ERGEBNISBAND

RPV

Regionales Präventionszentrum Kreis Viersen

Modellprojekt ▪ Bundesprogramm rehapro ▪ Erster Förderaufruf

Projektverantwortlich:
Jobcenter Kreis Viersen

Gefördert durch:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

rehapro

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

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

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

Inhaltsverzeichnis

1 Darstellung des Modellprojekts 5
1.1 Ausgangslage 5
1.2 Inhalte 6
1.3 Ziele 9
1.4 Organisation/Beteiligte Akteure 10
1.5 Wissenschaftliche Begleitung 12

2 Ergebnisse des Modellprojekts 20

3 Erkenntnisse zu den innovativen (Teil-)Ansätzen und deren Wirkungen 25
3.1 Teilansatz personelle Ausrichtung auf Gesundheit 25
3.2 Teilansatz Capability Approach 26
3.3 Teilansatz motivierende Gesprächsführung nach Miller& Rollnick –klientenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers 26
3.4 Teilansatz verhältnisorientierte Beratung 27
3.5 Teilansatz Zusammenarbeit mit dem Kreisgesundheitsamt im Kreis Viersen 28

4 Verstetigung vor Ort 30
4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung 30
4.2 Verstetigung im eigenen Jobcenter 31

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung 33

6 Anlagen 34
6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt 34
6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis 34
6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen 34

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Grundsätze im RPV 23

Abbildung 2: Beratungsansatz im RPV 31

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Innovationen RPV 8

Tabelle 2: Durchgeführte Datenerhebung im Projekt RPV 16

Abkürzungsverzeichnis

AGH	Arbeitsgelegenheit
AU	Arbeitsunfähigkeit
BeWo	ambulant betreutes Wohnen
CRA	
DMP	Disease Management Programm
EGZ	Eingliederungszuschuss
HCC	Health Care Coach
IFK	Integrationsfachkraft
KGA	Kreisgesundheitsamt
KGK	Kommunale Gesundheitskonferenz
MI	Motivational Interviewing
RPV	Regionales Präventionszentrum Kreis Viersen

1 Darstellung des Modellprojekts

1.1 Ausgangslage

Die Zahl der Menschen, die aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen Schwierigkeiten haben, am Arbeitsleben teilzunehmen, steigt in Deutschland kontinuierlich an. Besonders betroffen sind dabei Langzeitarbeitslose, die Leistungen vom Jobcenter beziehen. Untersuchungen zeigen, dass diese Personengruppe überdurchschnittlich häufig unter körperlichen und psychischen Erkrankungen leidet, die nicht nur ihre individuelle Lebensqualität, sondern auch ihre Chancen auf eine berufliche Wiedereingliederung erheblich beeinträchtigen.

Auch im Kreis Viersen zeigt sich diese Problematik deutlich. Das Jobcenter Kreis Viersen veranlasst jährlich rund 1.200 medizinische Gutachten, um die Erwerbsfähigkeit von Arbeitslosengeld-II-Beziehenden zu überprüfen. Dabei wird festgestellt, dass rund 600 dieser Personen unter dauerhaften gesundheitlichen Einschränkungen leiden, die sich jedoch durch geeignete Präventionsmaßnahmen verbessern oder stabilisieren ließen. Die gesundheitlichen Beschwerden sind dabei vielfältig und betreffen sowohl den körperlichen als auch den psychischen Bereich. Viele Menschen leiden unter chronischen Schmerzen, insbesondere im Rücken- und Gelenkbereich, die häufig auf Bewegungsmangel oder körperliche Fehlbelastungen zurückzuführen sind. Auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind weit verbreitet. Gleichzeitig stellt die psychische Belastung durch Langzeitarbeitslosigkeit für viele eine erhebliche Herausforderung dar. Stress, Selbstzweifel und soziale Isolation begünstigen die Entwicklung von Depressionen, Angststörungen oder Antriebslosigkeit, die eine aktive Lebensgestaltung zusätzlich erschweren. Hinzu kommt, dass ungesunde Lebensgewohnheiten wie eine unausgewogene Ernährung, Bewegungsmangel oder gesundheitsschädliches Verhalten das Risiko für chronische Erkrankungen wie Diabetes, Bluthochdruck oder Adipositas erhöhen. Diese Faktoren verstärken sich oft gegenseitig und führen langfristig zu einer weiteren Verschlechterung der gesundheitlichen und beruflichen Perspektive der Betroffenen.

Trotz dieser Erkenntnisse bestehen für viele Betroffene große Hürden, wenn es darum geht, präventive Maßnahmen in ihren Alltag zu integrieren. Oft fehlt es an Wissen über geeignete Angebote, finanziellen Ressourcen oder auch einfach an Motivation und Unterstützung.

Ein zentrales Problem besteht darin, dass gesundheitliche Einschränkungen zwar durch medizinische Begutachtungen erfasst und dokumentiert werden, die Umsetzung empfohlener Maßnahmen jedoch in den meisten Fällen nicht systematisch begleitet wird. In den medizinischen Gutachten werden regelmäßig präventive Maßnahmen wie Physiotherapie, Ernährungsberatung oder psychologische Unterstützung empfohlen, doch eine gezielte Steuerung und Begleitung der Betroffenen in die entsprechenden Angebote findet bislang nicht statt.

In der Praxis bedeutet dies, dass viele erwerbsfähige Leistungsberechtigte zwar theoretisch wissen, dass eine Veränderung ihres Lebensstils oder gezielte therapeutische Maßnahmen ihnen helfen könnten, sie diese aber aus verschiedenen Gründen nicht in Anspruch nehmen. Oft wissen Betroffene nicht, welche Gesundheitsangebote es in ihrer Region gibt und wie sie Zugang dazu erhalten. Auch benötigen gerade Personen mit psychischen Belastungen oder sozialer Isolation Unterstützung, um Hemmschwellen abzubauen und aktiv an Präventionsmaßnahmen teilzunehmen. In vielen Fällen sind Antragsverfahren kompliziert oder es fehlt eine gezielte Zuweisung durch die entsprechenden Stellen. Nicht zu unterschätzen ist die fehlende Motivation, die Langzeitarbeitslosigkeit oft mit sich bringt.

Diese Lücke zwischen medizinischer Diagnostik und praktischer Umsetzung von Maßnahmen hat zur Folge, dass viele Menschen trotz gesundheitlicher Beeinträchtigungen keine angemessene Unterstützung erhalten. In der Konsequenz verschlechtern sich ihre gesundheitlichen Probleme weiter, was langfristig zu einem höheren Bedarf an Sozialleistungen und einer zunehmenden Zahl an Erwerbsminderungsrenten führt.

Die bisherigen Unterstützungsstrukturen im Bereich Gesundheit und Arbeitsmarkt sind stark voneinander getrennt und arbeiten häufig nicht eng genug zusammen. So sind Jobcenter in erster Linie für die Arbeitsvermittlung zuständig, während gesundheitliche Maßnahmen meist in den Bereich der Krankenkassen oder Sozialhilfeträger fallen. Dies führt dazu, dass keine übergreifenden Strategien

zur gezielten Gesundheitsförderung für arbeitslose Menschen existieren. Ein weiteres Problem ist, dass es im Kreis Viersen zwar viele einzelne gesundheitsfördernde Angebote gibt, diese jedoch nicht zentral erfasst und koordiniert werden. Dadurch fällt es Betroffenen schwer, sich im vorhandenen Angebot zurechtzufinden und die für sie passenden Maßnahmen auszuwählen.

Gleichzeitig wird deutlich, dass eine frühzeitige und gezielte Gesundheitsförderung nicht nur den betroffenen Personen selbst, sondern auch der Gesellschaft als Ganzes zugutekommen würde. Je früher gesundheitliche Einschränkungen erkannt und behandelt werden, desto größer sind die Chancen, dass diese Menschen ihre Erwerbsfähigkeit erhalten oder wiederherstellen können. Damit könnten auch langfristige Kosten für Sozialleistungen reduziert und die Chancen auf eine nachhaltige Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt erhöht werden.

Vor diesem Hintergrund wurde deutlich, dass es im Kreis Viersen dringend einer neuen, präventiven Strategie bedarf, um gesundheitliche Einschränkungen frühzeitig zu erkennen, Betroffene aktiv in Gesundheitsmaßnahmen einzubinden und dadurch langfristig ihre Erwerbsfähigkeit zu stabilisieren. Das „Regionale Präventionszentrum Kreis Viersen“ (RPV) wurde im Rahmen des Bundesprogramms reha**pro** ins Leben gerufen, um eine strukturierte und bedarfsgerechte Unterstützung für gesundheitlich eingeschränkte Leistungsbeziehende zu schaffen, die Lücke zwischen Diagnostik und praktischer Umsetzung von Maßnahmen zu schließen und eine enge Verzahnung zwischen Gesundheitsförderung und Arbeitsmarktintegration zu gewährleisten.

1.2 Inhalte

Das RPV verfolgt einen integrativen und gesundheitsfördernden Ansatz zur Unterstützung von erwerbsfähigen Leistungsberechtigten im Zuständigkeitsbereich des Jobcenters. Es basiert auf der Prämisse, dass nachhaltige Integration nicht allein über arbeitsmarktbezogene Maßnahmen erreicht werden kann, sondern umfassende Lebenslagen und individuellen Potenziale der Menschen in den Blick genommen werden müssen. Ziel ist es, Teilnehmende nicht nur arbeitsmarktnah zu stabilisieren, sondern ihre persönlichen Ressourcen zu stärken und langfristige Teilhabe zu ermöglichen.

Die zentralen Innovationsbestandteile des RPV lassen sich in sechs ineinandergreifenden Bereichen zusammenfassen.

Erweitertes Gesundheitsverständnis

Gesundheit wird nicht nur im medizinischen Sinne verstanden, sondern als umfassende körperliche, psychische und soziale Befähigungen

Im Gegensatz zur klassischen arbeitsmarktbezogenen Orientierung des Jobcenters, das Gesundheit häufig nur als Vermittlungshemmnis versteht, betrachtet das RPV Gesundheit als zentrale Ressource für gesellschaftliche Teilhabe. Die Gesundheitsberatung erfolgt dabei ganzheitlich, proaktiv und ressourcenorientiert. Sie umfasst nicht nur körperliche Beschwerden, sondern auch psychische Stabilität, soziale Eingebundenheit und subjektives Wohlbefinden. Theoretisch orientiert sich das Projekt dabei am salutogenetischen Modell nach Aaron Antonovsky. Anstatt ausschließlich Risikofaktoren oder Defizite zu fokussieren, wird nach Schutzfaktoren und Ressourcen gesucht, die Menschen in belastenden Lebenslagen helfen, ihre Gesundheit zu erhalten oder wiederzuerlangen. Im Zentrum steht dabei das Konzept des Kohärenzgefühl, das sich aus den Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit zusammensetzt. Die Beratung des RPV zielt entsprechend darauf ab, Teilnehmende zu befähigen, ihre Lebenssituation als nachvollziehbar zu begreifen, wieder Handlungsspielräume zu erkennen und eine persönliche Sinnhaftigkeit in ihrem Tun zu erleben. Diese spiegeln sich als zentrale Elemente auch im Capability Approach wider.

Teilnehmende fühlen sich als ganze Person wahrgenommen, was zu höherem Vertrauen und einer größeren Bereitschaft zur Mitarbeit führt. Gleichzeitig wird langfristig Gesundheitsförderung initiiert und trägt zur Stabilisierung über die Teilnahme am Projekt hinaus bei. Der Aufbau eines starken Kohärenzgefühls unterstützt eine nachhaltige persönliche Entwicklung.

Capability Approach

Der Fokus liegt auf der Ermöglichung individueller Handlungsoptionen statt bloßer Defizitkompensation

Der Capability Approach nach Sen und Nussbaum stellt nicht das Defizit, sondern die individuellen Fähigkeiten, Wünsche und Lebensentwürfe der Teilnehmenden in den Mittelpunkt. Es geht darum, Handlungsmöglichkeiten zu erweitern und Entscheidungsfreiheit zu fördern. Dadurch erleben die Teilnehmenden unmittelbar Autonomie und Selbstwirksamkeit. Die gewonnene Selbstwirksamkeit steigert die Resilienz und die Wahrscheinlichkeit nachhaltiger Integration.

Sozialraumorientierung

Die Lebenswelt der Teilnehmenden wird systematisch in die Beratung einbezogen

Die Verbindung von Person und Raum ist ein zentrales Element in der Beratung des RPVs. Teilnehmende werden nicht isoliert betrachtet, sondern im Kontext ihres Lebensumfeldes. Durch „Walk & Talks“ und Hausbesuche im Rahmen der aufsuchenden Beratung wird eben diese an vertraute Orte verlagert. Dabei wird der Sozialraum aktiv erschlossen und nicht nur als Kulisse erlebt. Dabei werden auch insbesondere Hürden in der Mobilität eliminiert und die Schwelle zur Beratung sinkt. Der Sozialraum wird aktiv genutzt und gleichzeitig als Ressource erkundet. Er wird also zum Mitgestalter von Stabilisierung und Teilhabe.

Willensorientierung

Die individuelle Zielsetzung der Teilnehmenden steht im Zentrum der Beratung

Die Beratung orientiert sich konsequent am subjektiven Willen der Teilnehmenden. Zielvereinbarungen werden partizipativ entwickelt und individuell justiert. Dies steht im Kontrast zur herkömmlichen Vermittlungspraxis, die in der Zielsetzung oft vordefiniert oder durch, bei der Antragsstellung noch verwendeten, Eingliederungsvereinbarungen eng geführt sind. Die im Rahmen des RPV genutzte Orientierung führt zu Motivationssteigerung durch echte Partizipation. Zudem erhöhen selbstgewählte Ziele die Erfolgswahrscheinlichkeiten und die Nachhaltigkeit.

Motivierende Gesprächsführung

Eine klientenzentrierte, empathische Gesprächsmethodik, die Veränderungsbereitschaft stärkt und intrinsische Motivation aktiviert

Ein weiterer zentraler innovativer Baustein im RPV ist der Einsatz der Motivierenden Gesprächsführung (MI) nach Miller und Rollnick. Diese klientenzentrierte und evidenzbasierte Methode zielt darauf ab, Ambivalenzen zu reduzieren und intrinsische Motivation zur Veränderung zu fördern. MI steht im Kontrast zu direktiven oder belehrenden Gesprächsansätzen, wie sie in der Regelpraxis, etwa bei Sanktionsandrohungen oder standardisierten Zielvereinbarungen, nicht unüblich sind. Durch aktives Zuhören, Empathie und gezielte Interventionen wird ein Raum geschaffen, in dem Teilnehmende ihre eigenen Beweggründe für Veränderung entwickeln und formulieren können. Dabei wird die Veränderungsmotivation nicht erzeugt, sondern freigelegt. Dies spiegelt sich auch in der Willensorientierung im RPV wider. Die Teilnehmenden erleben unmittelbar ein respektvolles, wertschätzendes Gesprächsklima, das Vertrauen fördert und Bereitschaft zur Zusammenarbeit stärkt. Langfristig wirkt durch die MI geförderte intrinsische Motivation stabilisierend über das Projekt hinaus und erhöht die Wahrscheinlichkeit nachhaltiger Verhaltensänderungen.

Strukturelle Innovation

Freiwilligkeit, kleinere Fallzahlen, aufsuchende Beratung und eine sozialräumliche Zuständigkeit schaffen neue Rahmenbedingungen für tragfähige Beziehungsarbeit

Ein zentrales strukturelles Innovationsmerkmal ist die konsequente Freiwilligkeit der Teilnahme. Sie wird durch kleinere Fallzahlen von maximal 75 Personen je HCC flankiert, was eine intensiviere Beziehungsarbeit ermöglicht. Hausbesuche und „Walk & Talks“ lösen das starre Setting des Jobcenters – Beratungszimmers auf und eröffnen neue Kommunikationsräume. Durch die flexible Gestaltung der Beratung werden Hürden abgebaut und die Teilnehmenden berichten von einer besseren Erreichbarkeit und ständiger Partizipation im Teilnahmeprozess. Daraus resultiert eine tragfähige Beziehung und wird zur Basis einer nachhaltigen Veränderung.

