bei einer frühen Bereitstellung der padaCura-App und somit längeren Phase der unmittelbar teilnehmendenbezogenen Arbeit durchführbar gewesen wäre und relevante Ergebnisse hätte erzielen können. Der Projektverbund geht davon aus, dass Veränderungen bei Individuen – hier der Grad der EM-Gefährdung und die individuelle Nähe zum Arbeitsmarkt – oft erst lange nach erfolgten Interventionen eintreten und wirksam werden. Um hierzu belastbare Erkenntnisse erzielen zu können, wären Langzeitstudien erforderlich, deren Dauer weit über den Projektzeitraum hinausgeht und die außerdem die Frage nach Kausalzusammenhängen konsequent in den Blick nehmen müssten.

Ein summativer Erkenntnisgewinn wurde durch die Fokussierung der padaCura-App als innovatives Kernstück des Projektes erzielt. Unter Anwendung des Technologie-Akzeptanz-Modells[4] wurde untersucht, wie diese von Bürgergeldbeziehenden als Zielgruppe und deren Berater:innen in den beteiligten Jobcentern angenommen und wie ihre Nützlichkeit bewertet wurde. Die Begleitforschung nahm so die Kerninstrumente und -ansätze padaCura-App und PHS in den Blick und konzentrierte sich neben der Frage nach deren Akzeptanz bei Bürgergeldbeziehenden und ihren Berater:innen auf den Implementierungsprozess der Projektansätze und die Frage nach organisationalen Veränderungen bzw. Veränderungsnotwendigkeiten.

Methodisch wurde die Wissenschaftliche Begleitforschung mittels eines Mixed-Methods-Ansatzes umgesetzt. Das beinhaltete insbesondere:

- Workshops im Projektteam
- Dokumentenanalyse (z.B. exemplarische Profilingdokumente und Beratungskonzepte der beteiligten Jobcenter)
- Interviews der Projektteams
- Befragungen von Beratungsfachkräften und Bürgergeldbeziehenden
- Kontinuierlich durch die Verbundpartner erhobene Daten zur padaCura-App (Ausgabe von Zugangsdaten, Nutzung der App, Übertragung der Scores an das jeweilige Jobcenter, ermittelte Scores in den jeweiligen Stufen, Teilnehmende an PHS)

Ergebnisse und Erkenntnisse aus der Wissenschaftlichen Begleitung sind in Kapitel 2 und 3 integriert. Sie fokussieren stark die Prozesse nach (und teilweise während) der erfolgten Implementierung der Instrumente padaCura-App und PHS. Eine Analyse der Entwicklungsprozesse, die insbesondere auch die Vorbereitung der Anwendenden im Jobcenter auf deren Nutzung im agilen Prozess beinhaltet, wäre dem Projektverbund hilfreich gewesen. Diese ist jedoch nur in Ansätzen erfolgt.

Der Abschlussbericht der Wissenschaftlichen Begleitforschung liegt zur Einsicht bereit und dem BMAS/der Knappschaft Bahn-See, Fachstelle rehapro, vor.

[4] Vgl. Davis, F. D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. MIS Quarterly, 13(3), 319–340.

2 Ergebnisse des Modellprojekts

2.1 padaCura-App

Mit der padaCura-App wurde ein innovatives Instrument entwickelt, um frühzeitig und evidenzbasiert eine Einschätzung über eine mögliche individuelle Gefährdung der Erwerbsfähigkeit Bürgergeldbeziehender generieren zu können. Damit sollten Beratungsprozesse einfacher und zielorientierter gestaltet werden können. Insbesondere sollte das Ergebnis, der padaCura-Score, die Einschätzung erleichtern, mit welchen Personen die Themen Gesundheit und Erwerbsminderungsprävention stärker in die Beratung im Jobcenter einbezogen werden müssen.

Die Entwicklung sollte sowohl inhaltlich als auch technisch-organisatorisch in Kooperation mit einem in der ersten Projektphase zu gewinnenden Dienstleister erfolgen. Die damit verknüpfte Auftragsvergabe ist am 17.11.2021 und damit einer 14-monatigen Verspätung im Vergleich zum Projektplan erfolgt. Seit Jahreswechsel 2022/2023 steht die Anwendung zur Nutzung zur Verfügung, 2024 erfolgte eine Erweiterung, mit der der Ergebnisbericht, welcher zunächst lediglich das Ausmaß der EM-Gefährdung 4-stufig skalierte, um eine differenzierte Betrachtung ergänzt wird, in der zwischen ‚Gesundheitskompetenz', ‚Umweltfaktoren', Körperlicher Fitness' und ‚Geistig-seelischer Fitness' differenziert wird. Angesichts der soziokulturellen Gegebenheiten im Zuständigkeitsbereich der Verbundpartner wurde die Bedienung der Anwendung in verschiedenen Sprachen ermöglicht.

Sowohl der Beschaffungs-/Vergabeprozess selbst als auch der Entwicklungsprozess bis zur Implementierungsreife gestaltete sich wesentlich aufwändiger als erwartet. Der im Vergleich zu anderen Vergabeverfahren für die Verbundpartner komplexe Vergabeprozess gelang unter Hinzuziehung juristischer Expertise, die projektextern finanziert wurde und zusätzliche Zeit in Anspruch nahm. Bei der Pro Arbeit und beim MTK war die technische Implementierung mit zusätzlichem Aufwand verbunden, da das System zwecks Arbeitserleichterung für die Berater:innen technisch unmittelbar mit dem Fachverfahren verbunden wurde. Bei der MainArbeit war eine technische Implementierung in das Fachverfahren nicht möglich. Dies war auch dem Wechsel des Fachverfahrens am 01.01.2023 geschuldet, der mit dem Zeitpunkt der Bereitstellung der App zusammenfiel. Auf Basis agiler Prozesse befasste sich das Projektteam im Zuge der Entwicklung mit dessen notwendiger wissenschaftlichen Basis; insbesondere der ICF und dem bio-psychosozialen Modell der WHO. Mitarbeitende und Führungskräfte wurden in diese Prozesse einbezogen, um mit Anwendungsreife eine größtmögliche Nutzbarkeit und Akzeptanz des Instrumentes zu erreichen. Wie in Kap. 1.5 erwähnt, nahm die Wissenschaftliche Begleitforschung insbesondere die Akzeptanz und Nutzbarkeit der padaCura-App in den Blick und konzentrierte sich weniger auf deren Wirksamkeit – auch im Zusammenspiel mit den anderen Projektbausteinen.

Der Vergabe- und Entwicklungsprozess für die padaCura-App ist im Projektverbund erfolgt. In ihrer Anwendung und Integration in die Beratungsprozesse müssen die Verbundpartner individuell betrachtet werden:

2.1.1 Implementierung der padaCura-App in der Pro Arbeit

In Ergänzung zu den Auswertungen durch die wissenschaftliche Begleitung erfasste die Pro Arbeit ab dem Zeitpunkt ihrer Implementierung neben Daten zur Nutzung der padaCura-App auch Ergebnisse

aus den Scores und erweiterten Ergebnisberichten.

Auswertung & statistische Datenanalyse			
	padaCura-Score	Pro Arbeit	
Anzahl ausgegebene Zugangsdaten für die padaCura-App (Wie viele Kunden haben Zugangsdaten erhalten?)		2168	
Anzahl tatsächlicher Nutzer der padaCura-App (Wie viele Kunden haben sich mit Zugangsdaten in der App angemeldet?)		443	
Wie viele Kunden haben den Fragebogen vollständig ausgefüllt?		356	
Anzahl Zustimmung zur Übertragung des scores an das Jobcenter		276	
Aufteilung dieser scores auf die Stufen 1-4	*Score 1*	43	
	Score 2	79	
	Score 3	86	
	Score 4	68	
Anzahl Teilnehmende an den Präventions-Handlungsstrategien		PHS1	PHS2
		118	12

Abb. 3: Auswertung & statistische Datenanalyse. Stand 31.12.2024

Auffällig ist, dass eine große Diskrepanz zwischen der Zahl der ausgegebenen Zugangsdaten und der ermittelten Scores besteht. Das erklärt sich daraus, dass in den ersten Monaten nach Implementierung festgestellt wurde, dass trotz o.g. kontinuierlicher Information und Beteiligung Berater:innen die padaCura-App nicht regelhaft in ihre Beratungsprozesse integrierten. Deshalb wurden im Sommer 2023 Bürgergeldbeziehende mittels eines Serienbriefes über das Angebot informiert und haben Zugangsdaten erhalten. So sollte der Prozess auf anderem Wege angestoßen werden. Diese Zugangsdaten wurden nur in relativ wenigen Fällen genutzt.
Personen, die ihren Score ermitteln, teilen diesen i.d.R. auch dem Jobcenter mit.

Unsere Vermutung, dass Erwerbsfähigkeit bei dem größten Teil der Nutzenden (60%) in mittlerem oder erhöhtem Maße gefährdet ist, hat sich bestätigt. Das gilt für alle Altersgruppen; bei den unter 25jährigen ist zu beachten, dass nur 5 Personen die padaCura-App genutzt haben und somit keine belastbaren Zahlen vorliegen. Signifikante Geschlechtsunterschiede bestehen nicht.

Lebensalter	padaCura-Score	Ergebnis	%-Anteil
unter 25	keine oder geringe Gefährdung	1	20%
unter 25	mittlere Gefährdung	1	20%
unter 25	hohe Gefährdung	3	60%
über 35 bis 46	keine oder geringe Gefährdung	21	17%
über 35 bis 46	erhöhte Gefährdung	35	28%
über 35 bis 46	mittlere Gefährdung	39	32%
über 35 bis 46	hohe Gefährdung	28	23%
über 25 bis 35	keine oder geringe Gefährdung	15	23%
über 25 bis 35	erhöhte Gefährdung	21	33%

Lebensalter	padaCura-Score	Ergebnis	%-Anteil
über 25 bis 35	mittlere Gefährdung	19	30%
über 25 bis 35	hohe Gefährdung	9	14%
46 Plus	keine oder geringe Gefährdung	6	7%
46 Plus	erhöhte Gefährdung	31	36%
46 Plus	mittlere Gefährdung	20	24%
46 Plus	hohe Gefährdung	28	33%
Gesamtergebnis		**277**	

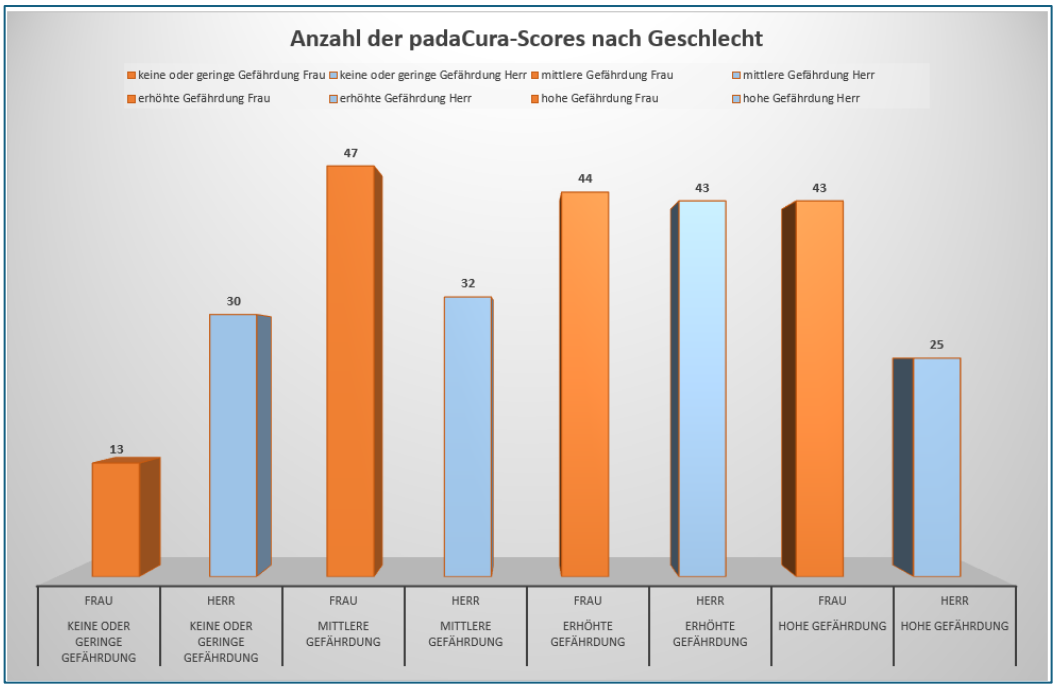


Abb. 4: Anzahl der padaCura-Scores nach Geschlecht

Die padaCura-App wurde in der Pro Arbeit unabhängig von der Dauer des Leitungsbezuges zur Nutzung angeboten. Von besonderem Interesse ist die Frage, ob sie eher kurz nach Antragstellung oder von Menschen genutzt wird, die schon lange Leistungen beziehen. Tatsächlich wird sie sowohl bei Langzeitleistungsbeziehenden als auch unmittelbar nach Antragstellung, noch vor Bescheidung des Antrages, genutzt. Wenig überraschend ist, dass bei langem Leistungsbezug in den meisten Fällen eine erhöhte oder hohe Gefährdung vorliegt.

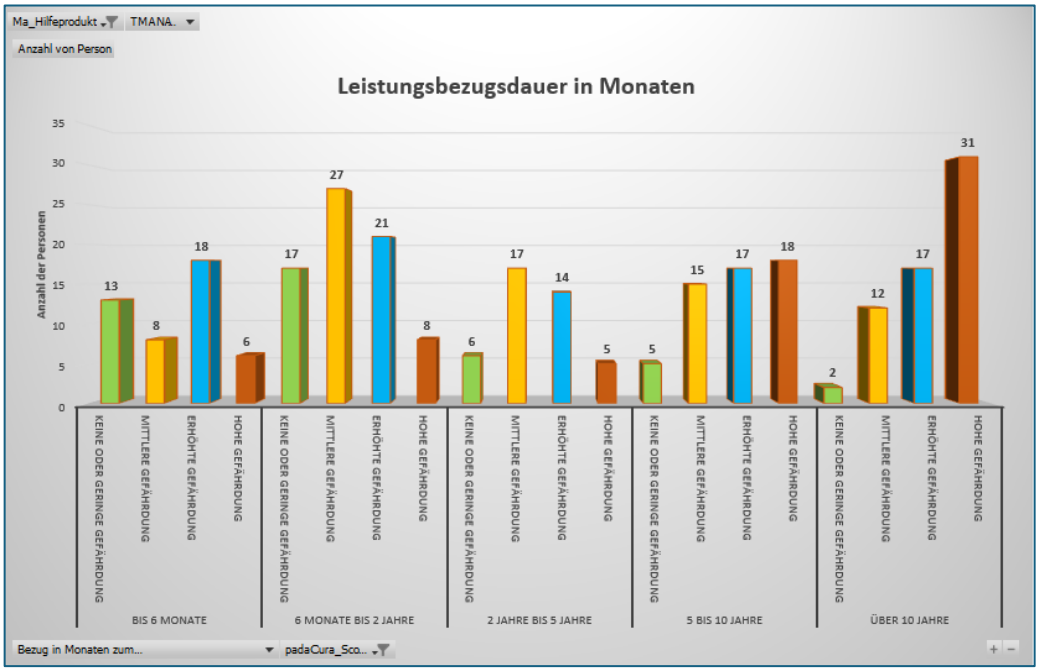


Abb. 5: Leistungsbezugsdauer in Monaten

Die padaCura-App wurde nur selten nicht in deutscher Sprache genutzt.

Die Thematik stärker in Beratungsprozesse einzubeziehen, scheint somit eine notwendige Entscheidung und sollte nicht auf eine Zielgruppe beschränkt werden. Die padaCura-App ist von hohem Nutzen für die Organisation, um ein differenzierteres Bild der Bürgergeldbeziehenden als zu fördernde Klientel zu erlangen.

