ERGEBNISBAND

VVI

Vernetzung – Vorbeugung – Integration

Modellprojekt ▪ Bundesprogramm rehapro ▪ Erster Förderaufruf

Projektverantwortlich:
Jobcenter Biberach an der Riß

Gefördert durch:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

rehapro

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Der vorliegende Ergebnisband stellt das Modellprojekt VVI 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 VVI 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 5
1.3 Ziele 7
1.4 Organisation/Beteiligte Akteure 9
1.5 Wissenschaftliche Begleitung 10

2 Ergebnisse des Modellprojekts 13

3 Erkenntnisse zu den innovativen (Teil-)Ansätzen und deren Wirkungen 20
3.1 Vernetzung der Leistungsträger 20
3.2 Vernetzung der behandelnden Ärzte 20
3.3 Gesundheitsfördernde Maßnahmen 21
3.4 Rollen des Lotsen und der Bedeutung des Betreuungsschlüssels 22

4 Verstetigung vor Ort 23
4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung 23
4.2 Verstetigung im eigenen Jobcenter/Rentenversicherungsträger (ggf. getrennt nach Verbundpartnern) 24

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung 25

6 Anlagen 26
6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt 26
6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis 26
6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen 29

1 Darstellung des Modellprojekts

1.1 Ausgangslage

Die Antragstellung für den Projektzuschlag im Rahmen des ersten Förderaufrufs der Fachstelle rehapro im Frühjahr 2018 fiel in eine Phase, in der die Arbeitslosenquote im Landkreis Biberach lediglich 1,9 % betrug. Diese Zahl schließt auch die von der Agentur für Arbeit betreuten Empfänger von Arbeitslosengeld I mit ein. Zu diesem Zeitpunkt betreute das örtliche Jobcenter etwa 3.400 erwerbsfähige Leistungsberechtigte. Sowohl im Jahr 2017 als auch im ersten Halbjahr 2018 war der Landkreis durch eine sehr positive wirtschaftliche Entwicklung gekennzeichnet, was es Personen mit keinen oder nur geringen Vermittlungshemmnissen erleichterte, in den ersten Arbeitsmarkt einzusteigen oder zurückzukehren.

Es zeigte sich jedoch vor allem bei Langzeitarbeitslosen, Personen welche bereits länger als ein Jahr als arbeitslos im Leistungsbezug geführt werden, dass eine Vermittlung oftmals an gesundheitlichen Einschränkungen scheiterte. Dazu gehörten Suchterkrankungen sowie sehr häufig psychische und auch physische Erkrankungen. Zu den physischen gesundheitlichen Einschränkungen gehörten hier vor allem diverse Rückenschmerzen sowie anderweitige Vorschädigungen am aktiven Bewegungsapparat. Psychosoziale Faktoren wie Burnout-Symptome, generalisierte Angstzustände und depressive Episoden nahmen ebenfalls zu. In einem weitläufigen, dezentralen Landkreis mit einem ausbaufähigen öffentlichen Nahverkehr waren und sind die lokalen Behandlungsmöglichkeiten entscheidend, wenn es um die Inanspruchnahme von Hilfen nach einer Diagnose ging.

Die medizinische Fürsorge fällt in den Bereich der privaten Daseinsfürsorge und Entscheidungen über Behandlungsoptionen obliegen dem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen. Die Aufgabe des Arbeitsvermittlers bestand daher hauptsächlich darin, Hinweise auf Behandlungsansätze und lokale Unterstützungsangebote zu geben.

Die gängige Praxis im Fallmanagement sah bislang keinerlei direkte Interaktion mit der Ärzteschaft vor. Für den Integrationsprozess wurde auf vorgelegte Unterlagen und die Angaben der Leistungsbezieher zurückgegriffen. Im Bedarfsfall wurde zur Klärung der individuellen Leistungsfähigkeit ein amtsärztliches Gutachten beim Kreisgesundheitsamt veranlasst. Dieses Vorgehen diente lediglich der Klärung der aktuellen Leistungsfähigkeit des Kunden ohne einen präventiven Ansatz zu verfolgen.

Ebenso ist zu erwähnen, dass die Eigenleistungen für primäre, sekundäre und tertiäre Prävention, wie Zuzahlungen für Physiotherapie oder Mitgliedschaften in Fitnessstudios, für viele Leistungsbezieher vor der Anhebung des Regelsatzes durch die Einführung des Bürgergeldes eine erhebliche finanzielle Belastung darstellten. Studien der Weltgesundheitsorganisation zeigen zudem, dass Personen mit niedrigerem Bildungsstand eine geringere Gesundheitskompetenz aufweisen, wobei zugleich Personen mit niedrigerem Bildungsstand und Qualifikationsniveau deutlich häufiger im Leistungsbezug der Jobcenter zu finden sind, was eine negative Korrelation darstellt.

Aus Sicht des Fallmanagements wirkte die Ärzteschaft zudem oft eher als Antagonist bezogen auf die Vermittlungsbemühungen oder der Durchführung vorgeschalteten Maßnahmen zur Heranführung an den Arbeits- und Ausbildungsmarkt.

Bedauerlicherweise war festzustellen, dass einem Teil der Arbeitsuchenden von ihren Ärzten eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung attestiert wurde – ggf. auch über einen längeren Zeitraum – ohne feststellbar an einer Genesung zu arbeiten. Oftmals kam es auch zur Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, da die behandelnden Ärzte über die aktuell anstehenden Schritte im Vermittlungsprozess nicht bzw. nicht richtig informiert waren. Der Arzt erfährt im Anamnesegespräch die subjektiv gefärbte Wahrnehmung seines Patienten. In dieser Wahrnehmung wird das Jobcenter häufig als negativ einwirkenden Faktor auf die psychosoziale Gesundheit des Patienten dargestellt.

Maßnahmen wie Probearbeiten bei einem Arbeitgeber oder Bewerbungstrainings wurden hierdurch häufig durch die Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen behindert bzw. verhindert und der Integrationsprozess wurde wesentlich erschwert und verzögert.

Aber gerade eine Erwerbstätigkeit kann in Bezug auf Tagesstruktur, finanzielle Sicherheit, soziale Kontakte sowie körperliche Bewegung positive Effekte in der physischen wie auch psychosozialen Resilienz haben.

Positive Anreize abzielend auf einen holistischen Gesundheitsansatz werden durch lange Arbeitslosigkeit im Keim erstickt und können zu einer weiteren sozialen Isolation und zu einem bewegungsarmen Alltagsleben führen. Dies führt schließlich zur Manifestation gesundheitlicher Probleme und zur drohenden Erwerbsunfähigkeit, was oft in eine verstärkte Abhängigkeit von staatlichen Hilfen und Altersarmut mündet.

1.2 Inhalte

Die Innovation des Projektes rehapro VVI (Vernetzung – Vorbeugung – Integration) besteht aus dem inhaltlich aufeinander abgestimmten modularen Baukastenprinzip bestehend aus vier Modulen, welche zeitlich in einander greifen und den gesamten Prozess abbilden.

In der bisherigen Praxis des sog. klassischen Fallmanagements zielen die ergriffenen Maßnahmen und Aktivitäten überwiegend darauf ab, den aktuellen Gesundheitszustand zu erheben, um ein für die Vermittlung relevantes Leistungsbild zu erheben. Im Projekt hingegen wird durch die frühzeitige Einschaltung der erforderlichen Leistungsträger und die Umsetzung von individuellen Maßnahmen und Aktivitäten die Verbesserung oder zumindest die Erhaltung des aktuellen Gesundheitszustandes der Teilnehmer angestrebt. Voraussetzung hierzu ist die Sensibilisierung der Ärzteschaft und deren Gewinnung für das Projekt, indem vor allem der Nutzen für den jeweiligen Patienten und die Freiwilligkeit der Teilnahme am Projekt besonders hervorgehoben wird.

Bislang erfolgten gemeinsame Fallbesprechungen zwischen Jobcenter und Reha-Träger nur in bewilligten Rehabilitationsverfahren und auch hier nicht regelmäßig. Der Projektansatz sieht auch hier eine Vernetzung vor, indem bereits frühzeitig alle Beteiligten, hierzu gehören die Leistungsträger, Arbeitgeber, ggfs. auch Maßnahmenträger und die Ärzteschaft, Fallbesprechungen durchführen und in einem Integrationsplan sowohl die vereinbarten Ziele als auch die Finanzierung festlegen. Maßnahmen aus dem Regelgeschäft, welche aus dem Eingliederungsbudget finanziert werden, sollen im Modellprojekt durch speziell für die Zielgruppe konzipierte gesundheitsfördernde Maßnahmen ergänzt werden. Diese ergänzenden Maßnahmen setzen sich aus den folgenden gruppenspezifischen Angeboten zusammen:

- Gesundheitsfördernde Maßnahmen insbesondere im Bereich Bewegung und Ernährung (z.B. Rückenfit, Ernährungsberatung)
- Individuelle medizinische Arbeitserprobungen in Facheinrichtungen
- Zielgruppenspezifische Maßnahme im Bereich Abhängigkeitserkrankung/psychische Erkrankung

Die zugrundeliegenden Ziele dieser zusätzlichen Maßnahmen für die Projektteilnehmer sind die Prävention von Erkrankungen durch frühzeitige Intervention oder zumindest die Vermeidung der Chronifizierung von Krankheiten. Zudem geht es um die Auseinandersetzung mit der gesundheitlichen Situation und den Umgang damit, um vor allem die Gesundheitskompetenz und langfristig die Resilienz der Teilnehmer zu stärken. Der Gesundheitszustand soll im Allgemeinen verbessert werden oder zumindest ein weiterer negativer Verlauf gebremst oder verhindert werden.

Im bisherigen Tagesgeschäft des Fallmanagements fand bis zu Projektbeginn keinerlei aktive Verknüpfung der Arbeits- und Gesundheitsförderung im Vermittlungsprozess statt.

Um eine verstärkte und individuelle Betreuung der Teilnehmer im Projekt zu gewährleisten, liegt der Betreuungsschlüssel im Projekt bei 1:75.

Neben den regulären Aufgaben sollen die Lotsen die Vernetzung der Leistungsträger fördern. Dabei sollen sie Synergien als Arbeitgeberservice, Arbeitsvermittler und Gesundheitslotse in Personalunion nutzen. Ziel ist die nachhaltige Vermittlung der Teilnehmer an eine leidensgerechte und passgenaue Arbeitsstelle, die zudem durch eine Nachbetreuung unterstützt wird.

Über die Bedarfserhebung durch die Lotsengespräche, die sich auf den Gesundheitscheck des beteiligten Arztes und auf dessen Therapievorschläge stützen, werden die individuellen weiteren

Gesundheitsangebote mit dem Teilnehmer besprochen und verfolgen einen ganzheitlichen Gesundheitsansatz mit dem übergeordneten Ziel der Vermittlung in den ersten Arbeitsmarkt.

Im Modul 1 soll über eine Vernetzung der Leistungsträger in den beteiligten Fällen ein Synergieeffekt erzielt werden. Hierzu soll die Bereitschaft der Ärzte zur Zusammenarbeit über die Kommunale Gesundheitskonferenz und mit Hilfe des örtlichen Kreisgesundheitsamtes, gewonnen werden soll. Die jeweils von den Teilnehmenden genannten Hausärzte werden im laufenden Projekt persönlich, schriftlich (Flyer) oder auch telefonisch über die angestrebten Synergieeffekte und besonders über den Nutzen für den Teilnehmenden informiert und sensibilisiert. Ziel ist die Möglichkeit einer frühzeitigen Intervention, um präventiv auf Gesundheitsbeeinträchtigungen reagieren und nach erfolgter Diagnostik und konkretisierter Therapieempfehlung durch die Ärzteschaft, mit passgenauen gesundheitsfördernden Maßnahmen gegensteuern zu können. Alternativ sollen Chronifizierungen und eine Verschlechterung des gesundheitlichen Status quo vermieden werden.

Modul 2 konzentriert sich auf Prävention und individualisierte Bedarfsorientierung, um die Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen zu fördern und die Gesundheitskompetenz durch Selbstinformationsangebote zu steigern. Es umfasst mehrere Bausteine: Baustein 1 bietet Informationsveranstaltungen, Baustein 2 organisiert Gesundheitstage, und Baustein 3 stellt regelmäßige Gruppenangebote bereit, die auf medizinische und therapeutische Bedürfnisse basierend auf den ärztlichen Gesundheitschecks abzielen. Ziel ist es, eine Verschlechterung des Gesundheitszustands zu verhindern, die soziale Teilhabe zu fördern und ein besseres Bewusstsein für gesundheitliche Probleme zu schaffen. Baustein 4 bietet medizinische Arbeitserprobungen, während Baustein 5 die Integration gesundheitsfördernder Aktivitäten in den Alltag umfasst, um einen aktiveren Lebensstil und eine Veränderung gesundheitsschädlicher Gewohnheiten zu unterstützen

Der Lotse agiert im Jobcenter anders als im Regelgeschäft. Er fungiert als Fallmanager und Ansprechpartner in Gesundheitsfragen. Dabei steht er im Austausch mit dem behandelnden Arzt. Zudem wirkt er als Mediator für flankierende Leistungen wie Schuldner- und Suchtberatung. In Personalunion bietet er auch einen Arbeitgeberservice an. Der Lotse unterstützt die Teilnehmenden sowohl in gesundheitlichen als auch in beruflichen und sozialen Aspekten. Sein Ziel ist es, eine aktivere und gesündere Lebensweise zu fördern und soziale Kontakte im Alltag zu ermöglichen.