Kooperative Tandemstruktur

HCCs ergänzen die Integrationsfachkräfte durch eine spezifische Gesundheitsberatung

Durch den Einsatz der HCCs als spezialisierte Gesundheitsberatende entsteht ein innovatives Tandem-Modell. Die HCCs konzentrieren sich auf gesundheitsbezogene Stabilisierung, während die Integrationsfachkräfte (IFK) arbeitsmarktnahe Themen fokussieren. Beide Rollen ergänzen sich und stärken die Beratungskompetenz im System. Die ermöglicht unmittelbaren Austausch zwischen IFKs und HCCs, kaum Informationsverlust und Transparenz für die Teilnehmenden.

Diese Innovationsbausteine schaffen die Grundlage für ein Beratungssystem, das auf eine nachhaltige Verbesserung der Lebensverhältnisse und Integrationschancen abzielt.

In der Regelversorgung des Jobcenters liegt der Schwerpunkt auf Vermittlung und Eingliederung in den Arbeitsmarkt. Beratungsprozesse sind standardisiert, zielvorgabenorientiert und stark durch gesetzliche Vorgaben geprägt. Die strukturellen Bedingungen, wie hohe Fallzahlen, geringe Zeitbudgets, Sanktionsmechanismen und internen Zielvorgaben, setzen enge Rahmenbedingungen für eine individuelle und ganzheitliche Förderung. Das RPV setzt hier bewusst an und geht über diese Grenzen hinaus. Die folgende Tabelle 1 stellt die Innovation des RPVs gegenüber dem Regelgeschäft im Jobcenter nochmal prägnant dar.

Tabelle 1: Innovationen RPV

Innovation	**Regelgeschäft Jobcenter**	**RPV**
Zugang	Verpflichtend, oft fremdbestimmt	Freiwillig, partizipativ
Gesundheitsverständnis	Defizitorientiert, nachrangig	Ganzheitlich, ressourcenorientiert
Beratungssetting	Bürokratisch, ortsgebunden	Sozialraumbezogen, aufsuchend
Rollenverständnis	Case Manager / Verwaltungsfachkraft	Beziehungsarbeit, Coaching
Haltung in der Gesprächsführung	Steuernd, belehrend, lösungsorientiert im Sinne institutioneller Vorgaben	Empathisch, partnerschaftlich, nicht-konfrontativ, geprägt durch motivierender Gesprächsführung
Methodik der Veränderungsarbeit	Fremdmotivation durch Vorgaben oder Sanktionsdruck	Förderung intrinsischer Motivation durch MI: Ambivalenzexploration, Selbstwirksamkeit, Zielklärung

Innovation	Regelgeschäft Jobcenter	RPV
Zieldefinition	Von außen gesetzt	Subjektorientiert, willensbasiert
Fallzahl	< 150	Maximal 75
Teamstruktur	Einzelrolle	Tandemstruktur

Das RPV setzt Maßstäbe für eine neue Qualität in der Integrationsarbeit. Es verbindet arbeitsmarktliche Orientierung mit gesundheitsfördernden, sozialraumbezogenen und subjektorientierten Elementen. Durch strukturelle Innovationen wie aufsuchende Beratung, kleinere Fallzahlen und spezialisierte Rollenverteilung entstehen neue Möglichkeitsräume, sowohl für die Fachkräfte als auch für die Teilnehmenden. Die innovativen Ansätze zeigen, dass nachhaltige Teilhabe nicht durch Druck, sondern durch Vertrauen, Orientierung am Willen und Stärkung individueller Ressourcen erreicht wird.

1.3 Ziele

Das RPV verfolgt einen innovativen, interdisziplinären Ansatz, um Menschen im SGB II- Bezug ganzheitlich zu stabilisieren und ihre Chancen auf Teilhabe am Arbeitsleben zu verbessern. Ziel ist es nicht allein die kurzfristige Integration in Erwerbsarbeit, sondern die nachhaltige Wiederherstellung von Leistungsfähigkeit, Gesundheit und sozialer Teilhabe, insbesondere für Menschen mit komplexen gesundheitlichen und psychosozialen Belastungslagen. Dabei folgt die Zielsetzung einem klaren Leitprinzip.

Prävention vor Rehabilitation und Rehabilitation vor Rente

Dieser Grundsatz, der auch in der sozial- und gesundheitspolitischen Ausrichtung des SGB IX, im Präventionsgesetz (§20 SGB V) sowie im Zusammenspiel mit dem SGB II verankert ist, bildet den normativen Hintergrund des Projekts. Das RPV operationalisiert diesen Ansatz, indem es präventive, aufsuchende und ressourcenorientierte Beratung vorhält, bevor gesundheitliche Einschränkungen chronifizieren und zu Erwerbsunfähigkeit führen.

Ein zentrales Ziel des Projekts ist die schrittweise Wiederannäherung an Erwerbsarbeit durch individuelle Aktivierung und psychosoziale Stabilisierung. Viele Teilnehmende verfügen noch nicht über die gesundheitlichen oder sozialen Voraussetzungen für eine sofortige Vermittlung in den ersten Arbeitsmarkt. Das RPV setzt hier bewusst vor dem klassischen Vermittlungsprozess an.

Damit stärkt es die Selbstwahrnehmung der eigenen Leistungsfähigkeit, die Entwicklung realistischer und eigenmotivierter beruflicher Ziele, die (Wieder-)Aufnahme strukturierender Aktivitäten und tagesstrukturierender Routinen, sowie die Verbesserung der psychischen und physischen Grundstabilität.

Die Steigerung der Arbeitsmarktnähe gilt dabei als Zwischenschritt auf dem Weg zur Integration in sozialversicherungspflichtige Beschäftigungen, der durch gesundheitsförderliche Begleitung, klare Zielsetzung und tragfähige Beziehungen vorbereitet wird.

Obwohl mit der Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung die direkte Zuständigkeit im Rahmen des RPV endet, ist ein zentrales Ziel, die Voraussetzungen für eine langfristig tragfähige Erwerbstätigkeit bereits im Vorfeld zu stärken. Viele Menschen im SGB II- Bezug erleben Beschäftigung nicht als stabile Perspektive, sondern als labilen Zustand, der durch gesundheitliche, psychische oder soziale Belastungen schnell gefährdet ist. Das RPV setzt daher gezielt auf eine präventive Stabilisierung vor Eintritt in Arbeit, indem es die Belastungsgrenzen der Teilnehmenden frühzeitig sichtbar macht, gesundheitsbezogene Risikofaktoren thematisiert und bearbeitet, Strukturierungs- und Bewältigungsstrategien für Alltag und Arbeitsanforderungen entwickelt und realistische und gesundheitsverträgliche Berufsziele mit den Teilnehmenden gemeinsam erarbeitet.

Ziel ist es, dass der Übergang in Arbeit nicht nur erreicht, sondern auch persönlich tragfähig gestaltet wird. Die Teilnehmenden sollen mit dem Gefühl in eine Beschäftigung gehen, dass sie über ausreichende Kompetenzen verfügen, um mit Herausforderungen umzugehen. Entweder durch Selbstfürsorge oder klar definierte Ziele oder gestärkte Resilienz.

Arbeitsunfähigkeiten (AU) und wiederholte Krankschreibungen sind in vielen Fällen Ausdruck tieferliegender gesundheitlicher, psychischer oder sozialer Problemlagen. Im SGB II-System werden sie bislang häufig nur als Vermittlungshemmnis erfasst, ohne dass zunächst eine strukturelle Reaktion erfolgt. Durch die Beratung im RPV werden Arbeitsunfähigkeitszeiten nicht als Problem angesehen, sondern dienen als Grundlage zur gezielten Intervention auf gesundheitlicher Ebene. Es wird damit gegen Chronifizierungen der Erkrankungen entgegengewirkt und verringert so das Risiko einer drohenden Erwerbsunfähigkeit. Das Verkürzen dieser AU-Zeiten, die Verbesserung der medizinischen Anbindung und das Frühwarnsystem für gesundheitliche Krisen sind konkrete operative Zielgrößen des Projekts.

Ein weiteres zentrales Ziel ist die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Teilnehmenden. Viele Menschen im Leistungsbezug haben eingeschränkten Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen, erleben medizinische Versorgung als fremdbestimmt oder sind in der Orientierung innerhalb des Systems überfordert. RPV setzt gezielt an dieser Stelle an, indem es Gesundheitswissen niedrigschwellig vermittelt, individuelle Ressourcen sichtbar und nutzbar macht, die Eigenverantwortung im Umgang mit Gesundheit stärkt, ohne zu überfordern und Beratung so gestaltet, dass Gesundheitsverhalten mit beruflicher Zielsetzung verknüpft wird. Es soll eine messbare Steigerung der individuellen Leistungsfähigkeit nicht im ökonomischen Sinne der reinen Verwertbarkeit, sondern als Befähigung, aktiv, eigenständig und gesundheitsbewusst am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben.

Gesundheit, Arbeit und soziale Teilhabe stehen in einem engen, wechselseitigen Verhältnis. Lebensumstände sollen nicht nur funktional verbessert werden, sondern die subjektiv empfundene Lebensqualität der Teilnehmenden soll sich erhöhen. Dies wird durch verlässliche Beziehungsgestaltung und soziale Anbindung, realistische Zielsetzung und individuelle Erfolgserlebnisse, Orientierung und Halt durch kontinuierliche, verlässliche Begleitung, Schaffung eines positiven Selbstbildes unabhängig von Arbeitsmarktstatus hergestellt werden. Der Zugewinn an Lebensqualität ist nicht nur ein humanistisches Ziel, sondern ein entscheidender Schutzfaktor gegen gesundheitliche Rückfälle, Arbeitsunfähigkeit und Ausgrenzung.

Ein übergeordnetes strategisches Ziel des Projekts ist die Verankerung einer multiprofessionellen, interdisziplinären Struktur innerhalb des SGB II-Systems. Die enge Zusammenarbeit von IFKs, HCCs, medizinischer Aktuer:innen, psychosozialen Diensten und sozialräumlichen Partner:innen schafft eine Kooperationsschnittstelle, die über die Regelstrukturen hinausgeht. Das RPV übernimmt damit eine Moderations- und Vermittlungsfunktion zwischen Systemen der Arbeitsförderung, Gesundheitsversorgung, psychosoziale Hilfen und Lebenswelten der Teilnehmenden, die bisher häufig fragmentiert oder nebeneinander bestehen. Dies entspricht politischen Forderungen nach integrierten Versorgungsformen, sektorenübergreifender Prävention und interdisziplinärer Zusammenarbeit und kann richtungsweisend für die Weiterentwicklung kommunaler Versorgungskonzepte sein.

Die Ziele des RPV sind eng miteinander verzahnt und folgen einer klaren Grundlogik. Nur wer stabil, gesund und selbstwirksam ist, kann nachhaltig am Arbeitsleben teilnehmen. RPV steht damit für ein zukunftsweisendes Modell einer gesundheitsbasierten, partizipativen Arbeitsförderung, das den klassischen Vermittlungsauftrag des Jobcenters systematisch erweitert im Sinne der Menschen und im Interesse eines inklusiven Arbeitsmarkts.

1.4 Organisation/Beteiligte Akteure

Das Modellprojekt RPV ist durch die enge Zusammenarbeit zentraler Akteure im Bereich Gesundheit und Soziales geprägt. Der folgende Abschnitt beleuchtet die Funktion und Rollen der beteiligten Partner im Projektverlauf und verdeutlicht, wie ihre Zusammenarbeit zur erfolgreichen Umsetzung beigetragen hat.

Ein innovatives Herzstück des Projekts ist der Einsatz sogenannter Health Care Coaches (HCC), die direkt im Jobcenter verankert sind. Diese spezialisierten Fachkräfte begleiten die Teilnehmenden engmaschig durch den gesamten Förderverlauf. Ihre Aufgaben umfassen neben der individuellen

Beratung und ressourcenorientierten Unterstützung der Teilnehmenden, die Koordination gesundheitsbezogener Interventionen, die Begleitung zu Terminen bei Netzwerkpartner:innen, sowie die Vermittlung von Präventionsangeboten, sozialer Teilhabe und arbeitsmarktnaher Maßnahmen.

Ein zentrales Instrument in der Konzeption ist die „warme Übergabe“, durch die eine enge Verzahnung zwischen medizinischer Begutachtung und psychosozialer Unterstützung sichergestellt wird. HCCs nehmen unmittelbar nach dem Kontakt mit dem Gesundheitsamt den Faden auf und sorgen dafür, dass gesundheitlich relevante Bedarfe in konkrete Unterstützung münden, z.B. durch Bewegungsangebote, psychologische Beratung oder weiterführende medizinische Klärungen. Die Positionierung der HCCs im Haus des Jobcenter erlaubt eine unmittelbare Integration gesundheitsförderlicher Perspektiven in die individuelle Integrationsarbeit. So wird die klassische Arbeitsförderung um einen wesentlichen Aspekt erweitert.

Im Mittelpunkt steht die nachhaltige Förderung der Erwerbsfähigkeit durch gesundheitliche Stabilisierung. Durch regelmäßige Teamtreffen, Fallbesprechungen und die enge Abstimmung mit der Projektleitung wird eine qualitätsgesicherte Umsetzung der Methodik gewährleistet. Gleichzeitig fungieren die HCCs als Bindeglied zu weiteren Netzwerkpartner:innen im Kreis Viersen und tragen so zu einer langfristig angelegten, gesundheitsorientierten SGB II- Beratungskultur bei.

Das Gesundheitsamt Kreis Viersen erfüllt als kommunale Fachstelle die Sicherstellung der öffentlichen Hygiene und des Infektionsschutzes, erstellt amtsärztliche Stellungnahmen und Gutachten. Es engagiert sich für die Kinder und Jugendgesundheit, Zahngesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention.

Als Projektpartner im Rahmen des Projekts RPV übernimmt das Gesundheitsamt die Begutachtung der Teilnehmenden. Die Begutachtung, initiiert durch die zuständige IFK, dient der Erhebung des gesundheitlichen Status, sowie der Einschätzung präventiver und therapeutischer Bedarfe. Die Besonderheit liegt in der Konzeption in der kontextsensitiven Diagnostik. Neben der reinen Erhebung von Symptomen wird auch die Lebenslage der betroffenen Personen berücksichtigt, wodurch eine ganzheitliche Einschätzung ermöglicht wird. Die daraus resultierenden Gutachten bilden die Grundlage für passgenaue Interventionsvorschläge, welche die HCCs anschließend mit den Teilnehmenden umsetzen.

Ein zentraler Aspekt der Zusammenarbeit ist die bereits erwähnte „warme Übergabe“. Die direkte Überleitung vom amtsärztlichen Kontakt zur sozialarbeiterischen und gesundheitlichen Unterstützung sichert den Transfer medizinischer Erkenntnisse in weiterführende Maßnahmen und trägt so zu einer durchgehenden Betreuung bei.

Zudem bringt das Gesundheitsamt seine Erfahrung in der Gesundheitsförderung in die Weiterentwicklung des Projektdesigns ein. So zum Beispiel bei der Auswahl geeigneter Präventionsangebote oder in der Ausgestaltung von Netzwerkarbeit mit medizinischen Einrichtungen im Kreis Viersen.

Die Kooperation mit dem Gesundheitsamt soll sektorübergreifende Arbeit sicherstellen, damit Gesundheitsversorgung und soziale und berufliche Teilhabe ineinandergreifen und so das bestehende System sinnvoll ergänzen.

