ERGEBNISBAND

GUIDE

Gesundheit unterstützen in dauerhafte Erwerbsarbeit

Modellprojekt ▪ Bundesprogramm rehapro ▪ Erster Förderaufruf

Projektverantwortlich:
Jobcenter Kreis Unna

Gefördert durch:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

rehapro

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

guide

Der vorliegende Ergebnisband stellt das Modellprojekt GUIDE 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 GUIDE 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 Modellprojektes 7
1.1 Ausgangslage Projekt *GUIDE* 7
1.2 Inhalte des Projektansatzes 10
1.3 Ziele 12
1.3.1 Konkrete Verbesserung der psychischen und physischen Gesundheit und des Gesundheitsempfindens der teilnehmenden Kund*innen 12
1.3.2 Einmündung in eine dem Gesundheitszustand angemessene Tätigkeit und die Festigung der (Erwerbs)Arbeit 12
1.4 Organisation / Beteiligte Akteure 13
1.5 Zusammenarbeit der Akteure im Projekt 15
1.6 Wissenschaftliche Begleitung 15

2 Ergebnisse des Modellprojektes 20
2.1 Teilnehmendenstruktur 20
2.2 Rahmenbedingungen und Herausforderungen 23
2.2.1 Der Einfluss der Pandemie 23
2.2.2 Beratungskontext 25
2.2.3 Angebotsstruktur 25
2.2.4 Arbeitserprobung Maßwerk 27
2.3 Handlungsfelder und Aktivitäten des Projekts *GUIDE* 31
2.3.1 Handlungsfeld Gesundheit 33
2.3.2 Handlungsfeld Finanzberatung 39
2.3.3 Handlungsfeld Soziale Integration 41
2.3.4 Handlungsfeld Kompetenzen und Arbeitsmarktnähe 41
2.3.5 Gesamtfazit Wirkung der Projektaktivitäten 43
2.3.6 Netzwerke 45

3 Erkenntnisse zu den innovativen (Teil-) Ansätzen und deren Wirkungen_Toc151539085 47
3.1 Ganzheitlicher Beratungsansatz 47
3.2 Beratungssetting 50
3.3 Ergotherapie im Beratungskontext 51
3.4 Psychologische Beratung 52
3.5 4.5 Arbeitserprobung Maßwerk 54
3.6 Virtuelle Gruppenangebote 55
3.7 Bedarfsgemeinschaften-Betreuung 56
3.8 Peer-Ansatz 57
3.9 Begleitung des Wegs in den Arbeitsmarkt in allen Phasen 57

4 Verstetigung vor Ort 58
4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung 58
4.2 Verstetigung im eigenen Jobcenter 61

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung 64
5.1 Zielsystem und Personalausstattung 64
5.2 Berufliche Diversität in der Beratung – Ausrichtung der Jobcenter an den Bedürfnissen der Kund*innen 64
5.3 Maßnahmenangebote gem. §16 Abs. 1 SGB II i.V.m. §45 SGB III neu konfigurieren 66
5.4 Gemeinnützige Beschäftigungsmöglichkeiten schaffen 67

6 Anlagen 71
6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt 71
6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis 71
6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen 71

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prozesskette im Projekt GUIDE 11

Abbildung 2: Stufen in der Arbeitserprobung Maßwerk 28

Abbildung 3: Aspekte der Beratung und der gesundheitlichen Stabilisierung in GUIDE 31

Abbildung 4: Teilnahme an Projektangeboten 33

Abbildung 5: Häufige Beschwerden bei den Teilnehmenden 33

Abbildung 6: subjektive Veränderungen über die Projektlaufzeit 34

Abbildung 7: Bewegungsverhalten bei eingeschränkten Befindlichkeiten 36

Abbildung 8: Wirkungen der Ernährungsgruppe (n=32) 37

Abbildung 9: Anzahl konsumierter Tabakwaren pro Tag 37

Abbildung 10: festgestellte Veränderungen bei den Teilnehmenden in Teilbereichen 39

Abbildung 11: Wahrgenommene Veränderungen durch Online-Gruppe 42

Abbildung 12: Veränderungen im Projektverlauf aus Sicht der Teilnehmenden 43

Abbildung 13: Verbesserungen in Teilbereichen nach Einschätzungen des Gesundheitsteams 44

Abbildung 14: subjektive Schwierigkeiten und Probleme [gar nicht (1); sehr (5)] 44

Abbildung 15: Netzwerke 46

Abbildung 16: Bereitschaft zur Arbeitsaufnahme 49

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: : Evaluationskriterien im Projekt GUIDE 16

Tabelle 2: Evaluationsdesign im Kurzüberblick 19

Tabelle 3: Altersstruktur der Teilnehmenden 20

Tabelle 4: Lebenssituation der Teilnehmenden 20

Tabelle 5: Bildungshintergrund der Teilnehmenden 21

Tabelle 6: Vermittlungsziele und Ergebnisse im Projekt GUIDE 22

Tabelle 7: Bereiche mit Unterstützungsbedarfen 32

Tabelle 8: Zentrale Eindrücke der Teilnehmenden zum Projekt 45

Einleitung

Vor dem Hintergrund der steigenden Zugänge in die Erwerbsminderungsrente und Eingliederungshilfe bzw. Sozialhilfe, insbesondere aufgrund psychischer Erkrankungen, hat der Bundesgesetzgeber im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG)[1] mit §11 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) beauftragt, Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation durchzuführen (Art.1 Teil 1 Kap 2 BTHG).

Grundlegendes Ziel der rehapro-Modellvorhaben ist gemäß Förderrichtlinie die Erprobung innovativer Maßnahmen, Ansätze, Methoden und Organisationsmodelle, die den Grundsätzen „Prävention vor Rehabilitation“ und „Rehabilitation vor Rente“ folgen und die die Erwerbsfähigkeit erhalten bzw. wiederherstellen sowie den Zugang in die Erwerbsminderungsrente und die Eingliederungshilfe bzw. Sozialhilfe nachhaltig senken. Die Förderung richtet sich zu gleichen Teilen an den Bereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende und die gesetzliche Rentenversicherung, die innovative Ansätze zur Unterstützung von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen erproben sowie die Zusammenarbeit der Akteure in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation weiter verbessern. Damit sollen zusätzliche Erkenntnisse für die Entwicklung effektiver und nachhaltiger Lösungsansätze gewonnen werden, um die genannten Ziele zu erreichen. Die gewählten Ansätze sollen innovative Lösungsideen generieren und den Rahmen für deren Erprobung setzen. Als Ergebnis dieses gemeinsamen Lern- und Erkenntnisprozesses gilt es, Ansätze zu identifizieren, die praxistauglich und damit übertragbar in das Regelgeschäft sind. Sofern die kontinuierliche Verstetigung dieser Ansätze veränderte gesetzliche Grundlagen erfordern, können diese im Rahmen der Evaluation vorbereitet werden (vgl. BMAS 2018).

Die Zielsetzung des Programms führte in allen Jobcentern zu einer Ambivalenz, da die Projekte als Teil der Jobcenter nicht abgekoppelt von den Arbeitsmarktzielen aller Jobcenter, der Beendigung des Leistungsbezugs und Verringerung des Hilfebedarfs, agieren konnten und sich diesen Zielen ebenfalls verpflichtet fühlten.

Der folgende Ergebnisband befasst sich mit der Auswertung des Modellprojektes *GUIDE* des Jobcenters Kreis Unna, das ausgewählt wurde, um im Rahmen des ersten Förderaufrufs erprobt zu werden. Die erkenntnisleitende Fragstellung betrifft die Wirksamkeit des Ansatzes und die Übertragbarkeit in die Regelbetreuung, ggf. unter veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen.

Die Sozialforschungsstelle der TU Dortmund führte als wissenschaftliche Begleitung u. a. eine quantitative (Längsschnitt-)Erhebung durch sowie qualitative Befragungen mit den Teilnehmenden und Mitarbeitenden, um die Wirksamkeit des Ansatzes zu messen.

[1] Das BTHG ist die bisher größte Gesetzesreform des SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen) seit dessen Entstehung im Jahr 2001. Mit ihm soll die Lebenssituation von Menschen mit Behinderung durch mehr Selbstbestimmung und mehr Teilhabe verbessert werden. Das BTHG wurde im Dezember 2016 verkündet und wurde in mehreren Stufen bis zum 1. Januar 2023 gesetzlich umgesetzt.

1 Darstellung des Modellprojektes

1.1 Ausgangslage Projekt *GUIDE*

Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des SGB II im Jahr 2005 befand sich die Arbeitslosigkeit auf einem Höchststand von 12 Prozent in Nordrhein-Westfalen (13,5 Prozent im Kreis Unna) (vgl. BA o.D.). Seitdem sank sie, mit Ausschlägen 2009/10 infolge der Finanzkrise, bis 2019 auf 6,5 Prozent, um infolge der Auswirkungen der Corona-Pandemie und des Angriffskrieges auf die Ukraine auf 7,2 Prozent im Jahr 2023 zu steigen (vgl. BA 2024a). Im Kreis Unna betrug die durchschnittliche Arbeitslosenquote im Jahr 2023 ebenfalls 7,2 Prozent (SGB III und SGB II) (vgl. BA 2024b).

Von der positiven Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt profitieren Langzeitarbeitslose[2] nur zeitversetzt. Personen, die bis zu zwei Jahre arbeitslos sind, ziehen den größten Nutzen aus einer sinkenden Arbeitslosigkeit (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2024a/b). Insbesondere jungen, gesunden und qualifizierten Arbeitslosen gelingt der Übergang in den Arbeitsmarkt. Wer nicht zu dieser Gruppe gehört, verbleibt wesentlich länger in Arbeitslosigkeit (vgl. IAB 2016). Im vom Strukturwandel betroffenen Ruhrgebiet ist die Verweildauer im SGB-II-Bezug überdurchschnittlich hoch. So beträgt der Anteil der Kund*innen mit einer Bezugsdauer von mindestens vier Jahren bspw. in Essen 57,4 Prozent, gegenüber 41,7 Prozent in Westdeutschland gesamt (vgl. Sozialpolitik aktuell 2023).

Das SGB II war ursprünglich als kurzzeitige Unterstützungsleistung konzipiert. Fast jede fünfte SGB-II-Leistungen empfangende Person, somit fast eine Million Menschen, bezieht jedoch seit zehn Jahren oder länger Leistungen. Etwa zwölf Prozent aller Beziehenden sind schon seit Beginn der Zusammenlegung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe im Jahr 2005 auf SGB-II-Leistungen angewiesen (vgl. Wirtschaftswoche 2019).

Was kann Menschen – neben komplexen Erkrankungen und umfangreichen Care-Aufgaben – davon abhalten, in den Arbeitsmarkt einzutreten? Der Forschungsstand geht dabei von der Prämisse aus, dass den meisten Individuen eine intrinsische Motivation gegeben ist, einer (im günstigsten Falle sinnstiftenden) Tätigkeit nachzugehen. Zahlreiche Befragungen von SGB-II-Beziehenden unterstützen scheinbar die Annahme, dass jede*r grundsätzlich dazu motiviert ist, erwerbstätig zu sein (vgl. Kaluza 2022). Die Frage, ob sich in diesen Aussagen jedoch nicht vielmehr eine Adaption der Leistungsbeziehenden an die an sie gestellten Erwartungen widerspiegelt, lässt sich durch diese Umfragen nicht beantworten.

Ein Großteil der Langzeitarbeitslosen weist vermittlungsrelevante gesundheitliche Einschränkungen auf (vgl. Deutscher Bundestag 2012). Das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung ermittelte bereits 2013, gestützt auf Auswertungen der AOK aus dem Jahr 2011, dass über ein Drittel der Leistungsbeziehenden eine psychische Erkrankung hat (vgl. IAB 2013, 79; IAB 2017). Hinzu tritt eine nicht quantifizierte Personenzahl, die (additiv) somatisch erkrankt ist und dadurch Schwierigkeiten hat, in Berufe einzumünden, die eine körperliche Beanspruchung erfordern. Es ist wahrscheinlich, dass der Anteil, der dauerhaft gesundheitlich Erkrankten an allen Leistungsbeziehenden in den letzten zehn Jahren gestiegen ist, da aufgrund der guten Beschäftigungslage insbesondere diejenigen mit komplexen Problemlagen im System verblieben sind.

Es greifen dabei zwei Aspekte: So haben chronisch erkrankte Personen ein erhöhtes Risiko, arbeitslos zu werden und sind entsprechend in der Gruppe der Arbeitslosen überrepräsentiert (Selektionseffekt). Andererseits kann eine länger dauernde Arbeitslosigkeit gesundheitliche Folgen haben (Kausalitätseffekt). Insbesondere Langzeitarbeitslosigkeit hat einen messbar negativen Effekt auf die psychische Gesundheit und kann eine vorhandene Depression sowie psychosomatische Beschwerden und Störungen des Wohlbefindens verstärken oder diese auslösen (vgl. therapie.de o.D.).

In Studien wurde ermittelt, dass gesundheitlich risikobehaftete Verhaltensweisen bei Arbeitslosen häufiger auftreten und sie weniger auf ihre Gesundheit achten als Erwerbstätige. So sind Tabakkonsum und sportliche Inaktivität deutlich häufiger festzustellen, wohingegen für Alkoholkonsum keine höhere Prävalenz ermittelt wurde. Männliche Arbeitslose suchen deutlich häufiger Ärzte*innen auf

[2] Definition Langzeitarbeitslosigkeit gem. § 18 Abs. 1 SGB III.

und werden häufiger in Krankenhäuser behandelt als Erwerbstätige; bei Frauen ist dieser Zusammenhang weniger deutlich ausgeprägt (vgl. Kroll et al. 2016, 233f.).

Psychologische Aspekte von Arbeitslosigkeit:

- **materielle Deprivation** (Lebensstandard, Wohn- und Umweltbedingungen, Konsum- und Teilhabemöglichkeiten)
- **Kontrollverlust** (Zeiteinteilung, Selbstwirksamkeitserwartung)
- **Stress** (fehlende Bewältigungsressourcen, Statusdeprivation)
- **Verlust sozialer Unterstützung** (soziale Isolation, fehlende Unterstützung bei Problemen)
- **Verlust latenter Funktionen der Arbeit** (Zeitstruktur, Sinngebung)

Es entwickelt sich ein Teufelskreis: Bestehende gesundheitliche Einschränkungen verringern die Chance auf eine Partizipation am Arbeitsmarkt und je länger dieser Zustand anhält, desto mehr verstärkt die Arbeitslosigkeit die Erkrankung. Zudem zeigt die Forschung, dass sowohl ein Wechselverhältnis zwischen sozialer Isolation, Einsamkeit und Arbeitslosigkeit besteht als auch Einsamkeit und psychische Gesundheit wechselseitig aufeinander Einfluss nehmen (vgl. Hussenoeder et al. 2024).

Das, was Menschen zum Handeln motiviert, ist der Wunsch, Positives zu erleben. So hat Arbeit neben dem höheren Einkommen, mit dem sich mehr Wünsche erfüllen lassen, viele latente Funktionen (vgl. Bartelheimer 2024). Sie strukturiert den Tag, stellt soziale Kontakte her, steigert die Lebenszufriedenheit, vermittelt Wertschätzung und vermindert sogar die Rückfallgefahr, z. B. bei Suchterkrankungen.

Der gesetzliche Auftrag der Jobcenter wurde im Jahr 2011, im Nachgang der Implementierung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG), um den § 48b Abs. 2, 2. Satz SGB II ergänzt, der ausdrücklich das Ziel der Verbesserung der sozialen Teilhabe festschreibt. Der Begriff weist den Jobcentern Aufgaben über die Integration in Erwerbsarbeit und Vermeidung von Langzeitleistungsbezügen hinaus zu, ist jedoch unbestimmt und lässt sich (noch) nicht in Kennzahlen abbilden (vgl. Bartelheimer & Henke 2018, 28ff.) Im Koalitionsvertrag von 2021 wurde ausdrücklich die gesellschaftliche Teilhabe als gleichwertiges Ziel neben einer nachhaltigen Integration in den Arbeitsmarkt für das neu zu entwickelnde Bürgergeld fixiert (vgl. SPD et al. o.D., 59). Dem Begriff der sozialen Teilhabe liegt ein inklusives Versprechen zugrunde, das sozialen Ausgleich, Unterstützung und Daseinsvorsorge beinhaltet.

Dieser erweiterte Fokus der Arbeitsmarktpolitik spiegelt sich in den im Jahr 2015 gestarteten Programmen „Soziale Teilhabe am Arbeitsmarkt“ und dem ESF-geförderten Bundesprogramm zur „Eingliederung langzeitarbeitsloser Leistungsberechtigter nach dem SGB II auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt“ wider, welche schließlich im Jahr 2019 in das Teilhabechancengesetz mündeten. Es war aber auch eine Reaktion auf die Verfestigung der Langzeitarbeitslosigkeit trotz verbesserter Konjunktur und auf die Erkenntnis, dass insbesondere gesundheitliche Beeinträchtigungen die (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt erschweren. Allen Programmen gemein ist die Intention, eine Partizipation auf dem ersten oder zweiten Arbeitsmarkt (mit finanzieller Förderung) zu ermöglichen und diese Tätigkeit sozialpädagogisch zu begleiten, um die Betroffenen aus der gesellschaftlichen Marginalisierung zu holen.

Das Jobcenter Kreis Unna beteiligte sich erfolgreich an den Programmen, die vielen Kund*innen die Möglichkeit boten, Wertschätzung über eine sinnstiftende Tätigkeit zu erfahren und über die Einbindung in Arbeitszusammenhänge wieder näher an den Arbeitsmarkt zu rücken. Langfristige Perspektiven ergaben sich jedoch nur für einen Teil der Kund*innen (vgl. BMAS 2019). Die Evaluationen der Bundesprogramme verdeutlichen, dass intensive und gezielte Anstrengungen für die Integration dieser Personengruppe erforderlich sind, um die soziale Teilhabe zu unterstützen (ebd.).

Bei der Auswertung zeigte sich ferner, dass Personen mit komplexen gesundheitlichen Problemen erst gar nicht an den Programmen teilnahmen oder die Tätigkeit früh wieder abbrachen. Die gesundheitliche Situation erwies sich als größte Hürde bei der Integration in Arbeit von Langzeitarbeitslosen (BMAS 2019). Die Stärkung der Gesundheit ist daher die entscheidende Stellschraube der Integration in Arbeit und zur gesellschaftlichen Teilhabe. Im Jahr 2017 begann eine breit angelegte Debatte um mögliche Ansätze zur Unterstützung von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen im

Bereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende und der gesetzlichen Rentenversicherung (medizinische und berufliche Rehabilitation). Die Anregungen aus mehreren Werkstattgesprächen mündeten in die im Mai 2018 veröffentlichte Förderrichtlinie „rehapro“.

Den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Arbeit gezielt in den Blick zu nehmen, ist auch vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels von gesteigerter gesellschaftlicher Bedeutung.

Juhani Ilmarinen entwickelte 2004 das „Haus der Arbeitsfähigkeit“ und definierte Arbeitsfähigkeit als „Fähigkeit eines Menschen, eine gegebene Arbeit zu einem bestimmten Zeitpunkt zu bewältigen“. In vier Etagen werden die in seinem Modell wesentlichen Einflussfaktoren auf die Arbeitsfähigkeit anschaulich dargestellt. So umfasst das „Haus der Arbeitsfähigkeit“ als „Erdgeschoss“ die Gesundheit (körperliche, psychische und geistig-mentale), auf die in weiteren Etagen zunächst Kompetenzen (Qualifikation, Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten), dann Werte (Einstellungen und Arbeitsmotivation) und zuletzt Arbeit (Führung, Arbeitsumgebung, Arbeitsinhalt, Arbeitsorganisation, Anforderungen) aufbauen. Zusätzlich werden Einflussfaktoren auf der Makroebene berücksichtigt, durch die die individuelle Arbeitsfähigkeit beeinflusst werden kann (Familie, persönliches Umfeld, regionale Umgebung sowie Gesellschaft, Kultur und Politik) (vgl. Tempel & Ilmarinen 2013). Dieses Modell lässt auch Rückschlüsse darauf zu, wie idealerweise erwerbslose Personen in den Arbeitsprozess (wieder) eingebunden werden können.

Die Arbeitsvermittlung konzentriert sich bisher auf die erste Etage, um im beschriebenen Bild des Modells zu bleiben, auf die (Weiter-)Entwicklung der Kompetenz, ggf. unter Beachtung vorhandener ärztlicher Expertisen, die evtl. bestimmte Tätigkeitsfelder ausschließen. Eine darüberhinausgehende Betrachtung der Basis, also der gesundheitlichen Aspekte oder gar eine systematische (Verweis-)Beratung oder gezielte Förderung der Gesundheit erfolgen nicht, obwohl gerade dieser Baustein elementar für eine gelingende Integration wäre.

So beteiligte sich das Jobcenter Kreis Unna bereits 2007 am Präventionsansatz der GKV über §20a SGB V „Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten“ und implementierte entsprechende Gesundheitsangebote in Maßnahmen der Arbeitsförderung (Kurs zu „Stressfaktor Arbeitslosigkeit!“, psychologische Kurzinterventionen, digitales JobFit-Angebot). Allerdings konnte davon nur ein kleiner Teil der Kund*innen punktuell profitieren.

Zudem gibt es im Jobcenter Kreis Unna seit 2005 dezentral eingesetzte, speziell geschulte Vermittlungsfachkräfte für berufliche Rehabilitation und Schwerbehinderung (Reha/SB), die im Juli 2021 in ein eigenständiges, kreisweites Team mündeten. Hintergrund ist die geringere Integrationsquote schwerbehinderter Kund*innen, die durch die spezialisierte Betreuung erhöht werden soll.[3] Kern der Beratung ist das Unterbreiten der für diese Zielgruppe bestehenden speziellen gesetzlich verankerten Qualifizierungsmaßnahmen und Förderinstrumente für den Übergang in den Arbeitsmarkt. Das spezialisierte Angebot erreicht damit jedoch nur einen Teil der gesundheitlich beeinträchtigten Leistungsbeziehenden.

Da für alle Leistungsbeziehenden ohne anerkannte Schwerbehinderung oder Reha-Status keine besonderen gesetzlichen Förderinstrumente greifen, erfahren sie im Jobcenter keine spezielle gesundheitsorientierte Beratung. Einzig im beschäftigungsorientierten Fallmanagement können Personen mit mehreren Handlungsbedarfen, zu denen auch eine Erkrankung zählen kann, gezielter und ausführlicher über Hilfesysteme beraten werden. Dieses Angebot deckt jedoch den quantitativen und qualitativen Bedarf nicht ab. Jobcenter sind auf die hohe Anzahl dauerhaft psychisch erkrankter Leistungsbeziehender nicht vorbereitet, obwohl entsprechende Analysen und Handlungsansätze des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung seit dem Jahr 2017 vorliegen (vgl. IAB 2017). Der Gesetzgeber und die Bundesagentur für Arbeit haben bisher keinen Lösungsansatz für die Jobcenter erarbeitet.

Wenige Jobcenter haben in Eigeninitiative ein psychosoziales Coaching durch klinisch geschulte Psycholog*innen direkt im Jobcenter eingerichtet, idealerweise angebunden an eine Fachklinik (vgl.

[3] 7,9 Prozent der arbeitslosen erwerbsfähigen Leistungsbeziehenden im Jobcenter Kreis Unna haben eine anerkannte Schwerbehinderung, unter Langzeitarbeitslosen sogar 9,7 Prozent. Statistik Service West, Sonderabfrage vom 20.06.2018. Stand: 02.2018. Gem. IT.NRW dominieren bei den anerkannten Schwerbehinderungen körperliche Behinderungen (51,3) vor geistig-seelischen Beeinträchtigungen und Sucht (12,5 Prozent) und zerebralen Störungen (8,2 Prozent); 28 Prozent sind „Sonstige und ungenügend bezeichnete Behinderungen“. Stand: 04.07.2024 Vgl. dazu auch: Brüggenhorst, Duckwitz: Projekt MIAR, Ergebnisse des Teilstandortes Jobcenter Kreis Unna, 2014.

Rademaker 2020). Vor dem Hintergrund, dass psychische Erkrankungen eine wesentliche Hürde für den (Wieder-)Einstieg in den Arbeitsmarkt sind, sollen die Fachkräfte Hinweise für psychische Erkrankungen sammeln, den Betroffenen die Behandlungs- und Hilfemöglichkeiten im bestehenden Versorgungssystem aufzeigen und sie in die leitliniengerechte Versorgung und Behandlung vermitteln (Lotsenfunktion). Eine Evaluation bestätigte den Erfolg, da die Versorgung der Betroffenen zuvor selten den Leitlinien entsprach (vgl. Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention o.D.).

Um den Personen mit gesundheitlichen Problemen ein bedarfsgerechtes Angebot unterbreiten zu können, konzipierte das Jobcenter Kreis Unna seinen Projektansatz mit Leistungsbeziehenden mit dauerhaften gesundheitlichen (physischen und psychischen) Einschränkungen.

1.2 Inhalte des Projektansatzes

Zielgruppe des Projektes waren mitwirkungsbereite Kund*innen mit dauerhaften gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die seit Jahren im Leistungsbezug standen und aufgrund der Komplexität des Krankheitsbildes und weiterer Hemmnisse von der Regelvermittlung nur halbjährlich eingeladen wurden, da sie als kaum vermittelbar galten und nicht bedarfsgerecht beraten werden konnten. Die Faktoren Langzeitarbeitslosigkeit und gesundheitliche Einschränkungen gelten als die schwerwiegendsten Hemmnisse für den Übergang in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung.[4]

Der Ansatz des Modellprojektes *GUIDE* – Gesundheit unterstützen in dauerhafte Erwerbsarbeit –war qualitativ ausgerichtet und verfolgte die Strategie, langzeitarbeitslose physisch und psychisch erkrankte Kund*innen intensiv und multiprofessionell zu betreuen. Das Ziel war, die Wechselwirkung aus langjähriger, verfestigter Arbeitslosigkeit und (nicht therapierter) gesundheitlicher Störung aufzubrechen. Der Ansatz beinhaltete eine individuell angepasste, mehrstufige Prozesskette, die in Abbildung 1 dargestellt ist. Die Dauer der verschiedenen ineinander übergehenden Phasen erfolgte nach individuellen Bedarfen.

Die Gesundheitssituation wurde eingangs ausführlich beleuchtet und die Compliance zur Mitwirkung geprüft. Anschließend wurden passgenaue Angebote zur Stärkung der Gesundheit individuell zusammengestellt (Clearingphase).

[4] In Abhängigkeit von der Anzahl der Vermittlungshemmnisse (Langzeitarbeitslosigkeit, gesundheitliche Einschränkungen, Alter über 50, schlechte Deutschkenntnisse, fehlende Schul- und Berufsabschlüsse, Pflege von Angehörigen, Kinderbetreuung) ergibt sich eine statistische Wahrscheinlichkeit des Übergangs in Erwerbstätigkeit innerhalb eines Jahres. Bei Vorliegen von drei Hemmnissen beträgt sie 4, bei vier Hemmnissen 2 Prozent. Fast die Hälfte der Kund*innen weisen mindestens drei Hemmnisse auf (vgl. IAB 2019).

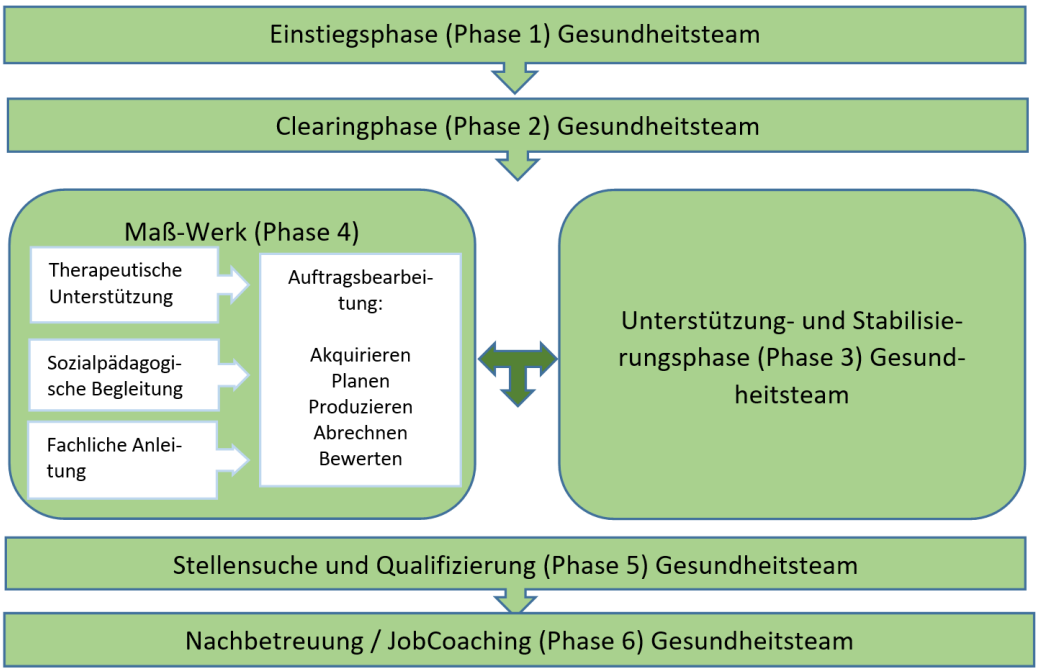


Abbildung 1: Prozesskette im Projekt GUIDE

Daran schloss sich die Stabilisierungs- und Unterstützungsphase an, in der sich *GUIDE* auf die Vermittlung von gesundheitsbewusstem Wissen und Verhalten, den Einbezug von lösungsorientierter psychologischer und ergotherapeutischer Beratung und der beratenden Begleitung von Therapiemaßnahmen fokussierte. Soweit die Teilnehmenden therapeutisch unzureichend angebunden waren, wurde Kontakt zu Beratungseinrichtungen, Therapiezentren und Ärzt*innen aufgenommen, um den Menschen die erforderliche medizinische Versorgung zu ermöglichen. Netzwerke wie Selbsthilfe, kommunale Stellen wie der Allgemeine Soziale Dienst, Jugendamt oder Inklusionsamt wurden nach Bedarf ebenfalls einbezogen.

Herzstück des Ansatzes war die parallel oder im Anschluss an die Stabilisierungsphase stattfindende Teilnahme an der Arbeitserprobungswerkstatt (Maßwerk), die ergotherapeutisch unterstützt die Belastungsfähigkeit und Sozialkompetenz erhöhen und bei Bedarf die Tagesstruktur herstellen oder verfestigen sollte, um möglichst eine (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt vorzubereiten. In zwei Gewerken, Hauswirtschaft und Gartenbau, wurden die Teilnehmenden mit Aufträgen konfrontiert, die sie an die Anforderungen des Arbeitsmarktes heranführen sollten. Die Teilnehmenden wurden so zur Wahrnehmung ihrer eigenen Kompetenzen befähigt und konnten eine stabile Motivationslage für den Prozess der Integration in den Arbeitsmarkt entwickeln. In dieser Phase wurde mit den Teilnehmenden eine Integrationsstrategie erarbeitet, die mit dem*der Betriebsakquisiteur*in fortgeführt wurde. Auch die Beratung durch das Gesundheitsteam wurde während des gesamten Prozesses fortgesetzt.

Nach der Teilnahme an der Arbeitserprobung wurde idealtypisch eine an den Ressourcen ausgerichtete Vermittlungs- und Qualifizierungsphase angeschlossen. Dabei stand die Ermöglichung von Arbeitsmarktpartizipation im Vordergrund, so dass zur Erleichterung des Übergangs in Arbeit initiale Nebentätigkeiten, die später ausgebaut werden konnten, einen Teil der Integrationsstrategie bildeten. Auch nach der Vermittlung begleitete das Gesundheitsteam die Kund*innen in der ersten Zeit auf dem Arbeitsmarkt oder während der Qualifizierung.

Die Teilnehmenden sollten während des gesamten Prozesses engmaschig beraten und betreut werden. Grundvoraussetzung war, dass Vertrauen zu den Mitarbeitenden entwickelt werden konnte. Zur Unterstützung dieses Prozesses fanden die Termine außerhalb der bekannten Geschäftsstellen in einer kleinen Einheit statt. Es wurde sich Zeit für die Kund*innen genommen und eine möglichst enge Betreuung mit festen Ansprechpersonen ermöglicht. Zusammen mit den Beratungen durch die Ergotherapeutin und die Psychologin war der Ansatz ganzheitlich-systemisch.

1.3 Ziele

Der wirkungsorientierten Projektarbeit entsprechend hat der Fördergeber den Impact[5] in der Förderrichtlinie vorgegeben. Gemäß dieser Richtlinie diente das Modellprojekt *GUIDE* der Erprobung innovativer Leistungen und innovativer organisatorischer Maßnahmen für die Zielgruppe, um:

- die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen,
- einer drohenden oder vorliegenden (Teil-)Erwerbsminderung entgegenzuwirken,
- einer chronischen Erkrankung oder drohenden Behinderung vorzubeugen,
- die gesellschaftliche und berufliche Teilhabe zu verbessern.

Heruntergebrochen auf das Projekt war die Zielsetzung, d. h. der Outcome, dreistufig:

1. die konkrete Verbesserung der psychischen und physischen Gesundheit und des Gesundheitsempfindens der teilnehmenden Kund*innen mittels eines innovativen Ansatzes,
2. die Einmündung in eine dem Gesundheitszustand angemessene Tätigkeit und die Festigung der (Erwerbs-)Arbeit
3. Übertragbarkeit in das Regelinstrumentarium und auf andere Jobcenter

1.3.1 Konkrete Verbesserung der psychischen und physischen Gesundheit und des Gesundheitsempfindens der teilnehmenden Kund*innen

wurde gemessen durch folgende Outputs:

a. den Abschluss eines Unterstützungsplans zum Ende Phase 2 (Clearing) mit allen Teilnehmenden (Stakeholdern).
b. eine gesundheitliche Aktivierungsquote nach Phase 2. Diese wurde ermittelt über die Inanspruchnahme medizinischer Therapien und Leistungen und/oder weitergehender Beratungen mit externen Partnern des Gesundheitsnetzwerkes während der Phase 3 und/oder durch Eintritt in Maßwerk (Phase 4).
c. monatliche Überprüfung des Unterstützungsplans und ggf. Anpassung.
d. eine Längsschnittbefragung von Teilnehmenden zur Erhebung von psychischen wie physischen Gesundheitsparametern, Stressmarkern und des Gesundheitsverhaltens.
e. problemzentrierte Einzelinterviews mit ca. 10% der Teilnehmenden zu verschiedenen Zeitpunkten der Maßnahme.

1.3.2 Einmündung in eine dem Gesundheitszustand angemessene Tätigkeit und die Festigung der (Erwerbs)Arbeit

wurde gemessen durch folgende Outputs:

a. die Aufnahme einer Tätigkeit entsprechend der beruflichen Fähigkeiten und der gesundheitlichen Belastbarkeit

Die Arbeitserprobung Maßwerk (Phase 4) strebte für alle Teilnehmenden (ca. 60 je Jahr) individuell abgestimmt eines der folgenden Ziele im direkten Anschluss an Maßwerk und unter Einbeziehung der Phase 5 (Stellensuche und Qualifizierung) an:

Für die Übergänge wurden die genannten Indikatoren mit Zielwerten hinterlegt[6]:

---

[5] Im Projekt wurde mit der Wirkungslogik I-O-O-I gearbeitet, um Wirkungszusammenhänge transparenter darzustellen. Sie ist das zentrale Instrument der wirkungsorientierten Projektarbeit.

[6] Dabei war zu berücksichtigen, dass es aufgrund von gesundheitlichen Rückschlägen und sozialen Veränderungen wenig realistisch war, dass alle Teilnehmenden unmittelbar eines dieser Ziele erreichen. Daher wurde angestrebt den Kontakt zu diesem Kund*innenkreis durch das Gesundheitsteam zu halten.

- Vermittlung in sozialversicherungspflichtige (Teilzeit-) Beschäftigung: 15 Prozent
- Vermittlung in eine 450 EUR-Stelle: 20 Prozent
- Übergang in berufliche Weiterbildung/Ausbildung: 10 Prozent
- Übergang in den II. Arbeitsmarkt: 15 Prozent
- ehrenamtliches Engagement zur zwischenzeitlichen Stabilisierung: 20 Prozent

Daraus folgte die Zielgröße: 80 Prozent der Teilnehmenden sollten die Aktivierungen der Phase 3 und 4 erfolgreich (gem. der Rückmeldungen der eingeschalteten Dritten bzw. des Projektpartners Werkstatt im Kreis Unna) abschließen.

b. Festigung der (Erwerbs-)Arbeit

Die Überprüfung dieser Zielgrößen erfolgte durch das Nachhalten der Beschäftigungsdauer und die schriftliche Befragung aller Teilnehmenden in Phase 6 und im Nachgang nach Austritt aus dem Projekt. (Nachbetreuung)

a. nach sechs Monaten
b. nach zwölf Monaten
c. nach zwei Jahren (für Kohorten innerhalb der Projektlaufzeit).

