ERGEBNISBAND

ICh
Ich habe eine Chance

Modellprojekt ▪ Bundesprogramm rehapro ▪ Erster Förderaufruf

Projektverantwortlich:
Jobcenter Ostholstein

Gefördert durch:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

rehapro

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

ICh
Ich habe eine Chance

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

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

Inhaltsverzeichnis

1 Darstellung des Modellprojekts 4
1.1 Ausgangslage 4
1.2 Inhalte des Modellprojekts 5
1.2.1 Spezifische Beratungskompetenz im Fallmanagement 5
1.2.2 Vernetzung von Leistungsträgern und Einrichtung 5
1.2.3 Einrichtung von Gesundheitshäusern 6
1.2.4 Integrationsstufenmodell (Arbeitspakete 2-6) 6
1.2.5 Gemeinsame Fallbesprechungen und Fallkonferenzen 8
1.3 Ziele des Modellprojekts 8
1.4 Organisation/Beteiligte Akteure 10
1.5 Wissenschaftliche Begleitung 11

2 Ergebnisse des Modellprojekts 14
2.1 Kompetenzaufbau des Fallmanagements zu Gesundheitslots*innen 14
2.2 Gesundheitshäuser und Netzwerkarbeit 14
2.3 Ergebnisse zu den messbaren Zielen A-H 15

3 Erkenntnisse zu den innovativen (Teil-)Ansätzen und deren Wirkungen 21
3.1 Wirksame Innovationen 21
3.1.1 Gesundheitsorientiertes Fallmanagement und Selbstaktivierung 21
3.1.2 Gesundheitshäuser, Netzwerkarbeit und Kooperationen 22
3.1.3 Individuelles Coaching mit Anschlussperspektive 24
3.2 Kritische Einflüsse auf die Projektumsetzung 26

4 Verstetigung vor Ort 28
4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung 28
4.2 Verstetigung im eigenen Jobcenter 30

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung 33
5.1 Voraussetzungen für die Übertragbarkeit 33
5.2 Übertragbarkeit in andere Regionen oder Kontexte/ Zielgruppen 34

6 Anlagen 36
6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt 36
6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis 36
6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen 36

1 Darstellung des Modellprojekts

1.1 Ausgangslage

In den letzten 10 Jahren ist die Zahl der vom Jobcenter Ostholstein betreuten Arbeitslosen um knapp 30 % auf rund 3.000 zurückgegangen (Vergleich September 2009 und September 2019). Der Anteil der arbeitslosen Frauen im Rechtskreis des 2. Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) lag im September 2019 bei knapp 43%, etwa 37% aller gemeldeten Personen war zum Zeitpunkt im Alter von über 50 Jahren, knapp die Hälfte aller Arbeitslosen im Rechtskreis wurden als Langzeitarbeitslose gezählt. Etwa ein Fünftel aller Arbeitslosen hatten keinen deutschen Pass.

Während knapp 7% der Arbeitslosen eine anerkannte Schwerbehinderung hatten, lag aber der Anteil von Kund*innen mit körperlichen oder psychischen Einschränkungen bei über zwei Dritteln aller Arbeitslosen im Bestand des SGB II. Statistisch werden diese Personen nicht weiter spezifiziert, die Praxis zeigt aber, dass die Quote dominanter vermittlungshemmender gesundheitlicher Einschränkungen entsprechen hoch war und auch heute noch ist. Auch bei dieser Personengruppe liegt eine proportional hohe Langzeitarbeitslosigkeit im SGB II vor, zumeist haben sie langjährige, gravierende Erkrankungen, die eine Integration in den Arbeitsmarkt bislang erheblich erschweren oder sogar unmöglich machen.

Damit wird deutlich, dass Arbeitslose mit gesundheitlichen Problemen von der insgesamt positiven Entwicklung nur in geringem Maß profitieren konnten.

Das Jobcenter Ostholstein hat weitgehend alle personell und materiell zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zur Entwicklung dieser Kunden ausgeschöpft. Die dem Jobcenter zur Verfügung stehenden Instrumente und Dienstleistungen für den o.a. Personenkreis reichen jedoch oftmals nicht aus, um notwendige Entwicklungsfortschritte im Hinblick auf die Steigerung der Leistungsfähigkeit zu erzielen. Maßnahmen nach dem Regelinstrumentarium des SGB II wie Aktivierungs- und Vermittlungsgutschein (AVGS), Vermittlungsbudget u.a. Mobilitätshilfen (VB), Coaching, Arbeitsgelegenheiten (AGH), §16-Förderungen, Eingliederungszuschuss (EGZ), Einstiegsgeld (ESG), Einstiegsqualifizierung (EQ) sowie weitere Maßnahmen bei Trägern sind im Einzelfall jeweils wirksame Bausteine einer Hinführung der Kund*innen zur Integration in Beschäftigung. Sie berücksichtigen aber nicht in dem erforderlichen Maß die physischen und vor allem die psychischen Dispositionen, die dieser Personengruppe zuzurechnen sind.

Das Jobcenter vermittelt die Leistungen und Maßnahmen im Rahmen des beschäftigungsorientierten Fallmanagements, das in den Standorten Eutin, Bad Schwartau, Fehmarn, Oldenburg/H. Neustadt/H. und Timmendorfer Strand jeweils regional ansässig und zuständig ist, um Kund*innen vor Ort aktiv unterstützen zu können. Dabei verfolgen die Fallmanager*innen eine ganzheitliche Unterstützungsleistung, die neben der personenbezogenen Förderung der Beschäftigungsfähigkeit auch Fragen der familiären Stabilisierung, Verschuldung, gesundheitliche Probleme und persönliche Krisensituationen beinhaltet. Allein dieser kleine Ausschnitt des Spektrums der Hilfen zeigt, dass zwar eine Versorgungsstruktur aufgebaut ist, jedoch das Instrumentarium des SGB II im Hinblick auf eine gezielte ganzheitliche Unterstützung grundsätzlich auf die Beschäftigungsorientierung ausgerichtet ist. Insofern konnten zum Zeitpunkt des Projektstarts die bestehenden personenbezogenen Probleme nur mit dem Fokus auf einen Übergang in Beschäftigung, jedoch nur im geringen Maße auf eine persönliche physische und psychische Stabilisierung ausgerichtet werden.

Die Herausforderung bestand darin, die Teilhabechancen dieser Gruppe von Arbeitslosen im Rechtskreis des SGB II mit entsprechenden Einschränkungen soweit zu überwinden, dass sie durch die Leistungen des Jobcenters zunächst in ihrer persönlichen Entwicklung stabilisiert werden und in einer weiteren Perspektive an der insgesamt positiven Entwicklung am Arbeitsmarkt partizipieren können. Angesichts der Multi-Problemlagen des Großteils der im Rechtskreis des SGB II befindlichen Kund*innen hat sich demnach gezeigt, dass es eine stärker auf die Ressourcen und Bedürfnisse der Einzelpersonen fokussierte Integrationskette braucht und das Fallmanagement eine stärkere Fokussierung auf die gesundheitliche Stabilisierung der Personen entwickeln muss.

1.2 Inhalte des Modellprojekts

Mit dem rehapro-Projekt „ICh – Ich habe eine Chance“ des Jobcenters Ostholstein sollten zusätzliche Erkenntnisse für die Entwicklung effektiver und nachhaltiger Lösungsansätze gewonnen werden, um die oben genannte gesundheitsorientierte Integrationskette zu erreichen. Das Programm rehapro versteht sich explizit als ein Lernprozess, denn die Konzepte der Modellprojekte sollten grundsätzlich geeignet sein, in Form von möglichen Best-Practice-Beispielen, Handlungsempfehlungen, Rahmenvorgaben etc. oder auch durch mögliche Änderungen des rechtlichen Rahmens verstetigt zu werden. Auf den Ergebnissen der Umsetzung aufbauend könnten – neben der Entwicklung von Prozessen und Verfahren im Jobcenter - gegebenenfalls auch eine Entscheidung des Gesetzgebers zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Grundlagen vorbereitet werden.

Das Jobcenter Ostholstein hat aufbauend auf dieser Förderrichtlinie das Projekt „ICh - Ich habe eine Chance“ entwickelt und dies in Kooperation mit regionalen Institutionen und anderen Leistungsträgern umgesetzt. Kern des Projektes bildet der personen- und sozialraumzentrierte sowie rechtskreisübergreifende Betreuungsansatz von Menschen mit verdichteten gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

Ziel des Modellprojektes war der Aufbau einer personenzentrierten rechtskreisübergreifenden Unterstützungsstruktur sowie die Umsetzung eines präventiven Konzeptes zur Vermeidung von Erwerbsunfähigkeit bzw. Rehabilitation/Eingliederungshilfe von Kund*innen mit psychischen und physischen Erkrankungen. Neben weiteren Instrumenten stellte die Nutzung der Möglichkeiten des Sonderprogramms damit eine der zentralen Strategien des Jobcenters Ostholstein dar, um für die Zielgruppe der Menschen mit Beeinträchtigung eine Stabilisierung der persönlichen Lebenssituation, damit eine Verbesserung der Beschäftigungschancen und eine möglichst dauerhafte Integration in den Arbeitsmarkt zu erreichen.

Das Projekt „ICh“ hat mit aufeinander aufbauenden Prozessschritten Kundinnen und Kunden aktivieren und intensiv betreut. Hierfür sollten Mitarbeitende der Kooperationspartner an zwei zentralen Standorten der Gesundheitshäuser in Neustadt i.H. und Oldenburg i.H. „unter einem Dach“ rechtskreisübergreifend zusammenarbeiten. Ein zentrales Element dabei ist die Durchführung von Fallkonferenzen.

1.2.1 Spezifische Beratungskompetenz im Fallmanagement

Die im Projekt „ICh – Ich habe eine Chance“ tätigen Fallmanager*innen sind zugleich Gesundheitslots*innen und Steuerungslots*innen und mit einer entsprechenden Qualifikation ausgestattet. Mit Ihrer Rolle als vertrauensvolle Gesprächspartner*innen für die Kund*innen und zugleich dem erworbenen Fachwissen zur Erkennung von Beeinträchtigungen sowie deren mögliches Versorgungsangebot können die Fallmanager*innen ihr Beratungsangebot zielgerichtet gestalten. Für die Kund*innen im Projekt sind sie federführend im Integrationsprozess, der sich auf die physische und psychische Stabilisierung fokussiert, anstatt wie bisher nur auf eine Beschäftigungsorientierung im klassischen Fallmanagement.

Ein weiterer Baustein der spezifischen Beratungskompetenz ist die Hinzuziehung einer Honorarärztin, die zielgerichtet Einzelgutachten über die Kund*innen erstellt und in enger Kooperation mit dem Fallmanagement im Jobcenter steht. In der Projektumsetzung hat sich gezeigt, dass die große Aussagekraft medizinischer Gutachten einen maßgeblichen Einfluss auf den zielgerichteten Stabilisierungs- und Integrationsprozess der Kund*innen im Projekt hatte. Anders als die bisherige Praxis der Hinzuziehung des ärztlichen Dienstes erfolgte im Projekt die Begutachtung deutlich zeitnäher und fokussierter, so dass der Leistungsprozess unmittelbar erfolgen konnte.

1.2.2 Vernetzung von Leistungsträgern und Einrichtung

Eine wesentliche Strukturkomponente des Modellprojektes ist der Aufbau eines Kooperationsnetzwerkes der Akteure und Leistungsträger zur rechtskreisübergreifenden Planung und Versorgung der Zielgruppe des Projektes. Im Zielspektrum der Netzwerkbildung sollten sowohl fallbezogene Kooperationen als auch Formen der rechtskreisübergreifenden strukturellen (institutionellen) Zusammenarbeit erzielt werden. Hierzu wurden bereits im Kontext der Konzepterstellung

Abstimmungsgespräche mit den einzelnen Kooperationspartnern (siehe Punkt 1.4) geführt, um die Formate der Zusammenarbeit zu entwickeln und die Fallkonferenzen zu gestalten. Mit der Umsetzung dieses Arbeitspaketes konnten die Rahmenbedingungen zur Projektumsetzung organisatorisch und personell bis Frühjahr 2020 zwar gesichert werden, doch führten die Auswirkungen in Folge der Corona-Pandemie zu einer nachhaltigen Erschwernis der Vernetzungsarbeit.

1.2.3 Einrichtung von Gesundheitshäusern

Kund*innen im SGB II wurden bisher in den o.g. (Pkt. 1.1) Standorten betreut. Das Jobcenter ist ein Flächenkreis, in dem lange Fahrtwege zum Alltag gehören, was durch eine vergleichsweise geringe Dichte öffentlicher Verkehrsanbindungen insbesondere in entlegenen Ortschaften stark zum Tragen kommt. Dies erschwert den Zugang zu Leistungen insbesondere für jene Kund*innen, die auf den öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) angewiesen sind.

Die Einrichtung der zwei Gesundheitshäuser hat aber nicht nur eine Erreichbarkeitsdimension, es ging vielmehr auch darum, diese Häuser als Orte der Leistungserbringung von Akteuren unterschiedlicher Rechtskreise zu etablieren. Im Sinne eines „One-Stop-Shop“ sollte die Möglichkeit geschaffen werden, Information, Beratung und Leistungserbringung in einem Setting außerhalb der gewohnten Institutionen und trotzdem aus einer Hand zu gewährleisten. Ein weiterer erwarteter Effekt war auch, dass die beteiligten Institutionen sich und die verschiedenen Arbeitsweisen kennen- und diese besser verstehen lernen. Es sollten in den Gesundheitshäusern eben auch neue und vertiefte Kommunikationsstrukturen zum Vorteil der Kunden entstehen, um gemeinsame Lösungen für die jeweiligen Kundenbedarfe deutlich zügiger zu entwickeln. Der systematische Austausch auf der Arbeitsebene zwischen den einzelnen Akteuren über ihre Maßnahmen, Beratungsansätze und Ziele wird dabei als ein wesentlicher Erfolgsfaktor, denn wer die Ressourcen der anderen (Leistungsträger) kennt, kann Kund*innen besser beraten und unterstützen.

1.2.4 Integrationsstufenmodell (Arbeitspakete 2-6)

Im Rahmen des Projektes „ICh - Ich habe eine Chance“ standen den Kund*innen sieben Arbeitspakete zur Verfügung, die aufeinander aufgebaut und ineinandergreifend mit dem Ziel, die individuelle Lebenssituation zu stabilisieren, die Leistungsfähigkeit zu verbessern und neue Chancen zu eröffnen. Die Ausgestaltung der Arbeitspakete erfolgte dabei individualisiert, also auf die konkreten Bedarfslagen jedes*r einzelnen Kund*in ausgerichtet. Folgende Leistungspakete wurden implementiert:

Arbeitspaket 2 (AP 2): Akquirierungsphase

Im Rahmen der Akquirierung von Kund*innen des Jobcenters für das Projekt wurden ab dem Projektstart Erstgespräche geführt, um Interessierte über die Projektinhalte zu informieren und erste Inhalte hinsichtlich der Leistungsart und des Leistungsbudgets zu vermitteln. Die Auswahl möglicher Projektteilnehmer erfolgte durch eine Sichtung und Eignungsprüfung durch das Fallmanagement bzw. die Gesundheitslotsen*innen im Rahmen von bis zu drei Kundengesprächen. Hier ging es insbesondere darum, den Kund*innen auf Basis der Freiwilligkeit die Vorteilsübersetzung der Projektteilnahme und die Entwicklungsperspektiven zu vermitteln.

Die besondere Innovation der Akquirierungsphase, und damit auch der Struktur des Gesamtprojektes, liegt in der grundsätzlichen Freiwilligkeit der Projektteilnahme seitens der Kund*innen. Ihre Entscheidung erfolgt aus ihrer eigenen Motivation und mit der Projektteilnahme verbundenen Entwicklungsperspektive. Dabei ist nicht das Spektrum der zur Verfügung stehenden Maßnahmen im Mittelpunkt der Entscheidung, sondern die individuelle Passgenauigkeit der Leistungen im Hinblick auf das Erreichen gesteckter Ziele. Dieses konsequent individuell ausgerichtete Angebot führt dazu, dass das Interesse der Kund*innen an der Projektteilnahme hoch war und nur in wenigen Fällen zu einer Ablehnung – also Nichtteilnahme führte.

Die geplanten Zielzahlen der Akquirierungsphase konnten pandemiebedingt nicht erreicht werden. In einigen Fällen konnten aber bereits in der Akquirierungsphase über Regelinstrumente des SGB II Leistungen zielgerichtet eingesteuert werden.

Arbeitspaket 3 (AP 3): Aktivierungsphase

In der anschließenden Aktivierungsphase erfolgt die Intensivierung der im AP 2 begonnenen Beratungsarbeit mit den Kund*innen. Hier wurden mit den Teilnehmenden konkrete dem Ziel der Leistungsverbesserung zugeordnete Prozessschritte auf den Weg gebracht. Im Rahmen der intensivierten Betreuung ging es etwa darum, gesundheitliche Hürden abzubauen bzw. Verbesserungen herbeizuführen. Die Gesundheitslots*innen unterbreiten den Teilnehmenden Präventionsangebote und versuchen aktiv, zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit durch die Vermittlung entsprechender Aktivitäten beizutragen. Auch drohenden Übergängen in Verrentung oder in den Rechtskreis des 12. Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) wird in diesem Arbeitspaket vorgebeugt. Die Gesundheitslots*innen stabilisieren die Teilnehmenden auch dadurch, dass der Weg in soziale und berufliche Teilhabe durch entsprechende Angebote der Aktivierung geebnet wird und damit sich auch die persönliche Situation der Teilnehmenden sukzessive stabilisiert. Auch hier kommen u.a. Regelinstrumente des SGB II zum Einsatz, die als Bausteine eines zielgerichteten und abgestimmten Entwicklungsprozesses angewandt werden. Ebenfalls in der Aktivierungsphase erfolgte die medizinische Begutachtung der Teilnehmenden durch die o.g. Honorarärztin.