Aufgrund des Pandemiegeschehens gleich zu Anfang der aktiven Projektphase, konnten Teile die in der Konzeption beschriebenen Zusammenarbeit nicht umgesetzt werden. Das Gesundheitsamt sah sich mit anderen Aufgaben konfrontiert und konnte dem Jobcenter Kreis Viersen nur bedingt Hilfestellung leisten. Übrig geblieben von der ursprünglichen Konzeption sind die amtsärztlichen Stellungnahmen, die jedoch Kerngeschäft des Gesundheitsamtes darstellen. Um dem Projektgedanken gerecht zu werden, wurde im Rahmen einer Krisensitzung ein Beiblatt für den Gutachterauftrag erstellt. Das Beiblatt soll die Begutachtenden an die Fragestellung im Projekt erinnern, sodass eine konkrete Empfehlung ausgesprochen werden kann, mit denen die HCCs dann weiterarbeiten können. Die Nutzung des Beiblatts hängt von den jeweiligen IFK ab, sodass hier die intensive Zusammenarbeit einmal mehr unabdingbar wird. Zusätzlich stehen die Begutachtenden, je nach Kapazitäten, für Fallbesprechungen zur Verfügung. Diese Fallbesprechungen finden auf freiwilliger Basis statt und bedürfen der Zustimmung der Teilnehmenden.

Zur Sicherstellung der Wirksamkeit wird das Projekt durch das Institut SO.CON wissenschaftlich begleitet. Die Hochschule Niederrhein bringt dabei langjährige Erfahrung in der empirischen Sozialforschung und Evaluation von sozial- und gesundheitsbezogenen Programmen mit. Die

wissenschaftliche Begleitung dient mehreren Zwecken. Zum einen den der Wirkungskontrolle. Es werden Veränderungen in der gesundheitlichen und psychosozialen Situation der Teilnehmenden dokumentiert und ausgewertet. Zum anderen werden im Rahmen der Prozessevaluation die Umsetzungsschritte, Herausforderungen und Gelingensbedingungen des Projekts analysiert. Im Laufe des Projekts wird außerdem eine Krisenforschung durchgeführt und die klassische Wirkungsforschung durch eine Folgenforschung ausgetauscht. Weitere Details hierzu, folgen im weiteren Verlauf des Ergebnisbands.

Zudem unterstützt das SO.CON bei der Entwicklung geeigneter Instrumente zur Dokumentation und Fortschrittsmessung. Die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit dem Jobcenter und den HCCs stellt sicher, dass Praxisnähe und wissenschaftliche Fundierung Hand in Hand gehen. Das SO.CON führt außerdem Schulungen für die HCCs durch und war an der Erstellung eines gemeinsamen Gesundheitsleitbild beteiligt.

Diese enge Verzahnung fördert nicht nur die Qualität des Modellprojekts, sondern liefert auch belastbare Ergebnisse zur Übertragbarkeit auf andere Regionen und Regelsysteme.

Im Rahmen des Modellprojekts RPV wird der Aufbau und die Nutzung bestehender Netzwerke im Kreis Viersen angestrebt, um die Gesundheitsförderung und Prävention für die Zielgruppe der erwerbsfähigen Leistungsberechtigten mit gesundheitlichen Einschränkungen zu stärken. Obwohl keine dieser Strukturen direkt am Projekt beteiligt sind, bieten sie wertvolle Ressourcen und Kooperationsmöglichkeiten. Eine zentrale Rolle spielt dabei die Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK) im Kreis Viersen. Sie fungiert als zentrale Plattform zur Vernetzung gesundheitsrelevanter Akteure auf kommunaler Ebene. Sie bringt Vertreter:innen aus Verwaltung, Gesundheitswesen, Wohlfahrtsverbänden, sozialen Einrichtungen, Krankenkassen, Bildungsträgern und weiteren Bereichen zusammen. Ziel ist es, die gesundheitliche Versorgung sowie Prävention und Gesundheitsförderung im Kreisgebiet nachhaltig und sektorenübergreifend zu verbessern.

Für das RPV bedeutet diese Struktur einen wertvollen Rahmen, um vorhandene Expertise, Netzwerke und Handlungsempfehlungen aufzugreifen und in die Projektentwicklung zu integrieren. Die KGK fördert den Austausch zwischen Praxis, Verwaltung und Wissenschaft und bietet Raum für themenspezifische Arbeitsgruppen, in denen auch Fragestellungen des Projekts und dessen Beratungsansatz verankert werden können. Zudem stellt die KGK einen Orientierungsrahmen für die Auswahl relevanter Kooperationspartner auf lokaler und regionaler Ebene. Bestehende Netzwerke, wie der Gemeindepsychiatrische Verbund, Selbsthilfegruppen, Einrichtungen der psychosozialen Beratung sowie verschiedene Träger im Bereich der beruflichen Integration und Gesundheitsbildung können auf dieser Basis identifiziert und bei Bedarf eingebunden werden. Dabei kann eine direkte Zusammenarbeit entstehen oder im Rahmen der Verweisstruktur genutzt werden. Durch die Nutzung solcher gewachsenen Strukturen kann das RPV auf bereits vorhandenes Vertrauen und eingespielte Kommunikationswege zurückgreifen, was insbesondere bei der Ansprache vulnerabler Zielgruppen ein wesentlicher Erfolgsfaktor ist. Die Anbindung an die KGK sichert zudem die fachliche Qualität und Anschlussfähigkeit an bestehende kommunale Strategien, insbesondere im Bereich der Gesundheitsprävention und sozialer Teilhabe.

Insgesamt trägt die strategische Nutzung der KGK und angrenzender Netzwerkstrukturen dazu bei, dass das RPV zielgruppenorientiert und nachhaltig im regionalen Kontext umgesetzt werden kann.

Das Modellprojekt RPV steht exemplarisch für ein gelingendes Zusammenspiel von Arbeitsförderung, medizinischer Diagnostik, individueller Begleitung und wissenschaftlicher Fundierung. Der enge Austausch zwischen Jobcenter, Gesundheitsamt und Forschungspartnern sowie die Nutzung regionaler Netzwerke tragen maßgeblich dazu bei, Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen ganzheitlich zu unterstützen. Die Erfahrungen und Ergebnisse des Projekts liefern wertvolle Impulse für eine zukunftsgerichtete und gesundheitsorientierte Arbeitsmarktpolitik.

1.5 Wissenschaftliche Begleitung

Zur Überprüfung der Zielerreichung der Gesundheitsberatung wurde das Projekt vom SO.CON Institut der Hochschule Niederrhein wissenschaftlich evaluiert. Sowohl das der Gesundheitsberatung zugrundeliegende Coachingkonzept als auch das Evaluationsdesign sind eng miteinander verbunden und basieren auf vier miteinander verknüpften Theorien. Das Salutogenese Modell von Antonovsky

(1979) wird über den Capability Approach (Nussbaum/Sen 1993) realisiert. Dieser wird über das Fachkonzept Sozialraumorientierung (Hinte 2020) operationalisiert, welches wiederum mit der Methode der Motivierenden Gesprächsführung (Miller/Rollnick 2015) verknüpft ist.

Das ursprüngliche Ziel der wissenschaftlichen Begleitforschungsdesigns war es, im Rahmen klassischer Wirkungsforschung die Wirksamkeit der Teilansätze des Beratungskonzepts zu evaluieren und die wirkmächtigen Faktoren des Projekts zu identifizieren. Zudem sollte erforscht werden, ob Personen mit bestimmten Merkmalen (Geschlecht, Alter und Sozialraumzugehörigkeit) besonders stark von dem Projekt profitieren. Es wurden die folgenden Fragestellungen für die Wirkungsforschung entwickelt: Welche Teilansätze des Projekts wirken wie gut? Was sind die wirkmächtigen Faktoren des Projekts? Welche Personengruppen mit welchen Merkmalen profitieren besonders stark von dem Projekt? Zur Beantwortung dieser Fragestellungen wurde im Rahmen der wissenschaftlichen Prozess- und der Ergebnisevaluation ursprünglich ein experimentelles Forschungsdesign mit einer Versuchs- und einer Kontrollgruppe entwickelt, welches nachfolgend beschrieben wird.

Ursprüngliches Forschungsdesign: Wirkungsforschung:

Basierend auf Erfahrungswerten des Jobcenters wurde für die Wirkungsforschung eine Zielgröße von 300 Personen sowohl in der Versuchs- als auch in der Kontrollgruppe definiert. Da die Erhebung repräsentativer Ergebnisse angestrebt wurde, wurde eine geschichtete Zufallsstichprobe gebildet. Die Schichten umfassten die Merkmale Planungsraum, Alter und Geschlecht. Als Grundgesamtheit (N = 1.358) gelten alle langzeitarbeitslosen Menschen mit nicht nur vorübergehenden, dennoch reversiblen gesundheitlichen Einschränkungen im Kreis Viersen. Bei dem Merkmal „Geschlecht“ wurde zwischen „weiblich“, „männlich“ und „divers“ unterschieden. Bei dem Merkmal „Alter“ wurden zwei Altersklassen „18 – 49 Jahre“ und „ab 50 Jahre“ gebildet. Bei dem Merkmal „Planungsraum“ wurde seitens des Jobcenters Kreis Viersen eine Einteilung des Kreises in zwei geographisch getrennte Sozialräume vorgenommen. Für die Datenerhebung im Rahmen der Wirkungsforschung wurden die folgenden Erhebungsinstrumente vorgesehen und entwickelt:

- Zur Betrachtung der Teilnehmenden aus verschiedenen Perspektiven (Selbstberichtperspektive der Teilnehmenden, Perspektive der Amtsärzt:innen des Kreisgesundheitsamts/ärztlichen Dienstes und Perspektive der Gesundheitberater:innen) war ursprünglich das PERSPEKT-Instrument1 vorgesehen.
- Es war ursprünglich eine Dokumentenanalyse der ärztlichen Gutachten zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Leistungsbeziehenden durch das Kreisgesundheitsamt und den amtsärztlichen Dienst in Viersen geplant.
- Eine standardisierte Gesundheitsbefragung (zunächst als Online-Befragung geplant, als CATIs durchgeführt) diente der Erhebung des Gesundheitszustands, des Gesundheitsverhaltens, der Ziele sowie der Lebenslage der Teilnehmenden. Die Erfassung des Kohärenzgefühls der Teilnehmenden wurde in der Gesundheitsbefragung durch die Verwendung von Items in Anlehnung an die deutsche Version der SOC-Skala von Antonovsky (1993) operationalisiert (vgl. Schumacher, Wilz, Gunzelmann & Brähler, 2000). Die Capabilities der Projekteilnehmenden wurden in der Gesundheitsbefragung durch die Verwendung der deutschen Version (Łaszewska et al., 2019) des validierten Testinventars „Oxford CAPabilities questionnaire–Mental Health“ (OxCAP-MH, Simon et al., 2013) erfasst, welches speziell für Forschung mit Bezug zu (psychischer) Gesundheit entwickelt wurde. Die Gesundheitsbefragung sollte ursprünglich zu drei Erhebungszeitpunkten durchgeführt werden: zum Ende der ersten Umsetzungsphase nach 2,5 Jahren sowie zum Ende der Projektlaufzeit nach 5 Jahren. Zusätzlich war eine Nachbefragung geplant, um die langfristigen Wirkungen des Projekts zu erheben.
- Aktivitätenpläne zur Erhebung der Zielvereinbarungen zwischen den Teilnehmenden und den Gesundheitsberater:innen sowie zur Erhebung der internen und externen Ressourcen der Teilnehmenden zur Zielerreichung.
- Um zu untersuchen, inwieweit die Gesundheitsberater:innen die Motivierende Gesprächsführung in der Beratung anwenden können, war ursprünglich eine Evaluation durch teilnehmende Beobachtungen und den Einsatz der deutschen Version des „Motivational Interviewing Treatment Integrity Coding Manual 4.2“ (Moyers et al. 2014) vorgesehen.
- Die Evaluation der verhältnisbezogenen Arbeit in der Beratung war ursprünglich durch die „MyMap“ geplant, in welcher die Gesundheitsberater:innen gesundheitsbezogene Ressourcen fallunabhängig dokumentieren sollten.

- Es waren ursprünglich 16 vertiefende Fallstudien (2 Fallstudien pro Gesundheitsberater:in pro Projektumsetzungsphase) geplant, in denen besonders prägnante Einzelfälle (Verschränkung verschiedener Problemlagen wie Abhängigkeit und psychische Einschränkungen) sowie spezifische Zielgruppen (alleinerziehende Personen, Personen mit Migrationshintergrund) vertieft betrachtet werden sollten.
- Es war ursprünglich ein Delphi-Verfahren zur Identifikation von Gelingensbedingungen für die Gesundheitsberatung geplant.
- Über die gesamte Projektlaufzeit waren ursprünglich Fokusgruppen im Sinne von Interpretations- und Transferworkshops gemeinsam mit dem JC-Team geplant, in denen die Erfahrungen aus den Verfahren der ärztlichen Begutachtung sowie der individuellen Analysen der Gutachten auf Basis der Beratungsleitfäden reflektiert und ein gemeinsames umfassendes Verständnis von Gesundheit erarbeitet werden sollte.

Entwicklung gemeinsamer Arbeitsgrundlagen (Leitbild etc.)

Zu Projektbeginn wurden als gemeinsame Arbeitsgrundlagen ein Gesundheitsleitbild für das Projekt entwickelt, in dem ein gemeinsames Verständnis von Gesundheit erarbeitet wurde sowie ein Handlungsleitfaden für die HCC zur Orientierung in der gesundheitsbezogenen Beratung (Reader).

Auswirkungen der COVID-19-Pandemie: Anpassung des Forschungsdesigns – Krisenforschung

Durch den Ausbruch der COVID-19-Pandemie und die damit einhergehenden Kontaktbeschränkungen ab dem dritten Projektmonat, konnte in der ersten Projektumsetzungsphase (Dezember 2019 bis April 2022) nicht die geplante Wirkungsforschung durchgeführt werden. Stattdessen wurde zunächst eine Krisenforschung entwickelt, mit dem Ziel die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf das Projekt und dessen Teilnehmende zu untersuchen.

Es wurde zunächst eine Tagebuchstudie mit Projektteilnehmenden entwickelt, gemeinsam mit der Fragestellung: Inwiefern hat sich das Gefühl der Befragten

- Ihren Alltag strukturieren zu können und
- Alltagsanforderungen bewältigen zu können

auf ihr gesundheitsbezogenes Verhalten während der Kontaktbeschränkungen ausgewirkt?

Da teilnehmende Beobachtungen aufgrund der COVID-19-Pandemie nicht durchgeführt werden konnten, wurden alternativ Expert:inneninterviews konzipiert, in denen unter anderem Rückmeldungen dazu eingeholt wurden, inwieweit die Motivierende Gesprächsführung unter Pandemiebedingungen wie vorgesehen umgesetzt werden konnte. Für die Expert:inneninterviews wurde die Fragestellung entwickelt: Wie wirkt sich die COVID-19-Pandemie auf die Implementierung und Umsetzung eines Modellprojekts wie RPV aus?

Weitere erforderliche Anpassungen des Evaluationsdesigns – Folgenforschung

Die oben beschriebene ursprünglich geplante Wirkungsforschung mit einem Experimentaldesign und einer proportional geschichteten Zufallsstichprobe konnte zum einen durch die bereits erwähnten erheblichen Einschränkungen der COVID-19-Pandemie nicht weiterverfolgt werden. Beispielweise konnte die geplante Kontrollgruppe trotz großer Bemühungen nicht erreicht werden und musste letztlich aufgegeben werden. Darüber hinaus konnte durch den pandemiebedingten Wegfall des Kreisgesundheitsamtes/amtsärztlichen Dienstes das PERPEKT-Instrument nicht wie geplant eingesetzt werden.