Durch diese Maßnahmen wird die Teilhabe an der Gesellschaft gestärkt. Gleichzeitig soll eine positive Veränderung der Gewohnheiten angestrebt werden mit dem übergeordneten Ziel eine Vermittlung auf den Arbeitsmarkt zu fördern.

Durch die erhöhte Kontaktdichte und die ganzheitliche Betrachtung der Probleme der Teilnehmenden können Lotsen und Teilnehmer enger und zielgerichteter zusammenarbeiten.

Diese Zusammenarbeit basiert auf einer soliden Vertrauensbasis und erstreckt sich über die gesamte Projektlaufzeit. Ziel ist es, die Kursinhalte langfristig im Alltag zu verankern, um die Beschäftigungsfähigkeit und Gesunderhaltung der Teilnehmenden zu fördern. Dadurch wird angestrebt, im Sinne des besten eine dauerhafte Vermittlung zu erreichen, ohne dass es zu einem erneuten Leistungsbezug kommt.

Modul 3 zielt auf die Integration in den Arbeitsmarkt ab. Der Lotse kommuniziert direkt mit den Arbeitgebern, um deren Bedarfe zu ermitteln. Dies ermöglicht es ihm, geeignete Angebote zu identifizieren oder zu entwickeln und aktiv als Lotse zu agieren. Zudem ist er verantwortlich für die Akquise leidensgerechter und passgenauer Arbeitsplätze sowie für die Information der Arbeitgeber über Unterstützungsangebote während und nach der Einstellung. Damit erfolgt die Betreuung sowohl der Teilnehmenden als auch der Arbeitgeber umfassend aus einer Hand.

Im regulären Geschäft ist der Arbeitgeberservice allein für die Betreuung der Arbeitgeber und die stellenorientierte Vermittlung zuständig. Im Rahmen des Projekts hingegen übernimmt der Lotse die bewerberorientierte Vermittlung und die Betreuung der Arbeitgeber. Der Vorteil dieser Vorgehensweise liegt darin, dass der Lotse sowohl die Potenziale und gesundheitlichen Einschränkungen des Bewerbers kennt als auch die Anforderungen des Arbeitgebers und die Gegebenheiten des Arbeitsplatzes. Dadurch wird eine leidensgerechte und passgenaue Vermittlung ermöglicht. Zudem ist eine unterstützende Vermittlung im Modellprojekt der Regelfall, was im regulären Geschäft nicht so üblich ist.

Modul 4 umfasst die wissenschaftliche Begleitung. Ergebnisse und Durchführung werden auf projektebene durch eine wissenschaftliche Begleitung evaluiert.

1.3 Ziele

Hauptziel ist es, gesundheitliche Einschränkungen als Hindernisse für die Arbeitsvermittlung abzubauen oder sogar zu verhindern.

Aufgrund der sich aufeinander aufbauendenden Bausteine, ergeben sich folgende Projektziele:

Vernetzung der Leistungsträger

Ziel ist die Vernetzung der beteiligten Leistungsträger zu verbessern, um die Erwerbsfähigkeit zu erhalten bzw. wiederherzustellen, einer drohenden Erwerbsminderung oder Erwerbsunfähigkeit entgegenzuwirken und/oder einer chronischen Erkrankung vorzubeugen. Dies verbessert vor allem die allgemeine Beschäftigungsfähigkeit und führt nach erfolgter (Re-)Integration in den allgemeinen Arbeits- und Ausbildungsmarkt im Optimalfall zu einer dauerhaften Erwerbstätigkeit. In gemeinsamen Fallbesprechungen zum jeweiligen Projektteilnehmenden sollen konkrete Schritte festgelegt werden. Die Ergebnisse sind in einem Hilfeplan festzuhalten und regelmäßig nachzuhalten und ggf. anzupassen, um etwaigen Veränderungen Rechnung tragen und an die neue Situation anpassen zu können.

Als Zielgröße war hierzu vorgesehen, dass für 30% der aufgenommenen Projektteilnehmenden innerhalb von 2 Jahren nach individuellem Projektbeginn eine gemeinsame Fallbesprechung stattfinden konnte. Der 2-Jahresfrist lag die Einschätzung zu Grunde, dass dieser Zeitraum erforderlich ist, um alle gesundheitlichen Aspekte berücksichtigen zu können.

Im regulären Fallmanagement wurde festgestellt, dass viele Klienten oft nicht über die Bedeutung von bewilligten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben informiert waren. Dadurch blieben wichtige Informationen dem Fallmanager häufig verborgen. Zudem hielten Patienten manchmal frühere Erkrankungen und gelegentlich auch akute Problemlagen vor ihrem Hausarzt zurück.

Die Vernetzung von bspw. Rentenversicherungsträgern, Rehabilitationsträgern, Krankenkassen und Kreisgesundheitsamt soll hier Abläufe optimieren, ein Informationsgefälle verhindern und somit auf die Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit abzielen.

Vernetzung behandelnder Ärzte/Hausärzte – frühzeitige Intervention

Im Rahmen der Kommunalgesundheitskonferenz und in individuellen Beratungen werden die behandelnden Ärzte über das Projekt VVI informiert. Ziel ist es, eine Sensibilisierung der Ärzte, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie des medizinischen Dienstes der Krankenkassen zu erreichen. Das Thema Prävention vor Rehabilitation soll insbesondere bei Allgemeinärzten verstärkt in der Tätigkeit aufgegriffen werden. Ebenso sollen die Ärzte in die Erstellung des Hilfeplans miteinbezogen werden. Ziel der frühzeitigen Einbindung der Ärzte über den Gesundheitscheck des jeweiligen Klienten in der Praxis ist es, konkrete Vorschläge zu erhalten, welche medizinischen und therapeutischen Maßnahmen für den Teilnehmenden notwendig sind. Dadurch soll sichergestellt werden, dass der Teilnehmende zeitnah die erforderlichen Maßnahmen ergreifen kann, um seine Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen. Weiterhin sollte eine Chronifizierung vermieden werden, um langfristig die Beschäftigungsfähigkeit zu sichern und nicht in die Erwerbsunfähigkeit abzurutschen.

Bei einer Begutachtung in der haus- oder fachärztlichen Praxis wird der aktuelle gesundheitliche Status ermittelt und ein spezifischer Therapiebedarf definiert. Durch regelmäßige Gruppenangebote werden die Symptome behandelt. Darüber hinaus erfolgt eine Verstetigung der Maßnahmen sowie eine erneute ärztliche Überprüfung, um die Erwerbs- und Beschäftigungsfähigkeit zu gewährleisten.

Zusätzlich kann über den Gesundheitscheck ein positives-negatives Leistungsbild mit eingebracht werden, um für eine passgenaue und leidensgerechte Arbeitsplatzvermittlung sachdienliche Hinweise zu bekommen.

Das Ziel ist erreicht, wenn in 80 % der während der Projektlaufzeit erstellten Hilfeplänen die behandelnden Ärzte im Rahmen von gemeinsamen Fallbesprechungen mit eingebunden sind.

Zudem wenn während der Projektlaufzeit das Thema mindestens fünfmal auf der regelmäßig stattfindenden Kommunalen Gesundheitskonferenz besprochen wird. Durch das wiederkehrende Aufgreifen der Thematik werden die Ärzte und Ärztinnen sensibilisiert und ihre Bereitschaft zur Mitarbeit erhöht.

Um das Thema nachhaltig bei den Ärzten zu verankern, ist eine zweimalige Thematisierung notwendig.

Vorbeugung - Individualisierte Bedarfsorientierung

Ein Ziel dieses Projektes ist eine frühzeitige individualisierte Bedarfsorientierung. Durch die zielgerichtete und bedarfsorientierte Erbringung der erforderlichen Leistungen, auf Basis der ärztlichen Empfehlung über den Gesundheitscheck, wird die Erhaltung/Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit gefördert und die gesellschaftliche Teilhabe verbessert.

Dieses Modul untergliedert sich dabei in fünf Bausteine, welche den Lotsen zur Verfügung standen und dem individuellen gesundheitsfördernden Bedarf Rechnung zu tragen.

- Baustein 1: Informationsveranstaltungen – motivierende Vorträge
  Impulsvorträge zu Themen wie Rückengesundheit und Ernährung informieren und sensibilisieren die Teilnehmenden, um ihre Lebensweise aktiver und gesünder zu gestalten.
- Baustein 2: Gesundheitstag
  Ein Gesundheitstag kombiniert informative Vorträge mit praktischen Aktivitäten wie Nordic Walking und Kräftigungsübungen, um Gesundheit direkt erlebbar zu machen.
- Baustein 3: Regelmäßige Gruppenangebote
  In regelmäßigen Gruppenangeboten lernen die Teilnehmenden gesundheitsfördernde Bewegungen unter Anleitung, die speziell auf Diagnosen und persönliche Interessen abgestimmt sind. Dies soll nicht nur gesundheitlichen Beschwerden entgegenwirken, sondern auch die gesellschaftliche Teilhabe stärken. Die Angebote berücksichtigen diverse gesundheitliche Probleme und variieren zwischen Indoor- und Outdoor-Aktivitäten. Geografische und zeitliche Zugänglichkeit sind ebenfalls von Bedeutung, um eine breite Teilnahme zu fördern.
- Baustein 4: Medizinische Arbeitserprobungen
  Standardisierte Tests erfassen die physische Belastbarkeit zur Unterstützung der beruflichen Rehabilitation und bieten Feedback zu Stärken und Schwächen.
- Baustein 5: Integration in den Alltag
  Aktivitäten sollen in den Alltag integriert werden, z.B. durch den Beitritt zu Sportvereinen und gesunde Lebensgewohnheiten.

Zusammengefasst zielen die verschiedenen Bausteine darauf ab, die Teilnehmenden ganzheitlich zu informieren, zu aktivieren und zu befähigen, ihre Gesundheit nachhaltig zu verbessern und in den Alltag zu integrieren.

Das Ziel wird erreicht, wenn innerhalb der Projektlaufzeit mindestens 90 % der Teilnehmenden an den Aktivitäten aus den Bausteinen 1–3 teilnehmen, wobei eine Gesamtteilnahme von mindestens 10 Stunden erforderlich ist. Zudem sollen mindestens 30 % der Teilnehmenden, die für sie spezifisch empfohlenen Aktivitäten in ihren Alltag integrieren.

Integration

Ein Ziel des Projektes VVI ist die dauerhafte und leidensgerechte Integration in ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis, um einer drohenden oder vorliegenden (Teil-) Erwerbsminderung entgegenzuwirken und die berufliche und gesellschaftliche Teilhabe zu verbessern. Leidensgerecht ist ein Arbeitsplatz dann, wenn ein Mitarbeiter trotz seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung diesen ausfüllen kann, das heißt alle gestellten Aufgaben und Herausforderungen entsprechend seiner Fähigkeiten erledigen kann. Die Akquise von leidensgerechten und passgenauen Arbeitsstellen wie auch die Beratung der Arbeitgeber über notwendige Unterstützungsmöglichkeiten kommt hierbei dem Lotsen zu. Eine besondere Bedeutung kommt hier dem Coaching der Teilnehmer und der Unterstützung der Betriebe vor und nach der Arbeitsaufnahme über eine 6-monatige Nachbetreuung zu. Das Ziel einer Vermittlungsquote von 60% erfordert in der Umsetzung eine vermittlungsorientierte Zusammenarbeit der Leistungsträger und kann mit Arbeitserprobungen zur Einarbeitung in den

Betrieben und Lohnkostenzuschüssen unterstützt werden. Zudem soll vorab durch den technischen Berater einer Fachstelle eingeschätzt werden, ob die aufgenommene Tätigkeit den gesundheitlichen Bedürfnissen der Teilnehmenden gerecht wird.

1.4 Organisation/Beteiligte Akteure

Das Projekt VVI wurde vom Jobcenter Biberach als alleiniger Leistungsträger durchgeführt. Es sind keine Verbundpartner beteiligt. Jedoch wurden mit verschiedenen Akteuren aus dem Arbeitsmarkt- und Gesundheitsbereich Kooperationsvereinbarungen geschlossen. Hierzu gehören unter anderem die Deutsche Rentenversicherung, die Agentur für Arbeit, die Kreishandwerkerschaft, die Industrie- und Handelskammer sowie die Suchtberatungsstelle. Durch die Vernetzung der Kooperationspartner konnten, durch die gezielte Einbindung dieser in Einzelfällen, Synergien genutzt und der Integrationsprozess optimiert werden.

Zur Optimierung der Abläufe und der Betreuung der Teilnehmer wurde innerhalb des Jobcenters ein gesondertes Team gebildet, welches aus drei Vollzeitäquivalenten (VZÄ) bestand. Die Teamstruktur setzt sich wie folgt zusammen: 2,0 VZÄ für die Tätigkeit als Lotse, 0,5 VZÄ für die Rolle des Netzwerkers und 0,5 VZÄ für die Projektkoordination.