Darüber, inwiefern die padacura-App auch von Berater:innen als handelnden Akteuren und Nutzer:innen als hilfreich empfunden wird, geben diese Zahlen wenig Auskunft. Lediglich die Tatsache, dass sich die Implementierung i.S. einer regelhaften Anwendung im Beratungsprozess als langwieriger und schwieriger Prozess gestaltete, ist ein Hinweis darauf, dass sie trotz agilen Projektmanagements und frühzeitiger Einbeziehung der operativ Handelnden nicht unmittelbar als Arbeitserleichterung verstanden wurde und nicht unbedingt Erkenntnisgewinne für den individuellen Beratungsprozess damit verbunden wurden. Informationen dazu wurden durch die WB, die die Frage nach Technikakzeptanz fokussierte und weiteren Befragungen von Nutzenden, Berater:innen und der Projektärztin generiert. Deren Ergebnis besagt, dass die Anwendung dieses Instrumentes von den Berater:innen im Beratungs- und Aktivierungsprozess als zufriedenstellend wahrgenommen und ihre Nützlichkeit als durchschnittlich eingeschätzt wurde. Seit März 2024 arbeiten insbesondere zwei spezialisierte Berater:innen (Präventions-Jobcoaches) mit Personen, bei denen eine mittlere oder erhöhte Gefährdung ermittelt wurde. Diese wurden gesondert zum Mehrwert, zur Aussagekraft und zur Nützlichkeit der padaCura-App und des padaCura-Score befragt. Beide sagten aus, dass das Wertvolle für ihre Kund:innen Angebote sind, die sie nach Ermittlung des padaCura-Score erhalten. Daraus lässt sich der vorsichtige Schluss ziehen, dass die padaCura-App derzeit auf organisatorischer Ebene einen höheren Nutzen hat als für die Beratungsprozesse selbst. Möglicherweise wird sich dies ändern, wenn ihre Nutzung (weiter) zur Routine wird. Diese Einschätzung deckt sich mit dem Ergebnis der Wissenschaftlichen Begleitung, nach dem zur Einführung neuer Technologien neben einem Commitment der Leitungen Schulungen notwendig sind.

Ob die padaCura-App in Verbindung mit den anderen Projektbausteinen letztlich zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit beiträgt, konnte wie in Kap. 1.5 und dem Bericht der Wissenschaftlichen Begleitung erwähnt – in der zur Verfügung stehenden Zeit nicht festgestellt werden. Dazu wären über mehrere Jahre laufende Langzeitstudien notwendig.

2.1.2 Implementierung der padaCura-App in der MainArbeit

Im Dezember 2022 stand die padaCura-App den beteiligten Jobcentern anwendungsfähig zur Verfügung. Im ersten Schritt wurde sie den Testkandidat:innen angeboten mit dem Hinweis auf das enthaltene Ergebnis – den padaCura-Score. Im Januar 2023 wurden die ersten Schulungen zum Umgang mit der App konzipiert, an denen alle Mitarbeiter:innen der 6 Teams im Bereich Markt & Integration (Vermittlung) bis März 2023 teilnehmen konnten. Zeitgleich wurde in der MainArbeit ein neues Fachverfahren LÄMMkom LISSA eingeführt und die Umstellung auf das Bürgergeld vollzogen. Das führte in der Folge dazu, dass viele Mitarbeiter:innen ihre Prioritäten nicht gerade beim Anbieten der padaCura-App sahen, sondern vielmehr im Verstehen der neuen Verfahrensabläufe beim Bürgergeld sowie in der Handhabung von LISSA.

Um die padaCura-App einem möglichst großen Kund:innenkreis nahezubringen wurden Informationsveranstaltungen bei den Trägern mit einem hohen Kund:innenaufkommen sowie jenen mit gesundheitsbezogenen Aufgabenstellungen durchgeführt. Durch die direkte Ansprache der Kund:innen und das Präsentieren der App vor Ort sowie die Möglichkeit, Zugangsdaten ohne Umwege bereitzustellen, gelang es, die ersten Projekteilnehmer:innen zu gewinnen. Den größten Anteil am Erfolg der padaCura-App hatten die Gesundheitscoaches durch gezielte Ansprache von Kund:innen und Kolleg:innen.

Im Laufe des Projektes wurden an 360 Personen Zugangsdaten für die padaCura-App ausgegeben, 216 (60%) füllten den Fragebogen aus und 199 Personen stimmten der Übertragung ihres padaCura-Scores zu. 134 Kund:innen (37%) konnten für eine Teilnahme an PHS gewonnen werden, weitere, 10 Kund:innen waren schon 2021 in einer Testphase in das Projekt aufgenommen worden.

Das anfängliche Ziel, nur Personen mit Score 2 und 3 eine Förderung über PHS anzubieten wurde im Projektverlauf verworfen. Daher unterscheidet sich die Verteilung in der Gruppe der App-Nutzer:innen kaum von den Teilnahmen an PHS. Bei Score 1 (geringe Gefährdung) bestand weniger Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Förderung. Die Gruppe der Personen U25 wurde am schlechtesten erreicht. Hier haben zwar 40 Personen Zugangsdaten erhalten, 26 (65%) den Fragebogen ausgefüllt, aber nur 6 Personen (15%) an PHS teilgenommen.

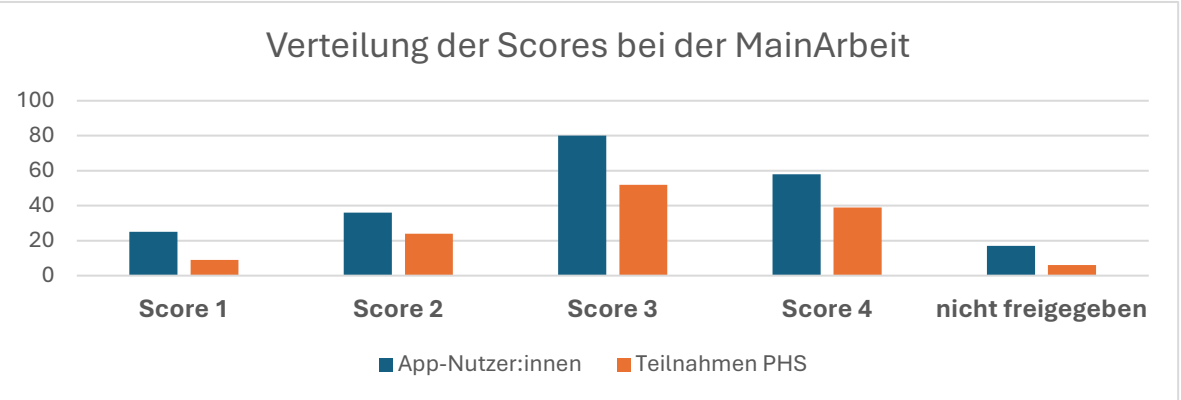


Abb. 6: Verteilung der Scores bei der MainArbeit

Von den 144 Teilnehmenden an PHS waren 84 Frauen (58%) und 60 Männer (42%). Dies entspricht in etwa der Verteilung der ELB der MainArbeit. Bei Altersstruktur und Staatsangehörigkeit gibt es deutliche Abweichungen im Bereich U25 und Ü55 sowie bei ausländischen Personen.

Vergleichszahlen der MainArbeit aus dem Geschäftsbericht 2024

	ELB 9.649		TN PHS 144	
Frauen	5.314	55,1%	84	58%
Männer	4.335	44,9%	60	42%
U25	1.866	19,3%	5	3,5%
26 - 55 Jahre	5.870	60,8%	90	62,5%

	ELB 9.649		TN PHS 144	
Ü55	1.913	19,8%	49	34,0%
nicht deutsch	5.722	59,3%	55	38,2%
Deutsch	3.927	40,7%	89	61,8%

Betrachtet man die Zusteuerung zu den PHS nach Alter und Geschlecht zeigt sich ein klarer Zusammenhang. Da die gesundheitlichen Probleme im Laufe des Lebens zunehmen, war es zu erwarten, dass auch die Zahl der Teilnehmenden mit dem Alter ansteigt. Überraschend ist allerdings, dass die Gruppe ab 50 Jahre fast genauso groß war wie die U50 Gruppe.

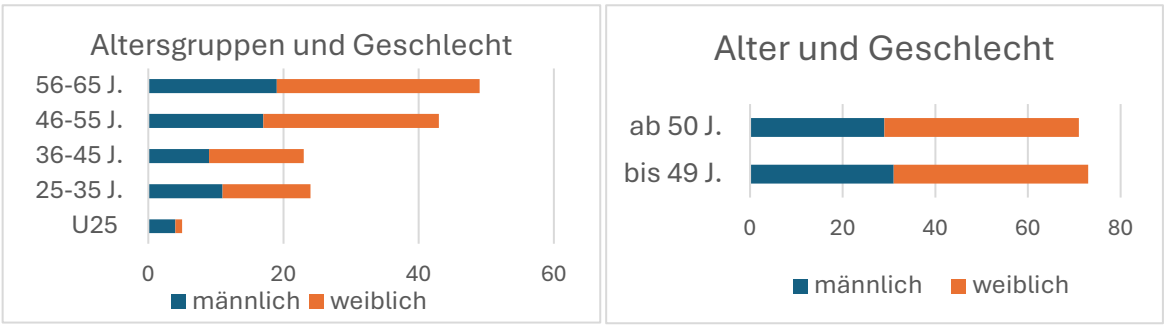


Abb. 7: Altersgruppen und Geschlecht

In der Verteilung nach Score und Geschlecht zeigen sich keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Die Gruppe der ausländischen Männer wurden mit dem Projekt KOPF22 am schlechtesten erreicht. Die Gruppe deutscher Frauen am stärksten. Allgemein wird davon ausgegangen, dass Frauen ein größeres Interesse für gesundheitliche Belange haben. Frauen haben die projektspezifischen Angebote etwas besser angenommen (64%) als die Männer (60%).

2.1.3 Implementierung der padaCura-App im KJC MTK

Seit 2012 wendet das KJC das Konzept der Ziel- und ressourcenorientierte Fallsteuerung an. Kerngedanke ist, dass Neukund:innen zuerst im Vermittlungsbereich ein Kurzprofiling durchlaufen, das den Fokus auf die Möglichkeit der erneuten Direktvermittlung setzt. Dieses Vorgehen folgt dem Wissen der Jobcenter um die Tatsache, dass die Arbeitsmarktnähe bei Neueintritt n den SGB II-Leistungsbezug noch sehr hoch ist und mit der Verweildauer im SGB II-Bezug abnimmt. Das KJC MTK steuert die Kund:innen anschließend im System von 4 Förderzielen:

1. Direktvermittlung
2. Herstellung der Wettbewerbsfähigkeit
3. Herstellung der Prozessfähigkeit
4. Stabilisierung der Erwerbsfähigkeit

Die Beratung zu Gesundheitsthemen war mit zwei Säulen bereits vor der Teilnahme am rehapro KOPF22-Projekt Teil der Beratung im KJC MTK:

1. es existierten mit der Gesundheitsmaßnahme Aufwind mit Gesundheitscoaches Möglichkeiten der Anbindung an Diagnostik für psychische und physische Gesundheitsthemen
2. in der Struktur der kommunalen Daseinsfürsorge bestand bereits ein reger Austausch mit dem kreiseigenen Gesundheitsamt, dem dortigen Arbeitsmedizinischen Dienst, dem sozial-psychiatrischen Dienst für akute Krisen und den Beratungsorten Diakonie, Caritas, Suchthilfe JJ und anderen Trägern.

Gleichwohl einten das KJC MTK bei Antragstellung mit den Verbundpartnern Pro Arbeit und MainArbeit die Feststellungen, dass die Problematiken hinter dem Förderziel „Stabilisierung der Erwerbsfähigkeit“ sehr breit gestreut sind, dass nicht alle Kund:innen in diesem Bereich die Möglichkeit der Teilnahme an der Gesundheitsmaßnahme „Aufwind“ haben, die immer eine lange Warteliste hat oder die Passung nicht gut genug war. Vor allem, analog zum Projektantrag: ZITAT, dass das

Verweilen in diesem Förderziel möglichst präventiv verhindert werden sollte, indem bereits vor einer Chronifizierung oder dem Kontaktverlust zu den Kund:innen gesundheitliche Themen mit bedarfsorientierter Beratung adressiert werden sollten.

Die padaCura-App als Früherkennungsinstrument wurde daher folgerichtig bereits ab dem ersten Kontakt im Neukundengespräch eingesetzt. Um in der Beratung durch das Jobcenter frühzeitig vor einer „Reise durch die Institution" gesundheitliche Probleme mitzudenken und gezielte Unterstützung zu leisten war ein Direktzugang aus dem Neukundenbereich in den Gesundheitsbereich geschaffen. Gleichzeitig wurde der Zugang in die Projektgruppe Gesundheit auch aus allen anderen Förderzielbereichen ermöglicht. Die Nutzung der padaCura-App durch die Kund:innen war kein Selbstläufer. Daher wurden im Jahr 2023 durch Schulung der Beratungskräfte, durch Flyer, gezielt verbesserte werbende Ansprache und durch Briefe an einen großen Anteil der Kund:innen zahlreiche Strategien zur Erhöhung der Nutzungsquote getestet. Als kleinste Institution der drei Verbundpartner war im KJC Main-Taunus-Kreis gleichzeitig die Beobachtung augenfällig, dass

- Beziehungsaufbau im Beratungsgespräch,
- der kurze Dienstweg zur Übergabe von Kund:innen mit Gesundheitsthema,
- Bereitschaft und intrinsische Motivation zur Bearbeitung von Gesundheitsthemen

als entscheidende Faktoren zur App-Nutzung und zur Zusteuerung in die Projektgruppe Gesundheit identifiziert wurden. Kund:innen, die alleine aufgrund ihres padaCura-Scores ein Erstgespräch bei der Projektgruppe Gesundheit wahrnahmen, waren nicht automatisch auch bereit, sich aktiv der Bearbeitung dieser Themen zu widmen, teils lehnten sie eine Teilnahme direkt ab, teils brachen sie die Mitwirkung innerhalb einiger Wochen ab. Kund:innen aller Scores, vor allem aber im Bereich 1 und 2 brachen auch oft deswegen die Teilnahme ab, weil sie eine schnelle Arbeitsaufnahme höher priorisierten und die Beratung durch den Vermittlungsbereich des KJC anfragten. In 3 Einzelfällen gelang eine parallele Beratung im Bereich Vermittlung und Gesundheit, das Modell bleibt weiterhin möglich und wird vereinzelt genutzt.

Das Instrument wurde auch vom KJC dennoch auf eigene Kosten noch ein weiteres Jahr lang erprobt. Das Ergebnis war dabei, dass die kollegiale Übergabe interessierter Teilneh-mer:innen sehr gut funktionierte, jedoch die größten App-Nutzungszahlen bei den Kund:innen zustande kamen, die bereits im Gespräch mit den Beratungskräften der Projektgruppe Gesundheit waren und dadurch nochmal zur Nutzung motiviert wurden. Sowohl die Beratungskräfte im Vermittlungsbereich als auch die Beratungskräfte in der Projektgruppe Gesundheit stellten ein hohes Maß an Rückfragen und Unterstützungsbedarf bei der Nutzung der App und dem Folgen des Menüs zum Versand des Scores fest. Dies sowohl aufgrund fehlender digitaler als auch fehlender Leseverständnis-Kompetenzen oder bei sehr belasteten Personen. Während Gespräche um den App-Fragebogen sich als fruchtbar für den Beziehungsaufbau und das Hintergrundwissen zum Alltag der Personen erwiesen, ersetzten sie dennoch nicht eine umfangreiche Anamnese durch die Projektgruppe Gesundheit. Im Kontext von Organisationsgröße, Aufbau- und Ablauforganisation des MTK und Personalressourcen führte eine Kosten-Nutzen-Abwägung daher im KJC MTK zu der Entscheidung, die padaCura-App nach der abgeschlossenen Erprobung bis 12/2024 nicht im Regelgeschäft beizubehalten.

2.2 Präventions-Handlungsstrategien (PHS)

2.2.1 Pro Arbeit

Im Zuge des Projekts hat die Pro Arbeit zwei Präventions-Handlungsstrategien entwickelt. Es handelt sich dabei um einen gezielten präventionsorientierten Beratungsansatz, der durch Jobcoachs/Präventions-Jobcoachs (Präv-JC) mit den Kund:innen durchgeführt wird. Präv-JC sind spezialisierte Jobcoachs, die sich intensiver dem Thema Gesundheit und Prävention widmen und durch einen geringeren Fallschlüssel mehr Zeit für die Kund:innen haben. Damit wurde den fehlenden zeitlichen Ressourcen im Regel-Jobcoaching und den spezifischen Ansprüchen an eine gesundheits- und EM-präventionsorientierte Beratung Rechnung getragen.