Die Unterstützungsleistungen in der Aktivierungsphase werden getragen durch ein stabiles Arbeitsbündnis sowohl zwischen den Teilnehmenden und den Gesundheitslots*innen, als auch mit den beteiligten Leistungsträgern. Hier kommen auch den Fallkonferenzen eine tragende Bedeutung zu. In der Regel sollte die Aktivierungsphase für etwa sechs Monate angelegt sein. Es hat sich aber gezeigt, dass in vielen Fällen – auch pandemiebedingt - ein längerer Zeitraum notwendig war.

Arbeitspaket 4 (AP 4): Erweiterte Aktivierungsphase

Bestandteil der erweiterten Aktivierungsphase waren Leistungen für Teilnehmende, für die die einfache Aktivierungsphase noch nicht hinreichende Stabilisierung erbracht hatte. Hier ging es insbesondere um einzelfallbezogenes Netzwerkmanagement zur Abarbeitung der Probleme in ihrer Verdichtung. Die unterstützenden Leistungen waren hier sehr personenbezogen und zur Verbesserung der psychosozialen Situation ausgerichtet. So wurden etwa Kriseninterventionen auch im Zusammenspiel mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst organisiert, um die Teilnehmende zu stabilisieren. Die Hilfen reichten in den Sozialraum der Teilnehmenden hinein, wenn es etwa darum geht, die Isolation zu durchbrechen oder Personen zu anstehenden Terminen zu begleiten. Ziel der erweiterten Aktivierungsphase war eine psychosoziale Stabilisierung und – wenn möglich – für einige Teilnehmende ein anschließender Übergang in das individuelle Coaching beim Träger.

Arbeitspaket 5 (AP 5): Individuelles Coaching beim Träger

Für das individuelle Coaching (Ziel waren 250 Eintritte von ICh-Teilnehmende) wurde ein externer Träger gewonnen, der eine breite Erfahrung im Bereich der beruflichen Rehabilitation – auch in seiner Rolle als Integrationsfachdienst (IFD) – hat. Im Rahmen des individuellen Coachings erfolgte eine intensivierte Begleitung der Teilnehmenden, es wurden etwa 10 Coachingstunden pro Teilnehmende und Monat angeboten. Die Coachinginhalte waren sehr flexibel und folgten einem persönlichen Förderplan, der konkrete Vereinbarungen enthielt und regelmäßig überprüft wurde. Zur Umsetzung der Schritte des Förderplans unterstützte und begleitete der Coach die Teilnehmende intensiv auf Basis einer stabilen Beziehungsebene.

Die Inhalte im Coaching folgten den vereinbarten Integrationsschritten und flankierten die Entwicklung etwa in Gesundheitsfragen, in familiären/häuslichen Fragen, der Selbstaktivierung, aber auch im Hinblick auf das Erarbeiten wirtschaftlichen Verhaltens und die Perspektive der beruflichen Interessen und Entwicklungsschritte. Ziel war die Entwicklung und Konkretisierung zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zumindest vorläufig am Sozialleben, unterstützt durch konkrete Schritte zur Arbeitsaufnahme oder zur gesundheitlichen und sozialen Stabilisierung.

Arbeitspaket 6 (AP 6): Nachbetreuung durch Träger

In den Fällen von erfolgreicher Beschäftigungsaufnahme durch Teilnehmende war die Sicherung und Stabilisierung der Arbeitsverhältnisse eine weitere Projektaufgabe. Grundsätzliches Ziel war es hier, die Arbeitsverhältnisse zum Wohl der integrierten Teilnehmenden und der arbeitgebenden Einrichtungen zu stützen und Beschäftigungsabbrüchen vorzubeugen. Die Unterstützung des Projektes erfolgte hier sowohl im Hinblick auf die Aufrechterhaltung der Motivation als auch in der Hilfe zu

Lösungen in Konfliktsituationen im Beschäftigungsverhältnis. Bei Bedarf erfolgte im Rahmen der Nachbetreuung auch eine Begleitung am Arbeitsplatz oder eine Beratung und Unterstützung der Arbeitgebenden. Die Leistungen dieses Arbeitspaketes waren eng verknüpft mit dem individuellen Coaching und im Rahmen der dortigen Maßnahme bei einem Träger (MAT) eingebettet.

Arbeitspaket 7 (AP 7): Klärung der Überleitungsverfahren an andere Leistungsträger

Das Projekt „ICh – Ich habe eine Chance“ verstand sich als ein anschlussorientierter arbeitsmarktpolitischer Ansatz. Jegliche Leistungen und Prozesse waren darauf ausgerichtet, Teilnehmende konkrete Anschlussperspektiven – sei es in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung, in ehrenamtliche Engagement-Perspektiven, in das Erreichen von Bildungsab-schlüssen oder auch in die Weiterleitung in andere Leistungssysteme – zu generieren. Kam es zu letzterem, so klärten die Fallmanager*innen entsprechende Zuständigkeiten der Leistungsträger und begleiteten den Übergang vom Rechtskreis des SGB II in den jeweils anderen Rechtskreis. Dies geschah in den Gesundheitshäusern und in enger Abstimmung mit den beteiligten Leistungsträgern.

1.2.5 Gemeinsame Fallbesprechungen und Fallkonferenzen

Im Rahmen des Projektes wurden individuelle Fallbesprechungen und Fallkonferenzen etabliert, die in der Regel in den Gesundheitshäusern durchgeführt wurden. Die Fallkonferenzen dienten dazu, die Kund*innen mit ihren jeweiligen Problemlagen und die handelnden Akteure zusammenzuführen, um fallbezogen über Problemstellungen zu beraten. Im Ergebnis sollten die Fallkonferenzen dazu dienen, gemeinsam Lösungsvorschläge und konkrete Umsetzungsmöglichkeiten zu erarbeiten und zu eröffnen.

Geeignete Hilfsangebote wurden in einem Hilfeplan geregelt, bzw. die Ziele und Rahmenbedingungen der Hilfsangebote festgehalten. Der Hilfeplan selbst diente der Koordinierung aller an der Hilfe beteiligten Akteuren und wurde mit dem/der Gesundheitslots*in in Zusammenarbeit mit dem Teilnehmenden und allen Beteiligten erstellt. Der konkrete Hilfebedarf wurde ermittelt, ein konkretes Hilfeangebot festgehalten, Ziele wurden festgelegt und ebenfalls mögliche Zwischenschritte zum Erreichen dieser Ziele. Auch die kritische Beurteilung der individuellen Maßnahmenergebnisse und Auswirkungen sollte in den darauffolgenden Fallkonferenzen – sozusagen als Dokumentationsschritt zur Zielerreichung – besprochen werden. Ziel der Fallkonferenzen war es, für den Einzelfall jederzeit ein Optimum an Hilfestellung zu geben, insofern war auch der Hilfeplan ein dynamisches Dokument, das jederzeit an die jeweilige Bedarfslage angepasst werden konnte.

Fallkonferenzen der beteiligten Akteure mit dem Kund*innen stellten also die Personen mit ihren individuellen Bedarfslagen in den Mittelpunkt des Handelns und erarbeiteten spezifische Problemlösungen. Auch auf Seiten der Leistungserbringer wirkten sich Fallkonferenzen gewinnbringend aus, denn Zuständigkeitsfragen und Leistungserbringung konnten deutlich schneller geklärt werden.

1.3 Ziele des Modellprojekts

Mit dem Projekt „ICh – Ich habe eine Chance“ sollte für die Kund*innen erreicht werden, dass diese eine nachhaltige Verbesserung der gesellschaftlichen und beruflichen Teilhabe erfahren. Hierzu wurde das private und soziale Lebensumfeld stark in den Fokus genommen, um einen ganzheitlichen Betreuungsansatz zu verfolgen.

Die Zielsetzungen des Projektes befanden sich auf zwei Ebenen, nämlich der Strukturebene mit den Elementen der regionalen Vernetzung unterschiedlicher Leistungsträger und der Einrichtung von Gesundheitshäusern als nutzbare Orte für die Zusammenarbeit. Auf der anderen Seite ging es um die Verbesserung der Leistungserbringung und deren Passgenauigkeit auf die individuellen Bedürfnisse der Kund*innen des Jobcenters. Die beiden Ebenen „Struktur“ und „Leistungsprozesse“ bildeten miteinander das Gesamtzielspektrum des innovativen rehapro-Ansatzes. Die Grundsätze „Prävention vor Rehabilitation“ und „Rehabilitation vor Rente“ sind dabei leitend, die Zielsetzung war die Stärkung vor allem der sozialen, aber auch der wirtschaftlichen Teilhabe an unserer Arbeitsgesellschaft. Gesundheitsorientierung und Gesundheitsberatung bildeten aber das Paradigma für die Arbeit in

diesem Projekt. Die förderpolitischen Ziele im Projekt „ICh – Ich habe eine Chance“ sollten u.a. erreicht werden durch:

- Die Gesundheitslots*innen/Gesundheitsberater*innen, die das Thema Gesundheitsorientierung und Gesundheitspräventionsmöglichkeiten aktiv den Projektteilnehmern vermitteln. Im Rahmen des Projektes wurden Fallmanager*innen zu Gesundheitslots*innen qualifiziert und mit ihrem neu erworbenen Fachwissen in den Dimensionen der physischen, psychischen und sozialen Gesundheit sowohl für die Erkennung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen als auch für deren Bearbeitungsmöglichkeiten im Rahmen präventiver oder begleitender Hilfen eingesetzt.
- Den Einsatz von Steuerungslots*innen, die die Teilnehmer durch die Rechtskreise und Systeme führten. Im Rahmen der fallbezogenen Zusammenarbeit z.B. in den Fallkonferenzen oblag den Fallmanager*innen/Gesundheitslots*innen die jeweils auf die Hilfesuchende Person bezogene Koordination und Abstimmung der etwaigen rechtskreisübergreifenden Leistungserbringung, oder aber das fallbezogene Übergangsmanagement zwischen den Rechtskreisen. Auch hierfür wurden sie entsprechend geschult.
- Die Bereitstellung und Nutzung von zwei Gesundheitshäusern für das Projekt im Flächenkreis Ostholstein. Sowohl hinsichtlich der geographischen Erreichbarkeit als auch zur Konzentrierung der Beratung und Leistungserbringung unterschiedlicher Akteure wurden in den Standorten Neustadt i.H. und Oldenburg i.H. zwei externe Liegenschaften angemietet, die als Gesundheitshäuser entsprechende Räume für Information, Beratung oder Fallkonferenzen zur Verfügung stellten.
- Die Kooperation der beteiligten Akteure aus den verschiedenen Rechtskreisen (siehe Abs. 1.4 beteiligte Akteure). Ausgehend von vorliegenden Interessenbekundungen der Akteure sollten diese in das Unterstützungsnetzwerk für die Projektteilnehmenden eingebunden werden und sich möglichst auch operativ durch entsprechende Präsenzangebote in den Gesundheitshäusern engagieren.
- Gemeinsame Fallkonferenzen und/oder Fallbesprechungen, die als Foren der fallbezogenen Zusammenarbeit eingerichtet wurden. Ausgehend aus den Beratungen in den Fallkonferenzen sollten für Teilnehmende individuelle Hilfepläne erstellt werden, die in regelmäßigen Abständen überprüft und angepasst werden.
- Die Beauftragung eines Maßnahmenträgers für das individuelle Coaching und die Nachbereitung (AP 5 und 6).
- Den Einsatz von Fallmanager*innen des Jobcenter Ostholstein und Fachberater*innen des Integrationsfachdienstes mit dem Ziel einer gemeinsam getragene flankierenden bzw. steuernden Hilfeleistung.
- Den Einsatz einer Honorarärztin zur Erstellung zeitnaher und auf die individuellen Bedürfnisse der Teilnehmenden ausgerichteten medizinischen Gutachten.

Die inhaltliche Umsetzung der aufeinander aufbauenden Arbeitspakete erfolgt im Rahmen des Integrationsstufenmodells mit den Arbeitspaketen 2-7 (s.o.). Messbare Ziele in diesem Modell sind folgend:

- Messbares Ziel A)
  874 Kunden erhalten vom Fallmanager/Gesundheitslotsen das Angebot, am Projekt teilzunehmen. Es sollen 458 Kunden an der darauffolgenden 6-monatigen Aktivierungsphase (AP 3) teilnehmen.
- Messbares Ziel B)
  250 Teilnehmern wird die Teilnahme an der Coachingphase ermöglicht.
- Messbares Ziel C)
  Für 100 Projektteilnehmer der Coachingphase soll eine deutliche Verbesserung der Leistungsfähigkeit während der Projektteilnahme auf mindestens 6 Stunden täglich erreicht werden. Grundlage bildet das ärztliche/medizinische Gutachten beim Eintritt in das Projekt und ein aktuelles Gutachten zum Projektende.
- Messbares Ziel D)
  75 Projektteilnehmer sollen bis zum Projektende in den ersten Arbeitsmarkt integriert werden. Zielerreichung wird jährlich überprüft, erstmals zum 01.09.2021. Pro Jahr sind im Durchschnitt 19 Integrationen zu tätigen.
- Messbares Ziel E)
  Für 25 Projektteilnehmer ist eine bisher noch nicht erfolgte Klärung der Zuständigkeit zwischen dem Leistungsträger der Deutschen Rentenversicherung (6.Buch Sozialgesetzbuch -

SGB VI), dem JC Ostholstein (SGB II) und dem Kreis Ostholstein (SGB XII) erforderlich. Diese erfolgt während der Projektteilnahme durch die beteiligten Akteure und soll spätestens bis zum Projektende abgeschlossen sein. Die bisherige Zusammenarbeit mit dem SGB II, SGB XII und SGB V bietet hier deutliches Verbesserungspotenzial. Es ist dringend eine Beschleunigung im Verfahren zu erreichen, um für die Kunden eine Klärung herbeizuführen. Die Teilnehmende werden aufgrund der neuen Kommunikationsmöglichkeiten und -formen der beteiligten Akteure davon profitieren. Zielerreichung wird jährlich überprüft, erstmals zum 01.07.2020. Pro Jahr erfolgen im Durchschnitt 5 Zuständigkeitsklärungen.

- Messbares Ziel F)
  80 % der Projektteilnehmer sollen während des Projekts eine messbare Verbesserung der beruflichen und gesellschaftlichen bzw. sozialen Teilhabe erfahren. Die Messung dieses Ziels ist über die wissenschaftliche Projektbegleitung geplant. Kundenbefragungen erfolgen 2 x im Projektverlauf, erstmalig zur Projektmitte zum 01.04.2022 und zum Projektende 31.08.2024.
- Messbares Ziel G)
  Es werden in der Projektlaufzeit mindestens 200 Fallkonferenzen und Fallbesprechungen durchgeführt. Auswertungen zur Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen erfolgen 2 x im Projektverlauf, erstmalig zur Projektmitte zum 01.04.2022 und zum Projektende 31.08.2024.

Weiteres Ziel ist der fokussierte Einsatz von Einzelmaßnahmen des Jobcenters Ostholstein als Eigenmitteleinsatz. Hierin enthalten sind sowohl die Regelleistungen als auch die MAT in Form des individuellen Coachings. Formuliertes messbares Ziel ist hier:

- Messbares Ziel H: Es werden 250 Einzelmaßnahmen aus Eigenmitteln des JC Ostholstein im Umfang von 2.407.200 € durchgeführt. Die Auswertung der durchgeführten Einzelmaßnahmen erfolgt 2 x im Projektverlauf, erstmalig zur Projektmitte zum 01.04.2022 und zum Projektende 31.08.2024.

Das Projekt war angelegt als ein lernendes System und verfolgte dementsprechend als Zielsetzung die erfolgreiche Gesamtumsetzung und den daraus sowohl für die Weiterentwicklung in Ostholstein als auch für die Steuerung auf Bundesebene Lernerfolg. Letztlich ging es aber auch darum, gute Praxis entstehen zu lassen und gute Ansätze in einen Transfer in die Regelförderung zu überführen.

1.4 Organisation/Beteiligte Akteure

Das Modellprojekt „ICh - Ich habe eine Chance“ agierte auf mehreren Handlungsebenen. Einerseits sollte durch die Kombination von Regelangeboten und Zusatzleistungen ein bedarfsgerechtes Hilfsangebot für die Zielgruppe geschaffen werden, um den Gesundheitszustand der Kund*innen zu stabilisieren, ihre soziale Teilhabe zu verbessern und ihre Beschäftigungsfähigkeit zu erhöhen. Andererseits wird eine engere Zusammenarbeit und Abstimmung an den rechtskreisübergreifenden Schnittstellen der Hilfe- und Leistungssysteme angestrebt, um die Zielgruppe effizienter und integriert zu versorgen.

Das Konzept sah vor, dass regionale Hilfestrukturen durch das Projekt aufgebaut, erprobt und implementiert werden. Das erste Arbeitspaket umfasste entsprechende strukturbildende Maßnahmen, Netzwerkarbeit der Projektpartner, Leistungsträger und Leistungsanbieter sowie die Einrichtung von Gesundheitshäusern an zwei Standorten des Jobcenters. Die beteiligten Akteure, die unter einem Dach zusammengebracht werden sollten, waren das Jobcenter Ostholstein (SGB II), die Deutsche Rentenversicherung Nord sowie die Deutsche Rentenversicherung Bund (jeweils SGB VI) die Agentur für Arbeit Lübeck (3. Buch Sozialgesetzbuch -SGB III), die AOK Nordwest Ahrensburg (5. Buch Sozialgesetzbuch -SGB V) und der Kreis Ostholstein (SGB XII). Darüber hinaus soll der Integrationsfachdienst Ostholstein beteiligt und die Kooperation mit weiteren Partnern geprüft werden.

