ERGEBNISBAND

PrävAlo

Prävention für Arbeitslose

Modellprojekt ▪ Bundesprogramm rehapro ▪ Erster Förderaufruf

Projektverantwortlich:
Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

Gefördert durch:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

rehapro

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

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

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

Inhaltsverzeichnis

1 Darstellung des Modellprojekts 4
1.1 Ausgangslage 4
1.2 Inhalte 4
1.3 Ziele 5
1.4 Organisation/Beteiligte Akteure 5
1.5 Wissenschaftliche Begleitung 6

2 Ergebnisse des Modellprojekts 7

3 Erkenntnisse zu den innovativen (Teil-) Ansätzen und deren Wirkungen 9

4 Verstetigung vor Ort 10
4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung 10
4.2 Verstetigung im eigenen Rentenversicherungsträger 11

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung 12

6 Anlagen 13
6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt 13
6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis 13
6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen 16

1 Darstellung des Modellprojekts

1.1 Ausgangslage

Gesundheitliche Einschränkungen sind ein zentrales Risiko für ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Berufsleben in Deutschland. Der Gesetzgeber hat deshalb mit dem Flexi-Rentengesetz sämtliche Präventions- und Teilhabeleistungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) zu Pflichtleistungen erklärt. Präventionsleistungen nach § 14 SGB VI dürfen jedoch nur für Versicherte erbracht werden, deren ausgeübte Beschäftigung ohne diese Präventionsleistung gefährdet wäre. Arbeitslose Versicherte sind zum jetzigen Zeitpunkt ausgeschlossen.

Rund ein Drittel der Arbeitslosen leidet unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die eine Wiederaufnahme der Arbeit im früheren Tätigkeitsfeld erschweren. Je länger die Arbeitslosigkeit besteht, desto höher ist dabei das Risiko gesundheitlicher, vor allem psychischer, Einschränkungen. Zwischen Arbeitslosigkeit und gesundheitlicher Beeinträchtigung besteht ein wechselseitiger Zusammenhang.

Um die negativen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit zu verringern und die Erwerbsfähigkeit zu sichern, sollen Arbeitslose in das Präventionsprogramm der Deutschen Rentenversicherung einbezogen werden. Bisherige Angebote – vor allem der gesetzlichen Krankenversicherung – werden nur wenig wahrgenommen und erreichen vor allem (Langzeit-) Arbeitslose nicht. Gründe hierfür liegen unter anderem in finanziellen Vorleistungen, die nur nach Beendigung des Kurses, abzüglich eines Eigenanteils, zurückerstattet werden. Außerdem schränkt die soziale Isolation nach Monaten oder auch Jahren der Erwerbslosigkeit eine Teilnahme an Präventionsmaßnahmen ein.

Im Rahmen des Modellprojekts hat die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg ein niederschwelliges Präventionsangebot für Arbeitslose entwickelt.

1.2 Inhalte

PrävAlo ist eine eigenanteil- und vorleistungsfreie Präventionsmaßnahme, die speziell auf die psychosozialen Probleme von Arbeitslosen ausgerichtet wurde. Das multimodale Programm erstreckt sich über sechs Monate und kombiniert gesundheitsfördernde sowie psychosoziale Komponenten wie z.B. Resilienzstärkung und Empowerment und zielt darauf ab, die Erwerbsfähigkeit sowie die psychische und physische Gesundheit von (Langzeit-) Arbeitslosen in Baden-Württemberg zu fördern.

Das Programm strukturiert den Alltag der Teilnehmenden, beugt sozialer Isolation vor und unterstützt die Teilnehmenden dabei, eigenverantwortlich die erlernten Inhalte in ihren Alltag zu integrieren. Es dient zudem der Stärkung der Resilienz und psychischen Widerstandskraft, um die bestehende Arbeitslosigkeit besser bewältigen zu können.

Das Präventionsangebot RV Fit der DRV für Erwerbstätige gliedert sich in vier Phasen, von denen drei für das Modellprojekt übernommen wurden: die dreitägige ambulante Initialphase, die Trainingsphase mit einer Laufzeit von sechs Monaten sowie der anschließende ambulante Auffrischungstag.



1. Intensiv starten	2. Regelmäßig trainieren	3. Motiviert dranbleiben
3 Tage ambulant	6 Monate	1 Tag ganztägig ambulant

Abbildung 1: Aufbau Präventionsprogramm

Auf die Durchführung einer dreimonatigen Eigenaktivitätsphase, die sich beim Präventionsprogramm für Erwerbstätige nach einer dreimonatigen Trainingsphase anschließt, wurde für diese Zielgruppe verzichtet und auf eine längere Trainingsphase (insgesamt sechs Monate) gesetzt. Für das Modellprojekt wurden die bestehenden Präventionsmodule modifiziert bzw. erweitert und auf die Belange von Arbeitslosen zugeschnitten. Modifizierte Inhalte sind u.a. der Umgang mit arbeitslosigkeitsbedingten Konflikten wie soziale Isolation, familiäre und partnerschaftliche Konflikte sowie die Stigmatisierung von Arbeitslosen, Existenzängste und der Umgang mit knappen Ressourcen.

1.3 Ziele

Projektziele:

Primäres Ziel des Modellprojekts war die Reduzierung von gesundheitlichen Hürden und die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit von (Langzeit-) Arbeitslosen in Baden-Württemberg. Es sollten gesundheitsbedingte Vermittlungshemmnisse vermieden und langfristig die Chancen auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung in das Erwerbsleben erhöht werden. Darüber hinaus gab das Präventionsprogramm dem Alltag der Teilnehmenden wieder Struktur und beugte sozialer Isolation vor. Die Teilnehmenden lernten Verpflichtungen einzuhalten und die erlernten Inhalte eigenverantwortlich in ihren Alltag zu integrieren. Das Präventionsprogramm konnte somit auch als Initialzündung zur Veränderung des Lebensstils beitragen. Durch die Stärkung der Resilienz sollte zudem die psychische Widerstandskraft gestärkt werden, um mit der Situation der Arbeitslosigkeit besser umgehen zu können. Zudem sollte einer Erkrankung vorgebeugt und die soziale und berufliche Teilhabe verbessert werden.