Dies hatte zur Folge, dass die Teilnehmenden nur noch mit sich selbst verglichen werden konnten. Eine weitere Folge war, dass keine ärztlichen Gutachten über die Leistungsfähigkeit der Teilnehmenden erstellt wurden und somit keine Dokumentenanalyse der Gutachten möglich war.

Darüber hinaus konnten wie bereits erwähnt, Datenerhebungen mittels teilnehmender Beobachtungen nicht durchgeführt werden. Als Ersatz wurden neben den schon erwähnten Expert:inneninterviews Entwicklungsbögen als Vollerhebung konzipiert.

In diesen wurde die verhältnisbezogene Projektkomponente erhoben, indem die Hauptthemen der jeweiligen Beratungssitzungen von den Gesundheitsberater:innen dokumentiert wurden.

Da die erste Projektumsetzungsphase von Krisenforschung geprägt war, konnten in diesem Zeitraum die vorgesehenen acht vertiefenden Fallstudien nicht durchgeführt werden, sondern lediglich sieben der acht geplanten Fallstudien in der zweiten Projektumsetzungsphase ab Mai 2022. Darüber hinaus konnte das geplante Delphi-Verfahren nicht durchgeführt werden. Für die geplanten Fokusgruppen wurden alternative Fragestellungen entwickelt, da sich die ursprüngliche Fragestellung auf die Analyse der ärztlichen Gutachten bezog und somit nicht untersuchbar war. Die Fokusgruppen wurden zeitlich an das Ende des Projekts verschoben und mit Praxisakteur:innen und Teilnehmenden des Projekts durchgeführt, um eine kommunikative Validierung (Mayring, 2022) der Gesamtergebnisse sicherzustellen.

Darüber hinaus erschwerten weitere methodische Herausforderungen die Fortführung der Wirkungsforschung nach Abschluss der Krisenforschungsphase. Diese hätten die weitere Anpassung des Wirkungsforschungsdesign erfordert, welche die wissenschaftliche Aussagekraft eines Experimentaldesign stark eingeschränkt hätten. Infolgedessen wurde das ursprüngliche Design grundlegend modifiziert, und es wurde stattdessen eine Folgenforschung konzipiert und erfolgreich durchgeführt.

Im Gegensatz zur Wirkungsforschung bewertet diese nicht den Grad des „Funktionierens“ einer Maßnahme, sondern die subjektiv wahrgenommenen Konsequenzen (= Folgen) der Projektteilnahme, erlaubt aber dennoch durch die kommunikative Validierung (Mayring, 2022) der Ergebnisse die Plausibilisierung von Wirkungen. Es wurden Folgen und deren zugrundeliegenden Wirkmechanismen auf personaler, relationaler und institutioneller Ebene identifiziert und in thematische Folgensets gebündelt. Dafür wurde das Forschungsdesign dahingehend angepasst, dass die Lebenssituationen der Teilnehmenden und ihre Erfahrungen mit dem Modellprojekt auf Basis verschiedener Datenquellen analysiert werden konnten.

Für die Folgenforschung wurde die forschungsleitende Fragestellung entwickelt „Welche personalen, relationalen und institutionellen Folgen ergeben sich durch das Projekt aus Sicht der Teilnehmenden und der Praxisakteur:innen?“

Im Rahmen der Folgenforschung wurde ein spezifisches Modell zur Analyse und Interpretation der Projektergebnisse entwickelt. Die im Projekt erhobenen Mixed-Methods-Daten wurden schrittweise anhand eines Trichtermodells ausgewertet. Dieses Modell erlaubt eine schrittweise Verdichtung der Ergebnisse vom Allgemeinen hin zum Spezifischen. Zunächst wurden die Daten aus zwei Erhebungszeitpunkten der standardisierten Gesundheitsbefragung (CATI) personenübergreifend und vergleichend analysiert. Anschließend erfolgte eine personenübergreifende inhaltsanalytische Auswertung der Zielvereinbarungen der Teilnehmenden (Aktivitätenpläne) sowie der zentralen Themen aus den Beratungssitzungen (Entwicklungsbögen). Daraufhin wurden sieben Teilnehmende ausgewählt, mit denen vertiefende Interviews im Rahmen von Fallstudien durchgeführt wurden. Für diese Personen wurden die Interviewdaten mit den Ergebnissen der Gesundheitsbefragung, den Aktivitätenplänen und den Entwicklungsbögen auf individueller Ebene zusammengeführt und analysiert, um detaillierte Einblicke in ihre Lebenssituationen zu gewinnen.

Zur weiteren Interpretation der Ergebnisse wurde das Sozialökologiemodell nach Bronfenbrenner (1978) an die Projektspezifika angepasst. Dies ermöglichte eine differenzierte Beschreibung der personalen, relationalen und institutionellen Folgen des Projekts. Die identifizierten Folgen und deren zugrunde liegende Wirkmechanismen wurden in Workshops mit Projektteilnehmenden und Praxisakteur:innen diskutiert (Fokusgruppen), um eine kommunikative Validierung (Mayring, 2022) zu gewährleisten und die subjektiven Folgen der Projektteilnahme zu rekonstruieren.

Abschließend wurden die Ergebnisse thematisch analysiert (Braun und Clarke, 2019) und in einem finalen Set von Folgen zusammengefasst. Die nachfolgende Tabelle 2 gibt einen vollständigen Überblick über die während der Projektlaufzeit angewandten Evaluationsinstrumente sowie deren spezifische Fragestellungen. Diese bildeten die Datengrundlage der Projektergebnisse.

Tabelle 2: Durchgeführte Datenerhebung im Projekt RPV

Erhebungs-instrument	**Methodik**	**Spezifische Fragestellung**	**Erhebungszeit-raum**
Gesundheits-fragebogen	*Design*: Wirkungs-/ Folgenfor-schung; Mixed-Methods *Datenerhebung*: Online- / Telefonbefragung (CATI) *Datenauswertung*: Zeitvergleichende Auswer-tung der t1- und t2-Daten *Quantitativ*: Deskriptive und bivariate statistische Aus-wertung *Qualitativ*: induktive Katego-risierung (Bootstrapping) n = 86	*Fragestellung Wirkungsfor-schung*: Welche wirkmächtigen Fakto-ren hat die Gesundheitsbera-tung? Welche Personengruppen pro-fitieren am meisten von der Bera-tung? *Fragestellung Folgenfor-schung*: Welche personalen, relationa-len und institutionellen Folgen ergeben sich durch das Projekt aus Sicht der Teilnehmenden?	10/2020-09/2021 (Online), 10/2021-01/2024 (CATI)
Tagebuch-studie	*Design*: Krisenforschung; Mixed-Me-thods *Datenerhebung*: Strukturierte Tagebücher Datenauswertung: Quantitativ: Deskriptive Aus-wertung Qualitativ: Induktive Kategorisierung (Bootstrapping) n = 8	*Fragestellung:* Inwiefern hat sich das Gefühl der Befragten, • ihren Alltag struktu-rieren zu können und • Alltagsanforderungen bewältigen zu kön-nen, auf ihr gesundheitsbezogenes Verhalten während der Kon-taktbeschränkungen ausge-wirkt?	03 und 04/2021

Erhebungs-instrument	Methodik	Spezifische Fragestellung	Erhebungszeitraum
Expert:innen-interviews	*Design*: Krisenforschung; Qualitativ *Datenerhebung*: Leitfaden-gestützte Expert:inneninterviews *Datenauswertung*: Zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring(2022) *n* = 10	*Fragestellung*: Wie wirkt sich die COVID-19-Pandemie auf die Implementierung und Umsetzung eines Modellprojekts wie RPV aus?	05-07/2021
Aktivitätenpläne	*Design*: Wirkungs- / Folgenforschung; Qualitativ *Datenerhebung*: Strukturiertes Formular *Datenauswertung*: Strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring (2022) *n* = 186	*Fragestellung Wirkungs-/ Folgenforschung:* Welche Ziele haben die TN im Projekt RPV? Über welche internen und externen Ressourcen verfügen sie für die Zielerreichung?	11/2021-12/2023
Entwicklungsbögen	*Design*: Wirkungs- / Folgenforschung; Mixed-Methods *Datenerhebung*: Strukturierte Tabelle *Datenauswertung*: Quantitativ: Deskriptive Auswertung *Qualitativ*: induktive Kategorisierung (Bootstrapping) *n* = 279	*Design*: Wirkungs- / Folgenforschung; Mixed-Methods *Datenerhebung*: Strukturierte Tabelle *Datenauswertung*: Quantitativ: Deskriptive Auswertung Qualitativ: induktive Kategorisierung (Bootstrapping) *n* = 279	01/2023-12/2023

Erhebungs-instrument	Methodik	Spezifische Fragestellung	Erhebungszeitraum
Doppel-interviews zur Erhebung der verhältnis-bezogenen Arbeit	*Design*: Wirkungs- / Folgenforschung; Qualitativ *Datenerhebung*: Problemzentrierte Interviews *Datenauswertung*: Zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring (2022) *n* = 4	*Fragestellung Wirkungs-/ Folgenforschung:* Inwieweit lässt sich das im Projektantrag konzipierte Health Care Coaching (hier Schwerpunkt auf verhältnisbezogene Tätigkeiten) im Jobcenter Kreis Viersen während und nach einer gesellschaftlichen Krise realisieren?	04/2023
Vertiefende **Fallstudien**	*Design*: Wirkungs- / Folgenforschung; Qualitativ *Datenerhebung*: Problemzentrierte Interviews *Datenauswertung*: Zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring (2022) *n* = 7	*Fragestellung Wirkungs-/ Folgenforschung*: Welche persönlichen Faktoren und Aspekte der Projektkonzeption sind besonders förderlich bzw. hinderlich für den Projekterfolg?	07-08/2023
Fokus-gruppen	*Design:* Wirkungs- /Folgenforschung Qualitativ *Datenerhebung*: Gruppendiskussion zur kommunikativen Validierung der Projektergebnisse mit Teilnehmenden; Gruppendiskussion zur kommunikativen Validierung der Projektergebnisse mit den Gesundheits-berater:innen und den Projektleitungen *Datenauswertung*: KI-gestützte Thematische Analyse nach Braun und Clarke (2019) Workshop 1: *n* = 10 Teilnehmende; Workshop 2: *n* = 4 Gesundheits-berater:innen; *n* = 1 Projektassistenz; *n* = 1 Projektleitung des Jobcenter Teams	*Fragestellung:* Welche personalen, relationalen und institutionellen Folgen hat das Projekt? Welche Wirkmechanismen liegen den Folgen zugrunde?	09/2024

Erhebungs-instrument	Methodik	Spezifische Fragestellung	Erhebungszeitraum
Dissertation **Melanie Oeben**	*Design:* Explorative Forschung; Mixed Methods *Datenerhebung:* Offene Einstiegsfrage, Repertory Grid Technik *Datenauswertung:* *Quantitativ:* Deskriptive statistische Auswertung; Hauptkomponentenanalyse Multidimensionale Skalierung, multiple lineare Regressionen, Kendall's Test of Concordance *Qualitativ:* Induktive Kategorisierung (Bootstrapping), Inhaltsanalyse nach Honey *n* = 42	*Fragestellungen:* 1. What contributes to effective (health) coaching relationships 2. How do health coaches/placement officers an (health) coaching clients construe effective (health) coaching relationships? 3. What are the specific commonalities and differences in construing effective (health) coaching relationships by health coaches, placement officers, and (health) coaching clients? 4. To what extent are health coaches', placement officers', and (health) coaching clients' evaluations of effective (health) coaching relationships consistent?	Promotions-zeitraum: 01/2020- 12/2023; Datenerhebung: 02/2022- 05/2022
Masterthesis **Christine Manthei**	*Design:* Explorative / explanative Forschung; Qualitativ *Datenerhebung:* Leitfadengestützte Interviews *Datenauswertung:* Kategoriensystem-erweiterung nach Mayring *n* = 12	*Fragestellungen:* 1. Welche Aspekte der innovativen Gesundheitsberatung sind dafür ausschlaggebend, dass die Menschen diese mehr akzeptieren (als die Angebote des Regelgeschäftes)? 2. Inwiefern eigenen sich die modulierten Einflussfaktoren des TAM2 inklusive der Erweiterungen durch Faktoren anderer Technikakzeptanz-modelle für die Erklärung der Akzeptanz der Sozialen Innovation Gesundheitsberatung?	Bearbeitungszeitraum Masterthesis: 12/2023- 08/2024 Datenerhebung: 12/2023- 01/2024

Um den gesamten Forschungsprozess innerhalb der Projektlaufzeit abzubilden, wurde ein Arbeitsplan entwickelt.

2 Ergebnisse des Modellprojekts

Nachfolgend werden die zentralen Ergebnisse des Modellprojekts RPV zusammengefasst. Im Mittelpunkt steht die Frage, was durch den besonderen Coachingansatz tatsächlich erreicht wird. Es geht dabei nicht um theoretische Grundlagen, sondern um konkrete Entwicklungen, messbare Veränderungen und praktische Erkenntnisse für zukünftige Maßnahmen. Die Auswertung zeigt, unter welchen Bedingungen das Coaching Wirkung entfalten kann, welche Faktoren entscheidend sind und wo Grenzen sichtbar werden.

Im Beobachtungszeitraum wurden von August 2020 bis Juli 2023 durch das Jobcenter Kreis Viersen insgesamt 1.127 erwerbslose Leistungsberechtigte angesprochen. Ziel war es, mit einem innovativen Coachingansatz neue Wege zur Teilhabe am Arbeitsmarkt zu erproben. Das Projekt richtete sich an eine Zielgruppe, die bislang als schwer aktivierbar galt. Alle angesprochenen Personen leiden an psychischen oder physischen Erkrankungen, die reversibel sind. Ebenso weisen alle angesprochenen Personen soziale Belastungen, langjährige Arbeitsmarktferne und ein gewisses Misstrauen gegenüber Behörden auf. Ein zentrales Merkmal des Projekts ist die Freiwilligkeit der Teilnahme. Dieses Prinzip ermöglicht eine Beratung auf Augenhöhe und fördert die intrinsische Motivation der Teilnehmenden.

Folgend werden die zentralen Ergebnisse, Wirkmechanismen und Gelingensbedingungen des entwickelten Beratungsmodells dargestellt. Die wissenschaftliche Begleitung durch das Institut SO.CON der HSNR ermöglicht eine differenzierte Analyse von Wirkung und Nachhaltigkeit.

Von den 1.127 angesprochenen Personen erklärten sich im Beobachtungszeitraum 361 Personen zur freiwilligen Teilnahme bereit. Zum Stichtag befanden sich 226 Personen im Alter zwischen 18 und 65 Jahren aktiv im Projekt. Die Zielgruppe ist durch komplexe Problemlagen geprägt. Dazu zählten unter anderem psychische Erkrankungen, soziale Vereinsamung, geringe Arbeitsmarktnähe sowie häufige Langzeitarbeitslosigkeit. Die HSNR beschreibt diese Zielgruppe als vielschichtig belastet. Klassische Maßnahmen des Jobcenters erreichen diese Menschen häufig nicht. Einen entscheidenden Zugang schuf hingegen die individuelle, niedrigschwellige Ansprache durch die HCCs.

Das Coachingkonzept folgt einem humanistischen, ressourcenorientierten und systematischen Ansatz. Die vier HCCs führen regelmäßige Einzelgespräche, im Schnitt 60 Minuten, bis zu zweimal im Monat durch. Auch aufsuchende Beratung und „Walk & Talks“ sind Bestandteil des Konzepts. Die Arbeit der Coaches orientiert sich an den individuellen Stärken der Teilnehmenden und setzt auf realistische, kleinschrittige Zielarbeit. Durch die Integration in die Lebenswelt der Teilnehmenden und die Nutzung vorhandener sozialräumlicher Angebote entsteht eine langfristige Begleitung, die im Durchschnitt 743 Tage dauert.