Die Deutsche Rentenversicherung Nord (DRV Nord), zuständig für die Bewilligung von Leistungen nach SGB VI, war über Fallbesprechungen in das Hilfesysteme der Zielgruppe eingebunden. Die fallbezogene Zusammenarbeit mit der DRV Nord (Bereich berufliche Rehabilitation) wurde in besonderem Maße von persönlichen Kontakten und der Bereitschaft von Einzelpersonen bei der DRV Nord gefördert, auf kurzem Dienstwege Informationen bereitzustellen. Demgegenüber gab es im Bereich medizinischer Themen in Rentenangelegenheiten keine weitere Zusammenarbeit mit der DRV Nord.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) verstand sich als deren Ansprechpartner, war also nicht selbst Teil des ICh-Netzwerks. Die Reha-Abteilung der Bundesagentur für Arbeit ist für die Rehabilitation und berufliche Integration von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Behinderungen zuständig und insofern für die ICh-Zielgruppe relevant. Aufgrund der spezifischen Zugangsvoraussetzungen bzw. der eng definierten Zuständigkeiten der Reha-Abteilung fanden zwar einzelfallbezogene Kooperationen statt, eine darüber hinaus strukturierte Zusammenarbeit mit dem ICh-Netzwerk wurde aber kaum erreicht. Die AOK Nordwest Ahrensburg sowie das Integrationsamt waren aufgrund ihres Fokus auf die eigenen Versicherten bzw. auf Menschen in Werkstätten ebenfalls eher Austausch- als Netzwerkpartner.

Insgesamt kann daher von einer fallbezogenen, halbstrukturierten Zusammenarbeit im ICh-Netzwerk gesprochen werden. Eine systematische/organisationale Vernetzung zwischen den Trägern – etwa in Form einer gemeinsamen dauerhaften Präsenz in den zwei Gesundheitshäusern – konnte hingegen nicht wie geplant realisiert werden. Laut der beteiligten Träger lag dies insbesondere in den fehlenden Ressourcen für die personelle Bestückung der dezentralen Standorte im Flächenkreis. Der in der Konzeptphase angestrebte strategische Netzwerkaufbau wurde insgesamt also stark betrieben, aber nicht erfolgreich beendet, weil einerseits die Folgen der Corona-Pandemie in die Umsetzungsprozesse einwirkten und auch weil relevante Akteure im Netzwerk wie (weitere) Krankenkassen, die Bundesagentur für Arbeit (Reha-Abteilung) oder das Integrationsamt zwar fallbezogen gemäß ihren Zuständigkeiten einbezogen waren, als strukturelle Kooperationspartner aber organisational fehlten.

Demgegenüber konnte die strukturierte Zusammenarbeit zwischen den zwei zentralen Akteuren im ICh-Netzwerk, dem Programm „teamw()rk“ der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e. V. (LVGFSH) und dem Jobcenter Ostholstein, aufgebaut, vertieft und verstetigt werden. Die operative Zusammenarbeit wurde über den kurzen, persönlichen Weg zwischen den engagierten Projektleitungen mit Leben gefüllt. Kontakte aus dem LVGFSH-Programm wurden wiederrum genutzt, um das ICh-Netzwerk zu erweitern und Angebote für die Zielgruppe zu akquirieren. Diese Netzwerkarbeit fand und findet gemeinsam statt und war eine tragende Säule im Modellprojekt, deren Wert kaum überschätzt werden kann.

Zusammenfassend kann als Erfahrung aus der stattgefundenen vernetzten Arbeit festgehalten werden, dass das ICh-Netzwerk operativ eine engere Kooperation und Abstimmung zwischen den verschiedenen Leistungsträgern fördert und damit die Versorgung der Zielgruppe durch schnellere Entscheidungswege und passgenaue Maßnahmen verbesserte. Die Erfahrungen zeigten, dass die fallbezogene Zusammenarbeit im Netzwerk dann besonders effektiv war, wenn sie von den Mitarbeiter*innen über persönliche Kontakte und kurze Dienstwege getragen wurde und die Akteure ein gegenseitiges Verständnis für die jeweiligen Zugangsvoraussetzungen und Arbeitsweisen entwickeln hatten. Die Kund*innen profitierten, wenn sie in den Prozess einbezogen wurden, ihre Teilnahme (an Maßnahmen) auf Freiwilligkeit beruhte und das Fallmanagement/Coaching sie steuernd und vertrauensvoll begleiteten. Auf struktureller Ebene war die Zusammenarbeit mit dem LVGFSH-Programm „teamw()rk“ ein echter Motor bei der Erweiterung des ICh-Netzwerks und bei der Realisierung neuer Maßnahmen für die Kund*innen. Der für das Coaching beauftragte Bildungsträger integra und die vertraglich verpflichtete Ärztin bildeten eine wichtige Basis bei der Unterstützung der Kund*innen im Projekt. Obwohl das große Potenzial der Netzwerkarbeit von den relevanten Leistungsträgern zu Projektbeginn gesehen wurde, erschwerten aber unterschiedliche Zielsetzungen der Akteure, unsichere Rahmenbedingungen in Bezug auf Zuständigkeiten und Finanzierung und eine abwartende Kultur die noch weitergehende Realisierung der Potenziale von rehapro.

Als Teil der operativen Erfolgsmessung (siehe Kap. 2) geben die messbaren Teilziele E (Klärung von Zuständigkeiten) und G (Fallkonferenzen) den Fortschritt in der rechtskreisübergreifenden Zusammenarbeit wieder.

1.5 Wissenschaftliche Begleitung

Die wissenschaftliche Begleitung erfolgte durch die Beauftragung eines externen Institutes nach erfolgreichem Wettbewerbsverfahren. Der Grundansatz des Evaluationsteams war die formative Evaluation, prozessbegleitend wurden zentrale Fragestellungen im Zusammenhang mit der Verfolgung der Projektziele bearbeitet und in den Umsetzungsprozess eingespeist. So ließen sich Lerneffekte aus dem Umsetzungsprozessen unmittelbar herausarbeiten und in einem Theorie-Praxis-Transfer gemeinsam gestalten.

Mit Blick auf die Inhalte der wissenschaftlichen Begleitung waren Fragen zu bearbeiten, die Struktur und Umsetzung des geförderten Projektes „ICh“ unter drei wesentlichen Untersuchungsaspekten ansprechen, die im Folgenden in knapper Form dargestellt werden.

Angemessenheit der Ziele und Zielverfolgung

Hier handelt es sich um Gesichtspunkte, die den programmatischen und sachbezogenen Kontext des Projektes betreffen. Einschätzungen und Aussagen zum fachlichen Projektkontext wurden in erster Linie auf Basis von Expertengesprächen und Dokumentenanalysen gewonnen. Die Erarbeitung eines überprüfbaren Zielsystems erfolgte in enger Abstimmung sowohl mit dem Jobcenter als auch mit den projektumsetzenden Akteuren. Im Kontext dieses Untersuchungsaspektes waren folgende Fragen zu berücksichtigen:

- Welche Fördermechanismen und -instrumente sind für die Zielgruppe durch eine Regelförderung abgedeckt?
- Wo bestehen Förderlücken oder Brüche im individuellen Unterstützungsprozess?
- Wie sieht der konkrete Förderbedarf für die Zielgruppe des Projektes aus?
- Welche überprüfbaren Ziele steckt sich das Projekt? Wie werden diese Ziele operationalisiert (in Teilziele und Maßnahmen) und an welchen Indikatoren/ Zielwerten kann der Projekterfolg erkannt werden?
- Wie erfolgt die Berichterstattung zur Zielerreichung?

Bewertung der teilnahmebezogenen Projektziele

Hier geht es im Wesentlichen um die systematische Dokumentation von Teilnahmeverläufen und die Erreichung von (Teil-) Zielen auf der individuellen Ebene. Informationen hierzu liefern einerseits das zu entwickelnde Teilnahmemonitoring, andererseits qualitative Prozessanalysen, die über Gespräche mit Praktiker*innen und Workshops mit den Projektteams durchgeführt werden. Relevante Fragen der Umsetzung betreffen u.a. folgende Aspekte:

- Potenzial und Handlungsbedarfe auf der Ebene der Teilnehmenden über individuelle Reha- und Förderpläne,
- Gesundheitliche Stabilisierung: z.B. psychosoziale Stabilität, Alltagsbewältigung, Abwenden von Rehabilitation, Vorbeugung von Chronifizierung, Vermeidung von Erwerbsminderung,
- Aktivierung und Stärkung der Selbsthilfe,
- Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit von Teilnehmenden: z.B. Entwicklung individueller Perspektiven, Unterstützung von Einstiegen in Beschäftigung, nachhaltige Integration.

Strukturbildung und Transfer

Das Bundesprogramm „rehapro“ ist als ein lernendes Programm angelegt und beinhaltet sowohl den regionalen als auch den bundesweiten Ergebnistransfer als einen zentralen Baustein der Förderung. Das Projekt „ICh – Ich habe eine Chance“ verfolgte neben den teilnahmebezogenen Zielen auch den Aufbau einer verbesserten Infrastruktur zur Steuerung und Erbringung von Leistungen unterschiedlicher Rechtskreise. Mit den Elementen der Gesundheitshäuser, der fallbezogenen und fallunabhängigen Zusammenarbeit sowie der Fallkonferenzen sollte die Infrastruktur gestärkt werden. Demzufolge ging es in diesem Untersuchungsaspekt vor allem darum, Ergebnisse in einen regionalen und folgend einen überregionalen Lernprozess einzuspeisen. Ein wichtiger Baustein hierbei war aber der Transfer, der einerseits fortlaufend in die regionale Projektumsetzung eingespeist und andererseits durch die Bedienung der bundesweiten Programmevaluation gesichert wurde. Wesentliche Untersuchungsaspekte waren hierbei:

- Zusammenarbeit der Akteure im Sinne einer co-produktiven Integrationshilfe
- Akzeptanz von Projektansatz und –zielen durch die Projektakteure: Teilnehmende, Projektteams, kooperierende Partner*innen, Leistungsträger und Arbeitgeber*innen,
- Erkenntnisse zur Verbesserung der Leistungen für die Zielgruppe: sowohl prozessual als auch instrumentell,

- Ansatzpunkte für die künftige Förderung in dem Handlungsfeld: insbesondere vor dem Hintergrund des bestehenden Regelsystems.

Zur Bearbeitung der Untersuchungsdimensionen erfolgte mit dem Einsatz verschiedener – überwiegend qualitativer – Methoden. Diese reichten von der Kontextanalyse und der Erarbeitung eines projektbezogenen Zielsystems, über die Auswertung von Monitoringdaten und Verlaufsdokumentationen der Teilnehmenden bis hin zu qualitativen Experteninterviews, Teilnehmendenbefragungen und Fallstudien.

Für die wissenschaftliche Begleitung verfügbare Daten waren einerseits das Standard-Monitoring der Bundesevaluation, die Verlaufsdaten aus dem individuellen Coaching gemäß Arbeitspaket 5 sowie Daten aus eigenen Primärerhebungen. Mit dem Evaluationsteam wurden entsprechen Auftragsdatenverarbeitungsvereinbarungen gem. Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) geschlossen und entsprechend umgesetzt.

Die wissenschaftliche Begleitung hat ihre Befunde und Ergebnisse in regelmäßigen im Rahmen von Qualitätsworkshops in die Projektpraxis zurückgespiegelt, jährliche Untersuchungsberichte erstellt und die Schnittstelle zur Bundesevaluierung durch Monitoringauswertungen und fachliche Beiträge bei Konferenzen gestaltet.

Die wissenschaftliche Begleitung erstellte auf Basis der systematisch erhobenen empirischen Daten jährliche Zwischenberichte mit unterschiedlichen Themenschwerpunkten. Während die regionalen Untersuchungsberichte eine feste Periodik hatten, erfolgte die Informationsleistung gegenüber der Bundesebene fortlaufend bzw. anlassbezogen auf Anfrage. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung fließen auch im Kapitel 2 des Ergebnisbandes an unterschiedlichen Stellen mit ein.

2 Ergebnisse des Modellprojekts

In diesem Kapitel werden die erzielten Ergebnisse des Modellprojektes bezogen auf die Dimensionen zum Kompetenzaufbau der Gesundheitslots*innen, zum Aufbau der Gesundheitshäuser und Vernetzungsarbeit sowie hinsichtlich der messbaren Ziele A bis H dargestellt.

2.1 Kompetenzaufbau des Fallmanagements zu Gesundheitslots*innen

Die Qualifizierung der im Projektteam ICh rehapro eingebundenen Fallmanager*innen zu Gesundheitslots*innen erfolgte bereits innerhalb des ersten Durchführungsjahres der Projektlaufzeit intern über das Fortbildungsportal der Bundesagentur für Arbeit. So konnte sichergestellt werden, dass ab dem ersten Kundengespräch im Rahmen der Akquirierungsphase (AP 2) die erforderliche Sensibilität und Kompetenz im Projektteam für das Erkennen und Thematisieren von gesundheitlichen Einschränkungen eingebracht wurde. Die im Verlauf des Projektes aufgebaute vertrauensvolle Zusammenarbeit mit der beauftragten Honorarärztin zur Erstellung passgenauer ärztlicher Gutachten konnte vom Fallmanagement somit gut getragen werden.

2.2 Gesundheitshäuser und Netzwerkarbeit

Konzeptionell war ein fachlich und organisatorisch breit gefächertes Akteursnetzwerk aus unterschiedlichen Rechtskreis und Leistungsbereichen mit einer hohen Präsenz in den zwei Gesundheitshäusern geplant. Mit den zwei Gesundheitshäusern in Neustadt i.H. und Oldenburg i.H. wurden Räumlichkeiten angemietet, die außerhalb der klassischen Institutionengefüge des Jobcenters lagen und für Kund*innen niedrigschwellige Zugangswege ermöglichten. In diesen Häusern, so die Planung, sollten relevante Leistungsträger „unter einem Dach“ zusammenarbeiten und die Projektteilnehmenden gemeinsam unterstützen.

Die während der Corona-Pandemie erlassenen Maßnahmen schränkten aber die Arbeit im Modellprojekt drastisch ein und wirkten sich nachhaltig negativ auf die Erfolgsaussichten der angestrebten Vernetzungsarbeit aus (siehe dazu die Feststellungen in Kap. 1.4). Die folgenden Ausführungen müssen vor diesem Hintergrund betrachtet werden. Öffentliche Einrichtungen blieben für den Publikumsverkehr weitgehend geschlossen. Persönliche Treffen mit den Kund*innen, aber auch Vernetzungstreffen auf Ebene der Träger und Einrichtungen waren deutlich erschwert. Technische Alternativen und angepasste Arbeitsweisen mussten erst etabliert werden. Viele Einrichtungen konzentrierten sich zunächst auf die Sicherstellung ihrer genuinen Leistungen und die Aufrechterhaltung etablierter Routinen unter den Bedingungen der Pandemie. Die Tatsache, dass die Gesundheitshäuser zwar entsprechend eingerichtet wurden, aber eine Arbeit mit den geplanten Akteuren im gemeinsamen netzwerklichen Engagement nicht umgesetzt werden konnte, ist nachweislich auch diesem Umstand geschuldet. Während das Modellprojekt also in vernetzte Arbeit investierte und innovative Wege rechtskreisübergreifender Zusammenarbeit auslotete, zielten die öffentlichen Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie, aber auch die gesellschaftliche Stimmung, eher auf Abgrenzung und Selbstsicherung.

Im Rahmen der Fallkonferenzen und Fallbesprechungen erfolgten Absprachen und Kooperationen fallbezogen insbesondere zwischen dem Jobcenter, den Coaches (MAT) und der DRV-Nord. Der enge persönliche Austausch erhöhte beim Fallmanagement das Verständnis für die Arbeitsweise der DRV-Nord, was insgesamt zur Verbesserung der Planung nächster Schritte und das Finden passgenauer Angebote für die Kund*innen auf Seiten des Fallmanagements beitragen konnte. Es gab viele positive Beispiele für fallbezogene Kooperationen und Austausche, die auf die individuellen Bedürfnisse der Kund*innen abzielen. Die Zusammenarbeit fand also einerseits anlassbezogen auf kurzem Dienstweg und persönlicher Ebene statt. Andererseits verwiesen Fallbesprechungen und -konferenzen auf Erfordernisse, die Zusammenarbeit klarer zu strukturieren und in eine institutionalisierte Form zu gießen.

Was sich aber als Motor der netzwerklichen Zusammenarbeit bewiesen hat, sind die gemeinsamen Vorhaben und Maßnahmen im Rahmen der Kooperation mit dem LVGFSH-Programm „teamw()rk“. Mit dem „Café Chancenreich“ und der „Sprechstunde seelische Gesundheit“ wurden gemeinsame Formate für die Teilnehmenden des Modellprojekts angeboten. Das „Café Chancenreich“ als niedrigschwelliges Angebot wurde seit 2023 durch das Jobcenter und das Projekt „teamw()rk“ finanziert und wird auch nach Ablauf der rehapro-Förderung fortgesetzt. Weitere wichtige Netzwerkpartner waren der Träger der Coaching-Maßnahme (integra gGmbH), der auch die Gesundheitshäuser intensiv als Orte der Maßnahmendurchführung genutzt hat, und die für das Projekt engagierte Honorarärztin für die medizinischen Gutachten (auch über Projektlaufzeit hinaus).

Eine strukturelle Zusammenarbeit erfolgt darüber hinaus mit den regelmäßigen Treffen des Arbeitskreises Fallmanagement im Gesundheitshaus, sowie über Kooperation durch gemeinsame Dienstbesprechungen mit weiteren Einrichtungen und Fachstellen wie z.B. EUTB Verein zur Förderung der Teilhabe in Ostholstein/Eutin als unabhängige Beratungsstelle, der BQOH / Beschäftigung und Qualifizierung Ostholstein, den Fachabteilungen des Kreises Ostholstein sowie dem ATS Suchthilfezentrum des Landesvereins für Innere Mission in Schleswig-Holstein.