Zielgruppe:

Zielgruppe des Modellprojekts waren ALG I- und/oder Bürgergeld-Beziehende (früher ALG II) mit bestehenden Risikofaktoren bzw. Risikoverhalten oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Die Teilnehmenden mussten dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen und bei der DRV Baden-Württemberg bzw. DRV Bund versichert sein. Um die angestrebte Teilnehmendenzahl zu erreichen, wurden auch ALG I- oder Bürgergeld Empfänger mit sehr kurzer Arbeitslosigkeitsdauer in das Modellprojekt aufgenommen, sofern ein Präventionsbedarf bestand. Für dieses Vorgehen spricht, dass präventive Maßnahmen möglichst früh ansetzen sollten.

1.4 Organisation/Beteiligte Akteure

Für die Modellregion wurden die Bezirke der beteiligten Agenturen für Arbeit und der Jobcenter (Ulm und Göppingen) ausgewählt.

Die anfangs geplante Durchführung als stationäre Start- und Auffrischungsphase wurde aufgrund der Corona-Pandemie im zweiten Durchgang an das Modellprojekt angepasst und mit zwei ambulanten Rehabilitationseinrichtungen erprobt. Die Rekrutierung der Antragstellenden konnte aufgrund der Pandemie und den damit verbundenen Kontaktbeschränkungen nicht von Anfang an in persönlichen Gesprächen erfolgen und es wurde auf Anschreibaktionen ausgewichen.

Tabelle 1:

Projektbeteiligte	**Aufgaben**
DRV Baden-Württemberg	Antragstellerin
Projektkoordination: Sandra Hennig Stellvertretende PJL: Monika Rothmund	• Vorbereiten der organisatorischen Festlegungen • Vorschlag für konkrete Festlegung der Rollen • Verantwortlichkeit gegenüber dem Lenkungs-ausschuss • regelmäßige Berichtspflicht • Projektplanung, -steuerung und -kontrolle • Organisation und Leitung der Projektsitzungen
Letztempfänger: IFR Ulm	Wissenschaftliche Begleitung
Projektteam: • GZ Federsee • Markgräfler-Land-Klinik • ZAR Göppingen und Ulm • Jobcenter Ulm und Göppingen	• Einbringen von versch. Kenntnissen und Fähigkeiten, • die das Erreichen des Projektziels fördern • Mitarbeit in der Umsetzung der Arbeitspakete

1.5 Wissenschaftliche Begleitung

Die Projektevaluation des rehapro-Projektes PrävAlo wurde durch das Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung Ulm (IFR Ulm) durchgeführt.

Zur Zielüberprüfung und formativen Evaluation des Modellprojekts wurde sowohl eine Befragung der Arbeitslosen als auch der Therapeuten/-innen der ambulanten Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt. Dabei wurden neben selbstentwickelten Items nach Möglichkeit erprobte standardisierte Instrumente eingesetzt. Um die Teilnehmenden nicht zu überfordern, wurden bei längeren bzw. sich überschneidenden Instrumenten ggf. nur einzelne Subskalen verwendet. Die Befragung der Arbeitslosen erfolgte zu Beginn der Initialphase (t0), nach drei Monaten Trainingsphase (t1), am Ende der Auffrischungsphase (t2) sowie sechs Monate nach Ende der Präventionsmaßnahme (t3).

2 Ergebnisse des Modellprojekts

Zwischen Anfang 2020 und Anfang 2022 konnten aufgrund der Corona-Pandemie und den damit verbundenen Kontaktbeschränkungen keine Gespräche der Fallmanagenden aus den Jobcentern/Agenturen für Arbeit mit potentiellen Teilnehmenden für PrävAlo erfolgen. Durch persönliche Ansprache wurde demnach in dieser Zeit keine Rekrutierung für das Projekt durchgeführt.

Aufgrund dessen wurden zunächst im Frühjahr 2020 insgesamt 2000 Anschreiben aus den Versichertenkonten der DRV Baden - Württemberg an potentielle Interessenten für das Projekt verschickt. Filterkriterien waren unter anderem Wohnortnähe zum ambulanten Trainingszentrum, eine gewisse Zeit von Arbeitslosigkeitszeiten im Versicherungskonto und Nicht-Vorhandensein von Kindermeldungen für Kinder unter zwölf Jahren, um den passenden Personenkreis zu bestimmen. Es waren keine Haushaltshilfe-Kosten im Projekt eingepreist, die für die Kinderbetreuung während der Maßnahme hätten bezahlt werden können.

Aus der Anschreibaktion wurden 53 Anträge gestellt und es haben insgesamt 19 Teilnehmende die stationäre Startphase begonnen. Vierzehn davon haben dann die ambulante Trainingsphase begonnen und vier davon wiederum haben den Refresher absolviert.

Danach wurden Telefoninterviews mit Teilnehmenden, Nicht-Teilnehmenden und Solchen, die nicht geantwortet haben durchgeführt. Als Ergebnis hat sich herausgestellt, dass die Entfernung der stationären Einrichtungen von der Heimatadresse ein Punkt ist, der die Angeschriebenen davon abhielt, einen Antrag auf PrävAlo zu stellen. Weiterhin zeigte sich, dass der große Unterschied zwischen denen, die den Antrag stellten und dann doch nicht die Maßnahme begannen unter anderem ebenfalls an der räumlichen Entfernung zu den stationären Einrichtungen lag.