Es wird zwischen einer Beratung mit Unterstützung einer Projektärztin (PHS 1) oder mit Unterstützung eines eigenen Arztes/Ärztin (PHS 2), d.h. bei vorhandener medizinischer Anbindung, unterschieden. Zum Stichtag 31.12.2024 waren 116 Personen in die PHS 1 und 12 Personen in die PHS 2

eingemündet. Teilnehmende bekommen im Zuge des Beratungsansatzes engmaschige Termine bei ihrem Jobcoach/Präv-JC und erhalten auf unterschiedliche Art Unterstützung. Diese umfasst z.B. die Hilfe bei der Suche nach einem Therapieplatz, die Vereinbarung von Facharztterminen, Verweisberatung auf andere Beratungsstellen, die Suche nach geeigneter therapeutischer Anbindung oder weitere Informationen. Auch werden Kund:innen bei der Orientierung im Gesundheitssystem unterstützt oder bekommen einfach nur ein offenes Ohr angeboten, um sie zu gesundheitsförderndem Verhalten zu motivieren und ihre Gesundheitskompetenz i.S. eines begleiteten Empowerments zu stärken. Durch diese Unterstützung konnten Teilnehmende schneller und gezielter notwendige Hilfe in Anspruch nehmen und während des Prozesses begleitet werden. In einigen Fällen gelang in diesem Zuge eine Arbeitsaufnahme.

Durch die Einbindung der Projektärztin konnten häufig konkrete gesundheitliche Verbesserungen erzielt werden – insbesondere bei Personen mit eingeschränkter Mobilität oder hohem Beratungsbedarf. Die ärztliche Begleitung, die mit einer Handlungsempfehlung einhergeht, führte häufig zu einem gestärkten Gesundheitsbewusstsein sowie einem besseren Verständnis der eigenen gesundheitlichen Situation Dies wiederum hatte positive Effekte sowohl auf die anschließende Beratung mit den Präv-JCs als auch auf die Inanspruchnahme von Angeboten im Gesundheitsbereich. Die Projektärztin nimmt keine körperlichen Untersuchungen vor uns stellt keine Diagnosen.

Die Handlungsempfehlungen im Zusammenhang mit den gesundheitlichen Herausforderungen und Zielen der Kunden gehen in verschiedene Richtungen. Ein häufig genanntes Ziel ist die Stabilisierung der psychischen Gesundheit. Ebenso häufig steht das Ziel der Gewichtsabnahme im Fokus. Darüber hinaus konnten gezielte Verweisberatung und Recherche nach alternativen Angeboten erfolgen.

Kund:innen, die ärztlich bereits gut angebunden waren, wurden ohne Vorstellung bei der Projektärztin in den Beratungsprozess aufgenommen. Sie wurden dabei unterstützt, erfolgte Empfehlungen ihres Arztes umzusetzen. Nach Einschätzung der Präv-JC konnte durch die Begleitung und Beratung zielführend am Behandlungserfolg gearbeitet und die Kund:innen konnten in ihrer Handlungskompetenz gestärkt werden. Hier ist man verstärkt auf die Aussage und die Gesundheitskompetenz der Teilnehmenden angewiesen. Auffällig ist, dass nur ein geringer Teil der Kund:innen sich für PHS 2 entschied. Auch Personen, die prinzipiell ärztlich angebunden sind, nahmen die Möglichkeit einer direkten Verbindung zwischen der Beratung im Jobcenter mit med. Beratung häufig in Anspruch.

Einige Kund:innen nahmen nach dem Beratungsgespräch erstmals gesundheitsfördernde Angebote wahr – auch außerhalb des Jobcenters, wie z.B. Sportaktivitäten im privaten Umfeld oder weitere Aktivitäten im Rahmen der Kultur-Card. Die ärztliche Beratung konnte in vielen Fällen dazu beitragen, das Vertrauen ins Gesundheitssystem zu stärken und die Eigenverantwortung im Umgang mit der Gesundheit zu fördern (Gesundheitskompetenz), aber auch Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe wahrzunehmen.

Eine weitere Säule des präventionsorientierten Beratungsprozesses waren Gruppenveranstaltungen. Es gab a) Gruppenveranstaltungen für Personen mit ermitteltem Score und b) Gruppenveranstaltungen für Kund:innen, die noch keinen Score haben. Für Kund:innen mit einem Score gab es themenbezogene Veranstaltungen mit Expert:innen (z. B. Psychologin oder Physiotherapeutin). Inhaltich berücksichtigten wir die Handlungsempfehlungen der Projektärztin und legten den thematischen Fokus auf den Zusammenhang zwischen Körper, Psyche und Gesundheit. Hier waren sowohl interne als auch externe Expert:innen beteiligt.

Für alle anderen Kund:innen gab es Gruppenveranstaltungen, die das Thema Prävention und deren Nutzen beleuchtet haben und die Teilnehmenden dafür sensibilisieren sollten. Damit wurde auch Raum für einen Informations- und Erfahrungsaustausch geschaffen. Durch diese Veranstaltungen konnten nicht wie zu Beginn erhofft wesentlich mehr Nutzer:innen für die padaCura-App gewonnen werden, jedoch weitere Teilnehmende für die präventionsorientierte Beratung. Dies wurde dann zum Fokus der Veranstaltungen. Bei allen Gruppenveranstaltungen haben die Teilnehmenden fachlichen Input und Informationen zum Thema Prävention bekommen und konnten konkrete Ansätze mitnehmen – beispielsweise zur Selbstfürsorge, zur gesundheitsbezogenen Lebensstilveränderung oder zur gezielten Inanspruchnahme von externen Angeboten. Es wurden hier die bereits erwähnten kostenfreien Angebote aus dem GKV-Bündnis, Freikurse der Volkshochschulen oder Präventionskurse der gesetzlichen Krankenkassen, Gesundheitsapps etc. beworben. Dadurch konnten wir in einem größeren Umfang Personen über die Angebote informieren und neue Teilnehmende gewinnen. Außerdem konnten wir beobachten, dass die Veranstaltungen eine positive Wirkung bei den

Teilnehmenden erzielten. Selbst wenn sich diese gegen eine Projektteilnahme entschieden haben, führte die alleinige Teilnahme schon zu einer Aktivierung. Gruppenveranstaltungen waren wie die Nutzung der App und die Inanspruchnahme der PHS freiwillig. Das führte dazu, dass sie nicht immer voll besucht waren.

In Zusammenarbeit mit der Kreis vhs Offenbach wurden außerdem zwei gesundheitsfördernde Kursangebote zu den Themen Ernährung und Bewegung umgesetzt. Die im Vergleich zu privaten Anbietern verhältnismäßig günstigen Angebote richteten sich an Personen mit einem padaCura-Score und wurden primär über die Präv-JC an die Kund:innen herangetragen. Leider konnten nicht alle Plätze belegt werde. Dies war ein Indiz dafür, dass sich die gemeldeten Bedarfe der Berater:innen nicht mit den Bedürfnissen der Kund:innen deckten. Die Rückmeldung von den Teilnehmenden waren durchgehend positiv.

Weitere Kooperationen mit der Kreis vhs werden angestrebt.

2.2.2 MainArbeit

Für die Projektteilnehmenden entwickelte das Projektteam der MainArbeit sogenannte Präventions-Handlungsstrategien, die zum einen eine ganzheitliche und intensive Beratung durch das Fallmanagement Gesundheitsförderung (FM Gefö), was durch die Gesundheitscoaches in den Teams des Bereichs Markt & Integration abgebildet wird, übernommen wurden. Die Beratung der Projektteilnehmer:innen durch die Gesundheitscoaches stellte in der MainArbeit die PHS 3 dar. Alle weiteren Angebote als zusätzliche Interventionsmöglichkeit – sei es die Beratung durch den Projektarzt, die Projektpsychologin, die Teilnahme an Gesundheitskursen der vhs oder Vortragsreihen – stellten die PHS 4 dar.

Am Projektende wurden 54 Personen der PHS 3 und 90 Personen der PHS 4 zugeordnet.

2.2.2.1 Beratung durch Gesundheitscoaches des Fallmanagement Gesundheitsförderung (PHS 3)

Bereits im März 2022 wurde erkannt, dass die intensive Beratung der Projektteilnehmer:innen hinsichtlich Prävention und Gesundheit nur durch ausgewählte Berater:innen erfolgen kann, die in der Thematik Vorkenntnisse haben und bereit sind, sich entsprechend weiterzubilden. Diese „Spezialisten“ wurden fortan als Gesundheitscoaches (GC) bezeichnet, blieben in ihren Teams verankert und als Gruppierung „Fallmanagement Gesundheitsförderung“ (FM Gefö) über den AK Gesundheit und Prävention mit den Projektkoordinator:innen (PK) vernetzt (Siehe Abb. 8). Für den höheren zeitlichen Beratungsaufwand wurde durch die Geschäftsleitung festgelegt, dass für die Aufnahme eines Teilnehmenden im Projekt KOPF22, zwei „normale“ Kund:innen abgegeben werden konnten.

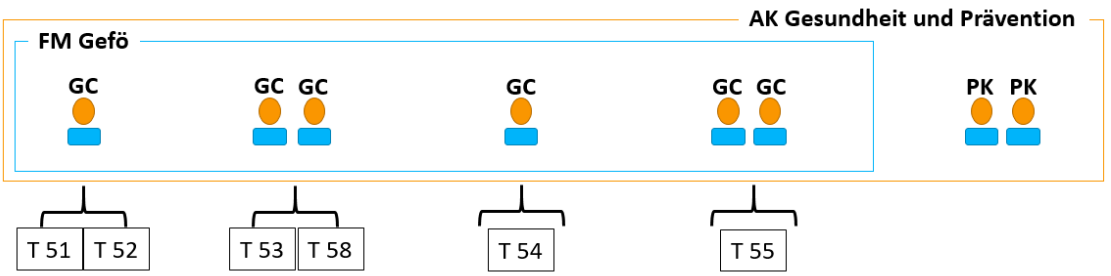


Abb. 8: Darstellung FM Gefö und AK Gesundheit und Prävention

Die teamübergreifende Vernetzung des FM Gefö im AK Gesundheit und Prävention stellte einen weiteren Erfolgsfaktor dar. Dieser diente vornehmlich dazu, Wissen zu Beratungstechniken und Angeboten der Gesundheitsförderung weiterzugeben, bot Raum für kollegiale Beratung und um eigene Workshops bzw. Veranstaltungen für Kund:innen vorzubereiten. Damit das gelingen konnte, wurde eine Bibliothek mit Fachliteratur zu relevanten Gesundheitsthemen angelegt sowie mehrere Werkzeugkoffer „Toolbox Coaching“ mit Arbeitsmaterialien für professionelles Coaching beschafft. Um Gesundheitsförderung als einen

Prozess der Veränderungsbereitschaft für die Projektteilnehmer:innen zu eröffnen, wurde allen Gesundheitscoaches eine Schulung im Mindset-Coaching möglich gemacht. Der Aufbau dieser zusätzlichen Kompetenzen förderte das Engagement zur Mitarbeit.

Einen weiteren Aspekt für das Gelingen der Beratung im Projekt stellte das Konzept zu den Beratungsformen dar (Anlage C MainArbeit A10). Den Berater:innen sollte dadurch eine größtmögliche Flexibilität bei der Durchführung ihrer Beratung ermöglicht werden. Der Einsatz von walk n talk war schon in der Coronazeit ein probates Mittel, Kund:innen außerhalb der MainArbeit beraten zu können und zeigte, dass besonders Menschen davon profitierten, die Schwierigkeiten hatten, Behördengebäude zu betreten. Die im Projekt zur Nutzung der padaCura-App angeschafften Tablets wurden verliehen und zur Videoberatung genutzt.

Damit gelang es in einigen Fällen, unkompliziert Verbindung zu halten, besonders dann, wenn die Frequenz der Beratungstermine erhöht werden musste.

2.2.2.2 Zusätzliche Intervention durch Beratung bei Projektarzt, Projektpsychologin und Gesundheitsangebote der vhs und des GKV-Bündnis (PHS 4)

Der Projektbaustein „Fachkonferenzen“ sollte dazu genutzt werden, im Austausch mit medizinischem Fachpersonal herauszuarbeiten, welche gesundheitlichen Fragestellungen mehrheitlich zu bearbeiten sind und welche Handlungsstrategien sich daraus ergeben. Da dies so nicht umsetzbar war entstand die Idee, Expert:innen ins Projekt KOPF22 direkt einzubinden. Nach Ausschreibungen im Juli 2023 wurden ein Arzt (ab April 2024) und eine Psychologin (ab Januar 2024) zu Mitarbeit gefunden. Aus dem hauseigenen MPD konnten wir einen versierten Facharzt gewinnen, der sich durch seine Ausbildung zum Internisten und Sportarzt sowie seiner Erfahrung in der Leitung einer Reha-Klinik auszeichnete. In der „Sprechstunde“ konnten vorliegende Befunde, Arztberichte und Behandlungsmöglichkeiten geklärt werden und Teilnehmenden wurde es ermöglicht, ohne zeitlichen Druck in Ruhe Fragen zu stellen, die beim Hausarzt untergehen oder nicht zur Sprache gekommen waren. Acht Personen nutzten das Angebot im Projekt zur Klärung der persönlichen gesundheitlichen Situation und bekamen Orientierung für die Weiterbehandlung sowie für sinnvolle persönliche Veränderungen.

Mit der Projektpsychologin gelang uns ein Glücksgriff. Wir konnten eine in der Stadt Offenbach ansässige Diplom-Psychologin gewinnen, die ausgebildete Traumatherapeutin ist und internationales akademisches Wissen in die Beratung mit einbrachte. Durch ihre einfühlsame, den Menschen zugewandte Art, erreichte sie auch Personen, die sich schon selbst aufgeben hatten oder durch Traumata blockiert waren. Durch psychologisches Coaching hat sie Personen in schwierigen Lebenslagen aufgefangen, ihnen Halt und Orientierung gegeben und verschüttete Ressourcen freigelegt. Dadurch stabilisiert und motiviert konnten Teilnehmende sich wieder neuen, auch beruflichen, Perspektiven widmen.

Das Gesprächsangebot haben 42 Personen genutzt, 29 davon bekamen weiteres Einzelcoaching und 15 Personen haben am Gruppenangebot „Entdecke und entfalte deine Stärken!“ teilgenommen.

Ein weiterer Baustein innerhalb unserer PHS 4 war die Kooperation mit der vhs Offenbach. Dabei war aus Sicht des Projektes KOPF22 wichtig, dass die Nutzung der Angebote für unsere Kund:innen möglichst unbürokratisch und der Zugang zu den Kursen einfach war. In der Vergangenheit hatte sich gezeigt, dass viele Kund:innen über die Angebote der vhs nicht informiert waren oder sich den finanziellen Mehraufwand nicht leisten konnten / wollten. Ebenso spielte der Gedanke der sozialen Teilhabe bei der Nutzung der Kursangebote eine Rolle, da für die anderen Teilnehmer:innen die möglicherweise empfundene „Stigmatisierung“ als „Bürgergeldempfänger“ nicht erkennbar war. 25 Personen haben diese Möglichkeit genutzt und überwiegend positives Feedback zu den Inhalten gegeben. Insgesamt 41 Personen haben an den projektspezifischen Gruppenangeboten teilgenommen. Insgesamt 59 Personen (41%) haben wir durch diese Kooperation in gesundheitsfördernde Angebote zusteuern können.

Die direkte Einbindung von medizinischen Experten (Psychologin und Arzt) förderte das gegenseitige Verständnis und den Austausch der Akteure aus dem Arbeitsförderungs- und Gesundheitssystem zum Nutzen der Bürgergeldbeziehenden. Die Zusammenarbeit mit der vhs Offenbach ermöglichte Angebote zu kostengünstiger Gesundheitsförderung.