Die Inputs bilden die zur Verfügung stehenden finanziellen und personellen Ressourcen (s. Antrag *GUIDE*)

1.4 Organisation / Beteiligte Akteure

Jobcenter Unna

Das Jobcenter Kreis Unna wird seit Beginn im Jahr 2005, bis 2011 unter dem Namen ARGE Kreis Unna, als gemeinsame Einrichtung geführt und setzt den gesetzlichen Auftrag nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) II um. Die Aufgabengebiete sind in die beiden Fachbereiche Leistungsgewährung und Markt und Integration (Arbeitsvermittlung) unterteilt. Das Jobcenter Kreis Unna hat ca. 500 Mitarbeitende und betreut etwa 24.000 Kund*innen.

Im jährlich mit der Trägerversammlung abgestimmten Arbeitsmarkt- und Integrationsprogramm[7] werden die Schwerpunktsetzungen des Jobcenter Kreis Unna vor dem Hintergrund des regionalen Arbeits- und Ausbildungsmarktes und der Rahmenbedingungen vorgestellt. Neben der Herausforderung der Integration von geflüchteten Menschen, die sich im Leistungsbezug befinden, liegt ein besonderer Fokus auf Heranwachsenden und alleinerziehenden Eltern.

Um Langzeitarbeitslosigkeit zu verringern, von der 60 Prozent der Leistungsbeziehenden betroffen sind, bedient sich das Jobcenter Kreis Unna u. a. Kommunalen Eingliederungsleistungen nach §16a SGB II. Von gesundheitlichen Einschränkungen, insbesondere psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen, sind geschätzt zwei Drittel der langzeitarbeitslosen Kund*innen betroffen. Während Leistungsbeziehende mit einer anerkannten Schwerbehinderung spezialisiert beraten werden, gibt es für alle anderen Erkrankten keine bedarfsorientierte Beratungsstruktur. Lediglich die Angebote über §20a SGB V in Maßnahmen der Arbeitsförderung stehen für psychisch Erkrankte zur Verfügung. (s. Kap. 1.1)

[7] https://www.jobcenter-kreis-unna.de/fileadmin/user_upload/Download/Web_Broschuere_ArbeitsmarktIntegration_Jobcenter_Kreis_Unna2024.pdf

Werkstatt im Kreis Unna (WiKU)

Seit 1984 hat es sich die Werkstatt im Kreis Unna zur Aufgabe gemacht, für und mit erwerbslosen Menschen der Region – insbesondere benachteiligten Zielgruppen – arbeitsmarktbezogene Perspektiven zu entwickeln. Hierfür konzipiert und realisiert das Unternehmen passgenaue Beratungs-, Bildungs-, Begleitungs- und Beschäftigungsangebote. Sie ist damit ein in der Region fest verankerter Partner für Industrie, Handwerk und Dienstleistung und kann langjährige, einschlägige Erfahrungen in der Umsetzung von speziell auf die Zielgruppe ausgerichteten Angeboten nachweisen. Vor dem Hintergrund der langjährigen Zielgruppenarbeit verfügt die Werkstatt im Kreis Unna über gewachsene Kontaktstrukturen und eine intensive Einbindung in regionale, lokale und sozialräumliche Kooperationsstrukturen.

Seit Juli 2012 ist die Werkstatt im Kreis Unna mit der Umsetzung der ersten Förderzentren für langzeitarbeitslose Menschen im Kreis Unna an fünf Orten beauftragt. Mehr als 1600 Menschen nahmen in der Zeit von 2012 bis 2024 die Unterstützungsleistung der multiprofessionellen Teams der Werkstatt in Anspruch. Vor diesem Hintergrund verfügte die Werkstatt im Kreis Unna bereits zum Zeitpunkt der Antragstellung über umfangreiche Erfahrungen in der Arbeit mit langzeitarbeitslosen erwerbsfähigen Hilfebedürftigen mit umfassendem Stabilisierungsbedarf. In den Jahren von 2012 bis 2024 verzeichnete das Förderzentrum Kreis Unna einen signifikanten Anstieg von gesundheitlichen, und dabei insbesondere psychischen Beeinträchtigungen der Teilnehmenden. Waren es im Förderzentrum der Jahre 2012-2013 noch 35 Prozent aller Teilnehmenden, die von psychischen Störungen/Erkrankungen (z. B. Angststörungen, Depression, Neurosen, ADHS) betroffen waren, so stieg die Zahl im Förderjahr 2018 schon auf 57 Prozent. Diese Entwicklungen waren ständiges Thema im das Förderzentrum begleitenden Steuerungskreis mit dem Jobcenter Kreis Unna. Die Werkstatt im Kreis Unna wurde im Jahr 2015 Projektpartner des „Modellprojektes BA/Jobcenter/GKV zur Verbesserung von Gesundheitsorientierung und Gesundheitsförderung von Leistungsempfängern in ALGI/II“ und konnte in diesem Rahmen gemeinsam mit dem Jobcenter die Implementierung vielfältiger gesundheitsfördernder Angebote (z. B. gesundheitsorientierte Beratung, Gesundheitsworkshops, Bewegungs- und Entspannungsangebote, JobFit-Kurse) unter Finanzierung durch die GKV erproben.

TU Dortmund / Sozialforschungsstelle

Die Sozialforschungsstelle Dortmund (sfs) ist eines der traditionsreichen deutschen Forschungsinstitute auf dem Gebiet der sozialwissenschaftlichen Arbeitsforschung. Bereits 1946 gegründet, ist das frühere Landesinstitut seit 2007 (Zentrale) Wissenschaftliche Einrichtung der Technischen Universität Dortmund. Ein übergreifendes Leitthema der Forschungsarbeiten der sfs ist die sozialwissenschaftliche Innovationsforschung. Untersucht wird hierbei, wie soziale Innovationen entstehen und in welcher Beziehung sie zu technologischen Innovationen stehen. Weitere Fokuspunkte liegen auf der Frage nach den Realisierungsbedingungen und -perspektiven einer ökonomisch, ökologisch und sozial nachhaltigen Entwicklung und in der sozialwissenschaftlichen Arbeitsforschung. Die sfs beteiligt sich an der Gestaltung gesellschaftlicher, technologischer und ökologischer Veränderungs- und Innovationsprozesse. Das Institut hat seit Gründung mehrere hundert Forschungsprojekte mit verschiedensten Zuwendungsgebern (nationale Förderer und EU) bearbeitet, weit überwiegend Verbundprojekte mit mehreren Partnern aus Wissenschaft und Praxis. Das Projekt GUIDE ist im Forschungsbereich „Arbeitspolitik und Gesundheit“ angesiedelt.

Ein Schwerpunkt der Evaluations- und Forschungstätigkeiten sowie der wissenschaftsgestützten Beratung liegt beim Aufbau lokaler/regionaler Unterstützungs- und Vernetzungsstrukturen für Bildung und Beschäftigung sowie bei der Implementierung von Pilotprojekten Lebensbegleitenden Lernens. Mit dieser verstärkten Orientierung auf die lokale und regionale Ebene, die auch ein Kernthema im Rahmen der europäischen Projekte ist, kann der zunehmenden Bedeutung der regionalen Akteure und Netzwerke (Bildungsträger, Schulen, Wirtschaft sowie kommunale Einrichtungen und Behörden) bei der Integration junger Menschen in Arbeitsleben und Gesellschaft Rechnung getragen werden. Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der Evaluierung diverser Programme im Bereich der Benachteiligten-Förderung, wie z. B. die Verbesserung der digitalen Teilhabe und der sozialen und Arbeitsmarktteilhabe von Gruppen mit besonderem Förderbedarf.

1.5 Zusammenarbeit der Akteure im Projekt

Um die Teilnehmenden optimal zu versorgen, bildeten die verschiedenen, im GUIDE-Ansatz beteiligten Professionen das Gesundheitsteam, das gemeinsam an der Erhöhung der Arbeitsmarktnähe der Kund*innen arbeitete. Dieses umfasste Fallmanager*innen des Jobcenters, Psychologinnen sowie Ergotherapeutinnen der Werkstatt Unna sowie nach dem Start von Maßwerk auch die Anleiter*innen der Arbeitserprobungsmaßnahmen. Dieser eng an den Kund*innen arbeitende Kreis traf sich alle zwei Wochen zu Fallbesprechungen, in denen der Stand der Arbeiten und anstehende Schritte in Bezug auf die Teilnehmenden im Projekt besprochen wurde. Die wissenschaftliche Begleitung war an diesen Besprechungen beteiligt und dokumentierte diese zu Evaluationszwecken. Für die tiefere Beschäftigung mit den einzelnen Fällen wurden in der zweiten Projekthälfte zusätzlich Strategiebesprechungen unter Beteiligung des Gesundheitsteams und der wissenschaftlichen Begleitung eingeführt, in denen die Teilnehmenden je Verantwortungsbereich der entsprechenden Projektbeschäftigten besprochen wurden, mit dem Ziel der Strategieentwicklung für deren weitere Annäherung an den Arbeitsmarkt. Dieser Schritt erwies sich besonders für die Kund*innen als relevant, bei denen Stagnationen, Rückschritte oder nur sehr langsame Entwicklungen zu beobachten waren oder bei denen größere Probleme den Fortschritt blockierten, zu deren Lösung eine gesonderte Team-Beratung zielführend schien.

Um einen möglichst reibungslosen Projektverlauf zu gewährleisten sowie die Qualität und den Zeitplan zu monitoren, fanden halbjährlich von der wissenschaftlichen Begleitung geleitete Qualitätszirkel in Präsenz statt, die mit Projektmeetings verknüpft waren. Über im Projektverlauf eingeführte vorangestellte bilaterale Einzelgespräche zwischen der wissenschaftlichen Begleitung und den Projektbeschäftigten konnten aktuelle Probleme identifiziert und in aggregierter Form im Qualitätszirkel gelöst werden. Über diese engen Austauschformate konnten der Kommunikationsfluss und der fallbezogene Austausch kontinuierlich aufrechterhalten werden.

Als förderliche Faktoren für die Kooperation im Projekt erwiesen sich die räumliche Nähe der Beteiligten, die kurzfristige Absprachen und produktive Treffen in Präsenz ermöglichte, die Multidisziplinarität, ohne die es nicht möglich gewesen wäre, die multiplen Probleme der Teilnehmenden zu adressieren und die zeitlichen Ressourcen, die eine langfristige Arbeit am Fall und den Projektteilnehmenden einen langsamen, aber kontinuierlichen Aufbau ihrer Arbeitsfähigkeit ermöglichten. Für die Projektarbeit hemmende Faktoren waren die Pandemie, die die Kund*innen massiv verunsicherte und Präsenzangebote für längere Zeit ausschloss, die bürokratischen und hierarchischen Strukturen an verschiedenen Stellen des Prozesses, die ein flexibles Eingehen auf die individuellen Bedarfe der Teilnehmenden erschwerte, z. B. Unterstützung für mobilitätseingeschränkte Personen. Die Balance zwischen Datenschutz und Informationsaustausch zu finden, um die gemeinsame Arbeit an den Kund*innen partnerübergreifend zu ermöglichen, war ebenfalls eine Herausforderung, für die im Projektverlauf bedarfsgerechte Lösungen gefunden werden mussten.

1.6 Wissenschaftliche Begleitung

Bei der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojektes *GUIDE* wurde eine Kombination der Evaluationsarten *Struktur- Prozess- und Ergebnisevaluation* umgesetzt. Dabei ging es um die Bewertung von *strukturellen Voraussetzungen*, des *Prozessablaufs und -erlebens* sowie die *Zielerreichung* aus der Perspektive aller beteiligten Projektakteure (Teilnehmende, Mitarbeiter*innen, Institutionen).

- Die *Strukturevaluation* beurteilt die Zielerreichung aufgrund der Struktur der zur Verfügung stehenden Ressourcen (personelle, finanzielle, soziale und materielle) und bewertet die Erreichung vor allem im Hinblick auf die Rahmenbedingungen der Angebote in den Programmen und der Struktur der Maßnahmen und ihrer Umwelt. Die in diesem Rahmen beurteilte Strukturqualität stellt wiederum die Bedingung der Möglichkeit von *Prozessqualität.*

- *Die Prozessevaluation* beschreibt und bewertet den Verlauf und die Gestaltung der Maßnahmen. Abweichungen von ursprünglichen Zielen, veränderte Bedingungen, Interaktionsqualität, Kommunikation oder neue Instrumente in den unterschiedlichen Phasen des Projektes stehen hierbei im Vordergrund wie auch Praktikabilität, Akzeptanz und Angemessenheit der Mittel bei den Beteiligten. Diese Prozessqualität ist wiederum Voraussetzung für die *Ergebnisqualität.*

- Die *Ergebnisevaluation* bewertet die Wirksamkeit der Maßnahmen nach messbaren Kriterien. Im Vordergrund stehen dabei Mittel und Ergebnis als Aufwand und Ertrag. Je nach Gegenstand der Evaluation können z. B. die Zufriedenheit der Beteiligten, Zustandsveränderungen der Teilnehmenden im Hinblick auf den Zweck der Maßnahme, Erfüllungsgrad und Erfolge des Programms (u. a. Kosten-Nutzen) bewertet werden.

Evaluationskriterien

Grundlegend wird zwischen „harten" (zählbaren) Evaluationskriterien (wie z. B. Teilnehmendenzahlen/Dokumente, erhobenen Daten durch standardisierte Fragebögen, Sach- und Personalkosten etc.) und „weichen" (nicht direkt zählbaren) Bewertungskriterien unterschieden.

Ausgehend von der obigen Zielformulierung des Projekts wurden insbesondere die in Tabelle 1 aufgeführten Kriterien identifiziert*:*

Tabelle 1: : Evaluationskriterien im Projekt GUIDE

	Indikatoren/ Ebenen	**Bewertungskriterien** **Prozessqualität**	**Bewertungskriterien** **Ergebnisqualität**
Teilnehmende	Teilnahmebereitschaft / Drop Out	Entwicklung im Projektverlauf	Projektabschluss
	Lebenszufriedenheit		Veränderung Lebensqualität und Teilhabe / Optimierung Integrationschancen / Zukunftsaussichten
	Gesundheit	Verbesserung Gesundheit/ Gesundheitsverhalten (u. a. Ernährung; Bewegung) / Gesundheitliche Aktivierungsquote / Gesundheitszustand / Gesundheitswissen / Gesundheitskompetenz / Stressverarbeitungsstrategien *(Selbst- und Fremdeinschätzung)*	Verbesserung Gesundheitsempfinden / Gesundheitliche Belastbarkeit
		Stabilisierung gesundheitliche Einschränkung *(Selbst- und Fremdeinschätzung)*	
	Soziale Unterstützung	Einschätzung soziale Unterstützung	
	Selbstwirksamkeit	Selbstwert; Selbstvertrauen; Selbstständigkeit / Proaktive Einstellung / Kontrollüberzeugung; Individuelle Veränderungsbereitschaft; Leistungsmotivation	
	Kompetenzen	Erweiterung des Integrationsziels: individuelle Leistungsfähigkeit steht im Vordergrund; Erfahrungen sammeln / Möglichkeit zum Ausbau von ´soft skills´	Zuwachs an (Fach-)Wissen

	Indikatoren/ Ebenen	Bewertungskriterien Prozessqualität	Bewertungskriterien Ergebnisqualität
	Maßwerk / Erwerbstätigkeit	Kritik / Wünsche Prozess Arbeitserprobung; Dauerhafte Motivation	
		Erfolgserlebnisse und Anerkennung / Berufliche Selbstwirksamkeit	Einmündung in angemessene Tätigkeit und Festigung der Teilnehmenden in Erwerbstätigkeit
	Gesundheitsteam	Zusammenarbeit / Zufriedenheit mit Gesundheitsteam	
	Institutionen	Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit verschiedenen Institutionen (Schnittstellen)	
Mitarbeitende	Zusammenarbeit Gesundheitsteam	Interaktionen innerhalb des Teams (z. B. Inhalt der Teambesprechungen)	Zufriedenheit der Mitarbeitenden und Umsetzbarkeit der interdisziplinären Arbeit
		Frequenz, Intensität und Zufriedenheit des Kontaktes des*r Teilnehmenden durch interdisziplinäres Team und Arbeitgeber	

Fragestellungen der Evaluation

Ausgehend von der obigen Zielformulierung des Projekts ließen sich u. a. folgende Fragestellungen für die Evaluation formulieren:

Struktur- und Prozessqualität: (Wie) konnten durch das innovative Vorgehen die Projekt(teil-) ziele erreicht werden und welche Voraussetzungen waren notwendig?

- Wie viele Teilnehmende wurden erreicht?
- Wie war die Drop-Out-Quote und an welchen Stellen kam es zu Abbrüchen?
- Wie bewerteten die Teilnehmenden ihre Entwicklung und das Projekt im Allgemeinen?
- Wie bewerteten die Mitarbeitenden die Entwicklung der Teilnehmenden, Umsetzung der Maßnahmen sowie die Kommunikation/Kooperation innerhalb des Gesundheitsteams?
- Wie war die Umsetzung der Maßnahmen vorgesehen und wie liefen sie tatsächlich ab?
- Welche Schwierigkeiten, Konflikte, Krisen traten auf, z. B. im Zuge der Corona-Pandemie?
- Wie wurde mit ihnen umgegangen? Wie wurden sie (u. U.) gelöst?
- Wie funktionierte die Netzwerkarbeit (u. a. Bündnis Gesundheit Kreis Unna)?

Ergebnisqualität: Wurden die (Teil-)Projektziele erreicht?

- Konnten die psychische und physische Gesundheit und das Gesundheitsempfinden der Teilnehmenden verbessert werden?
- Konnten die Arbeitsmarktnähe und die soziale Teilhabe der Teilnehmenden verbessert werden?

- Konnten die Teilnehmenden im Projekt aktiviert werden und wie viele schafften den Schritt in den Arbeitsmarkt?
- Wie bewerteten die Teilnehmenden das Gesamtprojekt?
- Wie bewerteten die Mitarbeitenden und Institutionen das Gesamtprojekt und dessen Ergebnisse? Können die Ergebnisse in ein geeignetes Transferkonzept übertragen werden?
- Welcher Art sind der innovative Gehalt und seine Impulswirkung und wie wird die Nachhaltigkeit sichergestellt?
- Welche weiteren Schritte sind ggf. notwendig?

Methodisches Design

Als Methodik kam ein Mixed-Method-Design zur Anwendung, in dem verschiedene (qualitative und quantitative Verfahren) trianguliert wurden (siehe Tabelle 2). Neben Fallanalysen (Protokolle der Fallbesprechungen; Befragung der Mitarbeitenden) wurde eine quantitative (Längsschnitt-) Fragebogenerhebung für alle Teilnehmenden durchgeführt, anhand der (vergleichbare) Aussagen über den Verlauf des Projekts sowie über Fortschritte der Teilnehmenden möglich wurden. Der Fragebogen wurde in Absprache mit der Projektsteuerungsgruppe konzipiert.

Die *qualitative Evaluation* legte den Fokus auf die Perspektive der Beteiligten sowie auf die Beschreibung der Abläufe des Projekts. So konnten die unterschiedlichen – subjektiven – Bewertungen verschiedener Beteiligter erfasst und über deren Vergleich und Kontrastierung bewertet werden. Auf Teilnehmenden-Ebene wurden dafür *leitfadengestützte qualitative Interviews* durchgeführt, die auch narrativ-biografische Elemente enthielten. Die Besonderheit von narrativ-biografischen Interviews ist die Möglichkeit der Erschließung subjektiver Sinnstrukturen und Bedeutungszuschreibungen in Bezug auf die aktuelle Lebenssituation. Die Biografisierungen der Teilnehmenden erlauben einen tiefen Einblick in die individuellen Lebenszusammenhänge und die Wahrnehmungen der eigenen Situation im Kontext der Projektmaßnahme und erschließen so besonders die nicht intendierten Wirkungen für die Evaluation.

Ursprünglich waren zudem *Gesundheitszirkel* im Rahmen der Arbeitserprobung (Maßwerk) vorgesehen. Klassische Gesundheitszirkel sehen vor, mit Beschäftigten eines Betriebes/ einer Abteilung über ihre Arbeitsanforderungen zu diskutieren und ihnen im Rahmen eines geschützten Raumes die Möglichkeit zu geben, eigene Problemlösungsmaßnahmen zu entwickeln sowie Kritik und Wünsche einzubringen. Dies wurde im April 2022 (ein halbes Jahr nach dem Start von Maßwerk) erprobt. Dabei stellte sich jedoch heraus, dass das Konzept nicht wie geplant umgesetzt werden konnte, da Hemmnisse im Hinblick auf eine offene, kritische Kommunikation auf Gruppenebene deutlich wurden (Unsicherheiten, vor der Gruppe zu sprechen; soziale Erwünschtheit; dominierende Gruppenmitglieder). Ein weiterer Versuch eines Ideenworkshops zur Verbesserung von Maßwerk im Dezember 2023 bestätigte diesen Befund. Es stellte sich daher als sinnvoller heraus, Gestaltungsfragen zu Maßwerk in die Einzel-Interviews zu integrieren.

Auf Ebene des Projektteams wurden *Qualitätszirkel* durchgeführt. Das Konzept des *Qualitätszirkels* ist ursprünglich ein Verfahren für betriebliche Verbesserungsprozesse. Es soll insbesondere die Kommunikation/Kooperation innerhalb der Steuerungsgruppe, das Monitoring der Zeit- und Ressourcenplanung, die Bewertung und Bilanzierung sowie mögliche Verbesserungen bei diesen Projektaspekten in den Fokus stellen. Ursprünglich waren zusätzliche *Feedbackworkshops* vorgesehen. Im Laufe des Projekts kristallisierte sich jedoch heraus, dass es sinnvoller ist, individuelles Feedback in Form von qualitativen Leitfadeninterviews einzuholen sowie weitere Feedbackelemente in die Qualitätszirkel zu integrieren.

Tabelle 2: Evaluationsdesign im Kurzüberblick

WER?	WIE?	Zeitplan Projektantrag	Covid-19-Modifikation
Teilnehmende	Quantitative (Längsschnitt-) Fragebogenerhebung (Insgesamt n=100, davon 24 Mehrfachteilnehmende im Längsschnitt)	4 Erhebungszeitpunkte in den ersten 24 Laufzeitmonaten, danach bedarfs- und ergebnisbezogene Anpassung der Zeiträume	Kürzere Version des FB online im 2. Quartal 2021. Ab Juli 2022 konnten im halbjährlichen Abstand fünf Erhebungswellen realisiert werden.
Teilnehmende	Leitfadengestützte Interviews	4 Erhebungszeitpunkte Zu zwei Zeitpunkten am Anfang (Phase 1-3) und Ende der Maßnahme (Phase 4-6)	
Teilnehmende	Dokumentenanalyse, Expertengespräche mit Gesundheitsteam	2-3 Mal jährlich	
Teilnehmende	Teilnehmende Beobachtungen von Projektaktivitäten	min. zweimal jährlich	
Mitarbeitende	Qualitätszirkel	zweimal jährlich	
Teilnehmende	Telefoninterviews	Januar 2021	Sonderevaluation Walk & Talk
Teilnehmende	Online-Fragebogen	April 2022	Sonderevaluation Online-Gruppen

Die Covid-19-Pandemie erforderte einige Anpassungen im Zeitplan, außerdem wurden weitere Sonder-Evaluationen vorgenommen, um auch die Wirkungen der Anpassungen der Projektaktivitäten erfassen zu können.

Darüber hinaus bestand ein Erkenntnisinteresse daran, Möglichkeiten der (teilweisen) Übertragbarkeit des Ansatzes in die Regelbetreuung zu eruieren. Zu diesem Zweck stand insbesondere das Herausarbeiten der Gelingensbedingungen nachhaltiger Arbeitsmarktintegrationen bei dieser marginalisierten Zielgruppe im Fokus der Betrachtung.

2 Ergebnisse des Modellprojektes

Bezugnehmend auf die Zielsetzung der rehapro-Modellprojekte, Prävention vor Rehabilitation und vor Rente zu stellen, war das Projekt *GUIDE* gewinnbringend und förderte viele wichtige Erkenntnisse zutage. Der Fokus lag auf der qualitativen Begleitung dauerhaft gesundheitlich beeinträchtigter Kund*innen, mit vorrangigen oder zusätzlichen psychischen Beeinträchtigungen.

2.1 Teilnehmendenstruktur

Das Projekt *GUIDE* erreichte insgesamt 194 Personen; 9 dieser Personen wurden nach einer Unterbrechung erneut ins Projekt aufgenommen. Das angestrebte Ziel von 235 Teilnehmenden wurde aufgrund pandemiebedingter Verzögerungen in der Projektdurchführung, individuell längerer Teilnahmezeiten der Kund*innen und der nicht durchgängig möglichen personellen Besetzung der dritten Fallmanagement- und der Betriebsakquise-Stelle verfehlt.

Insgesamt nahmen 114 Männer (58,7 Prozent) und 80 Frauen (41,3 Prozent) teil, während unter den Leistungsbeziehenden die Verteilung nach Geschlecht ausgeglichen ist. Die Zugangskriterien zum Projekt wurden geschlechterneutral gehalten. Die Studienlage liefert eine hinreichende Begründung für dieses Ungleichgewicht. Sie hat nachgewiesen, dass ein deutlich ausgeprägter negativer Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit bei Männern besteht (s. Kap. 1.1). Möglicherweise greifen zusätzlich unbewusste Fokussierungen und Identifizierungsmechanismen von Zielgruppen in der Arbeitsvermittlung, die dazu führen, dass Kundinnen dem Projektteam seltener vorgeschlagen wurden (vgl. IAB 2023). Zudem haben Frauen eine höhere Wahrscheinlichkeit, medizinische wie auch psychotherapeutische/psychiatrische Leistungen in Anspruch zu nehmen als Männer (vgl. RKI 2017) und benötigen dadurch seltener gesundheitliche Unterstützungen durch das Jobcenter.

Menschen mit Einwanderungsgeschichte waren unterdurchschnittlich im Projekt vertreten. Als Ursachen hierfür können eine häufig festzustellende engere familiäre Einbindung und eine niedrige Bereitschaft, psychische Erkrankungen anzunehmen und sich dazu zu bekennen, wirksam werden.

In das Projekt konnten Kund*innen ab 18 bis ca. 58 Jahre einmünden. Zielsetzung war eine gleichmäßige Partizipation aller Altersgruppen. Wie Tabelle 3 zeigt, waren die Vorschläge aus der Regelvermittlung tendenziell ausgeglichen mit nur einer leichten Überrepräsentanz mittlerer Jahrgänge. Eine Nachsteuerung durch das Projektteam erfolgte daher nicht.

Tabelle 3: Altersstruktur der Teilnehmenden

Altersstruktur	**absolut**	**Prozentwert**
< 31 Jahre	43	22
31-40 Jahre	54	28
41-50 Jahre	50	26
> 51 Jahre	44	23

65 Prozent der teilnehmenden Kund*innen lebten in Einzel-Bedarfsgemeinschaften, hiervon waren fast 70 Prozent Männer (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Lebenssituation der Teilnehmenden

Haushaltsform	**Absolut**	**Prozent**
alleinlebend	140	72

Haushaltsform	Absolut	Prozent
Paar ohne Kinder unter 25	13	7
Paar mit Kindern unter 25	27	14
alleinerziehend	14	7

Der in Tabelle 5 dargestellte Bildungshintergrund weicht signifikant von dem im Jobcenter Kreis Unna durchschnittlichen Bildungsstand ab.[8] Bundesweit haben 25 Prozent der arbeitslosen Leistungsbeziehenden keinen Abschluss, 35 Prozent einen Hauptschulabschluss, 18 Prozent die Mittlere Reife und 13 Prozent eine (Fach-)Hochschulreife (vgl. Deutscher Bundestag 2019, 1). Die Teilnehmenden an *GUIDE* verfügten häufiger über einen Hauptschulabschluss und Mittleren Schulabschluss und seltener über ein (Fach-)Abitur und waren seltener ohne Schulabschluss.

Tabelle 5: Bildungshintergrund der Teilnehmenden

Höchster Schulabschluss	absolut	Prozentwert
kein Abschluss	33	17
Hauptschulabschluss	79	41
Realschule/mittlerer Abschluss	61	31
(Fach-)Hochschulreife	18	9

43 Prozent der Teilnehmenden hatten eine berufliche oder schulische Ausbildung oder ein Studium abgeschlossen; im Umkehrschluss waren 57 Prozent ohne berufliche Qualifikation**.**

Gesundheitliche Situation

Aufgrund der speziellen Vermittlungsstruktur im Jobcenter Kreis Unna traten schwerbehinderte Leistungsbeziehende und Personen mit Rehabilitationsstatus seltener ins Projekt ein. Sofern neben den Erkrankungen, auf die sich der Schwerbehindertenstatus gründete, insbesondere psychische Probleme hinzukamen oder der Rehabilitationsprozess[9] stagnierte, konnten diese Personen in das Projektteam wechseln.

Die Hälfte aller Projektteilnehmenden sind mit einer gesicherten psychischen Primärerkrankung oder dem Verdacht auf eine psychische Störung in das Projekt eingemündet, organische Erkrankungen oder Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates waren bei 35 Prozent die vorrangige Erkrankung. Stoffliche Suchterkrankungen spielten bei der Projektaufnahme aufgrund der geringeren Teilnahmebereitschaft und Veränderungsmotivation nur eine untergeordnete Rolle. Eine wesentliche Erkenntnis ist, dass neben den psychischen oder physischen Einschränkungen, die zu dem Vorschlag der Arbeitsvermittlung für das Projekt führten, bei 80 Prozent der in das Projekt aufgenommenen Kund*innen weitere zu bearbeitende wesentliche integrationsbeschränkende Faktoren wie starke Adipositas, Alkohol- oder Mediensucht und psychische Instabilität neben der vorrangig bekannten Erkrankung bestanden. Online-Spielsucht war bei jüngeren Kund*innen verbreitet, wurde aber zuvor nicht in der Regelbetreuung festgestellt. Abweichende Tag-/Nacht-Rhythmen, Bewegungsmangel und Isolation lieferten Hinweise auf ein ungesundes Computernutzungsverhalten, das teils durch die Lockdown-Phasen verstärkt wurden.

Bei drei Viertel der Teilnehmenden lag zu Projektbeginn ein Gutachten des Ärztlichen Dienstes der Agentur für Arbeit (BA) vor. Wo dies nicht vorhanden war, konnte zunächst pandemiebedingt kein persönliches Gutachten mit Kundenkontakt erstellt werden und das Gesundheitsteam musste sich auf eigene Einschätzungen verlassen, was aufgrund der vertretenen Professionen durchaus

[8] Eigene Datenerhebung in VerBIS (20.03.2024).
[9] Gem. §§49 SGB IX, 112 SGB III: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

substantiiert war. Nach den Lockdown-Phasen wurden die Gutachten nachgeholt, was aufgrund der Auftragsrückstände und des Personalmangels beim Ärztlichen Dienst allerdings mit langen Wartezeiten und großen Verzögerungen einherging.

Dauer der Teilnahme

Die dem Projektantrag zugrunde liegende Modellannahme, wie lange Teilnehmende im Projekt verweilen, erwies sich im Projektverlauf als unzutreffend. Einzelne Kund*innen befanden sich bis zu drei Jahre im Projekt, die durchschnittliche Verweildauer lag bei 23 Monaten. Während dieser Zeit wurde in den regelmäßigen Fallbesprechungen des Teams erörtert, ob sich eine positive Entwicklung abzeichnet, die eine längere Projektzeit rechtfertigt. Ein bedeutender Grund für die lange Teilnahmedauer waren die Restriktionen der Pandemie. Viele Beratungen und Therapien konnten nicht zeitnah umgesetzt werden, die gesellschaftliche Lähmung verstärkte depressive Erkrankungen. Viele Teilnehmende reagierten auf die Lockdown-Phasen mit Rückzug und Antriebslosigkeit (vgl. Ärzteblatt 2023). Aber auch die komplexen gesundheitlichen und persönlichen Bedarfe der Teilnehmenden, die im Vorfeld unterschätzt wurden, führten zu einer längeren Verweildauer im Projekt. Dadurch waren weniger Neueintritte möglich.

Erreichung der Integrationsziele

Mit dem Projektantrag wurden ambitionierte Integrationserwartungen verknüpft. Diese basierten auf Hypothesen, die sich auf langjährige Erfahrungen mit der Zielgruppe und der Aufnahmebereitschaft des Arbeitsmarktes stützten und die vor den weitreichenden Disruptionen in der Gesellschaft und auf dem Arbeitsmarkt durch die Pandemie erstellt wurden. Der pandemiebedingte Einfluss auf das Projekt ist auch im Nachhinein nicht quantifizierbar. Studien zu den Auswirkungen der Pandemie auf den Arbeitsmarkt und Arbeitslosigkeit belegen, dass gerade Langzeitarbeitslose deutlich verringerte Abgangschancen hatten (vgl. BA 2022; IAB 2022). Dies betraf besonders deutlich die Zielgruppe des Projektes mit mehreren Vermittlungshemmnissen. Darüber hinaus führten insbesondere die Kontaktbeschränkungen zu einer beobachtbaren Verschlechterung der psychischen Gesundheit. (s. Kap. 1.2)

Die Übersicht über die Ergebnisse in Tabelle 6 zeigt, dass trotz der beschriebenen massiven pandemiebedingten Hindernisse, die Ziele weitgehend eingehalten und manche übertroffen wurden.

Tabelle 6: Vermittlungsziele und Ergebnisse im Projekt GUIDE

Ziel	Soll (Prozent)	Ist (Prozent)	absolut
Vermittlung in eine sozialversicherungspflichtige (Teilzeit-) Beschäftigung	15	18	35
Vermittlung in einen „Minijob“	20	10	19
Weiterbildung/Ausbildung/Studium	10	4/2/1	7/4/2
nicht abschlussorientierte Qualifikationen		8	15
Geförderte Beschäftigung, §16i SGB II (TaAM)	15	0	-
Ehrenamt (zur Stabilisierung)	20	5	9

Idealziel für Teilnehmende und auch die Mitarbeitenden des Projektes ist die Vermittlung in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung von mindestens 15 Wochenstunden. Trotz der schwierigen Arbeitsmarktlage in den Jahren 2020 und 2021, gelang in insgesamt 35 Fällen die Integration bis zum Projektende im Oktober 2024. Von diesen Projektteilnehmenden konnten 21 eine Vollzeitbeschäftigung aufnehmen und 14 eine Teilzeitbeschäftigung. Dies ist ein großer Erfolg: Es konnten mehr Teilnehmende in den Arbeitsmarkt integriert werden als in der Modellannahme im Projektantrag unterstellt. Die Bandbreite an Tätigkeiten war groß und reichte vom Verkauf über Logistik, Handwerk bis

zur Pflege. Aufgrund der guten Vorbildung eines Teils der Kund*innen konnte die Hälfte dieser Personen in eine qualifizierte Beschäftigung einsteigen.

Minijobs sind ein niedrigschwelliger Einstieg in den Arbeitsmarkt, der zur Stabilisierung der Personen führen soll. Etwa jede*r siebte Teilnehmende hatte bereits zu Projektaufnahme einen Minijob inne, der jedoch bis dato nicht als Brücke in den Arbeitsmarkt fungierte. Für diese Personen war das angestrebte Ziel die Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit. Da schon viele einen Minijob ausübten, blieb die Vermittlungszahl in diesem Bereich hinter der Modellannahme zurück.

Zwei junge, psychisch erkrankte Teilnehmende konnten nach der gesundheitlichen Stabilisierung ein Studium aufnehmen, weitere vier eine Berufsausbildung. Diese sechs Fälle verdeutlichen die Wirkung des einzigartigen Unterstützungsansatzes des Projektes. Alle sechs verfügten nicht über eine tragfähige therapeutische Anbindung und familiäre Stütze. Weitere sieben Personen profitierten von der engmaschigen und qualitativ hochwertigen Hilfe, um eine abschlussorientierte Weiterbildung[10] aufzunehmen. 13 Personen bildeten sich in insgesamt 15 kürzeren und nicht-abschlussorientierten Qualifikationen fort. Schwerpunkt der Weiterbildungen waren Schulungen im Schutz und Sicherheitsgewerbe, aber auch Spezialisierungen zum Fachinformatiker, zum Berufskraftfahrer, zur Betreuungskraft, zum Zugbegleiter und allgemeine Büroqualifikationen.