Ein weiteres zentrales Element war die Tatsache, dass die Lotsen im Projekt sowohl als Ansprechpartner für gesundheitliche Anliegen als auch für arbeitsmarktbezogene Fragen fungierten. Des Weiteren waren die Lotsen auch die direkten Ansprechpartner für Arbeitgeber. Diese ganzheitliche Betreuung aus einer Hand minimierte Reibungsverluste und war besonders vorteilhaft für eine anspruchsgerechte und nachhaltige Vermittlung auf den Arbeitsmarkt.

Die Projektteilnehmer wurden im Betreuungsschlüssel von 1:60 (bzw. geplant von 1:75) durch die Lotsen betreut. Dies ermöglichte eine höher Kontaktdichte und den Aufbau einer vertrauensvollen Basis mit dem Teilnehmenden. Die Teilnehmer zeigten Bereitschaft sich auf die gesundheitlichen Komponenten des Projekts einzulassen, was die Wirksamkeit der Vermittlungsstrategie potenziell erhöhte.

In den Lotsengesprächen wurden auch weniger häufig angesprochene psychosoziale Problemstellungen gründlich erörtert. Diese Gespräche waren entscheidend, um die übergeordneten Ziele der Vermittlung in eine leidensgerechte Tätigkeit zu erreichen. Die gezielte Ansprache solcher Themen half, individuelle Barrieren zu identifizieren und zu überwinden, wodurch die Vermittlung in geeignete Tätigkeiten besser gelang.

Die Lotsen orientierten sich bei ihrer Tätigkeit am Verfahren des Public Health Action Cycles. Das Public Health Action Cycles ist ein strukturiertes Verfahren, das darauf abzielt, die gesundheitlichen Herausforderungen systematisch zu identifizieren und anzugehen. Diese Zyklen umfassen mehrere Phasen, die eine umfassende Analyse, Planung, Umsetzung und Evaluierung von Maßnahmen zur Förderung der öffentlichen Gesundheit beinhalten.

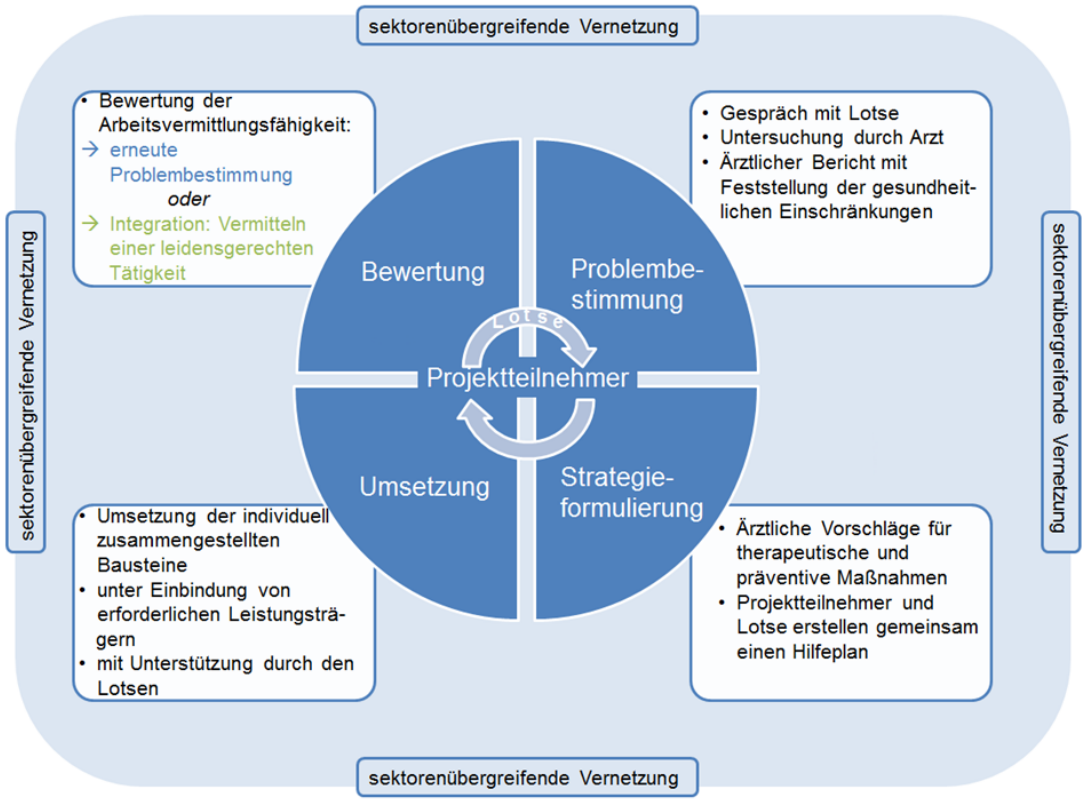


Abbildung 1: Klientenzentrierte Intervention zur Unterstützung von gesundheitlich eingeschränkten Menschen anhand des Public Health Action Cycles

Quelle: Eigene Darstellung

Die Projektkoordination des Teams stand im regelmäßigen Austausch mit der Leitung und erstellte erforderliche Berichte. Sie führte die, für die Durchführung der Aktivierungsangebote, erforderlichen Vergabeverfahren durch und koordinierte darüber hinaus das Team strukturell und organisatorisch.

1.5 Wissenschaftliche Begleitung

Das Ziel der wissenschaftlichen Begleitung des VVI-Modellprojektes war es, die Inhalte, Abläufe und den Nutzen des VVI-Programms zu evaluieren und Kenntnisse über die Umsetzung, Zufriedenheit, Akzeptanz und Vernetzung zwischen den Beteiligten zu gewinnen. Ferner wurden konzeptionelle Stärken und Schwächen sowie Verbesserungspotenziale abgeleitet. Zentraler Punkt der vorrangig formativen Evaluation war dabei die Beurteilung des VVI-Programms aus verschiedenen Perspektiven. Daher erfolgte sowohl eine Befragung der teilnehmenden Arbeitslosen **(quantitativer Strang)** als auch Interviews mit den Lotsen/Lotsinnen sowie beteiligten (Haus-)Ärzten/Ärztinnen **(qualitativer Strang)**. Diese Daten wurden durch Routine-Dokumentationsdaten der Lotsen/Lotsinnen ergänzt.

Folgende Fragestellungen ergaben sich für die Evaluation:

1. Profitieren die teilnehmenden Arbeitssuchenden vom VVI-Programm (in Bezug auf ihre Gesundheit, Reintegration in den Arbeitsmarkt und selbsteingeschätzten Nutzen)? Wenn ja, welche Elemente bzw. Maßnahmen werden als besonders hilfreich bewertet?
2. Hat sich der Gesundheitszustand und die Arbeits- bzw. Beschäftigungsfähigkeit der VVI-Teilnehmenden seit Beginn der Teilnahme am VVI-Modellprojekt verbessert?
3. Wie viele VVI-Teilnehmende können in ein sog. leidensgerechtes Arbeitsverhältnis vermittelt werden?
4. Compliance: Nehmen die VVI-Teilnehmenden die angebotenen Maßnahmen wahr? Welche Maßnahmen werden am häufigsten in Anspruch genommen?

5. Wie zufrieden sind die beteiligten Akteure (VVI-Teilnehmende, Lotsen/Lotsinnen, Ärzte/Ärztinnen) insgesamt mit dem VVI-Projekt? Welche Probleme wurden beobachtet? An welcher Stelle wird Verbesserungspotenzial gesehen?
6. Wie gestaltete sich die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Akteuren? Wie verlief die Kommunikation an den Schnittstellen?
7. Inwieweit gab es durch die COVID-19 Pandemie Auswirkungen auf das VVI-Modellprojekt?

Quantitativer Strang

Bei der Evaluation des Projekts VVI handelt es sich um eine monozentrische Studie, die im Jobcenter Biberach durchgeführt wurde. Vor Beginn der Studie wurde ein Ethikvotum von der Ethikkommission der Universität Ulm eingeholt. Dieses positive Votum (482/21) lag am 02.02.2022 vor. Die Evaluation des Modellprojekts erfolgte auf Basis eines Mixed-Methods-Ansatzes im parallelen Design.

Die Zielgruppe, die in diesem Projekt angesprochen wurde, waren Arbeitssuchende im erwerbsfähigen Alter (>18 Jahre), die im Landkreis Biberach gemeldet und dauerhafte, gesundheitliche Einschränkungen aufwiesen. Darunter fielen Personen, mit Beschwerden am Bewegungsapparat, Personen mit psychischen Erkrankungen und Personen mit Abhängigkeitserkrankungen.

Für die Studie ergaben sich folgende Ein- und Ausschlusskriterien für die Teilnahme am VVI-Modellprojekt, die durch die Lotsen/die Lotsinnen und unter Einbezug ärztlicher Expertise in Form des Gesundheitschecks geprüft wurden.

Einschlusskriterien:

- Arbeitslos, im Sinne des § 138 SGB III
- Erwerbsfähiges Alter über 18 Jahren
- Betreuung durch das Jobcenter Biberach
- Gesundheitliche Einschränkung, die nicht nur vorübergehend ist (z.B. Einschränkungen/ Beschwerden im Bewegungsapparat, psychische Erkrankung und/oder Abhängigkeitserkrankung)

Ausschlusskriterien:

- Bezug einer Erwerbsminderungsrente
- Bezug von Leistungen nach SGB XII
- Mangelnde Motivation
- Keine ausreichenden Deutschkenntnisse

Die statistischen Analysen wurden mit der Statistiksoftware R in der Version 4.1.2 durchgeführt. Dabei wurden zahlreiche Pakete für die Auswertung verwendet, beispielsweise gtsummary (Version 1.5.2) und stats (Version 4.1.2). Im Zuge der Befragung wurden zunächst univariate, deskriptive Analysen durchgeführt und für sämtliche Variablen die Häufigkeitsverteilungen sowie Lage- und Streuungsmaße, das heißt Mittelwert, Median und Standardabweichung (SD) betrachtet. Darauf aufbauend wurden inferenzstatistische Verfahren angewandt, um Zeitpunktvergleiche durchzuführen und bestehende Unterschiede auf statistische Signifikanz ($\alpha = 0,05$) zu prüfen. Die Zeitpunktvergleiche wurden mit den geeigneten statistischen Tests entsprechend dem Skalenniveau der jeweiligen Zielvariablen durchgeführt. Freitextangaben und offene Antwortmöglichkeiten aus den Fragebögen wurden induktiv inhaltsanalytisch kategorisiert bzw. bei geringer Datenlage ohne weitere Kategorisierung ausgewertet.

Qualitativer Strang

Um tiefergehende Erkenntnisse zum Nutzen, Umsetzbarkeit und Verbesserungsbedarfe des Modellprojekts VVI zu erhalten, wurden Interviews mit am Modellprojekt beteiligten Lotsen/Lotsinnen und Hausärzte/Hausärztinnen durchgeführt. Diese Personengruppen tragen zur Wissensgenerierung in puncto Umsetzung des Modellprojekts maßgeblich bei. Um den Interviews eine grundlegende Struktur zu verleihen und gleichzeitig ein offenes Antwortverhalten zu ermöglichen, wurden halbstrukturierte, leitfadengestützte Interviews durchgeführt.

Die Teilnahmebereitschaft der Ärzte/Ärztinnen wurde durch die am Projekt beteiligten Lotsen/Lotsinnen des Jobcenters erfragt. Aufgrund der anhaltenden Covid-19-Pandemie und des hohen Infektionsaufkommens in den Wintermonaten 2022 war es trotz großer Bemühungen nicht möglich die

geplante Interviewanzahl der Ärzte von fünf Interviews zu realisieren. Insgesamt beteiligten sich zwei Ärzte und vier Lotsen/Lotsinnen an den Interviews.

Die Interviews setzen sich aus einem personenbezogenen Kurzfragebogen und einem projektbezogenem Interviewleitfaden zusammen. Zu Beginn des Interviews wurden die Ärzte und Lotsen/Lotsinnen erneut über die Studienziele, inhaltliche Themen, Datenschutz und Freiwilligkeit zur Teilnahme informiert. Bevor das eigentliche Interview begann, wurde anhand des Kurzfragebogens bei den Ärzten die Informationen berufliche Qualifikation inkl. Zusatzqualifikationen, Berufsjahre und die Anzahl der durchgeführten Gesundheitschecks erfragt. Der Kurzfragebogen, der bei den Lotseninterviews eingesetzt wurde, beinhaltete hinsichtlich der soziodemographischen Daten das Alter, die Berufsjahre und die berufliche Qualifikation. Ziel dieses Kurzfragebogens war es einen einfachen Einstieg in das Interview zu ermöglichen und dabei leichte Fragen, die zum einen personenbezogen oder projektspezifische Fragen beinhalteten, zu stellen. Dadurch konnte ein erstes Kennenlernen ermöglicht und eine vertrauensvolle Atmosphäre geschaffen werden.