2.3 Ergebnisse zu den messbaren Zielen A-H

Messbares Ziel A):
874 Kunden erhalten vom Fallmanager/Gesundheitslotsen das Angebot, am Projekt teilzunehmen. Es sollen 458 Kunden an der darauffolgenden 6-monatigen Aktivierungsphase (AP 3) teilnehmen.

Es wurden insgesamt 484 Erstgespräche von den Fallmanager*innen mit interessierten Kund*innen des Jobcenters geführt. Nach einer zwischenzeitlich angepassten Zielwertänderung hätten insgesamt 874 Gespräche stattfinden sollen. Der finale Zielerreichungsgrad betrug dahingehend 55,4%. Entsprechend der Herabsetzung des Zielwertes bei den Erstgesprächen wurde auch der Zielwert für die angestrebten Teilnehmenden Kund*innen nach unten (458 Eintritte ins Projekt) angepasst. Letztendlich traten 308 Kund*innen ins Projekt ein (Zielerreichungsgrad von 67,2%) und mündeten somit ins Arbeitspaket 3 ein. Nachrichtlich sei festgehalten, dass von allen in die Aktivierungsphase eingemündeten Teilnehmenden insgesamt 89 Teilnehmende mit erheblichem Unterstützungsbedarf in die erweiterte Aktivierungsphase (AP 4) eingemündet sind.

Gemessen an den ursprünglichen Zielwerten wurde das Ziel der Anzahl der Projektteilnahmen zwar letztlich verfehlt, es zeigt sich jedoch anhand der Quote zwischen Erstgesprächen und Einmündungen (knapp 67,2%), dass gemessen an der erreichten Zahl der Erstkontakte die Erwartungen (33,3%) weit übertroffen wurden und das Projekt eine hohe Anziehungskraft auf die Zielgruppe ausstrahlte.

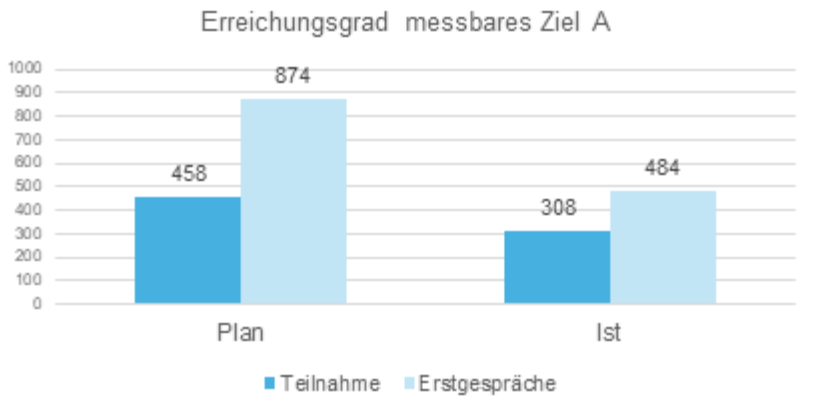


Abbildung 1: Erreichungsgrad Ziel A

Messbares Ziel B)
250 Teilnehmern wird die Teilnahme an der Coachingphase ermöglicht.

Insgesamt konnten 219 Eintritte in das AP 5 und somit in das individuelle Coaching verzeichnet werden.

Das Coaching wurde seit dem 01.08.2020 angeboten und endete zum 31.08.2024. Der Zielwert von 250 Eintritte von Teilnehmenden aus dem Pool der Projektteilnehmenden wurde leicht unterschritten. Um diese für die Kund*innen wertvolle Ressource aber umfassend nutzbar zu machen, wurden durch Entscheidung des Jobcenters die weiteren TEILNEHMENDE aus dem regulären Fallmanagement in das Coaching eingesteuert. Damit zeigt sich der Anteil derjenigen, die aus dem Pool aller Projektteilnehmenden am Coaching teilnahmen, mit einer Quote von 68% (219 Coachees auf 308 Teilnehmende) übererfüllt[1] .

Da das Coaching im Zuge der MAT zu den Regelleistungen gehört, ist zudem davon auszugehen, dass es auch nach der Projektlaufzeit weiter Anwendung findet und die positiven Effekte (wie die aufsuchende Arbeit, die kurzen Wege für Fallbesprechungen in den Räumlichkeiten des Jobcenters sowie die Lotsenfunktion für die Kund*innen) verstetigt werden können.

Messbares Ziel C)
Für 100 Projektteilnehmer der Coachingphase soll eine deutliche Verbesserung der Leistungsfähigkeit während der Projektteilnahme auf mindestens 6 Stunden täglich erreicht werden. Grundlage bildet das ärztliche/medizinische Gutachten beim Eintritt in das Projekt und ein aktuelles Gutachten zum Projektende.

Die Einordnung des quantitativen Leistungsvermögens erfolgt in den drei Stufen:

- 6 Stunden und mehr: die Erwerbsfähigkeit ist zeitlich nicht eingeschränkt
- 3 bis unter 6 Stunden: die Erwerbsfähigkeit ist zeitlich eingeschränkt
- Unter 3 Stunden: die Erwerbsfähigkeit ist aufgehoben

Zum Abschluss des Projektes lagen von 124 Teilnehmenden aus dem Coaching ärztliche Gutachten vor. Dabei erfolgten die Messungen zum Eintritt in die Maßnahme und nach Abschluss der Maßnahme.

Im Hinblick auf den Erreichungsgrad des messbaren Ziels C ergaben die Gutachten, dass bei Projekteintritt 13 untersuchte Person ein vollschichtiges Leistungsvermögen von über 6 Stunden aufwiesen (10,4%). 68 der untersuchten Personen (54,8%) erzielten ein Leistungsvermögen von 3 bis 6 Stunden, 40 Personen (32,2%) ein Leistungsvermögen von unter 3 Stunden täglich. Mithin ist also festzuhalten, dass bei Eintritt in die Maßnahme etwa ein Zehntel der ärztlich begutachteten Personen über ein vollschichtiges Leistungsvermögen verfügten. Würde dieser Befund übertragen auf die Gesamtteilnehmendengruppe der Coachingmaßnahme im Projekt ICh unter der Grundannahme jeweils ähnlicher Beeinträchtigungen und Ressourcen, so wären rechnerisch bei Projekteinritt 26 Personen zu einer Vollzeitbeschäftigung fähig.

Aus den ärztlichen Gutachten, die nach Abschluss der Projektteilnahme bei den zuvor betrachteten Personen durchgeführt wurden, ergab sich bei nunmehr 38 Personen ein vollschichtiges Leistungsvermögen (30,6%), bei 44 Personen ein Leistungsvermögen von 3-6 Stunden (35,5%) und bei 35 Personen eines von unter 3 Stunden täglich (28,2%). Dieses Ergebnis aus der Stichprobe wie oben übersetzt auf die Gesamtteilnehmendengruppe im Coaching des Projekts ICh würde ergeben, dass 77 Personen nach Abschluss der Projektteilnahme über ein Leistungsvermögen von 6 Stunden und mehr täglich verfügten.

Wie bereits oben ersichtlich konnten nicht alle Teilnehmenden des Coachings vor und nach der Teilnahme ärztlich begutachtet werden. Die Berechnung auf der Grundlage der Stichprobe der untersuchten Personen lässt aber auch mit Blick auf die qualitativen Verlaufsdokumentationen des Trägers des Coachings darauf schließen, dass sich das Leistungsvermögen der Teilnehmenden insgesamt deutlich verbessert hat. So seien vor allem die physischen und psychischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei über drei Viertel der Teilnehmenden im Coaching als die mit Abstand stärksten Problemlagen gewesen. Diese wurden bei vielen Teilnehmenden gezielt durch die Organisation und Begleitung ärztlicher Versorgung, aber auch durch Präventions- und Bewegungsangebote im Rahmen der Maßnahme bearbeitet. In der qualitativen Ergebnisbetrachtung lässt sich hier festhalten, dass

die Bemühungen im Rahmen des Möglichen erfolgreich waren und damit auch eine Steigerung des Leistungsvermögens erreicht werden konnte. Dies wird auch belegt durch die Einschätzungen der Fallmanager*innen im Rahmen des Gesamtmonitorings (also bezogen auf alle Projektteilnehmenden).

Hinsichtlich der Bewertung des individuellen Mehrwertes der Projektteilnahme in den Dimensionen Erwerbsfähigkeit, Beschäftigungsfähigkeit, Gesundheit und soziale Teilhabe wurde in allen Kategorien den Teilnehmenden aus dem Coaching ein stärkerer Benefit zugeschrieben. Im Bereich der Beschäftigungsfähigkeit etwa profitierten 47% der Teilnehmenden im Coaching vom Projekt, bei jenen ohne Coachingteilnahme lag der Anteil hier bei 30%. Noch deutlicher zeigte sich der Unterschied hinsichtlich der gesundheitlichen Stabilisierung: hier lag die Quote der Coachees im „Profitbereich“ bei 72%, bei Teilnehmenden ohne Coaching bei 56%.

Angesichts der Betrachtung der drei genannten Datenquellen kann nachvollziehbar angenommen werden, dass die Verbesserung der Leistungsfähigkeit der Teilnehmenden in dem geforderten Maße annähernd erreicht werden konnte.

Messbares Ziel D)
75 Projektteilnehmende sollen bis zum Projektende in den ersten Arbeitsmarkt integriert werden. Zielerreichung wird jährlich überprüft, erstmals zum 01.09.2021. Pro Jahr sind im Durchschnitt 19 Integrationen zu tätigen.

Von den 308 Teilnehmenden, die das Projekt bis zum Ende der Gesamtprojektlaufzeit am 31.08.2024 verließen, haben 38 Personen eine Beschäftigung aufgenommen, darunter 12 Personen in Tätigkeit in unterstützter Form. Laut Monitoringdaten verblieben 226 Teilnehmer*innen in Arbeitslosigkeit, 26 Personen erhielten den Status der vollen, eine Person der teilweisen Erwerbsminderung. Drei Personen bezogen nach dem Ende ihrer Projektteilnahme Leistungen der Rentenversicherung. Bei zwölf Personen ist der Verbleib nach Programmende in der Kategorie „sonstiges“ vermerkt.

Bezogen auf das ursprüngliche messbare Ziel von 75 Integrationen muss bei insgesamt 38 Beschäftigungsaufnahmen eine Teilerreichung festgestellt werden. Wird das Zahlenergebnis allerdings als Quote der Integrationen bezogen auf die Zahl aller Teilnehmenden berechnet, so ergäbe sich die ursprünglich anvisierte Gesamtvermittlungsquote von 11,5% (75 Integrationen bei 650 Teilnehmenden). Bezogen auf die faktisch erreichten Teilnehmendenzahl von 308 Personen ergibt sich dann eine ähnliche Quote, nämlich genau 12,3%.

Messbares Ziel E)
Für 25 Projektteilnehmer ist eine bisher noch nicht erfolgte Klärung der Zuständigkeit zwischen dem Leistungsträger der Deutschen Rentenversicherung (SGB VI), dem JC Ostholstein (SGB II) und dem Kreis Ostholstein (SGB XII) erforderlich.
Die Zielerreichung wird jährlich überprüft, erstmals zum 01.07.2020. Pro Jahr erfolgen im Durchschnitt 5 Zuständigkeitsklärungen

Es wurden insgesamt 38 Zuständigkeiten zwischen den verschiedenen Rechtskreisen geklärt (siehe AP 7). Alle Überleitungsverfahren betrafen den Übergang vom SGB II in den Zuständigkeitsbereich des SGB XII (Kreis Ostholstein). Auch wenn die geplante enge Zusammenarbeit in den Gesundheitshäuser nicht umgesetzt werden konnte (s.o.), ist es gelungen die rechtskreisübergreifenden Überleitungen in avisierter Quantität und Qualität durchzuführen. Die Quote von durchschnittlich fünf Zuständigkeitsklärungen pro Jahr wurde übertroffen.

Messbares Ziel F)
80 % der Projektteilnehmer sollen während des Projekts eine messbare Verbesserung der beruflichen und gesellschaftlichen bzw. sozialen Teilhabe erfahren. Die Messung dieses Ziels ist über die wissenschaftliche Projektbegleitung geplant. Kundenbefragungen erfolgen 2 x im Projektverlauf, erstmalig zur Projektmitte zum 01.04.2022 und zum Projektende 31.08.2024.

Zur Überprüfung des messbaren Ziels F erfolgte durch die Evaluierung eine Teilnehmenden Befragung in den Monaten April - Juni 2022 und Juni - August 2024. Der Rücklauf aus beiden Befragungen hat sich als alleinige Datengrundlage als zu wenig aussagekräftig für Überprüfung der Erreichung dieses Ziels gezeigt. Vor diesem Hintergrund wurden zur Ermittlung der Zielerreichung zusätzlich Daten aller Teilnehmenden aus dem begleitenden Monitoring (zu Fragen des Mehrwertes der Teilnahme) und Verlaufsdokumentationen von 60 Personen aus dem Coaching MAT hinzugezogen.

Die in den Erhebungen sichtbar gewordene Zufriedenheit der befragten Personen mit der Projektteilnahme, der individuellen Begleitung durch Coaches und durch das Fallmanagement zeigte sich in unterschiedlicher Ausprägung.

Insbesondere der regelmäßige Kontakt zu den Coaches bzw. Fallmanager*innen wird positiv hervorgehoben und neben dem Zurechtfinden zwischen den relevanten Leistungsakteuren als wichtiger Beitrag zur psychischen Gesundheit. Betont werden muss vor allem der stabilisierende und motivierende Effekt der individuellen Begleitung. Die Erfahrung, kleine Schritte mit der Unterstützung der Coaches bzw. der Fallmanager*innen zu gehen, Anträge zu stellen und ggf. Klärungen herbeizuführen, kann auch als Beitrag zur Eröffnung einer beruflichen Perspektive für die Kund*innen betrachtet werden. So wurde in den Interviews sichtbar, dass die psychische Stabilisierung der Teilnehmer*innen auch ihre Resilienz und Motivation stärkt, berufliche Themen (wieder) anzugehen. Ein Teilnehmer konnte sich seit Beginn seiner gesundheitsbedingten Arbeitslosigkeit im Jahr 2014 das erste Mal vorstellen, wieder einer (gemeinnützigen) Tätigkeit nachzugehen. Eine ehemalige Teilnehmerin wurde mittlerweile wieder eingegliedert und arbeitsfähig. Die Projektteilnahme habe sie in ihrem Selbstbewusstsein gestärkt und sie fühlte sich wieder wie ein Teil der Gesellschaft. Die ehrenamtliche Tätigkeit bei der Tafel habe sie zudem darin bestärkt und dahingehend orientiert, beruflich im pflegerischen Bereich Fuß zu fassen.

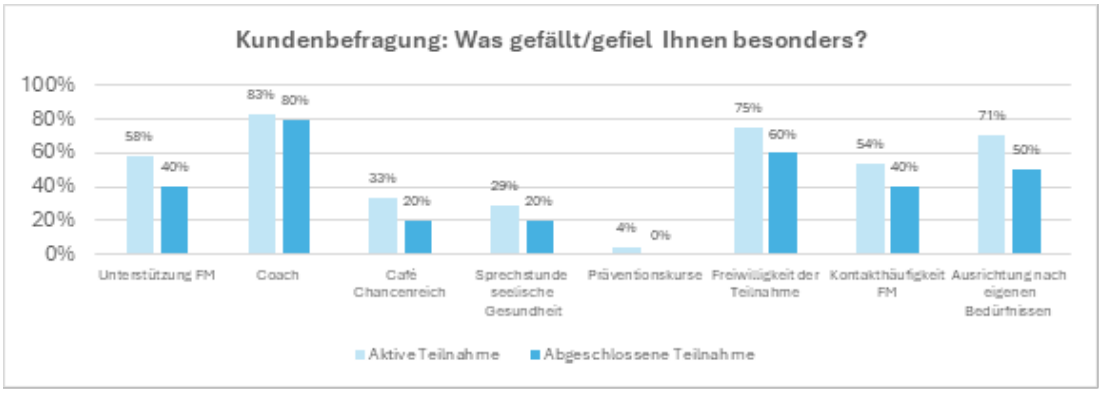


Abbildung 2: Einschätzung der Positivaspekte durch befragte Teilnehmende

Bei einer Betrachtung jener Aspekte des Projekts, welche den Teilnehmenden besonders gefallen, zeigt sich über alle vorgegebenen Kategorien hinweg ein ähnliches Bild zwischen – zum Zeitpunkt der Erhebung - aktiver und abgeschlossener Projektteilnahme, wobei die prozentualen Angaben jeweils leicht höher für die aktiven Teilnahmen ausfielen. Besonders hervor stechen dabei das Coaching, die individuelle Ausrichtung und der Grundsatz der freiwilligen Teilnahme, sowie die Kontaktdichte mit dem Fallmanagement des Jobcenters.

An den Aussagen der (ehemaligen) Teilnehmende zeigt sich deutlich, welche zentrale Grundlage die (mentale) Gesundheit für weitere Schritte Richtung Beschäftigung darstellt. Erst deren Stabilisierung stärkt die Resilienz und die Selbstständigkeit der Kund*innen und eröffnet ihnen erste Perspektiven hinsichtlich der (Wieder-)Aufnahme einer Beschäftigung. Die individuelle Begleitung durch Fallmanagement und Coaches im Rahmen des Modellprojekts leistete hierfür einen wichtigen Beitrag.