Ziel des Coachings ist es nicht, lineare Fortschritte zu erzwingen, sondern Entwicklungsprozesse zu begleiten. Stabilisierungsphasen, Rückschläge und neue Anläufe werden als normale Bestandteile betrachtet. Der Aufbau von Vertrauen, das Ermöglichen von Selbstwirksamkeit sowie die Ausrichtung auf die Zukunft stehen im Zentrum. Die HSNR bezeichnet diesen innovativen Ansatz als ein partizipatives Interventionsdesigns, das Elemente aus Sozialarbeit, Case Management und Gesundheitscoaching miteinander verbindet. Grundlegend für die Beratung sind bestimmte methodische Haltungen. Der Fokus liegt auf der Aktivierung von Ressourcen statt auf der Betonung von Defiziten. Es wird stets kontextsensibel gearbeitet, das heißt, soziale, gesundheitliche und familiäre Lebensumstände werden einbezogen. Darüber hinaus orientiert sich das Coaching an Zukunft und Lösungen statt an der Problemverhaftung der Vergangenheit. Ziele werden gemeinsam mit den Teilnehmenden entwickelt und regelmäßig überprüft. Die wissenschaftliche Begleitung hebt besonders die Bedeutung der Beziehungsarbeit sowie der gemeinsamen Perspektiventwicklung hervor.

Ein weiterer Schlüssel ist die Sozialraumorientierung. Die Einbindung in bestehende lokale Netzwerke trägt maßgebliche zur Stabilisierung der Teilnehmenden bei. So werden Kontakte zu Gesundheits- und Bildungseinrichtungen hergestellt, tagesstrukturierende Angebote genutzt und Anbindungen an soziale Treffpunkte, Vereine sowie Hilfesysteme geschaffen. Die HCCs übernehmen dabei eine Lotsenfunktion, insbesondere in medizinischen, psychosozialen und sozialrechtlichen Fragen. Diese vernetzte Beratung im unmittelbaren Lebensumfeld der Teilnehmenden fördert das Gefühl von Zugehörigkeit, reduziert soziale Isolation und reaktiviert vorhandene Selbsthilfepotenziale.

Das SO.CON Institut begleitete das Projekt mit einem methodischen vielfältigen Evaluationsansatz. Neben quantitativen Erhebungen zu Lebenslage, Zielentwicklung und Arbeitsmarktnähe werden qualitative Interviews mit Teilnehmenden und Coaches durchgeführt. Ergänzt wird die Auswertung durch Beobachtungen und die Analyse der Gesprächsdokumentation. Die Evaluation zeigt, dass Vertrauen, Beziehungskontinuität, systemisch-lösungsorientierte Beratung und Sozialraumvernetzung in Kombination nötig sind, um tiefgreifende Veränderungsprozesse anzustoßen. Besonders hervorgehoben wird, dass Veränderungsbereitschaft häufig erst nach 12 bis 18 Monaten Coaching entsteht.

So konnten im Jahr 2023 50 Teilnehmende in arbeitsmarktpolitische Angebote integriert werden. Weitere neun Teilnehmende nahmen eine Nebenbeschäftigung auf und fünf Menschen nahmen Angebote zur Förderung von beruflicher Weiterbildung an. Im gesamten Zeitraum konnten so rund 18% der Teilnehmenden ihre Teilnahme durch Aufnahme von Arbeit oder Ausbildung beenden. Die durchschnittliche Verweildauer lag bei 743 Tagen. Dabei zeigt sich, je länger die Coachingphase andauert, desto höher war die Wahrscheinlichkeit für eine erfolgreiche (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt. Besonders wirksam erweisen sich niedrigschwellige Angebote mit tagesstrukturierendem Charakter. Das SO.CON spricht in diesem Zusammenhang von einem Resonanzraum für Entwicklung, in dem Teilnehmende Selbstwirksamkeit erfahren können.

Die Analyse der Austrittsgründe unterstreicht die Vielschichtigkeit der Zielgruppe. Rund 18% schieden aus dem Projekt aus, weil sie ihre Ziele erreicht hatten, beispielsweise durch Arbeitsaufnahme oder den Aufbau von Eigenständigkeit. Etwa 14 % verließ das Projekt aufgrund gesundheitlicher Verschlechterung oder Feststellung einer Erwerbsunfähigkeit länger als sechs Monate oder auf Dauer. Rund 46% beendeten ihre Teilnahme infolge von Motivationsverlust. Weitere 22% gaben persönliche Gründe, wie Über- oder Unterforderung als Beendigungsgrund an. Die Evaluation betont, dass ein Projektabbruch nicht zwangsläufig als Misserfolg gewertet werden sollte. Vielmehr spielen weitreichende Rahmenbedingungen, wie bspw. komplexe Suchtproblematiken oder Wohnungslosigkeit eine große Rolle. Der flexible und individuell angepasste Coachingansatz erweist sich gerade deshalb als besonders bedeutsam.

Im Verlauf des Projekts wird eine Wirkungskette identifiziert, die zentrale Schritte auf dem Weg zur Teilhabe beschreibt. Am Anfang steht der Aufbau von Vertrauen, gefolgt von einer Phase der Stabilisierung, insbesondere im gesundheitlichen und alltagspraktischen Bereich. Daran schließt sich die Entwicklung von Teilzielen an. In einem weiteren Schritt werden sogenannte Erprobungsräume im Alltag geschaffen, die schließlich in eine Integration in Qualifizierungs- oder Arbeitsmarktmaßnahmen münden sollen. Dieser Prozess ist nicht linear zu verstehen, sondern vielmehr als zyklisch und kontinuierlich Prozess zu sehen. Coaching bedeutet dabei keine Anleitung im klassischen Sinne, sondern das gemeinsame Entwickeln neuer Perspektiven.

Die abschließende Interpretation der Ergebnisse liefert zentrale Erkenntnisse zur Wirkung des Modellprojekts. Deutlich wird, dass Gesundheitsförderung bei Menschen im ALG-II-Bezug wirkt, sofern bestimmte Bedingungen erfüllt sind. Niedrigschwellige, bedarfsgerechte Angebote entfalten dann Wirkung, wenn sie in einer partizipativen und zugewandten Haltung vermittelt werden. Teilnehmende werden aktiviert, erleben Selbstwirksamkeit und nehmen die Angebote tatsächlichen an. Eine Vertrauensbasis, jenseits klassischer Beratung, erweist sich als entscheidende Grundlage.

Die Rolle der HCCs als „Enabler“ ist hierbei besonders hervorzuheben. Sie agieren nicht als klassische Beratende, sondern als unterstützende Begleiter:innen auf Augenhöhe. Ihr professioneller Hintergrund, gepaart mit einer beziehungsnahen Haltung, macht sie glaubwürdig und zugänglich. Die HCCs bauen Brücken zwischen Systemen und Lebenswelten und eröffnen so neue Zugänge.

Partizipation stärkt die Wirkung zusätzlich. Wenn Teilnehmende in Auswahl und Gestaltung von Maßnahmen eingebunden sind, steigt nicht nur die Akzeptanz, sondern auch die erfolgreiche Umsetzung der Angebote. So werden die Teilnehmenden von passiven Empfangenden zu aktiven Mitgestaltenden ihrer eigenen Entwicklung. Diese Form der Teilhabe fördert nachhaltige Veränderungen und stärkt das Gefühl von Eigenverantwortung. Gleichzeitig muss der Erfolg differenziert betrachtet werden. Die Zielgruppe ist heterogen, nicht alle Teilnehmenden erreichen dieselben Ergebnisse. Gesundheitliche Instabilität, Überforderung oder systembedingtes Misstrauen führen bei manchen zum Abbruch. Doch auch dieser kann Ausdruck von Autonomie oder bewusster Abgrenzung sein. Wirkung zeigt sich somit auf unterschiedlichen Ebenen und zu unterschiedlichen Zeitpunkten.

Die Ergebnisse betonen zudem, dass individuelle Entwicklung nicht isoliert von strukturellen Faktoren betrachtet werden darf. Die Wirkung persönlicher Stärkung ist abhängig von der systemischen

Einbettung. Fehlende Anschlussangebote, starre Fördersysteme und mangelnde Kooperation institutioneller Akteure können positive Impulse abschwächen oder gar ins Leere laufen lassen. Umgekehrt bleiben auch strukturelle Angebote wirkungslos, wenn sie nicht in persönliche Beziehungen und passende Beratung eingebettet sind.

Die Freiwilligkeit des Angebots, so wichtig diese sich im Bereich Vertrauen gezeigt hat, bringt zugleich Herausforderungen mit sich. Einige Teilnehmende nehmen die Termine nur unregelmäßig wahr oder brechen das Angebot ab. Doch gerade die freiwillige Teilnahme ermöglicht es den Teilnehmenden, sich eigenmotiviert einzubringen. Verbindlichkeit entsteht hier nicht durch Zwang, sondern durch Beziehung. Letztlich braucht es für die nachhaltige Wirkung eine systemische Einbettung solcher Angebote. Strukturelle Grenzen wie fehlende Anschlussmaßnahmen oder nicht abgestimmte Schnittstellen verringern das Potenzial. Nur durch Verstetigung, institutionelle Verankerung und verbindliche Kooperationen lässt sich die Wirkung dauerhaft sichern. Die im Projekt entwickelte Wirkungskette kann dabei als übertragbares Modell dienen. Sie verdeutlicht, welche Bedingungen und Schritte notwendig sind, vom ersten Zugang bis zur Stärkung der Gesundheitskompetenz. So bietet das Modell nicht nur eine fundierte Analysegrundlage, sondern auch eine konkrete Orientierung für andere Kommunen und Träger.

Die HSNR hat im Laufe des Projekts den Evaluationsansatz angepasst. Von klassischer Wirkungsforschung wurde ein innovatives Folgenforschungsmodell kreiert. Obwohl die Folgenforschung keine statistisch signifikanten Veränderungen zeigt, hatte das Health Care Coaching nachweislich positive Auswirkungen auf die Teilnehmenden und das Jobcenter. Diese Effekte entfalten sich in mehreren Bereichen. Diese Auswirkungen basieren auf unterschiedlichen Mechanismen und Rahmenbedingungen, die individuell auf die Bedürfnisse und die Motivation der Teilnehmenden abgestimmt sind und im Folgenden dargestellt werden.

Ein zentraler Effekt zeigt sich im Bereich der Gesundheit. Das Health Care Coaching trug zur Stabilisierung des Gesundheitszustands der Teilnehmenden bei, förderte ein erweitertes Gesundheitsverständnis und stärkte deren Gesundheitskompetenz. Trotz der häufig gesundheitlich belastenden Erfahrung von Langzeitarbeitslosigkeit kam es bei den Teilnehmenden nicht zu einer Verschlechterung, sondern teilweise sogar zu leichten Verbesserungen. Dies wird vor allem auf das vertrauensvolle Verhältnis zu den HCCs sowie auf deren flexible und engmaschige Begleitung zurückgeführt. Der ganzheitlichen Beratungsansatz motiviert die Teilnehmenden zur aktiven Mitwirkung und öffnet sie für gesundheitliche Themen. Durch die Einbindung in lokale Angebote und die Vermittlung von Gesundheitsressourcen erweiterten sich zudem die sozialen Netzwerke der Teilnehmenden. Gleichzeitig erhalten sie spezifisches Gesundheitswissen und entwickeln eine stärkere gesundheitsbezogene Selbstwirksamkeit, also die Fähigkeit, gesundheitliche Herausforderungen eigenständig zu bewältigen. In der Folge können sie informierte Entscheidungen treffen, eigenverantwortlicher mit gesundheitlichen Problemen umgehen und Gesundheitsdienste gezielter nutzen.

Darüber hinaus fördert die Beratung die Selbstreflexion der Teilnehmenden, was sich positiv auf ihr Selbstwertgefühl, ihr Selbstwirksamkeitserleben und ihr Autonomieempfinden auswirkt. Viele Teilnehmenden berichten, dass sie alltägliche Erfolge, wie das Erledigen von Einkäufen oder Haushaltsaufgaben, bewusster wahrnehmen. Diese Erfolge tragen zur psychischen Stabilisierung bei und reduzieren das subjektive Belastungsempfinden. Zudem fühlen sich die Teilnehmenden zunehmend in der Lage, Alltagsprobleme eigenständig zu bewältigen. Die Unterstützung beim Aufbau sozialer Netzwerke und die damit einhergehende soziale Integration führen zu einem stärkeren Gefühl von Kontrolle über das eigene Leben und fördern insgesamt die Lebenszufriedenheit.

Auch die allgemeine Lebenslage der Teilnehmenden stabilisiert sich durch die Beratung. Die vertrauensvolle und kontinuierliche Begleitung durch die HCCs sowie die gestärkte Fähigkeit zur Alltagsbewältigung ermöglichen es den Teilnehmenden, ihre Lebensumstände aktiver zu gestalten. Viele berichten davon, ihr Leben wieder mehr nach eigenen Vorstellungen ausrichten zu können und sich weniger abhängig von äußeren Umständen zu fühlen. Die Beratung, die sowohl strukturiert als auch flexibel auf die jeweilige Lebenssituation und Gesundheit eingeht, unterstützt eine selbstbestimmte Lebensführung, reduziert Belastungen und fördert das subjektive Wohlbefinden. Der Aufbau und die Stärkung sozialer Netzwerke erweisen sich hierbei als zentraler Wirkmechanismus mit langfristiger Wirkung auf die Lebenslage der Teilnehmenden.

Ein weiterer Effekt zeigt sich im Bereich der Sozialraumorientierung. Die Teilnehmenden können neue soziale Kontakte knüpfen und finden verstärkten Zugang zu formellen

Unterstützungsangeboten wie Selbsthilfegruppen oder Vereinen. Diese neuen Kontakte empfinden viele als hilfreich und unterstützend. Darüber hinaus wächst die Offenheit gegenüber weiteren Beratungsangeboten sowie das Vertrauen in Institutionen wie Jobcenter, Krankenkassen oder Rentenversicherungen. Die von den HCCs unterstütze Einbindung in formelle und informelle Hilfestrukturen erleichtert die Bewältigung gesundheitlicher und sozialer Probleme und fördert gesellschaftliche Teilhabe. Gleichzeitig stärkt dies das Vertrauen in die Maßnahmen des Jobcenters und anderer Institutionen.

Auch das Jobcenter profitiert von dem neuen Beratungsangebot. Die positive Erfahrung mit den HCCs steigert die Offenheit der Teilnehmenden gegenüber weiteren Unterstützungsleistungen. Die vertrauensvolle, kontinuierliche und flexible Beratung mit einem klaren Fokus auf Gesundheit und Ganzheitlichkeit führt dazu, dass interne Strukturen innerhalb des Jobcenter angepasst werden, um die bereichsübergreifende Zusammenarbeit zu fördern. Erfolgreiche Modelle wie das „Walk & Talk"-Format, ursprünglich zur Aufrechterhaltung des Kontakts während der Corona-Schließungen eingeführt, werden auch in andere Bereiche übertragen. Insgesamt entsteht mit der Gesundheitsberatung ein freiwilliges, sanktionsfreies und individuell zugeschnittenes Angebot für Menschen mit komplexen gesundheitlichen Problemlagen, das sowohl Teilnehmende als auch BeraterInnen vom institutionellen Druck entlastet.