Die Teilnahme am Projekt hat Menschen motiviert, sich um die eigene Gesundheit zu kümmern und selbst aktiv zu werden. 63% der Teilnehmenden haben mindestens an einem projektspezifischen Angebot teilgenommen, 42% haben sogar mehrere Angebote genutzt. Hierbei standen psychologisches Coaching, Ernährung, Bewegung und Entspannung im Vordergrund.

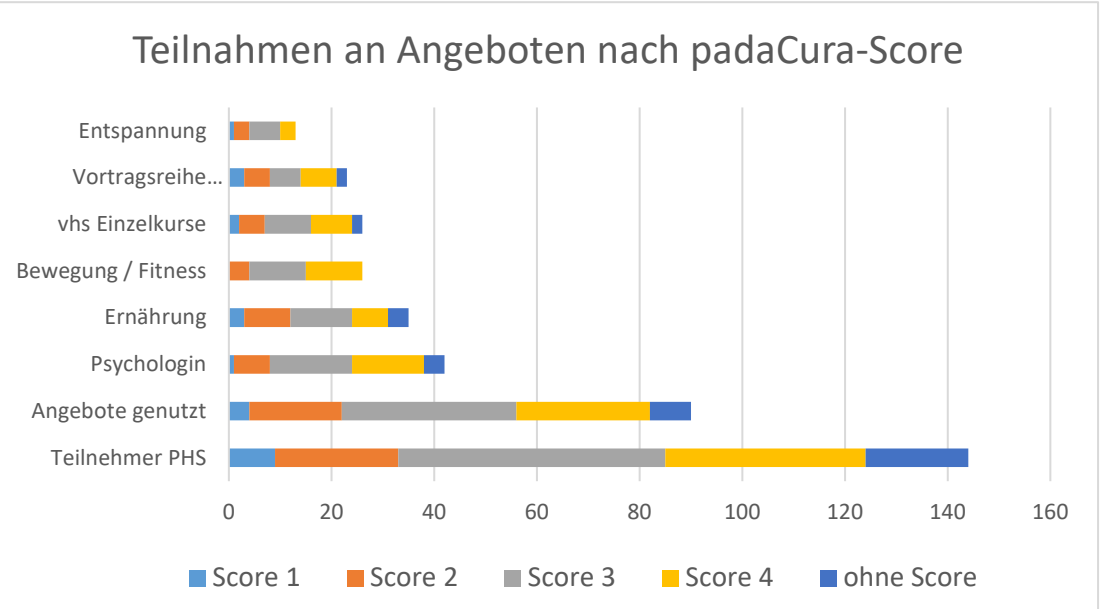


Abb. 9: Teilnahme an Angeboten nach padaCura-Score

Die Motivation zur Teilnahme an den Angeboten war unabhängig vom jeweiligen padaCura-Score der Person. Die Abweichungen bei `Score 1´ und `ohne Score´ sind wahrscheinlich der geringen Stichprobengröße geschuldet und der Tatsache, dass bei Score 1 nur wenig Handlungsbedarf besteht.

Fast ein Drittel der Teilnehmenden an PHS hat die Unterstützung der Projektpsychologin in Anspruch genommen, bezogen auf die Personen, die überhaupt Angebote angenommen haben waren es fast die Hälfte (47%). Aus der Gruppe der U25 (5 Personen = 100%) waren alle psychologisch angebunden.

2.2.3 KJC MTK

Wie auf S.11 in der Übersicht komprimiert dargestellt bestand die übergeordnete Strategie im KJC MTK aus der Implementierung einer organisatorischen Einheit, der Projektgruppe Gesundheit. Das Konzept ist in den Anlagen enthalten. Ein Beratungsteam aus anfangs 4 und später ressourcenbedingt 3 Vollzeitäquivalenten sollte mit einem Fallschlüssel von lediglich 1: 50 (Fallmanager:innen) und 1:25 (Casemanager:innen) die Lotsenfunktion in der Beratung zum Thema Gesundheit übernehmen. Während in der Stellenbesetzung darauf geachtet wurde, dass Expertise mit beruflichen Hintergründen aus Heil-, Pflege- und Beratungsberufen in der Projektgruppe Gesundheit zusammengeführt wurde, konnte aufgrund des gesetzlichen Auftrags und der institutionellen Rahmenbedingungen das Ziel dennoch nicht sein, die psychologische und medizinische Beratung vor Ort im Jobcenter durchzuführen, sondern mit dem nötigen Netzwerk und Hintergrundwissen eine Lotsenfunktion zu installieren, bestehende Gesundheitsmaßnahmen und Netzwerke stärker zu nutzen und die Zusammenarbeit auszubauen.

Ziel war keine Dopplung zu KJC-Maßnahmen in der Beratung durch die Projektgruppe Gesundheit, eher war in vielen Fallkonstellationen eine längere Heranführung zur Teilnahme an Maßnahmen notwendig.

Die Vertrauensbasis für Teilnehmer:innen an der Projektgruppe Gesundheit wurde durch die Gesprächshaltung der Beratungskräfte aus anderem medizinischen / pflegerischen Berufshintergrund der Beratungskräfte und Techniken wie „Motivational Interviewing“ gut hergestellt. Häufig war die Kontaktdichte zusätzlich zu persönlichen Terminen von Telefonaten ein bis mehrmals pro Woche zur

Rücksprache geprägt. Dabei war zu beobachten, dass sehr viele Teilnehmende gerne proaktiv Kontakt zur Beratungskraft aufgenommen haben, um Erfolge zu berichten und Fragen zu klären.

2.3 Expertenpool und Fachkonferenzen

2.3.1 Pro Arbeit

Ein ursprünglich geplantes Netzwerk mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten konnte im Rahmen des Projekts nicht im gewünschten Umfang aufgebaut werden. Auch eine angedachte Veröffentlichung im Hessischen Ärzteblatt zu Beginn des Projektes wurde aus Sorge vor der Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht abgelehnt. Stattdessen wurde medizinisches Personal, das bereits in den Jobcentern tätig war, gezielt als Türöffner zur Ärzteschaft eingebunden. Frühzeitig im weiteren Projektverlauf wurde zudem erwogen, eigenes medizinisches Personal einzustellen, um die Schnittstelle zwischen Arbeitsförderung und Gesundheitswesen weiter zu stärken. Im Februar 2023 führte eine Fachkonferenz zum Thema „Ärztekontakte“ zur Entwicklung der PHS 1 – also dem präventionsorientierten Beratungsprozess mit interner med. Unterstützung. Der Einsatz der Projektärztin wurde ausgeweitet, so dass ihre Expertise auch für Info- und Gruppenveranstaltungen sowie für Messeauftritte in Anspruch genommen wurde. Dies stellte einen wichtigen Impuls für die Weiterentwicklung präventionsorientierter Beratungsansätze dar.

Der im Projekt entwickelte Expertenpool wurde zudem in interne und externe Expert:innen differenziert. Zu den internen Expert:innen zählten insbesondere unsere Berater:innen sowie spezialisierte Abteilungen/Sachgebiete und Arbeitsgruppen mit Bezug zu Gesundheit oder Rehabilitation. Die interne Vernetzung wurde intensiviert, wodurch vorhandene Strukturen gezielt genutzt und Doppelangebote vermieden werden konnten. Diese Expert:innenen konnten sich in unterschiedlichen Gremien mit Beteiligten aus der Gesundheitsförderung austauschen und von deren Wissen sowie Erfahrungen profitieren. Außerdem dienten Fachkonferenzen auch dazu, den Gedankenaustausch unter den internen Akteuren zu fördern. Das erleichterte eine professionelle Reflexion des eigenen Beratungsverhaltens und ermöglichte die Übernahme neuer Impulse aus anderen Fachdisziplinen. Durch Schulungen für Berater:innen und Projektbeteiligte sollte ein gemeinsames Verständnis für die Projektziele und der inhaltlichen Umsetzung (gemäß ICF/ bio-psychosoziales Modell) erreicht werden.

Parallel dazu wurde die externe Netzwerkarbeit durch die Beteiligung an Veranstaltungen wie z.B. dem Netzwerk rehapro Hessen ausgebaut. Durch gezielte Messeauftritte konnten neue Kontakte zu Akteuren aus dem Gesundheitssystem geknüpft werden. Ziel war es, für den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Erwerbsfähigkeit zu sensibilisieren und zu verdeutlichen, warum sich Jobcenter dieser Thematik annehmen („Health in All Policies“), die Notwendigkeit der Zusammenarbeit dazustellen und Partner zu finden.

Zusätzliche Kooperationen, beispielsweise mit der HAGE – Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V., ermöglichten die Finanzierung und Durchführung weiterer Gruppenveranstaltungen. Neben dem inhaltlichen Mehrwert bieten solche Kooperationen auch bezüglich der Finanzierungsproblematik Optionen für eine Verstetigung des Projektansatzes, auch über den Förderzeitraum hinaus. Zudem wurden neue Projektpartnerschaften aufgebaut, etwa im Rahmen des Projekts „teamw()rk“.

Insgesamt gelang es, tragfähige interne und externe Vernetzungsstrukturen aufzubauen, die zur strukturellen Verankerung gesundheitsbezogener Aspekte in der Jobcenter-Arbeit beigetragen haben.

2.3.2 MainArbeit

Externe Ärzt:innen, insbesondere die niedergelassenen, für die Teilnahme an Fachkonferenzen zu gewinnen, gestaltete sich schwierig. Gründe dafür sind unter anderem, dass das zu dieser Zeit ohnehin schon überlastete Gesundheitssystem durch die Corona-Pandemie zusätzliche Aufgaben zu bewältigen hatte und Ärzt:innen zeitliche Ressourcen fehlten. Zudem ergaben sich personenbezogene Risikofaktoren erst spät im Projektverlauf mit dem Einsatz der padaCura-App und aus Rückmeldungen der individuellen Arbeit mit den Teilnehmenden. Deshalb wurde der Ansatz, die PHS in

Fachkonferenzen mit externer Beteiligung zu entwickeln, nicht weiterverfolgt. Hier zeigte sich eine Einbindung interner Experten (MPD und Beratungsfachkräfte) als effektiver. Fachkonferenzen als personenbezogene Fallkonferenzen intern durchzuführen, wie es in der Testphase 2021 geschah, wurde später aufgrund des hohen zeitlichen und personellen Aufwandes sowie fehlender Kapazitäten des MPD nicht weiterverfolgt.

Daher entwickelte sich die Durchführung von Fachkonferenzen im Projektverlauf anders, als im Antrag angedacht. Neben dem direkten Austausch mit Ärzt:innen und Psycholog:innen stand später die Erhöhung der Gesundheitskompetenz der Mitarbeitenden im Jobcenter im Vordergrund. Wissensvermittlung erfolgte in den Bereichen psych. Erkrankungen, Psychosomatik, Aufgaben der Akteure im Gesundheitssystem, Leistungen der Krankenkassen, Akteure der Selbsthilfe, externe Beratungsangebote usw. Dies förderte die Beratungskompetenz der Beteiligten. Jobcenterübergreifend wurde hier die Beratungsebene vernetzt zur Diskussion der Bedarfe und zum kollegialen Austausch zu Beratungssituationen.

Die in Fachkonferenzen eingebunden Akteure erweiterten den Expertenpool und dienten dem Aufbau der jobcentereigenen Netzwerke, die über das Projektende hinaus bestehen. Eine weitere Vernetzung der gesundheitlichen Akteure in der Stadt Offenbach erfolgte unter der Leitung des Gesundheitsamtes.

2.3.3 KJC MTK

Abgesehen von der verbundübergreifenden Arbeit an KOPF22-Fachkonferenzen und der Gewinnung von Expert:innen war eine Neu-Installation medizinischer Expertise innerhalb des Kommunalen Jobcenters MTK aufgrund der Einbindung innerhalb des Landratsamts und des Landkreises nicht notwendig, da sie eine Dopplung dargestellt hätte. Sowohl steht im gleichen Haus ein Stockwerk tiefer das Gesundheitsamt mit dem Arbeitsmedizinischen Dienst zur Verfügung, als auch akute Kriseninterventionen durch den dortigen Sozialpsychiatrischen Dienst. Das Beratungsteam der Projektgruppe Gesundheit im KJC MTK konnte allerdings sowohl die im Rahmen der kommunalen Daseinsfürsorge bestehenden Netzwerke zu Kliniken, kreiseigener Suchthilfe, kirchlichen und sozialen Beratungsträgern stärker einbinden und nutzen, als auch die KJC-hauseigenen Maßnahmen zu Tagesstruktur, zum psychosozialen Coaching und zur Diagnostik deutlich stärker in die Beratung einbinden als dies den Beratungskräften im Regelgeschäft mit Fallschlüsseln von um die 300 Kund:innen möglich ist. Abgesehen von den verbundübergreifenden Netzwerkaktivitäten (bspw. Gewinnung von Gästen wie Prof. Dr. Heipertz, Selbsthilfe-Vereinigungen) lag der Fokus innerhalb der Beratungsarbeit des KJC MTK daher auf Anbahnung von fallbezogenen Hilfeplangesprächen aus der Projektgruppe Gesundheit heraus.

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

3.1 Die padaCura-App

3.1.1 Die padaCura-App in der Pro Arbeit

Im Rahmen von KOPF22 konnten Erkenntnisse bzgl. der Entwicklung und Nutzung der padaCura-App als digitales Instrument zur evidenzbasierten Generierung eines individuellen Erwerbsminderungsrisikos gewonnen werden. Diese können nicht immer von Ergebnissen des Modellprojektes unterschieden werden. Insofern wird auch auf das vorhergehende Kapitel und auf Punkt 2.1 verwiesen.

Außerdem sollen hier folgende Erkenntnisse zwecks Verstetigung und Übertragbarkeit des Ansatzes auf andere Organisationen und eventuelle Folgeprojekte festgehalten werden:

Von der Idee zum Instrument. Im Kontext des vorgesehenen agilen Projektmanagements stand zu Beginn eine noch unstrukturierte Idee eines digitalen Instrumentes, mit dem Personen identifiziert werden sollten, die Gefahr laufen, ihre Erwerbsfähigkeit ganz oder teilweise zu verlieren. Der Weg zu der erprobbaren padaCura-App erwies sich als steinig. Vergabeprozesse zur Gewinnung eines Partners/Dienstleisters, inhaltliche und technische Herausforderungen sowie Abstimmungsnotwendigkeiten im Projektverbund und mit Dritten waren deutlich größer als erwartet. Um in entsprechenden Prozessen zu einem Ergebnis zu kommen, müssen Kreativität, Zielorientierung und Umsetzungskonsequenz miteinander ausgeglichen werden. Hierfür müssen hohe Ressourcen und viel Zeit eigeplant werden.

Das Dilemma der Beteiligung. Um eine höchstmögliche Akzeptanz des Ansatzes zu erreichen, wurden Berater:innen frühzeitig über den Projektansatz informiert und sollten in die Entwicklung einbezogen werden. Aufgrund von hohen allgemeinen Arbeitsanforderungen und -belastungen stieß dies nur bedingt auf Interesse. In der Phase, in der die padaCura-App erprobt werden konnte, nahm die Frage nach deren Mehrwert großen Raum ein. Hier sei auf den Bericht der Wissenschaftlichen Begleitung verwiesen, der diese Frage im Kontext des Technologie-Akzeptanzmodells beleuchtet.[5]

Veränderung und Zeit. Mit der padaCura-App können Hinweise auf eine möglicherweise drohende Erwerbsminderung generiert und deren Ausmaß bestimmt werden. Der padaCura-Score kann somit ein Baustein sein, um Beratungs- und Förderprozesse zu gestalten, diesem Prozess entgegen zu wirken und bestenfalls eine Heranführung an oder Integration in den Arbeitsmarkt zu erleichtern. Ob die mit dem Projektantrag formulierten Ziele, Übergänge in Erwerbsminderung zu senken und das Entstehen von Reha-Fällen zu vermeiden, erreicht wurden, konnte in der zur Verfügung stehenden Projektlaufzeit nicht erkannt werden. Die Erkenntnis, dass Handlung notwendig ist und daraus folgende Prozesse (siehe auch Kap. 3.2 Präventions-Handlungsstrategien) können mittels dieses Instrumentes angestoßen werden. Individuelle Veränderungen, die daraus resultieren, sind nicht unbedingt nach Monaten erkennbar. Auch wenn die Erprobungsreife der padaCura-App planmäßig gegeben gewesen wäre, wären diese nicht messbar gewesen. Hierzu sind Langzeit-Studien notwendig. Eine sich an ein Projekt anschließende wissenschaftliche Auswertung könnte in entsprechenden Vorhaben möglicherweise gewinnbringender sein als eine wissenschaftliche Begleitung.