In der systematischen Einschätzung der Teilnehmerbezogenen Erfolgsquote bezogen auf die Merkmale Erwerbsfähigkeit, Beschäftigungsfähigkeit, Gesundheit und soziale Teilhabe ergab sich durch die Angaben des Fallmanagements unter Hinzuziehung der Coaches folgendes Bild (Gesamtteilnehmende = 308).

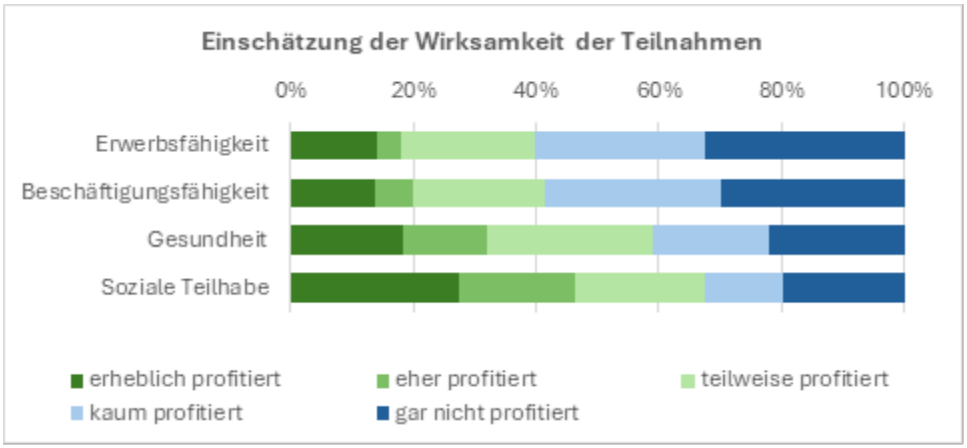


Abbildung 3: Einschätzung der Positivaspekte durch Fallmanagement und Coaches

Die Auswertung zeigt, dass die positiven Effekte in der Dimension der sozialen Teilhabe bei allen Teilnehmenden am stärksten waren (Summe der Angaben von „erheblich profitiert“ bis „teilweise profitiert“). Hier haben knapp 68% von der Projektteilnahme profitiert, wogegen knapp 20% gar nicht haben profitieren können. In der Verbesserung der gesundheitlichen Situation konnte wiederum 59% der Teilnehmenden profitieren, wobei hier vor allem Teilerfolge zu verzeichnen waren. Der Anteil der Teilnehmende, die ausgehend aus ihrer vorigen Situation ihre Beschäftigungsfähigkeit haben verbessern können, liegt in der Gesamtübersicht bei 41,3%. Hier ist jedoch festzuhalten, dass noch knapp ein Drittel keinerlei Verbesserung hat erzielen können. Ein ähnliches Verhältnis liegt hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit vor. Hier konnten zwar noch knapp 40% der Teilnehmenden einen Fortschritt erzielen, doch auch hier liegt der Anteil derer mit keiner spürbaren Veränderung bei etwa einem Drittel. Die Erfahrung zeigt auch in der Langzeitbetrachtung, dass die Folgen der Corona-Pandemie auf die individuellen Erfolgsdimensionen der Teilnehmenden insgesamt einen massiven Einfluss hatten. Viele Angebote konnten nicht in der geplanten Weise durchgeführt werden, stattdessen musste auf alternative – unmittelbare bzw. digitale – Formate umgesteuert werden. Dies hatte nicht nur während der Projektteilnahme einen Einfluss auf die individuellen Fortschritte, sondern wirkte sich auch bilanziell auf den Projekterfolg aus.

Ausgehend von den bei fast allen Teilnehmenden vorliegenden massiven gesundheitlichen und psychosozialen Vermittlungshemmnissen lässt sich feststellen, dass das Projekt „Ich- Ich habe eine Chance“ insbesondere in den Dimensionen „Soziale Teilhabe“ und „Gesundheit“ einen deutlich messbaren Positiveffekt erzielen konnte. Die Zielmarke von 80% konnte auf der Grundlage der messbaren Daten jedoch nicht gänzlich erreicht werden. Die qualitativen Erhebungen aber unterstreichen die positiven Ergebnisse.

Messbares Ziel G)
Es werden in der Projektlaufzeit mindestens 200 Fallkonferenzen und Fallbesprechungen durchgeführt. Auswertungen zur Anzahl der durchgeführten Fallkonferenzen erfolgen 2 x im Projektverlauf, erstmalig zur Projektmitte zum 01.04.2022 und zum Projektende 31.08.2024.

Im Projektverlauf wurden insgesamt 392 Fallbesprechungen und 146 Fallkonferenzen durchgeführt (in Summe 538). Damit ist das messbare Ziel deutlich erreicht bzw. übererfüllt.

Da der Betrieb der Gesundheitshäuser in ihrer ursprünglich vorgesehenen Konzeption im Rahmen des Projekts ICh – überwiegend pandemiebedingt, aber auch kapazitätsbedingt - nicht umgesetzt werden konnte, erfolgte ein Großteil der Fallkonferenzen unter Beteiligung von Vertreter*innen der Krankenkassen und/oder Rentenversicherungen telefonisch bzw. digital. Was sich aber neben den Fallkonferenzen intensiv entwickelt hat, war die gemeinsame Nutzung der Gesundheitshäuser durch die Coaches und Fallmanager*innen. Sowohl die Nutzung der Räume für Coachingangebote als auch die kurzen Abstimmungswege kamen den Kund*innen unmittelbar zugute, so dass eine individuelle Betreuung unter Berücksichtigung möglichst vieler relevanter Informationen ermöglicht wurde.

Messbares Ziel H)
Es werden 250 Einzelmaßnahmen aus Eigenmitteln des Jobcenters Ostholstein im Umfang von 2.407.200 € durchgeführt. Die Auswertung der durchgeführten Einzelmaßnahmen erfolgen 2 x im Projektverlauf, erstmalig zur Projektmitte zum 01.04.2022 und zum Projektende 31.08.2024.

In der Projektlaufzeit wurden insgesamt 397 Einzelmaßnahmen aus Eigenmitteln des Jobcenter Ostholstein durchgeführt. Die verausgabten Mittel aller Maßnahmen summieren sich auf 1.486.365 €. Die meisten Mittel wurden mit einem Anteil von 61% in das Coaching als MAT investiert, gefolgt von Aktivierungs- und Vermittlungsgutscheinen mit 18% und Förderung nach § 16i SGBII mit 10%. Die Förderung der Mobilität in Form von E-Bikes oder PKWs betrug gut 4% der Gesamtausgaben.

In der Summe wurde die Anzahl der Einzelmaßnahmen deutlich überschritten, jedoch nur 61,7% der hierfür veranschlagten Mittel in Anspruch genommen. Die folgende Übersicht gibt die Einzelausgaben wieder:

Eigenleistungen nach dem SGB II	**Anzahl**	**Ausgaben in Euro**				
		2020	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**
Förderung der beruflichen Weiterbildung (FbW)	9	4.549 €	-	3.851 €	2.620 €	10.007 €
Einstiegsgeld (ESG)	4	3.407 €	2.991 €	-	-	-
Vermittlungsbudget -Kfz/ E-Bike-	34	23.929 €	9.417 €	7.335 €	15.104 €	1.199 €
Vermittlungsbudget -Führerschein-	4	800 €	-	2.100 €	-	1.134 €
Vermittlungsbudget -IC-	7	-	-	8.360 €	-	-
Eingliederungszuschuss (EGZ)	3	-	1.872 €	4.658 €	-	16.500 €
Förderung §16e	6	-	8.067 €	21.586 €	-	
Förderung §16i	5	40.857 €	105.693 €	-	6.555 €	-
Einstiegsqualifizierung (EQ)	1	-	-	1.512 €	-	-
Aktivierungs-/Vermittlungsgutschein (AVGS)	101	52.501 €	74.475 €	39.724 €	60.017 €	41.566 €
Förderung §16f -Kfz-	2	1.100 €	499 €	-	-	-
Förderung §16f -Sonstige-	2	1.969 €	-	-	-	-
Maßnahme beim Träger (MAT)	219	81.510 €	287.862 €	240.793 €	294.860 €	5.386 €
INSGESAMT	**397**	**210.622 €**	**490.876 €**	**329.918 €**	**379.157 €**	**75.792 €**
		Insgesamt 2020-2024 - 1.486.365,33€				

Tabelle 1: Eigenleistungen des Jobcenters nach dem SGB II

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

3.1 Wirksame Innovationen

3.1.1 Gesundheitsorientiertes Fallmanagement und Selbstaktivierung

Um die Unterstützung der Beratung und Begleitung von SGB II Kund*innen zu verbessern, lag ein besonderer Fokus auf der Entwicklung und Implementierung eines gesundheitsorientierten Fallmanagements. Die Qualifizierung der Fallmanager*innen zu Gesundheitslots*innen war dabei ein zentraler Baustein für eine effektive Hilfeplanung und eine zielgerichtete Begleitung der Teilnehmenden.

Als ein Bestandteil des gesundheitsorientierten Fallmanagements wurde durch das Projekt ein modulares Angebot entwickelt, das eine zielgerichtete und anschlussfähige Begleitung ermöglichte. Dabei wurden die bestehenden Regelinstrumentarien des SGB II gezielt eingesetzt, um den spezifischen Bedürfnissen der Kund*innen gerecht zu werden. Ein weiteres wichtiges Element war auch die Beratung von Menschen, die trotz Arbeitsunfähigkeit oder eines Antrags auf Erwerbsminderungsrente Unterstützung benötigen. Dieses Beratungsangebot stellte sicher, dass auch in schwierigen Lebenslagen eine nachhaltige Betreuung und Orientierung gewährleistet wird.

Von besonderer Bedeutung war dabei die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und individuell abgestimmten ärztlichen Begutachtung. Diese diente nicht nur der Anamnese, sondern bildete auch die Grundlage für die Erstellung eines passgenauen Rehabilitations- und Förderplans (RuF). Um diesem Anspruch gerecht zu werden, wurde eine Honorarärztin für Begutachtungen eingesetzt, die durch einen höheren Zeitansatz, die Nutzung eines selbst entwickelten Fragebogens mit individuell angepassten Fragestellungen und die Einbindung regelmäßige gemeinsame Fallkonferenzen die Qualität der Gutachten erheblich gesteigert hat. Diese Gutachten zeichneten sich durch eine erhöhte inhaltliche Aussagekraft aus, was auch zu einer verstärkten Anerkennung durch die Deutsche Rentenversicherung (DRV) sowie die Träger des Sozialgesetzbuchs XII führte.

Die Umsetzung eines gesundheitsorientierten Fallmanagements bedurfte aber auch einer engeren Kontaktdichte und die gezielte Nutzung alternativer Beratungsformate, um eine flexible und bedarfsorientierte Unterstützung sicherzustellen. Hierzu zählten v.a. digitale Ansätze wie Videoberatung via Skype. Weitere innovative Formate wie „Walk-and-Talk“-Gespräche, die eine niedrigschwellige und alltagsnahe Betreuung fördern wären wichtig gewesen, konnten aber seitens des Jobcenters formal nicht umgesetzt werden. Dies wurde im Rahmen der MAT im Coaching erprobt und umgesetzt. Nicht zuletzt in Folge der Kontaktbeschränkungen während der Corona-Pandemie haben sich diese Formate also letztlich gut etablieren können.

Ein wesentliches Grundprinzip des Projektansatzes war die Freiwilligkeit der Teilnahme und der Inanspruchnahme der angebotenen Leistungen, was die Selbstbestimmung und Eigenverantwortung der Teilnehmenden stärkte und eine individuelle Zielorientierung ermöglichte. Dies kombiniert mit einer engen interdisziplinären Zusammenarbeit von Fallmanagement und den Coaches (MAT) im Gesundheitshaus - durch die gemeinsame räumliche Infrastruktur („unter einem Dach“) – hat zu einer integrierten Fallbearbeitung maßgeblich beigetragen.

Der inhaltliche Fokus der Zusammenarbeit lag zunächst auf der Stabilisierung der persönlichen Lebenssituation. In diesem Prozess wurde besonderer Wert daraufgelegt, den Druck von dem Teilnehmer*innen zu nehmen, eine Kommunikation auf Augenhöhe zu fördern und intrinsische Motivation aufzubauen. Erfahrungen aus der Praxis zeigten, dass die Erreichung einer stabilen persönlichen Situation als Grundlage diente, um die Bereitschaft und Offenheit der Klient:innen für eine Stärkung der Beschäftigungsfähigkeit und letztendlich der aktiven Aufnahme einer beschäftigungsorientierten Anschlussperspektive zu steigern.

Das gesundheitsorientierte Fallmanagement erfolgte ressourcenorientiert und adressierte individuelle Bedarfe durch gezielte Förderangebote, wie etwa die Bereitstellung von E-Bikes oder Laptops, sowie Maßnahmen zur Stärkung der Persönlichkeitsentwicklung. Diese individuellen Interventionen

trugen auch dazu bei, die sozialen und beruflichen Handlungsspielräume der Teilnehmenden zu erweitern. Die Lotsenfunktion der Coaches und des gesundheitsorientierten Fallmanagements im Jobcenter schaffte durch ausreichend zeitliche Ressourcen ein Vertrauensverhältnis zu den Kund*innen, erhöhte ihre Motivation und trug dazu bei, individuelle Bedarfe zu ermitteln und die Akzeptanz von Maßnahmen zu erhöhen.

Ein weiterer Baustein zur Stärkung der Resilienz der Teilnehmenden bestand neben dem spezifischen Fallmanagement auch darin, die Selbstaktivierung durch Präventions- und Kommunikationsangebot zu stärken. Gemeinsam mit der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein konnten im Rahmen des Programms „teamw()rk für Gesundheit und Arbeit" Angebote für die Teilnehmenden verwirklicht werden, die sich auf Prävention und (Selbst)Aktivierung fokussierten. Von besonderer Bedeutung war hier das „Café Chancenreich" und die „Sprechstunde seelische Gesundheit", zwei Angebote, die eng mit dem Gesundheitshaus verbunden waren. Das Café hat sich zu einem Ort des Austausches entwickelt und als Standbein für das gesundheitsorientierte Fallmanagement etabliert. Es wurde/wird stark genutzt, es wurde/wird von Menschen mit und ohne konkrete Anliegen besucht und es ist ein Forum für ehemalige und aktuelle Teilnehmende sowie für die Fallmanagement-Kunden und alle Kunden des Jobcenters geworden. Aus dem informellen Austausch hat sich mittlerweile ein eigenständiges Format entwickelt, in dem es um Informierung, Wissensvermittlung und Erfahrungsaustausch geht.

3.1.2 Gesundheitshäuser, Netzwerkarbeit und Kooperationen

Viele Kund*innen aus dem Rechtskreis SGB II haben eine vorsichtige bis kritische Einstellung zum Jobcenter, die sich nicht zuletzt aus vorangegangen subjektiv negativen Erfahrungen mit der „Institution Jobcenter" und ihren Mechanismen entwickelte. Ziel des Projektes war es auch, mit den zwei Gesundheitshäusern dieser Haltung zu begegnen und Orte zu entwickeln, in denen rechtskreisübergreifend Beratung, Unterstützung und Leistungserbringung in einem kundenorientierten Setting angeboten wird. Wie oben bereits dargestellt, konnte das Konzept der Gesundheitshäuser in seiner ursprünglich geplanten Struktur nicht umgesetzt werden. Ursächlich hierfür waren zum einen die begrenzten Kapazitäten der Leistungsträger und ihrer Beratungsinfrastruktur im Flächenkreis Ostholstein. Es war nicht darstellbar, dass die Gesundheitshäuser durch die geplanten Kooperationspartner personell besetzt wurden. Zum anderen hat sich mit den Folgen der Corona-Pandemie und den weitestgehenden langfristigen Schließungen von Präsenzräumen eine außergewöhnliche Belastungssituation eingestellt. Die Folgen dessen sind hinreichend bekannt.

Im Projektverlauf konnten sich die Gesundheitshäuser aber im Rahmen ihrer Öffnungsmöglichkeiten als Orte sowohl für die Durchführung von Fallbesprechungen und Fallkonferenzen als auch für das gesundheitsorientierte Fallmanagement im Projekt etablieren. Es hat sich in diesem Zusammenhang gezeigt, dass der Bedarf an abgestimmter Vorgehensweise unter Beteiligung mehrerer Akteure im Rahmen von Fallkonferenzen bei deutlich mehr Teilnehmenden als geplant notwendig war. Dies zeigte sich sowohl in der Komplexität der Einzelfälle als auch in der Häufigkeit der tatsächlich durchgeführten Fallkonferenzen (siehe messbare Ziel G).