Da noch immer keine persönlichen Ansprachen durchgeführt wurden, folgte 2021 eine weitere Anschreibaktion mit wiederum ungefähr 2000 Anschreiben. Die Maßnahme wurde ab dem Zeitpunkt nur noch ambulant durchgeführt. Diesmal gingen 48 Anträge ein. Unter den geänderten Bedingungen haben 19 Teilnehmende die Startphase durchlaufen, davon 14 das ambulante Training absolviert und letztendlich sieben den Refresher.

2022 und 2023 wurde jeweils eine weitere Anschreibaktion aus DRV-Bund-Konten durchgeführt. Zusätzlich begannen im Sommer 2022 die Fallmanagenden der Jobcenter und Agenturen für Arbeit mit der persönlichen Ansprache. Damit erhöhten sich die Antragszahlen auf 134 im Jahr 2022 und sanken auf 56 im Jahr 2023, denn im September 2023 endete die Rekrutierung. Aus der folgenden Tabelle 1 sind die Teilnehmenden-Zahlen als Übersicht ersichtlich.

Teilnehmende	Startphase	Ambulantes Training	Refresher
2020	19	14	4
2021	19	14	7
2022	59	52	28
2023	24	16	1
2024	0	1	5
Gesamt	**121**	**97**	**45**

Abbildung 2: Teilnehmenden-Zahlen PrävAlo

Ein zentrales Ziel des Projekts war es, die subjektiv empfundene Arbeitsfähigkeit der Teilnehmenden zu stärken. Im Verlauf des Projekts ließ sich dabei ein leichter Anstieg der wahrgenommenen Arbeitsfähigkeit feststellen. In Bezug auf die allgemeine gesundheitliche Lebensqualität zeigte sich ein positiver Trend. Die Teilnehmenden bewerteten ihren Gesundheitszustand zunehmend besser. Zwar war diese Entwicklung statistisch nicht signifikant, jedoch deutet sie darauf hin, dass die Maßnahme für

einige Teilnehmende hilfreich war, um sich arbeitsfähiger zu fühlen. Parallel dazu gaben die Teilnehmenden an, bewusster auf ihre Gesundheit zu achten und sich ihrer Einflussmöglichkeiten auf den eigenen Gesundheitszustand stärker bewusst zu sein. Gesundheitliche Belastungen, mit denen viele Teilnehmende in das Projekt gestartet waren, waren vor allem Erkrankungen des Bewegungsapparates und psychische Belastungen, aber auch Herz- Kreislauf- sowie Atemwegserkrankungen waren häufig vertreten. Trotz dieser gesundheitlichen Herausforderungen zeigte sich im Verlauf der Maßnahme eine leichte Entlastung – insbesondere im Bereich der Schmerzsymptomatik. Die Intensität und Beeinträchtigung durch die Schmerzen nahm im Zeitverlauf ab, was sich in der Selbsteinschätzung der Teilnehmenden widerspiegelte. Diese Entwicklung war statistisch signifikant und stellte eine der deutlichsten Verbesserungen im Rahmen des Projekts dar.

Im Bereich der psychischen Belastungen zeigte sich ebenfalls eine positive Tendenz. Viele Teilnehmende berichteten, sich weniger erschöpft oder lustlos zu fühlen und empfanden wieder mehr Freude im Alltag. Auch wenn nicht alle Veränderungen erheblich waren, zeichnete sich ein Trend in Richtung psychischer Stabilisierung und mehr emotionaler Ausgeglichenheit ab. Die soziale Komponente spielte ebenfalls eine wichtige Rolle im Projekt. Die wahrgenommene soziale Unterstützung und Integration verbesserte sich bei vielen Teilnehmenden im Projektverlauf. Insgesamt zeigt sich, dass das Projekt zwar keine tiefgreifenden Veränderungen auf allen Ebenen bewirken konnte, aber in mehreren Bereichen spürbare und tendenziell positive Entwicklungen angestoßen hat. Besonders im Hinblick auf die psychische Gesundheit, die Schmerzwahrnehmung und das soziale Wohlbefinden konnten Verbesserungen beobachtet werden. Die Maßnahmen scheinen also vor allem dort zu wirken, wo es um Stabilisierung, Stärkung der Selbstwahrnehmung und Förderung von Gesundheit im weiteren Sinne geht. In der Gesamtschau belegt das Projekt, dass präventive Gesundheitsangebote auch bei arbeitslosen Menschen sinnvoll und wirksam sein können. Sie leisten einen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität und zur Wiederherstellung persönlicher Ressourcen. Gleichzeitig können sie bei der Wiedereingliederung in Arbeit unterstützen. Eine Einschätzung der Therapierenden (Fremdwahrnehmung) zum Nutzen von PrävAlo kann man der folgenden Abbildung 3 entnehmen.