Jobcenter und ihre Herausforderungen. Die Projektlaufzeit war gesellschaftlich und (sozial-)politisch von ständigen Veränderungen und sich wandelnden Rahmenbedingungen geprägt. Diese haben Auswirkungen auf die strategische Orientierung der Jobcenter, beeinflussen die Fokussierung der handelnden Akteure in der Beratung und lösen Unsicherheiten aus. Die Entwicklung und Erprobung

[5] Siehe: KOPF22, Kooperation für Prävention, Fitness und Gesundheit im Jobcenter, Modellprojekt im Rahmen des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro", Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung

eines innovativen Ansatzes wird dadurch gehemmt – ein Effekt, der durch steigende Arbeitsbelastung aufgrund der aktuellen finanziellen Rahmenbedingungen verstärkt wird.

3.1.2 Die padaCura-App in der MainArbeit

Der Umsetzungsschwerpunkt KOPF22 lag in der Arbeit mit Teilnehmenden im rehapro Ansatz in „Prävention vor Rehabilitation“. Als Instrument dazu wurde die padaCura-App entwickelt.

Die Anbindung der App an das in der MainArbeit genutzte Fachverfahren LISSA war aus technischen Gründen nicht umsetzbar. Für die Ausgabe der Zugangsdaten, die Übertragung der Daten in das Modul der Jobnet.AG mit Freischalten des Fragebogens für die Kund:innen wurde daher ein manuelles Verfahren aufgesetzt, das gut funktionierte und für geringe Nutzerzahlen leicht bewältigbar ist. Dafür war vorher kein hoher Auswand für die Anbindung an eigene Systeme nötig. Allein zur Selbsterkenntnis erfolgte die App-Nutzung selten. Sie war eher verbunden mit der Hoffnung auf besondere Unterstützung durch passende Angebote.

Die wissenschaftliche Begleitung benennt als wichtigen Faktor für die Implementierung neuer Prozesse das Einstehen der Führungskräfte für Neuerungen (hier die App). Deren Haltung und Unterstützung sind notwendige Voraussetzung für die Akzeptanz bei den Mitarbeitenden. Eine klare Kommunikation dient dem Abbau von Barrieren. Die frühzeitige Überführung des Anbietens der App in Regelprozesse wurde in der MainArbeit im Bereich Vermittlung nur in unzureichendem Maße erreicht, entgegen der Zielsetzung der übergeordneten Führung. Hier fehlte das Verständnis, dass die Umsetzungsverantwortung nicht beim Projektteam lag, sondern der Bereich Vermittlung aktiv die Umsetzung gestalten soll. Der Fokus des Projektteams richtete sich auf den Aufbau von Strukturen und Prozessen zum Einsatz der App (Erkennen von Gefährdungen - App als Warnlampe) und zur Förderung der Gesundheit im Rahmen der PHS.

In der Fläche (Bereich Vermittlung) wurde die Belastung durch Ausgabe der Zugangsdaten zur App sowie der dazugehörigen Informationen als zu hoch empfunden und nicht umgesetzt. Die Ansprache aller Neukund:innen durch alle Berater:innen wurde nicht konsequent durchgeführt und nachgehalten. Sie war nicht erfolgreich. Dass doch noch eine aussagekräftige Anzahl an App-Nutzer:innen gewonnen werden konnte, ist der Gruppe der Gesundheitscoaches und einer Handvoll gesundheitsinteressierter Berater:innen zu verdanken. Im Rahmen des Technologie-Akzeptanz-Modells hat die wissenschaftliche Begleitung des BWHW Befragungen bei Berater:innen und Kundinnen zum Einsatz der padaCura-App durchgeführt. Im Fokus standen hier die wahrgenommene Nützlichkeit und die wahrgenommene Benutzerfreundlichkeit, die von Kund:innen sehr positiv bewertet wurden. Dies ist auch der Tatsache geschuldet, dass diese sowohl bei der Bedienung unterstützt wurden als auch das Ergebnis mit den Berater:innen besprochen wurde. Das Ergebnis der Befragung der Beratungsfachkräfte fällt weniger positiv aus. Die sinnvolle Einbindung in den Beratungsprozess gelang nur zum Teil und der Nutzen der App wurde deshalb nur durchschnittlich bewertet.

Der neue Ergebnisbericht, der seit Frühjahr 2024 zur Verfügung stand, wurde mit der differenzierten Betrachtung der 4 Bereiche Gesundheitskompetenz, Umweltfaktoren, körperliche Fitness und geistig-seelische Fitness noch einmal enorm aufgewertet. Dies wurde vom Bereich Vermittlung allerdings kaum wahrgenommen und die Kommunikation zur Vorteilsübersetzung von den Führungskräften nicht unterstützt.

Die Entscheidung, die App auch 2025 zu nutzen, wurde bereits im Herbst 2024 getroffen. Hier soll in der 2. Hälfte 2025 nochmal ein kritischer Blick auf Aufwand, Einsatzhäufigkeit und Kosten der App geworfen werden.

3.1.3 Die padaCura-App im KJC MTK

Die padaCura-App wurde im KJC zuerst in de Pilotphase gemeinsam mit einem Maßnahmenträger getestet, um die Praxiserfahrungen gemeinsam mit denen der Verbundpartner an den Dienstleister Jobnet.AG weitergeben zu können.

Nach offizieller Produktabnahme der padaCura-App durch den Projektverbund wurde am 02.02.2023 im KJC MTK mit der Ausgabe von Zugangsdaten an Kund:innen begonnen. Um die Neukund:innen-

Ansprache umzusetzen war zuvor im Herbst 2022 die padqaCura-App den Mitarbeiter:innen des gesamten KJC MTK vorgestellt worden, sowohl in den einzelnen Regionalteams als auch am 24.10.2022 im Rahmen eines Sozialintegrativen Tags (Markt der Unterstützungsangebote). Am 26.01.2023 fand der Kick-off zur Bewerbung der padaCura-App in den Neukund:innen-Gesprächen mit dem zuständigen Team, dem Job-Aktiv-Zentrum, statt.

Das Beratungsteam der Projektgruppe Gesundheit bestand zu diesem Zeitpunkt noch aus zwei abgeordneten Fallmanager:innen und war jede Woche in den Neukund:innen-Terminen auf Abruf, um interessierte Kund:innen je nach Bedarf beim Ausfüllen der App zu unterstützen und gegebenenfalls sofort die Einstiegsberatung für die Projektgruppe Gesundheit durchzuführen. Die Nutzungszahlen bewegten sich in den ersten Wochen unter den Erwartungen. Durch Evaluation und in Teambesprechungen wurde herausgearbeitet, dass die akquisestarken Mitarbeiter:innen bereits aus ihrer vorherigen Berufserfahrung über Vertriebs- und Marketing-Erfahrung verfügten. In der Folge wurden im KJC MTK einige Schritte vorgenommen und erprobt, um die Nutzungszahlen sukzessive zu erhöhen:

- Nachschulung des Teams Job-Aktiv-Zentrums, FAQ und Argumentationshilfen zur werbenden Ansprache bezüglich der App
- Unterstützung des Instruments durch die Vorgesetzten
- Kaltakquise: Teilnahme der Projektkoordinator:innen an den Neukund:innen-Gesprächen mit direkter Kund:innen-Ansprache und Angebot der App im Wartebereich
- Versand von Briefen mit persönlichen Zugangsdaten an alle Kund:innen, die Januar 2023 bis Juli 2023 zu Neukund:innen-Gesprächen eingeladen und nicht erschienen waren
- Erweiterung des Angebots der padaCura-App und des Zugangs zur Projektgruppe Gesundheit auf das gesamte Fallmanagement im Bestandskundenbereich.
- Versand von Briefen mit persönlichen Zugangsdaten an alle Kund:innen, die auf der Warteliste für die Begutachtung der Erwerbsfähigkeit nach §44a SGB II standen
- Beratung zur Optimierung der Kund:innen-Ansprache durch die Kommunikationsagentur des Main-Taunus-Kreises
- Erstellung von optimierten Flyern für die Projektgruppe Gesundheit in Verbindung mit Zugang über die padaCura-App in Zusammenarbeit mit der Kommunikationsagentur des Main-Taunus-Kreises
- Prozessoffenheit zur Nutzung der padaCura-App erst im Gespräch bei der Projektgruppe Gesundheit.

Ebenso wie bei den Verbundpartnern war im Fachverfahren des KJC MTK eine mögliche Meldung von Nutzung und Score-Ergebnis der padaCura-App hinterlegt worden. Aufgrund der wesentlich kleineren Organisationsgröße des KJC MTK (ca. 40 Fallmanager:innen) und geringerer Kund:innenanzahl funktionierten die Absprachen zwischen den Abteilungen oft schneller als Meldungen über die Systeme. Diese Erkenntnis prägte bis zum Ende des Projekts die Arbeit mit der padaCura-App, häufig war die Bereitschaft zur Teilnahme an der Projektgruppe Gesundheit über Fallmanagement und Job-Aktiv-Zentrum bereits gemeldet worden, bevor die Kund:innen durch mehrere Angebote und Nachfragen zur Nutzung der padaCura-App bereit waren. Nach weiterer Erprobung auf eigene Kosten im Jahr 2024 kam die Führungsebene zur Erkenntnis, dass bei funktionierendem Zulauf in die Projektgruppe Gesundheit die fortgesetzte App-Nutzung aufgrund der anfallenden Gebühren kein angemessenes Kosten-Nutzen-Verhältnis für die Organisation KJC MTK ergab.

3.2 Präventions- Handlungsstrategien

3.2.1 Pro Arbeit

Bis zum Stichtag 31.12.2024 wurden 2093 Zugangsdaten an Kund:innen ausgegeben. Davon haben 353 Personen den Fragebogen komplett ausgefüllt und 277 Personen haben ihre Zustimmung zur Übermittlung des Scores an die Pro Arbeit gegeben. Davon sind 116 Kund:innen in PHS 1 und 12 Kund:innen in PHS 2 eingemündet. Es gab regelmäßige Rückmeldungen aus dem Jobcoaching, dass Kund:innen die Nutzung ablehnen, da ihnen der Mehrwert nicht ersichtlich ist. Wir mussten daher feststellen, dass es sich anfangs schwierig gestaltete, unsere Zielgruppe für die Nutzung einer App und somit auch für die Nutzung der Instrumente innerhalb der Präventions-Handlungsstrategien zu gewinnen.

Berater:innen gaben an, dass sie eine regelmäßige Unterstützung durch ihre Führungskräfte als förderlich empfanden. Es ist daher davon auszugehen, dass die Führungskräfte in jedem Team wichtig sind und eine wesentliche Rolle in einem Implementierungsprozess spielen. Des Weiteren sind ausreichend und gut gebündelte sowie verständliche Informations- und Schulungsunterlagen unerlässlich für einen erfolgreichen präventionsorientierten Beratungsprozess. Er stellt hohe fachliche und persönliche Anforderungen an die Berater:innen. Sie gaben uns die Rückmeldung, dass die Vielzahl an Unterlagen eher für Verwirrung sorge und es den Ablauf schwer zu durchdringen mache. Es hat die Berater:innen eher abgeschreckt und sie gaben an, mit einer Informationsüberladung konfrontiert zu sein. Die Zeit, um sich das benötigte Wissen hinsichtlich Anwendung etc. anzueignen und Kund:innen hierzu qualitativ zu beraten, ist begrenzt. Dazu sind zusätzliche Ressorucen nötig. Im Laufe des Projektes hat es sich als vorteilhaft erwiesen, eine Brücke zwischen dem Projektteam und den Berater:innen durch den personellen Einsatz von Mitarbeitenden mit Doppelfunktion zu bauen. Dadurch konnten der Informationsfluss und die Kommunikation zwischen dem Projektteam und den Berater:innen deutlich verbessert werden, Wünsche, Anregungen und Rückmeldungen schneller und gezielter aufgegriffen und Anpassungen vorgenommen werden. Durch unterstützende Multiplikatoren aus allen Teams sollte zudem der Wissenstransfer zwischen dem Projektteam und dem Jobcoaching sichergestellt werden. Durch den Einsatz der spezialisierten Präv-JC seit März 2024 wurden die vorher monatlich stattfindenden Austauschtreffen vorläufig pausiert. Seit die Präv-JC federführend die Aufgabe als Ansprechpersonen innerhalb des Jobcoachings übernommen haben, unterstützten die Multiplikatoren uns hauptsächlich darin, die Informationen in ihre eigenen Teams zu tragen.

Innerhalb der Pro Arbeit gibt es ca. 120 Berater:innen. Als die padaCura-App eingeführt wurde, war angedacht, dass alle Berater:innen sie in ihre Beratungsprozesse integrieren und diese um Themen der Gesundheit und EM-Prävention erweitern. Während der ersten Monate stellte sich heraus, dass das aus unterschiedlichen Gründen nicht umzusetzen war. Neben zeitlich fehlenden Ressourcen fehlt es auch an einem generellen Interesse an präventionsorientierten Themen bei einigen Berater:innen sowie den notwendigen Kenntnissen und Kompetenzen. Aus diesem Grund wurden - wie oben erwähnt - seit März 2024 zwei spezialisierte Präventions-Jobcoachs (Präv-JC) eingesetzt. Beide sind inhaltlich tiefer mit der Thematik vertraut und haben einen geringeren Fallschlüssel im Vergleich zum Regeljobcoaching. Dadurch konnten wir mehr Beratungsressourcen pro Kunde generieren. Beide Präv-JC sind mit einem zusätzlichen Laptop ausgestattet, der es ihnen erlaubt die Kund:innen direkt vor Ort bei der Bearbeitung des Fragebogens der App zu unterstützen. Das Vorgehen und damit die Entlastung aller anderen Berater:innen wurde vom Regeljobcoaching begrüßt und hat sich schnell als hilfreich und zielführend erwiesen.

In der täglichen Arbeit zeigt sich, dass viele Kund:innen diese spezialisierte Beratung annehmen und es ist erkennbar, dass die hohe Kontaktdichte und der Austausch zwischen dem Präv-JC und seinen Kund:innen das „Vorankommen“ bei der Umsetzung ihrer Ziele fördert. Durch den Einsatz der Präv-JC können wir eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Hilfeplanung anbieten, die in diesem Umfang von anderen Berater:innen nicht geleistet werden kann. Gerade in finanziell angespannten Zeiten im Jobcenter wird die Beratung zu einem noch wichtigeren Instrument.

Die für PHS 1 eingesetzte Projektärztin nimmt eine zentrale und sehr geschätzte Rolle ein. Ihre medizinische Beratung wird von Kund:innen als wertvolle Ergänzung zur bestehenden Gesundheitsversorgung wahrgenommen, insbesondere weil sie sich Zeit für eine ausführliche und individuelle Beratung nimmt – eine Qualität, die im regulären Versorgungssystem oft fehlt. Ihre Empfehlungen werden durch die Mitarbeitenden als praxisnah, realistisch und sinnvoll bewertet. Durch gemeinsame Fallbesprechungen zwischen der Projektärztin und den Präv-Jobcoaches werden zusätzliche Informationen und mögliche weitere Schritte für die Umsetzung festgehalten. Gleichzeitig wurde deutlich, dass die Umsetzung medizinischer Empfehlungen oftmals an strukturelle Grenzen stößt – insbesondere durch den Mangel an Fachärzt:innen, lange Wartezeiten z.B. bei Psychotherapieplätzen sowie durch begrenzte finanzielle Mittel der Kund:innen. Auch der Aufwand für die Recherche geeigneter Angebote und fehlende generelle Informationen im Gesundheitswesen stellen für viele eine Hürde dar.