Darüber hinaus fanden Nutzungen des Gesundheitshauses als Ort für das „Café Chancenreich" sowie als Treffpunkt der Netzwerkpartner*innen und des Arbeitskreis Fallmanagement statt. Im Zuge der Projektumsetzung konnten weitere Kooperationspartner für die Netzwerkarbeit gewonnen werden, die absehbar auch nach der Projektlaufzeit tragfähig für das gesundheitsorientierte Fallmanagement sein können. Diese sind insbesondere

- Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e. V. im Programm teamw()rk von Arbeit und Gesundheit (LVGFSH)
- Integra: Integrationsfachdienst und Durchführung der rehapro Maßnahme Einzelcoaching regl. Fallkonferenzen/Fallbesprechungen in der Verstetigung der Angebote zur Selbstaktivierung
- Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)
- Fachdienst Eingliederungshilfen vom Kreis Ostholstein
- Sozialpsychiatrischer Dienst des Kreises Ostholsteins
- Suchtberatung
- Eigene Honorarärztin

Hier hat sich gezeigt, dass ein systemischer Austausch auf der Arbeitsebene zwischen den einzelnen Akteuren über ihre Angebote, Maßnahmen, Beratungsansätze und Ziele ein wesentlicher Erfolgsfaktor für das gesundheitsorientierte Fallmanagement ist (Zitat: Wer die Ressourcen der anderen kennt, kann Kund*innen besser beraten und unterstützen). Analysiert man die Formen der Zusammenarbeit im ICh-Netzwerk lassen sich folgende Vorteile und Kriterien gelungener Kooperationen herausarbeiten, die zur Veranschaulichung thesenhaft zusammengefasst werden:

- Gegenseitiges Verständnis erhöht Effektivität: Das gegenseitige Verständnis beteiligter Akteure und ihrer Arbeitsweisen erhöht die Effektivität des Fallmanagements und verbessert die bedarfsorientierte Auswahl von zielgerichteten Maßnahmen für die Kund*innen.
- Fallbezogene Zusammenarbeit ist positiv für die Kund*innen: Die praktische Kooperation zwischen den beteiligten Akteuren ist fallbezogen intensiv (z.B. durch Fallkonferenzen), aber nicht immer organisational umfassend. Durch die interdisziplinären Perspektiven und die Einbindung der Netzwerkpartner ist sie aber effektiv in Bezug auf individuelle Unterstützung und passgenaue Angebote.
- Bereitschaft zur Kooperation („Richtige Personen müssen am richtigen Ort sein"): Gelingende fallbezogene Zusammenarbeit ist auch von persönlichen Kontakten und der Bereitschaft zu kurzen Dienstwegen abhängig. Die Bereitschaft, Netzwerkarbeit gemeinsam zu leisten, eigene Kontakte in das Netzwerk zu integrieren und sich auf Augenhöhe zu begegnen, kann systematische Kooperation zwischen Akteuren stärken. In der personenbezogenen Disposition liegt zugleich Potenzial und Risiko für gelingende Netzwerkarbeit.
- Freiwilligkeit und Mitbestimmung erhöhen die Wirksamkeit: Der Fokus auf die Freiwilligkeit und individuelle Mitbestimmung der Kund*innen ist eine Grundlage für die effektive Zusammenarbeit zwischen den Akteuren im ICh-Netzwerk. Kund*innen sind aktive Teilnehmende am Netzwerkprozess. Sie äußern Bedürfnisse und Präferenzen und ermöglichen es den Akteuren im Netzwerk, Unterstützungsmaßnahmen anzupassen und sie besser im Netzwerk abzustimmen. So kann die Wirksamkeit der Maßnahmen und die Effektivität der Zusammenarbeit im Netzwerk erhöht werden.
- Strukturierter Austausch im Netzwerk hilft bei der Bedarfsermittlung und -deckung: Die Einbindung der Honorarärztin sorgte für zeitnahe und qualitativ hochwertige Gutachten, die insbesondere vom Leistungsträger SGB II und SGB XII hoch valide bewertet wurden. Die enge fallbezogene Zusammenarbeit des Coachingträgers mit dem Fallmanagement ermöglichte den bedarfsorientierten Zuschnitt von Unterstützungsleistungen. Beide Faktoren haben dazu beigetragen, individuelle Projektverläufe zeitnah und ohne Brüche zu ermöglichen.

Neben den erlebten Vorteilen der vernetzten Arbeit verweisen die Projekterfahrungen aber auch auf hinderliche Faktoren, die eine Kooperation und rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit im Sinne des rehapro-Ansatzes erschweren könnten.

- Unterschiedliche Zielvorgaben der Akteure erschweren Zusammenarbeit im Netzwerk: Zielvorgaben und hohe Fallzahlen der beteiligten Akteure erschweren eine Zusammenarbeit. Die Netzwerkarbeit kann als Zusatzbelastung oder als außerhalb des eigenen Zuständigkeitsbereichs wahrgenommen werden, wenn sie sich nicht ohne Weiteres in das eigene Aufgabenspektrum integrieren lässt oder von oben angewiesen wird.
- Zu viele Angebote überfordern die Kund*innen („Viele Personen zerren an den Kund*innen"): Die Bereitschaft der Kund*innen zur Mitwirkung hängt in erster Linie von der individuell ausgerichteten Begleitung und der gezielten Vorauswahl von Maßnahmen durch Coaches und Fallmanager:innen ab und nicht von der Breite des Angebots im Netzwerk. Die Vielfalt an beteiligten und zuständigen Akteuren kann die Kund*innen überfordern, Selbstwirksamkeit schmälern und demotivieren. Viele Akteure sind potenziell für sie zuständig, fühlen sich aber nicht wirklich für die Zielgruppe verantwortlich. Umso wichtiger ist die Lotsenfunktion des Fallmanagements und der Coaches.
- Ein geteiltes Zielverständnis und Problembewusstsein ist kein Garant für Kooperation: Einige Regeleinrichtungen waren nicht Teil des ICh-Netzwerkes, obwohl sie die Analyse und das Ziel des rehapro-Ansatzes zu Projektbeginn teilten oder sogar in die Konzeption des Modellprojekts eingebunden waren. Das geteilte Problembewusstsein sowie der Wunsch nach verbesserten Entscheidungswegen, Zuständigkeitsklärungen und individueller Bedarfsorientierung führten nicht automatisch zu einer engeren und strukturierten Zusammenarbeit, selbst wenn die Potenziale gesehen werden oder es einzelfallbezogene Kooperationen gibt.

- Unsichere Finanzierung und unklare Verantwortlichkeiten erschweren Zusammenarbeit: Eine geringe Personalausstattung erschwerte die Teilnahme von relevanten Akteuren an Fallkonferenzen bzw. machte sie unmöglich (s.o.). Zuständigkeitsabgrenzung und die Maßgabe des Leistungsverbots ist – trotz Wegfall durch das Mitte 2023 eingeführte Bürgergeld-Gesetz – noch immer in den Jobcentern und Arbeitsagenturen verwurzelt. Das leistet einer abwartenden Kultur Vorschub, wenn es um die Frage rechtskreisübergreifender Zusammenarbeit geht.

3.1.3 Individuelles Coaching mit Anschlussperspektive

Das individuelle Coaching als MAT hat sich als Maßnahme zur Unterstützung der Kund*innen bewährt. Gerade vor dem Hintergrund der multiplen Vermittlungshemmnisse der Teilnehmenden, die sich über verschiedene Lebensbereiche wie Gesundheit, soziales Umfeld, private Wohnsituation, Alltagsgestaltung aber auch auf beschäftigungsbezogene Stabilisierung erstreckten, konnte der ganzheitliche Individualansatz zu passgenauen Hilfen führen. Basierend auf der Anamnese und dem persönlich vereinbarten Förderplan konnte zwischen den Teilnehmenden und des Coaches eine verbindliche Verabredung für die notwendige Schritte und das Teilnahmeziel definiert werden. Hinsichtlich der o.g. Dimensionen wurden in jedem Förderplan konkrete Ziele benannt, deren Verfolgung die Unterstützungsleistungen im Coachingprozess definierten.

Bei Betrachtung der Verlaufs- und Ergebnisdokumentation von 60 Teilnehmenden im Coaching (qualitative Stichprobe) lassen sich zum Zeitpunkt des Projektabschlusses folgende Themenfelder identifizieren, in den mit Teilnehmenden intensiv gearbeitet wurde. Die Übersicht enthält Mehrfachnennungen.

Schwerpunkte im individuellen Coaching	**Anteil TEILNEHMENDE Abschluss**
Gesundheitliche Versorgung geklärt	59,3%
Unterstützung bei Förderanträgen (GdB, Rente, Förderung, Kostenübernahmen)	44,1%
Unterstützung Alltagsstruktur/ Selbständigkeit	23,7%
Stabilisierung Wohnsituation/ Wohnperspektive	13,6%
Bearbeitung Familie und soziales Umfeld	35,6%
Motivation/ emotionale Stabilisierung	33,9%
Perspektive beruflicher Wiedereinstieg geklärt	66,1%

Tabelle 2: Teilnahmeergebnisse im individuellen Coaching

Die Verteilung zeigt die jeweiligen Lebensbereiche, die im individuellen Coaching aufgegriffen wurden. Nicht in allen hier dargestellten Fällen konnten Fortschritte oder Verbesserungen erreicht werden, in einigen Fällen zeigte sich auch eine Problemverfestigung, obwohl die jeweiligen Themen bearbeitet wurden.

In der qualitativen Bewertung durch die Teilnehmenden zeigten sich einige übergreifende Themen und Aspekte, welche das Coaching besonders zielführend machten. Weitere Bewertungsaspekte konnten seitens des Trägerteams sowohl durch die Falldokumentation als auch durch qualitative Interviews im Rahmen Evaluation identifiziert werden. Folgende Aussagen lassen sich zur Bewertung des Coachings zusammenfassen:

Wertschätzender Umgang

Die Zielgruppe der Teilnehmenden des Projektes ICh ist durch diverse Problemlagen und eine bewegte Biografie gekennzeichnet. Unisono wurde der Wunsch nach wertschätzendem Umgang von den Kund*innen thematisiert – ein Thema, dessen Relevanz sich ebenso im Gespräch mit den Bildungsträgern herausstellte. Viele Kund*innen beschreiben eine schwierige Historie mit den Jobcentern sowie weiteren Leistungsträgern im Rechtskreis des SGB, die sich durchaus in einer vorsichtigen Grundhaltung gegenüber den Coaches und dem Gesamtprojekt äußerte.

In allen untersuchten Fällen ist es allerdings in kurzer Zeit gelungen, dieses Misstrauen in eine fruchtbare und oftmals „gefühlt freundschaftliche" Beziehung umzuwandeln. Die Erstgespräche mit den Fallmanager*innen überzeugten Interessierte und bauten ein positives Gefühl auf.

Nach dem wertschätzenden Auftakt haben die Kund*innen dies auch von ihren Coaches erfahren. Dabei spielte der individuelle Zugang und die Erfahrung der Teilnehmenden, in den Coaches Menschen zu erleben, die sich vornehmlich für Ihre Coachees persönlich interessierten, eine wesentliche Rolle. Die Freiwilligkeit der Maßnahme als Wertschätzung und als Vertrauensgrundlage war allen Teilnehmenden bewusst. Dies sorgte u.a. dafür, dass die Coachees – anders als in sonstigen Maßnahmen aus dem Regelangebot des SGB II – eine starke intrinsische Motivation zur erfolgreichen Teilnahme des gesamten Projektverlaufs entwickelten. Im Gespräch mit den Bildungsträgern wurde deutlich, dass hier auch eine besondere Herausforderung liegt, die Balance zwischen professioneller Distanz und offener und zugänglicher Kontaktfreudigkeit zu bewahren. Trotz der ehrlichen Zuneigung der befragten Kund*innen zu ihren Coaches waren diesen die Grenzen allerdings bewusst, so dass eine konstruktive Arbeitsbeziehung bestand.

Fokus auf Stabilisierung

In der Zweckbeschreibung von rehapro im Allgemeinen und ICh im Speziellen werden als zwei Säulen der Zielerreichung die soziale und gesundheitliche Stabilisierung und die (Re)Integration in den Arbeitsmarkt genannt. Da der Fokus des Coachings sich nach den individuellen Bedürfnissen richtete, zeigte sich dort in vielen Fällen, dass die Wünsche der Kund*innen in erster Linie auf die Stabilisierung abzielten. Die Arbeitsmarktintegration wurde dabei jedoch nicht vernachlässigt, sondern als nachrangiges Ziel (mit geringerer Priorisierung) im Anschluss und zum Ende des Coachings angestrebt.

Dieser Fokus hat sich sowohl aus der Sicht der Teilnehmenden als auch des Bildungsträgers und des Fallmanagements bewiesen. Es besteht Einigkeit darüber, dass die Stabilisierung als wichtigstes Fundament für die weitere Arbeit notwendig ist und an weiterer Stelle darauf hingewiesen, dass dieses Ziel oftmals vorrangig zu behandeln sei. Die Erfahrung hat gezeigt, dass Teilnehmende zum Ende ihres Coachings die Jobsuche ins Auge fassen wollen. Zugleich aber zeigt ihre große Distanz zu den Anforderungen des Arbeitsmarktes, dass sie dies in einem früheren Stadium nicht leisten bzw. erfolgreich umsetzen können. So zeigt sich auch in der Falldokumentation zum Ende der Teilnahme, dass die soziale Teilhabe und die Gesundheit die größten Fortschritte erzielten, man dies jedoch nicht trennen konnte von einer (daraus folgenden) Steigerung der Beschäftigungsfähigkeit. Auch für die Akzeptanz der Teilnehmenden und deren Lebenszufriedenheit hat sich der Weg der Stabilisierung als der Richtige gezeigt.

Kleine Erfolge wertschätzen

Von Seiten des Coaching-Teams wurde hervorgehoben, dass es eine wichtige Qualität sei, in Anbetracht der Zielgruppe von ICh auch kleine Schritte als Fortschritt zu feiern. Diese Einschätzung aus Trägerperspektive deckt sich mit den Eindrücken der Kund*innen, denn einschneidende Erfolgserlebnisse sind in Anbetracht der Projektziele scheinbar gering, für die betreffenden Personen allerdings erheblich. Dazu gehörten beispielsweise die Reduktion von sozialen Ängsten, die dazu führten, dass die betreffende Person wieder Bus fahren und sogar in unbegleiteten Gesprächssituationen (z.B. im Kontext von Interviews mit der wissenschaftlichen Begleitung) eigenständig agieren konnte. Eine andere Person schilderte, dass ihr Schlafrhythmus sich endlich normalisiert habe und keine stundenlangen Mittagsschläfe mehr notwendig seien, was die Lebensqualität und das Selbstbild stark erhöhen würden.

Der Einfluss, den solche scheinbar geringen Dinge auf die Personen haben, ist nicht zu unterschätzen und birgt oft noch weitere Dimensionen. So gewinnen die betroffenen Personen durch die gezeigte

Disziplin Selbstvertrauen und Stolz. Weiterhin zeigt sich ein konkreter Nutzen der Projektteilnahme, welcher sie empfänglicher für weitere Hilfestellungen macht. Konkretes Handwerkszeug (z.B. das Führen eines Schlaftagebuchs) übersetzt sich oftmals direkt in Erfolgserlebnisse und demonstriert in den Augen der Kund*innen die Kompetenz der jeweiligen Coaches.

Struktur im Alltag

Viele Teilnehmenden berichteten über das Coaching, dass ihre verbesserte Alltagsstruktur für sie eines der besten und eindrücklichsten Erfolgserlebnisse sei *(„Ich habe mal wieder Termine", „Ich sehe mehr Menschen draußen und nicht nur meine Familie", „Meine Schlafgewohnheiten sind normaler", „Ich trinke weniger Alkohol").*

Die Alltagsstrukturierung durch die Unterstützung des Coachings auch das konzeptionelle Fundament, von dem aus die Coachees weitere Leistungen in Anspruch nehmen können und in eine Situation versetzt werden, selbst Kontrolle zu übernehmen. Unwahrscheinliche Dinge wie ausbleibende Zahnarztbesuche und ungekündigte Internetverträge haben in dem Leben mancher Teilnehmenden eine paralysierende Wirkung entfaltet. Das Lösen solcher Blockaden, welches dazu führt, dass sie Selbstwirksamkeitserfahrungen generieren, scheint für eine nachhaltige Wirkung der Stabilisierung unerlässlich. Dies wird auch von den Kund*innen selbst so wahrgenommen und offen artikuliert (*„… dann würde ich vielleicht wieder zur Flasche greifen")* und sollte somit im Fokus jeder Unterstützungsleistung stehen.

3.2 Kritische Einflüsse auf die Projektumsetzung

Vor dem Hintergrund der Projektumsetzung ergaben sich neben den o.g. inhaltlichen Lerneffekten auch Erfahrungen, die sich kritisch auf den Umsetzungsprozess ausgewirkt haben. Außer Acht gelassen sei an dieser Stelle, dass die Corona-Pandemie und die damit einhergehenden Kontaktbeschränkungen/ Schließung von Einrichtungen einen wesentlichen Negativeffekt auf die Projektdurchführung und Zielerreichung hatten. Die folgenden Aspekte nehmen weitere Einschränkungen in der gebotenen Kürze auf.

- In der Konzept- und Projektplanung wurden ein zu geringer Personalansatz (zu hohe Betreuungsrelation) und zu hohe Zielwerte festgelegt. Es hat sich bereits in einer frühen Umsetzungsphase des Projektes gezeigt, dass die angenommene Basiszahl von 2.000 möglichen Teilnehmenden nicht mit entsprechenden Kapazitäten hinterlegt werden konnte. Dies auch vor dem Hintergrund, dass ein Angebot für 2.000 Interessierte (mit einem Projektübergang für geplante 650 Teilnehmende) mit einem zu hohen Beratungsaufwand im Rahmen von einer Anzahl entsprechender Erstgespräche zur Folge gehabt hätte.
- Während der Projektphase gab es Personalausfälle und dadurch Probleme in den Vertretungsregelungen. Die Nachbesetzungen von erkrankten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern waren erst nach Auslauf des Krankengeldes möglich. Obschon dies zu den Risiken des Projektträgers gehört, trafen das Projekt die Folgen der Corona-Pandemie nicht nur durch die Einrichtungsschließung, sondern auch durch Erkrankungsfälle im Projektteam. Auch dies hat sich auf die Leistungsfähigkeit des Teams ausgewirkt.
- Ausstattung Gesundheitshäuser: Ein fehlender Empfang bzw. Eingangszone führte zu Mehrarbeit bei den Fallmanager*innen. Die projektbezogene knappe Ausstattung der Gesundheitshäuser hat dazu geführt, dass der gesamte Kundenbetrieb durch das Projektteam bzw. Fallmanagement organisiert werden musste.
- Sehr hoher Dokumentationsaufwand durch Projektvorgaben für die wissenschaftlichen Begleitungen (Monitoring-Listen). Zweifellos war der Anspruch an rehapro als ein lernendes Programm durch entsprechende Dokumentationen zu bedienen. Es hat sich aber gezeigt, dass die Anforderungen der Bundesevaluation an das Projektteam insbesondere im Bereich des Projektmonitorings hoch waren, auch weil eigene Instrumente eingesetzt wurden, die jenseits der Falldokumentation im Jobcenter und im individuellen Coaching mit eigenen Indikatoren zu bedienen waren.
- Durch die zeitlich unflexible Einteilung der Arbeitspakete war keine individuelle Steuerung der Prozesse möglich. Damit war die Reaktionsfähigkeit des Gesamtkonzeptes bei individuellen Teilnahmeverläufen, insbesondere unter dem Einfluss der Corona-Maßnahmen – deutlich eingeschränkt.