Für die beiden Personengruppen wurden unterschiedliche projektbezogene Interviewleitfäden erstellt. In beiden Gruppen erfolgte das halbstrukturierte Interview unter Verwendung des Interviewleitfadens, das mit einer einleitenden Frage begann. Mittels der allgemeinen thematische Eingangsfrage wurde der Einstieg in das Interview erreicht. Der Interviewleitfaden beinhaltete die wesentlichen Leitfadenfragen und Adhoc-Fragen zu allen Aspekten, die im Rahmen der Evaluation des Modellprojekts eine wesentliche Rolle spielten. Durch den Leitfaden wurde die Fokussierung auf das zentrale Thema und eine Vergleichbarkeit der Interviewinhalte gewährleistet. Mit einer Abschlussfrage wurde das Interview abgeschlossen. Durch die Abschlussfrage erhielten die Ärzte und die Lotsen/Lotsinnen die Möglichkeit Themen anzusprechen, die bisher im Gespräch noch nicht berücksichtigt wurden.

Unmittelbar im Anschluss an das Interview wurde ein Postskriptum erstellt, das zusätzlich zum einen organisatorische Aspekte (u. a. Datum und Aufnahmedauer) und zum anderen Anmerkungen zur Interviewsituation aus Sicht des Durchführenden enthielt.

Datenauswertung

Um eine inhaltsanalytische Auswertung zu ermöglichen, wurden die geführten Interviews transkribiert. Da der Fokus auf der inhaltlichen Auswertung des Datenmaterials lag, wurde ein einfaches Transkriptionssystem genutzt. Die Auswertung der Interviews erfolgte mittels inhaltlich-strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz. Bei dieser Analysemethode wurde auf Grundlage von deduktiv und induktiv entwickelten Haupt- und Subkategorien eine inhaltliche Strukturierung der vorliegenden Daten erarbeitet. Die Analyse wurde computergestützt mit der Software MAXQDA Version 2018 vorgenommen.
Zunächst wurden anhand des vorliegenden Interviewleitfadens – im Hinblick auf die zu beantwortende Forschungsfrage – (deduktiv) thematische Kategorien gebildete. Darauf aufbauend wurden am Material entlang (induktiv) weitere Kategorien entwickelt und ausdifferenziert. Um das Textmaterial den richtigen Kategorien zuzuordnen, wurde ein fester Kodierleitfaden für Haupt- und Subkategorien (Definition, Ankerbeispiel, Kodierregel) definiert. Zudem wurde für jedes Interview eine Fallzusammenfassung erstellt, welche die wesentlichen Informationen über den Hausarzt/die Hausärztin bzw. den Lotsen/die Lotsin und deren Aussagen enthält. Zur Analyse und Ergebnisaufbereitung wurde eine kategorienbasierte Auswertung entlang der Hauptkategorien gewählt und durch fallbezogene thematische Zusammenfassungen ergänzt.

2 Ergebnisse des Modellprojekts

An dem Modellprojekt haben, laut Abrechnungsdaten des Jobcenter Biberachs, 195 Kunden (Stand Ende der Rekrutierung: 02.08.2024) teilgenommen. Insgesamt konnten hieraus 58 Teilnehmende für die Evaluation gewonnen werden.

Beschreibung der Stichprobe

Von den 58 Teilnehmenden waren 62,1% (n=36) männlich und 37,9% (n=22) weiblich. Das Durchschnittsalter lag bei 44,9 ± 10,6 Jahren. Der überwiegende Anteil der Teilnehmenden wies mit 39,7% als höchsten Bildungsabschluss einen Hauptschulabschluss auf (n=23) gefolgt von Personen, mit einem Realschul-/mittleren Abschluss (32,8%; n=19). 82,8% (n=48) waren alleinlebend und bei 13 Personen lag eine eingetragene Behinderung vor.

Von den Teilnehmenden waren jeweils 31,0% seit ca. 1–2 (n=18) oder 3–5 Jahren (n=18) arbeitslos. Betrachtet man die gesundheitliche Einschränkung, die den Hauptgrund für die Projektteilnahme darstellte, so wird deutlich, dass Erkrankungen des Bewegungsapparates mit 41,4% (n=24) gefolgt von psychischen Erkrankungen mit 27,6% (n=16), die häufigsten Ursachen darstellten. Des Weiteren trugen in 20,7% der Fälle Abhängigkeitserkrankungen zur Teilnahme am Projekt bei (n=12). Die gesundheitlichen Einschränkungen existierten vor Projektbeginn bei 34,5% der Teilnehmenden bereits länger als 10 Jahre (n=20) und bei 24,1% der Teilnehmenden (n=14) seit 3–5 Jahren.

Beantwortung der Fragen zur Evaluation

Durch die Ergebnisse aus dem quantitativen Forschungsstrang können die folgenden Forschungsfragen beantwortet werden:

1. Profitieren die teilnehmenden Arbeitssuchenden vom VVI-Programm (in Bezug auf ihre Gesundheit, Reintegration in den Arbeitsmarkt und selbsteingeschätzten Nutzen)? Wenn ja, welche Elemente bzw. Maßnahmen werden als besonders hilfreich bewertet?

Durch die Intervention konnte der allgemeine Gesundheitszustand der Kunden/Kundinnen signifikant verbessert werden (p=0,001). Auch in den Bereichen „körperlich“ und „psychischer“ Gesundheitszustand zeigten sich statistisch signifikante Verbesserungen im Vergleich zum Beginn der Intervention. Hinsichtlich der Reintegration in den Arbeitsmarkt zeigte sich, dass ein Großteil der Teilnehmenden von der Maßnahme profitierte. 21,1% konnten eine reguläre oder befristete Beschäftigung aufnehmen, 10,5% eine Tätigkeit in geförderter Form. Als besonders hilfreich für die weitere persönliche und berufliche Entwicklung bewerteten die Teilnehmenden die Lotsengespräche. 31,9% gaben an, stark davon profitiert zu haben, 38,3% mittelmäßig und 17,0% etwas. Lediglich 12,8% der Teilnehmenden gaben an, nicht davon profitiert zu haben. Die gesundheitsfördernden Maßnahmen halfen der Mehrheit einer Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt näher zu kommen. Für 22,2% waren sie sehr hilfreich, für 40,0% mittelmäßig und für 26,7% wenig hilfreich. Nur 11,1% der Teilnehmenden gaben an, dass die gesundheitsfördernden Maßnahmen nicht zu ihrer Reintegration in Arbeit beigetragen haben.

2. Hat sich der Gesundheitszustand und die Arbeits- bzw. Beschäftigungsfähigkeit der VVI-Teilnehmenden seit Beginn der Teilnahme am VVI-Modellprojekt verbessert?

Die Arbeitsfähigkeit der VVI-Teilnehmenden hat sich seit Beginn der Teilnahme signifikant verbessert (p=0,05). Die Arbeitsfähigkeit wurde von den Teilnehmenden zu beiden Zeitpunkten (vor der Projektteilnahme (4,2 Punkte) und zum Befragungszeitpunkt (5,0 Punkte)) auf einer Skala von 0=vollständig arbeitsunfähig bis 10=beste Arbeitsfähigkeit erhoben. Auch die Angaben zur beruflichen Leistungsfähigkeit verbesserten sich signifikant (p=0,013). Zu Beginn der Maßnahme gaben 7,3% (n=4) der Personen an, voll leistungsfähig zu sein, dies verbesserte sich auf 18,2% (n=10). 29,1% (n=16) der Teilnehmenden gaben hingegen zu Beginn der Maßnahme an, überhaupt nicht leistungsfähig zu sein. Dies verbesserte sich im Laufe der Projektteilnahme auf 9,1% (n=5).

3. Wie viele VVI-Teilnehmende können in ein sog. leidensgerechtes Arbeitsverhältnis vermittelt werden?

21,1% konnten eine reguläre oder befristete Beschäftigung aufnehmen, 10,5% eine Tätigkeit in geförderter Form.

4. Compliance: Nehmen die VVI-Teilnehmenden die angebotenen Maßnahmen wahr? Welche Maßnahmen werden am häufigsten in Anspruch genommen?

Insgesamt nahmen die Teilnehmenden der Evaluation an 193 Maßnahmen teil. Davon wurden 160 Maßnahmen planmäßig und nur 33 vorzeitig beendet. Die meisten Personen nahmen an einem Impulsvortrag teil, der mit unterschiedlichen Themenschwerpunkten angeboten wurde (z. B. „Entspannt und achtsam leben", „Zucker – geht's auch ohne" oder „Schlaf dich gesund – Schlafhygiene worauf es ankommt"). Der Kurs „In Balance bleiben" und „Nordic Walking" wurde von den Teilnehmenden sehr gut besucht. Inhalt des Kurses „In Balance bleiben" war die Vermittlung von Entspannungsformen und -übungen. Der Kurs „Rückenfit" stieß auch auf breite Akzeptanz der Teilnehmenden. Bei der Einordnung des Rankings muss allerdings beachtet werden, dass es auch Kurse gab, die nicht in der Gänze der Laufzeit angeboten wurden, sodass Kurse teilweise nur einmalig oder mit eingeschränkter Personenanzahl stattfanden. Der häufigste Grund hierfür war die Covid-19-Pandemie und ihre Folgen.

Durch die Ergebnisse aus dem qualitativen Forschungsstrang können die folgenden Forschungsfragen beantwortet werden:

5. Wie zufrieden sind die beteiligten Akteure (VVI-Teilnehmende, Lotsen/Lotsinnen, Ärzte/Ärztinnen) insgesamt mit dem VVI-Projekt? Welche Probleme wurden beobachtet? An welcher Stelle wird Verbesserungspotenzial gesehen?

Verbesserungspotenziale in Bezug auf die Maßnahme wurden nur in sehr geringem Maße kommuniziert. Die Lotsen/Lotsinnen waren mehrheitlich sehr zufrieden mit der Ausgestaltung. Ein Lotse würde sich wünschen, dass aus dem klassischen Fallmanagement heraus mehr Meldungen für potenzielle VVI-Teilnehmende erfolgen würden. Dies sei jedoch aufgrund der hohen Arbeitsbelastung in den Hintergrund getreten.

Auch die Ärzte äußerten sich sehr zufrieden mit dem Modellprojekt. Ein Arzt merkte jedoch an, dass es sinnvoll gewesen wäre, wenn vierteljährliche Treffen stattgefunden hätten, um eine intensivere Zusammenarbeit zu ermöglichen. Er erlebe häufig, dass Mitarbeitende des Jobcenters nicht über mögliche Suchterkrankungen ihrer Klienten/Klientinnen informiert seien. Darüber hinaus wünscht sich der Arzt, dass Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen des Sozialamtes oder des Jobcenters die Menschen zu Hause aufsuchen, um möglichst schnell eine Einschätzung der Lebenssituation zu erhalten.

Im Rahmen der quantitativen Datenerhebung wurden auch die Teilnehmenden gefragt, wie zufrieden sie mit dem Ergebnis des rehapro-Projekts aus heutiger Sicht sind. 24,6% (n=14) der Teilnehmenden sind mit dem Gesamtergebnis, das durch das Projekt erreicht wurde, sehr zufrieden. 57,6% der Teilnehmenden (n=33) sind zufrieden mit dem Ergebnis und 12,3% (n=7) würden sich bei der Kategorie „weder noch" einfinden. 3,5% (n=2) der Teilnehmenden sind mit dem Gesamtergebnis unzufrieden und 1,8% (n=1) stufte sich bei der Ausprägung „sehr unzufrieden" ein. Eine Begründung für die Unzufriedenheit konnte aus den Fragebogendaten nicht abgeleitet werden.

6. Wie gestaltete sich die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Akteuren? Wie verlief die Kommunikation an den Schnittstellen?

Die gute Zusammenarbeit im Kleinteam innerhalb des Jobcenters wurde von allen Lotsen/Lotsinnen als sehr förderlich für das Modellprojekt angesehen. Bei der Gewinnung der Ärzte/Ärztinnen für das Projekt wurde sehr viel Engagement von seitens der Lotsen/Lotsinnen erbracht.

Die Ärzte/Ärztinnen wurden schriftlich über das Modellprojekt informiert und von einem Mitarbeitenden des Jobcenters persönlich in den Praxen aufgesucht, um die Zielsetzung und die Inhalte des Modellprojekts VVI zu besprechen. Lediglich drei von ca. sechzig kontaktieren Ärzten/Ärztinnen signalisierten bereits zu Beginn, dass sie kein Interesse an einer Mitwirkung am Projekt haben. Mehrere Ärzte/Ärztinnen waren hingegen positiv überrascht, dass es ein solches Angebot für Empfänger/Empfängerinnen von Arbeitslosengeld II (heute: Bürgergeld) gibt. Ein Lotse betonte, dass bei den Informationsgesprächen, die über das Modellprojekt aufklärten, deutlich wurde, dass man dieselben Ziele verfolge, aber bisher nicht die Expertisen bündeln konnte. Die Kontaktaufnahme zwischen den mitwirkenden Ärzten/Ärztinnen und Lotsen/Lotsinnen erfolgte entweder durch E-Mails oder

Telefonate. Die interviewten Ärzte beschreiben die Zusammenarbeit mit dem Jobcenter als sehr gut. Allerdings würde sich ein Arzt vierteljährliche Treffen mit den Lotsen/Lotsinnen wünschen, um die Zusammenarbeit erneut zu intensivieren. Ein weiterer sehr positiv zu erwähnender Faktor des Modellprojekts war, dass die Kunden/Kundinnen zu ihrem eigenen Hausarzt/ ihrer eignen Hausärztin (falls vorhanden) gehen konnten, um den erforderlichen Gesundheitscheck durchzuführen. Durch die bereits bestehende Vertrauensbasis war es einfacher die Kunden/Kundinnen zu einer Vorstellung bei ihrem Hausarzt/ ihrer Hausärztin zu bewegen. Dementsprechend lief auch die Schnittstelle zwischen den Ärzten/Ärztinnen und Kunden/Kundinnen bei dem Großteil der Kunden/Kundinnen reibungslos ab.