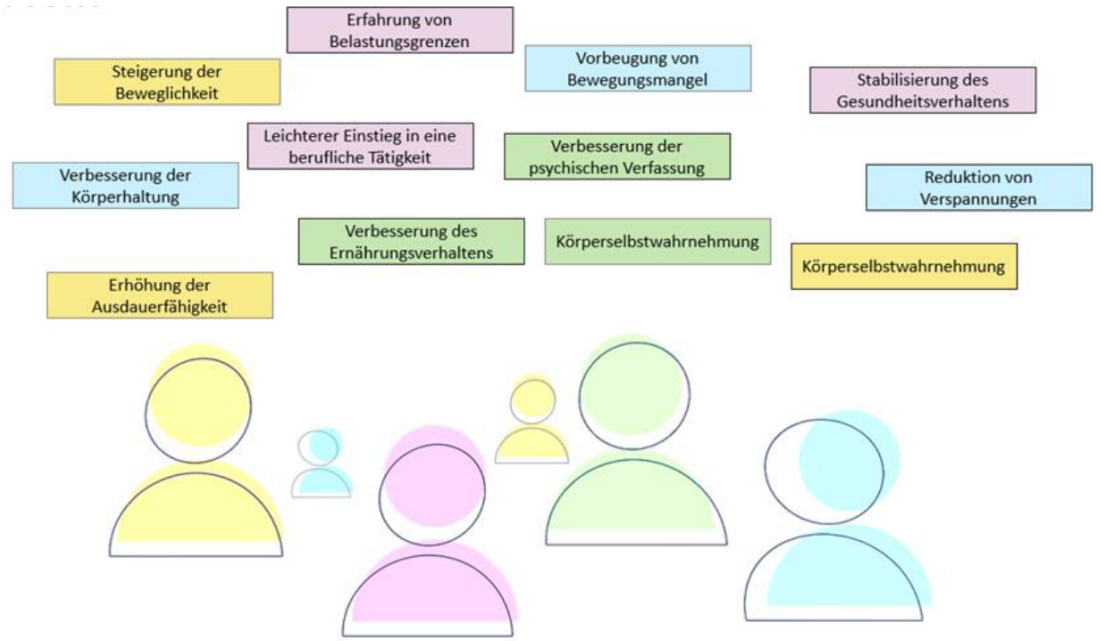


Abbildung 3: Nutzen PrävAlo aus Sicht der Interviewten

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

Ergebnisse der Fokusgruppen mit den Mitarbeitenden der Jobcenter haben bestätigt, dass derzeit keine Präventionsmaßnahmen für Arbeitslose zur Verfügung stehen, die die Mitarbeitenden der Jobcenter den Arbeitslosen kostenlos anbieten können, um den Gesundheitszustand ihrer Kunden und Kundinnen zu verbessern.

Zusammenfassend hat es sich gezeigt, PrävAlo:

- steigerte die Teilhabe und das Wohlbefinden der Teilnehmenden
- erhöhte die körperliche Leistungsfähigkeit und die Ausdauer der Teilnehmenden
- schaffte Bewusstsein für die eigene Gesundheit und Körperwahrnehmung
- verbesserte die physische als auch die psychische Gesundheit
- gab Arbeitslosen das Gefühl wertgeschätzt zu werden
- wird von allen Teilnehmenden der Fokusgruppen und der Interviews befürwortet und der Wunsch zur Etablierung in die Regelversorgung geäußert.

Die Teilnehmenden meldeten ihrerseits Verbesserungsvorschläge:

- Häufigkeit des Trainings (1x pro Woche) als zu gering empfunden
- Wenig neue Impulse und Informationen, Verbesserungspotenzial bei der Angebots-vielfalt
- Rückenschmerzen bei einigen weiterhin vorhanden

Insgesamt scheinen regelmäßige Bewegung, soziale Kontakte und sportliche Aktivitäten positive Veränderungen bei der körperlichen und mentalen Gesundheit bewirkt zu haben, auch wenn kleinere Verbesserungsmöglichkeiten angemerkt wurden.

4 Verstetigung vor Ort

4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung

Ein proaktiver und niederschwelliger Einbezug von Menschen, die von Arbeitslosigkeit betroffen sind, wäre durch eine Anpassung der Gesetzesgrundlage möglich. Der § 14 SGB VI könnte dahingehend angepasst werden, dass er sich nicht wie derzeit nur auf Erwerbstätige bezieht, sondern ganz allgemein auf Personen, die erwerbsfähig sind. Somit würden auch die Bedarfe von Arbeitslosen, berücksichtigt werden und sie würden ebenfalls von der Präventionsleistung der DRV profitieren können.

Es gibt derzeit kein adäquates Angebot für Arbeitslose auf dem Präventionsmarkt. Auch wenn immer wieder gesundheitsfördernde Modellprojekte angeboten werden, sind diese zeitlich befristet. Die einzige Möglichkeit ist die Teilnahme der Jobcenter- Kunden und -Kundinnen am Rehabilitationssport. Allerdings ist dieser bezüglich der Inhalte nicht vergleichbar mit einer multimodalen Präventionsmaßnahme. Außerdem besteht die Möglichkeit der Teilnahme an Präventionsprogrammen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Diese sind jedoch vom Umfang her deutlich kürzer, nicht multimodal und die Kosten für Arbeitslose zu hoch.

Prävention für Arbeitslose könnte in die Regelversorgung etabliert werden, da das Programm RV Fit bereits angeboten wird. Demnach würde PrävAlo auf bestehende und etablierte Strukturen treffen. Notwendig wären Anpassungen speziell auf die Bedürfnisse der Arbeitslosen, beispielsweise auf die besonderen psychischen Belastungen. Allerdings ist die Ausgestaltung des RV Fit Programms sehr facettenreich, sodass sich der Teilnehmende ganz gezielt nach seinen Bedürfnissen ausgerichtet, eine entsprechende Form der Umsetzung aussuchen könnte, z.B. ambulante, stationäre oder App-basierte Phasen. Bei diesem Auswahlprozess könnten ggf. auch die Mitarbeitenden der Jobcenter/Arbeitsagenturen behilflich sein sowie bei der Antragsstellung unterstützen. Allerdings kennen diese die gesundheitlichen Einschränkungen der von ihnen betreuten Personen auch nicht bzw. nicht in vollem Umfang. An dieser Stelle soll explizit betont werden, dass PrävAlo kein Präventionsprogramm darstellt, was parallel zu RV Fit angeboten werden soll.