- Das vom Jobcenter Ostholstein geplante persönliche Budget i.H.v. 1.000 Euro pro Teilnehmende als Möglichkeit zur individuellen Leistungsgewährung wurde im Zuwendungsbescheid abgelehnt.
- Die geplante Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern („Alle unter einem Dach“) im Projekt „ICh“ hat nur ansatzweise stattgefunden (s.o.). Entweder fehlten die personellen Ressourcen oder die Bereitschaft der anderen Kooperationspartner. Hinzu kamen die massiven Einschränkungen während der Corona-Pandemie.

4 Verstetigung vor Ort

4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung

Fallmanagement und Regelangebote

Das Projekt „ICh- Ich habe eine Chance“ hat die Notwendigkeit gezeigt, das bisherige beschäftigungsorientierte Fallmanagement um Aspekte der Hilfen zur gesundheitlichen Stabilisierung zu erweitern. Nicht nur die Projektteilnehmenden, sondern nachweislich der Großteil der Kundinnen und Kunden des Jobcenters hat teils massive vermittlungshemmende Problemlagen wie etwa psychosoziale Beeinträchtigungen, Überforderungen in der Alltagsbewältigung, mangelnde soziale Einbettung oder Konflikte in der Familie bzw. im sozialen Umfeld. Hinzu kommen oftmals Sucht, Verschuldung, schwierige Wohnverhältnisse und mangelnde Belastbarkeit hinsichtlich der Bewältigung von Erwerbsarbeit. Auf diese und weitere Herausforderungen muss das Fallmanagement eingehen, um eine Verbesserung und nachhaltige Stabilisierung des Leistungsvermögens der Menschen im Rechtskreis SGB II zu erzielen.

Im Rahmen des Modellprojektes wurden die Fallmanager*innen zu Gesundheitslots*innen qualifiziert und mit ihrem neu erworbenen Fachwissen in den Dimensionen der physischen, psychischen und sozialen Gesundheit sowohl für die Erkennung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen als auch für deren Bearbeitungsmöglichkeiten im Rahmen präventiver oder begleitender Hilfen eingesetzt. Ein entsprechender Ansatz zur Verstetigung dieser Kompetenzen liegt in der Implementierung eines sozialintegrativen Fallmanagement (beschäftigungs- und gesundheitsorientiert) mit dem notwendigen Wissen und der Flexibilität bei Ausgestaltung der Zusammenarbeit mit Kundinnen und Kunden mit gesundheitlichen Problemlagen.

Dieser Ansatz erfordert eine flächendeckende Kompetenzerweiterung bei allen Fallmanager*innen, zumal keine personelle Zuordnung zwischen dem beschäftigungsorientierten und dem sozialintegrativen Fallmanagement vorgesehen ist, sondern beide Ansätze von den Fallmanager*innen anzuwenden sind. Ergänzend dazu sollten auch supervisorische Ansätze wie etwa eine kollegiale Beratung oder kollegiales Coaching eingesetzt werden. Hierzu müssen einerseits finanzielle Mittel und entsprechende Weiterbildungsangebote bereitgestellt, andererseits auch die Bereitschaft des Personals hierfür geöffnet werden. Ein solcher Entwicklungsprozess muss gesteuert und von der Geschäftsleitung des Jobcenters getragen werden – bestenfalls über eine entsprechende Geschäftsanweisung.

Ein sozialintegratives Fallmanagement muss aber auch über entsprechende Angebotsformate in der Regelförderung verfügen. Hier bietet der § 16k SGB II vielfältige Ansätze wie etwa:

- Individuelle Beratung, Betreuung und Unterstützung der Teilnehmenden und ggf. deren Bedarfsgemeinschaft während des gesamten Förderzeitraums,
- Unterstützung in der konkreten persönlichen und familiären Situation, soziale Aktivierung,
- Aufbau von Tagesstrukturen und Alltagshilfen, Hilfestellung bei Behördengängen und Antragstellungen,
- Stabilisierung der Bedarfsgemeinschaft, Krisenintervention bzw. Konfliktbewältigung,
- Unterstützung bei psychosozialen Problemen, Suchtproblematiken, Schulden, Gesundheitsproblemen,
- Entwicklung von Sprachkompetenzen durch Aktivierung von Netzwerken zu anderen Leistungsträgern,
- Aufbau beruflicher Handlungskompetenzen, z. B. Unterstützung bei der Entwicklung von Arbeitstugenden, Förderung der beruflichen Flexibilität, Vermittlung der Anforderungen im Arbeitsalltag
- Übergangsmanagement, z. B. Förderung von Anschlussperspektiven…

Diese Aufzählung ist nur beispielhaft, denn die Förderinhalte der ganzheitlichen Betreuung sind gesetzlich nicht geregelt. Die Inhalte richten sich nach den individuellen Bedarfen sowie den Erfordernissen, um die besonderen Problemlagen zu beseitigen und die Beschäftigungs-/Ausbildungsfähigkeit aufzubauen und in der Folge zu stabilisieren. Leistungen des §16k SGB II sind – wie auch die

Leistungen des rehapro-Modellprojektes - als freiwillige Leistungen konzipiert, aus einer Ablehnung oder einem Abbruch dürfen keine Nachteile entstehen.

Viele Elemente des individuellen Coachings im rehapro-Projekt „ICh – Ich habe eine Chance“ (AP 5 und 6) finden eine Entsprechung in den Leistungen nach §16k SGB II und wären demzufolge grundsätzlich als Ansatzhebel für eine Verstetigung unter Nutzung des Regelinstrumentariums möglich. Auch im Rahmen eines sozialintegrativen Fallmanagements wären genau diese Leistungen ein zentraler Ausgangspunkt für die Unterstützung der erwerbsfähigen Leistungsbeziehenden, der entweder vom Jobcenter (eigenes Personal), über 16k-Gutscheine oder über Vergabe einer MAT umzusetzen ist. Was sich vor dem Hintergrund der Projekterfahrungen gezeigt hat, ist die hohe Bedeutung von Mobilitätshilfen, insbesondere in einem gering besiedelten Flächenkreis wie dem Kreis Ostholstein.

Schon heute kann das Jobcenter ein Vermittlungsbudget zur Unterstützung erwerbsfähiger Leistungsberechtigter bei der Anbahnung oder Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung oder einer Ausbildung einsetzen (§16 SGB II i.V.m. §44 SGB III). Dies sollte künftig auch zur Förderung und Stärkung der Persönlichkeit, etwa durch die Einrichtung eines persönlichen Budgets institutionsübergreifend (z. B. Aufwände und Fahrtkosten für Therapien) ermöglicht werden. Die Förderkonditionen des rehapro-Modellprogramms haben die Einrichtung eines solches persönlichen Budgets leider nicht zugelassen die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit hätte sich aber im Projektverlauf an vielen Entscheidungspunkten bewiesen.

Für die Umsetzung eines sozialintegrativen Fallmanagement sollte eine geringere Betreuungsrelation angesetzt werden, ein Verhältnis von 60 Kund*innen für jede*n Fallmanager*in (anstatt 1:75) könnte ein realistischer Ausgangswert sein.

Kooperationen und Netzwerkarbeit

Konzeptionell war das Projekt „ICh – Ich habe eine Chance“ mit einer starken Strukturperspektive in Richtung Kooperation und Vernetzung aller relevanten Leistungsträger angelegt. Geplant war eine gemeinsame Verortung in zwei Gesundheitshäusern (Neustadt und Oldenburg) mit der Zielsetzung einer abgestimmten Leistungserbringung „unter einem Dach“. Eine systematische/organisationale Vernetzung zwischen den Trägern – etwa in Form einer gemeinsamen dauerhaften Präsenz in den zwei Gesundheitshäusern – konnte nicht wie geplant realisiert werden. Laut der beteiligten Träger lag dies insbesondere in den fehlenden Ressourcen für die personelle Bestückung der dezentralen Standorte im Flächenkreis. Der in der Konzeptphase angestrebte strategische Netzwerkaufbau wurde zwar stark betrieben, aber nicht erfolgreich beendet, weil einerseits die Folgen der Corona-Pandemie in die Umsetzungsprozesse einwirkten und auch weil relevante Akteure im Netzwerk aus den vorgenannten Gründen zwar fallbezogen, aber nicht strukturell/organisational eingebunden werden konnten.

Trotz der Hindernisse konnten intensive Kooperationsbeziehungen aufgebaut werden, so insbesondere mit dem LVGFSH-Programm (siehe Kap. 2.2), im späteren Projektverlauf aber auch mit weiteren Netzwerkpartnern im Bereich Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation. Hier sind vor allem die Netzwerkarbeit mit den Kliniken (AMEOS Klinikum/Psychiatrie), der Integra gGmbH sowie der Brücke Schleswig-Holstein – beide auch als Träger von Integrationsfachdiensten (IFD), und der Anschluss am Hansenetzwerk Gesundheit Raum Lübeck und Umgebung zu nennen.

Kooperation und Vernetzung ist kein Selbstzweck, sie muss den Kund*innen des Jobcenters zugutekommen. Fakt ist, dass fast jede*r dritte Kund*in im Rechtskreis unter psychischen Beeinträchtigungen bzw. Erkrankungen leidet und zur Stabilisierung der Lebenssituation bzw. der Beschäftigungsfähigkeit fachkundige Hilfe benötigt. Vor diesem Hintergrund ist das Jobcenter nunmehr auch Mitglied des Arbeitskreises Gemeindenahe Psychiatrie und im Gemeindepsychiatrischer Verbund in Ostholstein.

Ebenfalls verstärkt wurde die Zusammenarbeit mit dem Kreis Ostholstein, sowohl mit dem Fachdienst Eingliederungshilfen als auch mit den Sozialen Hilfen, durch operative Abstimmungen mit dem Fallmanagement verstärkt. In den Kooperationshandlungen zwischen Jobcenter und Kreis wurde vereinbart, dass die ärztlichen Gutachten der Honorarärztin als Grundlage für die Überleitung ins SGB XII zu Grunde gelegt werden können.

Der Grundansatz einer durchgehenden Förderung ohne Lücken oder Abbrüche kann über vernetzte Leistungserbringung umgesetzt werden. Hierzu bedarf es fallweise einer „warmen“ Übergabe der Leistungsträger im Rahmen der Fallkonferenzen. Dieses Format wurde im Rahmen des Projektes vielfach praktiziert und konnte somit transparente Förderentscheidungen unter aktiver Beteiligung der hiervon betroffenen Kund*innen sichern (… nicht über, sondern mit den Kund*innen…). Gleiches gilt auch für die fallweise Überleitung vom SGB II in den Rechtskreis des SGB XII.

Als eine Bedingung der Verstetigung dieser Ansätze sollte aber die Zusammenarbeit der beteiligten Institutionen nach SGB IX beim Teilhabeplan verbindlicher geregelt werden. Dies sollte auf alle Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen ausgeweitet werden, sofern eine der beteiligten Institutionen die Notwendigkeit hierfür sieht.

Bezogen auf das Aktivierungspotenzial der Kund*innen könnte sich als weiterer Schritt – in Ergänzung zur Verstetigung - die Entwicklung eines sogenannten EX-IN Beratungsansatzes („Experienced Involvement“) anbieten. Hier geht es darum, Erfahrungswissen auf der Ebene der Einzelpersonen weiterzugeben und hierfür erfahrene Personen aus dem Kreis der Kund*innen des Jobcenters entsprechend zu qualifizieren. In der Zielperspektive dieses Ansatzes wären diese Personen folgend in der Lage, als Genesungs- oder Entwicklungsbegleiter*innen zu agieren.

Es hat also sich gezeigt, dass eine vernetzte Arbeit mit den Leistungsträgern, den Fachdiensten und anderen relevanten Einrichtungen sowie den Kund*innen selbst eine wesentliche Grundlage zur Optimierung der Hilfeleistungen und damit auch zur Vermeidung von Leistungsbrüchen ist. Im Rahmen des Projektes konnte dies fallbezogen praktiziert werden, in der Verstetigung wird es aber weiterhin darum gehen, das Leistungsangebot auch fallunabhängig durch regelmäßige (quartalsweise) Austauschformate transparenter und zielgerichteter zu gestalten.

4.2 Verstetigung im eigenen Jobcenter

Schwerpunkt beschäftigungs- und sozialintegratives Fallmanagement

Der Anteil der “nicht marktnahen Kunden“ überwiegt im Vergleich zu den “marktnahen Kunden“ in der Kundenstruktur des Jobcenters Ostholsteins deutlich. Mehr als drei Viertel der Kund*innen sind nicht unmittelbar oder nur mit Hilfe arbeitsmarktpolitischer Instrumente in den Arbeitsmarkt integrierbar. Viele benötigen eine besondere integrative Unterstützung durch speziell ausgebildete Fallmanager:innen. Das Fallmanagement untergliedert sich seit November 2024 in das beschäftigungsorientierte (bFM) und sozialintegrative (sFM) Fallmanagement – mit dem bestehenden Personalstamm. Eine entsprechende Geschäftsanweisung des Jobcenters Ostholstein regelt das spezifische Vorgehen.

Dabei dient der Ansatz des beschäftigungsorientierten Fallmanagements (bFM) der Wiederherstellung sowie der Steigerung der Beschäftigungsfähigkeit und stellt den überwiegenden Teil im Aufgabenbereich des Fallmanagements im Jobcenter Ostholstein dar. Ziel ist eine nachhaltige Integration in den ersten Arbeitsmarkt, sowie die Beseitigung der Hilfebedürftigkeit. Dieses Ziel ist in 24 Monaten zu erreichen. Das bFM unterstützt die Integration in Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt für Kund*innen, die aufgrund ihrer persönlichen Umstände, dazu allein nicht in der Lage sind.

Der Ansatz des sozialintegrativen Fallmanagements (sFM) dient der sozialen und gesellschaftlichen Integration, sowie Teilhabe und kann bis zu 5 Jahre andauern. Im sFM ist die gesundheitliche und persönliche Situation des Kunden zu stabilisieren und zu verbessern, sowie die psychische und körperliche Belastbarkeit zu fördern, und dabei die Selbstwirksamkeit zu stärken. Kund*innen ohne soziale Kontakte können wieder in Kontakt mit anderen Menschen gebracht werden und soziale oder krankheitsbedingte Isolation kann dadurch gemildert werden. Der individuelle Weg in Richtung Arbeitsmarkt führt dabei über die soziale und gesellschaftliche Integration und Teilhabe. Die Zunahme und Verfestigung der Vermittlungshemmnisse und eine weitere Entfernung vom Arbeitsmarkt, sowie eine Fortdauer des Leistungsbezuges soll somit verhindert werden.

Das Fallmanagement im Jobcenter Ostholstein ist im Rahmen eines eigenständigen Teams organisiert. Die Beratung erfolgt in den Geschäftsstellen vor Ort. Es erfolgt in der Regel eine Einzelfallbetreuung, wobei bei Bedarf die Bedarfsgemeinschaft mit einbezogen werden kann. Die zuständige

Führungskraft übt die Fachaufsicht aus. Ziel ist es einen gemeinsamen Fachbereich aufzubauen, ein einheitliches Verständnis und eine hohe Beratungsqualität in Ostholstein sicherzustellen.

Die Erfahrung im Projekt rehapro hat gezeigt, dass die Betreuung von Menschen im Fallmanagement mit einem ausgeprägten Schwerpunkt in den gesundheitlichen Handlungsbedarfen komplexer und zeitintensiver ist. Der Betreuungsschlüssel wurde daher mit 1:60 Kund*innen bei einem Vollzeitäquivalent per Geschäftsanweisung angeglichen. Das Betreuungsverhältnis bei Teilzeitbeschäftigten orientiert sich am individuellen Arbeitszeitvolumen des Mitarbeiters und wird mit der zuständigen Teamleitung festgelegt.

Verfahren im Fallmanagement (bFM und sFM)

Die/ der Fallmanager*in entscheidet über die Zuordnung der Kund*innen in das beschäftigungsorientierte Fallmanagement (bFM) oder das sozialintegrative Fallmanagement (sFM) und die Vergabe der internen Kennung (sFM im Bewerberprofil). Voraussetzung für den Zugang in das Fallmanagement (kumulativ) liegt vor bei:

- Kund*innen, die mindestens 3 Handlungsstrategien in den Handlungsbedarfen "Leistungsfähigkeit und/oder Rahmenbedingungen" aufweisen,
- die nach dem Ergebnis des Profilings voraussichtlich nicht innerhalb von 12 Monaten in den Arbeitsmarkt integriert werden können,
- die über einen vollständig aufbereiteten VerBIS-Datensatz (4PM [Profiling, Ziel, Strategie]), Lebenslauf, Stärkenanalyse, Stellengesuch mit Zielberuf) verfügen,
- die über einen aktiven Veränderungswillen besitzen und dafür ihre Einwilligung gegeben haben,
- bei denen bisherige Integrationsstrategien erfolglos waren.

Der besondere Bedarf für das sFM ist im Profiling unter Kommentare/Erläuterungen zu dokumentieren. Der Wechsel vom sFM ins bFM ist in der Kundenhistorie im Betreff eines allgemeinen Vermerks zu dokumentieren.