Mit Unterstützung der Mitarbeitenden gelang in 18 Fällen ein erfolgreicher Abschluss der Qualifikation. Dieser hohe Wert ist Ergebnis intensiver Vorbereitung, einschließlich umfangreicher beruflicher Orientierung, Heranführung an das Berufsbild und einer Begleitung während der Qualifikation. Er liegt deutlich über den Erfolgsraten in der Regelvermittlung.

Bestrebungen, Kund*innen über eine geförderte Beschäftigung gemäß §16i SGB II an den Arbeitsmarkt anzubinden, scheiterten, da fast alle Teilnehmenden, die von den persönlichen Rahmenbedingungen in Frage gekommen wären, die formalen Zugangskriterien gem. §16i Abs. 3 SGB II nicht erfüllten. Die Förderbedingungen verlangen einen mindestens fünfjährigen SGB II-Leistungsbezug bei Vorliegen einer Schwerbehinderung oder minderjährigen Kindern in der Bedarfsgemeinschaft, ansonsten sechs Jahre Leistungsbezug in den zurückliegenden sieben Jahren. Eine über einen längeren Zeitraum fehlende Erwerbsfähigkeit mit Bezug von SGB XII-Leistungen ist förderschädlich und führte zum Ausschluss vieler ansonsten geeigneter Personen.

Ehrenamtliche Betätigungen als Brücke zur sozialen und beruflichen Teilhabe zu offerieren, war sehr schwierig. Ein Ursachenbündel verhinderte eine höhere Erfolgsrate. Mehrheitlich lebten die Teilnehmenden isoliert, waren nicht in Vereinsstrukturen eingebunden und hatten keine Berührungspunkte mit ehrenamtlichem Engagement, so dass Vorbilder und Personen, die sie zum aktiven Mitmachen hätten animieren können, fehlten. Gerade der langzeitarbeitslosen Zielgruppe fehlt das Selbstvertrauen, sich eigenständig in Strukturen einzubringen. Einige Kund*innen lehnten explizit die Ausübung eines Ehrenamtes, für das sie höchstens eine Aufwandsentschädigung erhalten, kategorisch mit dem Hinweis ab, dass sie Geld verdienen wollten. Im fortgeschrittenen Projektverlauf gelang es, Kund*innen zu verdeutlichen, dass das Vorweisen eines Ehrenamtes als Türöffner bei Arbeitgeber*innen fungieren kann, da es Motivation und Tatkraft demonstriert und ein Ehrenamt Fertigkeiten und Fähigkeiten trainiert, die für ein Beschäftigungsverhältnis ebenfalls von Bedeutung sind. Vier Personen nahmen daraufhin an einer ehrenamtlichen Kurzqualifikation für ein soziales Ehrenamt erfolgreich teil.

2.2 Rahmenbedingungen und Herausforderungen

2.2.1 Der Einfluss der Pandemie

Die gesamte Projektlaufzeit war von den Auswirkungen der Corona-Pandemie überschattet. Das Team *GUIDE* begann seine Arbeit zum Januar 2020 in den Geschäftsräumen des Jobcenters Unna, da die externe Räumlichkeit noch nicht bezugsfertig war. Mitte März 2020 erfolgte der Umzug in die Bahnhofstraße 17 in der Fußgängerzone von Unna zeitgleich mit dem Beginn des ersten Lockdowns.

[10] Die Agentur für Arbeit unterscheidet zwischen abschlussorientierten und nicht-abschlussorientierten Qualifikationen, so dass diese Differenzierung in der Projektauswertung aufgegriffen wurde.

Die erste Hälfte der Projektdauer bis Mitte 2022 war massiv beeinträchtigt durch verschieden ausgestaltete Kontaktbeschränkungen. Das Jobcenter Kreis Unna regierte auf die Pandemielage mit einem strengen Schutzkonzept für Mitarbeitende und Kund*innen, so dass nur terminierte Beratungen und keine Gruppenangebote in den Räumlichkeiten der Geschäftsstelle *GUIDE* möglich waren. Der persönliche Austausch der Jobcenter-Mitarbeitenden und der bei den Kooperationspartnern beschäftigten Mitarbeitenden war unter diesen Rahmenbedingungen deutlich erschwert und gemeinsame Gespräche mit Teilnehmenden nicht gestattet. Erst in der zweiten Hälfte des Projektes konnte versucht werden, gemäß der ursprünglichen Meilensteine zu arbeiten. Die Nachwirkungen der zwei Pandemiejahre beeinträchtigten aber auch diese Phase.

Der erste Lockdown im März 2020 erforderte ein komplettes Umsteuern. Die etwa 20 Kund*innen, die bis dahin bereits die Clearingphase durchlaufen hatten, konnten über Monate nur telefonisch beraten werden. Da ein Vertrauensverhältnis aufgebaut war, gelang die telefonische Stabilisierung zumindest in Grundzügen. Erst ab Frühherbst 2020 war es möglich, auch mittels Walk & Talk zu beraten.[11] Intensive Gespräche mit der Geschäftsführung und dem Personalrat waren vorausgegangen. Dieser verstärkt aufsuchende Beratungsansatz im Wohnumfeld der Kund*innen hatte trotz des erhöhten zeitlichen Aufwands, deutlich positive Effekte auf das Beratungssetting, welches gesondert per Telefoninterviews mit Teilnehmenden und Mitarbeitenden evaluiert wurde. Zu den bei der Evaluation am häufigsten genannten positiven Faktoren zählten Bewegung/Aktivierung (bei welchen auch die körperliche Leistungsfähigkeit eingeschätzt werden konnte) und die Anregung von Gedankengängen durch die Kombination von Gehen und Sprechen. 80 Prozent der befragten Teilnehmenden gaben eine verbesserte Gesprächsatmosphäre auf Augenhöhe an. So habe sich durch das veränderte Setting die gegenseitige Rollenwahrnehmung geändert und die Kommunikation konnte auf einer offeneren Ebene stattfinden. Darüber hinaus bedeutete der aufsuchende Beratungseinsatz bei stark mobil beeinträchtigten Personen (z. B. durch Adipositas) eine starke Entlastung.

Die Kontaktbeschränkungen in der Coronazeit hatten nicht nur Auswirkungen auf die Arbeitsweise innerhalb des Projektteams, sondern auch mittelbar auf die Integration von Teilnehmenden in das Projekt. Telefonische (Ersatz-)Beratungen in der Regelvermittlung waren oberflächlicher und förderten weniger belastbare Informationen über Vermittlungshemmnisse zutage, so dass die Vorschläge für die Aufnahme neuer Kund*innen in das Projekt weniger präzise ausfielen. Dies erhöhte den (telefonischen) Erstberatungsaufwand der Fallmanager*innen, da neben der Schwierigkeit, den potenziellen Teilnehmenden das gegenüber der Regelbetreuung abweichende Beratungsziel und -setting glaubwürdig zu transportieren, auch herausgefiltert werden musste, ob die Personen tatsächlich zur Zielgruppe gehörten. Im Ergebnis führten nur 42 Prozent der (telefonischen) Erstberatungskontakte zu einer Projektaufnahme. In wenigen Fällen war die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht dauerhaft. In den meisten Fällen lag jedoch keine ausreichende Veränderungsmotivation vor, so dass eine Projektteilnahme nicht in Frage kam.

Die Einschränkungen der Pandemie haben auch grundsätzliche Anpassungen der Meilensteine und Projektphasen erfordert. Je nach individueller Risikoabschätzung, Ängsten und Impfstatus mussten die Phasen 2 und 3 (siehe Abbildung 1) modifiziert werden und verlängerten sich teils beträchtlich. Der Baustein Maßwerk setzte Präsenz voraus und konnte aufgrund der unsicheren Prognostizierung der Kontaktbeschränkungen erst deutlich verspätet im September 2021 an den Start gehen.

Im Nachgang der Lockdown-Phasen konnte eine Vielzahl von Studien die Komplexität der Auswirkungen herausarbeiten und die für bestimmte Bevölkerungsgruppen gravierenderen Folgen aufzeigen (vgl. Deutscher Bundestag 2022). Die Kontaktbeschränkungen der Pandemiezeit führten zu Versorgungsdefiziten und depressionsspezifischen Belastungen, die gravierende gesundheitliche Nachteile für die betroffenen Menschen mit Depressionen in Deutschland bedeuteten. Auch chronisch Erkrankte hatten nur eingeschränkte Therapieangebote. So führten die verringerten Ressourcen zu teils dramatischen Krankheitsverläufen in der Lockdown-Phase.

[11] Die Walk & Talk-Methode kommt ursprünglich aus dem (psycho-)therapeutischen Bereich („Walk and Talk-Therapy“ / „Outdoor-Therapy“) und gelangte ab den späten 1990er Jahren zu einer stärkeren Verbreitung im angloamerikanischen Raum (u. a. Hays 1999). Zu den Vorteilen von W&T zählen neben der Möglichkeit eines vielfältigen Angebots die Erleichterung der Zusammenarbeit durch ein informelleres und neutrales Setting. Darüber hinaus kann körperliche Bewegung positive Energien freisetzen sowie zu einer gesteigerten Fähigkeit zur Problemlösung führen (Revell und McLeod 2016). Von den positiven Effekten können somit Therapeut*in wie auch Klient*in gleichermaßen profitieren (McKinney 2011). In der aufsuchenden Sozialarbeit galt W&T bereits vor der Covid-19-Pandemie als bewährte Methode, die im Zuge der Pandemie verstärkt aufgegriffen wurde (vgl. u. a. Voigts 2020).

Neben berufstätigen Frauen (Doppelbelastung Home-Office / Care-Aufgaben) und Jugendlichen/jungen Erwachsenen, litten insbesondere Erwerbslose in der Coronakrise unter der Isolation im Lockdown und fehlenden Hilfsangeboten (vgl. Eichenberg 2021). Zudem verlief die Suche nach einem Job häufig aussichtsloser.

2.2.2 Beratungskontext

Eine Beratung, die gesundheitliche und soziale Rahmenbedingungen berücksichtigt, benötigt viel Zeit. Dies gilt hinsichtlich des gesamten Integrationsprozesses und bezieht sich auch auf die einzelnen Beratungstermine, so dass ein niedriger Beratungsschlüssel erforderlich ist. In der Projektplanung wurde ein Betreuungsschlüssel von 1:25 pro Fallmanager*in vorgesehen. Im Verlauf zeigte sich, dass aufgrund des Einbezugs von Mitarbeitenden unterschiedlicher Professionen ein Betreuungsschlüssel von 1:40 bis 1:50 pro Fallmanagement-Vollzeitäquivalent (VZÄ) angemessen war und der Betreuungsschlüssel wurde angepasst.

Die umfassende Anamnese und Bearbeitung gesundheitlicher Probleme können nur im freiwilligen Kontext gelingen. Freiwilligkeit ist die Grundvoraussetzung für ein vertrauensvolles Beratungssetting, das Veränderungen anstoßen will. Das grundsätzliche Misstrauen der meisten Kund*innen gegenüber jeglichem Angebot eines Jobcenters musste zunächst überwunden werden.

Zielsetzung der gesundheitsorientierten Beratung war die Ermittlung des Unterstützungsbedarfs, die Ressourcenaktivierung, die Ermächtigung zum selbständigen Denken und Handeln und die Vermittlung an Netzwerke, Therapeut*innen und Beratungseinrichtungen. In den Terminen wurden auch unangenehme Themen berührt, Hilfe zur Selbsthilfe angeboten und aktive Mitarbeit eingefordert. Dem entzogen sich Kund*innen in den ersten Terminen durch Absage. Im Verlauf des Prozesses stieg die Termintreue deutlich, sobald die Kund*innen den direkten Nutzen des Angebotes erkannten. Die Strategie, unangenehmen Terminen und Situationen aus dem Weg zu gehen und nicht zu erscheinen, wenden viele Kund*innen in verschiedenen Settings im Leben an. Das Durchbrechen dieser eingeübten Vermeidungsstrategie als Schlüssel zur Erhöhung der Arbeitsmarktnähe erforderte Einfühlungsvermögen und Geduld.

2.2.3 Angebotsstruktur

Die Einführung digitaler Gruppenangebote ab Herbst 2020 stellte sich als Türöffner heraus: Kund*innen (insbesondere mobil eingeschränkte oder Teilnehmende mit sozialen Phobien) konnten die Vorteile des Projektes nutzen, ohne den geschützten häuslichen Rahmen aufgeben zu müssen.[12] Das Angebot umfasste ein festes tägliches Online-Programm (Haushaltsberatung, Ernährung und Kochen, Soziale Kompetenz, Achtsamkeit) und eine wöchentliche Präsenz-Walkinggruppe. In der unsicherheits- und isolationsgeprägten Zeit des Lockdowns erwies sich das *GUIDE*-Angebot für einige Teilnehmende als Rettungsanker: Ihnen stand ein regelmäßiges Onlineangebot und Walk &Talk-Präsenztermine mit den Projektmitarbeitenden zur Verfügung. Dadurch gelang es, die lockdownbedingte Isolation und Einsamkeit aufzubrechen.

Inhaltlich befassten sich die Online-Gruppen mit wechselnden Schwerpunktthemen, die die Teilnehmenden selbst bestimmen und gestalten konnten. Die Diskussion untereinander und der Austausch in Form einer Peer-to-Peer-Beratung wurde angeregt und führte dazu, dass sich Teilnehmende außerhalb des *GUIDE*-Angebotes privat trafen und Unterstützungsstrukturen aufbauten, durch welche sie sich bspw. gegenseitig bei Wohnungsbesichtigungen, Umzügen und Besorgungen halfen.

In der Pandemiezeit und aufgrund der Auswirkungen des Angriffskrieges auf die Ukraine, stiegen die Preise für Nahrungsmittel und Strom. Tipps zum Sparen und Bewältigen dieser finanziellen Herausforderungen waren Gegenstand der Haushaltsberatungsgruppe. Auch die Verbraucherzentrale

[12] Die eigene Wohnung wird als sichere Zone gesehen, aus der sich einige Kund*innen fast nicht heraustrauen. Die Pandemiezeit hat dies verstärkt und den Eindruck erzeugt, es sei unter Gesundheitsaspekten förderlich, diesen Schutzraum nicht zu verlassen. Gerade bei psychischen Erkrankungen ist dies jedoch oft kontraindiziert. Bei gut der Hälfte der an Depressionen oder anderen psychischen Störungen Erkrankten war eine Verschlechterung der Krankheitssymptome festzustellen.

wurde hinzugeholt, die ihr Angebot vorstellte. Einzelne Teilnehmende hatten die Möglichkeit, das Angebot der Energieberatung zu nutzen.

Ein Highlight war die Ernährungsgruppe, die die Finanzberaterin als studierte Ökotrophologin wöchentlich durchführte. Aus den heimischen Küchen wurden digital gemeinsam gesunde und trotzdem preiswerte Gerichte zubereitet und Ernährungsthemen besprochen. Im Fokus standen ein alltagstaugliches, individuelles Ernährungskonzept sowie Stärkung der Freude an gesundem Essen und Kochen. Die Teilnehmenden brachten ihre Lieblingsrezepte ein, die die Ökotrophologin meist mit gesünderen Zutaten aufpeppte und die dann jede*r zuhause nachkochte. Die Gruppe erarbeitete mit viel Einsatz sogar ein eigenes Projektkochbuch.

In der wöchentlichen, psychologisch geleiteten Achtsamkeits-/Entspannungsgruppe wurden den Teilnehmenden mittels Metaphern/Geschichten sowie formellen und informellen Achtsamkeitstechniken die Themen Wertschätzung, Selbstfürsorge, soziale Kompetenz und zwischenmenschliche Fähigkeiten nähergebracht und günstige oder ungünstige Verhaltensmuster identifiziert. Mit Hilfe von Achtsamkeit wurden eigene Geistesbewegungen bewusst wahrgenommen und halbbewusste Zustände („Autopilot"-Verhalten) enttarnt. Das Angebot umfasste angeleitete Achtsamkeitsübungen und Techniken zur Integration in den Alltag, um in herausfordernden Situationen mit multiplen Anforderungen Handlungsfreiheit zu erlangen.

In der ebenfalls durch die Psychologin geleiteten Gesprächsgruppe fanden verschiedene Themen Platz. So wurden u. a. die Bereiche Emotionsregulation, Kommunikation, Selbstwertaufbau oder Konfliktmanagement besprochen und bearbeitet. Im Rahmen der Pandemiezeit stand insbesondere die Förderung von Resilienz zum Ausbau der inneren Widerstandsfähigkeit in Belastungssituationen im Fokus. Mittels verschiedener Methoden wurden die unterschiedlichen Lebenskompetenzen trainiert und somit interpersonelle Schutzfaktoren gestärkt. Durch den Teamkontext konnten neben individuellen Schutzfaktoren wie Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeitserwartung, Lebensfreude und Selbstverantwortung, auch Team-Resilienzfaktoren wie Zugehörigkeit und Sicherheit in Beziehungen trainiert werden. Ebenso wurden Fähigkeiten zum Aufbau und Aufrechterhalten sozialer Beziehungen trainiert und im Gruppenkontext erprobt.

Von großer Bedeutung war die Walkinggruppe, die die Teilnehmenden aus der Isolation holte, die Bewegung und den Kontakt untereinander förderte. Bei fast jedem Wetter traf sich die Gruppe unter Anleitung zweier *GUIDE*-Mitarbeiterinnen in einem Erholungsgebiet in Unna.

Trotz dieser Bandbreite an Angeboten hatte sich ein großer Anteil der Teilnehmenden in den Jahren 2020 bis 2021 zurückgezogen. Dies konnte im Jahr 2022 nur teilweise aufgebrochen werden: Erst allmählich gelang es, die Teilnehmenden auf mehr Präsenzangebote zu orientieren. Zum einen bestand weiterhin eine große Verunsicherung, zum anderen war die Teilnahme an Online-Angeboten bequemer und es musste kein ÖPNV-Ticket erworben werden. Diese Kostenthematik war ein großer Reibungspunkt im Projektverlauf. SGB II-Kund*innen müssen für Fahrtkosten zunächst in Vorleistung treten und erhalten die Kosten erst rückwirkend erstattet. Da im Monat vier bis zehn Termine anfielen, war der Vorfinanzierungsumfang hoch und von vielen Teilnehmenden, besonders zum Monatsende, kaum zu stemmen. (siehe Kap. 2.3.3)

Als Konsequenz wurde auch 2022 auf einen Mix aus Präsenz- und Online-Veranstaltungen gesetzt. Das Wochenprogramm wurde ergänzt um ein Gesprächscafé, welches die Betriebsakquisiteurin in den Räumen der Geschäftsstelle anbot. Bei einem geselligen Austausch bei Kaffee und Kuchen förderte sie eine niedrigschwellige Hinwendung zum Arbeitsmarkt, was dazu beitrug, Ängste abzubauen und die Hemmschwelle zum Arbeitsmarkt zu senken.

Das Walk & Talk-Angebot musste 2022 zurückgefahren werden, da es sehr personalintensiv ist und entsprechende Kapazitäten fehlten. Die Fallmanager*innen luden die Teilnehmenden individuell in die Geschäftsstelle ein, d.h. die Termine wurden regelmäßig gemeinsam vereinbart. Dies erhöhte die Teilnahmebereitschaft. Trotzdem nahm die Termintreue im Jahr 2022 merklich ab. Dies hing, so ist zu vermuten, mit der Grundsatzdiskussion im Vorfeld des Bürgergeldes und der ausgesetzten Präsenz-Termine in der Pandemiezeit zusammen.

2.2.4 Arbeitserprobung Maßwerk

Die Arbeitserprobungswerkstatt „Maßwerk“ konnte aufgrund der Pandemie erst im September 2021 starten, ein Jahr nach dem ursprünglich geplanten Starttermin. Die Auswirkungen der pandemiebedingten Kontaktbeschränkungen überschatteten die gesamten ersten zwei Projektjahre, so dass die ursprünglich geplante Anzahl der Teilnehmenden im weiteren Verlauf nicht aktiviert werden konnte. Ein Großteil der Zielgruppe hatte sich weitestgehend eingerichtet und war schwer zu einer Teilnahme in Präsenz zu motivieren. Das Jobcenter entschied sich daher zunächst für die Einrichtung einer Gruppe zum September 2021 mit zehn Teilnehmenden und einem Zuwachs durch eine zweite Gruppe mit ebenfalls zehn Teilnehmenden im November 2021. Von der ursprünglich geplanten Einrichtung einer dritten Teilnehmenden-Gruppe nahm das Jobcenter vor dem Hintergrund der o.g. Erfahrung Abstand.

24 Teilnehmende stiegen im Jahr 2021 in das Projektangebot Maßwerk ein. Bis zum Ende des Projektzeitraums im April 2024 waren es insgesamt 68 Personen.

Die Teilnehmenden erhielten in Maßwerk die Möglichkeit einer weitergehenden Erprobung im Arbeitsprozess sowie einer zielgerichteten Unterstützung des Integrationsprozesses in Arbeit. Im Kern ging es dabei um die direkte Einbindung in betriebsnahe/betriebliche Strukturen und Anforderungen durch „Arbeit an realen Kundenaufträgen“ – mit ausgewiesener Berücksichtigung der individuellen Leistungsfähigkeit und Unterstützungsbedarfe. Sie arbeiteten in den ausgewählten Arbeitsbereichen Garten- und Landschaftsbau (GaLabau) und Hotel- und Gaststättengewerbe (HoGa). Beide Bereiche wurden im Rahmen der Organisation als „kleinerer Betrieb“ und somit als eigenständige Einheit unter dem Dach des Trägers betrachtet. Im Gewerk GaLabau führte das „Team Grün-Werk“ leichte Grünpflegearbeiten für gemeinnützige Einrichtungen (z. B. Altenpflegeeinrichtungen, Kindertagesstätten, kommunal aktive Ehrenamtsvereine) aus.

Der ursprünglich vorgesehene Service- und Cateringbetrieb für gemeinnützige Einrichtungen im Betriebsteil HoGa, konnte nicht wie geplant umgesetzt werden. Es stellte sich nach ersten Auftragseingängen sehr schnell heraus, dass Zielgruppe und Organisationsstrukturen eine verlässliche Auftragsabwicklung nicht zuließen. Dem standen neben den unerwartet gravierenderen Leistungseinschränkungen der Teilnehmenden das praktizierte Prinzip der Freiwilligkeit der Teilnahme, die sehr eingeschränkten Zuweisungszeiten und die hohe Fluktuation der Teilnehmenden insgesamt im Wege. Um einen realen Produktionsprozess mit Kundenkontakt dennoch abbilden zu können, wurde trägerintern ein Kiosk aufgebaut, der ein Frühstücks- und Mittagessenangebot für die Teilnehmenden und Mitarbeitenden am Standort vorhielt. Der produktionsorientierte Ansatz konnte damit in beiden Berufsbereichen umgesetzt werden. Die Teilnehmenden waren an allen Prozessen von der Arbeitsplanung, der Materialbedarfsaufstellung, der Materialbeschaffung, der Werbung, der Umsetzung von Arbeitsschritten in Einzel- oder Gruppenarbeit, der Auswertung einzelner Arbeitsschritte bis hin zur Abgabe/Übergabe an die Kund*innen beteiligt und mitgestaltend. Während regelmäßiger Auftragsbesprechungen mit den Anleiter*innen und Sozialpädagog*innen / der Ergotherapeutin wurden Bedeutung und Zusammenhang von Werbung, Akquise, Aufträge, Umsatz und Entgelt, Kundenzufriedenheit, Empfehlungen und Reklamationsbehandlung herausgestellt, um eine möglichst hohe Betriebsnähe zu erreichen und dieses als Vorbereitung auf den Realbetrieb zu nutzen. Die Teilnehmenden erarbeiteten eigene Werbemittel für ihre Produkte und ihre „Firma“ und gingen mit diesen im geeigneten Rahmen an die „Öffentlichkeit“.

Trotz vielfältiger Bemühungen ist es über den Projektverlauf nicht gelungen, die Gruppenstärke der Grünwerk-Gruppe anzuheben, was zeitweise zu deutlichen Schwierigkeiten in der Auftragsabwicklung und auch zu Motivationseinbrüchen bei den aktiven Teilnehmenden führte. Der GaLaBau-Bereich blieb bis Ende 2023 im Vergleich zur „HoGa-Gruppe“ deutlich niedriger besetzt.

Der Garten- und Landschaftsbaubereich wurde durchgehend vom Großteil der Projektteilnehmenden als körperlich belastend angesehen und aus diesem Grund kategorisch abgelehnt, obwohl sich die am GaLaBau aktiv Teilnehmenden an der Akquise neuer Mitstreiter*innen beteiligten. Sie entwickelten mit dem Ausbilder gemeinsam Anschauungsmaterial, das für die „Firma“ werben sollte, luden potentielle Teilnehmenden zu Gartenfesten und Schnupperpraktika ein. Nachdem alle intensiven Bemühungen des Gegensteuerns jedoch weitgehend erfolglos blieben, wurden auf Wunsch der Teilnehmenden Alternativ-Gewerke, wie z. B. die Tischlerei des Trägers oder die Abteilung Lagerlogistik, zur Erprobung angeboten.

Aus Sicht des Trägers war das Prinzip der Freiwilligkeit an dieser Stelle kontraproduktiv. Durch eine höhere Verbindlichkeit hätte man im Rahmen der Erprobungsphase ein valides Bild von der körperlichen Leistungsfähigkeit der potentiellen Teilnehmenden erhalten. Gerade aber in diesem Bereich zeigte sich auch die Bedeutung des fehlenden monetären Anreizes. Die Arbeit in der „Firma“ Grünwerk wurde durchaus als „echte Arbeit“ bewertet, die nach Auffassung der Zielgruppe auch hätte entlohnt werden müssen. Bereits ein kleiner Anerkennungsbonus, wie er z. B. in Arbeitsgelegenheiten gewährt wird, hätte hier geholfen.

Arbeiten in Maßwerk vollzog sich grundsätzlich in drei Stufen, deren Dauer und Intensität sich nach den individuellen Potenzialen und den jeweiligen in Abb. 2 dargestellen gesundheitlichen oder psychischen Beeinträchtigungen richteten.

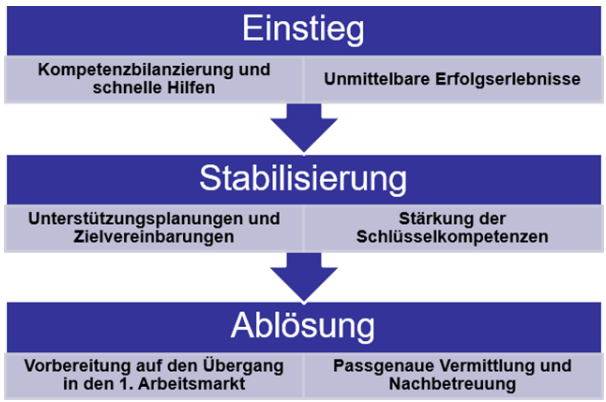


Abbildung 2: Stufen in der Arbeitserprobung Maßwerk

Von negativen und häufig lange zurückliegenden Arbeitserfahrungen und oft wiederholt fehlgeschlagenen Bewerbungsversuchen geprägt, kamen die Teilnehmenden i.d.R. mit einem stark angegriffenen Selbstvertrauen und stark negativer Zukunftssicht in der Erprobungsphase an. Um einen Bewusstseinswandel herbeizuführen, war es vor allem wichtig, sie als Expert*in ihrer selbst ernst zu nehmen und mit ihnen gemeinsam ihre vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten herauszuarbeiten. Das Bewusstsein von den eigenen Kompetenzen wurde dabei als Grundlage jeder aufbauenden oder ergänzenden Kompetenzentwicklung betrachtet und gestärkt. Maßwerk folgte daher den leitenden Prinzipien:

- Positiverfahrungen standen am Anfang.
- Kompetenzfeststellung erfolgte vorrangig im Arbeitsprozess.
- Die Ergotherapeutin bot flankierende Hilfe.
- Psychologische Beratung und Hilfe war von Beginn an integriert.
- Schnelle psychosoziale Hilfe sicherte Grundstabilität.
- Gesundheitsförderung und Prävention waren integrierte Bestandteile von Beginn an.

Maßwerk förderte einen fähigkeitsorientierten Einstieg für jede*n Einzelne*n und vermittelte den Teilnehmenden von Beginn an ein Gefühl für den eigenen Beitrag zum Gelingen des Gesamtunternehmens. Die Mitarbeitenden begegneten den Teilnehmenden mit Wertschätzung und Respekt, „auf Augenhöhe“, holten sie ab, wo sie standen und boten sich als Kooperationspartner an. Diese Haltung förderte das Vertrauen, das „Sich-einlassen-Können“, das „Sich-Öffnen“, die Bereitschaft, Unterstützung anzunehmen.

Kernelement der Kompetenzfeststellung in Maßwerk bildete die auftragsbezogene Arbeit in dem gewählten Berufsbereich. Das praktische Arbeiten schaffte unmittelbar Beobachtungsanlässe zur Erfassung von berufsfachlichen und extrafunktionalen Kompetenzen. Gleichzeitig bot die Auftragsarbeit den Teilnehmenden Raum zur Selbsterfahrung der persönlichen Wirksamkeit.

Gerade in der Anfangssituation war es von besonderer Bedeutung, schnelle Erfolgserlebnisse durch kleine überschaubare Teilaufträge zu ermöglichen, um Eingewöhnungsschwierigkeiten,

Konzentrationsschwäche und geringem Durchhaltevermögen vieler Teilnehmender konstruktiv zu begegnen. Die Arbeit an einem Auftrag in einer Gruppe bot hierbei den Vorteil, dass die Zuteilung unterschiedlicher Rollen im Arbeitsprozess und damit ein binnendifferenziertes, teilnehmerorientiertes Vorgehen möglich war, das alle jeweils beim vorhandenen Entwicklungsstand abholte und leistungsgerecht förderte.

Die Beobachtungsergebnisse und die hieraus abgeleiteten Entwicklungs- bzw. Förderbedarfe wurden im Maßwerk-Team ausgewertet und mit den Ergebnissen aus der Clearing- und Stabilisierungsphase des Gesamtprojektes abgeglichen. Gemeinsam erarbeitete das Gesundheitsteam daraus einen Handlungs- und Unterstützungsplan für die Dauer der Erprobungsphase. Als wesentliches Erprobungsmerkmal stellte sich die geringe körperliche und psychische Belastbarkeit heraus. Viele Teilnehmende der Zielgruppe waren bereits mit kleinsten, zeitlich überschaubaren Aufträgen über Tage und Wochen ausgelastet und bisweilen überfordert. Für viele Maßwerkteilnehmende wurden daher auch Rückstufungen in die Stabilisierungsphase vorgenommen. Für andere mussten sehr individualisierte Zeitmodelle der Teilnahme entwickelt werden, die im Prozess anlassbezogen auch revidiert werden mussten. Die Fluktuation der Teilnehmenden und die sehr fragile Besetzungsstruktur in der Teilnehmendengruppe stellte die Ausbilder*innen in der Auftragsplanung vor erhebliche Herausforderungen.

Bedeutung der ergotherapeutischen Intervention

Auch vor dem Hintergrund der geringen körperlichen und psychischen Belastbarkeit war der Einsatz der Ergotherapeutinnen ein großer Gewinn für Maßwerk. Ihnen kam die Aufgabe zu, den Prozess der Auftragsbearbeitung zu begleiten. Sie generierte für den Einsatz in der Arbeitstherapie individuelle Betätigungen durch den Einsatz geeigneter handwerklicher und gestalterischer Tätigkeiten und konnte so Misserfolgserlebnisse verhindern bzw. auffangen und zur psychosozialen Stabilisierung beitragen. Dadurch trug sie maßgeblich dazu bei

- psychische Stabilität und Selbstvertrauen zu fördern,
- die Stabilisierung der psychischen Befindlichkeit zu stärken,
- die Grundarbeitsfähigkeiten (wie regelmäßige Teilnahme, Pünktlichkeit oder Steigerung des Antriebs, der Belastbarkeit und Ausdauer) zu entwickeln,
- die Körperwahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung zu steigern und
- Ängste abzubauen.

Die sozialpädagogische Begleitung übernahm eine weitere zentrale Rolle im Arbeitsprozess. Ihre Aufgabe war es, eine verlässliche und vertrauensgetragene Beziehung aufzubauen sowie regelmäßige Gesprächsangebote und eine entwicklungsfördernde Einzelfallhilfe anzubieten. Sie bildete das Bindeglied zum Fallmanagement und koordinierte entsprechend auch die Unterstützungsleistungen, die das Gesundheitsteam insgesamt anzubieten hatte.

Integrierte Gesundheitsförderung und psychologische Beratung

Bewegung, Entspannung und gesunde Ernährung waren kontinuierlich Thema im Kontext von Maßwerk und wurden situativ und kontinuierlich in den Arbeitsalltag eingebaut. Die Prozesse, wie z. B. Teilnahme an den Online-Gruppen oder an der Walkinggruppe, die bereits im Vorfeld der Teilnahme an Maßwerk begannen, konnten auch während der Teilnahme an Maßwerk fortgeführt werden. Die Mischung der Teilnehmenden der verschiedenen Projektphasen führte schließlich auch zum für die Teilnahmebereitschaft günstigen Nebeneffekt, dass über die Mund-zu-Mund-Propaganda Lust und Neugier auf Maßwerk entstand oder auch durch den Erfahrungsaustausch mit Maßwerk-Teilnehmenden bestehende Ängste vor dem nächsten Projektschritt genommen werden konnte.

Die vollzeitbeschäftigte Psychologin im Projekt war angesichts der Vielzahl der *GUIDE*-Teilnehmenden in der Clearing- und Stabilisierungsphase kaum in der Lage, die Teilnehmenden nach Einmündung in Maßwerk weiter zu betreuen. Die psychischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen der Teilnehmenden wirkten auch in der praktischen Erprobungsphase weiter auf den Alltag im Projekt ein, mussten vom Anleitungspersonal und der sozialpädagogischen Begleitung aufgefangen werden und hätten angesichts deren fachlicher Überforderung einer zusätzlichen psychologischen

Unterstützung bedurft. Die Kompensation dieser Mangellage gelang dem Träger durch die Akquise eines Alternativangebotes außerhalb des Projektes. Die Erfahrungen des Trägers in anderen Projekten für Langzeitarbeitslose, in denen die Massivität und Häufung von psychischen Beeinträchtigungen bei den Teilnehmenden, auch und vermehrt in Verbindung mit der Pandemie, virulent wurden, veranlassten zur Antragstellung und erwirkten eine Bewilligung für ein REACT-ESF-Projekt. Es ermöglichte die Begleitung aller Teilnehmenden und Mitarbeitenden in arbeitsmarktpolitischen Projekten des Trägers durch ausgebildete Psycholog*innen. Hiervon profitierte auch das Maßwerk-Projekt. Eine Psychologin aus diesem Kontext übernahm die Begleitung der Maßwerk-Teilnehmenden während des Einsatzes im Arbeitserprobungsprojekt. Als dieses Projekt im April 2023 auslief und ein weiterführender Antrag abschlägig beschieden wurde, konnte die Tätigkeit der Psycholog*innen über kommunale Mittel bis zum Ende des Jahres 2023 aufrechterhalten werden. In 2024 blieben die Maßwerk-Teilnehmenden weitgehend ohne psychologische Anbindung. Trotz des in der Arbeit mit Langzeitarbeitslosen offensichtlichen hohen Bedarfs an fachlich fundierter, psychologischer Betreuung konnten hierfür aufgrund allgemeiner Sparzwänge keine Fördermöglichkeiten mehr erschlossen werden.

Die Stabilisierung: Gestaltung der Förderprozesse und Integrationsstrategie

An der Individualität jedes*jeder Teilnehmer*in richtete sich auch die Maßnahmedurchführung in der Phase der Stabilisierung aus. Das bedeutet, dass sich die Arbeitsaufträge und die anschließende Bewertung an den individuellen (gesundheitlichen) Ausgangslagen orientierten. Bei allen Teilnehmenden war es erforderlich, ihre individuelle Leistungsfähigkeit im Auge zu behalten und durch motivationssteigernde Erfolgserlebnisse gezielt darauf einzugehen. So mussten jeweils Arbeitsaufträge mit unterschiedlichem Anforderungsprofil ausgewählt und aufeinander aufbauende Projektaufträge mit sukzessiv steigenden Anforderungen eingesetzt werden.

Im Rahmen der Arbeitsaufträge wurden praktische und theoretische Qualifizierungselemente in systematischer Weise miteinander verknüpft. Das schaffte Lernanlässe für Theorielernen, ohne verschult zu wirken und etwa Versagenserwartungen der Teilnehmenden zu wecken.