Nicht zuletzt treten auch unbeabsichtigte, aber positive Effekte auf. Die Teilnehmenden zeigen eine höhere Zuverlässigkeit und sind eher bereit, alltägliche Aktivitäten wie Spaziergänge oder neue Erfahrungen in Angriff zu nehmen.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Gesundheitsberatung für langzeitarbeitslose Menschen durch ihren individuellen, vertrauensvollen und flexiblen Ansatz tiefgreifende und nachhaltige positive Wirkung zeigt. Diese Einschätzung wird eindrucksvoll durch die Aussage eines Teilnehmenden bei einem Validierungs-Workshop unterstrichen: *„Hätte ich dieses Angebot fünf Jahre früher gehabt, säße ich jetzt nicht hier!"* Die Kombination aus vertrauensvoller Beziehung, strukturierter und dennoch anpassungsfähiger Beratung sowie der Fokus auf Selbstwirksamkeit und Gesundheitskompetenz bildet die Grundlage für langfristige Verbesserungen in Gesundheit, Selbstwert und Lebenslage. Der ganzheitliche Ansatz, der körperliche, psychische und soziale Aspekte gleichermaßen berücksichtigt, setzt neue Maßstäbe im Umgang mit den vielschichtigen Herausforderungen langzeitarbeitsloser Menschen. Dabei kann er nicht nur helfen, bestehende Arbeitslosigkeit mit gesundheitlichen Einschränkungen zu überwinden, sondern auch präventiv einer Verfestigung dieser Situation entgegenwirken. Zentrale Erfolgsfaktoren sind in geringer Betreuungsschlüssel, gute Erreichbarkeit, die Freiwilligkeit des Angebots sowie dessen konsequente Ausrichtung auf Gesundheit, Lebenslage und die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Teilnehmenden.

Abbildung 1: Grundsätze im RPV



Insgesamt liefert das Projekt starke Hinweise darauf, dass Gesundheitsförderung im SGB II Kontext wirksam ist, wenn Vertrauen aufgebaut, strukturelle Barrieren abgebaut und Partizipation ermöglicht wird. Die beratenden Personen spielen eine Schlüsselrolle und die größte Herausforderung besteht in der dauerhaften Einbindung solche Ansätze in bestehende Systeme.

Zusammenfassend lässt sich demnach festhalten, Gesundheitsförderung wirkt, wenn Haltung, Struktur und Beteiligung stimmen. Erfolgreich ist sie besonders dann, wenn niedrigschwellige Angebote auf Augenhöhe gemacht werden, Vertrauen entsteht und Betroffene aktiv eingebunden sind. Gesundheitscoaches spielen dabei eine Schlüsselrolle als BrückenbauerInnen zwischen System und Lebenswelt. Wirkung ist möglich, aber nicht linear. Sie braucht systemische Verankerung, um nachhaltig zu sein. Mit den richtigen Rahmenbedingungen lässt sich das Erfolgsprinzip übertragen.

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

Nachfolgend werden die Erkenntnisse zu den innovativen (Teil-)Ansätzen und deren Wirkungen.

3.1 Teilansatz personelle Ausrichtung auf Gesundheit

Die Analyse des Projekts gepaart mit den qualitativen Rückmeldungen der Teilnehmenden und anderen Akteuren zeigt, dass die spezifische personelle Ausrichtung der Beratung auf gesundheitliche Expertise ein zentraler Erfolgsfaktor im Health Care Coaching ist. Insbesondere der durch den gezielten Einsatz von Fachkräften mit gesundheitsbezogenem Hintergrund, können zentrale Wirkmechanismen aktiviert werden, die über die klassische arbeitsmarktbezogene Beratung hinausgehen. Daraus ergeben sich mehrere zentrale Erkenntnisse.

Die gesundheitsfachliche Qualifikation der HCCs ermöglicht eine differenzierte Wahrnehmung und Einschätzung gesundheitlicher Belastungen sowie die passgenaue Reaktion darauf. Dies trägt zur Stabilisierung des Gesundheitszustands der Teilnehmenden bei und verhindert in vielen Fällen eine weitere gesundheitliche Verschlechterung trotz anhaltender Langzeitarbeitslosigkeit. Des Weiteren führt die gesundheitsorientierte Herangehensweise der Beratenden zu einem erweiterten Fallverständnis, das nicht primär auf die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit abzielt, sondern auf die Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens, der Selbstwirksamkeit und Lebensqualität. Dies verändert die Beratungshaltung grundlegend in Richtung Ressourcenstärkung. Eine weitere Erkenntnis wird durch die Haltung der HCCs gewonnen. Diese ist von Empathie, Freiwilligkeit und Verzicht auf sanktionierende Mechanismen ausgelegt. Diese Kombination ermöglicht eine vertrauensvolle Beziehung zu den Teilnehmenden. Diese Beziehung gilt vielfach als Ausgangspunkt für nachhaltige Veränderungen in der Selbstwahrnehmung und Alltagsstrukturierung. Ferner wird durch die gezielte Vermittlung von Gesundheitswissen, z.B. zu Krankheitsbildern, Prävention oder gesundheitsfördernden Verhaltensweisen, die Teilnehmenden in die Lage versetzt, informierte Entscheidungen zu treffen und Verantwortung für ihre gesundheitliche Entwicklung zu übernehmen. Dies führt zu einer gestärkten Selbstwirksamkeit im Umgang mit gesundheitlichen Herausforderungen. Auch verfügen die gesundheitlich geschulten Beratenden über hohe Anschlussfähigkeit an das Versorgungssystem und können so Brücken zwischen individueller Problemlage und institutionellen Unterstützungsangeboten schlagen. Dadurch werden soziale Netzwerke ausgebaut und langfristige Integrationserfolge begünstigt.

„Ja, ich habe einen Ansprechpartner in Gesundheitsfragen, die mich unterstützt, wenn ich nicht weiß, wohin ich mich wenden kann, oder wenn ich eventuell keine Ideen habe, wie ich gesundheitliche Dinge verbessern kann an mir selber. Also jemanden, der auch Rückfragen beantworten kann, der auch ein Auge einfach darauf hat, wenn man vielleicht selber nicht alles im Blick hat.“ (Interview C)

Die positiven Erfahrungen mit den HCCs führen nicht nur zu einer veränderten Haltung der Teilnehmenden gegenüber dem Jobcenter, sondern auch zu internen Veränderungen. Der Erfolg des gesundheitlich ausgerichteten Ansatzes förderte die bereichsübergreifende Zusammenarbeit, die Entwicklung neuer Formate, wie der „Walk &Talk“-Ansatz und eine stärkere Orientierung auf freiwillige, personenzentrierte Angebote im Jobcenter.

Die gesundheitsorientierte personelle Ausrichtung der Beratung erweist sich als wesentlicher Schlüssel für die nachhaltige Stabilisierung und Aktivierung langzeitarbeitsloser Menschen mit komplexen Problemlagen. Sie ermöglicht eine neue Form der vertrauensvollen, ganzheitlichen Unterstützung, die über traditionelle arbeitsmarktpolitische Instrumente hinausgeht.

3.2 Teilansatz Capability Approach

Die Anwendung des Capability Approach im Rahmen der Auswertung des Health Care Coaching erlaubt es, über klassische Evaluationskriterien hinauszugehen und tiefere Einsichten in die Wirkmechanismen, Zielverwirklichung und gesellschaftliche Relevanz des Projekts zu gewinnen.

Durch die capability-basierte Betrachtung wird deutlich, dass sich der Erfolg des Projekts nicht primär an kurzfristigen arbeitsmarktbezogenen Outputs bemisst, sondern an der Erweiterung von individuellen Handlungsmöglichkeiten, wie etwa der Fähigkeit, eigene Gesundheitsbedarfe zu formulieren, sich in Unterstützungssysteme einzubinden oder Alltagsentscheidungen selbstbewusster zu treffen. Der Capability Approach ermöglicht eine Analyse, bei der nicht einheitliche Wirkung auf alle Teilnehmenden gesucht werden, sondern deren unterschiedliche Ausgangslage, Präferenzen und Zielsetzung als zentraler Maßstab dienten. Damit wird sichtbar, dass individuelle Fortschritte, z.B. bei Selbstwirksamkeit, Autonomie oder sozialer Teilhabe, ebenso bedeutsam sind wie formale Erfolgsindikatoren. Die Anwendung des Ansatzes hilft dabei, nicht intendierte, aber positive Projektwirkungen systematisch zu erfassen, etwa neu gewonnene Motivation, psychosoziale Stabilisierung oder die Stärkung des Vertrauens in Institutionen. Diese Effekte erscheinen aus klassisch-instrumenteller Sicht marginal, gewinnen aber an Bedeutung, wenn man sie als Bausteine erweiterter Lebensführungschancen versteht. Weiterhin konnte dadurch nicht nur das „Was“ wie bspw. Gesundheitswissen, soziale Kontakte etc., sondern auch das „Wie“ der Wirksamkeit, also durch welche Mechanismen Teilnehmende befähigt wurden, Ressourcen überhaupt nutzbar zu machen. So kann gezeigt werden, dass z.B. Vertrauen, Beziehungskontinuität und Freiwilligkeit entscheidende Faktoren sind.

„Dadurch, dass ich Unterstützung erfahren habe und liebevolle, liebevolle Arschtritte sage ich jetzt mal, habe ich es geschafft halt, mich an Ärzte zu wenden und eine Psychotherapie zu beginnen. Und ja, dadurch habe ich einiges erreicht und mir geht es psychisch besser.“ (Interview A)

Schließlich verdeutlicht die Anwendung und die Auswertung des Capability Approach, dass das Angebot RPV nicht nur „hilft“, sondern einen Beitrag zur sozialen Gerechtigkeit leistet. Durch die Förderung von realen Wahlmöglichkeiten wirkt das Projekt struktureller Exklusion entgegen. Diese Erkenntnis wurde durch die theoretische Rahmung erst analytisch fassbar und normativ legitimierbar gemacht.

3.3 Teilansatz motivierende Gesprächsführung nach Miller& Rollnick –klientenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers

Die kommunikative Grundlage im RPV ist die motivierende Gesprächsführung nach Miller & Rollnick und die klientenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers. Diese haben maßgeblich dazu beigetragen, die Wirkung der Gesundheitsberatung zu entfalten. Ein zentrales Ergebnis der Auswertung ist, dass die auf Empathie, Akzeptanz und Echtheit beruhende Gesprächsführung den Aufbau einer stabilen Beziehung zwischen HCCs und Teilnehmenden erleichtert hat. Diese Beziehung dient als Grundlage für eine offene Auseinandersetzung mit gesundheitlichen Belastungen, Ängsten und Veränderungswünschen, was im klassischen Jobcenter-Kontext häufig nicht gelingt. Durch den Einsatz von MI können Teilnehmende nicht zur zu Reflexion angeregt, sondern auch in ihrem eigenen Veränderungswillen gestärkt werden. Die Grundhaltung des MI beruht auch Partnerschaftlichkeit, Ressourcenorientierung und das vollständige Verzichten auf Druck. So wird Raum dafür geschaffen, dass Teilnehmende selbst Veränderungsmotivation entwickeln können. Dies führt zu einer höheren Bereitschaft, sich auf gesundheitliche oder soziale Veränderungen einzulassen.
Beide Gesprächsführungsansätze basieren auf der Annahme, dass Menschen aus eigener Kraft Veränderungen herbeiführen können, wenn sie in einem wertschätzenden Rahmen erst genommen und unterstützt werden. Genau dies spiegelt sich in den Ergebnissen wider. Viele Teilnehmende berichten, dass sie sich erstmals wieder ernst genommen, gehört und kompetent erlebt hätten, was zu einer Stärkung des Selbstwertgefühls und der Selbstwirksamkeit führt.

„Ich hab auch nicht mehr ganz so viel Angst. Und die Gespräche mit ihr, die helfen mir auch. Das ist eigentlich schon gut für mich. Und alles. Und ich versuche so gut ich kann mit einiges, wenn es auch nicht immer hinhaut, aber mit einiges selber fertig zu werden. Und das ist auch viel wert für mich. Also so, dass ich nicht auf andere angewiesen bin. Ne? Ja, das möchte ich auch nicht.“ (Interview B)

Eine weitere Erkenntnis ist, dass durch die klientenzentrierte Haltung Widerstände gegen das Beratungsangebot reduziert werden. Statt Druck oder Sanktionen stehen die Freiwilligkeit und Passung zum Individuum im Vordergrund, was die Offenheit der Teilnehmenden erhöht. Dies war insbesondere bei Personen mit langjähriger Distanz zu Institutionen ein zentraler Wirkfaktor. Die Gespräche bieten Raum für die Erarbeitung individueller Ziele, die häufig jenseits von Arbeitsmarktintegration liegen, wie etwa die körperliche Stabilisierung, Verbesserung psychischer Gesundheit oder soziale Anbindung. Diese Offenheit für persönliche Prioritäten ist ein Erfolgsfaktor für die längerfristige Bindung an das Angebot und den nachhaltigen Effekt auf die Lebensführung.
MI zielt nicht auf kurzfristige Verhaltenskorrektur, sondern auf nachhaltige innere Klärung und Zielbindung. Die Ergebnisse zeigen, dass viele Teilnehmende aus eigenem Antrieb Schritte eingeleitet haben, etwa die Aufnahme gesundheitsförderlicher Aktivitäten, die Kontaktaufnahme zu Unterstützungsangeboten oder das Setzen realistischer persönlicher Ziele.

Die Anwendung von MI und klientenzentrierter Gesprächsführung im Projekt RPV hat sich als zentraler Wirkfaktor erwiesen. Sie ermöglichen Vertrauen, Selbstreflexion, Motivation und Selbstwirksamkeit, insbesondere bei einer Zielgruppe, die gegenüber institutionellen Angeboten oft zurückhaltend oder ablehnend ist. Statt Kontrolle und Anpassung stehen Zugewandtheit, individuelle Orientierung und Ressourcenaktivierung im Mittelpunkt, mit dem Ergebnis, dass viele Teilnehmende nachhaltige Veränderungen in ihrer Gesundheits- und Lebenslage erleben können.

3.4 Teilansatz verhältnisorientierte Beratung

Im Projekt RPV zeigt sich, dass die verhältnisorientierte Beratung, also die gezielte Berücksichtigung und Mitgestaltung der Lebens- und Umweltbedingungen der Teilnehmenden, ein zentraler Erfolgsfaktor ist, um nachhaltige Verbesserungen in Gesundheit, Lebensqualität und Teilhabe zu erreichen. Die Beratung orientiert sich nicht nur an individuellen Verhaltensweisen oder gesundheitlichen Symptomen, sondern an der gesamten Lebenslage der Teilnehmenden, einschließlich Wohnsituation, sozialer Isolation, finanzieller Belastung oder Zugang zu Versorgung. Diese Perspektive ermöglicht maßgeschneiderte, realistische Ziele, die an der tatsächlichen Lebensrealität ansetzen. Indem die HCCs nicht bei der Veränderung der Person ansetzen, sondern auch die Bedingungen ihres Alltags reflektierten, entsteht ein respektvoller und empowernder Beratungsrahmen. Viele Teilnehmende fühlen sich dadurch erstmals nicht defizitär gesehen, sondern in ihrer Lebenslage ernst genommen. Die fördert Vertrauen und reduziert Widerstände. Die Ergebnisse zeigen, dass Teilnehmende durch die HCCs gezielt zu Angeboten im Sozialraum begleitet wurden, wie bspw. Selbsthilfegruppen, Sportangebote, ambulante Hilfe oder Vereinsstrukturen. Diese Vermittlung in unterstützende Netzwerke trägt maßgeblich zu Stabilisierung der Lebenslage bei und erweitert langfristig die Handlungsspielräume der Teilnehmenden.
Durch die Verknüpfung gesundheitlicher Themen mit konkreten Lebenswelten, z.B. Ernährung bei wenig Einkommen, Bewegung im nahen Wohnumfeld, können Gesundheitsimpulse in den Alltag übertragen werden. Dies trägt zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz bei und macht Veränderungen nachhaltiger, weil sie im eigenen Lebenskontext verankert werden. Die Verhältnisorientierung richtet den Blick auch auf gesellschaftliche Teilhabe, nicht als Endziel, sondern als Weg zu mehr Stabilität und Wohlbefinden. Indem soziale Isolation abgebaut und Zugänge zu Gemeinschaft gestärkt werden, entsteht eine neue Form der sozialen Eingebundenheit, die sich positiv auf das psychische Erleben und die Lebenszufriedenheit auswirkt.