Ein weiteres zentrales Erkenntnismoment ist die Bedeutung der persönlichen Gesprächsatmosphäre: Kund:innen berichten, sich im Gespräch mit der Projektärztin ernst genommen zu fühlen – dies scheint ein zentraler Faktor für die Akzeptanz und Wirksamkeit des Angebots zu sein. Die Projektärztin nahm zentrale Funktionen in der Stärkung der Gesundheitskompetenz ein und trug zum Empowerment der Kund:innen bei – Funktionen, die im Gesundheitssystem nicht enthalten sind. Zu Beginn des Einsatzes der Projektärztin war es jedoch notwendig, sie in die bereits vorhandenen

Strukturen des Jobcenters zu integrieren und Berater:innen Einsicht in ihre Arbeit zu geben. Darüber hinaus ist eine zukünftige Rückkopplung sinnvoll, um die Wirksamkeit der Empfehlungen überprüfen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Hauptprobleme unserer Kund:innen sowohl körperliche als auch psychische Gesundheitsprobleme betreffen, die sich weitgehend mit den häufigsten Ursachen für Erwerbsminderung decken und durch bereits vorhandene medizinische und soziale Angebote adressiert werden können. Die Umsetzung dieser Empfehlungen ist in der Regel gut möglich, da viele Angebote leicht zugänglich sind. Schwierigkeiten bestehen vor allem bei der Terminvergabe für Spezialbehandlungen. Insgesamt ermöglichen die angewandten Instrumente eine umfassende medizinische und psychosoziale Unterstützung zur nachhaltigen Verbesserung der Lebensqualität.

3.2.2 MainArbeit

Im Dezember 2024 und im Januar 2025 haben die Projektkoordinator:innen der MainArbeit verschiedene Workshops mit Teilnehmenden der PHS sowie mit Projektbeteiligten (Gesundheitscoaches, Projektpsychologin) durchgeführt. Ziel war die Reflektion der veränderten Beratung und deren Auswirkungen sowie die Angebote hinsichtlich der Akzeptanz und des Nutzens zu evaluieren. Einige **zentrale Erkenntnisse** aus den Workshops:

- Gesundheit ist kein selbstlaufendes selbstverständliches Thema, weder bei Kund:innen noch bei Berater:innen.
- Der Umgang mit dem komplexen Thema Gesundheit erfordert zusätzliche Kompetenzen und weitergehendes Interesse von Seiten der Berater:innen sowie mehr Ressourcen und braucht entsprechende Rahmenbedingungen.
- Der qualitative Ansatz der Kund:innenansprache über das FM-Gefö war erfolgreicher als allgemeine quantitative Ansätze. Dies gilt sowohl für die Nutzung der App, die Teilnahmequote als auch für die Zufriedenheit der teilnehmenden Kund:innen.
- Der Kompetenzaufbau und die Lernkurve beim FM-Gefö war hoch und führte zu innovativen internen Ansätzen und Ideen für neue Angebote, teilweise auch zur dauerhaften Etablierung von Sachgebieten mit dem Schwerpunkt Gesundheit.
- Die Einbindung von Kund:innen in Gruppen sorgte für eine stabilere Mitarbeit als in Einzelmaßnahmen.
- Niederschwellige kürzere Angebote wurden von den Kund:innen stärker und kontinuierlicher angenommen als langfristige Verpflichtungen.
- Die freiwillige Teilnahmequote bei den Angeboten lag bei ca. 60% und damit im Vergleich zu anderen freiwilligen Angeboten deutlich höher.
- Das Angebot der Einzel- und Gruppenberatung der Projektpsychologin wurde gut angenommen und von den Teilnehmenden als überwiegend positiv und hilfreich bewertet.
- Neben direkten gesundheitlichen Themen gibt es bei den Kunden Bedarf an den Themen „Selbstwirksamkeit“ und „Selbstbestimmtheit“.

Die im Januar durchgeführten Workshops mit 37 Projektteilnehmer:innen zeigen eine Wertung aus Sicht der Kund:innen:

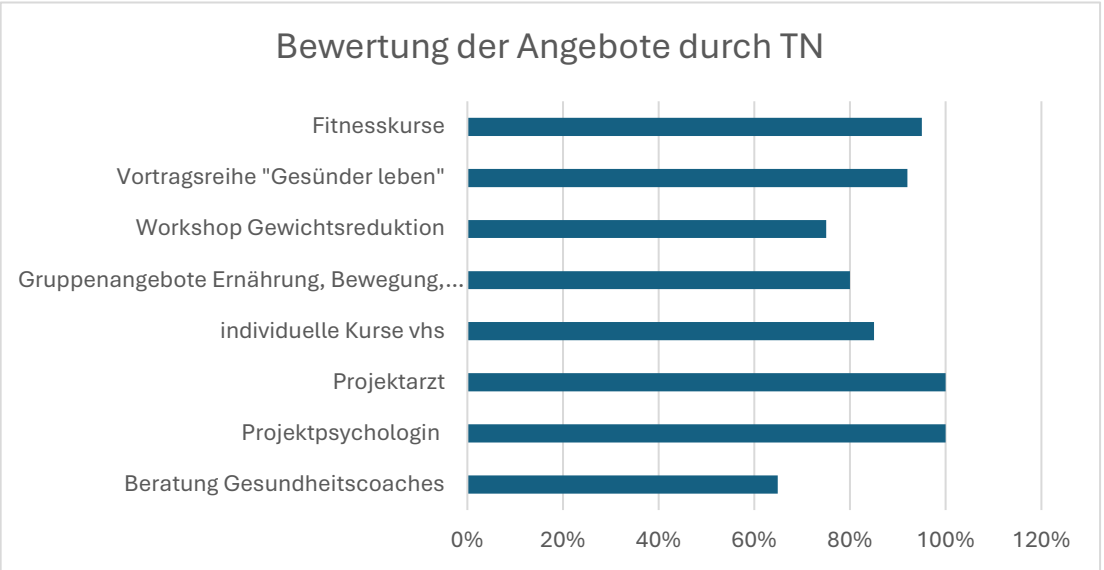


Abb. 10: Bewertung der Angebote durch die Teilnehmer:innen

Die Teilnehmenden empfanden die Beratung durch die Gesundheitscoaches als sehr unterstützend. Gerade der Einsatz unserer Projektpsychologin führte bei einigen Personen zu neuen Sichtweisen auf die eigene Situation. Die Kursangebote der vhs sowie der Gruppenangebote zu Ernährung, Bewegung und Entspannung wurden mit jeweils über 80% bewertet. Auch die Vortragsreihe „Gesünder leben“ fand mit einem Anteil von 93% sehr guten Anklang.

3.2.3 KJC MTK

Die Beratung in der Projektgruppe Gesundheit ergab untenstehende Einzel-Bausteine für die individuell durchgeführten Präventions-Handlungsstrategien. Die Zuordnung nach Score-Werten war von 1 bis 4 durchmischt. In einigen Fällen zeigte sich das volle Ausmaß der Unterstützungsbedarfe erst nach mehrmonatiger Beratungszeit, da viele der Teilnehmer:innen ab und an Termine verpassten und die Beratungskräfte durch beharrliche Kontaktversuche die Zusammenarbeit aufbauen mussten. Die Teilnehmer:innen fassten erst mit der Zeit mehr Vertrauen und die Anleitung zur Selbsthilfe und zum eigenverantwortlichen Gehen des nächsten Schritts trug erst nach einiger Zeit Früchte. Essentiell war für die Mehrzahl der Kund:innen in der Projektgruppe Gesundheit, dass sie mit ihren feste Ansprechperson von Leistungsfragen über logistische Fragen zu öffentlichen Verkehrsmitteln bis zu Terminvereinbarungen bei Fachärzt:innen, Beratungsangeboten und Maßnahmeträgern alles kleinschrittig durchsprechen konnten um es selbst umzusetzen, bei Bedarf auch wiederholt. In den Supervisionen und Temabesprechungen wurden immer wieder die Grenzen der Hilfestellungen thematisiert, um die Selbstständigkeit der Teilnehmer:innen zu stärken. Selbst bei einigen psychisch sehr belasteten Kund:innen (bspw. Schizophrenie) sind gute Fortschritte im Selbstvertrauen und der Selbstwirksamkeit zu beobachten gewesen. Erfreulicherweise gelang es in einigen Fällen nach Stabilisierung durch die Projektgruppe Gesundheit auch, die Teilnehmer:innen in Minijobs zu vermitteln oder sie in den Direktvermittlungsbereich abzugeben. In einem Fall konnte sogar ein Dialysepatient, der auf eine Spenderniere wartete, mit Eingliederungszuschuss und dem Integrationsfachdienst in einen inklusiv agierenden Gartenbau-Betrieb nachhaltig in Vollzeit vermittelt werden.

Folgende Bausteine kamen in den individuellen Präventions-Handlungsstrategien durch die Projektgruppe Gesundheit zum Tragen:

- Regelmäßige Reflexion der aktuellen Situation im Gespräch mit den Gesundheitscoaches.
- Regelmäßig, teils täglich, Telefongespräche zum Nachhalten des Hilfeplans.
- Anbindung an Suchtberatung.
- Anbindung an Schuldnerberatung, Perspektive Wohnen.
- Anbindung an medizinische Versorgung herstellen.
- Anbindung an med. Beratung u. a. zu Brugada-Syndrom, Chronic Fatigue Syndrom.
- Anbindung an med. Beratung zu Ernährung / Übergewicht / Diabetes / Ess-Störungen.
- Anbindung an med. Beratung in der Klinik für Diagnostik.

- Anbindung Schmerzzentren.
- Anbindung an Beratung zu geschlechterspezifischen Themen (bspw. Schwangerschaft u. ä., Männerberatung Diakonie).
- Unterstützung bei der Vereinbarung von Terminen (bei akut sehr belasteten Kd.).
- Unterstützung bei der Erlangung von Diagnosen/Hilfsmitteln: Hörgeräte.
- Unterstützung bei der Organisation von Kinderbetreuung im Umfeld einer Operation.
- Aufnahme leidensgerechter Tätigkeit auf dem sog. Zweiten Arbeitsmarkt (meist Minijobs/TZ).
- Begleitung von bestehenden Beschäftigungsverhältnissen (meist Minijobs/TZ).
- Unterstützung bei der Suche nach einem Psychotherapieplatz (Dauer mind. ab 7 Monate).
- Thematisieren, ob bei Medikamentation in Einstellungsphasen Rücksprachebedarf mit med. Personal besteht.
- Unterstützung bei der Kommunikation mit Krankenkassen (nicht leistungsbezogen).
- Unterstützung bei der Kommunikation mit der Pflegeversicherung (z. B. Antrag Pflegefestufe für pflegende Angehörige).
- Anbindung an Vereine oder Selbsthilfegruppen zur sozialen Teilhabe.
- Begleitung zu Arztterminen (in besonderen Einzelfallkonstellationen).
- Aufsuchende Elemente (in besonderen Einzelfallkonstellationen).
- Einsatz von Fremdsprachen und Suche nach DolmetscherInnen.
- Unterstützung bei der Anbindung an Rehasport/Sportverein/Rückenschule/Schwimmen.
- Familiengespräche.
- Dreier-Gespräche mit gesetzlichen Betreuenden.
- Zusammenarbeit mit BG-Coaching.
- Falls notwendig, akute Krisenintervention durch den Sozialpsychiatrischen Dienst.
- Flankierende Unterstützung beim Ausfüllen von Anträgen (GdB-Gleichstellung, SGB V u. ä.).
- Unterstützung bei der Erlangung/Aktualisierung eines GdB und beim Gleichstellungsantrag.
- Anbahnung von Antragsverfahren zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (SGB IX) oder medizinischer Rehabilitation.
- 16i – gemeinsame Hilfeplangespräche und flankierendes Coaching im Bereich psychische Krisen.
- KJC-Maßnahmen Aufwind, ELBA, MMPAIS plus gezielte Unterstützung bei medizinischer Anbindung.
- Tagesstruktur und niedrigschwellige Tätigkeiten zur Stabilisierung (Tisch & Teller).
- Flankierend: Clearing in Form von Überprüfung der Erwerbsfähigkeit (AD-Gutachten).

Weitere Ergebnisse im KJC MTK waren:

- 131 teilnehmende Kund:innen in der Projektgruppe Gesundheit bis 30.09.2024
- 4 Integrationen in stundenweise Tätigkeiten, teils auf dem Zweiten Arbeitsmarkt
- 1 Integration in Vollzeittätigkeit mit Hilfe des Eingliederungszuschusses und des Integrationsfachdienstes
- 6 Teilnahmen an „Tisch&Teller“, einem sozialpädagogisch betreuten Angebot des KJC MTK im Sozialkaufhaus, das zur Stabilisierung der Tagesstruktur und Erprobung von Lager-, Werkstatt- und Verkaufstätigkeiten dient
- 12 Teilnahmen an der Gesundheitsmaßnahme Aufwind

Seit Bestehen der Projektgruppe Gesundheit in gemischter Besetzung aus Mitarbeiter:innen, die zuvor im Fallmanagement/Jobcoaching gearbeitet hatten und neuen Mitarbeiter:innen, die zuvor in medizinischen und pflegerischen Berufen tätig waren, war das Thema Rollenklärung der Projektgruppe Gesundheit im Jobcenter präsent. Statt medizinischer Beratung an Kund:innen wurde innerhalb des KJC MTK eine Lotsenfunktion übernommen, die sich mit dem in der Planung anvisierten Casemanagementansatz deckte. Sowohl der Rahmen der Institution als auch Kund:innen und die Beratungskräfte der Projektgruppe Gesundheit wären überstrapaziert gewesen, wenn im KJC MTK eine medizinische Beratung stattgefunden hätte. Stattdessen waren die Beratungskräfte der Projektgruppe Gesundheit ein essentielles Bindeglied zum medizinischen und sozialen Bereich, schafften Sicherheit, indem sie durch Beratung, Begleitung wo notwendig und vereinzelt aufsuchende Elemente Schwellenängste nahmen. Aktivierung in nächste Schritte und leidensgerechte Beschäftigung in geringem Umfang gelang. Die Teilnahmedauer wurde zu Beginn bei 6 Monaten festgesetzt, die Erprobung der Strategie zeigte aber, dass fast alle Teilnehmenden, die nachhaltig in kleinen Schritten an der Verbesserung ihrer gesundheitlichen Situation arbeiten, über mindestens 1,5, teilweise auch 2 Jahre in der Beratung durch die Projektgruppe Gesundheit verweilten.

Kund:innen waren en gros „kränker“ als in der Planungsphase angenommen: Teilnehmende, mit denen im Bereich Prävention von Chronifizierung oder kurzfristiger Intervention zur Gesundheit gearbeitet werden konnte, waren die Ausnahme und stellten gleichzeitig im Förderbereich die Direktvermittlungskandidat:innen dar. In diesen Fällen beobachteten die Beratungskräfte der Projektgruppe Gesundheit, dass eine Arbeitsaufnahme auch durch die Kund:innen dringender angestrebt wurde als die intensive Bearbeitung der Gesundheitsthemen.

Die Kund:innen, die in die Projektgruppe Gesundheit durch Nutzung der padaCura-App und durch kollegiale Übergabe einmündeten waren in 128 von 131 Fällen nicht mehr im Bereich Gesundheitsprävention anzusiedeln, sondern hatten fast immer mehrere bereits manifeste Krankheitsbilder gleichzeitig sowie in der Mehrheit der Fälle zusätzlich multiple Problemlagen in sozialen Bereichen. Damit war zu rechnen, denn ebenso wie beeinträchtigte Gesundheit den Leistungsbezug verlängert, wirkt sich auch der SGB II-Leistungsbezug mit zunehmender Dauer negativ auf die psychische und physische Gesundheit aus.

3.3 Expertenpool und Fachkonferenzen

3.3.1 Pro Arbeit

Zu Projektbeginn zeigte sich, dass niedergelassene Ärzt:innen kaum Kapazitäten für neue Kooperationen hatten. Zudem wurde deutlich, dass der Mehrwert einer Zusammenarbeit mit den Jobcentern aus ärztlicher Sicht nicht ausreichend erkennbar war. Trotz gezielter Ansprache durch einen Verbundpartner blieb jegliche Rückmeldung aus. Insgesamt herrschten im Gesundheitswesen großes Unwissen und teils Vorbehalte gegenüber der Arbeit der Jobcenter. Es wurde deutlich, dass vielen Ärzt:innen grundlegende Kenntnisse über das SGB II und die Aufgaben der Jobcenter fehlten, was eine Zusammenarbeit erschwerte, denn teilweise konnten sie Leistungen und Zuständigkeiten verschiedener Sozialleistungsträger nicht voneinander unterscheiden. Noch konnten sie erkennen, warum sich Jobcenter um das Thema Gesundheit kümmern, wo das doch im Gesundheitswesen erfolgt. Auch Zeitmangel, der finanzielle Aspekt und Formalien könnten hinderlich sein.