In enger Zusammenarbeit mit jedem Teilnehmenden wurde auch per Zielvereinbarung an der Bearbeitung des Unterstützungsplans und der individuellen Weiterentwicklung gearbeitet. Der individuelle Unterstützungsplan wurde fortlaufend mit erkannten und festgestellten berufsbezogenen Interessen und Neigungen ergänzt, individuelle Ziele und weiterführende Unterstützungsbedarfe festgehalten. Die Entwicklung des Teilnehmenden floss in die Aufgabenverteilung der Bearbeitung der Folgeaufträge ein. So konnte ein Teilnehmender, der sich pünktlich und zuverlässig gezeigt und Übersicht bewiesen hatte, mehr Eigenverantwortung übertragen bekommen. Die Stärkung der Stellung im Arbeitsteam förderte und stabilisierte die Motivation der Teilnehmenden, ihre Kompetenzen gezielt einzusetzen und förderte die Weiterentwicklung.

Jeder Kundenauftrag, der in Maßwerk ausgeführt wurde, bot multiple Ansatzpunkte für die Teilnehmenden, nicht nur ihre handwerklich-motorischen Fähigkeiten zu erproben und weiterzuentwickeln, sondern vor allem auch, unterschiedliche Schlüsselqualifikationen zu entwickeln und zu trainieren. Für jeden Auftrag wurden nachvollziehbare Prozessschritte definiert, von der Auftragsakquise über die Planung und die Bearbeitung bis zur Auslieferung und Auftragsabnahme. In den hieraus abgeleiteten Lerneinheiten konnten sowohl die berufsfachlichen Kompetenzen als auch die zur termingerechten Bearbeitung dieses Auftrages jeweils konkret zwingend erforderlichen Schlüsselqualifikationen identifiziert, ausgebildet und bilanziert werden.

Im Arbeitsprozess wurde besonderer Wert auf das Einüben und Festigen von Methoden und Sozialformen gelegt, die Selbstständigkeit, Selbstverantwortlichkeit, Mobilität und Flexibilität fördern. Grundlegende Alltagskompetenzen wie Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit, Respekt etc. standen immer im Focus und trugen dazu bei, dass die berufliche Handlungskompetenz gestärkt wurde.

Die Ablösung: Vorbereitung auf die betrieblichen Anforderungen des 1. Arbeitsmarktes

Die berufliche Eingliederung von Teilnehmenden kann nur dann nachhaltig erfolgreich sein, wenn die Person selbst die einzelnen Entwicklungsziele anstrebt. Aus diesem Grund war die individuelle Arbeit mit jedem*jeder Teilnehmenden, die aktive Einbeziehung in alle Förder-, Arbeitsprozesse und damit die Aktivierung der Selbsttätigkeit und Selbstverantwortung ein zentrales Element der Eingliederungsstrategie. Die Transparenz des Vorgehens und das eigenverantwortliche Handeln der

Teilnehmenden waren dabei von herausragender Bedeutung. Alle Handlungsschritte hinsichtlich des Beschäftigungs-, Förder- und Lernprozesses wurden gemeinsam entschieden und geplant. Die Beschäftigten wurden dadurch zu eigenen Vermittlungsaktivitäten angeregt und aufgefordert. Alle Mitglieder des *GUIDE*-Teams unterstützten diesen Prozess.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Arbeitserprobung in den Gewerken der Produktionswerkstatt Maßwerk maßgeblich dazu beigetragen hat, den Teilnehmenden einen Rahmen der Stabilisierung zu bieten, sinnstiftende Arbeitsabläufe kennenzulernen, eigene Belastungsgrenzen zu erkennen und auszubauen, Selbstwirksamkeit neu zu erleben und davon ausgehend ein neues Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten und den Glauben an eine persönliche Zukunft wiederzugewinnen. Viele konnten diese positiven Erfahrungen umsetzen in die konkrete Entwicklung einer beruflichen Perspektive, indem sie eine Arbeitsstelle oder eine berufliche Weiterbildung aufnehmen konnten. Für viele wird dieser Weg auch auf absehbare Zeit nicht zu erreichen sein, da die Leistungseinschränkungen durch teils chronische körperliche und psychische Erkrankung für den regulären Arbeitsmarkt zu gravierend sind. Für diesen Personenkreis bräuchte es dauerhafte, passgenaue und niedrigschwellige Beschäftigungsangebote.

2.3 Handlungsfelder und Aktivitäten des Projekts *GUIDE*

Im Zentrum der Bemühungen standen die dauerhaften gesundheitlichen Einschränkungen mit Auswirkungen auf die gesellschaftliche Teilhabe und Integration in den Arbeitsmarkt, unter denen vielfältige Wechselwirkungen bestanden.



Abbildung 3: Aspekte der Beratung und der gesundheitlichen Stabilisierung in GUIDE

Bei allen Teilnehmenden bestanden neben den gesundheitlichen Einschränkungen mindestens vier weitere Bedarfe gemäß Abbildung 3, die nach Priorität bearbeitet wurden.

Insbesondere in folgenden in Tabelle 7 aufgeführten fünf Bereichen benötigten die Kund*innen Unterstützung:

Tabelle 7: Bereiche mit Unterstützungsbedarfen

Gesundheit	**Finanzen**	**Wohnen**	**Familie**	**Mobilität**
Krankheitseinsicht, Diagnosestellung, Arztsuche, Compliance, gesunde Lebensführung (Ernährung, Bewegung, Entspannung), Abhängigkeitserkrankung, Anerkennung GdB, Ängste, Zwangserkrankung, Persönlichkeitsstörung, Bewegungsmangel, Hygiene	Schulden, Haushaltsführung, Verträge, Ansprüche Dritter	Wohnungssuche, Umzugswunsch, Kündigung, Nebenkostenabrechnung, Platzbedarf	Gewalterfahrung, Erziehungsprobleme, Beziehungsprobleme, geringe soziale Ressourcen	Sozialphobie, Nutzung ÖPNV, Ehrenamt, Selbsthilfe, Vereine

Diese fünf Bereiche werden im Folgenden zu den Handlungsfeldern *Gesundheit, Soziale Integration, Kompetenzen* und *Arbeitsmarktnähe* zusammengefasst, die gleichsam als Indikatoren und Dimensionen sozialer Teilhabe verstanden werden können (vgl. BMAS 2019). Anhand dieser Handlungsfelder werden die Projektaktivitäten sowie die zentralen Evaluationsergebnisse (anhand von Fremd- und Selbsteinschätzung) eingerahmt.

Ein zentraler sowie grundlegender Erfolgsfaktor war der Wille zur Veränderung bei den Teilnehmenden. Eine weitere wesentliche Grundvoraussetzung war, dass eine Krankheitseinsicht vorhanden war und Kooperationsbereitschaft gezeigt wurde (Compliance).

Die Motive für die Projektteilnahme lagen insbesondere in dem Wunsch nach gesundheitlicher Stabilisierung, dem (Wieder-)Einstieg in den Arbeitsmarkt sowie in einer Verbesserung der Alltagsstrukturierung.

69 Prozent der Projektteilnehmenden besaßen eine mittlere bis hohe Mitwirkungsbereitschaft und Motivation zur Veränderung, weitere 8 Prozent konnten aufgrund ihrer komplexen Problemlagen (zu starke gesundheitliche Einschränkungen, familiäre Belastungen) nur temporär mitwirken.

Von den mitwirkenden Teilnehmenden nahmen 60 Prozent die psychologische Beratung sowie 48 Prozent die ergotherapeutische Begleitung mindestens zeitweise in Anspruch (siehe Abbildung 4). Zu berücksichtigen ist, dass die Ergotherapiestelle aufgrund der Personalfluktuation für fast ein Jahr unbesetzt bleiben musste. Es zeigte sich grundsätzlich ein höherer ergotherapeutischer als psychologischer Bedarf.

Teilnahme an Projektangeboten (n=149)

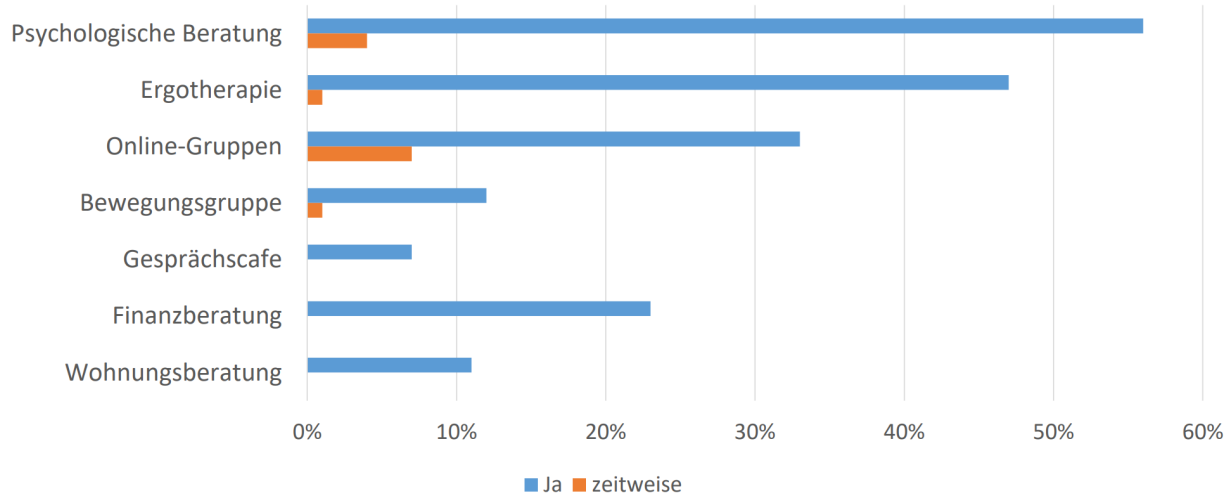


Abbildung 4: Teilnahme an Projektangeboten

2.3.1 Handlungsfeld Gesundheit

Die Gesundheit bzw. die gesundheitliche Stabilisierung stellte das zentrale Handlungsfeld im Projekt dar, das sich als Querschnittsdimension nahezu durch alle Projektaktivitäten zog. Viele Aktivitäten setzten dabei insbesondere an den Faktoren Gesundheitsverhalten (insbesondere Ernährung, Bewegung und Sucht), medizinische Anbindung und Gesundheitswissen/ Gesundheitskompetenz (Health Literacy) an.

Die gesundheitlichen Einschränkungen der Teilnehmenden waren erheblich. So gaben ca. 60 Prozent der Teilnehmenden an, dass sie unter einem beeinträchtigten Allgemeinbefinden, Stress, Anspannung sowie Schmerzen des Bewegungsapparats litten (siehe Abbildung 5).

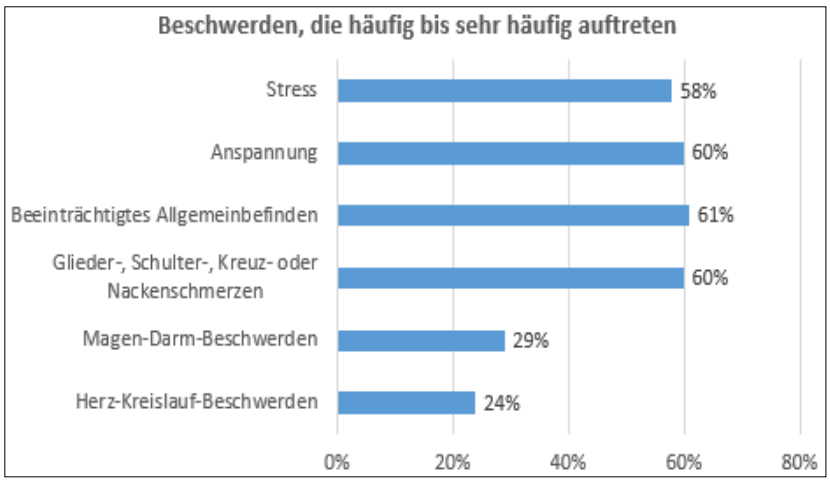


Abbildung 5: Häufige Beschwerden bei den Teilnehmenden

Etwa 5 bis 10 Prozent der Teilnehmenden befanden sich trotz bedeutsamer gesundheitlicher Störungen in keiner regelmäßigen (haus-)ärztlichen Versorgung, so dass die Mitarbeitenden zunächst eine solche Anbindung sicherstellen mussten, was aufgrund des Hausärztemangels teilweise sehr zeitintensiv war. Die psychosoziale Versorgung konnte ferner durch die aktive und hartnäckige Suche der Psychologin und Ergotherapeutin nach Therapieangeboten deutlich erhöht werden. In den Gesprächen wurde deutlich, dass viele Teilnehmende bereits in der Vergangenheit oder teilweise aktuell psychologisch oder psychiatrisch angebunden waren, die Compliance (Mitarbeit des/der Patient*in

hinsichtlich Medikamenteneinnahme, Änderung des Lebensstils, Nutzung von Hilfsmitteln, Einhaltung eines Maßnahmenplans) jedoch gering war. Ursachen können Informationsdefizite, Vergesslichkeit, Bequemlichkeit, Nebenwirkungen oder selbst zu tragende Kosten sein. Hier setzte eine Psychoedukations-Gruppenberatung der Psychologin an. Die Mitwirkungsbereitschaft erhöhte sich in der Folge signifikant. Damit verbesserte sich ebenfalls die Erkrankung.

Ein Baustein der ergotherapeutischen und psychologischen Beratung waren Ansätze zur Steigerung des Selbstwertgefühls und der Eigenverantwortung, was letztlich dazu führte, dass die Teilnehmenden Zukunftsvorstellungen entwickelten und eine positivere Einstellung entwickelten (siehe Abbildung 6).

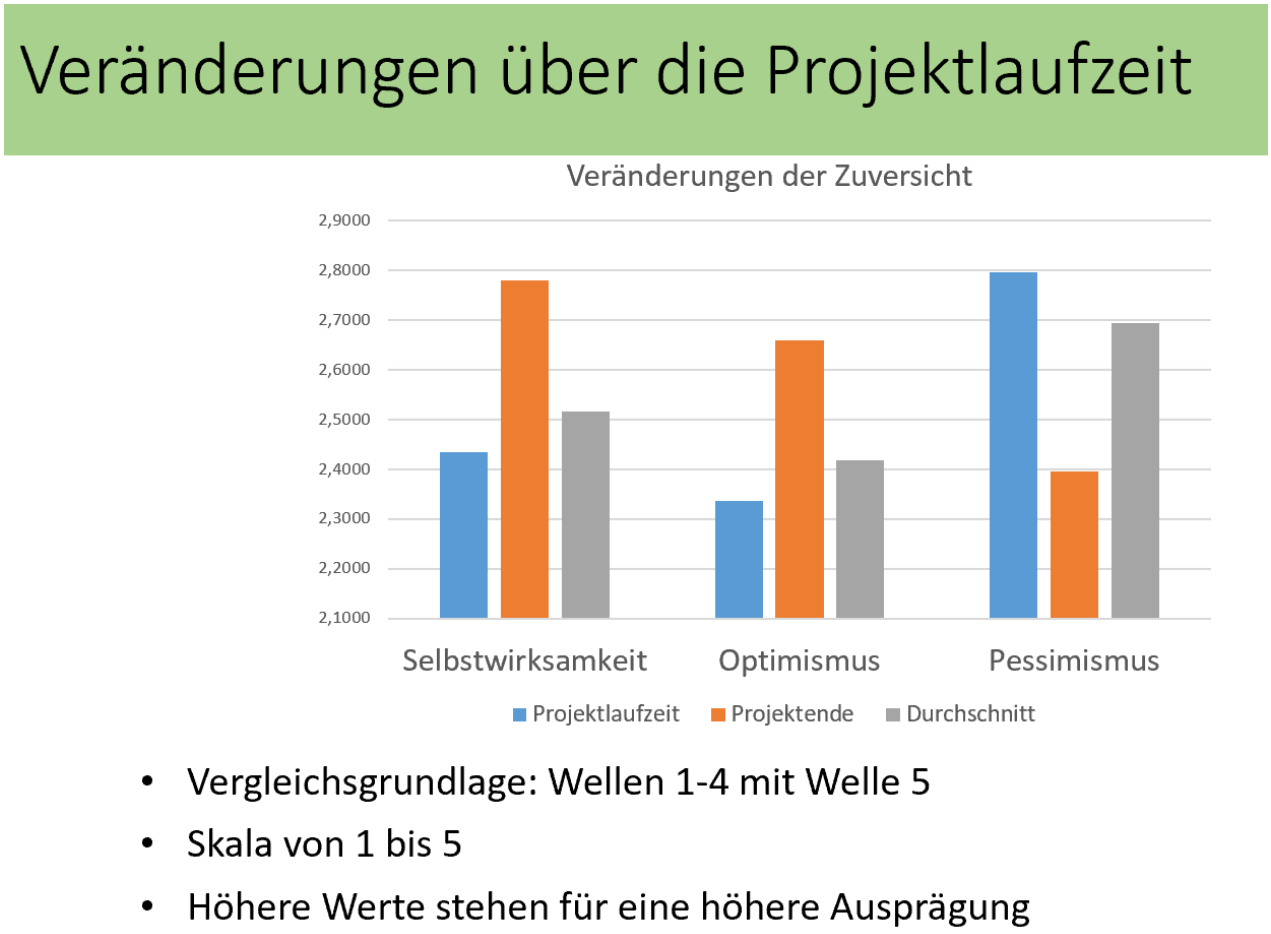


Abbildung 6: subjektive Veränderungen über die Projektlaufzeit

Gesundheitskompetenz

Zwei Drittel der Teilnehmenden verfügte über eine schwach ausgeprägte Gesundheitskompetenz. Konkret bedeutet dies, dass grundlegende physiologische Zusammenhänge nicht bekannt sind und die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen zu suchen, auf ihre Qualität zu beurteilen und auf die eigene Situation anzuwenden, gering ist. Das Team bot hierfür, abhängig vom erlernten Beruf, eine laienhafte bis professionelle Gesundheitsberatung, einschließlich Erläuterungen zu einfachen physiologischen Zusammenhängen, und es „übersetzte“ Diagnosen.

Sichtbar wurde, dass die Mehrzahl der Teilnehmenden zuvor im gesamten Gesundheitssystem nur oberflächliche Informationen zu ihren Erkrankungen, Präventionsmöglichkeiten und (Alternativ-)Therapien erhalten hatten. Bei Ärzt*innen ausliegende Broschüren werden von eher bildungsfernen Menschen nicht gelesen und eigene Internetrecherchen zu Schmerzen und Befindlichkeitsstörungen führen oft zu Fehlinterpretationen. Hier sei zur Veranschaulichung das Beispiel eines jungen Teilnehmers vorgestellt, der in Maßwerk körperlich gefordert wurde. Abends klagte er über starke Muskelschmerzen, woraufhin seine Mutter einen Rettungswagen rief. Es stellte sich heraus, dass er Muskelkater hatte, ein Gefühl, dass ihm offenbar nicht vertraut war.

Das fragmentierte und apparateorientierte Gesundheitssystem führt zu unnötigen medizinischen Leistungen, weil nicht genügend Informationen zur Lebensführung eingeholt und einzelne Funktionsstörungen isoliert betrachtet werden. Gerade Menschen mit einer geringen medizinischen Kompetenz werden dadurch fehldiagnostiziert und -therapiert. Idealtypisch sollen Hausärzte*innen diese Lotsenfunktion übernehmen, sind aber strukturell überlastet.

Viele Teilnehmende wussten kaum, was sie gesund hält bzw. wie sie ihr Wohlbefinden steigern können. Dies betrifft hauptsächlich den Einfluss von Bewegung und Ernährung auf die Gesundheit. Durch die vielen Gespräche zu Gewohnheiten und zur Lebensführung sind die Mitarbeitenden des Gesundheitsteams in der Lage gewesen, mögliche Zusammenhänge zu erkennen und Lösungsvorschläge anzubieten, die dann mit den behandelnden Ärzten*innen abgeklärt werden mussten. Beispielsweise litt eine Teilnehmerin unter Schwindel und Tachykardie und konsultierte deswegen bereits seit Monaten viele Ärzte*innen, die keine Ursache fanden. Ihr Fallmanager informierte sie, dass zwischen ihrem sehr hohen Konsum an Energydrinks und den Symptomen ein Zusammenhang bestehen könnte und sie dies bei ihrem Hausarzt abklären solle.

Die Ergotherapeutinnen und Psychologinnen erläuterten ausführlich alle Fragen der Kund*innen und informierten anhand gesicherter Informationen wie Beipackzettel von Medikamenten über den Nutzen von Therapien und Medikamenten und begegneten Ängsten bzgl. Nebenwirkungen.

Bewegung

Ein Drittel aller teilnehmenden Kund*innen gelangten zu Projektbeginn bei einem kürzeren Spaziergang (500 Meter) in mäßigem Tempo an ihre Belastungsgrenze. Die negativen Auswirkungen von Bewegungsmangel auf die Funktionssysteme Herz-Kreislauf, Atmung und Muskel-Skelett sind bekannt, aber auch die Psyche, der Stoffwechsel, das Hormon-, Immun- und Nervensystem bis hin zum Wasser-/Elektrolythaushalt, sind betroffen. Die Empfehlungen bzgl. des Mindestumfangs körperlicher Betätigung (WHO: mindestens 150-300 Minuten moderate aerobe Bewegung pro Woche) waren kaum bekannt und körperliche Einschränkungen wurden als unveränderliches Ergebnis krankhafter Veränderungen angesehen. Unter Rückenbeschwerden litten vier Fünftel der Teilnehmenden, viele befanden sich seit Jahren in ärztlicher Behandlung, ohne nennenswerte Verbesserungen erzielt zu haben. Dass sie selbst viel zur Genesung beitragen können, war vielen durchaus Kund*innen bekannt, sie scheuten jedoch den Aufwand, den die Umsetzung von Empfehlungen (Reduzierung Übergewicht, Bewegung, wechselnde Sitzpositionen) bedeutet, oder waren aufgrund der psychischen Einschränkung nicht in der Lage, das Wissen um die positiven Effekte von Bewegung in aktives Handeln zu überführen. Sich extern Hilfe zu suchen und entsprechende Kurse zu besuchen, erwogen einige Teilnehmende aus Scham nicht.

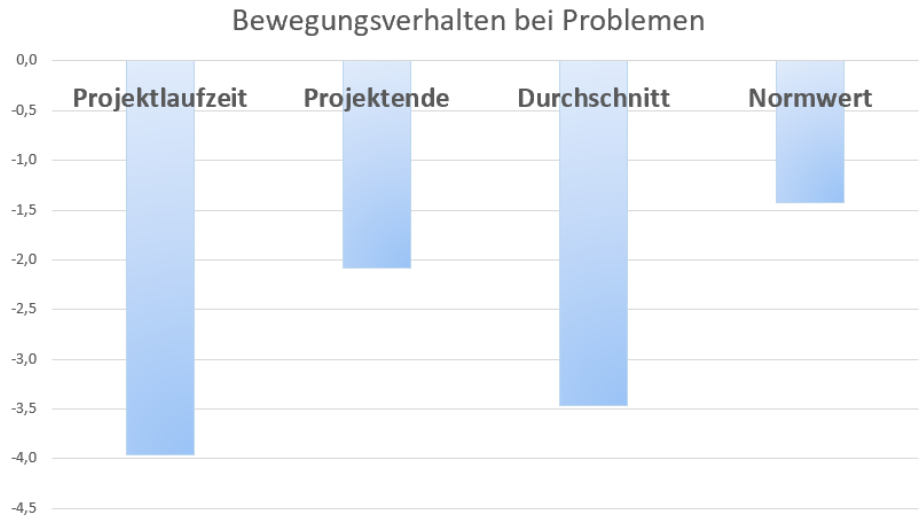
Übergewicht erwies sich als großes Problem bei den Teilnehmenden. Etwa jede*r Zweite hatte mindestens Adipositas Grad I, davon ein Dutzend Personen mit Adipositas III (BMI > 40).

Diese Erkenntnis führte zu einer Schwerpunktsetzung auf Angebote zur Ernährungsberatung und Bewegungsförderung, Informationen zu ärztlich verordnungsfähigen Rehasportangeboten und Gesundheitskursen.

Als wirkungsvoll erwies sich die Implementierung der niedrigschwelligen, wöchentlichen Walkinggruppe und der Online-Bewegungsgruppe. Das Gehtraining führte sukzessive zu einer Erhöhung von Ausdauer, Beweglichkeit und Schnelligkeit. Die ursprünglich im Projektantrag vorgesehenen Sportangebote erwiesen sich für die Umsetzung aufgrund der körperlichen Situation vieler Teilnehmenden als zu anspruchsvoll. Die Walkinggruppe wurde von 13 Prozent der Teilnehmenden regelmäßig in Anspruch genommen. Einige Teilnehmende verabredeten sich untereinander sogar zu weiteren Wanderaktivitäten. Darüber hinaus wurde ein Schrittzählerwettbewerb „Wir gehen zusammen bis nach Rom“ durchgeführt, sowie am AOK-Firmenlauf im August 2022 als Walkinggruppe teilgenommen, was ein herausragender Ansporn für viele Teilnehmende war.

Das Bewegungsverhalten war auch eine der wichtigen Stellschrauben in der ergotherapeutischen Begleitung. Dass dieses besonders bei negativen Befindlichkeiten oder Problemen eingeschränkt war, zeigte die Längsschnittbefragung. Zum Zeitpunkt des Projektabschlusses konnte hier eine deutliche Verbesserung festgestellt werden, wie Abbildung 7 zeigt.

Reduziertes Ausmaß an Bewegung bei negativen Befindlichkeiten



- Skala von -9 bis 9
- Höhere Werte stehen für ein höheres Ausmaß an Bewegung

Abbildung 7: Bewegungsverhalten bei eingeschränkten Befindlichkeiten

Ernährung

Am Handlungsfeld Ernährung setzte ein digitales Gruppenangebot an, das von 08/2020 bis 04/2024 wöchentlich durchgeführt wurde.[13] Hier schalteten sich die Gruppenleiterinnen (Ökotrophologin und Psychologin) direkt aus ihren heimischen Küchen zu und kochten ein zuvor aus der Gruppe vorgeschlagenes Rezept vor. Häufig wurden gesündere Modifikationen von Lieblingsgerichten der Teilnehmenden gekocht.[14] Die Freude am Kochen wurde geweckt, Kenntnisse über Nährstoffe vermittelt und eine stärkere Auseinandersetzung mit ungesunden Fertigprodukten angeregt. Der Konsum zuckerhaltiger Getränke konnte durch die Visualisierung der großen Mengen an zugesetztem Zucker, reduziert werden. Zugleich wurden auch Tipps zu jahreszeitlichem Kochen, das die Haushaltskasse entlasten kann, vermittelt.

Nach Ende der Kontaktbeschränkungen führten die Mitarbeitenden auch einige Präsenzangebote durch, z. B. ernährungskundliche Führungen auf Bauernhöfen und Kräuterkundeseminare. Dabei sammelten viele Teilnehmende erstmals sinnliche Erfahrungen mit unverarbeiteten Nahrungsmitteln, konnten selbst Obst und Gemüse ernten und Marmelade kochen.

Bereits die Zwischenevaluation (April 2022) stellte deutliche Verbesserungen im Ernährungsverhalten fest (siehe Abbildung 8):

[13] Die Onlinegruppen wurden im Tandem (WiKU; Jobcenter) organisiert und moderiert und 40 Prozent der Kund*innen nahmen regelmäßig an diesen teil (durchschnittlich zwischen 15 und 30 Personen pro Gruppe). Im Rahmen der Teilnehmendenbeobachtungen der wissenschaftlichen Begleitung (2-3 mal je Gruppe), konnte das Spektrum der unterschiedlichen Diskussionsthemen, die Mitwirkung und Zufriedenheit der Teilnehmenden erfasst werden.

[14] Im Frühjahr 2022 wurden alle gesammelten Rezepte zusammengetragen, als Kochbuch graphisch aufbereitet und an alle Teilnehmenden verschickt.

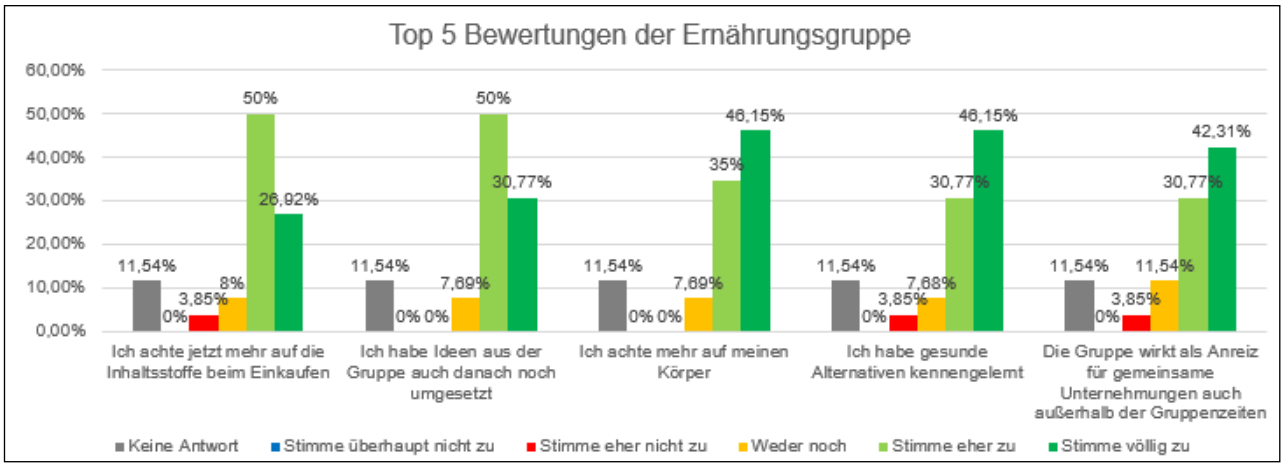


Abbildung 8: Wirkungen der Ernährungsgruppe (n=32)

Ein Teilnehmer der Ernährungsgruppe berichtet: „Ich habe anfangs nur Cola oder Fanta getrunken. Jetzt trinke ich mittlerweile nur noch Wasser und habe viel mehr Energie. Der ‚Zuckerentzug' hat mir unglaublich geholfen, nachdem ich die Entzugssymptome überwunden hatte" (Interview Teilnehmer Ernährungsgruppe)

Sucht

Bei Suchterkrankungen, die nicht die hauptsächliche Störung darstellten, war der Tabakkonsum vorherrschend. Die Mitarbeitenden des Projektteams führten Gruppeninformationen zu der Thematik durch und boten Hilfestellungen zur Inanspruchnahme von Entwöhnungsangeboten der Krankenkassen. Letztlich gelang jedoch nur einem Teilnehmenden die dauerhafte Entwöhnung, allerdings konnten die Längsschnittbefragung eine Reduktion der von den Raucher*innen durchschnittlich konsumierten Tabakwaren feststellen (siehe Abbildung 9).

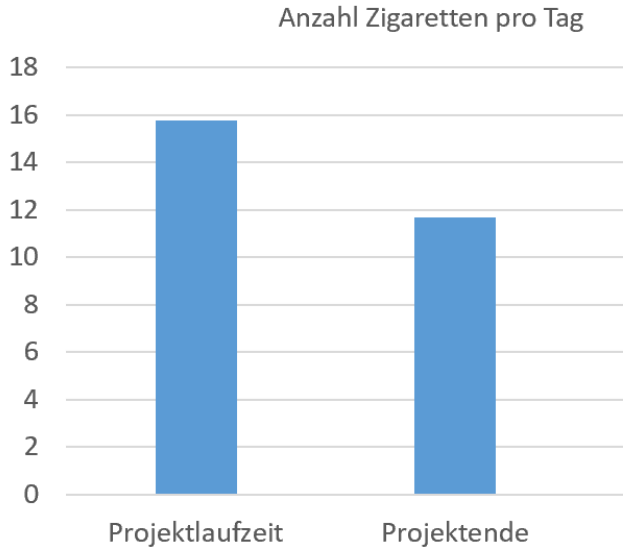


Abbildung 9: Anzahl konsumierter Tabakwaren pro Tag

Ein deutlicher Alkoholmissbrauch lag in einem Dutzend Fällen vor. Hier bemühten sich die Psychologin und Ergotherapeutin um eine ambulante oder stationäre Therapie. Da einige Teilnehmenden bereits Therapien erfolglos durchlaufen hatten, war zunächst die Mitwirkungsbereitschaft zu fördern, um die Anbindung an das Gesundheitssystem zu ermöglichen.

Einen deutlichen Anteil an Suchtproblematiken nehmen Computerspielsüchte ein, die gerade junge (männliche) Teilnehmende bis 40 Jahre betrafen. Onlinespiele und soziale Medien bieten Abwechslung und helfen bei der Stressbewältigung. „Besonders Menschen mit Depressionen oder sozialen

Phobien nutzen virtuelle Welten, um Frust und Unsicherheit zu vergessen und genießen die Unbeschwertheit dort – selbst wenn das reale Leben derweil zusammenbricht“ (Spielsucht-therapie.de o.D.). Besonders Menschen mit einem geringen Selbstwertgefühl fühlen sich von Online-Rollenspielen angezogen, denn in der virtuellen Welt finden sie deutlich schneller einen Weg, anerkannt und in eine Gruppe integriert zu werden. Darüber hinaus locken viele Online-Rollenspiele mit Belohnungssystemen, auf die besonders männliche Computerspieler reagieren: Für erledigte Aufgaben werden Spieler belohnt, wodurch das Gehirn motiviert wird, weiterspielen bzw. mehr erreichen zu wollen.

Da die Fälle sehr individuell waren und Suchtverhalten über Selbstauskünfte nicht zuverlässig erhoben werden kann, wurden die Suchterkrankungen nicht explizit in der Evaluation erhoben.

Gewalterfahrung

Traumatische Gewalterfahrungen können eine Ursache psychischer Erkrankungen und des Suchtverhaltens sein. In geschätzt einem Viertel der Fälle mit primärer psychischer Erkrankung hat ein solch belastendes Ereignis die Krankheit ausgelöst. Insbesondere der Psychologin und Ergotherapeutin gegenüber öffneten sich Kund*innen und berichteten von verstörenden Gewalterfahrungen. Diese intimen Gespräche sind nur möglich gewesen, da ein Vertrauensverhältnis zwischen den teilnehmenden Personen und den Mitarbeitenden bestand. In der regulären Vermittlung wird es nur selten zu solchen Offenlegungen kommen.

Für die Mitarbeitenden waren viele der Schilderungen belastend, besonders solche, die sexualisierte Gewalt in Beziehungen, Missbrauchserfahrungen in der Kindheit, und, besonders herausfordernd, Informationen zu laufendem Missbrauch, thematisierten. Bei letzterem war eine schnelle und enge Zusammenarbeit im Jobcenter, mit der Polizei und dem Jugendamt erforderlich. Da die Bemühungen zur Implementierung von Supervision an ausschreiberechtlichen Vorgaben scheiterten, wurden teaminterne kollegiale Fallbesprechungen und Austauschrunden den Mitarbeitenden angeboten.

Für Betroffene von sexualisierter Gewalt gibt es diverse Hilfe-, Beratungs- und Therapieangebote, die im Einzelfall die Mitarbeitenden zusammentrugen und mit der/dem Betroffenen besprachen.[15] Ein enger Kontakt bestand zum Frauenforum Kreis Unna (https://www.frauenforum-unna.de/), das neben einer Beratungsstelle auch das Frauenhaus unterhält.

Zusammenfassung

Das Gesundheitsteams schätzt, dass bis zum Projektende bei rund 60 Prozent der Teilnehmenden Verbesserungen auf gesundheitlicher Ebene erzielt werden konnten. Häufig genannte Faktoren waren die Verbesserung von Ernährungs- und Bewegungsverhalten, die Stabilisierung bzw. Reduktion von Symptomen psychischer Erkrankungen, wie z. B. Panikattacken, sowie die Anbindung an Fachärzt*innen und Therapeut*innen.

Auch die Längsschnitterhebung konnte im Gesamtbild insbesondere positive Effekte in den Bereichen „körperliche und psychische Gesundheit“, „Soziale Integration“ und „Umwelt“[16] zeigen, auch wenn die Werte immer noch unter dem Normwert der ausgewählten Skalen liegen (siehe Abbildung 10).

[15] https://www.hilfe-portal-missbrauch.de/startseite; LARA - Fachstelle gegen sexualisierte Gewalt an Frauen* (lara-berlin.de)

[16] „Umwelt“ umfasste Items wie Zufriedenheit mit Wohninfrastruktur, mit dem Zugang zu Freizeitaktivitäten, dem Zugang zu Gesundheitsdiensten und dem Öffentlichen Nahverkehr.