7. Inwieweit gab es durch die COVID-19 Pandemie Auswirkungen auf das VVI-Modellprojekt?

Die Maßnahmen der Bundesregierung zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie hatten direkten Einfluss auf die Projektkonzeption. Sowohl im Bereich der gesundheitsfördernden Maßnahmen als auch bei der Durchführung der Lotsen- und Lotsinnengespräche mussten Alternativen für Projektabläufe und -inhalte gefunden und entwickelt werden, um das Projekt und die damit verbundenen Ziele auch unter erschwerten Bedingungen umsetzen zu können. Erschwerend kam hinzu, dass die immer wiederkehrenden Verordnungen und Verschärfungen sehr schnell umgesetzt werden mussten, was wiederum zu Konzeptänderungen führte. Bei gesundheitsfördernden Maßnahmen, die als Präsenzveranstaltungen konzipiert waren, wurde versucht, auf digitale Medien umzusteigen. Bei Maßnahmen, die nur als Präsenzveranstaltungen durchgeführt werden konnten, wurde die Gruppengröße begrenzt. Konnten Kurse nicht umstrukturiert werden, mussten sie aufgrund der Corona-Regelungen abgesagt werden. Hinzu kam, dass das Personal, das die gesundheitsfördernden Maßnahmen angeboten hatte, sich während der Corona-Pandemie teilweise beruflich neu orientierte und für eine Neuauflage der Programme nicht mehr zur Verfügung stand. Die gesundheitsfördernden Maßnahmen mussten während der Projektlaufzeit dreimal unterbrochen werden, so dass eine Wiederaufnahme der Maßnahmen mit einem erneuten enormen Arbeitsaufwand und Engagement der Mitarbeitenden des Jobcenters verbunden war.

Diskussion der Ergebnisse

Vorbelastungen/Ausgangslage

Laut Deutschem Gewerkschaftsbund sind Arbeitslose doppelt so häufig krank wie Erwerbstätige, dies unterstreicht auch der BKK-Gesundheitsreport von 2019 wobei Arbeitslose im Schnitt drei Mal so lange krankgeschrieben sind wie Erwerbstätige [2,3]. Hinzu kommt, dass auch die Krankenhausstatistik bei Arbeitslosen einen doppelt so hohen Anteil an Krankhaustagen aufweist, als bei Erwerbstätigen. Die Hälfte dieser Behandlungstage sind auf psychische Erkrankungen zurückzuführen. Arbeitslose weisen ein schlechteres Gesundheitsverhalten auf und haben einen signifikant schlechteren Gesundheitszustand im Vergleich zu Erwerbstätigen. Hollederer (2021) plädiert deshalb für Präventionsangebote für Arbeitslose, allerdings wird diese Zielgruppe derzeit wenig bis gar nicht erreicht. Grund hierfür ist die Ansprache, da über die bereits verfügbaren Zugangswege, wie sie beispielsweise in Betrieben verankert sind, diese Personengruppen nicht erreicht werden. [4]

Wie der Gemeinschaftsstatistik über Einkommen und Lebensbedingungen der Bevölkerung in Deutschland (EU-SILC) 2013 zu entnehmen ist, geben 21% der Arbeitslosen an, dass sie ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht bezeichnen würden. Dem gegenüber stehen 3% der Erwerbstätigen, die ihren Gesundheitszustand in diesen Kategorien einordnen würden [4]. Die Ergebnisse der EU-SILC-Erhebung für Deutschland decken sich mit den Ergebnissen und Einschätzungen der VVI-Teilnehmenden in dieser Studie. 26,3% der VVI-Teilnehmenden schätzen ihren Gesundheitszustand „schlecht“ und „sehr schlecht“ ein. Während Personen, die einen guten Gesundheitszustand aufweisen, sehr gut für Gesundheitsförderung zu erreichen sind, sind Personen, die eher einen problematischen Gesundheitsstatus aufweisen nur schwer erreichbar. [5] Die Schwierigkeiten der erschwerten Erreichbarkeit und die daraus entstehende Wissenskluft, bei nichterreichen dieser Personen, ist aus gesellschaftlicher Sicht kritisch, da die gesundheitlichen Probleme zur Verstärkung sozialer Ungleichheiten führen [6]. Aus diesem Grund ist es umso wichtiger Zielgruppen zu erreichen, die durch klassische Gesundheitsförderungen nicht erreicht werden. Durch die freiwillige Inanspruchnahme des VVI-Projekts entstand keine Verpflichtung für die Teilnehmenden, sodass keine Reaktanz zu befürchten war.

Betrachtet man das Erkrankungsspektrum von Erwerbslosen so zeigt sich, dass Muskel- und Skeletterkrankungen am häufigsten vorliegen. Dies ist auch bei den VVI-Teilnehmenden der Fall [7]. Mit 41,4% weisen sie gesundheitliche Einschränkungen im Bereich des Bewegungsapparates auf. Der zweithäufigste Indikationsbereich sind psychische Erkrankungen, diese liegen bei 27,6% der VVI-Teilnehmenden vor. Aus Studien ist bekannt, dass Arbeitslose überproportional häufig von psychischen Erkrankungen betroffen sind. Die Erkrankung tritt etwa doppelt so häufig auf, wie bei Erwerbstätigen (34%). [8]

Auch der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Sucht ist durch zahlreiche Studien bereits belegt. Einerseits führen Suchtprobleme zu Arbeitslosigkeit, andererseits ist es schwer mit einer Abhängigkeitserkrankung einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Hinzu kommt, dass Arbeitslosigkeit die Entwicklung von Suchtproblemen begünstigt. Aus der Statistik der Suchterkrankten weiß man, dass arbeitslose Personen überproportional häufig eine Abhängigkeitserkrankung aufweisen. Bei den VVI-Teilnehmenden ist es im Schnitt jede fünfte Person (20,7%). In der ambulanten Suchtkrankenhilfe lag der Anteil der arbeitslosen Alkoholabhängigen bei 35% und bei Opiatabhängigkeit sogar bei 59%. Betrachtet man den stationären Bereich, so sind 43% der Erwerbslosen alkoholabhängig und 63% opiatabhängig. Schlussfolgern lässt sich aus dem Bericht, dass es aufgrund einer oft unbeständigen nicht stabilen Tagesstruktur zu häufigeren Rückfällen bei Erwerbslosen kommt. [9]

Zieht man die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit für das Jahr 2022 als Vergleich heran, so zeigt sich, dass die Zeit der Arbeitslosigkeit im Schnitt 38,7 Wochen betrug. [10]. Die Ergebnisse der VVI-Studie zeigen, dass 20,7% der Teilnehmenden zum Zeitpunkt der Erhebung weniger als ein Jahr lang arbeitslos waren (<52 Wochen). Die Mehrheit der VVI-Teilnehmenden (79,3%) ist laut Definition von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen. Von Langzeitarbeitslosigkeit spricht man, wenn eine Person länger als zwölf Monate keiner Erwerbstätigkeit nachgeht. Personen, die von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen sind, haben ein höheres Risiko sozialer Ausgrenzung [11]. Durch die gesundheitsförderlichen Maßnahmen wurde im VVI-Projekt darauf geachtet, dass Personen nicht nur ihre Gesundheit stärken, sondern wieder aktiv am Leben in der Gesellschaft teilnehmen und gemeinschaftlich an einem Ziel arbeiten. Die Ergebnisse dieser VVI-Studie zeigen, dass 26,5% in Bezug auf die soziale Teilhabe und die Alltagsstrukturierung „eher oder erheblich profitiert“ haben.

Vernetzung der Sektoren

In einer Veröffentlichung appelliert die Forschungsgruppe „Panel Arbeitsmarkt und soziale Sicherung“ vom Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) an die Politik und Praxis, dass die Bedürfnisse gesundheitlich Beeinträchtigter stärker in den Jobcentern thematisiert und Unterstützungsmöglichkeiten identifiziert werden sollten. Dadurch können gesundheitliche Einschränkungen in Beratungsgesprächen angesprochen und spezifische Präventionsangebote bzw. gesundheitsfördernde Maßnahmen unterbreitet werden. Laut der Forschungsgruppe der IAB erscheint es möglich, dass Jobcenter eine gute Vernetzung mit den Gesundheits- und Arbeitsförderungen vor Ort ermöglichen können. [1] Ein Apell aus der Forschung (IAB), basierend auf den Ergebnissen der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung an die Praxis, die im VVI-Projekt durch die sektorenübergreifende Vernetzung gelebt und ermöglicht wurde.

Vermeidung von Krankheiten und Stärkung der Gesundheit

Mit längerer Arbeitslosigkeit steigen im Vergleich zu Erwerbstätigen auch die sozialen Folgen. Menschen, die keiner Erwerbstätigkeit nachgehen laufen Gefahr, dass sich die sozialen Kontakte mit der Zeit verringern. Die Folge ist, dass die Teilhabe bei Langzeitarbeitslosigkeiten eingeschränkt wird. Des Weiteren treten auch vermehrt andere Stressoren auf, wie beispielsweise finanzielle Nöte oder gesellschaftlicher und familiärer Druck. Gemessen wurden auch der Stress bzw. die außergewöhnlichen Belastungen bei den VVI-Teilnehmenden. Hierbei zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen dem Beginn der Maßnahme und dem Zeitpunkt der Erhebung. Der Stress bzw. die außergewöhnlichen Belastungen reduzierten sich.

Verhaltensbezogene Risikofaktoren, wie beispielsweise Tabakkonsum, falsche Ernährung oder mangelnde körperliche Aktivität können Erkrankungen herbeiführen. Die Zivilisationskrankheiten nehmen stetig zu, sodass Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2 und Lungenerkrankungen auf dem Vormarsch sind. Als Hauptindikatoren stellen sich verhaltensbezogene Faktoren heraus. [12] Durch das VVI-Projekt konnten zahlreiche Risikofaktoren für chronische Erkrankungen reduziert werden. Der Ansatz Verhaltensweisen auch im Kontext der

jeweiligen Lebenssituation zu betrachteten, stammt aus der medizin- und gesundheitssoziologischen Forschung. Dieser Ansatz wurde auch im VVI-Projekt gelebt, sodass verhaltensbezogene Risikofaktoren auch auf ihren Ursprung zurückgeführt wurden und psychosoziale Belastungen in der Lebenswelten der Betroffenen reduziert wurden. Die Ergebnisse der VVI-Studie zeigen, dass durch die gesundheitsförderlichen Maßnahmen, Risikofaktoren signifikant verbessert wurden und dementsprechend ihre Wirkung zeigten.

Erreichbarkeit der Zielgruppe/Akzeptanz

Erfahrungen wie Stigmatisierung und soziale Ausgrenzung, führen dazu, dass sich eine Angst entwickelt, die schlussendlich dazu beiträgt nicht mehr in der Öffentlichkeit aktiv zu werden und sich zu bewegen. Diese Ausgangslage erschwert es den Teilnehmenden an Angeboten wie der Prävention/Gesundheitsförderung teilzunehmen. Letztendlich ist aber bei fast der Hälfte der Erwerbslosen der Bewegungsumfang so gering, dass er gesundheitlich bedenklich wird. Im Vergleich zu Erwerbstätigen sind Arbeitslose inaktiver und machen weniger Sport. [13] Arbeitslose können durch das VVI-Programm neues Selbstvertrauen gewinnen und dabei den ersten Schritt zu einem Leben mit Bewegung eingehen. Das VVI-Projekt hat gezeigt, dass die aktive Ansprache der Kunden/Kundinnen und die daraus folgende Neugierde und Motivation transportiert werden kann, um die Kunden/Kundinnen zu einer Teilnahme zu bewegen. Hemmnisse wurden abgebaut und ein niederschwelliger Zugang zu gesundheitsförderlichen Maßnahmen ermöglicht.

Gesundheitsförderliche Maßnahmen

Die Studienergebnisse der Forschergruppe um Angerer et al. aus dem Jahr 2012 zeigen, dass durch eine Teilnahme an einem Gesundheitskompetenztraining sich signifikante Verbesserungen auf der körperlichen als auch auf der psychischen Ebene für die Teilnehmenden ergaben. Bei der Kontrollgruppe, die kein Gesundheitskompetenztraining in Anspruch nahm, konnten keine signifikanten Verbesserungen erreicht werden. Des Weiteren konnten signifikante Verbesserungen bzgl. der Ängste und der Depressivität der Teilnehmenden beobachtet werden. [14] Eine weitere Forschergruppe um Limm et al. (2013) kommt zu ähnlichen Ergebnissen. In der Studie wurden partizipative Gruppenaktivitäten durchgeführt, die die Teilnehmenden mitbestimmen und gestalten durften. Im Vergleich zur Kontrollgruppe konnten auch hier in der Interventionsgruppe positive Effekt bzgl. des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens sowie bei der subjektiven Gesundheit, insbesondere bei der psychischen, aufgezeigt werden. [15] Auch die Ergebnisse der VVI-Studie zeigen, dass durch gesundheitsförderliche Maßnahmen sich positive Effekte ergeben, die von einer besseren Teilhabe in der Gesellschaft, bis zu positiven Effekten bzgl. des Gesundheitsverhaltens reichen. Diese Verbesserungen konnten sowohl auf der körperlichen als auch auf der psychischen Ebene erreicht werden.