Früh wurde deutlich, dass eine Einschätzung der Situation alleine durch Berater:innen und Kund:innen nicht geschehen kann und dass ein gemeinsamer Austausch mit Mediziner:innen ein zentrales Element für zukünftige erfolgreiche Beratungsprozesse i.S. des Projektes ist. Erste Kooperationen mit Ärzt:innen konnten im Rahmen von Fachkonferenzen angestoßen werden. Während Messeauftritten bestätigte sich, dass die Aufgaben der Jobcenter im Gesundheitsbereich weitgehend unbekannt sind. Öffentlichkeitsarbeit und persönliche Gespräche führten somit zu mehr Verständnis für die Relevanz der Schnittstelle zwischen Arbeitsförderung und Gesundheitswesen. Diese Erfahrung führte zur Erkenntnis, dass auch Medizinische Fachangestellte (MFA) stärker einbezogen werden müssen, da sie näher an den Patient:innen sind und einen niedrigschwelligeren Zugang ermöglichen.

Leichter gestaltete sich die Kooperation mit Akteuren, die bereits einen inhaltlichen Bezug zu den Themen Arbeit und Gesundheit hatten, etwa mit dem GKV-Bündnis. Hier war eine Zusammenarbeit auf Grundlage gemeinsamer Zielvorstellungen möglich. Insgesamt diente das Projekt als Türöffner für neue Kooperationen, die durch reguläre Netzwerkarbeit eventuell nicht entstanden wären.

Auch die Zusammenarbeit in rehapro-Netzwerken erwies sich als gewinnbringend. Neben dem fachlichen Austausch konnten hier konkrete Umsetzungsfragen (z. B. Datenschutz, Mittelverwendung etc.) frühzeitig identifiziert und gemeinsam Lösungen entwickelt werden. Dies stärkte die Handlungsfähigkeit der Projektgruppe und förderte die Qualität der Umsetzung insgesamt.

3.3.2 MainArbeit

Der Projektbaustein Fachkonferenzen entwickelte sich im Projektverlauf anders, als im Antrag angedacht. Ärzt:innen waren hauptsächlich für punktuellen Austausch zu einzelnen Themen zu gewinnen und niedergelassene Ärzt:innen für das Projekt nur im Einzelfall erreichbar. Andere externe Expert:innen wie das GKV-Bündnis, die Krankenkassen, Selbsthilfeeinrichtungen und spezifische Beratungsstellen konnten leichter erreicht und zur Zusammenarbeit genutzt werden. Die verstärkte Einbindung interner Experten (MPD, beratende Ärzte usw.) und die Umsetzungsebene in den

Jobcentren konnte erfolgreich zur Durchführung von Fachkonferenzen genutzt werden. Grundsätzlich sind diese ein guter Ansatz, um den Austausch von Expert:innen aus Gesundheits- und Arbeitsförderung zu fördern und als Baustein empfehlenswert, um den Blick über den eigenen Tellerrand hinaus zu ermöglichen und Expertise zusammenzuführen.

Fachkonferenzen wurden im Projektverlauf auch genutzt, um die fachliche Auseinandersetzung über die inhaltliche Arbeit auf der Umsetzungsebene jobcenterübergreifend zu fördern. Aufgrund der unterschiedlichen beruflichen Vorerfahrungen der Beteiligten zum Thema Gesundheit wurde dies von allen Beteiligten als sehr fruchtbar empfunden und kann auch anderen Jobcentern empfohlen werden.

Durch die Beteiligten an den Fachkonferenzen und darüber hinaus wurde in allen 3 beteiligten Jobcentern jeweils ein eigener Expertenpool aufgebaut, der als Netzwerk über die Projektlaufzeit hinaus Bestand hat und weiterhin genutzt wird.

3.3.3 KJC MTK

Auch die KOPF22-Mitarbeitenden des KJC MTK bahnten in den Jahren 2021 und 2022 zu einzelnen Ärzt:innen und medizinischen Verbänden des Kreises Gespräche an. Über telefonische Vorgespräche gingen diese Kontaktversuche allerdings nie hinaus, da die zeitlichen Ressourcen der Ärzteschaft (erstrecht innerhalb und kurz nach Pandemie-Zeiten) zu knapp bemessen waren. Auch ließen die Rückmeldungen in Telefonaten erkennen, dass man aus ärztlicher Sicht zu einer ganzheitlicheren Betreuung von Patient:innen im SGB II-Bezug eher den Sektor der Sozialen Arbeit in der Pflicht sehe. Neben den verbundweiten Fachkonferenzen, in denen mit Expert:innen in die gesundheitlichen Problemlagen der Kund:innen hineingeleuchtet und an der Etablierung eines verbundübergreifenden Netzwerks zum Austausch gearbeitet wurde, war es im KJC MTK die Aufgabe der Projektgruppe Gesundheit, den Austausch mit den zur gesundheitsbezogenen Fallarbeit notwendigen Expert:innen zu stärken und auszubauen. Eine Neuinstallation medizinischer Expertise innerhalb des Kommunalen Jobcenters MTK war aufgrund der Einbindung innerhalb des Landratsamts und des Landkreises nicht notwendig, da sie eine Dopplung dargestellt hätte. Sowohl stehen im gleichen Haus ein Stockwerk tiefer das Gesundheitsamt mit dem Arbeitsmedizinischen Dienst zur Verfügung, als auch akute Kriseninterventionen durch den dortigen Sozialpsychiatrischen Dienst. Das Beratungsteam der Projektgruppe Gesundheit im KJC MTK konnte allerdings sowohl die im Rahmen der kommunalen Daseinsfürsorge bestehenden Netzwerke zu Kliniken, kreiseigener Suchthilfe, kirchlichen und sozialen Beratungsträgern stärker einbinden und nutzen, als auch die KJC-hauseigenen Maßnahmen zu Tagesstruktur, zum psychosozialen Coaching und zur Diagnostik deutlich stärker in die Beratung einbinden als dies den Beratungskräften im Regelgeschäft mit Fallschlüsseln von um die 300 Kund:innen möglich ist. Diese ermöglichte es außerdem, Bedarfe bei der Klientel besser zu erkennen und zu verstehen. Auf Grundlage von Schweigepflichtentbindungen gelang den Casemanager:innen aus der Projektgruppe Gesundheit bei Rückfragen zum Behandlungsweg in der Regel auch der fallbezogene direkte Austausch mit behandelnden Ärzt:innen, Krankenhäusern und psychiatrischen Einrichtungen.

4 Verstetigung vor Ort

4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung

Der Projektansatz, mittels eines digitalen Instrumentes das Erwerbsminderungsrisiko (EM-Risiko) Bürgergeldbeziehender individuell zu bestimmen und dies in die Gestaltung der Beratungsprozesse einzubeziehen, kann grundsätzlich verstetigt werden. Mindestens §16kSGB II schafft dafür den prinzipiellen Rahmen, auch wenn eine gesetzliche Präzisierung und Erweiterung, in der die Aufnahme gesundheitlicher Themen in Abgrenzung zu anderen Leistungsträgern/dem Gesundheitssystem Ausdruck findet, wünschenswert wäre. Ausschlaggebend für entsprechende Optionen und Entscheidungen sind die geschäftspolitische Ausrichtung der Jobcenter mit dem daraus abzuleitenden Förderfokus und die Frage nach der Kostenintensität. Die Vereinbarung im Koalitionsvertrag, dass Menschen, die aufgrund von Vermittlungshemmnissen keinen Zugang zum Arbeitsmarkt finden, auch durch eine bessere Gesundheitsförderung eine dauerhafte Integration in den Arbeitsmarkt erleichtert werden soll, kann als Leitplanke für den Förderfokus dienen. Sie unterstreicht die Notwendigkeit der Verstetigung des Projektansatzes und schafft entspr. Optionen, eröffnet jedoch noch keinen Rahmen für die konkrete Umsetzbarkeit und schafft schon gar nicht die dafür notwendige finanzielle Grundlage.

Auch an dieser Stelle sollen die zentralen Bausteine von KOPF22 differenziert betrachtet werden:

Bestimmung eines EM-Risikos mittels padaCura-App.

Dieser Ansatz kann verstetigt werden. Das Instrument steht zur Verfügung und kann weiterhin genutzt werden.

Für eine Verstetigung spricht, dass so eine evidenzbasierte Einschätzung zur EM-Gefährdung generiert werden kann, Berater:in und Kund:in ein genaueres Bild zur Situation erarbeiten und Förderprozesse entsprechend ausrichten können. Im Projekt wurde hier der Schwerpunkt auf Personen mit einer mittleren EM-Gefährdung gelegt. Darüber hinaus kann die padaCura-App auch dazu dienen, ein differenzierteres Bild über die Klientel des Jobcenters zu erhalten – also Aussagen dazu, bei wie vielen Kund:innen die Erwerbsfähigkeit wie stark eingeschränkt ist und wo häufig Förderbedarfe bestehen. Denkbar ist auch, das Instrument verstärkt zu nutzen, um bei Personen mit hoher Gefährdung (padaCura-Score 4) über geeignete Maßnahmen zu entscheiden und möglicherweise eine Prüfung der Erwerbsfähigkeit einzuleiten. Da die padaCura-App durch Berater:innen/MA im Jobcenter eingesetzt werden kann, sind die damit verbundenen Kosten gering.

Gegen eine Verstetigung könnte sprechen, dass das Instrument auch nach zweijähriger Erprobung in der Beratung noch nicht flächendeckend genutzt und als hilfreich für den Beratungsprozess betrachtet wird.

Förderung nach Vorliegen des padaCura-Score mittels Präventions-Handlungsstrategien

Auch der Ansatz, Menschen, bei denen eine mittlere oder erhöhte Gefährdung ihrer Erwerbsfähigkeit besteht, in spezialisierten Beratungsprozessen zu fördern, kann verstetigt werden. Lt. Projektantrag war vorgesehen, dafür nur in Fällen, in denen weder das Regelförderportfolio der Jobcenter noch Angebote Dritter dafür genutzt werden können, neue Instrumente zu entwickeln. Im Projekt wurde deutlich, dass der entscheidende Punkt hier eine gute und umfangreiche Beratung ist, die nicht nur dazu dient zu erkennen, welche Bedarfe bestehen, sondern auch, welche Angebote innerhalb des Jobcenters und in der Lebenswelt verfügbar sind. Um einen bestmöglichen Überblick über und Zugriff auf Angebote in der Lebenswelt zu ermöglichen, sollte eine enge Zusammenarbeit mit dem Gesundheitssystem erfolgen[6]. Das ist nur in Ansätzen gelungen und zwei Verbundpartner haben alternativ medizinische Expertise direkt in das Projekt integriert. Diese ermöglichte es außerdem, Bedarfe bei der Klientel besser zu erkennen und zu verstehen. Für die gesundheitliche, präventionsorientierte Beratung wurden bei allen Verbundpartnern spezialisierte Berater:innen eingeführt und/oder gesonderte Teams gegründet.

[6] vgl. folgender Abschnitt, Expertenpool

Beide Teile der Einsatz spezialisierter Berater:innen und die Integration med. Expertise durch Beauftragung von Experten (Ärzt:innen, Therapeut:innen) – können grundsätzlich verstetigt werden. Da die spezialisierten Berater:innen die Regelberatung entlasten, ist dieser Ansatz nur mit geringen Kosten verbunden, die daraus resultieren, dass hier niedrigere Fallzahlen notwendig sind, um den quantitativ und inhaltlich umfangreicheren Anforderungen an die Beratung gerecht zu werden.

Die Beauftragung von Ärzt:innen und/oder weiteren Expert:innen ist mit Kosten verbunden. Die Entscheidung über eine Verstetigung ist demnach auch hier stärker von monetären Aspekten und der geschäftspolitischen Ausrichtung der Jobcenter geprägt als von prinzipiellen rechtlichen Hürden. Neben einer auskömmlichen finanziellen Ausstattung der Jobcenter würden aber auch hier eine Präzisierung des Rechtsrahmens, explizite Aufnahme der Gesundheitsförderung ins SGB II und Umsetzung der o.g. Prämissen aus dem Koalitionsvertrag Sicherheit und Handlungsmöglichkeiten schaffen.

Die Entwicklung spezialisierter Angebote, wenn dies notwendig ist, ist aus Mitteln der Jobcenter derzeit nicht realisierbar.

Verstärkte Zusammenarbeit zwischen Arbeitsförderungs- und Gesundheitssystem – Expertenpool/Fachkonferenzen

Wie im vorangehenden Abschnitt benannt, ist die Zusammenarbeit mit Expert:innen aus dem Gesundheitssystem nicht im gewünschten Ausmaß und in der anvisierten Art und Weise gelungen. Erfolgreich waren Fachkonferenzen, in denen ein Dialog mit Expert:innen aus dem Arbeitsförderungs- und Gesundheitssystem geführt wurde. Es bestehen hier Überschneidungen zum Projektbaustein „Präventions-Handlungsstrategien“, da in diesem Dialog den Expert:innen, die von den Verbundpartnern beauftragt wurden, eine weitere wichtige Rolle zukam. Sowohl dieser Dialog als auch die Fachkonferenzen können – im Bewusstsein damit verbundener monetärer Kosten – verstetigt werden. Darüber hinaus wurde im Rahmen des Projektes insbesondere durch einen Verbundpartner versucht, durch Teilnahme an Konferenzen, Veröffentlichung von inhaltlichen Beiträgen und Projektvorstellungen die Thematik durch Öffentlichkeitsarbeit nicht nur im Feld des Arbeitsförderungs- sondern auch des Gesundheitssystems zu platzieren und dafür zu sensibilisieren. Die Frage, ob und wie dies fortgeführt werden kann ist ebenfalls von der geschäftspolitischen Ausrichtung und finanziellen Lage der Jobcenter abhängig.

Als Teil eines Expertenpools verstehen wir außerdem ein Netzwerk, in dem sich alle hessischen rehapro-Projekt zusammengefunden haben. Die Fortführung der damit angestoßenen thematischen Arbeit bzw. des Austausches im Feld der Arbeitsförderung kann verstetigt werden und ist abhängig vom entsprechenden Interesse der Partner.

4.2 Verstetigung im eigenen Jobcenter

4.2.1 Pro Arbeit

Vor dem Hintergrund der im vorangehenden Kapitel beschriebenen Optionen und Rahmenbedingungen werden bei der Pro Arbeit zunächst im Jahr 2025 Projektelemente verstetigt und weiterentwickelt. Die Verstetigung wird ebenso wie die Entwicklung und Erprobung im Projekt weiterhin als agiler Prozess verstanden, in dem der Ansatz ausgewertet und optimiert wird. Insofern wird die Integration des Ansatzes in die Regelprozesse regelmäßig hinterfragt und neu über die Fortführung entschieden:

Bestimmung eines EM-Risikos mittels padaCura-App.

Die Nutzungszahlen der padaCura-App sollen erhöht werden, um ein differenzierteres Bild über die Klientel, insbesondere bzgl. der Notwendigkeit von Gesundheitsförderung und Hinterfragung der Erwerbsfähigkeit zu erhalten. Die Vision ist, mit allen Kund:innen die evidenzbasierte Bestimmung ihres EM-Risikos vorzunehmen und anschließend über weitere einschlägige Beratung und Förderung zu entscheiden. Dies kann bei Neuantragstellenden ebenso erfolgen wie in bestehenden Beratungsprozessen und bei Langzeitleistungsbeziehenden. Einschränkungen auf oder gar eine Priorisierung von Zielgruppen für die Nutzung erfolgen nicht. Um Verlaufsdaten zu erhalten und Aussagen zu individuellen Veränderungen treffen zu können, erfolgt die Bestimmung des Scores zweimal im Jahr.