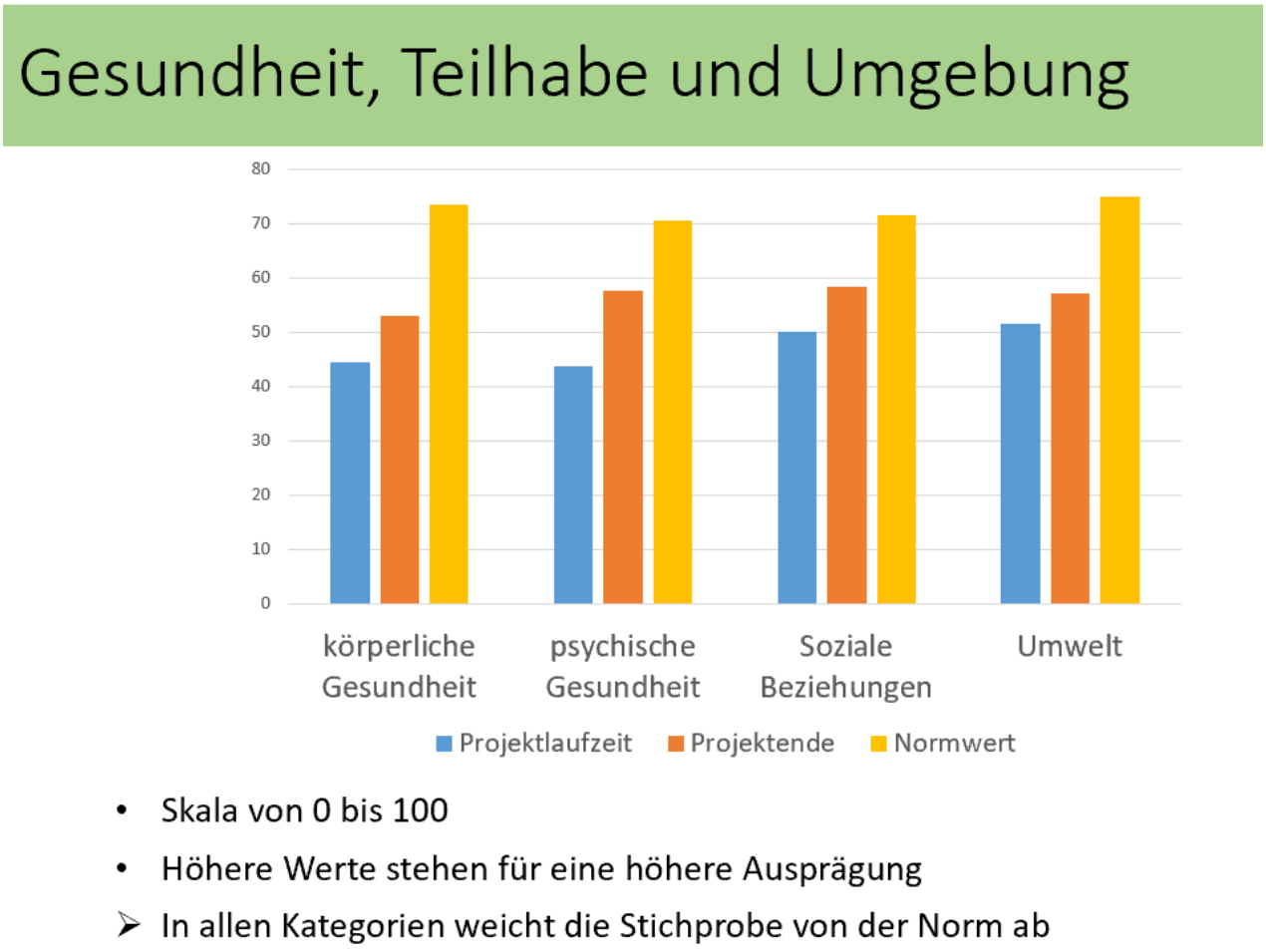


Abbildung 10: festgestellte Veränderungen bei den Teilnehmenden in Teilbereichen

2.3.2 Handlungsfeld Finanzberatung

Schulden und Zusammenarbeit mit der Leistungsabteilung

80 Prozent der Teilnehmenden hatten teils geringe, teils auch große Schuldenprobleme, die in vielen Jahren des Leistungsbezugs entstanden sind und aus denen sie keinen Ausweg sahen. Gläubiger waren oft Stromanbieter, Vermieter*innen oder Telekommunikationsunternehmen. Bereits geringe Schuldenhöhen bis etwa 1.000 Euro sind für Leistungsberechtigte schwer abzubezahlen. Die Finanzberaterin regte die Kontaktaufnahme zu den Gläubigern an oder nahm ihn auch bei überschaubaren Sachverhalten selbst auf, um Ratenzahlungen zu vereinbaren. Wenn mehrere Gläubiger bedient werden mussten und / oder die Höhe der Schulden die Möglichkeiten zu einer Begleichung in akzeptablen Raten und in einem überschaubaren Zeitraum nicht zuließen, bezog die Finanzberaterin die Schuldnerberatung ein. Die Schuldnerberatung erwartet jedoch eine Eigenaktivität von ihren Kund*innen. So müssen sie eine Aufstellung der Schulden und geordnete Unterlagen zum ersten Termin mitbringen, um zu zeigen, dass sie ernsthaft an einer Lösung arbeiten möchten. Die Finanzberaterin half bei offensichtlicher Überforderung und verschaffte sich dann zunächst akribisch einen Überblick über die Finanzen und Schulden. Dabei wog sie ab, welche Mitwirkungen sie den Kund*innen abverlangen konnte, um die Selbstwirksamkeit zu erhöhen. Die Schuldnerberatung leistet vorrangig außergerichtliche Verhandlungen mit Gläubigern und bietet Kriseninterventionen bei drohenden Vollstreckungen oder Stromsperren an.

Nicht selten bestehen Schulden gegenüber dem Inkasso-Service der Bundesagentur für Arbeit. Grund sind nicht fristgerecht beglichene Rückzahlungsforderungen des Jobcenters. Problematisch ist, dass der Inkasso-Service für Ratenzahlungsvereinbarungen nicht einfach erreichbar ist und das Verfahren Kund*innen überfordert, z. B. weil jedes Mitglied der Bedarfsgemeinschaft (BG) ein Rückforderungsschreiben erhält und der Inkasso-Service keine Auskunft über den Grund der Rückforderung

geben kann. Die Finanzberaterin schaltete sich in diesen Fällen ein, klärte den Sachverhalt zunächst mit der Leistungssachbearbeitung (LSB) und gab dieses Wissen an die Kund*innen weiter.

Herausfordernd waren Fälle, in denen aufgrund von Suchtverhalten (Kaufsucht, Spielsucht) trotz vereinbarter Schuldenbegleichung neue Schulden aufgenommen wurden. Dann bemühte sich die Finanzberaterin um einen Termin bei Suchtberatungseinrichtungen.

Schnittstelle Leistungssachbearbeitung (LSB)

Im Antrag war vorgesehen, dass ein*e Mitarbeiter*in der LSB im Projektteam angesetzt wird, um alle Teilnehmenden leistungsrechtlich beraten zu können und auch die Bescheide zu erstellen. Idee war, dass modellhaft Erfahrungen gesammelt werden sollten, wie dieser konfliktanfällige Aufgabenbereich des Jobcenters Kreis Unna dialogorientierter strukturiert werden könnte. Insbesondere die verwaltungsrechtliche Sprache und Vorgehensweise ist für Kund*innen häufig unverständlich. Gerade in finanziellen Notlagen oder psychischen Ausnahmesituationen gelingt die Herstellung einer faktenbasierten Gesprächsebene nur bednget und es kommt häufig zu Missverständnissen und Konflikten. Von gemeinsamen Kundengesprächen hätten alle drei Parteien (LSB, FM, Kund*in) profitieren sollen. Aus organisatorischen Gründen konnte dies nicht umgesetzt werden.

Alternativ standen telefonisch zwei LSB-Mitarbeiterinnen der Finanzberaterin zur Verfügung und halfen in konkreten Fällen bei der Bearbeitung des Anliegens. Für die betroffenen Kund*innen war bereits dieses Angebot eine große Erleichterung, denn von fast allen Kund*innen werden Gespräche mit der LSB als psychisch belastend wahrgenommen. Einige Kund*innen berichteten sogar von Angstattacken, wenn sie zu Terminen in die LSB mussten. Auch die Mitarbeitenden der LSB bezeichneten die Unterstützung der Finanzberaterin zur Aufklärung von Sachverhalten und zielgruppengerechten Erläuterung von Bescheiden als gewinnbringend, da sich so Konflikte frühzeitig entschärfen ließen.

Wohnen

Der Bedarf an Hilfe in Wohnungsangelegenheiten bestand bei etwa 50 Prozent der Teilnehmenden. Dies deutet darauf hin, dass diese Problemlage im Jobcenter strukturell unterschätzt wird.

Einige Kund*innen waren verdeckt obdachlos, schliefen also im täglichen oder wöchentlichen Wechsel bei Freunden und Familienangehörigen, andere wollten sich von ihrem Partner trennen, fanden jedoch keine neue Wohnung, ihnen war eine Eigenbedarfskündigung zugegangen oder es bestanden eklatante Wohnraummängel (z. B. Schimmel).

Aufforderungen des Jobcenters zur Reduzierung der Wohnkosten, wenn die Kosten für Unterkunft und Heizung, z. B. nach Auszug von Kindern, nicht angemessen waren, führten ebenso zu Interventionsbedarf. Die Sorgen der Kund*innen waren groß, zumal der Wohnungsmarkt im Kreis Unna sehr angespannt ist, insbesondere bei kleinen Wohnungen für ein bis zwei Personen.

Die Finanzberaterin gab in diesen Fällen nicht nur den Kontakt zu Anlaufstellen in den Kommunen und Wohnungsgesellschaften weiter, sie half auch bei der Onlinesuche auf bekannten Portalen, gab Broschüren heraus, die Rechte von Mieter*innen erklärten, und ging in einigen Fällen zu Wohnungsbesichtigungen mit. Daneben stand die Finanzberaterin in ständigem Austausch mit der LSB, auch in Fragen der Wohnungserstausstattung.

Diese umfangreiche Dienstleistung konnte viele Ängste abmildern und leistete einen bedeutsamen Anteil zur Lösung integrationsbehindernder Probleme.

Mobilität

Auch Verbesserungen bei Teilnehmenden mit einer Sozialphobie oder der der Angst vor öffentlichen Verkehrsmitteln konnten erzielt werden. In sehr kleinschrittigen Prozessen wurden z. B. Teilnehmende, die jahrelang keinen ÖPNV genutzt hatten, durch begleitetes Training mit dem Ziel, nach und nach kleine eigenständige Handlungsschritte zu vollziehen, von der Ergotherapeutin begleitet. Langfristiges Ziel war es, die Angst abzubauen, die angstauslösenden Situationen selbstständig zu bewältigen um z. B. schließlich aus der Stabilisierungsphase in Maßwerk einzumünden.

2.3.3 Handlungsfeld Soziale Integration

Herausfordernd war die Förderung der Mobilität, die u. a. eine Voraussetzung für soziale und kulturelle Teilhabe ist und im Regelbedarf als Posten mit 9 Prozent der Grundsicherung berücksichtigt wird. Der vergleichsweise hohe Preis des Sozial- bzw. Deutschlandtickets und die im Laufe des Projektes inflationsbedingt stark gestiegenen Kosten in den anderen Bereichen des täglichen Bedarfs führten dazu, dass viele Kund*innen auf das Ticket verzichteten, um mehr Geld für andere Ausgaben zur Verfügung zu haben. Dies erschwerte die Mobilisierung vieler Kund*innen für Präsenz- und Gruppenangebote und steigerte Ausgrenzungs- und Einsamkeitserfahrungen.

Die soziale Integration stellte insgesamt ein Querschnittsthema in zahlreichen Projektaktivitäten dar. So diente Maßwerk selbstverständlich nicht nur der Arbeitserprobung, sondern auch der Förderung der Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit im Team. Auch die angebotenen Gruppenaktivitäten regten soziale Aktivität an. Die Online-Angebote beförderten vielfältige Vernetzungen, Bekanntschaften und Freundschaften untereinander, wie gegenseitige Hilfe bei Umzügen, Verabredungen außerhalb des Projektrahmens und mentale Unterstützung zur Bewältigung von Herausforderungen. Hierbei erwiesen sich Berichte von anderen Teilnehmenden als hilfreicher als Anregungen von Mitarbeitenden, da andere Teilnehmende als ebenbürtig und Erläuterungen nicht als bevormundende Ratschläge wahrgenommen wurden. Erfahrungsberichte von anderen Betroffenen über Erlebtes und Bewältigtes machte Mut, selbst schwierige Situationen zu meistern. Diese ungesteuerte, eher zufällig entstandene Form der Peer-Beratung war ein bedeutender Erfolgsfaktor des Projektes.

Gegen Projektende konnten bei 60 bis -70 Prozent der Teilnehmenden positive Effekte im Hinblick auf die soziale Integration festgestellt werden, z. B. wenn während der regelmäßigen Teilnahme an den Gruppenaktivitäten (u. a. Ausflüge, Gesprächscafé) und/oder Maßwerk im Gruppengefüge eine Steigerung des Wohlbefindens und ein gutes Kommunikationsverhalten entstand. Es ließen sich auch Verbesserungen bei Teilnehmenden mit einer Sozialphobie oder erfolgreiche Bewältigung der Angst vor öffentlichen Verkehrsmitteln (z. B. durch Teilnahme an „Bus-Angst“-Seminar) feststellen. Viele Teilnehmende äußerten in Gesprächen, dass ihnen die Kontakte mit anderen Teilnehmenden im Projektrahmen guttaten und sie aus der Isolation geholt hätten.

Erziehung und Betreuung

Bei den wenigen betreuten Kund*innen mit Kindern bestand zumeist ein komplexer Handlungsbedarf im familiären Kontext. Aus diesem Grund erfolgte die Betreuung im Rahmen des *GUIDE*-Projektes, der eine individuellere und ressourcenintensivere Bearbeitung der Probleme ermöglichte, und nicht in der Regelbetreuung und der Alleinerziehendenbetreuung, die an jedem Standort des Jobcenters Kreis Unna implementiert ist.

Eine intensive Betreuung und Netzwerkarbeit wurde besonders bei der Unterstützung von Sorgerechtsverfahren, von Familien, die bereits Unterstützung durch das Jugendamt erhielten und von Familien, deren Kinder behindert oder schwer krank waren, geleistet. Durch die geleisteten Hilfestellungen konnten, so die Ergebnisse der Längsschnittbefragung, die Probleme verbessert und das Vertrauen in die Institutionen gestärkt werden (siehe Abbildung 14).

2.3.4 Handlungsfeld Kompetenzen und Arbeitsmarktnähe

Zur Unterstützung des Kompetenzerwerbs und der Erhöhung der Arbeitsmarktnähe setzte das Projekt *GUIDE* zunächst an den Grundlagen an. Vor dem Erwerb von Schlüsselqualifikationen, der Teilnahme an Weiterbildungen/Umschulungen oder dem Absolvieren von Praktika lag daher der Fokus auf einem gezielten Empowerment[17] der Teilnehmenden und der Arbeit an der Selbstwirksamkeit, also dem bei Individuen unterschiedlich stark ausgeprägten Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten

[17] Empowerment zielt darauf ab, dass Menschen die Fähigkeit entwickeln und verbessern, ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst zu gestalten. In schwierigen Lebenslagen wie Erwerbslosigkeit kann Empowerment als die gemeinsame Suche nach Wegen aus erlernter Hilflosigkeit und entmutigender Abhängigkeit heraus verstanden werden (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit o.D.).

und Kompetenzen, Aufgabenanforderungen wirksam bewältigen zu können (vgl. Bandura 1986). Viele der Projektaktivitäten, insbesondere im Rahmen der psychologischen und ergotherapeutischen Beratung, setzten somit auch an der Steigerung von Lebenszufriedenheit, der Hilfe zur Selbsthilfe und der Ermöglichung von Selbstbestimmung an, sowie an der Entwicklung von Wünschen und Perspektiven und der Erweiterung des (Erfahrungs-)Horizonts. Darüber hinaus ging es um Faktoren wie Alltagsstrukturierung, Problemlösekompetenz und Achtsamkeitstraining. Dies äußerte sich auch im Hinblick auf regelmäßige und zuverlässige Wahrnehmung von Terminen (Jobcenter, Psychologin, Ergotherapeutin, Ärzt*innen) sowie der Arbeit an Schuldenproblematiken und dem Einkaufsverhalten. Darüber hinaus führte die Teilnahme an Maßwerk automatisch zu einer veränderten Alltagsstruktur.

Diesen Themenfeldern widmeten sich u. a. auch die virtuellen Gruppenangebote „Soziale Kompetenz“ und „Achtsamkeit“. Bereits zur Projekthalbzeit (Stand April 2022) konnte bei der Sonderevaluation der Online-Gruppen u. a. festgestellt werden, dass sich die Teilnehmenden sicherer im Umgang mit anderen fühlten, an Selbstwertgefühl gewonnen hatten und ihren Alltag besser bewältigen konnten (siehe Abbildung 11).

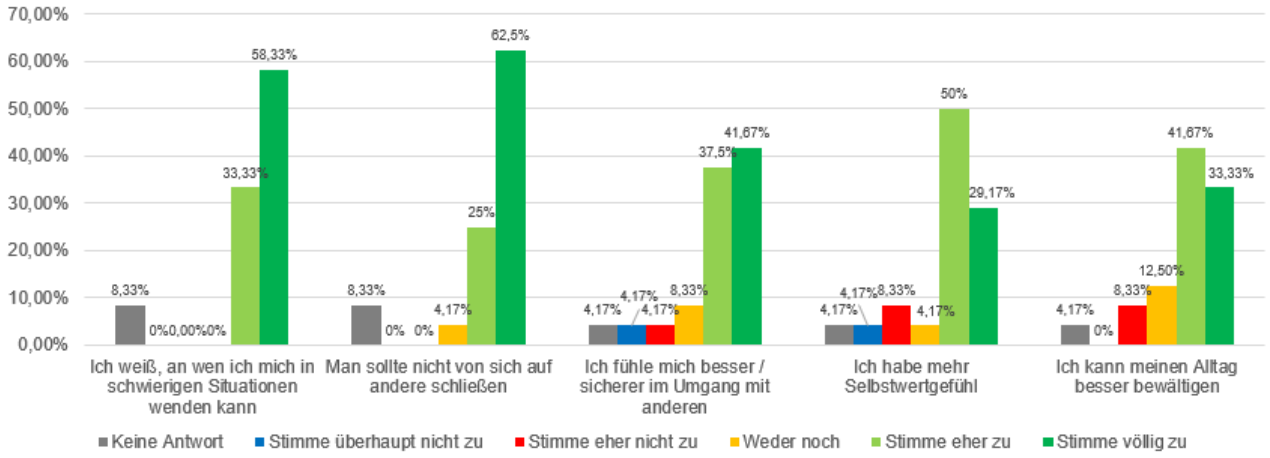


Abbildung 11: Wahrgenommene Veränderungen durch Online-Gruppe

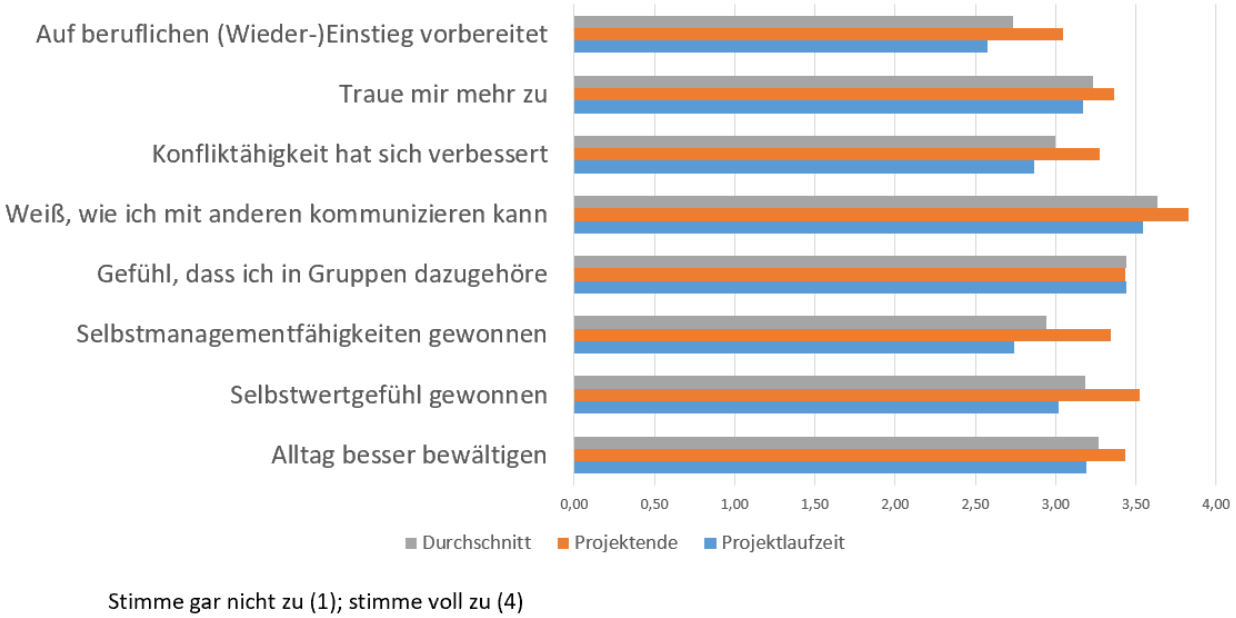
*Ein*e Teilnehmer*in der Onlinegruppen resümiert: „Es war schön, sich mit anderen Menschen auszutauschen und dass man dann gesehen hat, dass man mit vielen Problemen oder auch Erkrankungen nicht alleine ist. Und auch die positiven aber auch negativen Erfahrungen miteinander zu teilen und auch Strategien zusammen erarbeiten, um mit diesen Erfahrungen besser oder anders umzugehen und auch daraus zu lernen. Und einfach auch sich auszutauschen und auch voneinander zulernen.“ (Interview aus Sonderauswertung Online-Gruppen)*

Aus Sicht des Gesundheitsteams konnten bei 50 bis 60 Prozent der Teilnehmenden positive Effekte im Handlungsfeld Kompetenzen und Arbeitsmarktnähe erzielt werden.

Aufbauend auf den genannten Aktivitäten vermittelten die Fallmanager*innen den Teilnehmenden in Gruppenformaten ausführliche Informationen rund um den Arbeitsmarkt und zu Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Viele langzeitarbeitslose Menschen verfügen nur über geringes Wissen zu Berufen, deren Anforderungen und Arbeitsbedingungen. Viele Vorstellungen sind unrealistisch, gleichzeitig ist „Arbeit“ angstbesetzt. Auch die Sorge vor ausbleibenden Leistungen bis zur ersten Gehaltszahlung sorgt bei den Teilnehmenden für (vermeidbare) Ängste. Berichte von früheren Projektteilnehmenden, die arbeiten oder sich in einer Ausbildung befinden, boten glaubwürdige Informationen und regten an, den Schritt in den Arbeitsmarkt zu wagen.

Die Längsschnittbefragung zeigte vor diesem Hintergrund insbesondere, dass sich die Teilnehmenden durch die Teilnahme am Projekt besser auf den beruflichen (Wieder)Einstieg vorbereitet fühlten sowie an Selbstwirksamkeitserwartung gewonnen hatten. Eine deutliche Verbesserung zeigt sich auch bei der Zunahme von Selbstwertgefühl und Selbstmanagementfähigkeiten (siehe Abbildung 12).

Festgestellte Veränderungen im Zuge der Projektteilnahme



Stimme gar nicht zu (1); stimme voll zu (4)

Abbildung 12: Veränderungen im Projektverlauf aus Sicht der Teilnehmenden

2.3.5 Gesamtfazit Wirkung der Projektaktivitäten

„Er hat durch das Projekt den Glauben bekommen, dass er sich verändern kann. Er hatte sich vorher aufgegeben.“ (Mitarbeiter Jobcenter im Kreis Unna)

Aus Sicht des Gesundheitsteams konnten bei rund 80 Prozent der mitwirkenden Teilnehmenden positive Effekte erzielt werden — auch wenn sich diese Effekte in ganz unterschiedlicher Art und Ausprägung zeigten. Grundlegende Voraussetzungen waren ein hoher Veränderungswille und ausgeprägte Motivation sowie die engmaschige Betreuung. Darüber hinaus zeigte sich, dass auch Rückschläge dazu gehören sowie die Anerkennung ‚kleinerer‘ Erfolge von Bedeutung war.

Bei denjenigen Teilnehmenden, bei denen auch mit zumindest geringfügiger Mitwirkung keine nachhaltigen positiven Effekte wahrgenommen werden konnten, können als Ursachen der Schweregrad der Erkrankungen (teilweise Reha-Fälle), eine zu geringe Krankheitseinsicht und Nichtbereitschaft zur therapeutisch-medizinischen Behandlung angeführt werden. Teilweise war auch die eigene Frustrationstoleranz bei Rückschlagen zu gering.

Abbildung 13 zeigt in der Gesamtschau, welche Verbesserungen in den verschiedenen Teilbereichen erzielt wurden.

Verbesserung Teilbereiche *(n=149)*

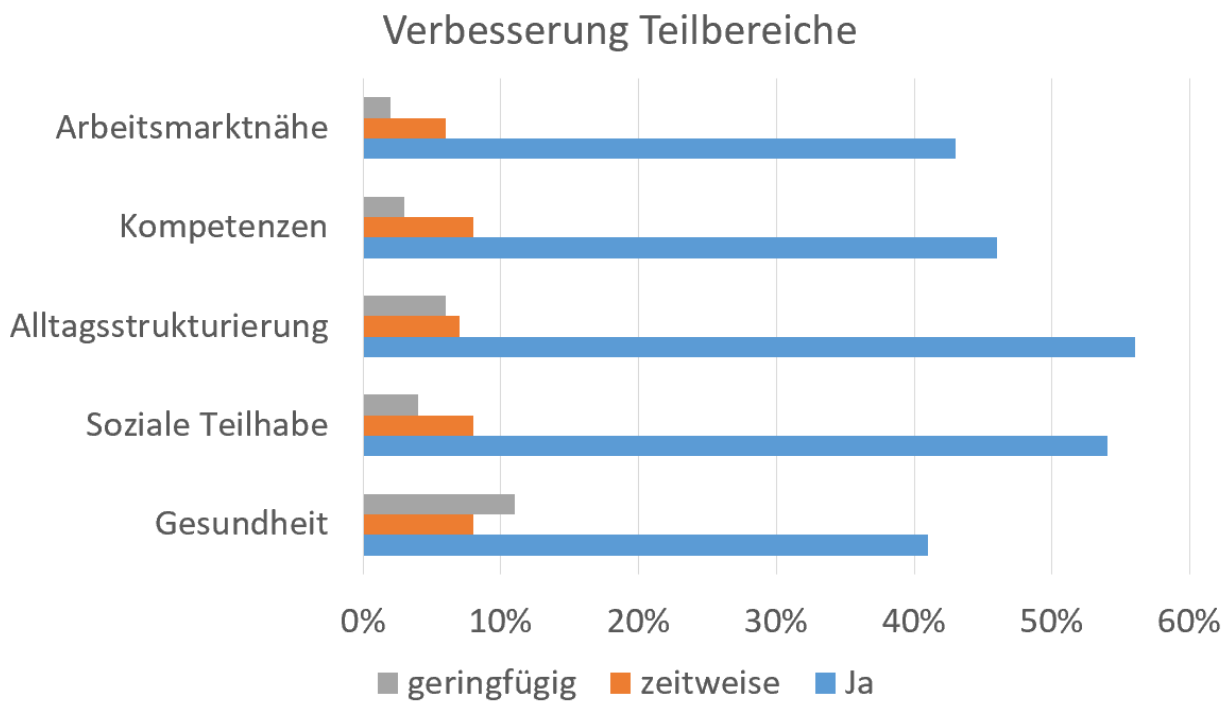


Abbildung 13: Verbesserungen in Teilbereichen nach Einschätzungen des Gesundheitsteams

Heruntergebrochen auf die einzelnen Problembereiche, die für die Teilnehmenden relevant waren, zeigen sich ebenfalls deutliche positive Effekte insbesondere in allen Bereichen (siehe Abbildung 14):

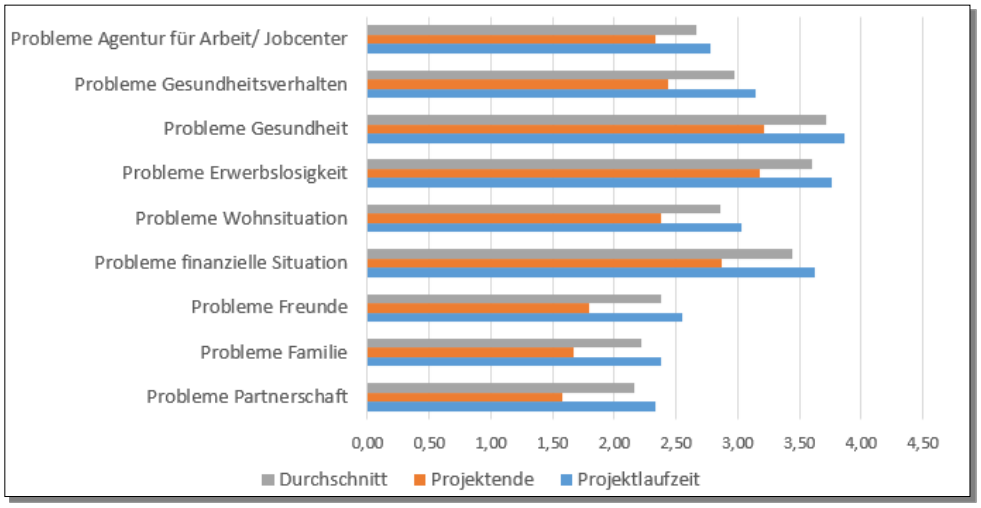


Abbildung 14: subjektive Schwierigkeiten und Probleme [gar nicht (1); sehr (5)]

Zudem wurden die Teilnehmenden in den schriftlichen Befragungen zu einem Feedback zum Projektansatz aufgefordert. Dabei ergab sich ein sehr positives Stimmungsbild, das in Tabelle 8 zusammengefasst ist und sich im folgenden Zitat eines*einer Teilnehmenden widerspiegelt:

„Genau diese Art von Projekt u. Projektführung ist die richtige, damit Personen nachhaltig ihren beruflichen Wünschen nachgehen, da man in so vielen Bereichen der Persönlichkeit und Kommunikation gefördert wird und die Möglichkeit bekommt sich ohne Druck in diesen zu entfalten. Ich würde mir wünschen, dass dieses Projekt fester Bestandteil der Jobintegration des Jobcenters wird.“ (Online-Befragung 2021)

Tabelle 8: Zentrale Eindrücke der Teilnehmenden zum Projekt

Individuelle Ebene	**Die Gruppe**	**Das Gesundheitsteam**
Mehr Selbstbewusstsein	Das Miteinander/Teamfähigkeit	Freundlichkeit, Hilfestellung, intensive Begleitung der Mitarbeitenden
Mehr Selbstwirksamkeit	Erfahrungsaustausch/ Reflexion	Gespräche auf Augenhöhe
Selbsterfahrung	Gefühl der Zugehörigkeit und Verständnis	Hilfreiche Tipps und Tricks

Wenn Sie an das Projekt denken: Woran werden Sie sich in fünf Jahren noch besonders erinnern?

2.3.6 Netzwerke

Landkreise mit unterschiedlich großen Kommunen sind für die kreisweite Versorgungsstruktur eine Herausforderung. Zugänge zu Hilfesystemen befinden sich oftmals nicht in erreichbarer Nähe, insbesondere für Personen, die auf den Öffentlichen Personennahverkehr angewiesen oder mobil eingeschränkt sind. Um die Vernetzung voranzutreiben, war ein Ansatz des Projektes ein „Bündnis für Gesundheit“ im Kreis Unna zu etablieren. Die Pandemie begrenzte zunächst den Aufbau neuer Vernetzungsstrukturen, zu viel Energie mussten die einzelnen Hilfepartner*innen in die Aufrechterhaltung ihrer eigenen Aufgaben stecken.

Nicht zuletzt als Ergebnis der in der Pandemie festgestellten Defizite in der Beratung, Vermittlung und Prävention gesundheitlicher Angebote startete ab 2022 der bundesweite, flächendeckende Aufbau von Mobilen Gesundheitskiosken in Deutschland. Initiiert werden sollten die Anlaufstellen von den Kommunen, finanziert mehrheitlich von den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen und den Kommunen. Hauptaufgabe der Kioske ist es, den Zugang zur Versorgung der Patient*innen mit besonderem Unterstützungsbedarf zu verbessern und die Versorgung zu koordinieren. Die Initiative zielt auf die Stärkung der Gesundheitsversorgung auf kommunaler Ebene und auf die Verbesserung der individuellen Gesundheitskompetenz. Auch der Kreis Unna beteiligte sich frühzeitig und baute ein flächendeckendes Netz im Kreisgebiet auf.

Zwischen dem Projektteam und dem Mobilen Gesundheitskiosk entwickelte sich ein enger Austausch. So fanden ab Anfang 2024 monatlich Beratungstage des Mobilen Gesundheitskiosks in den Räumlichkeiten der Geschäftsstelle von *GUIDE* statt. Dieses Angebot fand großen Zuspruch der Projekt-Teilnehmenden und ermöglichte, den Menschen kompetente Beratung in den gewohnten Räumlichkeiten anzubieten.

Das Projektteam bezog ein breites Netzwerk an Akteur*innen ein, um im Einzelfall den Bedarfen gerecht werden zu können. Abbildung 15 verdeutlicht die Breite der Beziehungen.

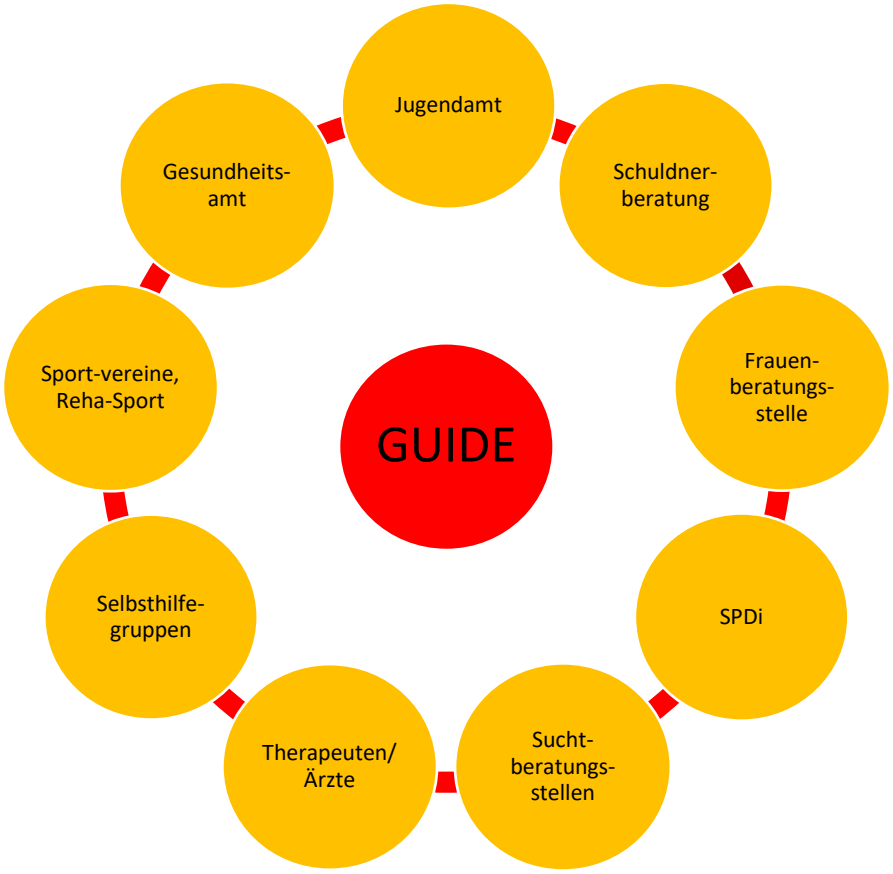


Abbildung 15: Netzwerke

3 Erkenntnisse zu den innovativen (Teil-) Ansätzen und deren Wirkungen Toc151539085

3.1 Ganzheitlicher Beratungsansatz

Die Basis des gesundheitsorientierten Modellprojekts bildeten aufgeschlossene Mitarbeitende, die sich mit dem Projektansatz identifizierten, eine positive Grundhaltung zu den Kund*innen mitbrachten und gerne etwas Neues ausprobierten. Der veränderte Beratungsansatz war der Schlüssel zum Projekterfolg.