Im Gegensatz zu traditionellen, oft an Verhaltenssteuerung orientierten Beratungsformen wird das HCC-Angebot im Projekt RPV als freiwillige, unterstützende Lebenshilfe wahrgenommen, nicht als kontrollierende Maßnahme. Die Verhältnisorientierte spielt dabei eine zentrale Rolle, da sie Verständnis für strukturellen Hürden zeigte und individuelle Verantwortung nicht überbetont.
Die Anwendung verhältnisorientierter Beratung im Projekt RPV ermöglicht es, die oft komplexen Lebenslagen langzeitarbeitsloser Menschen nicht nur als individuellen Problem, sondern als Resultat struktureller und sozialer Bedingungen zu verstehen und zu bearbeiten. Dies schafft Vertrauen,

Akzeptanz und realistische Veränderungsmöglichkeiten. Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass nachhaltige gesundheitliche und soziale Verbesserungen insbesondere dann möglich sind, wenn die Beratung nicht nur Verhalten adressiert, sondern Verhältnisse aktiv einbezieht und mitgestaltet. Der Ansatz stärkt so nicht nur die Selbstwirksamkeit der Teilnehmenden, sondern auch deren tatsächliche Teilhabemöglichkeiten und leistet damit einen Beitrag zur sozialen Gerechtigkeit.

3.5 Teilansatz Zusammenarbeit mit dem Kreisgesundheitsamt im Kreis Viersen

Ein zentraler Teilansatz im Projekt RPV ist die geplante enge Zusammenarbeit mit dem Kreisgesundheitsamt (KGA). Ziel dieser Kooperation ist es, eine medizinisch fundierte Einschätzung als Grundlage für die Teilnahme an der Gesundheitsberatung im Projekt RPV zu etablieren. Die Idee besteht darin, dass Kundinnen und Kunden des Jobcenters im Vorfeld eine amtsärztliche Begutachtung durchlaufen, die über die gesetzlich vorgeschriebene Beurteilung hinaus auch eine erweiterte, projektbezogene Diagnostik enthalten soll. Diese soll insbesondere Aspekte der Prävention und Rehabilitation berücksichtigen. Auf dieser Grundlage ist eine „handwarme“ Übergabe von ärztlicher Einschätzung zur anschließenden Beratung durch die HCCs vorgesehen, ein geplanter nahtloser Übergang von der medizinischen Bewertung zur gesundheitsbezogenen Unterstützung.
Diese enge Verzahnung kann jedoch pandemiebedingt nicht wie vorgesehen realisiert werden. Mit dem Start des Projekts ist der Beginn der Corona-Pandemie zu verzeichnen, wodurch das KGA unmittelbar mit pandemiebedingten Aufgaben ausgelastet war und die Prioritäten neu setzen musste. Die ursprünglich geplante intensive Kooperation, die eine enge fachliche Rückkopplung zwischen Gutchatenden und Beratungspersonal vorgesehen hat, konnte in dieser Form nicht umgesetzt werden.
Als sich der akute Ausnahmezustand der Pandemie stabilisiert hatte, wurde eine pragmatische Lösung entwickelt, um dennoch eine gewisse fachliche Anbindung an das KGA zu ermöglichen. Die HCCs erarbeiteten ein Beiblatt zum Gutachtenauftrage, das es den Gutachtenden ermöglichte, mit geringem Mehraufwand eine Einschätzung zur gesundheitlichen Eignung für das Projekt RPV abzugeben. Diese Einschätzungen konnten dann von den HCCs im Erstgespräch aufgegriffen und in die Beratung integriert werden.

Aus dieser Entwicklung lassen sich mehrere Erkenntnisse ziehen. Systemische Anschlussfähigkeit braucht institutionelle Stabilität. Die ursprüngliche Idee einer integrierten Begutachtungs- und Beratungsstruktur ist grundsätzlich tragfähig, scheitert jedoch an mangelnder Resilienz institutioneller Kooperationspartner in Krisenzeiten. Dies macht Flexibilität im Projektverlauf entscheidend. Das Projektteam reagiert konstruktiv auf die veränderten Rahmenbedingungen und schafft mit dem Beiblatt eine niedrigschwellige, handhabbare Alternative, um dennoch an das Gutachtensystem anzuknüpfen. Die Vernetzung zwischen medizinischer Einschätzung und psychosozialer Begleitung bleibt ein zukunftsweisender Ansatz. Das heißt, auch wenn im Projektverlauf kein durchgängiges Modell etabliert werden kann, bleibt das Ziel, medizinische Erkenntnisse eng mit gesundheitsbezogener Beratung zu verknüpfen hoch relevant, insbesondere für Zielgruppen mit komplexen gesundheitlichen Problemlagen.
Zusammenfassend zeigen in diesem Zusammenhang die Erfahrungen im Projekt, das gemeinsame Planungen nicht ausreichen, wenn operative Umsetzbarkeit und Krisenfestigkeit nicht ebenfalls gewährleistet sind. Eine Kooperation mit dem KGA bedarf klarer gemeinsamer Strukturen.

Das Projekt RPV hat neben inhaltlichen und methodischen Ansätzen auch tiefgreifende strukturelle Veränderungen im Beratungsrahmen implementiert. Besonders hervorzuheben sind dabei die verzahnte Doppelbetreuung durch IFKs und HCCs, die flexibilisierte Kommunikation, die institutionelle Öffnung im Jobcenter sowie die besondere organisatorische Ausgestaltung des Angebots. Die gleichzeitige Betreuung durch IFKs und HCC ermöglicht eine ganzheitliche Bearbeitung sowohl arbeitsmarktrelevanter als auch gesundheitlicher Problemlagen. Kompetenzen wurden gebündelt, Zuständigkeiten abgestimmt, wodurch passgenaue und koordinierte Unterstützung möglich wird. Die enge Zusammenarbeit der Akteure sorgt für einen klaren konsistenten Informationsfluss, sowohl intern als auch gegenüber den Teilnehmenden. Dies fördert Vertrauen, Verbindlichkeit und Nachvollziehbarkeit, was gerade für vulnerable Zielgruppen von großer Bedeutung ist. Durch flexible Kontaktwege wie Diensthandys oder direkte Durchwahlen kann eine niedrigschwellige, kontinuierliche Begleitung gewährleistet werden. Die Beratung ist damit stärker am Lebensalltag der Teilnehmenden orientiert, was Beziehungsaufbau und Engagement deutlich erleichtert. Die enge Verzahnung beider

Professionen trägt dazu bei, dass Datenverluste minimiert werden, Übergaben reibungsloser verlaufen und die Fallbearbeitung effizienter und nachhaltiger erfolgen kann. Die bereichsübergreifende Zusammenarbeit erfordert ein Umdenken im Jobcenter. Neue Formate wie „Walk and Talk“ oder fallbergreifende Absprachen zeugen von einer lernenden Organisation, die bereit ist, sich auf komplexe Problemlagen flexibel einzustellen.
Ein weiterer struktureller Vorteil liegt in der Verortung des Projekts außerhalb der Haushaltsregularien. Dadurch wird es konjunkturstabil und unabhängig von befristeten Förderlogiken. Damit bietet es eine seltene Kontinuität in einem System, das sonst stark durch befristete Maßnahmen geprägt ist. Auch die nicht standardisierte Teilnahmedauer stellt einen deutlichen Mehrwert dar, anders als in vielen anderen Maßnahmen war eine individuelle, am Bedarf orientierte Dauer möglich, was den Druck von Teilnehmenden nimmt und tragfähige Prozesse begünstigt.

Die strukturellen Besonderheiten im Projekt RPV, von der Doppelbetreuung über flexible Kommunikation bis hin zu systemischen Konjunkturstabilität, zeigen, dass veränderte Rahmenbedingungen ein entscheidender Hebel für wirksame Beratung sind. Die Aufweichung klassischer Vorgaben zugunsten eines kooperativen, offenen und kontinuierlich zugänglichen Settings trägt wesentlich dazu bei, Vertrauen aufzubauen, Prozesse zu stabilisieren und Teilnehmende tatsächlich zu befähigen. Diese Erkenntnisse legen nahe, dass nachhaltige Beratung nicht allein inhaltlich, sondern vor allem auch organisatorisch und strukturell neu gedacht werden muss, wenn sie den komplexen Lebensrealitäten von Menschen in Langzeitarbeitslosigkeit gerecht werden soll.

4 Verstetigung vor Ort

4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung

Das Projekt RPV hat im Rahmen seiner Laufzeit ein innovatives, gesundheitsorientiertes Beratungsangebot im Kontext des SGB II erprobt. Im Zentrum stehen freiwillige, ganzheitlich ausgerichtete Gesundheitscoachings durch HCCs, die in enger Kooperation mit den IFKs des Jobcenters agieren. In einer Zeit sozialer und gesundheitlicher Herausforderungen, verstärkt durch die Corona-Pandemie, kann das Projekt neue Wege in der Beratungspraxis aufzeigen.

Das Health Care Coaching hat sich als wirkungsvolle, klientenzentrierte Unterstützung erwiesen. Die Verankerung als dauerhaftes Angebot im Jobcenter würde die Versorgungslücke zwischen medizinischer Versorgung und Erwerbsintegration schließen. Notwendig wären neben finanzieller Absicherung durch eine Verstetigungsfinanzierung und Integration in die Grundstruktur der Jobcenter auch klare Abgrenzung zu verpflichtenden Maßnahmen, um die Freiwilligkeit und Niedrigschwelligkeit zu bewahren.
Die parallele Betreuung durch IFKs und HCCs ermöglicht eine umfassende, ganzheitliche Betreuung. Neben Ressourcenbündelung durch parallele Zuständigkeiten und Transparenz für Teilnehmende durch klare Rollenaufteilung, haben sich die hohe Kommunikationsqualität durch niederschwellige Kontaktmöglichkeiten als vorteilhaft erwiesen. So werden Datenverluste vermieden und Schnittstellen reduziert. Diese Doppelstruktur sollte verstetigt werden, ggf. durch Tandem-Modelle oder gemeinsame Fallkonferenzen.

Ein zentraler Erfolgsfaktor lieg in der Aufweichung rigider Verwaltungsstrukturen zugunsten einer bedarfsorientierten, menschenzentrierten Arbeitsweise. Vertrauensaufbau wird durch die Freiwilligkeit und Sanktionsfreiheit ermöglicht. Ein niedriger Betreuungsschlüssel fördert die Individualität der Beratung und kurze regelmäßige Abstände zwischen den Gesprächen. Der Fokus liegt auf der Gesundheit, die Lebenslage und Selbstbestimmung. Die Verankerung dieser Elemente erfordert strukturelle Flexibilität, Empowerment der Fachkräfte und eine systematische Reflexion institutioneller Zwänge.

Die Implementierung des Capability Approach ermöglicht eine systematische Betrachtung der realen Handlungsspielräume der Teilnehmenden. Eine Weiterführung dieses Ansatzes bereichert die Beratung indem die individuelle Lebenslage besser eingeschätzt und so besser unterstützt werden kann, die Selbstbestimmung und Entwicklungspotenziale in den Fokus rücken und die Zielvereinbarungen ressourcen- und chancenorientiert gestaltet werden können. Eine Verstetigung dieses Denkansatzes wäre durch Schulungen und Methodenintegration in Beratungsgespräche sinnvoll.
Die Anwendung klientenzentrierter und motivierender Gesprächsführung erweist sich als elementarer Baustein für den Aufbau einer tragfähigen Beratungsbeziehung in der Teilnehmende mehr Selbstwirksamkeit und Vertrauen zeigen. Außerdem wird die Beratung partizipativ und unterstützend erlebt und die Autonomie und die Lebenszufriedenheit steigen. Daraus ergibt sich die Empfehlung, diese Kommunikationsformen als Standardqualifikation für Fachkräfte zu etablieren.

Die geplante enge Zusammenarbeit mit dem Kreisgesundheitsamt konnte pandemiebedingt nicht wie vorgesehen umgesetzt werden. Ein Beiblatt zum Gutachtenauftrag ermöglicht trotz Pandemie eine projektbezogene Einschätzung. Langfristig wäre ein medizinischer begleiteter Einstieg in Gesundheitsberatung sinnvoll. Diese Erkenntnisse sollte Grundlage für neue Kooperationsformen sein, da eine strukturierte Übergabe an die HCCs möglich wäre.

Die Erfahrungen aus dem Projekt RPV zeigen, dass eine auf Vertrauen, Gesundheit, Selbstbestimmung und Lebenslage orientierte Beratung langfristig Effekte erzielen kann. Die Kombination aus klientenzentrierter Haltung, flexibler Struktur und gesundheitsorientiertem Fokus bildet die Grundlage für ein zukunftsfähiges Beratungsmodell. Eine Verstetigung dieser Ansätze würde nicht nur den individuellen Teilnehmenden, sondern auch dem Jobcenter selbst zugutekommen, das durch RPV intern strukturiert profitiert hat. Das Projekt stellt damit eine wichtige Blaupause für eine moderne, resiliente Arbeitsmarktpolitik dar, die Menschen in ihrer Lebensrealität abholt und befähigt.

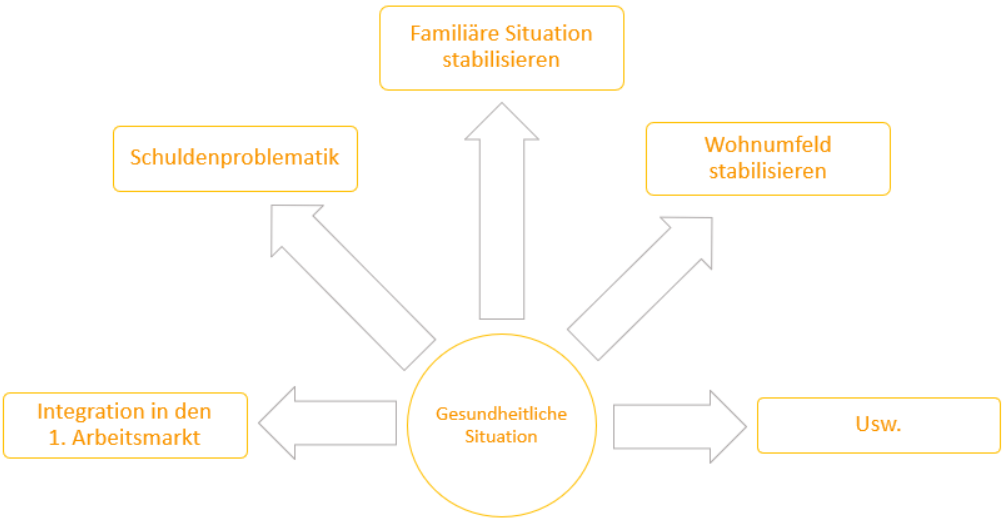
4.2 Verstetigung im eigenen Jobcenter

„Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts“ (A. Schopenhauer)

Das Projekt RPV soll in seiner bestehenden Form vollständig verstetigt werden. Die im Verlauf des Modellprojekts entwickelten und etablierten Strukturen, Methoden und inhaltlichen Schwerpunkte haben sich als nachhaltig wirksam erwiesen und ermöglichen eine zielgerichtete Unterstützung langzeitarbeitsloser Menschen mit komplexen gesundheitlichen Problemlagen. Insbesondere die enge Verzahnung zwischen den IFKs und den HCCs hat sich als strukturstärkendes Element herausgestellt, das sowohl auf Seiten der Teilnehmenden als auch innerhalb des Jobcenters zu mehr Transparenz, Effizienz und Kohärenz geführt hat. Die Doppelbetreuung ermöglicht eine Bündelung der vorhandenen Ressourcen, verbessert die Kommunikation und reduziert Informationsverluste. Durch die transparente Zusammenarbeit und gemeinsame Fallbearbeitung erhalten sowohl Teilnehmende als auch Mitarbeitende ein hohes Maß an Orientierung und Verlässlichkeit.