Bislang geschieht dies auf freiwilliger Basis. Spezialisierte Berater:innen (Präventions-Jobcoaches) unterstützen die Regel-Berater:innen (Jobcoaches) bei der Gewinnung von Nutzenden und der Vorteilsübersetzung bzgl. der Nutzung der padaCura-App. Hierfür werden im Projekt entwickelte Formate, insbesondere Gruppenveranstaltungen, fortgeführt und durch Weiterentwicklungen – z.B. digitaler Formate, die Nutzung sozialer Medien u.ä. – ergänzt. Da mithilfe der padaCura-App i.S. der ICF nach Teilhabe und Fähigkeiten gefragt wird und eben keine Gesundheitsdaten erhoben werden, ist es denkbar, ihre Nutzung zum verpflichtenden Teil der Beratungsprozesse zu machen. Darüber ist noch zu entscheiden.

Förderung nach Vorliegen des padaCura-Score mittels Präventions-Handlungsstrategien

Der Ansatz, Menschen mit mittlerem EM-Gefährdungsrisiko in einem spezialisierten intensivierten Beratungsprozess im Jobcenter zu fördern, wird verstetigt. Das erfolgt weiterhin durch spezialisierte Präventions-Jobcoaches mit niedrigerem Fallschlüssel. In Fällen mit padaCura-Score 2 und 3 wird den betr. Personen (=Zielgruppe) der Übergang vom Regeljobcoach an den Präventions-Jobcoach angeboten. Die Beratung erfolgt i.S. eines „begleiteten Empowerments“, in dem die Zielgruppe individualisiert dabei unterstützt wird, Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheit und dem Erhalt der Erwerbsfähigkeit zu treffen. Das geschieht als Intensivierung und präzisierter Ausrichtung der arbeitsmarktorientierten Beratungs- und Integrationsprozesse. Ziel bleibt auch hier die Heranführung an bzw. Integration in den Arbeitsmarkt. Ein besonderer Schwerpunkt kommt der Stärkung der Gesundheitskompetenz zu, da dies in einem Großteil der bisherigen Fälle als relevantes Feld identifiziert wurde, dem auch nicht in anderen Systemen bzw. Rechtskreisen angemessen Rechnung getragen wird. Entsprechend werden weiterhin Ärzte vom Jobcenter beauftragt, um die Präventions-Jobcoaches zu unterstützen, die med. Perspektive in die Beratung einzubeziehen und als Türöffner in das Gesundheitssystem zu fungieren.

Der Entwicklung neuer Förderinstrumente und Vergabe entspr. Aufträge kam bei der Pro Arbeit während des Projektes eine geringere Bedeutung zu als erwartet. Entspr. Bedarfe werden weiterhin eruiert. Derzeit kann aus finanziellen Gründen aber kaum damit gerechnet werden, dass diese durch Auftragsvergaben auch bedient werden könnten.
Umso mehr muss die kontinuierliche Weiterbildung der Präventions-Jobcoaches und der Austausch mit internen und externen Expert:innen weiter verfolgt und bestenfalls intensiviert werden.

Verstärkte Zusammenarbeit zwischen Arbeitsförderungs- und Gesundheitssystem – Expertenpool/Fachkonferenzen

Wie im vorangehenden Abschnitt erwähnt, wird der Ansatz, med. Perspektive in die Beratungsprozesse zu integrieren, indem Ärzte beauftragt werden, beibehalten. Damit werden nicht nur die individuellen Beratungsprozesse erweitert und geschärft, sondern es wird außerdem ein Expertendialog zwischen Arbeitsförderungs- und Gesundheitssystem fortgeführt. Diese Ärzte können den Zugang zum Gesundheitssystem erleichtern, als Türöffner fungieren. Im Rahmen der ressourcenbedingt eingeschränkten Möglichkeiten wird die Pro Arbeit mit dem in KOPF22 entwickelten Ansatz auch weiterhin in Veranstaltungen im Feld der Arbeitsförderung und Gesundheit präsent sein, Beiträge leisten und plant, eigene Veranstaltungen durchzuführen. Sie setzt sich dafür ein, die thematische Zusammenarbeit im Netzwerk rehapro Hessen weiterzuführen und diese auch bundesweit, bspw. durch die Zugehörigkeit zu alumni rehapro, zu stärken. Weiterhin pflegt sie einen intensiven Austausch mit dem Wissenschaftsteam, das die padaCura-App inhaltlich entwickelt hat.

4.2.2 MainArbeit

Ähnlich wie in der Pro Arbeit werden auch in der MainArbeit Elemente des Projekts weiterentwickelt mit dem Anspruch der zukünftigen Verstetigung. Die Ansätze sollten regelmäßig hinterfragt und über die Fortführung jeweils neu entschieden werden. Wie die wissenschaftliche Begleitung im Abschlussbericht formuliert, setzt dies „eine kritisch-konstruktive Auseinandersetzung mit den Entwicklungen und Widerständen auf Ebenen der beteiligten Individuen, Teams und Organisationen voraus“.

2025 wird die padaCura-App als regelhaftes Instrument für die Anwendung bereitgehalten, mit dem Ziel, die Nutzungszahlen zu steigern und um einen Mehrwert für die Beratung darzustellen. Die genaue Einbindung ist hier noch in Klärung und es wurden noch keine verbindlichen Verantwortlichkeiten festgelegt. Der Betrieb der App benötigt Ansprechpartner, die ihren Einsatz forcieren, den

Kontakt zum Anbieter der App – der Jobnet.AG – halten und bei Systemfehlern reagieren sowie Neuerungen kommunizieren. Einschränkungen auf eine Zielgruppe für die Nutzung sind bisher nicht angedacht, allerdings gibt es Überlegungen zur Priorisierung von Anwendungsfällen. Um Aussagen zu individuellen Veränderungen treffen zu können, erfolgte die Bestimmung des zweiten Scores nach Projektende auf freiwilliger Basis. Regelmäßiges Monitoring mithilfe der App könnte auch zukünftig nützlich sein und könnte nicht nur zu Beginn, sondern auch am Ende gesunheitsbezogener Förderung und Beratung stehen.

Psychische und physische Gesundheit der Kund:innen ist ein zentraler Anteil der fachlichen Beratung geworden und sollte von Berater:innen geleistet werden, die bereit sind, sich dieser Thematik zu widmen und die das nötige Handwerkszeug dazu bekommen. Das im Projekt aufgebaute System der Gesundheitscoaches, die in ihren jeweiligen Teams verankert sind, hat den positiven Projektverlauf erst möglich gemacht (siehe Kapitel 2 und 3). Eine Fortführung dieser Struktur ist bisher nicht erfolgt und wird dringend empfohlen. Die Bezeichnung Gesundheitscoaches ist hier nützlich, damit die Kund:innen erkennen können, dass sie es mit spezialisierten Berater:innen zu tun haben. Dies erhöht die Akzeptanz in der Beratung. Die Funktion der Projektkoordinator:innen kann durch Anbindung an das Maßnahmenmanagement gewährleistet werden, da hier auch externe Netzwerke zusammenlaufen. Gerade die in der Vergangenheit aufgebauten Netzwerke innerhalb der Stadt Offenbach (Vernetzungstreffen durch das Stadt Gesundheitsamt wurden durch das MM der MainArbeit angeregt) und außerhalb der Stadt (Verbundpartner, HAGE/teamw()rk) werden dem Ansatz „Health in all Policies“ gerecht.

Die während des Projektes installierte Struktur hat den Vorteil, dass sie kein zusätzliches Geld kostet, außer dass der zeitliche Mehraufwand, der bei gesundheitlicher Beratung anfällt, durch Fallzahlentlastungen kompensiert werden müsste.

Die Angebote der PHS 4 haben gezeigt, dass gezielte individuelle Intervention deutlich kostengünstiger ausfallen kann als in Gesundheitsmaßnahmen, die eine sehr breite Aufstellung haben müssen. Daher ist in der MainArbeit angedacht, ein Angebot, wie das unserer Projektpsychologin und die Gesundheitskursangebote bei der vhs, bei zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln wieder aufleben zu lassen.

4.2.3 KJC MTK

Die organisatorische Maßnahme Projektgruppe Gesundheit, das Beratungsteam aus 1-2 VZÄ Fallmanager:innen und 1,0-2,0 VZÄ Casemanagement sollte laut Plan verstetigt werden und wird dank der Akquise von Landesmitteln und der Unterstützung durch das HMSI tatsächlich verstetigt. Das Beratungsteam hat sich im Fallsteuerungsprozess und der Kund:innenbetreuung des KJC MTK gut etabliert und wird im nächsten Schritt ab Juni 2025 fester in der Aufbauorganisation verankert, indem nach Verankerung in der der rehapro-Projektschiene die Gruppe Gesundheit gemeinsam mit dem BG-Coaching (soziale und praktische Problemlagen bearbeitenden) ein neues Team bilden wird. Die individuell orientierten PHS im Sinne einer Lotsenfunktion zu den Strukturen im Bereich Gesundheit, Beratung, Leistungen und Träger anderer SGB werden damit erfreulicherweise ebenso verstetigt wie der einzelfallbezogene engere Austausch mit der Rehaberatung der Bundesagentur, der Rentenversicherung und der gestärkte Zugang zu leidensgerechten Beschäftigungen und dem Zweiten Arbeitsmarkt. Der essentielle Bestandteil der Beratungsarbeit der Projektgruppe Gesundheit bleibt der niedrige Fallschlüssel mit engmaschigem Kontakt, Hilfe zur Selbsthilfe, anlassbezogenen aufsuchenden Elementen, Hilfeplangesprächen mit medizinischen, beratenden und betreuenden Akteuren, langer Begleitdauer, Abbau von Schwellenängsten zur Heranführung an Maßnahmen. Ebenso bleibt der Expertenpool in Form der gestärkten Netzwerke der Projektgruppe Gesundheit und dem Zugang zum Gesundheitsamt und zu kommunaler Daseinsfürsorge mit Erhalt des Personalkörpers glücklicherweise kontinuierlich erhalten. Ein Wermutstropfen ist die lediglich temporäre Lösung, da sich die Stellen noch nicht in den kommunalen Haushalt integrieren ließen. Gelingensbedingung wäre hierzu ein gesetzlicher Auftrag zur Gesundheitsförderung im Rahmen des SGB II.

5 Erkenntnisse zur Übertragbark1eit und ggf. bundesweiten Verstetigung

Der Ansatz, zunächst mittels eines digitalen Instrumentes eine evidenzbasierte Einschätzung zum Ausmaß einer eventuellen Gefährdung der Erwerbsfähigkeit von Bürgergeldbeziehenden zu generieren und darauf basierend Beratungsprozesse um die Thematik Gesundheit und Prävention zu erweitern, ist grundsätzlich in jedem Jobcenter durchführbar. Mit abgeschlossener Entwicklung der zum Projektende vorliegenden Version der padaCura-App ist es prinzipiell für jedes Jobcenter möglich, entsprechende Nutzungsrechte mit dem Anbieter vertraglich zu vereinbaren.

Letztlich gelten alle in Kap.4 genannten Verstetigungsoptionen auch für eine Übertragbarkeit bzw. bundesweite Verstetigung.

Die Konzentration auf eine inhaltliche und konzeptionelle bzw. methodisch-didaktische Veränderung der Beratungsprozesse im Jobcenter – z.B. durch eine stärkere Konzentration auf Gruppenformate und digitale Instrumente und das Ziel, die Teilnehmenden in ihrer Selbstwirksamkeit zu stärken sowie den Zugriff auf Angebote in der Lebenswelt zu erleichtern führt dazu, dass die entstehenden Kosten gering sind. Ob dies möglicherweise sogar zu Einsparungen führen kann, ist derzeit noch nicht zu beurteilen.

Wie bereits verschiedentlich dargestellt sind aus Gründen der Rechts- und Handlungssicherheit gesetzliche Präzisierungen zu den mit dem Bundesprogramm rehapro begonnenen Diskussionen wünschenswert; eine auskömmliche finanzielle Ausstattung der Jobcenter ist nicht nur in diesem Kontext unabdingbar und derzeit nicht gegeben. Trotz der entspr. Aussagen im Koalitionsvertrag bleibt für uns auch unklar, welche Bedeutung der Thematik derzeit gesellschaftlich und insbesondere politisch gegeben wird – auch im Vergleich zum Zeitraum der Antragstellung bzw. zum Beginn der Förderung.

Mit Blick auf unsere Klientel, der sich während der Projektlaufzeit auch geschärft hat, halten wir eine Fortführung und bundesweit flächendeckende Ausweitung dieser Thematik für obligatorisch. Mit den in KOPF22 entwickelten Ansätzen kann dazu ebenso beigetragen werden wie mit den geknüpften Netzwerken auf Bundes- und Landesebene. Der insbesondere im Netzwerk rehapro Hessen geführte Austausch zwischen Jobcentern und Rentenversicherungsträgern, die rehapro-Projekte durchgeführt haben und politischen Akteuren auf kommunaler, regionaler und Länderebene schafft hierfür Ausgangsbedingungen, die fortgeführt und ausgeweitet werden sollten und können. Möglicherweise können hieraus auch alternative Finanzierungsmodelle erarbeitet werden; mittel- und langfristig halten wir es aber für unabdingbar, dass keine Zwischen- sondern langfristig belastbare Lösungen und Finanzierungsmodelle gefunden und implementiert werden.

Die rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit, insbesondere zwischen Arbeitsförderungs- und Gesundheitssystem, bleibt eine Herausforderung, der sich Jobcenter bzw. Akteure im Arbeitsförderungssystem aus unserer Sicht nur stellen können, wenn hier eine bundesweite Zusammenarbeit unter Beteiligung der politischen Akteure und Entscheidungsträger auf Ebene der Länder und des Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweite Verstetigung

Fügen Sie hier Ihre Inhalte ein

6 Anlagen

6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt

Übersichtskasten

Projekttitel	Kooperation für Prävention, Fitness und Gesundheit im Jobcenter
Akronym	KOPF 22
Zuwendungsempfänger	Jobcenter Pro Arbeit Kreis Offenbach Jobcenter MainTaunus-Kreis Jobcenter MainArbeit Stadt Offenbach
Projektbeteiligte	IT-Dienstleister*innen IT-Fachberater*innen Wissenschaftliche Begleitung Ärzt*innen Expert*innen und Dienstleister*innen aus dem Gesundheits-, Sozialwesen und der Arbeitsförderung
Förderaufruf	Erster Förderaufruf
Projektzeitraum	1.1.2020 - 31.12.2024

6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis

Grimmel-Bruhns, Annette (2020): KOPF 22. Kooperation für Prävention, Fitness und Gesundheit im Jobcenter. Prävention vor Rehabilitation: Rehabilitation fördern, stärken, besser machen! S. 28-29

Grimmel-Bruhns, Annette; Weißmann, Regina (2025): Gesundheit und Prävention im Jobcenter – warum und wie? Bestimmung des Erwerbsminderungsrisikos unter Zuhilfenahme digitaler Technologien und Erweiterung der Beratungsprozesse. Pro Arbeit - Kreis Offenbach - (AöR), Kommunales Jobcenter, Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt S. 366

Reha-Kolloquium | Rückblick auf vergangene Reha-Kolloquien | Deutsche Rentenversicherung

Weißmann, Regina; Grimmel-Bruhns, Annette; Busacker, Corinna; Loth, Fanny (2024): Enhancing Early Risk Detection for Reduced Earning Capacity: The Development of the padaCura App. Soc. Sci. 2024, 13, 1. https://doi.org/10.3390/socsci13010001

Weißmann, Regina; Grimmel-Bruhns, Annette; Loth, Fanny. (2023): KOPF22. Kooperation für Prävention, Fitness und Gesundheit im Jobcenter. PSMR Psychosoziale und Medizinische Rehabilitation. 36. Jahrgang 2023 – Heft 2 122 S.128-134.

KOPF22 – Kooperation für Prävention, Fitness und Gesundheit im Jobcenter, Kurzbeschreibung des Projekts auf der Informationsplattform REHADAT, Veröffentlichung 2022

REHADAT-Forschung

Podcast mit dem Institut für Arbeitsfähigkeit, Mainz: „Jobcenter vs. Arbeitsagentur – Was ist was?“, Aufnahme 22.06.2023, Veröffentlichung Juli 2023:

https://youtu.be/ZJAp33d-kHQ?si=X0XpdZKp_LLTC4Bo

6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen

Siehe Anlage B Publikationsverzeichnis

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