Vielmehr soll RV Fit durch das Modellprojekt PrävAlo für Arbeitslose geöffnet werden, so dass die Teilnehmenden gemeinsam trainieren. Hierdurch wird eine Integration der Arbeitslosen in soziale Teile des öffentlichen Lebens ermöglicht, was ein wesentlicher Schritt aus der Isolation darstellt. Arbeitslosen fehlt oft eine feste Zeitstruktur, regelmäßige Aktivitäten und soziale Kontakte außerhalb des engeren sozialen Netzes. Auch das Verfolgen von gemeinsamen Zielen, die über die individuellen Ziele hinausgehen, geht durch einen fehlenden Arbeitsplatz oft verloren. Bestehende Belastungen können durch Arbeitslosigkeit verstärkt werden, denn für viele Menschen stellt die Arbeitslosigkeit einen Stressor dar. Ein wichtiger Schlüssel zur Vermeidung bzw. Reduktion der psychosozialen und gesundheitlichen Folgeprobleme von Arbeitslosigkeit liegt in den sozialen Effekten. Und hier setzt PrävAlo an: ein sechsmonatiges Präventionsprogramm fördert eine zeitliche Strukturierung, wie sie auch durch eine Arbeitsstelle geschaffen wird. Es entstehen neue

Kommunikations- und Beziehungsstrukturen, die wiederrum das Selbstwertgefühl der Teilnehmenden verbessern. Losgelöst von der Verbesserung der physischen und psychischen Gesundheit und der sozialen Teilhabe, kann PrävAlo auch die Wiederaufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung bzw. einer berufsfördernden Maßnahme fördern. Im Rahmen des Projekts konnten vierunddreißig Prozent der Teilnehmenden zurück in das Arbeitsleben (Voll- bzw. Teilzeitarbeit, Minijob) zurückkehren oder zumindest in eine vorbereitende Maßnahme (Umschulung/Ausbildung) integriert werden. Positiv wirkt sich PrävAlo auch auf die soziale Teilhabe aus. Die PrävAlo-Teilnehmenden fühlen sich wieder in ein soziales Gefüge eingebunden und können weitere soziale Netzwerke aufbauen. Dies fördert die soziale Stabilität der Arbeitslosen, angenommen wird das dies langfristig einen Effekt auf die Motivation zur Arbeitsaufnahme mit sich bringt. Die Rückkehr von Arbeitslosen in die Erwerbstätigkeit erhöht somit nicht nur die individuelle Lebensqualität, sondern hat auch weitreichende gesellschaftliche Vorteile.

Aus den Rückmeldungen der Teilnehmenden ergibt sich durchaus der Sinn der Maßnahme, jedoch gilt es, zu bedenken, dass der zuständige Leistungsträger flankierend eigene Maßnahmen zur Förderung der Arbeitsaufnahme anbieten sollte.

4.2 Verstetigung im eigenen Rentenversicherungsträger

Für eine Verstetigung von PrävAlo wäre eine gesetzliche Anpassung des § 14 SGB VI erforderlich, sodass RV Fit der Deutschen Rentenversicherung nicht nur für aktiv Erwerbstätige, sondern für alle erwerbsfähigen Personen angeboten werden würde. Aktuell ist daher eine Verstetigung im Anschluss an das rehapro-Projekt nicht möglich.

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) stärkt mit ihrem Präventionsangebot den Ansatz „Prävention vor Rehabilitation vor Rente“. Ziel ist es, Behinderungen und chronische Erkrankungen frühzeitig entgegenzuwirken, die Arbeitsfähigkeit zu stabilisieren und so die Erwerbsfähigkeit zu sichern (§ 14 Abs. 1 SGB VI). Prävention für Arbeitslose zielt vorrangig darauf ab, die psychische und physische Gesundheit von Arbeitslosen zu fördern. Ziel ist es, gesundheitsbedingte Vermittlungshemmnisse zu vermeiden und die Erwerbsfähigkeit zu stärken, um so Chancen auf Wiedereingliederung in das Arbeitsleben zu erhöhen.

Hervorzuheben ist, dass PrävAlo zwar konzeptionell dem bestehenden Präventionsangebot der Rentenversicherung zugeordnet werden könnte, viele der bestehenden Hemmnisse zur Wiederaufnahme von Beschäftigung aber nicht allein über das Präventionsprogramm PrävAlo behoben werden können. Im Rahmen der Teilnehmenden-Befragungen wurde erhoben, dass 34 Prozent der PrävAlo-Teilnehmenden in eine Beschäftigung (Voll- oder Teilzeit) vermittelt oder in berufsorientierende, berufsfördernde Leistungen der Arbeitsagentur oder des Jobcenters eingeschlossen wurden. Es lässt sich aber nicht eindeutig belegen, ob dies im direkten Zusammenhang mit der Teilnahme an PrävAlo erfolgte.

Ergänzend zu einer denkbaren Regelversorgung über die Rentenversicherung ist daher zu überlegen, ob zusätzliche Voraussetzungen im SGB III bzw. SGB II formuliert werden sollten. So sollten Arbeitslose während der PrävAlo-Teilnahme weiterhin an sämtlichen arbeitsförderlichen Maßnahmen der Jobcenter und Arbeitsagenturen teilnehmen. Bei einer Verstetigung von PrävAlo sollte daher der Weg der Rekrutierung über Jobcenter und Arbeitsagenturen mitgedacht werden. Die Mitarbeitenden kennen ihre Kunden und Kundinnen, so dass sie potenzielle PrävAlo-Teilnehmende gezielt ansprechen können, soweit die Mitarbeitenden Einblick in die gesundheitlichen Einschränkungen Ihrer Kundinnen und Kunden haben. Im Ergebnis zeigt sich, dass bei aktiver Ansprache Arbeitslose sich mit dem Thema Gesundheit auseinandersetzen und Interesse an Gesundheitsangeboten haben.