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse dieser Studie unterstreichen die Notwendigkeit Personen, die von Arbeitslosigkeit betroffen sind, wieder zur Teilhabe in der Gesellschaft zu bewegen und sie aktiv dazu aufzufordern sich für ihre Gesundheit einzusetzen. Die Handreichung der Lotsen/Lotsinnen gab den Teilnehmenden die nötige Unterstützung und das Vertrauen sich für neue gesundheitsbezogene Kurse und Inhalte zu öffnen. Die längere Beratungszeit je Termin gab den Kunden/Kundinnen den Raum sich bei den Lotsen/Lotsinnen zu öffnen und vermehrt über Problemlagen sei es finanziell, privat oder beruflicher Art zu sprechen. Durch diese Ausgangsbasis konnten die Lotsen/Lotsinnen individueller agieren und ihre Kunden/Kundinnen dazu anleiten an ihren Problemlagen gemeinsam mit ihnen zu arbeiten. Dabei wurde immer darauf geachtet, dass der/die Kunde/Kundin selbst mit an dem Entwicklungsplan mitarbeitete. Von Anbeginn stand der Kunde/die Kundin im Mittelpunkt und konnte frei entscheiden welche gesundheitsförderlichen Maßnahmen für ihn/sie passend waren. Durch die Ergebnisse des Gesundheitschecks und die Einschätzung des Lotsens/der Lotsin bündelte man unterschiedliche Sichtweisen und konnte diese Expertise in die Gestaltung des VVI-Projekts miteinfließen lassen. Kam es zu Diskrepanzen oder Unstimmigkeiten unter den Akteuren war eine Rückkopplung in den ärztlichen Bereich als auch zu den Lotsen/Lotsinnen möglich. Es zeigte sich, dass die VVI-Teilnehmenden in den unterschiedlichsten Bereichen von der Gestaltung des VVI-Programms profitierten. Zum einen in Bezug auf ihren Gesundheitszustand, aber auch in Bezug auf ihre Arbeitsfähigkeit und ihre gesellschaftliche Teilhabe. Dies spiegelte sich auch in der hohen Projektzufriedenheit der Teilnehmenden wider. 90% der Teilnehmenden waren mit der Projektteilnahme eher oder sehr zufrieden. Alle am Projekt Beteiligten würden eine Etablierung in die Regelversorgung wünschen, allerdings scheitere

dies, laut Auffassung der Lotsen/Lotsinnen, an den finanziellen und personellen Mitteln. Eine weitere Anschlussfinanzierung zur Durchführung eines solchen Projekts sei derzeit noch nicht gefunden und wird voraussichtlich schwer zu realisieren sein. Allerdings zeigt sich, dass eine höhere Personaldecke und der Zugang zu gesundheitsförderlichen Maßnahmen die Arbeitssuchenden dazu bewegen kann sich dem Thema Gesundheit zu öffnen und aktiv für diese einzustehen. Allerdings gab es auch in diesem Projekt Teilnehmende, die die Motivation für die Durchführung dieser Maßnahme nicht in dem Ausmaß an den Tag legten, wie dies von den Lotsen/Lotsinnen erhofft wurde. Dies war aber lediglich bei einem geringen Prozentsatz der Fall. Die Mehrheit der Teilnehmenden begegnete der Intervention aufgeschlossen.

Durch die Intervention konnte der allgemeine Gesundheitszustand als auch die Arbeitsfähigkeit der Kunden/Kundinnen signifikant verbessert werden. Auch in den Bereichen „körperlich“ und „psychischer“ Gesundheitszustand zeigten statistisch signifikante Verbesserungen im Vergleich zum Beginn der Intervention. Hinsichtlich der Reintegration in den Arbeitsmarkt zeigte sich, dass ein Großteil der Teilnehmenden von der Maßnahme profitierte. 21,1% konnten eine reguläre oder befristete Beschäftigung aufnehmen, 10,5% eine Tätigkeit in geförderter Form. Die zahlreichen Erfolge der Intervention, sprechen allesamt für eine Neuauflage bzw. Weiterführung der Intervention, die allerdings derzeit an den finanziellen und personellen Ressourcen scheitern. Allerdings ist es selbstverständlich denkbar, die gewonnen Erkenntnisse aus dem VVI-Projekt für etwaige Anpassungen struktureller Art im Jobcenter bzw. zwischen den einzelnen Akteuren mit aufzugreifen und an der Zusammenarbeit, wie auch an der Verzahnung weiter festzuhalten, denn diese hat gezeigt, dass eine dauerhafte und leidensgerechte Integration in ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis durch die Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung möglich ist, wenn alle Akteure mit an einem Strang ziehen.

Zudem bleibt abzuwarten welche Erkenntnisse aus weiteren rehapro-Projekten aus den Bereichen des SGB II und SGB VI veröffentlicht werden und ob diese für ein flächendeckendes Angebot für Arbeitslose im Bereich der Gesundheitsförderung gebündelt werden können.

Literatur

[1] Eggs, J., Trappmann, M. und Unger, S. (2014) Grundsicherungsempfänger und Erwerbstätige im Vergleich ALG-II-Bezieher schätzen ihre Gesundheit schlechter ein [Internet]. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Die Forschungseinrichtung der Bundesagentur für Arbeit, Herausgeber.

[2] Knieps, F., & Pfaff, H. (Eds.). (2019). BKK Gesundheitsreport 2019: Psychische Gesundheit und Arbeit Zahlen, Daten, Fakten. MWV.

[3] Buntenbach, A. Gesundheitsrisiko Arbeitslosigkeit - Wissensstand, Praxis und Anforderungen an eine arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung. arbeitsmarktaktuell DGB.

[4] Hollederer, A. (2021) Gesundheitsförderung und Arbeitslosigkeit. *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention Glossar zu Konzepten*, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Strategien und Methoden. https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I149-2.0

[5] Bauer, U. (2005) Das Präventionsdilemma: Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung. 1. Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

[6] Bonfadelli, H. und Friemel, T.N. (2020) Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich: Grundlagen und Anwendungen. 3., völlig überarbeitete Auflage. Herbert von Halem Verlag, Köln.

[7] Deutscher Bundestag, Herausgeber. (2012) Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Brigitte Pothmer, Markus Kurth, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN– Drucksache 17/9491 –Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen [https://dserver.bundestag.de/btd/17/094/1709491.pdf, 18.11.2024].

[8] IAB-Forum, Das Magazin des Insituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Wie sich psychische Erkrankungen auf die Teilhabe am Arbeitsmarkt auswirken – ein Überblick [https://www.iab-forum.de/wie-sich-psychische-erkrankungen-auf-die-teilhabe-am-arbeitsmarkt-auswirken-ein-ueberblick/, 18.11.2024].

[9] Oschmiansky, F. und Berthold, J. Folgen der Arbeitslosigkeit, Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit beschränken sich nicht auf die Arbeitslosen selbst. Auch nahe Angehörige können beeinträchtigt werden. Daneben ist Arbeitslosigkeit auch ein Problem für die gesamte Gesellschaft. [https://www.bpb.de/themen/arbeit/arbeitsmarktpolitik/305686/folgen-der-arbeitslosigkeit/, 18.11.2024].

[10] Bundesagentur für Arbeit, Herausgeber. Entwicklung der durchschnittlichen Dauer von Arbeitslosigkeit in Deutschland von 1999 bis 2022 (in Wochen).

[11] Europäischer Rechnungshof, Herausgeber. (2021) ESF-Unterstützung zur Bekämpfung der Langzeitarbeitslosigkeit Maßnahmen müssen zielgerichteter, bedarfsgerechter und besser überwacht werden. Europäischer Rechnungshof, Luxemburg, Luxemburg.

[12] Sperlich, S. und Franzkowiak, P. (2022) Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell. *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention Glossar zu Konzepten*, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Strategien und Methoden. https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I102-3.0

[13] Gabrys, L. und Vogt, L. Verantwortung für die eigene Gesundheit fördern, Bewegungsprogramme stärken Langzeitarbeitslose über 50 [https://publikationen.ub.uni-frankfurt.de/frontdoor/index/index/year/2011/docId/22101, 18.11.2024].

[14] Angerer, P., Heinmüller, M., Limm, H., Horns, K., Seeger, K. und Gündel, H. (2012) Menschen in Langzeitarbeitslosigkeit: Effekte eines Setting-basierten, partizipativen Angebots zur Gesundheitsförderung. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, **137**, s-0032-1323168. https://doi.org/10.1055/s-0032-1323168

[15] Limm, H., Gündel, H., Heinmüller, M., Liel, K., Seeger, K. und Angerer, P. (2013) Gesundheitsförderung für Menschen in Langzeitarbeitslosigkeit. *Das Gesundheitswesen*, **77**, S99–100. https://doi.org/10.1055/s-0032-1333248

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

3.1 Vernetzung der Leistungsträger

Die Innovation des Projektes rehapro VVI (Vorbeugung – Vernetzung – Integration) bestand aus dem inhaltlich aufeinander abgestimmten modularen Baukastenprinzip mit vier Modulen, welche zeitlich ineinandergreifen und den gesamten Prozess abbilden.

In der bisherigen Praxis des sog. klassischen Fallmanagements zielen die ergriffenen Maßnahmen und Aktivitäten überwiegend darauf ab den aktuellen Gesundheitszustand zu erheben um ein für die Vermittlung relevantes negatives Leistungsbild heranziehen zu können. Im Projekt hingegen wurde durch die frühzeitige Einschaltung der erforderlichen Leistungsträger und die Umsetzung von individuellen Maßnahmen und Aktivitäten die Verbesserung oder zumindest die Erhaltung des aktuellen Gesundheitszustandes der Teilnehmer angestrebt. Voraussetzung hierzu war die Sensibilisierung der Ärzteschaft und deren Gewinnung für das Projekt, indem vor allem der Nutzen für den jeweiligen Patienten und die Freiwilligkeit der Projektteilnahme hervorgehoben wurde.

Der Projektansatz sah zudem eine quasi ganzheitliche Vernetzung vor, indem bereits frühzeitig alle Beteiligten, hierzu gehören die Leistungsträger, Arbeitgeber, ggfs. auch Maßnahmenträger und die Ärzteschaft, Fallbesprechungen durchführen und in einem Integrationsplan die vereinbarten Ziele festlegen.

Bereits vor Projektbeginn wurden mit zahlreichen Arbeitsmarktbeteiligten Kooperationsvereinbarungen zur Zusammenarbeit abgeschlossen. Darüber hinaus wurde im November 2019 eine Informationsveranstaltung für die Kooperationspartner durchgeführt.

Im erforderlichen Einzelfall wurden die entsprechenden Kooperationspartner und erforderlichen Einrichtungen eingeschaltet und die getroffenen Absprachen flossen in den weiteren Integrationsprozess ein. Da die Kundenstruktur im Projekt jedoch überwiegend die Voraussetzungen für eine berufliche Rehabilitation nicht erfüllte, lag der Schwerpunkt der Zusammenarbeit beim Austausch mit den behandelnden Ärzten.

3.2 Vernetzung der behandelnden Ärzte

Die erfolgreiche Vernetzung mit den Hausärzten stellt eine wesentliche Grundlage für den Projekterfolg dar. Diese Akteure verfolgen seit mehreren Jahren ein gemeinsames Ziel, konnten jedoch aufgrund unzureichender Rahmenbedingungen nicht von einem intensiven Erfahrungs- und Wissensaustausch profitieren. Innerhalb der innovativen Organisationsstruktur konnten die Lotsen und Ärzte effektiv zusammenarbeiten, um die Gesundheit der Klienten zu fördern und sie nachhaltig in den Arbeitsmarkt zu integrieren.

Mit dieser Kompetenzbündelung wurden Synergien geschaffen, von welchen alle Parteien profitierten. Selbst bei Teilnehmern, welche nicht vermittelt werden konnten, kann man von einer wirkungsvollen Projektteilnahme sprechen, da die aus den Netzwerken gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen oftmals dazu führten, dass vorherrschende Selbsteinschätzungen überdacht wurden. Aus Misserfolgen konnten wichtige Erkenntnisse abgeleitet werden, die als Basis einer kontinuierlichen persönlichen Weiterentwicklung dienten.

Die Vernetzung mit der Ärzteschaft führte in den meisten Fällen zu einem schriftlichen Austausch mit dem Ergebnis des Gesundheitschecks, welcher in schriftlicher Form eine aktuelle Diagnoseübersicht mit Vorschlägen zu therapeutischen oder medizinischen Maßnahmen sowie der Einschätzung zum Leistungspotential seitens des Arztes dem Lotsen zur Verfügung gestellt wurde. Hierdurch konnten den Teilnehmern maßgeschneiderte gesundheitsfördernde Maßnahmen angeboten werden, die auf ihre spezifischen Bedürfnisse und gesundheitlichen Herausforderungen abgestimmt waren.