Da zu Beginn des Projektes pandemiebedingt keine Schulungsangebote für die Mitarbeitenden zur Verfügung standen, wurde die gesundheitsorientierte Beratung als ressourcenorientierter Beratungsansatz zunächst entlang bestehender Case-Managementkonzepte im Teamdialog entwickelt. Grundlage der ressourcenorientierten Beratung bildete das beschäftigungsorientierte Fallmanagementkonzept des Jobcenters Kreis Unna[18] in Verbindung mit dem Case Managementkonzept der DGCC (2025). Alle Fallmanager*innen im Jobcenter Kreis Unna werden entsprechend des Konzeptes der DGCC weitergebildet. Eine formale Schulung sichert einen hohen Qualitätsstandard.

Case Management ist ein freiwilliges Handlungskonzept, bei dem die Lebenssituation eines Menschen individuell und ganzheitlich betrachtet wird, um Zusammenhänge und Verbindungen aufzuspüren und die komplexen Beziehungen zu bearbeiten. Dabei ist wichtig, nicht für die Kund*innen Probleme aus dem Weg zu räumen, sondern gemäß des Empowerment-Ansatzes die Kund*innen einzubeziehen und ihre Wünsche, Zielvorstellungen und Lösungsansätze zu berücksichtigen. Die Beratungsgrundsätze waren:

- Respekt gegenüber der Sichtweise der Kund*innen,
- Fokussierung auf Potentiale, Ressourcen und Kompetenzen,
- Erfassung und Berücksichtigung von Wechselwirkungen,
- gemeinsame Entwicklung von Perspektiven und Lösungen.

Im Vordergrund stand die Herstellung eines tragfähigen Arbeitsbündnisses und die Schaffung einer gemeinsamen Vertrauensbasis, die ermöglichte, umfassende Informationen zu erhalten und die Compliance zu erhöhen. Das Ziel war auf individueller Ebene die Förderung von Selbstmanagement (Empowerment) und die Stärkung der Selbstverantwortung, sowie auf institutioneller Ebene die Koordination von Dienstleistungen und der Aufbau von Kooperationsbeziehungen.

Dieses analog dem Fallmanagement praktizierte und bewährte Vorgehen wurde im Modellprojekt erweitert um den Einbezug anderer Professionen, eines adäquaten Betreuungsschlüssels und gesundheitsorientierten Kompetenzaufbaus.

Multiprofessionelles Team

Das Projekt profitierte vom breiten beruflichen Background der Mitarbeitenden und deren verwertbaren Kompetenzen. Die Kombination aus Sozialarbeit, Ökotrophologie, Sozialwissenschaft, Betriebswirtschaft, Krankenpflege, Ergotherapie und Psychologie bot die Möglichkeit, dass die Beratenden aus ihrer jeweiligen Fachlichkeit heraus auf die Teilnehmenden schauen und in gemeinsamen Fallbesprechungen eine passgenaue Gesundheits- und Integrationsstrategie entwickeln konnten. Wichtig war, dass für Frauen eine Fallmanagerin zur Verfügung stand, denn insbesondere Frauen vertrauen sensible Gewalt- und Missbrauchserfahrungen lieber einer Frau an. Da dies im Fallmanagement des Teams *GUIDE* zeitweise aus Personalrekrutierungsgründen nicht sichergestellt werden konnte, übernahm die Finanzberaterin auf Wunsch der Kundinnen diese Fälle.

[18] Das Fallmanagement-Konzept kann im Jobcenter Kreis Unna angefordert werden.

Betreuungsschlüssel

Eine gesundheitsorientierte Fallmanagement-Beratung braucht Zeit, Flexibilität (hinsichtlich der zeitlichen Erreichbarkeit, einer breiten thematischen Aufstellung, dem organisatorischen Setting) und Handlungsspielräume. Das Projekt lebte vom niedrigen Betreuungsschlüssel (1:40), der einen umfassenden Blick auf die gesamte Lebenssituation und Persönlichkeit erlaubte und ausreichend Zeit für die Bearbeitung der festgestellten Bedarfe bot.

Gesundheitsorientierte Beratung

Die Arbeitsfähigkeit eines Menschen hängt unmittelbar mit dessen gesundheitlicher Verfassung zusammen. Daher ist das Zusammendenken von Arbeitsvermittlung und Gesundheitsförderung essenziell. Gesundheitsorientierte Berater*innen müssen Wechselwirkungen von Arbeitslosigkeit und Gesundheit verstehen und die Bedeutung einer gesundheitsbewussten Lebensführung für den Erhalt bzw. die Verbesserung des Wohlbefindens und der Leistungs- und Beschäftigungsfähigkeit kennen. Die gesundheitsorientierten Beratungsgespräche stellten die Bedarfe der Kund*innen in den Mittelpunkt und sensibilisierten für eine gesundheitsfördernde Lebensweise, motivierten zur Inanspruchnahme von Terminen bei Ärzt*innen und Therapeut*innen und informierten über Angebote von Krankenkassen, Selbsthilfekursen und anderen Anbietern. Wesentliche Bausteine waren die Erweiterung der Veränderungsbereitschaft und das Aufzeigen von verschiedenen Lösungsoptionen.

Übergang SGB XII

In der Clearing- und Stabilisierungsphase zeichnete sich in ca. 10 Prozent der Fälle ab, dass die gesundheitlichen Probleme so gravierend waren, dass eine Einmündung in den Arbeitsmarkt nicht realistisch war. Hier wurde den Teilnehmenden empfohlen, von den behandelnden Ärzt*innen Atteste und Befunde erstellen zu lassen bzw. zunächst Fachärzt*innen aufzusuchen, um eine Grundlage für die Beauftragung des Ärztlichen Dienstes der Agentur für Arbeit zu erhalten. In der Pandemiezeit waren faktisch nur Gutachten nach Aktenlage zu erhalten und auch diese nur mit zeitlichem Verzug. Aufgrund der intensiven Vorbereitung auf die Begutachtung konnten Kund*innen mit Erkrankungen mit progressivem Verlauf (Multiple Sklerose, Demenz u. a.) in das SGB XII überführt werden. Für die betroffenen Menschen bedeutete dies eine deutliche Entlastung. In der normalen Arbeitsvermittlung bestehen wenig Kapazitäten, diese intensive Vorarbeit zu leisten. Es besteht das Risiko, dass erwerbsunfähige Personen im SGB II verbleiben.

Kooperative Beratung zur Förderung der Mitwirkungsbereitschaft

Das Programm setzte Sanktionsfreiheit voraus. Für die Umsetzung eines gesundheitlichen Ansatzes sind Sanktionen ohnehin abwegig. Trotzdem hatten einige Leistungsbeziehende in den Erstberatungsterminen Sorge, dass sie indirekt Nachteile erfahren, wenn sie eine Teilnahme ablehnen, z. B. durch Zuweisung in Maßnahmen.

Ob Kund*innen tatsächlich Interesse an einer aktiven Mitwirkung hatten, war daher in Erstgesprächen schwer einschätzbar. Vordergründig bekundeten fast alle Kund*innen ihre Bereitschaft zur Zusammenarbeit. Nur ein geringer Anteil derjenigen, denen in einem Erstgespräch das Projekt vorgestellt wurde, lehnte das Unterstützungsangebot kategorisch ab. Kund*innen dieser Gruppe ließen sich zunächst das Projekt erläutern, äußerten sich jedoch abschließend ablehnend, sobald deutlich wurde, dass sie keine Sanktionen zu befürchten hätten. Diese Personen hatten teilweise nicht die Wahrnehmung, dass sie (psychische) Hilfe benötigten oder sie waren mit ihrer Lebenssituation zufrieden, verfügten über zusätzliche finanzielle Mittel (Familie, Nebenverdienste) und waren sozial gut eingebunden. Diese Teilgruppe ist für spezifische Angebote nicht zugänglich.

Eine prozentual bedeutsamere Gruppe ist skeptisch gegenüber allen Angeboten des Jobcenters. Hintergrund sind oft negative Erfahrungen oder Maßnahmen in den zurückliegenden Jahren, die als sinnlos, Gängelung oder Schikane empfunden wurden. Diese Personengruppe hat nach Jahren der Entmutigung kaum noch Hoffnung auf positive Veränderungen. Daraus resultiert oft eine Blockadehaltung, die zu durchbrechen den Mitarbeitenden viel Überzeugungskraft abverlangte. Gelang dies,

war die Teilnahmebereitschaft hoch. Kund*innen nahmen dann sogar Beratungstermine wahr, obwohl sie krankgeschrieben waren, weil ihnen die Termine guttaten. Dies zeigt, dass mit einem Fallmanagementansatz Erfolge auch in jenen Fällen generiert werden können, die zuvor in der Regelvermittlung „aufgegeben“ worden sind. Abbildung 16 zeigt die Veränderungen in der Bereitschaft zur Arbeitsaufnahme über die Projektlaufzeit.

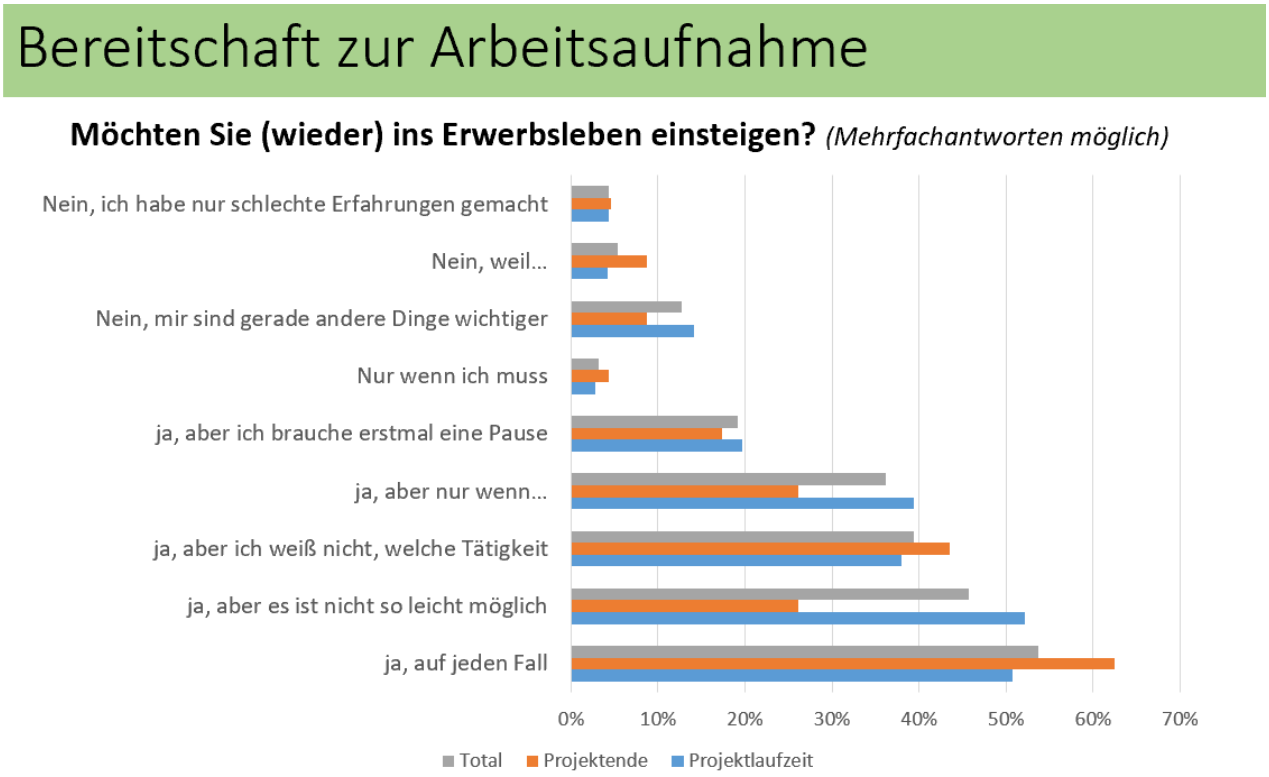


Abbildung 16: Bereitschaft zur Arbeitsaufnahme

Fast alle Teilnehmende, die im Lebensverlauf Phasen der Erwerbstätigkeit erlebt hatten, äußerten den Wunsch, in diese zurückzukehren, trotz ambivalenter Gefühle von Überforderung und Versagensängsten. Sie hatten zuvor meist negative Erfahrungen mit einer beruflichen Tätigkeit gemacht: Hohe Arbeitsbelastung, monotone Arbeit, Schichtarbeit, Mehrarbeit, Zeitdruck, ständiger Wechsel des Arbeitsortes und/ oder eine raue Arbeitsatmosphäre wurden als krankmachend oder krankheitsverstärkend empfunden. Häufig waren bisherige Tätigkeiten befristet, was eine hohe emotionale Belastung darstellte. Die Projektteilnehmenden wünschten sich daher eine Arbeit, die zu ihren Interessen und ihrem Anforderungsprofil passt.

Für Beratungssituationen in der Arbeitsverwaltung unverzichtbar ist die Aneignung eines psychologisch-physiologischen Verständnisses der Entstehung von Motivation im Allgemeinen und Arbeitsmotivation im Besonderen. Arbeitslosigkeit wird individuell unterschiedlich bewertet und verarbeitet. Dies ist u. a. abhängig vom Stellenwert der Arbeit für das eigene Leben. Entsprechend sind auch die Strategien zur Überwindung und der Umgang mit Arbeitslosigkeit verschieden. Menschen, die häufig arbeitslos und geringer qualifiziert sind, fürchten den sozialen Abstieg und finanzielle Verluste weniger als gut qualifizierte Personen, die erstmals und unvermittelt arbeitslos werden. Auf das Selbstwertgefühl wirkt sich Arbeitslosigkeit für alle Betroffenen negativ aus. Ebenso ist Isolation aufgrund des Verlustes des Kolleg*innenkreises und des Rückzugs von Freund*innen, die im Erwerbsleben stehen, eine häufige Begleiterscheinung, neben den bekannten gesundheitlichen Folgen.

Nach längerer Arbeitslosigkeit sind daher Strategien, die psychischen Halt geben, den Tagesablauf strukturieren und (sinnstiftende) Aktivitäten anbieten, geeignete Ansätze, um wieder auf dem Arbeitsmarkt Fuß zu fassen (s. Kap. 3.4.).

Eine erfolgreiche Vermittlung in Arbeit oder Ausbildung bei Langzeitarbeitslosen ist eine langwierige und komplexe Aufgabe. Viele Langzeitarbeitslose können auf die Frage: „Was wünschen Sie sich für die Zukunft?“ keine Antwort geben. Sie besitzen keine Orientierung auf entferntere Zeiträume, keine Wünsche und keine Interessen, entsprechend auch keine Motivation, Arbeit aufzunehmen. Nach

langen Jahren von Entmutigung und Stigmatisierung verfolgen sie kein langfristiges Ziel (mehr). „Motivation ergibt sich aus der subjektiven Bedeutung eines Ziels für eine Person (Wert) und der Wahrnehmung der eigenen Fähigkeiten und Ressourcen (Erwartung). Motivation lässt sich deshalb nicht erzeugen, auslösen oder herstellen. Sie ist das Ergebnis bewusster und unbewusster Bewertungsprozesse, die neben der eigenen Persönlichkeit, Überzeugungen und Werten, auch äußere Rahmenfaktoren […] mit einbezieht.“ (Moskaliuk 2015, 1 f.)

Wünsche müssen zunächst angeregt und Interessen geweckt werden. Dabei ist es wichtig, erreichbare Ziele zu formulieren, die in portionierte, kleinere (Teil-)Schritte unterteilt werden. Der Zeithorizont ist damit überschaubarer und Erfolge lassen sich schneller erzielen, was zu weiteren Zielsetzungen anspornt.

Im Projekt ist es in einem erstaunlichen Umfang, in einem zeitaufwendigen Prozess, gelungen, viele Teilnehmende in Arbeit zu bringen, da zunächst an anderen Herausforderungen angesetzt wurde und diese erfolgreich bearbeitet werden konnten. Anschließend formulierten Teilnehmende aus sich heraus den Wunsch, eine Arbeit aufzunehmen.

Der innovative Beratungsansatz umfasste all jene Bereiche, in denen Hilfebedarf bestand. In jedem Einzelfall wogen die Mitarbeitenden ab, wie weit sie Kund*innen unterstützen sollen und welche Aufgaben Kund*innen selbst übernehmen müssen. Jahrelanger Leistungsbezug fördert die Unselbständigkeit der Kund*innen. Einige Kund*innen geben die Verantwortung für ihr eigenes Leben an das Jobcenter ab. Daher ist Ansatz mit dem Ziel eines Empowerments die Basis eines innovativen Beratungsansatzes.

3.2 Beratungssetting

Das Projekt profitierte von den externen Räumlichkeiten, die die veränderte Beratungsausrichtung bereits nach außen sichtbar machte. Die freundlich gestalteten Praxisräume standen für einen Neuanfang, Offenheit und Transparenz. Es erleichterte und beschleunigte den Vertrauensaufbau.

Die Standard-Beratungsbüros der Jobcenter verfügen über einen großen Schreibtisch, an dem die Beratungsgespräche stattfinden. Die Arbeitsvermittler*innen sitzen hinter dem Schreibtisch und bedienen in der Regel während des Gespräches mit dem*der Kund*in den PC. Dadurch können sie sich den Kund*innen nicht unmittelbar zuwenden. Der Schreibtisch stellt so eine Barriere dar, verdeutlicht eine starre Hierarchie und eignet sich nicht, ein Gespräch auf Augenhöhe zu führen.

Daher empfiehlt sich ein nicht zu großer, runder Tisch mit zwei bequemen Stühlen, an dem die Mitarbeitenden, nur mit einem Block für eigene Notizen oder evtl. einem Laptop ausgestattet, ein angeregtes Gespräch mit den Kund*innen führen können. Eine sterile Büroumgebung erschwert überdies das Kennenlernen. Pflanzen, ein angenehm-warmes Licht und Bilder schaffen einen vertrauensvollen Rahmen.

Aufsuchende Arbeit

Zur Vertrauensbildung ist eine aufsuchende Arbeit unerlässlich, die Gesprächsangebote fernab starrer Beratungsräume bietet und Ängste abbauen kann, also z. B. Walk & Talk im Wohnumfeld der Kund*innen. Im Projekt wurde durch eine Sonderevaluation belegt, dass dieser Ansatz wirkungsvoll ist, um sehr arbeitsmarktferne und/oder mobilitätseingeschränkte Kund*innen an das System heranzuführen, Barrieren und Ängste abzubauen und das Verhältnis zwischen Fallmanager*in und Kund*in zu verbessern. Es ermöglicht den Beratungsfachkräften, sich ein Bild der Lebensumstände zu machen und den Kund*innen, Begegnungen auf Augenhöhe zu erleben. Ansätze wie Walk & Talk können weiterhin dazu beitragen, die körperliche Aktivität bei den Kund*innen zu fördern und neue Impulse zu setzen.

3.3 Ergotherapie im Beratungskontext

Um persönlich und beruflich zu wachsen, müssen sich Menschen in Situationen bringen, die sie fordern, aber nicht überfordern. Nachvollziehbar ist, dass der Schritt aus der sogenannten „Komfortzone“ des Bürgergeldes Ängste (Angst vor Versagen, vor Anstrengung, vor Veränderung) auslöst. Daher sind eine gute Begleitung und Bearbeitung der individuellen Ängste unabdingbar. Viele langzeitarbeitslose Menschen verbinden mit der Arbeitsaufnahme negative Assoziationen aufgrund schlechter Erfahrungen in der Vergangenheit mit Vorgesetzten und Kolleg*innen, Kündigungen oder Absagen auf Bewerbungen, anstrengender und nicht-sinnstiftender Arbeit. Diese Ängste ernst zu nehmen und aufzugreifen, ist die Grundvoraussetzung für eine Arbeitsmarktintegration. Die Ergotherapeutinnen und Psychologinnen bearbeiteten diese Thematik ausführlich. Zielsetzung war, dass die Teilnehmenden sich mental für eine Teilnahme auf dem Arbeitsmarkt öffneten.

Die Wirksamkeit einer ergotherapeutischen Beratung im Kontext der Arbeitsvermittlung im Jobcenter zu messen, war ein zentraler Aspekt des Projektes. Gesellschaftlich ist noch wenig über ihre Arbeitsweise und den dahinterstehenden Therapieansatz bekannt. Ergotherapeut*innen verfolgen einen ganzheitlichen Ansatz, bei dem nicht nur ein Symptom behandelt, sondern der Mensch als Ganzes (körperlich, geistig, emotional, sozial) in seiner Umwelt betrachtet wird. Das ermöglicht, auch die Wechselwirkungen von Arbeit und Gesundheit zu berücksichtigen.

Ergotherapie ist ein medizinisch-therapeutisches Heilmittel, d. h. Ergotherapeut*innen konnten im *GUIDE*-Projekt auf die verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Teilnehmenden eingehen. Bei der Zielgruppe handelte es sich um langzeitarbeitslose Menschen, d.h. die Zeit der Inaktivität seit der letzten Beschäftigung war lang und lag häufig bei mehreren Jahren und nicht selten bei bis zu einem Jahrzehnt. Aufgrund dieser teils erheblichen Dauer ohne eine Arbeitsstelle haben sich hohe Erwartungsängste bezüglich beruflicher Neuanfänge, Orientierungslosigkeit sowie Frustration durch zurückliegende Misserfolge oder eine hohe Anzahl von ergebnislosen Maßnahmen aufgebaut.

Vielen Teilnehmenden war es durch komplexe physiologische, psychologische und soziale Problemlagen erschwert oder unmöglich, in ein betriebliches Praktikum, schulische oder berufliche Qualifizierungen oder eine möglicherweise unterstützte Beschäftigung in den Arbeitsmarkt einzutreten. Lernschwächen oder Intelligenzminderungen kamen teilweise erschwerend hinzu.

Komorbiditäten spielten bei den Teilnehmenden im *GUIDE*-Projekt eine große Rolle. Neben einer Grunderkrankung lagen zumeist eine oder mehrere weitere Diagnosen vor, weshalb oft eine kombinierte Behandlung sinnvoll war. Neben den psychischen Erkrankungen oder Belastungen spielten auch somatische Erkrankungsbilder eine große Rolle. Insbesondere Bandscheibenvorfälle, chronisches Asthma, Adipositas oder Schmerzen sowie Gelenkprobleme dominierten die individuelle Tagesgestaltung. Aufgrund der teils phobischen Reaktionen gegenüber dem Aufsuchen von medizinischen Diensten oder mangelnder Selbstfürsorge bei Routineuntersuchungen und der täglichen Hygiene oder Bewegung waren körperliche Einschränkungen teils so gravierend, dass selbst einfache Bewegungseinheiten nur adaptiert möglich waren.

Da in einigen Fällen keine umfassenden Anamnesen und Befundungen vorlagen, wurde aufgrund vertrauensbasierter Informationen und fachlich fundierter Einschätzungen eine Kompetenzfeststellung durchgeführt, um darauf basierend eine individuelle, ganzheitliche, langfristige Perspektive zu planen und umzusetzen.

Übergeordnetes Ziel der Ergotherapie ist es, die *Handlungsfähigkeit* eines Menschen in den Betätigungsbereichen *Produktivität, Selbstversorgung und Freizeit* in dessen Umwelt zu ermöglichen, zu verbessern oder zu erhalten. Der Bereich Produktivität meint hierbei u. a. die Erwerbstätigkeit. Ergotherapie kann Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen dabei unterstützen, auf den Arbeitsmarkt zurückzukehren, indem sie individuelle Fähigkeiten und Ressourcen identifiziert und fördert. Dazu gehörten je nach Projektphase:

- **Datenerhebung und Zielsetzung**: Datenerhebungen und Bewertungen der körperlichen, kognitiven und psychosozialen Fähigkeiten, Identifikation von Betätigungsanliegen, Zielsetzung und Nachverfolgung

- **Training lebenspraktischer Fähigkeiten**: Unterstützung bei der Alltagsbewältigung und medizinischer Anbindung.

- **Förderung von Fähigkeiten** wie Zeitmanagement, Arbeitsorganisation, Stressbewältigung und zwischenmenschliche Kommunikation

- **Berufliche Rehabilitation:** Training berufsspezifischer Fähigkeiten, Erarbeitung spezifischer Bewältigungsstrategien, sowie Unterstützung bei Neuorientierung und Wiedereinstieg

- **Psychosoziale Unterstützung:** Beratungsangebote in Bezug auf Selbstfürsorge, Achtsamkeit, Motivation und soziale Kompetenzen.

- **Hilfsmittelberatung und Arbeitsplatzgestaltung**: Beratung über ergonomische Anpassungen des Arbeitsplatzes oder den Einsatz von Hilfsmitteln entsprechend den individuellen Bedürfnissen.

Methodisch bediente die Ergotherapeutin im Projekt die folgenden unterschiedlichen Ansätze:

Kompetenzzentrierte Methode: Durch sachbezogene, alltagsorientierte Übungen wurden verloren gegangene oder nicht vorhandene Kompetenzen erworben. Dies wurde u. a. durch die Nutzung lebenspraktischer, handwerklicher und/oder arbeitsbezogener Medien zur Übung bestimmter Tätigkeiten gefördert. Die Teilnehmenden sollten eine bessere Orientierung und Selbsteinschätzung (Introspektion) erlangen und lernen, einen Bezug zur Realität herzustellen. Die über diesen Behandlungsweg erreichten Erfolge sollten dann dabei helfen, Stabilität und Selbstvertrauen zu stärken.

Interaktionelle Methode: In diesem überwiegend prozessorientierten Gruppenangebot mit soziozentrierten, interaktionellen Übungen stand die Förderung von sozialen Kompetenzen und Beziehungsfähigkeiten, Selbst- und Fremdwahrnehmung, Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit sowie situationsgerechtem Verhalten im Vordergrund.

Ausdruckszentrierte Methode: Den subjektbezogenen, ausdruckszentrierten Übungen lagen tiefenpsychologisch orientierte Konzepte zu Grunde. Die Teilnehmenden sollten sich Möglichkeiten erschließen, über kreativ-gestalterisches Tun und Handeln zur besseren Wahrnehmung von Erlebnisqualitäten zu finden, d.h. lernen, Wünsche, Bedürfnisse und Gefühle insbesondere nonverbal, aber auch verbal zum Ausdruck zu bringen. Dabei stand der Gestaltungsprozess im Vordergrund, als Weg zu besserem Selbstverständnis und Einblick in die darin begründeten persönlichen Reaktions- und Verhaltensweisen.

Kognitives/Hirnleistungstraining: Diese neuropsychologisch orientierte Behandlung nutzt neueste wissenschaftliche Erkenntnisse, die zeigen und nachweisen, wie kognitive Fähigkeiten, u. a. Konzentration und Merkfähigkeit, gefördert werden können.

Grundsätzlich wurden im ergotherapeutischen Prozess individuelle Betätigungsanliegen mit den Teilnehmenden gemeinsam erarbeitet, verfolgt und kontrolliert. Diese Klientenzentrierung und die besonderen Methoden der Ergotherapie sorgten für erhöhtes Commitment seitens der Teilnehmenden und damit einen höheren Therapieerfolg. Für die häufig schwer zu erreichenden Klient*innen aus dem *GUIDE*-Projekt war das von Vorteil.

3.4 Psychologische Beratung

Der Einbezug von Ergotherapeutinnen und Psychologinnen in eine enge Projektstruktur hat den Zugang zur Kundschaft sehr bereichert. Erst im Dialog ergibt sich ein Gesamtbild der Lebenssituation der Kund*innen. Ohne eine möglichst vollständige Anamnese von Familiensituation, beruflichen Vorerfahrungen, den mentalen Ressourcen und der gegebenen Handlungsfähigkeit können Zugänge zu den Kund*innen oft nur oberflächlich hergestellt werden und/oder reißen bei auftretenden Problemen schneller ab.

Die psychologischen Problemlagen und Hilfebedarfe stellten in Kombination mit psychosozialen Problematiken zumeist die schwerwiegendsten Vermittlungshemmnisse dar.

In Erstgesprächen erfolgte eine Anamnese sozialer, psychologischer und somatischer Problemlagen und Hilfebedarfe. Durch diese Anamnese, Verhaltensbeobachtungen, Informationen durch die Fallmanager und die Teilnehmenden sowie (mit Einverständnis des Teilnehmenden) durch vorliegende Gutachten und Diagnosen konnten psychologische Verdachtsdiagnosen gestellt oder, aufgrund von fundierten Befundungen, externe Anbindungen verfolgt werden.

In Einzelgesprächen wurde zunächst durch verschiedene Techniken der Aufbau einer tragfähigen Vertrauensbeziehung angebahnt, die psychosoziale Situation ganzheitlich analysiert und erste Ziele der Zusammenarbeit formuliert sowie verschiedene psychologische Verfahren zum Einsatz erläutert. Geprägt von Empathie, Verständnis und Akzeptanz wurde Vertrauen erweckt und durch klare Absprachen und das Aufzeigen von verschiedenen Perspektiven der Veränderungsprozess angestoßen. Insbesondere bei der hier dargestellten Zielgruppe ist die Beziehungsarbeit ein zentraler Aspekt und Wirkfaktor für den Erfolg von speziellen Methoden sowie Voraussetzung für psychologische und ergotherapeutische Interventionen.

In Phasen der Krise wurden unzureichende Problemlösungsversuche korrigiert und bisher ungenutzte Potenziale aufgedeckt und angewendet. Durch eine professionelle Gesprächsführung und eine professionell gestaltete Beziehung zwischen Beratenden und Ratsuchenden, praktische Anleitung und methodische Arbeit sowie durch das Erleben neuer Erfahrungen wurden Copingstrategien aufgebaut und Lösungen generiert. Neue Wahlmöglichkeiten wurden geschaffen, Ressourcen identifiziert, erste Schritte begleitet und die Selbstwirksamkeit unterstützt. Dabei werden die Teilnehmenden als Expert*innen Ihres Lebens mit multiplen verfügbaren Ressourcen gesehen, welche durch geeignete Methoden (re-)aktiviert werden.

Folgende Inhalte waren Kern der psychologischen Beratung im Projektkontext:

- Stimmungsaufhellung und Stabilisierung des Selbstwertgefühls,
- Stärkung von Selbstmitgefühl und Selbstvertrauen,
- Stärkung vorhandener Ressourcen,
- Verbesserung der Selbst- und Körperwahrnehmung,
- Verbesserung der Selbstfürsorge (eigene Bedürfnisse wahrnehmen und ausdrücken können, Grenzen setzen, auch „Nein“ sagen können),
- Aufbau einer positiven Zukunftsperspektive,
- konstruktiver Umgang mit Belastungs- und Versuchungssituationen,
- Aufbau befriedigender sozialer Kontakte,
- Kompetenzerweiterung und Steigerung des Entscheidungs- und Handlungsspielraums,
- Verbesserung des Schlafs und des Essverhaltens,
- Abbau von Stress, Ermittlung der Stressauslöser und -faktoren sowie der persönlichen Möglichkeiten der Stressminderung,
- Erhöhung der Belastbarkeit,
- Verbesserung der Konfliktlösefähigkeiten,
- Verbesserung des Zugangs zu eigenen Bedürfnissen und Gefühlen,
- Verbesserung der Kontaktfähigkeit und Beziehungsgestaltung,
- Verbesserung der Affektsteuerung,
- Förderung des Selbstvertrauens und des Selbstwertes,
- Resilienzförderung,
- Kommunikationstraining,
- Emotionsregulation,
- Psychoedukation,

- Soziales Kompetenztraining,
- Achtsamkeits- und Entspannungstraining,
- Aktivitätsaufbau.

Angesichts der nicht erwarteten Vielzahl und Schwere der psychischen Erkrankungen wäre ein höherer Personalschlüssel für die psychologische Betreuung notwendig gewesen. Mit Beginn der Arbeitserprobung Maßwerk war die Vollzeit beschäftigte Psychologin angesichts der Vielzahl der *GUIDE*-Teilnehmenden in der Clearing- und Stabilisierungsphase kaum in der Lage, die Maßwerkteilnehmenden weiter zu begleiten.

3.5 4.5 Arbeitserprobung Maßwerk

Mit der Einrichtung der Arbeitserprobungswerkstatt Maßwerk wollte das Projekt *GUIDE* den genannten unzureichenden Ausgangsbedingungen der Zielgruppe entgegenwirken und ein innovatives Förderinstrument erproben, das zielgerichtet den Integrationsprozess in Arbeit unterstützt. Im Kern ging es dabei um die direkte Einbindung in betriebsnahe/betriebliche Strukturen und Anforderungen durch „Arbeit an realen Kundenaufträgen“ – mit ausgewiesener Berücksichtigung der individuellen Leistungsfähigkeit und Unterstützungsbedarfe (siehe Kap. 2.2.4).

Die Auftragsakquise, die kundenorientierte Umsetzung realer gemeinnütziger Aufträge und Kundenanfragen standen im Zentrum des produktionsorientierten Konzepts. Unternehmerische Prinzipien standen so neben den sozialpädagogisch-therapeutischen Ansätzen im Mittelpunkt für die Vorbereitung auf die betriebliche Realität. Nach der Idee der Ganzheitlichkeit bilden Arbeit, Weiterbildung (auch im Sinne sozialer Bildungsprozesse) und persönlich-gesundheitliche Stabilisierung eine Einheit. Alle Abläufe wurden im Sinne des Teilnehmenden gestaltet und orientierten sich hier an betrieblichen Strukturen und Abläufen.

Wesentliche Erfolgsfaktoren der Leitidee lagen in

- der wertschätzenden „Unternehmenskultur“,
- einem stringent zielgruppen- und produktorientierten Ablaufarrangement,
- der abgestimmten Teamarbeit in Maßwerk mit geteilter Verantwortung und
- einem guten Schnittstellenmanagement aller Beteiligten.

Um den Voraussetzungen der angesprochenen Zielgruppe zu entsprechen, war es zwingend notwendig, die Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung des Produktionsprozesses so kleinschrittig aufzubereiten, dass die gestellten Aufgaben einerseits Anforderungscharakter haben, andererseits aber nicht überfordern, sondern auf die gesundheitliche/psychische Leistungsfähigkeit der Beschäftigten abgestellt sind.

Anhand der betrieblichen Wertschöpfungskette konnten Teilnehmende den Erfolg und den Wert der eigenen Arbeit und Leistung erleben und erkennen, was sich motivierend auswirkte und den Einstieg in die betriebliche Realität erleichterte. Maßwerk schaffte so eine wertschätzende und angstfreie Arbeitsatmosphäre, in der sich die Teilnehmenden ernst genommen und anerkannt fühlten.

Als innovativ und zielführend erwies sich auch die Möglichkeit, die Auftragsbearbeitung im Sinne eines ganzheitlichen Vorgehens therapeutisch und sozialpädagogisch zu begleiten, um alle gesundheitlichen und psychosozialen Dimensionen professionell mit in den Blick zu nehmen und zu bearbeiten. Die Ergotherapeutin flankierte den Prozess bedarfsorientiert mit individuellen Gesprächsangeboten und therapeutischen Interventionen. Sie trug so dazu bei, die Grundarbeitsfähigkeiten (wie regelmäßige Teilnahme, Pünktlichkeit oder die Steigerung des Antriebs, der Belastbarkeit und Ausdauer) zu entwickeln, Körperwahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung zu steigern und Ängste abzubauen.

Die Arbeitserprobung in den Gewerken der Produktionswerkstatt Maßwerk hat für viele Teilnehmende dazu beigetragen, einen Rahmen der Stabilisierung zu bieten, sinnstiftende Arbeitsabläufe

kennenzulernen, eigene Belastungsgrenzen zu erkennen und auszubauen, Selbstwirksamkeit neu zu erleben und davon ausgehend ein neues Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten und den Glauben an eine persönliche Zukunft wiederzugewinnen.