Sowohl im bFM als auch im sFM sind die Regelinstrumente einzusetzen, wobei insbesondere der §16k SGB II zur spezifischen Standortbestimmung der Kund*innen zum Einsatz kommen kann. Ergänzend wurde das Vermittlungsbudget für das Fallmanagement per Geschäftsanweisung hinsichtlich der Gesundheitsförderung geöffnet (z.B. Förderung von Fahrrädern oder E-Bikes). Ausgehend von den Erfahrungen im Projekt rehapro wurde ebenfalls das bestehende Qualifikationskonzepts für den Bereich Markt und Integration überarbeitet und um das Instrument der kollegialen Beratung ergänzt.

Netzwerkarbeit als integraler Bestandteil des Fallmanagements

Netzwerkarbeit ist ein wesentlicher Bestandteil der Arbeit im Fallmanagement. Die Auswahl resultiert aus den Handlungsbedarfen der im Fallmanagement betreuten Kund*innen.

Die Fallmanager*innen erkunden regelmäßig das regionale Angebot möglicher Netzwerkpartner, stellen die Kontakte her, entwickeln gemeinsam die Möglichkeiten der Zusammenarbeit (z.B. Fallbesprechungen und Fallkonferenzen), pflegen diese Kontakte z. B. durch regelmäßig stattfindende gemeinsame Treffen der Netzwerkpartner und schalten diese bei der Arbeit mit den Kunden im Fallmanagement fall- und anlassbezogen ein.

Zu den Netzwerkpartnern gehören auch die internen Schnittstellen zur Agentur für Arbeit (Rehabilitation, Berufsberatung, Berufspsychologischer und Ärztlicher Dienst) sowie dem Leistungsbereich des Jobcenters Ostholstein. In diesem Zusammenhang erstellt und pflegt das Team Fallmanagement eigenverantwortlich einen Netzwerkplan. Dieser wird in geeigneter Weise den Mitarbeitern des Jobcenters Ostholstein zur Verfügung gestellt.

Ausgehend von den Ergebnissen des rehapro Projektes werden weiterhin vernetzte Maßnahmen mit dem LVGFSH-Programm „teamw()rk“ vom Jobcenter angeboten, darunter auch ein quartalsweise stattfindendes Multiplikatorentreffen zum Erfahrungsaustausch. Die Geschäftsanweisung „Fallmanagement“ sieht für die die Netzwerkarbeit ein Kontingent von ca. 1/5 der Arbeitszeit der

Fallmanager*innen des Jobcenters vor. Je nach aktueller Bedarfslage kann aber auch mehr Arbeitszeit in die Netzwerkarbeit investiert werden.

Weiterführung von erfolgswirksamen Einzelmaßnahmen aus dem rehapro Projekt

Die Erfahrungen des rehpro Projektes haben auch gezeigt, dass einige dort entwickelte Einzelmaßnahmen hoch wirksam sind und sich für die Übernahme in das Regelgeschäft des Jobcenters qualifiziert haben.

So wird etwa die im Rahmen des Projektes engagierte Honorarärztin auch weiterhin für das Fallmanagement eingesetzt.

Weiterhin angeboten wird auch die im Rahmen des Projektes implementierte „Sprechstunde Seelische Gesundheit“ in Form eines zertifizierten AVGS-Angebotes.

Offene Angebote zur gesellschaftlichen und sozialen Teilhabe werden weiterhin erhalten, so insbesondere das sehr erfolgreich umgesetzte „Café Chancenreich“ als offener Treffpunkt und Austausch für alle Kund*innen des Jobcenters, aber auch als Ort für thematische Schulungen und Vorträge zu den Themen Gesundheitsprävention und Gesundheitsförderung. Für die Verstetigung in Neustadt i.H. konnte der Träger Brücke Schleswig-Holstein gGmbH gewonnen werden. Ergänzend zum Café Chancenreich wurde eine zusätzliche Veranstaltungsreihe „Chancenreich“ aufgesetzt. Hier stehen Gesundheitsthemen wie „Essen für die Seele, Ernährungsberatung, Bewegungstraining u.a.“, im Mittelpunkt. Das Jobcenter Ostholstein selbst ist auch weiterhin am LVGFSH-Programm „teamw()rk für Gesundheit und Arbeit“ aktiv beteiligt.

Räume und Orte

Aufgrund fehlender finanzieller Ausstattung ist es leider nicht gelungen, die im Rahmen des rehapro Projektes implementierten Gesundheitshäuser weiterhin aufrecht zu erhalten.

Das Fallmanagement ist als dezentrales Team angelegt und in den Standorten des Jobcenters Ostholstein verortet. Zur Stärkung der Teamarbeit und der gemeinsamen Prozesse wurde in der Geschäftsstelle Timmendorfer Strand ein gemeinsamer Stützpunkt eingerichtet. Dort finden u.a. gemeinsame Dienstbesprechungen in einem 14-tägigen Rhythmus statt. Damit ist einerseits gewährleistet, dass die spezifischen Angebote flächendeckend implementiert werden können, andererseits konnte aber der für die Kund*innen konstruktive Effekt des Angebotes in einem neutralen Standort außerhalb der Institution „Jobcenter“ (eben in den Gesundheitshäusern) nicht nachhaltig gewährleistet werden.

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung

5.1 Voraussetzungen für die Übertragbarkeit

Ressourcenausstattung

Zunächst lässt sich festhalten, dass das rehapro-Programm durch die Bereitstellung entsprechender Ressourcen nicht nur in Ostholstein, sondern bei vielen anderen Jobcentern und Projektstandorten zu praxis- und transfertauglichen Innovationen geführt hat. Das Programm ist aber eben in seinem Format ein zusätzlich ausgestattetes Innovationslabor, im Rahmen dessen neue Ansätze entwickelt und erprobt werden konnten. Nach Abschluss der Förderung stellt sich die Herausforderung, diese Innovationen in eine Regelförderung zu überführen, die durch eine zunehmende Ressourcenkonsolidierung geprägt ist. Entscheidende Rahmenbedingung für eine Umsetzung und Verstetigung der im Projekt „ICh – Ich habe eine Chance“ gewonnenen Erkenntnisse ist demnach die finanzielle Mittelausstattung des Jobcenters Ostholstein und hierbei insbesondere die Ausstattung mit entsprechenden Sach- und Verwaltungsressourcen – etwa auch für die Ausstattung von Angeboten wie den Gesundheitshäusern.

Auskömmliche Verwaltungs- und Integrationsbudgets sind für eine Neuausrichtung der Jobcenter auf Gesundheit als Grundlage für Teilhabe und Integration der Kund*innen unabdingbar. Das bedeutet u. a. die Ausstattung eines spezifischen Personalschlüssels, der nicht zulasten des Personalschlüssels der originären Integrationsfachkräfte gehen darf. Hierzu gehört aber auch die finanzielle Ausstattung eines eigenen Budgets für das sozialintegrative Fallmanagement, sowohl für die Eingliederungsleistungen als auch für die entsprechenden Instrumente.

Fokussierung auf ganzheitliche Interventionsergebnisse

Die rehapro Modellvorhaben zielen sowohl auf die Stabilisierung der Beschäftigungsfähigkeit als auch gleichberechtigt auf Teilhabe und Integration. Dabei haben sich in der Projektumsetzung folgende Bestandteile als wirksam und notwendig erwiesen:

- Freiwilligkeit im Zugang und Selbstbestimmtheit in der Ausgestaltung haben sich als grundlegende Gelingensfaktoren herausgestellt.
- Partnerschaftlichkeit und Ergebnisoffenheit: Eine partnerschaftliche Entwicklung von Zielen und Meilensteinen und deren kontinuierliches Nachhalten durch gemeinsame Reflexion im Prozess der Begleitung bei gleichzeitiger Ergebnisoffenheit ermöglichen einzelfallbezogene Lösungen und Entwicklungsfortschritte sowie einen ressourcenorientierten Umgang mit Rückschlägen.
- Eine gemeinsame Hilfeplanung (Fallkonferenzen) befördert individuell zugeschnittene Unterstützungsangebote über Rechtskreise hinweg; dabei ist eine bedarfsorientierte Anbindung der Teilnehmenden an das Gesundheitssystem unbedingt erforderlich.
- Ein zeitlich flexibler Entwicklungshorizont ermöglicht eine flexible individuelle Teilnahmedauer, ausgehend von den individuellen Potenzialen der Teilnehmenden bei einer durchschnittlichen Teilnahmedauer von mehr als 12 Monaten. Die Planung kürzerer Interventionszeiträume hat sich bei dem hier adressierten Personenkreis nicht bewährt.
- Ein angepasster Personalschlüssel für diese Zielgruppe im Jobcenter ermöglicht eine individuell bedarfsorientierte wie intensive, kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Teilnehmenden.
- Bei den Integrationsfachkräften und Coaches, die unmittelbar mit dieser Personengruppe arbeiten, ist ein Ausbau in beratenden Kompetenzen und relevanten Kenntnissen zur physischen und psychischen Gesundheit unbedingt erforderlich.
- Eine auf den Einzelfall potenzialgerecht angelegte Anschlussvermittlung in Beschäftigung kann eine große Wirksamkeit entfalten – auch im Sinne kleinteiliger Integrationsfortschritte.

Elemente für wirksame Stabilisierung ausbauen

Mit einem ganzheitlichen Blick auf die Potenziale und Herausforderungen der Kund*innen und die entsprechende Interventionsplanung haben sich folgende Bestandteile der Arbeit im rehapro Projekt in Ostholstein als notwendig und wirksam gezeigt:

- Der Aufbau von Gesundheitskompetenz im Jobcenter ist in Verbindung mit Coaching zwingend erforderlich. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass sowohl der beschäftigungsorientierte als auch sozialintegrative Ansatz integraler Bestandteil des gesamten Fallmanagements sind.
- Eine Vernetzung von Informationen und Kontakten für einen weiten Überblick über Unterstützungsmöglichkeiten außerhalb des Jobcenters ist erforderlich, um der Komplexität des jeweiligen individuellen Unterstützungsbedarfs gerecht zu werden und weitere regionale Versorgungsmöglichkeiten ermitteln zu können.
- Eine Systematisierung und Professionalisierung von Netzwerkarbeit und regionalen Kooperationen trägt zur Klärung von Rollen, Zuständigkeiten und Aufgabenbereichen bei und legt die Grundlage für eine personenunabhängige Tragfähigkeit von Kooperationen und Netzwerken fest, z.B. über Vereinbarungen.
- Eine Kultur der Offenheit für „neue/andere“ Wege im Jobcenter soll es dem Fallmanagement ermöglichen, neue Wege gesundheitsförderlicher Unterstützung einzuschlagen. Ein auf dieser Basis gefördertes Vertrauen eröffnet Teilnehmenden im weitesten Sinne neue Genesungs- und Therapiemöglichkeiten.
- Bei Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen und deren Familiensystemen sind in der Regel mehrere Hilfesysteme betroffen oder auch schon im Einsatz. Dies erfordert bei allen Beteiligten, sich auf die Perspektiven der anderen Hilfe- und Unterstützungssysteme sowie einen angemessenen Austausch (Fallkonferenzen) einzulassen. Für den Einzelfall wird ein umfassender systemischer Blick auf Handlungserfordernisse und zugeordneter Lösungen ermöglicht, Zielkonflikte in der Unterstützung werden vermieden und deren Effektivität wird erhöht.
- Eine Einbindung psychologischer und medizinischer Fachexpertise in die Anamnese und Maßnahmenumsetzung erhöht die Effektivität der Interventionen.

5.2 Übertragbarkeit in andere Regionen oder Kontexte/ Zielgruppen

Grundsätzlich können die Erfahrungen aus dem rehapro Projekt „ICh – Ich habe eine Chance“ auch übertragen werden, wenn die o.g. Voraussetzungen berücksichtigt werden. Da es sich sowohl um generelle als auch um spezifische Ansätze handelt, ist ein Transfer sowohl auf andere Zielgruppen als auch auf andere Regionen und Kontexte möglich. Wie oben bereits ausgeführt, weisen die Mehrzahl der Kund*innen des Jobcenters ähnliche vermittlungshemmende Merkmale aus, die eine relativ hohe Arbeitsmarktferne beschreiben. Von daher wäre zunächst ein Transfer in die Regelprozesse des Jobcenters, aber auch in jene der Leistungsträger anderer Rechtskreise mit ähnlichen Merkmalen in den Kundenstrukturen denkbar. Folgende Aspekte werden dabei eine Rolle spielen:

- Die Zielgruppe gesundheitlich eingeschränkter Menschen bedarf einer besonderen Unterstützung und Begleitung. Dazu gehören sinnvollerweise u. a. adäquate Settings der individuellen Begleitung und Beratung, eine kontinuierliche Absicherung der Netzwerkarbeit und ein gesondertes Budget für diese Arbeit. Für das Jobcenter bedeutet das, die skizzierten Veränderungen als zentrales Thema der eigenen Organisations- und Personalentwicklung aufzugreifen. Auch bei den anderen Leistungsträgern wie der Bundesagentur für Arbeit, der DRV, den GKV und im (kommunalen) Gesundheitssystem sind Veränderungen erforderlich, die zu einer verlässlichen, zielorientierten, wirksamen und nachhaltigen Zusammenarbeit und Kooperation mit Jobcentern und untereinander führen.
- Als Voraussetzung dazu bedarf es einer Überprüfung aller Sozialgesetzbücher, um Rechtskreiswechsel unbürokratischer und reibungsloser für die betroffenen Kund*innen sowie die beteiligten Institutionen zu gestalten (z. B. Rechtskreiswechsel SGB II zu SGB VI oder zu SGB XII).

- In diesem Zusammenhang wäre eine konkrete Voraussetzung ein einheitliches Erfassungs- und Dokumentationsprogramm in der Vermittlungs-, Beratungs- und Informationssystemebene.
- Entscheidend sind förderliche politische Rahmenbedingungen, für eine Neujustierung der Regelförderung im SGB II mit Blick auf gesellschaftliche Teilhabe und Arbeitsmarktintegration der mehrheitlich gesundheitlich beeinträchtigten erwerbsfähigen Leistungsberechtigten. Angesichts der wachsenden Herausforderungen im Beschäftigungssystem (bspw. Zunahme psychischer Erkrankungen), sollte eine politische Schwerpunktsetzung auf diesen Personenkreis gelegt werden; dann gelingen mittel- und langfristig auch deren Teilhabe und Arbeitsmarktintegration.
- Auf untergesetzlicher Ebene ist die Förderung der individuellen Beschäftigungsfähigkeit und Teilhabe mit Schwerpunkt gesundheitlicher Beeinträchtigungen im Steuerungssystem SGB II gleichgewichtig zu bisherigen Steuerungszielen zu verankern und organisatorisch zu implementieren. Leistungsindikatoren sollten dabei auch Netzwerkaktivitäten abbilden. Dies setzt eine systematische Abbildung nachvollziehbarer Entwicklungs- und Integrationsfortschritte der geförderten Personen auch in den Fachverfahren voraus. Fachkräfteinitiativen u. ä. auf Ebene des Bundes oder der Länder sollten gesundheitliche Beeinträchtigungen zentral als Herausforderung aller Zielgruppen der Arbeitsmarktpolitik in den Mittelpunkt stellen. Fachliche Weisungen sollten einen integrierten Instrumenteneinsatz für gesundheitlich Beeinträchtigte befördern. Insgesamt sollte eine veränderte Steuerung Anreize setzen, um regionale und lokale Lösungen zu stärken.
- Aus der Projekterfahrung heraus haben sich, neben den Regelinstrumenten des SGB II und dem praktizierten individuellem Coaching auch jene Formate als förderlich erwiesen, die an die Selbstaktivierungsressourcen der Kund*innen direkt adressiert sind, wie etwa niedrigschwellige Gruppenangebote oder auch die Motivationssteigerung durch die Nutzung separater Räumlichkeiten / Treffen außerhalb des Jobcenters (kein „Amt“, Treffpunkt für private Kontakte, Café, Peergroup-Situationen etc.).
- Auf gesetzlicher Ebene bedeutet dies eine bindende Verankerung der fachlichen Zusammenarbeit unter Einschluss der jeweiligen Finanzressourcen aller Rechtskreise mit Jobcentern, die von gesundheitsfördernden Aktivierungen der Jobcenter profitieren: SGB III, SGB V, SGB VI, SGB VIII, SGB IX (u.a. Öffnung des Integrationsfachdienstes für alle gesundheitlich Beeinträchtigten) und SGB XII sowie das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG).
- Ein rechtskonformer Datenschutz über Rechtskreisgrenzen hinweg bedarf einer grundsätzlichen Klärung. Damit ein auf die jeweilige Person individuell zugeschnittenes Interventionsarbeit (auf allen SGB-Ebenen) gelingen kann, ist es notwendig die gesetzliche Verankerung des Datenschutzes neu zu formulieren.

6 Anlagen

6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt

Übersichtskasten

Projekttitel	Ich habe eine Chance
Akronym	ICh
Zuwendungsempfänger	Jobcenter Ostholstein
Projektbeteiligte	Deutsche Rentenversicherung Nord (SGB VI)
	Deutsche Rentenversicherung Bund (SGB VI)
	AOK Nordwest (SGB V)
	Kreis Ostholstein (SGB XII)
	Integrationsfachdienst Lübeck, Ostholstein
	Agentur für Arbeit (SGB III)
Förderaufruf	Erster Förderaufruf
Projektzeitraum	01.09.2019 – 31.08.2024

6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis

Flyer ICh – für die möglichen Kunden

Flyer ICh – als Arbeitshilfe in der Aktivierungsphase

Flyer ICh – mit integra

Flyer „Café Chancenreich“ (beteiligt)

Presseartikel vom 19.01.2023

Presseartikel vom 24.05.2024

6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen

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