Eine tatsächliche Kommunikation oder Re-Evaluation des gesundheitlichen Status quo scheiterte tatsächlich zu meist an der enormen Praxisauslastung durch die Corona-Pandemie und die damit verbundenen Impfungen.

Ein interviewter Arzt bestätigte, dass der Arbeitsaufwand der Ärzte jedes Jahr zunimmt. Zugleich verbleibt aber auch von Seiten der Ärzte ein Wunsch nach Vernetzung und es wurden gar quartalsweise Treffen zum Austausch über die Kunden als mögliches Instrumentarium genannt.

Von seitens der Ärzte wurde bemängelt, dass der Fallmanager häufig nicht wisse, dass der Klient wegen einer Depression oder Suchterkrankung in Behandlung ist ist und sich dann wundere, weshalb lediglich eine Krankmeldung einginge. Hier greife dann einfach dieses Depressionsinstrumentarium, was umso weniger dazu führe, dass die Kunden zum Termin im Jobcenter erscheinen, um offen über ihre Einschränkungen zu reden.

Die Bereitschaft der Teilnehmer, die am Projekt freiwillig teilnahmen, spielte eine entscheidende Rolle. Sie waren bereits durch die Vorstellung der gesundheitsfördernden Maßnahmen und den Impuls-Vortrag sensibilisiert für die Bedeutung der gesundheitlichen Komponente, wodurch die gewonnenen Erkenntnisse umfassend in die Vermittlungsstrategie einfließen konnten.

Vor allem auch sonst wenig thematisierte psychosoziale Problemstellungen wurden in den Lotsengesprächen offen erörtert, um das übergeordnete Ziel der Vermittlung in eine leidensgerechte Tätigkeit realisieren zu können. Weiterhin konnte vielfach das Verhältnis zur Ärzteschaft seitens der Teilnehmenden optimiert werden, indem auf die Wichtigkeit der synoptischen Befundlage des Hausarztes für eine gesicherte Diagnose wie auch konkrete Handlungsempfehlungen oder Therapievorschläge hingewiesen wurde.

Zu Beginn erklärten einige Teilnehmer, dass sie zumeist nur bspw. wegen einer Grippe beim Arzt vorstellig würden und diesen mitunter nicht wegen depressiver Episoden oder beginnender Abhängigkeitsproblematik aufsuchen würden.

Die im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation interviewten Ärzte befürworteten somit auch weiterhin deren Einbindung in den Vermittlungsprozess bei Fragen der perspektivischen Ausrichtung der Vermittlungsstrategie. War bei den rein körperlichen Einschränkungen und Diagnosen Übereinstimmung zwischen Arzt, Lotse und Teilnehmer, so zeigte sich gerade bei psychischen Einschränkungen oftmals eine Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdbild der Teilnehmer in Bezug von wahrgenommener zu tatsächlicher Leistungsfähigkeit.

3.3 Gesundheitsfördernde Maßnahmen

Das Projekt rehapro VVI legte besonderen Wert auf die Implementierung vielfältiger gesundheitsfördernder Maßnahmen, die darauf abzielen, die physische und psychische Gesundheit der Teilnehmer zu stärken und somit ihre Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen. Diese Maßnahmen waren integraler Bestandteil des Projekts und ergänzten die berufliche Förderung durch gezielte Gesundheitsinterventionen.

Ein zentrales Element dieser Maßnahmen war die Durchführung von Gesundheitsprogrammen, die speziell auf die Bedürfnisse und Einschränkungen der Teilnehmer zugeschnitten waren. Dazu gehörten Kurse wie „Rückenfit“, Entspannungsübungen, Ernährungsberatung und Bewegungstraining, welche die Teilnehmer dabei unterstützten, ihre körperlichen Beschwerden zu lindern und ihre allgemeine Fitness zu verbessern. Diese Kurse waren darauf ausgerichtet, die Teilnehmer zu motivieren, auch über die Projektlaufzeit hinaus aktiv zu bleiben und ihre Lebensgewohnheiten langfristig zu verbessern.

Eine weitere Komponente der Gesundheitsförderung war die Bereitstellung von Informationsveranstaltungen, in denen Impulsvorträge zu verschiedenen gesundheitsrelevanten Themen gehalten werden. Diese Veranstaltungen dienten dazu, das Bewusstsein der Teilnehmer für Gesundheitsfragen zu schärfen und sie mit praktischen Tipps für eine gesündere Lebensweise zu versorgen. Dadurch wurde die Gesundheitskompetenz der Teilnehmer gestärkt.

Durch die Kombination aus praktischen Gesundheitskursen und informativen Veranstaltungen wurde eine umfassende Gesundheitsförderung sichergestellt. Die Teilnehmer erfuhren dadurch nicht nur

körperliche Verbesserungen, sondern auch eine gesteigerte psychosoziale Resilienz und eine höhere Motivation zur aktiven Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Insgesamt unterstützten die gesundheitsfördernden Maßnahmen des Projekts die Teilnehmer dabei, Eigenverantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen, ihre Selbstwirksamkeit zu steigern und somit ihre Chancen auf eine erfolgreiche berufliche Integration erheblich zu erhöhen. Die positive Wirkung dieser Maßnahmen zeigten sich nicht nur in der verbesserten Lebensqualität der Teilnehmer, sondern auch in ihrer größeren Bereitschaft und Fähigkeit, sich aktiv am Arbeitsmarkt zu beteiligen.

3.4 Rollen des Lotsen und der Bedeutung des Betreuungsschlüssels

Im Projekt rehapro VVI übernahm der Lotse eine zentrale Rolle als multifunktionaler Ansprechpartner, dessen Aufgaben weit über die traditionellen Grenzen der Arbeitsvermittlung hinausgehen. Als Bindeglied zwischen den Teilnehmern, medizinischen Fachkräften und potenziellen Arbeitgebern agiert der Lotse sowohl als Gesundheitsberater als auch als Arbeitsvermittler. Ziel war es, die Teilnehmer nicht nur auf ihren beruflichen Wiedereinstieg vorzubereiten, sondern auch ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden zu fördern und zu stabilisieren.

Ein wesentliches Merkmal der Betreuung im Projekt ist der stark reduzierte Betreuungsschlüssel von 1:60 im Vergleich zu 1:150 im klassischen Fallmanagement. Diese reduzierte Betreuungsrate erlaubt dem Lotsen, auf die individuellen Bedürfnisse und Herausforderungen der Teilnehmer intensiv einzugehen. Durch eine höhere Kontaktdichte zwischen Lotse und Teilnehmer entstanden ein vertrautes Umfeld, in dem persönliche und gesundheitliche Herausforderungen offen thematisiert und effizienter adressiert werden konnten.

Der Lotse fungierte dabei als zentrale Anlaufstelle für alle gesundheits- und arbeitsmarktrelevanten Anliegen. Diese umfassende Betreuung aus einer Hand verhindert Informationsverluste, die in traditionellen, fragmentierten Systemen häufig auftreten. Die Teilnehmer profitierten von einer abgestimmten Strategie, die sowohl auf ihre körperlichen und psychischen Gesundheitsbedürfnisse als auch auf ihre beruflichen Qualifikationen und Interessen zugeschnitten war.

Durch die intensive Beratungsarbeit des Lotsen wurde eine ganzheitliche Strategie entwickelt, die die einzigartigen Fähigkeiten und Ressourcen der Teilnehmer in den Vordergrund stellten. Der reduzierte Betreuungsschlüssel ermöglichte es, individuelle Integrationspläne zu erstellen und deren Umsetzung eng zu begleiten. Neben der Vermittlung geeigneter Arbeitsplätze wurden auch Gesundheitsmaßnahmen besprochen und umgesetzt, sodass einige Teilnehmer gestärkt und motiviert ihren Weg zurück in den Arbeitsmarkt finden konnten.

Insgesamt trug dieser integrierte Ansatz dazu bei, die Selbstwirksamkeit der Teilnehmer zu fördern, ihre gesundheitlichen Einschränkungen zu bewältigen und ihre beruflichen Perspektiven nachhaltig zu verbessern.

Durch die salutogenetische Ausrichtung, die den Fokus auf die Potentiale und Ressourcen der Teilnehmenden richtete, wurden die Menschen in der Weiterentwicklung ihrer Fähigkeiten unterstützt. Der Schwerpunkt lag somit auf dem, was der Mensch trotz seiner gesundheitlichen Einschränkungen noch kann und nicht was er wegen dieser Einschränkungen nicht mehr kann. Durch diesen Ansatz wurde der Teilnehmer dazu befähigt über die Laufzeit des Projektes VVI hinaus seine Lebensgestaltung, auch über den Gesundheits- und Arbeitsbereich hinaus, positiv anzugehen. Die gesellschaftliche und berufliche Teilhabe wurde deutlich verbessert.

Von Anfang an wurde der Teilnehmer aktiv in den Prozess miteingebunden werden. Durch den intensiven und positiven Umgang mit dem Thema „seine Gesundheit“ wurde der Projektteilnehmer sensibilisiert und erhielt neue Impulse im Bereich der Gesundheitsförderung. Dies führte zu einer positiven Änderung seiner Gewohnheiten und so zu einer gesünderen und selbstbestimmteren Lebensweise.

Der Lotse spielte dabei eine unverzichtbare Rolle, indem er die Teilnehmer achtsam und kompetent durch den komplexen Prozess der Reintegration in den Arbeitsmarkt führt.

4 Verstetigung vor Ort

4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung

Teil-Ansatz 1: Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten

Die behandelnden Ärzte führten zu Beginn der Projektteilnahme einen Gesundheitscheck durch und gaben Empfehlungen in welchen Bereichen Präventionsangebote zielführend sind. Diese Gesundheitschecks wurden den Ärzten mit Mittel aus dem Bundesprogramm rehapro vergütet. Fällt diese Fördermöglichkeit weg, besteht keine Möglichkeit dies aus dem Eingliederungstitel zu finanzieren. Es gibt hierzu dann keine rechtliche Grundlage und auch keine Haushaltsmittel. Alternativ können Bürgergeldempfänger nur auf die Gesundheitschecks der Krankenkassen, bekannt als Checkup 35, verwiesen werden. Diese Checks dienen jedoch der Früherkennung von Krankheiten und nicht der Abklärung der aktuellen Leistungsfähigkeit und den Empfehlungen für Präventionsangebote.

Jedoch konnte durch das Projekt eine erhöhte Kooperationsbereitschaft bei den Ärzten zu einer weiteren Zusammenarbeit geschaffen werden.

Teil-Ansatz 2: Gesundheitsfördernde Angebote, Gesundheitstage und EFL-Testungen (Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit)

Diese Angebote können nach Wegfall des Bundesprogramm den Bürgergeldbeziehern nicht mehr in diesem Umfang zur Verfügung gestellt werden.

Es gibt nach Ende des Bundesprogramms rehapro für diese Angebote keine rechtliche Grundlage mehr und es stehen auch keine Mittel mehr zur Verfügung.

Um wenigsten die Lücke im Bereich der gesundheitsfördernden Angebote zu schließen beteiligen wir uns am Projekt teamw()rk. Die Anzahl und die Vielfalt der dort angebotenen Kurse ist jedoch bei weitem nicht mit den Kursangeboten im Projekt VVI vergleichbar. Darüber hinaus bekommen die Teilnehmer im Projekt teamw()rk die Fahrtkosten zu den Kursangeboten nicht erstattet. Dies führt dazu, dass viele Bürgergeldempfänger von einer Teilnahme Abstand nehmen.

„Darüber hinaus ist es von großer Bedeutung, bei der nachhaltigen Einführung von Gesundheitskursen für Empfänger des Bürgergeldes, wie es in der aktuellen Diskussion um soziale Teilhabe und Chancengleichheit geht, die Auswirkungen auf die Gesellschaft sorgfältig zu gestalten. Es ist entscheidend, dass die Implementierung dieser Kurse so erfolgt, dass sie sowohl die betroffenen Personen als auch die Wahrnehmung der breiteren Gesellschaft positiv beeinflusst. Sensibilität in der Kommunikation und Gestaltung dieser Programme ist daher unerlässlich, um Vorurteile abzubauen und ein integratives Umfeld zu schaffen.

Teil-Ansatz 3: Betreuungsschlüssel 1:60 beim Lotsen – Gesundheitsorientierte Beratung

Durch einen niedrigen Betreuungsschlüssel beim Lotsen ist es möglich, dass der Lotse Fallmanagement, Arbeitgeberservice und Gesundheitslotse aus einer Hand dem Kunden anbieten kann. Dies erhöht die Produktivität und die Integrationschancen für den einzelnen Kunden. Es wurde bereits mehrmals wissenschaftlich nachgewiesen, dass sich ein geringer Betreuungsschlüssel auf die Integrationserfolge positiv auswirkt. Dieser Betreuungsschlüssel kann nach Ende des Bundesprogramms rehapro jedoch nur weitergeführt werden, wenn zusätzliche Haushaltsmittel bei den Verwaltungskosten vom Bund bereitgestellt werden.