Zentral für die Verstetigung ist der beziehungsorientierte und klientenzentrierte Beratungsansatz, der durch Vertrauen, Freiwilligkeit, Flexibilität und einen geringen Betreuungsschlüssel gekennzeichnet ist. Die HCCs können dank dieser Bedingung ein engmaschiges Unterstützungsnetzwerk aufbauen, das sich nicht nur auf gesundheitliche Themen beschränkt, sondern auch Aspekte der psychosozialen Stabilisierung, Selbstwirksamkeit und Lebenszufriedenheit umfasst. Die ganzheitliche Herangehensweise orientiert sich an der Lebensrealität der Teilnehmenden, integriert sowohl körperliche als auch psychische und soziale Faktoren und fördert nachhaltig die Selbstbestimmung und Teilhabe. Die Sozialraumorientierung stellt dabei einen weiteren bedeutsamen Pfeiler des Projekts dar. Durch die gezielte Einbindung wohnortnaher Angebote, sozialer Netzwerke, Vereine und Selbsthilfegruppen wird der Zugang zu Unterstützung niedrigschwellig gestaltet. Die HCCs fungieren als Brücke zwischen institutionellen Hilfen und informellen Ressourcen im Sozialraum. Dies führt zu einer verbesserten Einbindung der Teilnehmenden in gesellschaftliche Strukturen, zur Stärkung sozialer Kontakte und damit zu einer langfristigen Verbesserung der Lebenssituation. Auch das Vertrauen in unterstützende Institutionen wie Jobcenter, Krankenkasse oder Rentenversicherung wird durch die positive Erfahrung mit den freiwilligen, sanktionsfreien Beratungsangebot erhöht. Auch der Erfolgsfaktor der strukturellen Flexibilisierung innerhalb der Organisation des Jobcenters wird weitergeführt. Die HCCs sind direkt erreichbar, arbeiten aber ohne die Notwendigkeit rechtlicher Belehrungen und unterliegen weniger formalen Zwängen. Diese Bedingungen ermöglichen eine schnellere, individuellere und ressourcenorientierte Ansprache der Teilnehmenden, ein Element, das in vielen regulären Maßnahmen bislang fehlt. Auch die unbegrenzte Teilnahmedauer und die konjunkturunabhängige Stabilität des Angebots unterscheiden RPV positiv von anderen Jobcentern-Angeboten und werden weiter fortgeführt und dauerhaft implementiert.

Abbildung 2: Beratungsansatz im RPV



Nicht weitergeführt wird hingegen die ursprünglich geplante enge Zusammenarbeit mit dem Kreisgesundheitsamt. Ziel war es zunächst, eine tiefergehende, am Projekt ausgerichtete ärztliche Begutachtung vorzuschalten, um Teilnehmenden frühzeitig individuelle präventive und rehabilitative

Handlungsempfehlungen zu geben und diese durch eine sogenannte „handwarme Übergabe“ nahtlos in die Gesundheitsberatung der HCCs zu überführen. Dieses Konzept konnte pandemiebedingt nicht realisiert werden, da das Gesundheitsamt mit Beginn der COVID-19-Pandemie seine Kapazitäten vorrangig auf infektiologische Aufgaben umlenken musste. Infolge dieser Entwicklungen wird das ursprüngliche Vorhaben auch im Verstetigungsprozess erstmal aufgegeben. Als pragmatische Alternative wurde im weiteren Projektverlauf durch die HCCs ein Beiblatt zum Gutachtenauftrag entwickelt. Dieses ermöglicht es den begutachtenden Ärzt:innen, eine Einschätzung zur Teilnahmeeignung an der Gesundheitsberatung vorzunehmen, ohne zusätzlichen Aufwand und im Rahmen ihrer regulären Begutachtung. Diese Lösung hat sich als praktikabel und effizient erwiesen und wird im Rahmen der Verstetigung als verbleibendes Element aus der ursprünglichen angestrebten Kooperation mit dem KGA beibehalten. So bleibt weiterhin ein medizinisch fundierter Zugang zum Projekt möglich, auch ohne formalisierte Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt.

Der Projektansatz wurde im Rahmen der Trägerversammlung vorgestellt und wurde so wie er ist genehmigt.

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung

Die bestehenden Regelsysteme der Jobcenter, geprägt durch standardisierte Prozesse, rechtliche Verpflichtungen, hohe Fallzahlen und auch im Bürgergeld sanktionsbewehrte Steuerungslogiken, stoßen an ihre Grenzen, wenn es um die nachhaltige Unterstützung von Menschen mit gesundheitlichen Mehrfachbelastungen geht. Das Projekt RPV zeigt, dass durch strukturelle Öffnung, z.B. geringere Fallzahlen, Flexibilisierung der Kontaktformate, direkte Erreichbarkeit, neue Möglichkeitsräume für wirksame Unterstützung geschaffen werden können. Die bundesweite Verstetigung müsste die starre Trennung zwischen beschäftigungsorientiertem Fallmanagement, Integrationsarbeit und Gesundheitsförderung aufbrechen und personenzentrierte, interdisziplinäre Doppelbetreuung, für die hier relevante Zielgruppe, flächendeckend etablieren. Voraussetzung ist eine Anpassung gesetzlicher und organisatorischer Rahmenbedingungen.
Die Freiwilligkeit im Projekt RPV ist ein Schlüsselfaktor für Vertrauen und nachhaltige Teilnahme. Teilnehmende fühlen sich entlastet vom institutionellen Druck und entwickeln Eigenmotivation sowie eine neue Haltung gegenüber Unterstützungssystemen. Dies steht im Kontrast zu regulären Jobcenterangeboten, die stark durch Pflicht und Kontrolle geprägt waren und es in den Köpfen der Leitungsbeziehenden immer noch sind. Eine bundesweite Verstetigung müsste sicherstellen, dass gesundheitlich orientierte Angebote außerhalb der Sanktionslogik stehen und ausdrücklich freiwillig sind. Dies erfordert eine bewusste Trennung von Vermittlungslogik und gesundheitsbezogener Unterstützung innerhalb der Jobcenterpraxis.
Auch die Einführung der HCCs war ein zentraler Erfolgsfaktor. Ihre gesundheitsorientierte, klientenzentrierte und beziehungsfokussierte Arbeitsweise ermöglicht nicht nur individuelle Stabilisierung, sondern auch strukturelle Innovation. In regulären Jobcentern fehlt bislang eine vergleichbare Rolle. Zur bundesweiten Übertragung sollten HCC-Stellen institutionalisiert und in die Jobcenterstruktur integriert werden, mit klar definierten Aufgabenprofil, eigenem Zugriffsrecht auf die internen Systeme, aber ohne Verpflichtung zur Rechtsfolgenbelehrung. Durch die Einbindung wohnortnaher Ressourcen, wie Selbsthilfegruppen, Vereine, Beratungsstellen etc., wird im Projekt RPV gesellschaftliche Teilhabe aktiviert und verstetigt. In der Regelstruktur der Jobcenter bleibt dieser Zugang zu Sozialräumen meist ungenutzt. Ein verstetigtes Modell müsste auch die systematische Vernetzung mit kommunalen Angeboten forcieren. HCCs könnten als Brückenakteure fungieren. Dies erfordert koordinierende Stellen innerhalb der Jobcenter, sowie abgestimmte Rahmenvereinbarungen mit kommunalen Partnern.
Zentrale Wirkmechanismen im RPV sind Vertrauen, Kontinuität und Verbindlichkeit, begünstigt durch Zeit, Beziehungsarbeit und niedrigschwellige Kommunikation. Solche Beziehungsqualitäten sind im Alltag der Integrationsfachkräfte durch hohe Fallzahlen kaum realisierbar. Ein bundesweiter Transfer müsste die personelle Ausstattung verbessern, um geringere Fallzahlen und Multiprofessionalität zu generieren, und die Handlungsspielräume für Beziehungspflege in der Beratung bewusst sichern, etwa durch Schulung in klientenzentrierter und motivierender Gesprächsführung, Supervision und Teamarbeit.
Ein wichtiger Erfolgsfaktor ist die Unabhängigkeit des Projekts RPV von kurzfristigen Ausschreibungen, Haushaltslagen oder Maßnahmezyklen. Die unbegrenzte Teilnahmedauer erlaubt individuelle Entwicklung ohne Zeitdruck, anders als in regulären Maßnahmen mit festen Laufzeiten. Verstetigung bedeutet hier nicht nur die Übernahme der Inhalte, sondern auch der strukturellen Bedingungen. Ein bundesweites Modell müsste institutionell und haushaltsrechtlich so verankert sein, dass es langfristig gesichert, konjunkturstabil und unabhängig von projektbasierten Finanzierungsmodellen operieren kann.

Das Projekt RPV zeigt eindrücklich, dass eine gesundheitsbezogene und beziehungsorientierte Beratung und Jobcentern nicht nur möglich, sondern notwendig ist, um vulnerable Zielgruppen wirksam zu erreichen. Eine bundesweite Verstetigung sollte nicht versuchen, das Projekt in die bestehende Struktur zu pressen, sondern muss im Gegenteil auf die transformative Kraft der RPV-Erkenntnisse setzen. Es braucht mehr individuelle Freiheit, mehr Raum für Beziehung und Reflexion, mehr systematische Offenheit und vor allem mehr Mut, sozialstaatliche Unterstützung ganzheitlich zu denken.

6 Anlagen

6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt

Übersichtskasten

Projekttitel	Regionales Präventionszentrum Kreis Viersen
Akronym	RPV
Zuwendungsempfänger	Jobcenter Kreis Viersen
Projektbeteiligte	SO.CON Hochschule Niederrhein
Förderaufruf	Erster Förderaufruf
Projektzeitraum	1.12.2019 bis 30.11.2024

6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis

1. Oeben, M., Tiskens, J., Krewer, A.-M. & Noack, M. (2022). Von der Wirkungs- zur Krisenforschung: Expert:inneninterviews im Projekt „Regionales Präventionszentrum Kreis Viersen“ (RPV). Die Berufliche Rehabilitation, 36(4). S. 54-63
2. Oeben, M. (2023). Exploring the coaching relationship in health coaching and employment service with long-term unemployed using Repertory Grid Technique. PhD Thesis.
3. Tiskens, J. & Oeben, M. (2023). Vorgehen zur Bildung einer proportional geschichteten Zufallsstichprobe. Mönchengladbacher Schriften zur wirtschaftswissenschaftlichen Praxis. Band 34.
4. Oeben, M., Tiskens, J., Krewer, A.-M- & Noack, M., Manthei, C. (2024). Projekt „Regionales Präventionszentrum im Kreis Viersen“ (RPV) – innovatives Gesundheitscoaching für langzeitarbeitslose Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen. Psychosoziale und Medizinische Rehabilitation, 37(1) (Schwerpunkt RehaPro-Projekte, Teil2), S. 22 – 23.
5. Oeben, M. & Grajfoner (2024). Exploring effective (health) coaching relationship with the long-term unemployed. Coaching: an international journal of theory, research, an practice. https://doi.org/10.1080/17521882.2024.2420030
6. Oeben, M., Manthei, C., Noack, M. & Krewer, A.-M. (2025). „Weil mir das Projekt Hoffnung gebracht hat.“ – Evaluation des Modellprojekts „Regionales Präventionszentrum Viersen“ in T. Middendorf und A. Parchow (Hrsg.). Erwachsene Menschen in prekären Lebenslagen. Beltz, Juventa.
7. Oeben, M., Manthei, C., Krewer, A.-M. & Noack, M. (im Druck). „Ich will wieder ins Soziale Leben zurück“. Evaluative Begleitung einer sozialen Innovation zur Integration Langzeitarbeitsloser Menschen in I. Panrek (Hrsg.). Von der Krise zur innovativen. Springer VS
8. Oeben, M., Manthei, C. & Krewer, A.-M. (im Druck). Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit in M. Noack & F. M. Nuss (Hrsg.) Handwörterbuch Sozialraumorientierung. Beltz, Juventa.
9. Oeben, M., Krewer, A.-M., Noack, M. & Manthei, C. (2024). „Sie hat mir auch etwas an die die Hand geben können, das hat mir sehr geholfen!“ Evaluative Begleitung einer Sozialen Innovation zur Arbeits- und Gesundheitsförderung langzeitarbeitsloser Menschen. Tagungsband zur 7. Community Health Conference, 20. Und 21.11.2024, HS Bochum.

6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen

1. Noack, M., Krewer, A.-M., Tiskens, J., Oeben, M. & Siewert, J. (2020). Regionales Präventionszentrum im Kreis Viersen (RPV). Wissenschaftliche Begleitung durch das Institut SO.CON: II. rehapro Online Forum. 25.11.2020

2. Tiskens, J., Oeben, M. Noack, M., Krewer, A.-M., & Siewert, J. (2021). Anpassung des Studiendesigns im Projekt RPV aufgrund der Corona Pandemie. III. rehapro Online Forum, 25.05.2021.
3. Oeben, M. & Grajfoner, D. (2022). Exploring the health coaching relationship with the longterm unemployed – identifying conditions for succes with repertory grid technique. Abstract accepted fort he EAWOP conference, Glasgow, 11.-14.01.2022. https://ecp2023.eu/sessions/exploring-the-health-coaching-relationship-with-the-long-term-unemployed-identifying-conditions-for-success-with-repertory-grid-technique/
4. Oeben, M. & Tiskens, J. (2022). Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Etablierung und Umsetzung des Modellprojekts „Regionales Präventionszentrum Kreis Viersen“ (RPV). Beitrag zur rehapro Fachkonferenz, Universität Duisburg-Essen, Duisburg, 22.09.-23.09.2022
5. Oeben, M. (2023). Was macht effektive Coachingbeziehungen im SGB-II-Kontext aus? Präsentation beim XIII. IGES Online-Forum am 26.06.2023.
6. Oeben, M., Noack, M., & Krewer, A.-M. (2024). Regionales Präventionszentrum Kreis Viersen (RPV) – „Ich will wieder ins soziale Leben zurück!“ Evaluative Begleitung einer Sozialen Innovation zur Integration Langzeitarbeitsloser Menschen. Beitrag zur Fachtagung „Von der Krise zur Innovation“ an der Katholischen Hochschule NRW, Köln, 07.03. – 08.03.2024.
7. Manthei, C., Oeben, M., Noack, M., & Krewer, A.-M. (2024). Regionales Präventionszentrum Kreis Viersen – Folgen eines gesundheitsorientierten Coachings im Kontext von Leistungen des SGB II – Eine methodische Auseinandersetzung mit Folgenforschung in einer ‚Trichterlogik´. Beitrag zur rehapro Fachkonferenz, Universität Duisburg-Essen, Duisburg, 14.03. – 15.03.2024.
8. Oeben, M. (2024). Regionales Präventionszentrum Kreis Viersen – Krankheitsbilder der Teilnehmenden. Beitrag zum XIV. Online rehapro Forum. 23.09.2024.
9. Oeben, M., Krewer, A.-M., Naock, M. & Manthei, C. (2024). „Sie hat mir auch etwas an die Hand geben können, das hat mir sehr geholfen!“ Evaluative Begleitung einer Sozialen Innovation zur Arbeits- und Gesundheitsförderung langzeitarbeitsloser Menschen. Posterpräsentation bei der 7. Community Health Konferenz, 21. Und 22.11.2024, HS für Gesundheit, Bochum.
10. Oeben, M. & Grajfoner, D. (2024). Creating effective (health) coaching relationships. Presentation at the 12th International Scientific Conference “Psychology in business world”, 22.11.2024. Maribor, Slovenia.

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