Die im Modellprojekt erhobenen gesundheitlichen Zielgrößen zeigen positive Effekte, auf deren Basis zum Projektende keine verlässlichen Aussagen zur Wirksamkeit getroffen werden können. Eine Aussage zur langfristigen Wirkung und damit eine Aussage zur Stärkung der Erwerbsfähigkeit lässt sich aus den erhobene Zielgrößen und aufgrund der fehlenden Langzeitbetrachtung ebenfalls nicht eindeutig ableiten. Die im Projektantrag aufgestellte These, durch die nun vorliegenden Studienergebnisse einen Bedarf für eine Novellierung des § 14 SGB VI abzuleiten, kann daher nicht eindeutig positiv beantwortet werden. Als Fazit kann aber festgehalten werden, dass es sich für eine erfolgreiche Vermittlung in Beschäftigung lohnen kann, die Gesundheit von Arbeitslosen in den Blick zu nehmen.

6 Anlagen

6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt

Übersichtskasten

Projekttitel	Prävention für Arbeitslose
Akronym	PraevAlo
Zuwendungsempfänger	Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
Projektbeteiligte	Deutsche Rentenversicherung
	Bund
	Agentur für Arbeit Ulm
	Jobcenter Ulm
	Agentur für Arbeit Göppingen
	Jobcenter Göppingen
	Jobcenter AlbDonau
	Rehaklinik Heidelberg-Königstuhl
	Gesundheitszentrum Federsee
	ZAR Göppingen
	ZAR Ulm
Förderaufruf	Erster Förderaufruf
Projektzeitraum	01.11.2019 bis 30.04.2025

6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis

1. Ansbacher M (2025) Ulm macht Sport - Umsonst & Draußen. https://www.ulm.de/leben-in-ulm/freizeit-und-sport/sport/ulm-macht-sport
2. Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (2018) Fehlzeiten-Report 2018: Sinn erleben – Arbeit und Gesundheit. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg
3. Bärtsch B, Boehm SA, Danuser B, Epalignes-Lausanne M, Engelen-Kefer U, Eugster B, Fischer S, Füllsack M, Gumplmaier H, Hoffmann H, Hoffmann-Richter U, Huber M, Huchler N, Jäckel D, Jäger M, Konrad A, Krämer B, Lay B, Liebrenz M, Meireis T, Müller-Kanneberg B, Orlandi K, Plößl I, Porschen-Hueck S, Richter D, Ritter T, Sauer S, Schleifer R, Schmidt H, Schneider R (2018) Arbeit und Psyche: Grundlagen, Therapie, Rehabilitation, Prävention - Ein Handbuch, 1st ed. W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart
4. Beierlein C, Kovaleva A, Kemper CJ, Rammstedt B (2014) Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala (ASKU). Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS). doi: 10.6102/ZIS35
5. Birk S, Simon R, Luther B, Brand D, Kaluscha R (2025) Die häufigsten Präventandentypen aus Sicht von Präventionsexperten. In: 34. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Nürnberg, p 217
6. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2005) Gemeinsame Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Frankfurt a.M.

7. Büttner R, Schweer O (2018) Gesundheitliche Orientierung in der Arbeitsmarktpolitik. doi: 10.17185/DUEPUBLICO/45672
8. Destatis Statistisches Bundesamt (2025) Erwerbstätigkeit. https://www.desta-tis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/_inhalt.html?templa-teQueryString=erwerbst%C3%A4tige&templateQueryString=er-werbst%C3%A4tige&templateQueryString=erwerbst%C3%A4tige&templa-teQueryString=erwerbst%C3%A4tige
9. Deutsche Adipositas Gesellschaft Definition von Übergewicht und Adipositas. https://adi-positas-gesellschaft.de/ueber-adipositas/definition-von-adipositas/. Accessed 19 Dec 2024
10. Deutsche Rentenversicherung (2020) RV Fit. Rahmenkonzept für Leistungen zur Prävention (Stand: Dezember 2020)
11. Deutsche Rentenversicherung (2023) Erwerbsminderungsrenten im Zeitablauf 2024
12. Deutsche Rentenversicherung (2025) Präventionsleistungen der Rentenversicherungsträger, Rahmenbedingungen zu den Präventionsleistungen, Praxisempfehlungen zur Durchführung von Präventionsleistungen
13. Deutsche Rentenversicherung Bund (2017) Rentenversicherung in Zeitreihen: Sonderausgabe der DRV
14. Deutsches Ärzteblatt (2020) WHO gibt neue Aktivitätsempfehlungen heraus – „für die Gesundheit zählt jede Bewegung“. Medizin
15. Dietz M, Müller G, Trappmann M (2009) Bedarfsgemeinschaften im SGB II: Warum Aufstocker trotz Arbeit bedürftig bleiben.
16. Döring N, Bortz J (2016) Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften, 5. vollst. überarb. Aufl. Springer, Berlin
17. DRV Bund (2020) RV Fit Rahmenkonzept für Leistungen zur Prävention. https://rvaktu-ell.de/01-2024/praevention/
18. EuroQol Office (2025) EQ-5D-5L. https://euroqol.org/information-and-support/euroqol-in-struments/eq-5d-5l/. Accessed 31 Mar 2025
19. Franz M, Lieberz K, Schepank H (2000) Seelische Gesundheit und neurotisches Elend. Springer Vienna, Vienna
20. Frey C, Bürhlen B, Gerdes N, Jäckel W (2007) Handbuch zum IRES-3, Indikatoren des Reha-Status, Version 3 mit IRES-24 (Kurzversion)
21. Frimmer V (2024) Body-Mass-Index Gesundheitsparameter mit Licht und Schatten. Deutsches Ärzteblatt |
22. Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen (GfQG) (2025) Assessment. https://gfqg.de/forschung/assessment/zuf-8. Accessed 31 Mar 2025
23. GKV Spitzenverband (2023) Gesundheitsförderung und Prävention: Deutlicher Anstieg bei Ausgaben und Aktivitäten. https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenver-band/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1712832.jsp
24. Gundert S, Pohlan L (2022) Materielle und soziale Teilhabe: Mit dem Arbeitsplatz kann man mehr verlieren als nur den Job. IAB-Kurzbericht 202202. doi: 10.48720/IAB.KB.2202
25. Hasselhorn H-M, Freude G (2007) Der Work-Ability-Index: ein Leitfaden. Wirtschaftsverl. NW, Verl. für neue Wiss, Bremerhaven
26. Herbig B, Dragano N, Angerer P (2013) Health in the Long-Term Unemployed. Deutsches Ärzteblatt international. doi: 10.3238/arztebl.2013.0413
27. Hollederer A (2003) Arbeitslos - Gesundheit los - chancenlos? Arbeitslosenuntersuchungen
28. Hurrelmann K (2014) Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 4., vollst. überarb. Aufl. Huber, Bern
29. Hurrelmann K, Razum O (2016) Handbuch Gesundheitswissenschaften, 6., durchgesehene Auflage. Beltz Juventa, Weinheim Basel
30. Ilmarinen J, Tempel J (2003) Erhaltung, Förderung und Entwicklung der Arbeitsfähigkeit — Konzepte und Forschungsergebnisse aus Finnland. In: Badura B, Schellschmidt H, Vetter C (eds) Demographischer Wandel: Herausforderung für die betriebliche Personal- und Gesundheitspolitik. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, pp 85–99
31. Ilmarinen J, Tempel J, Giesert M (2002) Arbeitsfähigkeit 2010: was können wir tun, damit Sie gesund bleiben? VSA-Verl, Hamburg
32. Institut für Arbeitsfähigkeit GmbH (2025) Der WAI-Fragbogen. https://www.wainetz-werk.de/de/der-wai-fragebogen-690.html. Accessed 31 Mar 2025
33. Jordan S, Hoebel J (2015) Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). Bundesgesundheitsbl. 58:942–950. doi: 10.1007/s00103-015-2200-z

34. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2023) Arztzeit-Mangel Warum immer weniger Zeit für die Patientenversorgung da ist. https://www.kbv.de/html/themen_38343.php. Accessed 9 Apr 2025
35. Kittel J, Fröhlich S, Heilmeyer P, Olbrich D, Karoff M, Greitemann B (2014) Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern (Betsi): Ergebnisse der Einjahreskatamnese von Präventionsmaßnahmen der Deutschen Rentenversicherung. Rehabilitation 53:251–257. doi: 10.1055/s-0033-1358389
36. Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit (2019) Fachinformation Arbeitslosigkeit und Gesundheit
37. Kroll LE, Müters S, Lampert T (2016) Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit: Ein Überblick zum Forschungsstand und zu aktuellen Daten der Studien GEDA 2010 und GEDA 2012. Bundesgesundheitsbl. 59:228–237. doi: 10.1007/s00103-015-2282-7
38. Kroll LE, Müters S, Lampert T (2016) Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit: Ein Überblick zum Forschungsstand und zu aktuellen Daten der Studien GEDA 2010 und GEDA 2012. Bundesgesundheitsbl. 59:228–237. doi: 10.1007/s00103-015-2282-7
39. Kuckartz U (2018) Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung, 4., überarbeitete Aufl. Beltz, Weinheim
40. Liebig J (2024) Nach Covid-19: Verspüren arbeitslose Menschen eine digitale Müdigkeit? https://jobfit-ansatz.de/nach-covid-19-verspuren-arbeitslose-menschen-eine-digitale-mudigkeit/
41. McKee-Ryan F, Song Z, Wanberg CR, Kinicki AJ (2005) Psychological and Physical Well-Being During Unemployment: A Meta-Analytic Study. Journal of Applied Psychology 90:53–76. doi: 10.1037/0021-9010.90.1.53
42. Mittag O, Glaser-Müller N, Ekkernkamp M, Matthis C, Raspe A, Raspe H (2003) Prädiktive Validität einer kurzen Skala zur subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE-Skala) in einer Kohorte von LVA-Versicherten mit schweren Rückenschmerzen oder funktionellen Beschwerden der inneren Medizin. Sozial- und Präventivmedizin/Social and Preventive Medicine 48:361–369. doi: 10.1007/s00038-003-2037-3
43. Murphy GC, Athanasou JA (1999) The effect of unemployment on mental health. J Oc-cupat & Organ Psyc 72:83–99. doi: 10.1348/096317999166518
44. Nübling R, Kriz D, Herwig J, Wirtz M, Fuchs S, Hafen K, Töns N, Bengel J Patientenfragebogen zur Erfassung der Reha-Motivation (PAREMO-20) Kurzmanual
45. Özen E, Middel S, Schmidt J, Tepohl L Welche Ergebnisse erreichen die Teilnehmer während der 3-monatigen Trainingsphase im RV Fit-Präventionsprogramm der DRV? In: Nachhaltigkeit und Teilhabe: ökologisch – ökonomisch – sozial. Bremen
46. Pabst W (2025) Sportliche Aktivität erhöht Beschäftigungschancen und Einkommen. https://www.psychologie-aktuell.com/news/aktuelle-news-psychologie/news-lesen/sport-liche-aktivitaet-erhoeht-beschaeftigungschancen-und-einkommen.html. Accessed 1 Apr 2025
47. Paul K, Zechmann A (2018) Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf das Sinnerleben und die psychische Gesundheit: „Man lebt von Tag zu Tag dahin und weiß nicht, warum“. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (eds) Fehlzeiten-Report 2018. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, pp 95–104
48. Paul KI, Moser K (2009) Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. Journal of Vocational Behavior 74:264–282. doi: 10.1016/j.jvb.2009.01.001
49. Promberger M (2008) Arbeit, Arbeitslosigkeit und soziale Integration. Politik und Zeitgeschichte 40:7–15
50. Robert Koch Institut (2023) Prävention. https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Praevention/praevention-node.html. Accessed 9 Apr 2025
51. Robert Koch-Institut (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. doi: 10.17886/RKIPUBL-2015-003
52. Robert Koch-Institut (2016) Gesundheit in Deutschland. doi: 10.17886/RKI-GBE-2016-021
53. Rudolph S, Göring A, Kappmeier P (2016) Effekte sport- und bewegungsbezogener Interventionen im Setting Betrieb: Ein systematischer Review. Präv Gesundheitsf 11:86–94. doi: 10.1007/s11553-016-0538-1
54. Schaeffer D, Berens E-M, Hurrelmann K (2023) Gesundheitskompetenz in Deutschland – Wiederholungsbefragung des HLS-GER (HLS-GER 2)
55. Schaeffer D, Hurrelmann K, Bauer U, Kolpatzik K Nationaler Aktionsplan Gesundheits-kompetenz Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken
56. Schulz K-H, Meyer A, Langguth N (2012) Körperliche Aktivität und psychische Gesundheit. Bundesgesundheitsbl. 55:55–65. doi: 10.1007/s00103-011-1387-x