Was ist Regelgeschäft übertragen wird, ist die gesundheitsfördernde Beratung der Kunden im Bürgergeldbezug, um weiterhin den wichtigen Fokus der Gesundheitsförderung bei der Arbeitsvermittlung mit einzubeziehen. Hierzu werden im Rahmen des Projekts teamw()rk im Jahr 2026 auch wieder Schulungen der Fallmanager im Jobcenter stattfinden.

4.2 Verstetigung im eigenen Jobcenter/Rentenversicherungsträger (ggf. getrennt nach Verbundpartnern)

- Die durch das Projekt VVI gewonnene Bereitschaft der Ärzte zur Zusammenarbeit um für den gemeinsamen Kunden, die bestmögliche Betreuung und Entwicklungsmöglichkeiten zu bieten, wird weiterhin im Jobcenter im Einzelfall genutzt.
- Das Jobcenter Biberach beteiligt sich am bundesweiten Projekt teamw()rk. Dies ermöglicht dem Jobcenter unseren Kunden auch weiterhin gesundheitsfördernden Gruppenmaßnahmen kostenfrei anzubieten.
- Die gesundheitsorientierte Beratung wird als fester Bestandteil im Jobcenter etabliert. Hierzu werden die Fallmanager intern geschult. Darüber hinaus findet 2026 eine Qualifizierung über mehrere Tage durch einen externen Anbieter statt.

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung

- Die Gesundheitsförderung für Arbeitssuchende sollte als gesetzlicher Baustein in der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) fest verankert werden. Nur so kann eine dauerhafte Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung erfolgen. Hierzu ist auch wichtig, dass die Gesundheitsförderung in Aktivierungsmaßnahmen nach dem SGB III einen angemessenen Stellenwert eingeräumt wird.

- Zur Stärkung der Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten ist eine gesetzliche Grundlage sowie die Möglichkeit der Finanzierung der Dienstleistung der Ärzte im Rahmen des Eingliederungsprozesses notwendig. Das Projekt VVI hat gezeigt, dass durch die frühzeitige Vernetzung mit den behandelnden Ärzten positive Auswirkungen auf die gesundheitliche Situation des Kunden und somit auch auf den Integrationsprozess haben.

- Um die Verzahnung der Arbeits- und Gesundheitsförderung weiter voranzutreiben ist eine Verknüpfung der Präventionsangebote der Krankenkassen mit der Zielsetzung der Jobcenter wünschenswert. Beispielsweise durch die Einrichtung spezieller Kurse für Kundengruppe der Geringverdiener.

- Durch einen geringeren Betreuungsschlüssel in den Jobcentern kann die Qualität der Betreuung der Kunden deutlich verbessert werden. Es kann intensiver auf die individuellen Bedürfnisse der Arbeitsuchenden eingegangen werden. Aufgrund einer zielgerichteten Unterstützung der Kunden erhöhen sich die Erfolgschancen bei der Eingliederung in den Arbeitsmarkt. Hierzu benötigen die Jobcenter eine ausreichende finanzielle und personelle Ausstattung, ähnlich der Möglichkeiten der INGA-Berater im SGB III – Bereich.

6 Anlagen

6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt

Übersichtskasten

Projekttitel	Vernetzung – Vorbeugung – Integration
Akronym	VVI
Zuwendungsempfänger	Jobcenter Biberach
Projektbeteiligte	Kreisgesundheitsamt
	Kommunale Gesundheitskonferenz
	Agentur für Arbeit
	Handwerkskammer
	Industrie- und Handelskammer
	KVJS
	Bildungsträger
	Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
	Deutsche Rentenversicherung Bund
	Caritas
Förderaufruf	Erster Förderaufruf
Projektzeitraum	1.8.2019 bis 31.7.2024

6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis

1. Flyer zu den Gesundheitskursen

1.1. In Balance bleiben: 13.02.2020 – 19.03.2020

1.2. Gut und günstig Essen: 24.03.2020

1.3. Rückentraining: 26.03.2020 – 14.05.2020

1.4. Schöpferisches Tätigsein - Malen: 22.04.2020 – 08.07.2020 (Storno wg. Corona)

1.5. Nordic Walking: 23.04.2020 – 25.06.2020 (Storno wg. Corona)

1.6. Waldbaden: 28.04.2020 – 20.10.2020

1.7. Sinnwelt: 19.06.2020

1.8. Nordic Walking: 17.09.2020 – 12.11.2020 (vorzeitiger Abbruch wg. Corona)

1.9. Sinnwelt: 25.09.2024 (Storno wg. Corona)

1.10. In Balance bleiben: 28.09.2020 – 16.11.2020 (vorzeitiger Abbruch wg. Corona)

1.11. Rückengymnastik/Rückenfit: 20.10.2020 – 15.12.2020 (vorzeitiger Abbruch wg. Corona)

1.12. Aqua Fit: 20.10.2020 – 15.12.2020 (vorzeitiger Abbruch wg. Corona)

1.13. Nordic Walking Schnupperkurs: 06.08.2020, 13.08.2020

1.14. Schöpferisches Tätigsein – Malen: 14.10.2020 – 16.12.2020 (vorzeitiger Abbruch wg. Corona)
1.15. Aqua Fit: 02.02.2021 – 30.03.2021 (Storno wg. Corona)
1.16. In Balance bleiben (online): 22.02.2021 – 19.04.2021
1.17. Schöpferisches Tätigsein – Malen: 14.04.2021 – 19.05.2021 (Storno wg. Corona)
1.18. Nordic Walking: 15.04.2021 – 24.06.2021 (Storno wg. Corona)
1.19. Waldbaden: 20.04.2021 – 13.07.2021 (Storno wg. Corona)
1.20. In Balance bleiben (online): 26.04.2021 – 28.06.2021
1.21. Aqua Fit: 27.04.2021 – 29.06.2021 (Storno wg. Corona)
1.22. Rückenfit (online): 27.04.2021 – 29.06.2021
1.23. Rückenfit: 11.05.2021 – 13.07.2021 (Storno wg. Corona)
1.24. Küchenkräuter: 14.06.2021 (Storno wg. Corona)
1.25. Bogenschießen: 18.06.2021, 25.06.2021 (Storno wg. Corona)
1.26. Lernort für alle Sinne – Führung im Museumsdorf Kürnbach: 09.07.2021
1.27. Bogenschießen: 16.07.2021, 23.07.2021
1.28. Nordic Walking: 20.07.2021 – 12.08.2021 (Storno wg. Corona)
1.29. Lernort für alle Sinne – Führung im Museumsdorf Kürnbach: 17.09.2021
1.30. Rückengymnastik/Rückenfit: 21.09.2021 – 16.11.2021 (Storno wg. Corona)
1.31. Schnupperkurs Bogenschießen: 20.08.2021, 27.08.2021
1.32. Schnupperkurs Bogenschießen: 24.09.2021, 01.10.2021 (Erkrankung Kursleitung)
1.33. Nordic Walking: 14.09.2021 – 06.10.2021
1.34. In Balance bleiben: 28.09.2021 – 23.11.2021
1.35. Rückengymnastik/Rückenfit: 30.09.2021 – 25.11.2021
1.36. Aqua Fit: 05.10.2021 – 30.11.2021
1.37. Schöpferisch Tätigsein – Malen: 13.10.2021 – 24.11.2021
1.38. Gut und günstig essen: 08.12.2021
1.39. Entspannung – in Balance bleiben: 08.03.2022 – 03.05.2022
1.40. Rückenfit: 10.03.2022 – 12.05.2022
1.41. Nordic Walking: 28.04.2022 – 07.07.2022
1.42. Gut und günstig essen: 11.05.2022
1.43. Kreativwerkstatt: 11.05.2022 – 13.07.2022
1.44. Klettern/Toprope: 27.06.2022 – 11.07.2022
1.45. Küchenkräuter: 29.06.2022
1.46. Natur-Resilienz-Training: 18.07.2022 – 22.07.2022
1.47. Natur-Resilienz-Training: 16.09.2022 – 14.10.2022
1.48. Entspannung – in Balance bleiben: 20.09.2022 – 15.11.2022
1.49. Nordic Walking: 22.09.2022 – 17.11.2022
1.50. Rückenfit: 22.09.2022 – 01.12.2022
1.51. Schöpferisches Tätigsein/Malen: 05.10.2022 – 23.11.2022
1.52. Klettern/Toprope: 08.11.2022 – 22.11.2022
1.53. Gut und günstig essen: 21.11.2022

1.54. PhyseoFit: 17.04.2023 – 11.06.2023
1.55. Entspannung – in Balance bleiben: 18.04.2023 – 20.06.2023
1.56. Kreativwerkstatt: 19.04.2023 – 21.06.2023
1.57. Rückenfit: 20.04.2023 – 29.06.2023
1.58. Gut und günstig essen: 26.06.2023
1.59. Küchenkräuter: 27.06.2023
1.60. PhyseoFit: 07.08.2023 – 29.09.2023
1.61. Natur-Resilienz-Training: 07.09.2023 – 28.09.2023
1.62. Bogenschießen: 22.09.2023 – 06.10.2023
1.63. Kreativwerkstatt: 27.09.2023 – 22.11.2023
1.64. Rückenfit: 28.09.2023 – 23.11.2023
1.65. Entspannung – in Balance bleiben: 10.10.2023 – 05.12.2023
1.66. PhyseoFit: 23.10.2023 – 22.12.2023
1.67. Bogenschießen: 27.10.2023 – 10.11.2023
1.68. Klettern/Toprope: 07.11.2023 – 28.11.2023
1.69. Klettern/Toprope: 05.12.2023 – 19.12.2023
1.70. Rückenfit: 29.02.2024 – 02.05.2024
1.71. Entspannung – in Balance bleiben: 05.03.2024 – 07.05.2024
1.72. Gut und günstig essen: 06.05.2024
1.73. Bogenschießen: 24.05.2024 – 21.06.2024
1.74. PhyseoFit: 27.05.2024 – 28.07.2024
1.75. Kreativwerkstatt: 04.06.2024 – 23.07.2024
1.76. Klettern/Toprope: 13.06.2024 – 04.07.2024
1.77. Küchenkräuter: 17.06.2024
1.78. Natur-Resilienz-Training: 19.06.2024 – 10.07.2024
1.79. Bogenschießen: 28.06.2024 – 12.07.2024
1.80. Das Museumsdorf Kürnbach – Lernort für alle Sinne: 01.07.2024
1.81. PhyseoFit: 02.09.2024 – 25.10.2024
1.82. Entspannung – in Balance bleiben: 17.09.2024 – 12.11.2024
1.83. Rückenfit: 19.09.2024 – 21.11.2024
1.84. Bogenschießen: 20.09.2024 – 11.10.2024
1.85. Kreativwerkstatt: 02.10.2024 – 27.11.2024
1.86. Das Museumsdorf Kürnbach – Lernort für alle Sinne: 16.10.2024
1.87. Gut und günstig essen: 07.11.2024

2. Flyer zu den Gesundheitstagen

2.1. Gesundheitszentrum Federsee: 30.03.2020, 06.07.2020 und 14.09.2020 (Storno wg. Corona)
2.2. Gesundheitszentrum Federsee: 23.03.2021, 08.06.2021, 09.11.2021, 14.12.2021 (Storno wg. Corona)

3. Flyer zu den Impulsvorträgen der AOK

3.1. „Aktiv bewegt; Bewegung, die jeder jeden Tag machen kann“ (online): 06.05.2021

3.2. „Gesund ernährt, worauf kommt es an“ (online): 26.07.2021

3.3. „Entspannt und achtsam leben“: 04.04.2022

3.4. „Zucker – geht’s auch ohne?“: 16.11.2022

3.5. „Schlaf dich gesund – Schlafhygiene worauf es ankommt“: 21.03.2023

3.6. „Gesunder Rücken“: 12.12.2023

3.7. „Gesundheit und Bewegung“: 05.11.2024, 10.12.2024

4. Übersichtsflyer zu den Kursangebote

4.1. Übersicht Kursangebote 2021

4.2. Übersicht Kursangebote 2022

4.3. Übersicht Kursangebote 2023

4.4. Übersicht Kursangebote 2024

5. Newsletter

5.1. Newsletter 1/2021

5.2. Newsletter 2/2021

5.3. Newsletter 3/2021

5.4. Newsletter 1/2022

5.5. Newsletter 2/2022

5.6. Newsletter 1/2023

5.7. Newsletter 1/2024

5.8. Newsletter 2/2024

5.9. Newsletter 3/2024

6. Öffentlichkeitsarbeit

6.1. Presseartikel Schwäbische Zeitung vom 15.08.2019

6.2. Präsentation „Infoveranstaltung Kooperationspartner“: 05.11.2019

6.3. Präsentation „Vorstellung Bundesprojekt rehapro“ in der kommunalen Gesundheitskonferenz: 22.11.2023

6.4. Flyer rehapro: Stand 28.01.2020

6.5. Flyer rehapro: Stand 16.03.2020

6.6. Flyer rehapro: Stand 11.05.2021

6.7. Flyer rehapro: Stand 08.03.2023

6.8. Flyer rehapro: Stand 13.07.2023

6.9. Flyer für Ärzte

6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen

- keine -

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