Gleichzeitig wurden auch Grenzen der Methode deutlich. Bei manchen Teilnehmenden offenbarten sich in der Arbeitserprobung Grenzen der körperlichen und/oder psychischen Belastbarkeit oder verfestigte negative Haltungen, die einer Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit im Weg standen. In der langen Zeit der Arbeitslosigkeit hatten sich gleichermaßen Vorurteile und realitätsfremde Ansprüche herausgebildet, die zu Erwartungen an ein Verhältnis aus biografischen Ressourcen, Einsatz und Verdienst führten, das weder in der Arbeitserprobung noch in den verfügbaren Arbeitsmarktpositionen erfüllbar schienen. Diese Erfahrungen weisen darauf hin, dass mit der Länge der Abwesenheit vom Arbeitsmarkt die Hürden tendenziell stark zunehmen und Hilfe möglichst früh ansetzen sollte. Für viele der Teilnehmenden wäre auch nach einer umfassenden Förderung im Projekt zunächst eine Beschäftigungsmöglichkeit auf dem 2. Arbeitsmarkt oder eine geförderte Beschäftigung eine angemessene Überbrückung zu einer späteren Einmündung in den ersten Arbeitsmarkt gewesen. Die Möglichkeiten zur Aufnahme einer AGH (gem. §16d SGB II) oder §16i SGB II-Beschäftigung war aber aufgrund von formalen Hürden oft nicht gegeben. Hier müssten Zugangsvoraussetzungen verändert werden bzw. Ausnahmeregelungen möglich gemacht werden.

Der in Maßwerk praktizierte produktionsorientierte Ansatz in der Arbeit mit Langzeitarbeitslosen hat sich bewährt, könnte allerdings mit einigen Veränderungen noch bessere Ergebnisse erzielen. Viele Projektteilnehmer*innen beklagten den fehlenden finanziellen Anreiz. Die Arbeit im Gewerk wurde aufgrund der Organisationsstruktur als tatsächliche Arbeit wahrgenommen, aber dazu hätte auch ein Entgelt gehört. Wünschenswert wäre daher eine Aufwandsentschädigung ähnlich wie die in einer Arbeitsgelegenheit.

Die Abbildung eines realen Produktionsprozesses erforderte klare Tagesstrukturen. Dem standen häufig das praktizierte Prinzip der Freiwilligkeit und die sehr eingeschränkten Zuweisungszeiten im Wege. Für den Bereich „Hotel- und Gaststättengewerbe“ hatte dies schon von Beginn an die Konsequenz, dass die geplanten externen Aufträge durch gemeinnützige Einrichtungen nicht angenommen werden konnten. Die Einrichtung des internen Kiosks, der ebenfalls einen Echtbetrieb mit Frühstücks- und Mittagsessenangebot ermöglichte, wurde als Kompromiss gewählt. Dadurch fehlte allerdings der wünschenswerte Kontakt nach außen für die Teilnehmenden.

Aus Sicht des Trägers wäre eine Aufhebung des Freiwilligkeitsprinzips mit dem Eintritt in die Arbeitserprobungsphase wünschenswert. Eine Festlegung auf verbindliche Arbeitszeiten für alle, und eine hierfür gewährte Aufwandsentschädigung zur Motivationsförderung hätte dem Projekt gutgetan und sollte in einem Folgeprojekt nach Möglichkeit umgesetzt werden.

3.6 Virtuelle Gruppenangebote

Dass die eigentlich in Präsenz geplanten Gruppenangebote in ein digitales Format umgewandelt wurden, war ursprünglich als Interims-Lösung geplant. Die Erfahrungen aus der Pandemie demonstrierten jedoch, dass virtuelle Angebote für Kund*innen z. B. mit Sozialphobien, Depressionen und mobilen Einschränkungen einen erleichternden Zugang zum Projekt schaffen konnten. Zudem erleichterte die größere Anonymität im virtuellen Raum einigen Personen, sich zu öffnen.

Wie in Kap. 2.2.3 beschrieben, wurde aus der Idee eines gemeinsamen Kochens in den Räumlichkeiten der WiKU beispielsweise ein ‚Live-Cooking´ aus den Küchen der Moderator*innen, bei dem sich alle Teilnehmenden zuschalten und ggf. selbst mitkochen konnten. Achtsamkeits- und Meditationsübungen sowie Gesprächsrunden wurden ebenfalls virtuell abgehalten, was hervorragend angenommen wurde. Die Angebote stießen auf große Resonanz. Es zeigte sich, dass gerade durch das digitale Angebot für einen nicht zu unterschätzenden Anteil der Teilnehmenden die Möglichkeit zur sozialen Teilhabe gewährleistet werden konnte. Angebotsstrukturen mit ähnlichen Zielen oder Ausrichtungen wie VHS-Angebote oder präventive Gesundheitskurse der Krankenkassen erreichen SGB II-Beziehende in der Regel nicht.

Um diesen Spannungsfeldern als wissenschaftliche Begleitung zu begegnen, wurde auch hier eine gesonderte Evaluation durchgeführt, um die Effekte sowie Vor- und Nachteile zu erheben. Durch eine Sonder-Evaluation (n=32) konnte gezeigt werden, dass trotz oder gerade aufgrund der virtuellen

Umsetzung der Gruppenangebote einige positive Effekte erzielt werden konnten. Die Vor- und Nachteile von Online- und Präsenzangeboten wurden gegenübergestellt. Hier wurde von der großen Mehrzeit aufgezeigt, dass es ihnen in der virtuellen Umgebung leichter falle, sich zu öffnen und in der Gruppe trotz der räumlichen Distanz ein Zusammengehörigkeitsgefühl entstanden sei. Auch wenn keinesfalls der Mehrwert von Begegnungen in Präsenz abgesprochen werden soll, bleibt an dieser Stelle zu betonen, dass die Projektanpassungen aufgrund der pandemischen Beeinträchtigungen letztlich auch positive Effekte erzeugen konnten. Es wurden in einer höheren Häufigkeit Gruppenaktivitäten angeboten als ursprünglich geplant, welches den Teilnehmenden wiederum zu einer besseren Tages- und Wochenstruktur verhalf. Auch konnten Fahrtkosten eingespart werden. Nicht zuletzt wurde die Hemmschelle zur Teilnahme für Menschen mit Angststörungen und Sozialphobien sowie eingeschränkter Mobilität, deutlich gesenkt. So resümierten die Teilnehmenden:

„Durch meinen gesundheitlichen Zustand wäre mir ein Präsenzangebot nicht regelmäßig verfügbar, da ich dann sehr eingeschränkt in meiner Bewegungsfreiheit bin." (Interview aus Sonderevaluation Online-Gruppen)

„Das sichere Umfeld bei den Onlinegruppen ist für mich entscheidend, um mich öffnen zu können. Die unkomplizierte Teilnahme ohne Anfahrt ist für mich sehr wichtig." (Interview aus Sonderevaluation Online-Gruppen)

In der Ernährungsgruppe zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen Bildungsabschluss und Ernährungskompetenz. Das Wissen über gesunde Ernährung und die Fähigkeit, dieses Wissen im Ernährungsalltag anzuwenden, war bei Teilnahmenden ohne Schul- oder Berufsabschluss gering. Dabei fiel weiter auf, dass die Kompetenz bei Männern deutlich niedriger war als bei Frauen. Eine niedrigere Gesundheitskompetenz führt zur stärkeren Wahl bearbeiteter Produkte, einem hohen Konsum zuckerhaltiger Getränke und dem Verzehr von wenig Obst und Gemüse. Eine ungesunde Ernährung kann zu Übergewicht und Skeletterkrankungen führen und die Gefahr ernährungsbedingter Stoffwechselstörungen, für bestimmte Krebserkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöhen. Diese wiederum schränken die Arbeitsfähigkeit ein und begrenzen so die Teilhabechancen am Arbeitsmarkt.

Der Regelsatz ist knapp bemessen, daher stand den Teilnehmenden wenig Geld für Lebensmittel zur Verfügung. Umso wichtiger ist die Fähigkeit, Nahrungsmittel saisonal einzukaufen und auf (teure) Fertigprodukte zu verzichten, das Ausgabeverhalten zu dokumentieren und sparsam mit Energie umzugehen. Die Kompetenz in diesem Bereich ist ebenfalls abhängig vom Bildungshintergrund. Unbestritten ist weiterhin, dass eine hohe Kompetenz in diesem Bereich Schulden vorbeugt, die bei einem Großteil der Teilnehmenden ein wichtiges Problemfeld ausmachten (siehe Kapitel 2.3.2).

3.7 Bedarfsgemeinschaften-Betreuung

Für den Erfolg des Integrationsprozesses ist das direkte Umfeld sehr wichtig. Eltern und Partner*innen haben einen großen Einfluss auf den Integrationsprozess: Bestimmte Lebensmuster werden von Eltern an Kinder weitergegeben und mit einer familiären Unterstützung gelingen viele Prozesse leichter. Besonders die Erfolgschancen bei der Beratung Jugendlicher sind ohne Berücksichtigung der positiven und negativen Verstärkungen von Eltern deutlich reduziert. Angehörige, die gegen die Bemühungen des Jobcenters anarbeiten, vereiteln alle erarbeiteten Fortschritte. Es ist daher wichtig, die Beziehungskonstellation zu kennen und positiv einzubinden.

Soweit es die Rahmenbedingungen (Erwerbsfähigkeit, Arbeitslosigkeit und gesundheitliche Situation) zuließen, wurden daher im Projekt Partner*innen und Konstellationen aus Elternteilen und erwachsenem Kindern in einem sogenannten „Bedarfsgemeinschaften-Ansatz" betreut. Jede Person wurde dabei individuell unterstützt, möglichst in getrennten Beratungsgesprächen, aber mit der Zielrichtung auf die gegenseitige Hilfestellung und Mobilisierung von Ressourcen zur gemeinsamen Lösung von Herausforderungen. Die Ergebnisse dieses Ansatzes sind vielversprechend. Wenngleich der größte Anteil der Teilnehmenden allein lebte, wurden insgesamt elf Paare und vier Elternteil-Kind-Konstellationen im Projekt betreut. Dabei ergaben sich Informationen zu problematischen psychischen Abhängigkeiten zwischen den Personen, die ohne den BG-Ansatz nicht aufgedeckt und hätten bearbeitet werden können. Andere Paare lernten sich gegenseitig zu stützen.

3.8 Peer-Ansatz

Die Peer-Beratung eröffnete eine zusätzliche Aktivierungsmethode und wurde im Projekt erfolgreich in Online-Gruppen eingesetzt. Kund*innen nahmen von anderen Leistungsbeziehenden eher Tipps und Ratschläge an als von Mitarbeitenden und fanden die gleiche Gesprächsebene.

Aus den Online-Formaten entwickelten sich darüber hinaus auch Freundschaften und Bekanntschaften unter den Teilnehmenden. Die Teilnehmenden trafen sich außerhalb des Projektrahmens zu Spaziergängen und halfen sich gegenseitig bei Erledigungen. Dies konnte zusätzlich der gesellschaftlichen Isolierung entgegenwirken. Um den Aufbau von gegenseitigen Unterstützungsstrukturen weiter zu befördern, wurde nach Ende der Kontaktbeschränkungen durch die Pandemie ein „Gesprächscafé“ in Präsenz eingerichtet, das es den Teilnehmenden ermöglichte, sich in offener Atmosphäre zu begegnen und auszutauschen.

3.9 Begleitung des Wegs in den Arbeitsmarkt in allen Phasen

Die Betriebsakquisiteurin ermittelte zusammen mit den Teilnehmenden, welches Tätigkeitsfeld geeignet wäre. Leitend war die Prämisse des Empowerment-Ansatzes, nach dem durch die Beratungsarbeit zuerst der Wille zur Veränderung aufgebaut und dann deren Umsetzung unterstützt werden muss, da eine intrinsische Motivation die Voraussetzung für eine nachhaltige Eingliederung in den Arbeitsmarkt ist.

Sofern eine Erfolgsaussicht bestand, regte die Betriebsakquisiteurin an, einen Schwerbehindertenantrag zu stellen, da der Schwerbehindertenstatus spezielle Integrationsinstrumente zur Integration in Arbeit ermöglicht.

Personen, die nach langer Arbeitslosigkeit in den Arbeitsmarkt vermittelt werden, benötigen besonders in den ersten Monaten im neuen Job weiterhin Unterstützung, um die Arbeitsfähigkeit zu erhalten und den Übergang in den Arbeitsmarkt zu verstetigen. Selbstvertrauen muss aufgebaut und die körperliche und mentale Belastung eines vollen Arbeitstages ausgehalten werden. Unterbleibt diese Unterstützung, können die Kund*innen die Beschäftigung u. U. nicht halten und entfernen sich durch die Frustrationserfahrung weiter vom Arbeitsmarkt (vgl. Schlösser und Kiesele 2018).

Mit einer Arbeitsaufnahme steigen die körperlichen und mentalen Anforderungen. Zu Beginn einer Tätigkeit sind viele Vorschriften und Regeln zu verinnerlichen und der Alltag neu zu organisieren. Koordinierende und sozial-interaktive Kompetenzen sind erforderlich, um im Berufsalltag bestehen zu können. Diesen Übergang zu unterstützen, ist für langfristige Erfolge wesentlich. Daher bedarf es grundsätzlich bei Langzeitarbeitslosen einer Begleitung nach erfolgter Vermittlung in Arbeit. Als zentrale Herausforderung stellte sich der Wunsch nach Autonomie durch die Teilnehmenden dar, die nach Übergang in den Arbeitsmarkt unabhängig vom Jobcenter sein wollten, so dass die Vorteilsübersetzung zunächst schwierig schien, sich aber rückblickend als sinnvoll erwies. So meldeten sich viele Teilnehmende nach wenigen Tagen wieder, um Schwierigkeiten zu besprechen, die mit dem Angebot, sich jederzeit melden zu dürfen, verabschiedet wurden. Das Rückversicherungsnetz wurde häufig in Anspruch genommen, wobei die früheren Teilnehmenden selbst entschieden, welche*n Projekt-Mitarbeitende*n sie kontaktierten.

4 Verstetigung vor Ort

4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung

Rahmenbedingungen

Projekten inhärent ist eine Struktur, die Neuerungen initiieren soll, um sie nach Bewährung in eine dauerhafte Umsetzung zu transferieren. Limitierend wirken sich hierbei häufig begrenzte finanzielle Mittel aus.

Das Modellprogramm rehapro fiel in eine Zeit mit schwierigen und sich stetig verändernden Rahmenbedingungen für die Aufgaben eines Jobcenter. Wie beschrieben, setzte zunächst die Pandemie dem Projekt Grenzen und führte zudem dazu, dass die Aufmerksamkeit der Bundesagentur für Arbeit, der Agentur für Arbeit Hamm und der Geschäftsführung des Jobcenters Kreis Unna auf die Aufrechterhaltung der Regelstrukturen unter schwierigen Rahmenbedingungen gelegt wurde. Die Meilensteine, mit denen das Projekt arbeiten wollte, konnten aufgrund der Corona-Schutzverordnungen zunächst nicht umgesetzt werden. Vielmehr betrafen die Lockdown-Regelungen das Projekt im selben Maße wie andere Bereiche der Vermittlungsarbeit, waren von den Auswirkungen her allerdings umfänglicher, da im Projekt Kund*innen intensiv persönlich betreut werden sollten.

Aber auch der Beginn des russischen Angriffskrieges auf die Ukraine im Februar 2022 mit der damit einhergehenden großen Flüchtlingswelle setzte den Fokus intern und entsprechend den Vorgaben der Bundesagentur für Arbeit, auf den Ausbau der Integrationsstrukturen für geflüchtete Menschen. Der Bestand an Leistungsbeziehenden stieg im Jahr 2022 und damit das Erfordernis, möglichst viele Menschen schnell in den Arbeitsmarkt zu integrieren.

Nicht zuletzt die Einführung des Bürgergeldes im Jahr 2023 nötigte allen Jobcentern einen hohen Steuerungsaufwand ab.

In dieser Gemengelage erhielt das Projekt weniger Aufmerksamkeit der Agentur für Arbeit in Bund, Land und kommunal und auch seitens der Geschäftsführung des Jobcenters Kreis Unna, als es unter weniger herausfordernden Rahmenbedingungen möglich gewesen wäre.

Bei der Verstetigung ist zu berücksichtigen, wie hoch der Ressourceneinsatz ist, um die gewünschten Ergebnisse erzielen zu können. Dabei ist in die Bewertung einzubeziehen, dass absehbar der Eingliederungstitel und der Verwaltungshaushalt der Jobcenter weniger finanziellen Spielraum für zusätzliche innovative Strukturen bietet.

Jobcenter (gE) erhalten von der Agentur für Arbeit quantitative Zielvorgaben, auf deren Festlegung sie bedingt Einfluss nehmen können. Wie diese Zielwerte erreicht werden und mit welchem Mitteleinsatz (Personalverteilung, Maßnahmenauswahl), liegt hauptsächlich in der Verantwortung der einzelnen Jobcenter.

Unter diesen Rahmenbedingungen ist eine Weiterführung des Modellprojektes mit derselben Personal- und Maßnahmenausstattung nicht möglich. Vielmehr muss ausgelotet werden, inwieweit Teilansätze des Projektes bzw. zumindest Erkenntnisse zu zielführenden Beratungskonzeptionen in die Regelstrukturen eingebettet werden können. Dabei ist der personelle und finanzielle Aufwand im Verhältnis zu dem Nutzen zu betrachten. Dieser Bewertungsprozess ist noch nicht abgeschlossen.

Die jobcenterinterne Bewertung des Projektes fällt nach dessen Ende positiv aus: 80 Prozent der Teilnehmenden sind sozial stärker in den Arbeitsmarkt und/oder die Gesellschaft integriert, haben gesundheitliche Fortschritte gemacht, Schuldenprobleme gelöst und weitere Beschwernisse überwunden.

Unter Berücksichtigung, dass das Projekt Personen erreichte, die ohne eine intensive Unterstützung voraussichtlich niemals (wieder) in den Arbeitsmarkt eingemündet wären, ist der Erfolg auch finanziell beträchtlich. Mit Hilfe des Projektes konnten 40 Personen dauerhaft den Leistungsbezug beenden, für weitere 20 Personen ist dies aufgrund begonnener Qualifikationen sehr wahrscheinlich. Im

Schnitt sparen Bund und Kommune pro Person und Jahr ca. 12.000 EUR ein und zusätzlich stehen dem Arbeitsmarkt dringend benötigte Arbeitskräfte zur Verfügung. 15 Personen konnten den Hilfebedarf durch die Aufnahme einer nicht-sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung verringern und 9 Personen haben den Anschluss an den Arbeitsmarkt durch Übernahme eines Ehrenamtes gefunden.

Legt man ferner zugrunde, dass die Mehrzahl der Teilnehmenden vor dem individuellen Projektstart seit mindestens sechs Jahren im Leistungsbezug war und ohne adäquate Hilfestruktur mutmaßlich noch viele Jahre im Bezug geblieben wäre, ist der personelle und finanzielle Ressourceneinsatz gerechtfertigt. Zu berücksichtigen ist auch, dass in der Regelbetreuung nur die Hälfte der terminierten Beratungen tatsächlich stattfinden, während die Termintreue im Projekt – bei deutlich krankheitsanfälligerem Klientel - bei 70 bis 80 Prozent lag.

Letztlich kann die Entscheidung für ein gesundheitliches Fallmanagement nur durch Vorgaben des Bundesministeriums für Arbeit und der Bundesagentur für Arbeit getroffen werden. Eine Vielzahl von quantitativen Kennzahlen setzen einzelnen Jobcentern Grenzen in der Umsetzung durchaus bewährter, aber personalintensiver Ansätze. Auch die Kommunen als Träger werden durch angespannte Haushaltslagen gehindert, andere Schwerpunkte in der Vermittlungsarbeit zu setzen.

Ganzheitlicher Beratungsansatz

Der hohe Prozentsatz langzeitarbeitsloser Leistungsbeziehender an allen SGB II-Empfänger*innen verlangt nach einer modifizierten Beratungstiefe und -qualität. Die wenigsten Langzeitarbeitslosen benötigen lediglich Unterstützung im Bewerbungsprozess oder eine Qualifizierung. Das Projekt hat gezeigt, wie vielschichtig die individuellen Schwierigkeiten der Kund*innen sind. In vielen Fällen müssen zunächst Rahmenbedingungen angepackt werden und dazu braucht die Mehrzahl der Leistungsbeziehenden fachkundige Unterstützung.

Das derzeitige beschäftigungsorientierte Fallmanagement im Jobcenter Kreis Unna kann nur einen geringen Anteil der Menschen mit Unterstützungsbedarf betreuen. 20 Fallmanager*innen betreuen etwa 1.500 Kund*innen. Alle befragten Mitarbeitenden in der Arbeitsvermittlung äußern sich dahingehend, dass sie faktisch zu drei Viertel Fallmanagement-Kund*innen hätten. Nur jenen Kund*innen wird aktuell das Fallmanagement angeboten, die ihre vielen Probleme von sich aus gegenüber der Arbeitsvermittlung deutlich darlegen. Darüber hinaus ist das Fallmanagement beschäftigungsorientiert und damit unmittelbar in die Ziel- bzw. Wirkungserwartung des jeweiligen Jobcenters eingebunden. Die Einmündung in den Arbeitsmarkt soll am Ende des grundsätzlich auf zwei Jahre begrenzten Fallmanagementprozesses stehen, so dass Kund*innen, deren Einmündung in den Arbeitsprozess sehr unwahrscheinlich ist, bereits keine Berücksichtigung finden.

Angemessen wäre es, das Case Management auszuweiten und zusätzlich ein gesundheitsorientiertes Fallmanagement einzurichten, das besonders zu gesundheitlichen (psychischen) Belangen berät. *GUIDE* hat gezeigt, dass ein solches Fallmanagement ebenfalls gute Erfolge aufweist, wenn auch in längeren zeitlichen Dimensionen. Eine kundengerechte Beratung, die den ganzen Menschen im Blick hat, erfordert eine bessere Personalausstattung und eine angepasste Qualifizierung der Mitarbeitenden. Der Betreuungsschlüssel sollte 1:50 nicht übersteigen. Der Case-Management-Prozess orientiert sich an den Adressat*innen und deren Lebenswelt. Die Stärken und Ressourcen der adressierten Person stehen im Fokus, um die Möglichkeit zu schaffen, sie zu empowern.

Ein unabdingbares Instrument im gesundheitsorientierten Fallmanagement sind aufsuchende Beratungsformate wie Walk & Talk und begleitende Angebote zu Dritten für Übergabegespräche. Kund*innen mit psychischen Erkrankungen, Sozialphobien und auch körperlichen Einschränkungen können dadurch angemessen beraten und weiter verwiesen werden.

Idealtypisch wird mithilfe verschiedener Professionen in multiprofessionellen Integrationsteams gearbeitet, um eine intensivere Unterstützung zu gewährleisten (s. Kap. 3.1). Ergotherapeut*innen und Psycholog*innen oder Sozialpädagog*innen mit entsprechender Zusatzqualifikation bereichern die Arbeitsvermittlung aufgrund der anderen Perspektive auf die Bedarfe der Kund*innen.

Wie in Kap. 3.7 dargelegt, hat sich dabei der Einbezug der Bedarfsgemeinschaft in die Betrachtung bewährt, da Menschen mit anderen interagieren und besonders enge Angehörige und Freunde

Einfluss auf Entscheidungen nehmen und diese sowohl positiv verstärken als auch negativ behindern können.

Kompetenzprofil Arbeitsvermittlung

Arbeitsvermittler*innen müssen über ein breites Wissen und vielfältige Fähigkeiten verfügen. Neben den Kenntnissen über Gesetze, Berufskunde, Arbeitsmarkt, Maßnahmen und Förderungen, bedarf es eines überzeugenden Auftretens und einer respektvollen, achtsamen Beratung auf Augenhöhe. Erforderlich ist ebenfalls die Fähigkeit, das eigene Beraten zu hinterfragen und alternative Sicht- und Handlungsweisen zu berücksichtigen, um Routinen zu vermeiden und individuell beraten zu können. Den Fokus von der reinen Vermittlung auf die für viele Kund*innen vordringliche Herstellung der Arbeitsmarktnähe zu öffnen, kann dazu führen, Vermittlungserfolge überhaupt erst zu ermöglichen.

Der professionelle Beratungskontext erfordert hohe kommunikative Fähigkeiten, um Signale der Interaktion zu erkennen und den Kund*innen Raum zur Darlegung eigener Vorstellungen und Wünsche zu geben. Die Beratung sollte nicht schematisch erfolgen, sondern einzelfallgerecht auf das Anliegen des*der Kund*in eingehen. Das setzt voraus, dass die Arbeitsvermittler*innen die Individualität der Kund*innen anerkennen, eine hohe Ambiguitätstoleranz besitzen und kultursensibel agieren. Um den Menschen mit ihren komplexen Herausforderungen angemessen begegnen zu können, ist eine positive Grundhaltung erforderlich. Kennzeichnend dafür ist die Fähigkeit, offen und kreativ zu sein, sich unbewusste Vorurteile (unconscious bias) bewusst zu machen, Ressourcen zu sehen und eine Haltung zu zeigen, die den Kund*innen vermittelt, dass sie mit Hilfe der Beratungsfachkräfte die individuellen Herausforderungen in den Griff bekommen können.

Die positive innere Haltung lässt sich trainieren. Dazu können entsprechende Schulungsreihen im Jobcenter angeboten werden. Letztlich transportieren auch eine hausinterne positive Kommunikation und Haltung diese Werte.

Schulungen und Fortbildungen für Arbeitsvermittler*innen

Aufgrund der hohen Anzahl psychisch erkrankter Kund*innen, ist eine Grundlagenschulung zu psychischen und physischen Erkrankungen für alle in der Arbeitsvermittlung Tätigen unabdingbar. Diese sollte auch darüber informieren, dass der Umgang mit Erkrankungen kulturell unterschiedlich ist. Das Erkennen einer psychischen Erkrankung und des damit einhergehenden besonderen Unterstützungsbedarfes stellt für viele Mitarbeitende eine Herausforderung dar. Viele von ihnen sind unsicher, wie sie mit geschilderten Erkrankungen umgehen sollen. Eine Grundschulung zu den häufigsten Erkrankungen erlaubt es, gezielt nachzufassen, welche Tätigkeiten noch möglich sind und wo Einschränkungen bestehen. Schulungen sollten daher regelmäßig angeboten und aufgefrischt werden, wobei als Lernziel nicht angestrebt werden sollte, verschiedene Krankheitsbilder im Detail unterscheiden zu können, sondern ein Gefühl zu bekommen, ob mit dem*der Kund*in „irgendetwas“ nicht stimmt.

In Schulungen ist ferner den Arbeitsvermittler*innen ausführlich die Aussagekraft von ärztlichen Gutachten, die Vorbereitung auf die Einleitung von Gutachten und der Stellenwert der Diagnosen niedergelassener Ärzt*innen zu veranschaulichen.

Kompetenzprofil Gesundheitsorientiertes Fallmanagement

Die Aufgabe im gesundheitsorientierten Fallmanagement setzt voraus, dass die Fachkräfte umfassend gesundheitlich geschult werden. Die Mitarbeitenden haben eine „Lotsenfunktion“
und sind durch die Qualifizierung in der Lage, motivierende gesundheitsorientierte Gespräche zu führen. Sie sollen abschätzen, ob der*die Kund*in Unterstützung bei der Inanspruchnahme von Gesundheits- und Therapieangeboten benötigt und im Bedarfsfall Kontakte zu Dritten (z. B. Mobiler Gesundheitskiosk, Beratungseinrichtung, Therapeut*innen) herstellen. Dies erfordert tiefergehende Kenntnisse des medizinischen und psychosozialen Versorgungssystems. In vielen dieser Fälle wird die (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt kein primäres Ziel sein, aber regelmäßige Zielgespräche können den Weg dahin bereiten, dass nach Genesung oder evtl. auch parallel, eine Partizipation am Arbeitsmarkt sinnvoll und oft auch hilfreich ist.

Darüber hinaus sollten sie zu körperlicher Aktivität, gesunder Ernährung anregen und Handlungsfähigkeit, Resilienz und Gesundheitskompetenz fördern.

Einige Jobcenter, z. B. das Jobcenter Düsseldorf bieten ihren Kund*innen bereits eine gesundheitsorientierte Beratung.[19] Das Jobcenter Essen hat bereits sehr frühzeitig auf den hohen Bedarf an gezielter gesundheitlicher Beratung reagiert (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, 2019).

Einbindung Dritter zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Kund*innen

Das im Projekt aufgedeckte umfassende Defizit an Kenntnissen über gesundes Verhalten und gesundheitliche Zusammenhänge bei einem nicht unerheblichen Teil der Kund*innen, muss außerhalb der Jobcenter bearbeitet werden. Der Umfang des Informationsdefizites überraschte insbesondere die Fallmanager*innen. Im Projekt konnte diese Beratung geleistet werden, grundsätzlich sollte es jedoch nicht Aufgabe von Jobcentern sein, Menschen allgemeine Informationen zu Gesundheitsvorsorge und -verhalten zu vermitteln. Primär ist hier das Bildungssystem gefordert. Gesundheitskompetenz (Health Literacy) ist eine wesentliche Voraussetzung für die Realisierung gesundheitlicher Chancengleichheit. Zahlreiche europäische Studien weisen darauf hin, dass diese in großen Teilen der Bevölkerung noch schwach ausgeprägt ist, viele Menschen also Schwierigkeiten im Finden und Verarbeiten sowie Beurteilen und Anwenden gesundheitsrelevanter Informationen haben. In Deutschland ist ein besonders großer Handlungsbedarf zu erkennen, hier hat sich die ohnehin schon im europäischen Vergleich gering ausgeprägte Gesundheitskompetenz in den letzten Jahren eher verschlechtert (Schaeffer et al. 2024).

Vorstellbar ist, dass in Kooperation mit Gesundheitsämtern niedrigschwellige Angebote für diese Zielgruppe konzipiert werden, die über das Jobcenter beworben werden. Dies können (digitale) Informationsveranstaltungen z. B. zu Ernährung oder Psychoedukation sein. Vorstellbar ist auch, Nudging-Elemente zu nutzen, um Kund*innen für gesundheitsbewussteres Verhalten zu sensibilisieren. Nudging ist die absichtsvolle Führung und motivierende Steuerung von Individuen durch das gezielte Auslösen unbewusster Verhaltensänderungen. Vorstellbar ist die gezielte Abgabe von Schrittzählern, Obst und gesunden Getränken oder Postern für kleine Fitnesseinheiten.

Um die Gesundheit arbeitsloser Menschen zu fördern und ihre Beschäftigungsfähigkeit zu stärken, wurde 2014 das Projekt „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“ ins Leben gerufen, das seit 2023 als Programm „teamw()rk für Gesundheit und Arbeit“ fortgeführt wird. Im Rahmen dieses Projektes arbeiten bundesweit Jobcenter und Arbeitsagenturen mit den gesetzlichen Krankenkassen im GKV-Bündnis für Gesundheit zusammen, um das angestrebte Ziel der Stärkung der sozialen Teilhabe und Beschäftigungsfähigkeit durch Gesundheitsförderung zu erreichen. Das Programm ist über §20a SGB V finanziert und abgesichert und ist ein Baustein zur Verringerung der Ungleichheit im gesundheitlichen Bereich. Die Ausgestaltung vor Ort variiert je nach Bedarf und Rahmenbedingungen, wobei Gruppenangebote zu psychischer Gesundheit, Ernährung und Bewegung im Vordergrund stehen.

Die Angebote sind für Leistungsbeziehende ein guter Einstieg, sich mit gesundheitlichen Fragen auseinanderzusetzen. Das Angebot deckt jedoch weder quantitativ noch qualitativ den Bedarf der Leistungsbeziehenden ab.

4.2 Verstetigung im eigenen Jobcenter

Kompetenzprofil Arbeitsvermittler*in

Die Verbesserung der Beratungskompetenz ist stetes Interesse des Jobcenters Kreis Unna.

Zur Professionalisierung und Vereinheitlichung des Onboarding-Prozesses wurde im Jahr 2019 ein Einarbeitungsbüro eingerichtet, das jährlich ca. 40-50 Mitarbeitende (neue Beschäftigte und

[19] vgl. https://www.jobcenter-duesseldorf.de/foerderung/beratung-von-menschen-mit-behinderung-oder-gesundheitlichen-einschraenkungen/gesundheitscoach/gesundheitsorientierte-beratung

Beschäftigte nach Eltern- oder Pflegezeit) für jeweils ca. zwei bis vier Monate schult. Das Einarbeitungsbüro gewährleistet, dass neue Mitarbeitende nach der aktuellen Gesetzes- und Weisungslage und den neuesten fachlichen Standards fortgebildet und auf ihre Aufgaben praxisnah vorbereitet werden. Die meisten neuen Mitarbeitenden haben zuvor in keinem Jobcenter gearbeitet und sind oft entweder Verwaltungsfachwirte oder Sozialarbeiterinnen oder Sozialpädagog*innen, so dass der Schulungsbedarf grundsätzlich hoch, aber durchaus abhängig von der Profession ist. Die Inhalte werden regelmäßig angepasst. Eine Weiterentwicklung hinsichtlich des in diesem Ergebnisband herausgearbeiteten Profils (s. Kap. 4.1) ist in Vorbereitung und soll um hausinterne Schulungen und Fortbildungen für alle Beschäftigten ergänzt werden.

Weitere Unterstützungsleistungen, wie die psychosoziale Betreuung sowie die Suchtberatung und auch die Schuldnerberatung, gewinnen auf der Grundlage von steigenden Bedarfen an Bedeutung. Entsprechend aktualisierte das Jobcenter Kreis Unna 2023 die Kooperationsvereinbarung zur beruflichen Integration Suchterkrankter gemeinsam mit seinen lokalen Partnern*innen, dem „Sozialpsychiatrischen Dienst der Kreisverwaltung Unna“, der „Gemeinsamen Gesellschaft für Suchthilfe im Kreis Unna mbH“ und steht im ständigen Austausch mit der Schuldnerberatung, die die AWO Ruhr-Lippe-Ems im Kreisgebiet anbietet. Regelmäßige Veranstaltungen und Fortbildungsangebote zu relevanten Themen und Entwicklungen (z. B. Medienabhängigkeit, Gewalterfahrung, Missbrauch, Drogen, Delinquenz) sorgen dafür, dass fachliche Kenntnisse intern, z. B. im Fallmanagement, aufgefrischt werden. Flankierende Aktivitäten zum Thema Gesundheitsorientierung und die Teilnahme des Jobcenters Kreis Unna am GKV-Bündnis für Gesundheit, unterstützen die Integrationsarbeit und ergänzen kommunale Eingliederungsleistungen auf sinnvolle Weise.

Kehrseite der intensivierten Beratungsprozesse ist der Gewinn von zum Teil stark belastenden Erkenntnissen über die persönliche Situation der Kund*innen. Mit der größeren Durchdringungstiefe im Beratungsprozess ergeben sich zunehmend auch Lebenssachverhalte von so hoher Komplexität, dass die herkömmlichen Kommunikations- und Problemlösungsstrategien nicht mehr ausreichen. Supervision muss in diesen Fällen sowohl für die persönliche Beratung der Integrationsfachkräfte, als auch für die konkrete Fallbesprechung standardmäßig und unbürokratisch zur Verfügung gestellt werden.

Beratungssetting

Die in *GUIDE* im Jobcenter Kreis Unna erstmals erprobte aufsuchende Beratung Walk & Talk wurde während der Pandemie in anderen Teams aufgegriffen, allerdings eher in modifizierter Form als Austausch in Reichweite der Jobcenter-Geschäftsstellen.

Nach Ende der Pandemie werden aufsuchende Beratungsformate im Fallmanagement standardmäßig hauptsächlich dann genutzt, wenn Kund*innen nicht zu Terminen erschienen sind und telefonisch nicht erreichbar waren.

Gesundheitsorientiertes Fallmanagement

Die Erkenntnisse des Projektes verdeutlichen die grundsätzliche Notwendigkeit, stärker gesundheitliche Einschränkungen über den Schwerbehinderten- und Reha-Status hinaus in dem Beratungsprozess zu berücksichtigen. Die aktuelle Personalausstattung ermöglicht derzeit keinen Aufbau von Teams oder einzelnen Mitarbeitenden mit der speziellen Expertise.

Ausgehend von einer auskömmlicheren Finanzausstattung kann geprüft werden, ob Inhouse-Schulungen zu gesundheitsorientierter Beratung und motivierender Gesprächsführung angeboten werden können.

In Erweiterung der bereits etablierten Schulungsreihe zur Beratungskonzeption (BeKo) könnten folgende Inhalte ergänzt und ausgeweitet werden:

Beratende Grundhaltungen, Philosophie und Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung

- Theoretisches Grundlagenwissen zu Arbeitslosigkeit und Gesundheit, Salutogenese vs. Pathogenese, Ressourcenorientierung, Bewegungsförderung, Sucht, gesunde Ernährung, Stressbewältigung.