57. Semrau J (2025) „Der sozioökonomische Status beeinflusst das Bewegungsverhalten!“. https://bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=newbv&snr=14299. Accessed 1 Apr 2025
58. Spanier K, Schwarze M, Fröhlich S, Kittel J, Schuler M (2013) Die teilhabeorientierte Maßnahme Betsi: Kurz- und langfristige Effekte auf proximale Zielkriterien und deren Vorhersagefähigkeit auf AU-Tage und subjektiven Gesundheitszustand. Mainz, pp 313–315
59. Spanier K, Schwarze M, Schuler M (2012) Erhalt und Stärkung der Beschäftigungsfähigkeit - Evaluation des Rahmenkonzeptes Betsi („Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern“) mittels Health Education Impact Questionnaire (heiQ). Phys Rehab Kur Med 22:s-0032-1322867. doi: 10.1055/s-0032-1322867
60. Stassen G, Haaß K, Schaller A (2024) Subjektive Gesundheitskompetenz von Langzeitarbeitslosen – eine qualitative Studie. Präv. Gesundheitsf. 19:68–74. doi: 10.1007/s11553-023-01019-6
61. Statista Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den Arbeitsunfähigkeitstagen in Deutschland im Jahr 2023. https://de.statista.com/statistik/daten/studie/77239/umfrage/krankheit-hauptursachen-fuer-arbeitsunfaehigkeit/. Accessed 8 Aug 2025
62. Storch M, Krause F (2017) Selbstmanagement - ressourcenorientiert: Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell (ZRM®), 6., überarbeitete Auflage. Hogrefe, Bern
63. Tepohl L, Brack B, Kölle T, Schmidt J (2023) Konzeptionelle Weiterentwicklung der Eigenaktivitätsphase innerhalb eines Präventionsprogramms zur Verbesserung der Nachhaltigkeit (WE_Prevent)
64. Tepohl L, Maier M, Özen E, Schmidt J, Brack B (2025) Kann eine modifizierte Eigenaktitätsphase des Präventionsprogramm RV Fit der Deutschen Rentenversicherung (DRV) die Refresher-Quote erhöhen? Präv. Gesundheitsf. doi: 10.1007/s11553-025-01216-5
65. Tepohl L, Özen E, Brack B, Middel S, Vieregge U, Kaluscha R (2023) Trägt eine längere Begleitung im Präventionsprogramm der DRV (RV Fit) zu einer besseren Adhärenz bei? In: 32. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutsche Rentenversicherung Bund, Bremen, pp 413–414
66. Tepohl L, Schmidt J, Hertrich L (2025) Digitalisierung der Trainingsphase mittels der App PROTHERAFIT im Präventionsangebot RV Fit
67. Thurn J (2014) (In)aktiv aus Gewohnheit? Theoretische und empirische Fundierung des Konstrukts Gewohnheit und Validierung des deutschsprachigen Self Report Habit Index für körperliche Aktivität. https://elib.uni-stuttgart.de/items/dd15ce2e-7a95-437e-972b-99bc1b196681. Accessed 30 Apr 2025
68. University of St. Gallen, Switzerland, Lechner M (2015) Sports, exercise, and labor market outcomes. izawol. doi: 10.15185/izawol.126

6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen

Gaus, E.; Kotula, K.; Kaluscha, R.; Tepohl, L. (2022): Förderfaktoren und Barrieren bei der Inanspruchnahme des rehapro-Präventionsangebots für Arbeitslose. In: Hans-Günter Haaf, Marco Streibelt, Susanne Weinbrenner und Thorsten Meyer (Hg.): 31. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung Rehabilitation: Neue Wege, neue Chancen. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Münster, 07. bis 09. März. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Schriften, 126), S. 349–351.

Gaus, E., Kaluscha, R. & Tepohl, L. (2024): Stabilisierung der individuellen Gesundheit bei Arbeitslosen: Kann das rehapro Präventionsprogramm dazu beitragen? In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.): 33. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Nachhaltigkeit und Teilhabe: ökologisch – ökonomisch – sozial, Bremen, 18. bis 20. März. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Schriften, 130), S. 552–554.

Tepohl, L., Schmidt, J. & Gaus, E. (2024): Sind die Ziele und die Motivation von arbeitslosen und erwerbstätigen Präventionsteilnehmenden identisch? In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.): 33. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Nachhaltigkeit und Teilhabe: ökologisch – ökonomisch – sozial, Bremen, 18. bis 20. März. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Schriften, 130), S. 168-170.

Gaus E. & Tepohl L. (2025) Präventionsmaßnahme für Arbeitslose stößt auf breite Zustimmung – Zufriedenheit aller Akteure spricht für PrävAlo: In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.): 34.

Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Mensch trifft Maschine- digitale Chancen in Prävention und Rehabilitation nutzen. Nürnberg, 18. Bis 20. März. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Schrift 131), S. 377-379

Weitere Publikationen und Vorträge sind in Planung.

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