- Gestaltung gesundheitsorientierter Beratungsgespräche, sensibilisieren für eine gesundheitsfördernde Lebensweise, zur Nutzung weiterführender Angebote Dritter motivieren, Netzwerkpartner und Kooperationen

Bedarfsgemeinschaften-Betreuung

Wie in Kap. 3.7 gezeigt, haben Eltern, Partner*innen und Kinder einen großen Einfluss auf den Integrationsprozess. Deswegen ist es wichtig, die Angehörigen der Kund*innen einzubinden und den einzelkundenzentrierten Fokus zu durchbrechen. Im Idealfall erfolgt tatsächlich eine Beratung der gesamten Bedarfsgemeinschaft durch **eine** Integrationsfachkraft. Alternativ und in der Regel im Rahmen der bestehenden Systeme einfacher darstellbar ist die sog. Bedarfsgemeinschaften-*Betrachtung*. Gegenstand der Beratung bleibt der Einzelkunde unter Berücksichtigung seines unmittelbaren Umfeldes. Hierzu gehört auch, dass Integrationsfachkräfte sich zu Kund*innen einer Bedarfsgemeinschaft austauschen und identifizierte Handlungsbedarfe abstimmen.

Leistungssachbearbeitung

Die Erfahrungen der Kund*innen mit dem Leistungsbereich entscheiden maßgeblich über das Vertrauen, welches Kund*innen in die Lösungskompetenz der Arbeitsvermittlung im Jobcenter setzen. Unterschiede in der Arbeitsweise und bei der Schwerpunktsetzung in der Aufgabenerledigung führen aber seit Einführung des SGB II zu einer Distanz der Bereiche. Diese Distanz kann durch ein klares Commitment aufgebrochen werden. Durch die verbindliche Benennung von Ansprechpartner*innen und kurze Wege bei der Anliegensklärung gelingt es, Missverständnisse und Unklarheiten bezogen auf den Leistungsbezug wirksam auszuräumen. Die Möglichkeit einer bedarfsorientierten Leistungsberatung auch im Einzelfall wird so eröffnet.

Die Verständlichkeit von Antragsunterlagen, Anfragen und Bescheiden ist ein wesentlicher Bestandteil auf dem Weg zu einer konfliktarmen Kommunikation mit Kund*innen. Das Spannungsfeld zwischen einfacher Sprache und rechtssicherer Formulierung muss aufgelöst werden. Aktuelle Initiativen der Zentrale der Bundesagentur für Arbeit haben zu einer vollständigen Überarbeitung der zentralen Vordrucke geführt und die Anzahl der in einfacher Sprache verfügbaren Vordrucke steigt kontinuierlich. Adressatengerechte Sprache muss auch der Anspruch aller Integrationsfachkräfte sein. Hier bedarf es der kontinuierlichen Verbesserung durch Fortbildung und Selbstreflektion.

Einbezug Dritter

Im Dezember 2024 bezog das Jobcenter Kreis Unna eine neue Hauptgeschäftsstelle in Unna. In dem Gebäude bestehen vielfältige Möglichkeiten, externen Akteuren (Mobiler Gesundheitskiosk, Beratungseinrichtungen) Räumlichkeiten für Sprechstunden anzubieten.

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung

Jobcenter betreuen etwa ein Zehntel der erwerbsfähigen Bevölkerung und sind der zentrale Stützpfeiler der sozialen Mindestsicherung. Sie haben nach §1 SGB II den gesetzlichen Auftrag, bei der Überwindung der Hilfebedürftigkeit durch eine Erwerbstätigkeit zu unterstützen, den Lebensunterhalt sicherzustellen und den Leistungsberechtigten ein Leben in Würde zu ermöglichen. Neben diesen Aufgaben werden an Jobcenter verschiedenste weitere Aufgaben herangetragen und mit der Behörde weitere Erwartungen verknüpft.

Jobcenter stehen regelmäßig im Zentrum gesellschaftlicher und politischer Auseinandersetzungen und Fokusverschiebungen. Zahlreiche und weitreichende gesetzliche Neuerungen zu Anspruchsberechtigungen, Förderinstrumenten und Sanktionen müssen beständig in aktives Handeln übersetzt werden. Dies lässt oftmals wenig Spielraum und Ressourcen für Überlegungen wie einzelnen Untergruppen von Leistungsbeziehenden wirkungsvoll zusätzliche Unterstützung und Beratung zu Teil werden kann.

5.1 Zielsystem und Personalausstattung

Das Bundesprogramm rehapro verfolgt die Zielsetzung, zu erproben, wie der hohen Anzahl insbesondere psychisch beeinträchtigter Menschen wirkungsvoll geholfen werden kann, um u. a. die Erwerbsfähigkeit (wieder) herzustellen. Dem geht die Erkenntnis voraus, dass psychisch erkrankte Leistungsbeziehende besonders schwer in den Arbeitsmarkt (wieder) einzugliedern sind. Diese Personengruppe profitiert regelhaft nicht von besonderen Unterstützungsleistungen und ist bisher nicht im verstärkten Fokus der Jobcenter, da das Zielsystem und die Beachtung des wirtschaftlichen Mitteleinsatzes dazu führen, dass sich Jobcenter im Rahmen der erforderlichen Priorisierung zur Erfüllung ihrer Zielmarken bevorzugt um leichter integrierbare Personengruppen kümmern.

Eine Abwendung von kurzfristigen Wirkungserwartungen und Änderungen am Zielsystem nebst auskömmlicher Finanzausstattung würde mehr Raum für die Hinwendung zu bisher marginalisierten Zielgruppen im SGB II-System ermöglichen.

Zur Erfüllung der vielfältigen Herausforderungen ist ein besserer Personalschlüssel unabdingbar. Die derzeitige Personalausstattung bemisst sich am Ziel der Arbeitsmarktintegration und hat Kund*innen im Blick, die eigeninitiativ und stringent daran mitwirken, schnellstmöglich in den Arbeitsmarkt wieder einzumünden. Diese idealtypische Vorstellung hat wenig mit den tatsächlichen Herausforderungen in der Arbeitsvermittlung gemein. Merkmale psychischer Erkrankungen sind Antriebsverlust, Labilität und Konzentrationsstörungen. Angesichts der Prävalenz psychischer Erkrankungen unter den Leistungsbeziehenden bedarf es daher einer adäquaten Personalbemessung, um auch Personen mit komplexen Problemlagen in den Arbeitsmarkt zu integrieren oder bei der Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit und sozialen Teilhabe zu unterstützen.

Die im Projektverlauf festgestellten Einzelergebnisse und die vielfältigen positiven Entwicklungsverläufe auf der Teilnehmenden-Ebene verweisen auf eine hohe Wirksamkeit der Projektansätze.

5.2 Berufliche Diversität in der Beratung – Ausrichtung der Jobcenter an den Bedürfnissen der Kund*innen

Die wesentliche Stellschraube zur (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt ist eine konsequente Begleitung der Leistungsbeziehenden, um ein Verharren in Arbeits- und Perspektivlosigkeit zu verhindern. Unter dem Aspekt der Menschenwürde aber auch volkswirtschaftlich ist es nicht vertretbar, Menschen aufzugeben, die aufgrund einer Erkrankung nicht in der Lage sind, sich selbst Hilfe zu organisieren.

Die Aufgabenerfüllung jenseits klassischer Tätigkeiten in der Arbeitsverwaltung setzt daher eine gute personelle Ausstattung voraus und erfordert ein breites Qualifikationsprofil und spezialisierte Fachkräfte.

Gesundheitsorientierte Beratung und ein spezialisiertes Fallmanagement

Der hohe Prozentsatz psychisch belasteter Leistungsbeziehender erfordert eine Basisschulung aller Mitarbeitenden mit Kund*innenkontakt in Leistungssachbearbeitung und Arbeitsvermittlung, um psychische Erkrankungen erkennen zu können, den Umgang mit den Erkrankten zu schulen und um diese Kund*innen gezielt an Kolleg*innen mit einer vertieften gesundheitsorientierten Beratungsqualifikation weiter zu leiten.

Gesundheitsorientierte Fallmanager*innen müssen neben der Qualifizierung im Case Management weitere Schulungen durchlaufen. Neben Kenntnissen der gängigsten Krankheitsbilder benötigen sie Methoden, mithilfe derer sie ihre Kund*innen für gesundheitliche Veränderungen begeistern und zur Aktivierung eigener Ressourcen anregen können. Sie leisten darüber hinaus Unterstützungen bei der Inanspruchnahme der breiten Angebotspalette an Gesundheitsleistungen. (siehe Kap. 4)

Psychologische und ergotherapeutische Beratung

Der Modellansatz *GUIDE* hat demonstriert, wie erfolgreich psychologische und ergotherapeutische Interventionen zur Heranführung und Integration von psychisch erkrankten Leistungsbeziehenden sein können. Der Nutzen einer Verstetigung ist deutlich herausgearbeitet und wird dringend empfohlen.

Schon vor Implementierung des Modellprogramms rehapro gingen einzelne Jobcenter innovative Wege. So richteten Jobcenter aufgrund der Entscheidung ihrer jeweiligen Träger in Eigeninitiative ein psychosoziales Coaching zur Hilfestellung für psychisch erkrankte Leistungsbeziehende mithilfe externer, klinisch geschulter Psycholog*innen mit Beratungszeiten direkt im Jobcenter ein. Idealerweise sind diese Fachkräfte bei einer Fachklinik beschäftigt (Deutschlandradio 2020). Die Kosten tragen die Jobcenter aus dem Verwaltungshaushalt, da das Angebot außerhalb des gesetzlichen Leistungsspektrums der Jobcenter-Integrationsinstrumente angesiedelt ist. Die psychologischen Fachkräfte sollen den Betroffenen die Behandlungs- und Hilfemöglichkeiten im bestehenden Versorgungssystem aufzeigen und sie in die leitliniengerechte Versorgung und Behandlung vermitteln (Lotsenfunktion). Eine Evaluation bestätigte den Erfolg, da die Versorgung der Betroffenen zuvor selten den Leitlinien entsprach (Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention o. J.; Deutsche Depressionshilfe o. J.)

Psycholog*innen und Ergotherapeut*innen können psychische Störungen und Krankheiten hinsichtlich ihrer Arbeitsmarktauswirkungen beurteilen. Sie verfügen durch ihre Ausbildung oder/ und Zusatzausbildungen über therapeutische Methoden, die Selbstoffenbarung der Klient*innen zu fördern, problematische Verhaltensweisen, Denkstrukturen und Einstellungen herauszuarbeiten, um diese zu verändern und Lösungen für die Probleme zu finden. Mit therapeutischen Methoden, wie z.B. stabilisierenden Imaginationstechniken oder Emotionsregulierungen, sind die Spezialist*innen in der Lage, den Leidensdruck zu mindern und gemeinsam mit den Kund*innen Bewältigungsstrategien zu entwickeln, die Stabilität schaffen und damit eine gleichzeitige Arbeit an einer beruflichen Perspektive überhaupt erst ermöglichen.

Der Einsatz von Psycholog*innen und Ergotherapeut*innen entlastet gleichzeitig Arbeitsvermittler*innen von ausbildungsfernen Beratungsaufgaben, so dass sie sich stärker um ihre Kernaufgaben (berufliche Orientierung, Stärkenanalyse, Unterstützung im Bewerbungsprozess und Stellensuche) kümmern können.

Der Tätigkeitsumfang der Psycholog*innen und Ergotherapeut*innen müsste in jedem Jobcenter ausgelotet werden. Für „kleine“ Jobcenter würden Stellenanteile genügen, Jobcenter mit vielen Tausend Leistungsbeziehenden bedürfen demgegenüber mindestens zwei bis drei Vollzeitstellen.

Ärztlicher Dienst und Berufspsychologischer Service

Die Arbeitsvermittlung kann nach Bedarf die Dienstleistungen des Ärztlichen Dienstes und des berufspsychologischen Service in Anspruch nehmen. Für die Beratung und Unterstützung physisch und psychisch erkrankter Kund*innen genügt das Angebot weder von Seiten der Aufgabenbeschreibung, noch der personellen Ausstattung den Anforderungen an eine niedrigschwellige und sinnvolle Unterstützung für die Beratung dieser Kund*innengruppe.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Tätigkeitsbereich des berufspsychologischen Service auf psychologische Begutachtungen zur Klärung der persönlichen Eignung und Fähigkeiten hinsichtlich beruflicher Erstausbildungs- und Weiterbildungswege, einschließlich beruflicher Neuorientierung, auch unter Anwendung verschiedener Testverfahren, begrenzt ist. Die Psycholog*innen berücksichtigen auch die psychische Belastbarkeit und können durchaus Kund*innen und Arbeitsvermittler*innen Empfehlungen zu einer psychotherapeutischen und fachärztlichen Abklärung geben. Da sie weder eine klinisch-psychologische Ausbildung haben, noch dies ihr Aufgabenportfolio umfasst, bestehen hier enge diagnostische Grenzen.

Der Ärztliche Dienst begutachtet Kund*innen zur Abklärung der grundsätzlichen, teilweise zeitlich befristeten, Erwerbsfähigkeit und zur Klärung, inwieweit bestehende gesundheitliche Einschränkungen die Ausübung bestimmter Tätigkeiten begrenzen. Sie geben fundierte Hinweise auf vorrangige therapeutische und medizinische und berufliche Rehabilitationsbedarfe.

Der Ärztliche Dienst stellt selbst keine Diagnosen, da er keine eigenen Untersuchungsmöglichkeiten hat und greift auf Diagnosen und Befundberichte behandelnder Fachärzt*innen zurück. Kund*innen, die zwar Beschwerden haben, sich aber nicht regelmäßig in Behandlung befinden, können dadurch nicht angemessen begutachtet werden. Häufig werden Gutachten nur nach Aktenlage getroffen, so dass gerade die psychische Situation keine Berücksichtigung findet. Problematisch kann auch sein, dass die Begutachtung psychischer Erkrankungen durch fachfremde Ärzt*innen erfolgt.

Das Ergebnis der Begutachtung wird in der Arbeitsvermittlung häufig als anwendungsfern kritisiert. Die Ärzt*innen erstellen ein negatives Leistungsbild, in dem zu vermeidende Tätigkeiten aufgelistet werden. Hilfreicher wären positive Auflistungen, die direkt Perspektiven auf dem Arbeitsmarkt aufzeigen. Eine lange Liste auszuschließender Aufgaben kann einerseits demotivieren und andererseits bei einigen Kund*innen zu Unverständnis führen, warum sie angesichts der langen Aufzählung überhaupt noch arbeiten müssen, wo sie doch „so krank seien“.

Tatsächlich führen viele vom Ärztlichen Dienst dokumentierte und zu berücksichtigende Einschränkungen zu einer massiven Begrenzung der Einsatzmöglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt. Der Wiedereingliederung und Erprobung von Einsatzbereichen sind damit enge Grenzen gesetzt.

Einige Jobcenter haben die Leistungen der arbeitsmedizinischen Begutachtung extern ausgeschrieben, um für die Vermittlungstätigkeit zielführende Gutachten zu erhalten, die mögliche Arbeitsmarktbereiche aufzählen. Ein weiterer Vorteil ist, dass vereinbart werden kann, dass der externe Dienst Begutachtungszeiten im Jobcenter anbietet. Die Kund*innen müssen nicht zum Ärztlichen Dienst an einen anderen Standort oder sogar in eine andere Stadt reisen, sondern können im gewohnten Umfeld begutachtet werden. Dies erhöht die Teilnahmebereitschaft, besonders der psychisch eingeschränkten Kund*innen.

5.3 Maßnahmenangebote gem. §16 Abs. 1 SGB II i.V.m. §45 SGB III neu konfigurieren

Einsatz von Psycholog*innen und Ergotherapeut*innen in Maßnahmen

Die Arbeitsfähigkeit eines Menschen hängt unmittelbar mit dessen gesundheitlicher Verfassung zusammen. Im Alltag des Menschen müssen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in seiner persönlichen Umwelt im Gleichklang sein, damit der Mensch belastbar bleibt. Die Zielgruppe der gesundheitlich beeinträchtigten Langzeitarbeitslosen braucht daher zwingend Unterstützungsangebote, die in der Lage sind, diesen Gleichklang zu schaffen bzw. zu befördern. In die

Arbeitsmarktangebote für diesen Personenkreis sollten daher zwingend psychologische und ergotherapeutische Fachkräfte integriert werden. Die Ausschreibemodalitäten sehen dies aktuell nicht vor. Der wesentliche Vorteil der Hilfen in der Maßnahmenstruktur ist der niedrigschwellige Zugang: Die notwendige Hilfe ist im Haus, Psycholog*innen sind als Teammitglieder bekannt und werden, so die Erfahrung, qua ihrer Profession erkannt als „Spezialisten für die Gefühlswelt“. In Projekten mit Arbeitserprobungs- oder Beschäftigungsansätzen werden im gemeinsamen Arbeiten in den Werkstätten Begegnungen auf Augenhöhe und Beobachtungsanlässe geschaffen, die Vertrauen aufbauen und zur Diagnose und Hilfeplanung dienen können.

Für den konsequenten Einsatz der Spezialist*innen in Regelförderangeboten spricht zudem auch, dass die psychosoziale Unterstützungsstruktur der Region, wie überall im Land, unzureichend ist. Wartezeiten von mehr als einem Jahr für eine therapeutische Behandlung sind keine Seltenheit. Inzwischen sind sogar Wartelisten geschlossen und Therapeut*innen lehnen zu erwartende langwierige Behandlungen bei schweren Erkrankungsbildern (z.B. bei Borderline-Erkrankungen, Psychosen oder Suchterkrankungen) grundsätzlich ab.

Verstetigung kann hier erfolgen, wenn die Akzeptanz der Notwendigkeit sich auch in der Bereitschaft ausdrückt, hierfür die nötigen finanziellen Mittel bereit zu stellen.

Jobcenter sollten daher die rechtliche Möglichkeit erhalten, zur Vermeidung von Langzeitarbeitslosigkeit frühzeitig stabilisierende Überbrückungsmaßnahmen mit fachkundiger Begleitung durch Psycholog*innen und Ergotherapeut*innen anbieten zu können, um soziale Kontakte zu ermöglichen und arbeitsrelevante Fertigkeiten zu erhalten.

Das Angebot an passgenauen Maßnahmen ist entsprechend zu erweitern.

Produktionsorientierte Arbeitsansätze

Anhand der direkten Einbindung in betriebsnahe / betriebliche Strukturen und Anforderungen durch „Arbeit an realen Kundenaufträgen“ erleben und erkennen Kund*innen als Teilnehmende in Maßnahmen den Erfolg und den Wert der eigenen Arbeit und Leistung. Sie nehmen ihre eigene Leistungsfähigkeit wieder wahr, erfahren so ihre Selbstwirksamkeit und können zunehmend eine stabile Motivationslage für den Prozess der Integration in den ersten Arbeitsmarkt entwickeln. Gerade für den Personenkreis der Langzeitarbeitslosen, der geprägt ist von vielfältigen Negativerfahrungen und Misserfolgen, der Ängste vor neuen Anforderungen und Abwehr gegen das Lernen entwickelt hat, ist der produktionsorientierte Ansatz besonders passgenau. Er schafft im praktischen Prozess zahllose Anlässe, fachliches und soziales Lernen zu befördern und ermöglicht eine wertschätzende und angstfreie Arbeitsatmosphäre, in der sich die Teilnehmenden ernst genommen und anerkannt fühlen.

Verstetigung kann hier erfolgen, wenn die Auftraggebenden arbeitsmarktpolitischer Projekte diesen Projektansatz konzeptionell vorgeben.

5.4 Gemeinnützige Beschäftigungsmöglichkeiten schaffen

Arbeitslosigkeit, so weisen eine Vielzahl von Studien nach, und dies bestätigen auch die Erkenntnisse des Projektes *GUIDE*, führt neben den verringerten finanziellen Mitteln, bereits früh zu einer veränderten Tagesstruktur, reduzierten Sozialkontakten, verursacht Stress und verringert das Selbstwertgefühl. Diese negativen Begleiterscheinungen steigern sich mit der Dauer der Arbeitslosigkeit. Je länger dieser Zustand anhält, desto länger dauert die (erneute) Heranführung an den Arbeitsmarkt und desto höher ist der personelle Aufwand, den ein Jobcenter betreiben muss, um Leistungsbeziehende einzugliedern. Ohne eine umfassende ganzheitliche Beratung mit ergotherapeutischer oder psychologischer Unterstützung werden viele Langzeitarbeitslose nicht mehr in den Arbeitsmarkt einmünden können.

Vorstellbar ist neben der Ausweitung von Arbeitsgelegenheiten nach Maßgabe des derzeitigen §16d SGB II eine Debatte darüber, ob die Kriterien der Zusätzlichkeit, des öffentlichen Interesses und der Wettbewerbsneutralität (§16d Abs. 2-4 SGB II) noch zeitgemäß sind oder es nicht legitim ist, dass aus dem Steuersystem alimentierte Menschen einer (Teil-) Erwerbstätigkeit in gemeinnützigen Bereichen der Kommunen, in nicht-gewinnorientierten Initiativen und Vereinen nachgehen. Eine Tätigkeit

gibt Menschen Würde, erhält ihre Beschäftigungsfähigkeit, entlastet den Staat finanziell und deckt gesellschaftlichen Bedarf ab.

2019 wurde mit §16i SGB II „Soziale Teilhabe am Arbeitsmarkt“ ein neues Regelinstrument für Langzeitarbeitslose geschaffen, das erfolgreich einem Teil der langzeitarbeitslosen Menschen im SGB II eine (neue) Perspektive eröffnet. Kritisch anzumerken ist, dass der §16i SGB II erst greift, wenn die Menschen bereits seit mindestens fünf Jahren SGB II-Leistungen erhalten haben[20], also weitgehend gesellschaftlich marginalisiert und beruflich exkludiert sind.

Ferner schließt die aktuelle Ausgestaltung viele Menschen mit psychischen Erkrankungen aus, da sie die formalen Kriterien des § 16i Abs. 3 SGB II nicht erfüllen. (siehe Kap. 2.1)

Literaturverzeichnis

Ärzteblatt (2023): Psychotherapeuten sehen COVID-19-Pandemie als eine ernste Krise für die psychische Gesundheit. Deutsches Ärzteblatt. 15.06.2023. https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/143941/Psychotherapeuten-sehen-COVID-19-Pandemie-als-eine-ernste-Krise-fuer-die-psychische-Gesundheit [abgerufen am 02.10.2024].

Bandura, A. (1986): Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

Bartelheimer, P. (2024): Eine Idee von Teilhabe für die Jobcenter – Überlegungen aus der sozialwissenschaftlichen Teilhabeforschung, G.I.B.-Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik 2024/03. GIB-Beitraege_2024-03_Artikel_Teilhabe_Jobcenter.pdf [abgerufen am 30.11.2024].

Bartelheimer, P.; Henke, J. (2018): Vom Leitziel zur Kennzahl: Teilhabe messbar machen. (FGW-Studie Vorbeugende Sozialpolitik, 2). Düsseldorf: Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung e.V. (FGW). https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-67644-6 [abgerufen am 30.07.2024].

BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2019): Evaluation des Bundesprogramms „Soziale Teilhabe am Arbeitsmarkt. Endbericht. Forschungsbericht 535. https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb535-soziale-teilhabe-am-arbeitsmarkt-endbericht.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [abgerufen am 24.04.2025].

Bundesagentur für Arbeit (BA) (2024a): Arbeitslosigkeit im Zeitverlauf, Entwicklung der Arbeitslosenquote, Deutschland und Bundesländer. Zitiert nach de.statista.com. https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2513/umfrage/entwicklung-der-arbeitslosenquote-in-nordrhein-westfalen-seit-1999/ [abgerufen am 01.07.2024].

Bundesagentur für Arbeit (BA) (2024b): Arbeitslose nach Rechtskreisen. Deutschland, West/Ost, Länder und Agenturen für Arbeit. Zitiert nach de.statista.com. https://de.statista.com/statistik/daten/studie/36651/umfrage/arbeitslosenquote-in-deutschland-nach-bundeslaendern/ [abgerufen am 02.07.2024].

Deutsche Depressionshilfe (o. D.): Das Psychosoziale Coaching - Ein Angebot zur Verbesserung der psychischen Gesundheit von Langzeitarbeitslosen und dem Abbau von Vermittlungshemmnissen. Informationsblatt für Jobcenter. https://arbeitswelt.hessen.de/fileadmin/arbeitswelt/Dokumente/das_psychosoziale_coaching_informationsblatt_fuer_jobcenter.pdf [abgerufen am 24.04.2025].

Deutscher Bundestag (2022): Zu den Auswirkungen der Coronapandemie auf die psychische Gesundheit, WD 9-3000-018/22. https://www.bundestag.de/resource/blob/895608/d76c06ceba31d5a3401ffc1f3268de79/WD-9-018-22-pdf-data.pdf [abgerufen am 01.06.2024].

[20] vgl. 16i SGB I: Es gelten unterschiedliche Betrachtungszeiträume, je nach persönlicher Situation, von fünf bis sieben Jahren.

Deutscher Bundestag (2019): Bildungsabschlüsse und berufliche Qualifikation im Zweiten und Dritten Buch Sozialgesetzbuch (Drucksache 19/14467). https://dserver.bundestag.de/btd/19/144/1914467.pdf [abgerufen am 15.11.2024].

Deutscher Bundestag (2012): Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen (Drucksache 17/9860). https://dserver.bundestag.de/btd/17/098/1709860.pdf [abgerufen am 25.11.2024].

DGCC e.V. (2025): Was ist Case Management (CM)? https://www.dgcc.de/case-management/ [abgerufen am 25.04.2025].

Deutschlandradio (2020): Psychisch Kranke im Hartz-IV-System. Im Dschungel der Zuständigkeiten, 26.12.2020 https://www.deutschlandfunk.de/psychisch-kranke-im-hartz-iv-system-im-dschungel-der-100.html [abgerufen am 20.09.2024].

Eichenberg, C (2021): COVID-19-Pandemie: Differenzielle Auswirkungen auf die Psyche. Deutsches Ärzteblatt, Heft 6, S. 277-279.

Hays, K. (1999): Working it Out: Using Exercise in Psychotherapy. American Psychological Association. Washington, D.C.

Hussenoeder, F. S.; Koschig, M., Conrad, I. *et al.* (2024): Einsamkeit bei Arbeitslosen mit psychischen Erkrankungen. *Bundesgesundheitsbl*att. https://doi.org/10.1007/s00103-024-03933-2.

IAB – Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (2023): IAB-Forum: Teilhabechancengesetz: Warum die Zuweisungspraxis in den Jobcentern Frauen benachteiligt, 26.09.2023. https://www.iab-forum.de/teilhabechancengesetz-warum-die-zuweisungspraxis-in-den-jobcentern-frauen-benachteiligt/ [abgerufen am 29.06.2024].

IAB – Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (2022): IAB-Kurzbericht: Betriebliche Vorbehalte gegenüber Langzeitarbeitslosen sinken leicht in Krisenzeiten. 17/2022. https://doku.iab.de/kurzber/2022/kb2022-17.pdf [abgerufen am 01.10.2024].

IAB – Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (2019): IAB-Kurzbericht: Unerwartete Übergänge in bedarfsdeckende Arbeit. 20/2019. https://doku.iab.de/kurzber/2019/kb2019.pdf [abgerufen am 18.09.2024].

IAB – Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (2017): Psychisch Kranke im SGB II. Situation und Betreuung. IAB-Forschungsbericht 14/2017. https://doku.iab.de/forschungsbericht/2017/fb1417.pdf [abgerufen am 05.09.2024].

IAB – Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (2016): IAB-Kurzbericht: Der Abbau von Hemmnissen macht`s möglich. 21/2016. https://doku.iab.de/kurzber/2016/kb2116.pdf [abgerufen am 15.07.2024].

IAB – Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (2013): Menschen mit psychischen Störungen im SGB II. IAB-Forschungsbericht 12/2013. http://doku.iab.de/forschungsbericht/2013/fb1213.pdf [abgerufen am 18.09.2024].

Kaluza, A. (2022): ‚Es gibt kein Motivationsproblem unter Hartz-IV-Empfängern'. Der Spiegel 48/2022, 23.11.2022.

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (o.D.): Gute Praxis konkret: Empowerment bei Arbeitslosen. https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-bei-arbeitslosen/gute-praxis/empowerment/ [abgerufen am 09.09.2024].

Kroll, L. E.; Müters, S.; Lampert, T. (2016): Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. Bundesgesundheitsblatt, 59, S. 228–237.

McKinney, B. (2011): Therapist's Perceptions of Walk and Talk Therapy: A Grounded Study. Dissertation. University of New Orleans.

Moskaliuk, J. (2015): Motivationspsychologie in der Berufspraxis. Springer: Wiesbaden.

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (2019): Arbeitslosigkeit und Gesundheit als kommunales Arbeitsfeld. Praktische Ansätze, Erfahrungen und Perspektiven aus der Stadt Essen.https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/service/Pub/2019_df/PQE_Essen_2019.pdf [abgerufen am 11.12.2024].

Rademaker, Maike (2020): Psychisch Kranke im Hartz-IV-System. Im Dschungel der Zuständigkeiten". Deutschlandfunk. 26. 12 2020. https://www.deutschlandfunk.de/psychisch-kranke-im-hartz-iv-system-im-dschungel-der-100.html [abgerufen am 25.11.24].

Revell, S.; McLeod, J. (2016): Experiences of therapists who integrate walk and talk into their professional practice. Counselling and Psychotherapy Research, 16 (1), S. 35-43.

RKI – Robert Koch Institut (2017): Journal of Health Monitoring 2(4). https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Journal-of-Health-Monitoring_04_2017_Inanspruchnahme_medizinischer_Leistungen.pdf?__blob=publicationFile [abgerufen am 09.09.2024].

Schaeffer, D., Griese, L., & Hurrelmann, K. (2024): Gesundheitskompetenz fördern. Pflegezeitschrift, 77 (7), S. 10-13.

Schlösser, A.; Kiesele, K. (2018): Job-Coaching. Arbeitssuchende für den Arbeitsmarkt fit machen. Jungfermann-Verlag. Paderborn.

Sozialpolitik aktuell (2023): Verweildauern im SGB II Bezug von 4 Jahren und mehr in ausgewählten Großstädten 12/2023. https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Sozialstaat/Datensammlung/PDF-Dateien/abbIII36.pdf [abgerufen am 04.08.2024].

SPD; Bündnis 90/Die Grünen; FDP. (o.D.): Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021-2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90/Die Grünen und den Freien Demokraten (FDP). https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf [abgerufen am 20.09.2024].

Spielsucht-therapie.de (o.D.): Computerspielsucht - Therapie & Hilfe bei Computersucht. https://www.spielsucht-therapie.de/computerspielsucht/ [abgerufen am 15.10.2024].

Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention (o.D.): Psychosoziales Coaching für psychisch kranke Langzeitarbeitslose wieder in Arbeit. https://www.deutsche-depressionshilfe.de/unsere-angebote/fuer-firmen-und-organisationen/psychosoziales-coaching-1588 [abgerufen am 14.06.2024].

Tempel, G.; Ilmarinen, J. (2013): Arbeitsleben 2025: Herausforderungen und Lösungen. VSA-Verlag.

therapie.de (o.D.): Psychosoziale Folgen von Jobverlust und Arbeitslosigkeit. Gekündigt – überfordert - gestresst. Die psychosozialen Folgen von Erwerbslosigkeit. https://www.therapie.de/psyche/info/ratgeber/lebenshilfe-artikel/arbeitslosigkeit/psychosoziale-folgen/ [abgerufen am 07.08.2024].

Voigts, G. (2020): Gestalten in Krisenzeiten: ‚Der Lockdown ist kein Knock-Down!' Erste Ergebnisse einer empirischen Befragung von Einrichtungen der Offenen Kinder- und Jugendarbeit in Hamburg in geschlossenen Zeiten (Stand: 30.06.2020). HAW Hamburg. https://www.haw-hamburg.de/fileadmin/Bilder-zentral/News-Presse-Veranstaltungen/2020/PDF/OKJA_in_Corona-Zeiten__Erste_Forschungsergebnisse_1.07.2020__finale_Fassung.pdf [abgerufen am 06.09.2024].

Wirtschaftswoche (2019): Jeder fünfte Empfänger steckt dauerhaft im Hartz-IV-System. 09.12.2019. https://www.wiwo.de/politik/deutschland/bundesarbeitsministerium-jeder-fuenfte-empfaenger-steckt-dauerhaft-im-hartz-iv-system-/25316618.html [abgerufen am 04.08.2024].

6 Anlagen

6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt

Übersichtskasten

Projekttitel	Gesundheit unterstützen in dauerhafte Erwerbsarbeit
Akronym	GUIDE
Zuwendungsempfänger	Jobcenter Kreis Unna
Projektbeteiligte	Werkstadt im Kreis Unna
	Sozialforschungsstelle TU Dortmund
Förderaufruf	Erster Förderaufruf
Projektzeitraum	01.12.2019-31.10.2024

6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis

- 28.10.2020
  - Neue Art der Gesprächsführung im Jobcenter – Laufend reden
  - Herausgeber: Jobcenter Kreis Unna
  - Erschienen: BA aktuell
- 05.05.2021
  - Der Therapeut in der Pandemie
  - Erschienen: psychologie-heute.de (online)
- 07.07.2021
  - Innovatives Projekt GUIDE überwindet Corona-Hürden
  - Herausgeber: Jobcenter Kreis Unna
- 29.10.2021
  - Innovatives Projekt GUIDE kümmert sich um Kundinnen und Kunden mit gesundheitlichen Einschränkungen
  - Herausgeber: Jobcenter Kreis Unna
- 01.10.2022
  - Jobcenter und Werkstatt im Kreis Unna bündeln Hilfen für Arbeitslose mit besonderem Unterstützungsbedarf – Maß-Werk für Menschen mit Handicap
  - Herausgeber: Jobcenter Kreis Unna
  - Erschienen in: Ruhr Nachrichten und Hellweger Anzeiger

6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen

Veröffentlichungen und Vorträge der wissenschaftlichen Begleitung mit Bezug zum GUIDE-Projekt

- Guhlemann, K.; Meyn, C.; Brüggenhorst, U. (2025, i. E.): Jeder Schritt zählt – Förderung der Arbeitsmarktnähe im rehapro-Projekt GUIDE im Spannungsfeld von Arbeitsmarktpolitik und Förderrealität. In: Schulze, M.; Conrads, R. (Hrsg.): 20 Jahre Hartz IV. Berlin: Springer Nature.

- Bauhardt, C.; Baumgardt, I.; Bontrup, H.-J.; Conrad, S.-J.; Guhlemann, K.; Häußler, A.; Komlosy, A.; Riegraf, B.; Scheele, A.; Spittler, G.; Thieme, S.; Wehner, T.; Liebermann, S. (2024): Forschungsforum ‚Begriffserklärungen in Wissenschaft und Bildung: Arbeit'. itdb Inter- und transdisziplinäre Bildung 1 (1), 25-161. Doi: https://doi.org/10.5281/zenodo.13943664.

- Guhlemann, K; Meyn, C. (2023): Mit kleinen Schritten in den Arbeitsmarkt: innovative Methoden des Fallmanagements unter Pandemiebedingungen. Psychosoziale und medizinische Rehabilitation, Bd. 36, Nr. 2-2023 (122), S. 154–159.

- Meyn, C.; Guhlemann, K. „Bisherige Evaluationsergebnisse des rehapro-Projekts GUIDE". Vortrag auf rehapro Fokusveranstaltung SGB II, 16.04.2024, Berlin.

- Guhlemann, K.; Meyn, C. "Jeder Schritt zählt. Förderung der Arbeitsmarktnähe im rehapro-Projekt GUIDE". Vortrag beim 33. Reha-Wissenschaftlichen Kolloquium. Nachhaltigkeit und Teilhabe: ökologisch – ökonomisch – sozial, 18.03.2024, Bremen.

- Guhlemann, K.; Meyn, C. "Jeder Schritt zählt. Förderung der Arbeitsmarktnähe im rehapro-Projekt GUIDE". Vortrag auf 2. Fachkonferenz rehapro, 14.03.2024, Duisburg.

- Guhlemann, K. „Erkennen, was wirkt – Zwei Ansätze der Arbeitsmarktintegration im Vergleich. Erkenntnisse aus den Projekten ARTE und GUIDE". Vortrag beim AIG-Kolloquium – AIG Cluster der Fakultät für Rehawissenschaften, 21.12.2022, Dortmund.

- Meyn, C. „Gesundheitsförderung von Menschen in Langzeitarbeitslosigkeit während der Pandemie – Erfahrungen aus einem Modellprojekt". Vortrag auf Denkwerkstätte Graz 2022 – Arbeit und Arbeitsmarkt in und nach der Pandemie; FH Joanneum, 06.05.2022, Graz.

- Guhlemann, K. „Erkennen, was wirkt – Zwei Ansätze der Arbeitsmarktintegration im Vergleich" Vortrag bei Weiterbildungsnetzwerk VEST e.V. Fachdiskussion „berufliche Übergänge erfolgreich gestalten", 11.02.2025, Recklinghausen.

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