

Wieder am  
Start?

# GehVor! – Gesundheit hat Vorfahrt!“

Gefördert durch:



Bundesministerium  
für Arbeit und Soziales

aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages



Psychiatriezentrum  
Halle



RPK  
Rehabilitation psychisch  
kranker Menschen



SPI  
Soziale Stadt und Land  
Entwicklungsgesellschaft



# Inhaltsverzeichnis

|   |    |
|---|----|
| Vorwort .....   | 3  |
| Gesundheit hat Vorfahrt! .....  | 6  |
| Projektaufbau und -beschreibung .....                                   | 6  |
| Good Practice Beispiele.....  | 15 |
| Ergebnisse und Zahlen.....  | 21 |
| Erfahrungswerte aus dem Projekt für eine gelingende Unterstützung ..... | 27 |
| Literaturverzeichnis.....   | 30 |

# Abbildungsverzeichnis

|   |    |
|---|----|
| Abbildung 1: Komponenten und Dimensionen von individueller Beschäftigungsfähigkeit..... | 4  |
| Abbildung 2: Beweggründe für die Entscheidung zur Projektteilnahme.....                 | 21 |
| Abbildung 3: Persönliches Wohlbefinden im Projekt „GehVor!“ .....                       | 22 |
| Abbildung 4: Umgang mit gesundheitlicher Situation.....                                 | 22 |

# Vorwort

Im Rahmen des § 11 SGB IX wurde das BMAS durch den Gesetzgeber beauftragt, Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation zu initiieren. Diesen Auftrag setzt das BMAS mit dem Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben - rehapro“ um. Ziel ist es, durch die Erprobung von innovativen Leistungen und organisatorischen Maßnahmen Erkenntnisse zu gewinnen, wie die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Leistungsbezug des SGBII erhalten bzw. wiederhergestellt werden kann. Auch soll die Zusammenarbeit der Akteure im Bereich der medizinischen und beruflichen Rehabilitation weiter verbessert werden und der Zugang in die Erwerbsminderungsrente, die Eingliederungshilfe oder Sozialhilfe nachhaltig gesenkt werden. Wirksame Modellansätze werden hinsichtlich einer möglichen Verstetigung vor Ort und einer bundesweiten Übertragbarkeit geprüft.

Das Jobcenter Halle (Saale) beteiligte sich am ersten Förderaufruf des Programms rehapro und setzt seit 2020 gemeinsam mit einem regionalen Trägerverbund, bestehend aus der AWO Rehabilitation psychisch kranker Menschen gGmbH - RPK, der AWO Soziale Stadt und Land Entwicklungsgesellschaft mbH - SPI und dem AWO Psychiatriezentrum Halle GmbH - PZH, das Modellprojekt „GehVor! – Gesundheit hat Vorfahrt“ um.

Der Anstieg an nicht nur vorübergehend mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen versehenen bis hin zu zeitweilig gar nicht mehr leistungsfähigen Leistungsempfängern im SGBII ist auch im Jobcenter Halle (Saale) seit mehreren Jahren deutlich sichtbar. Es fehlte indes eine ausreichend gute Vernetzung, der im gesundheitsvor- und versorgenden Bereich agierenden Leistungsträger sowie derer für eine Teilhabe am sozialen Leben und am Arbeitsmarkt zuständigen. Hier setzt der Grundgedanke des Projektes an. Durch eine trägerübergreifende, ganzheitliche und individuelle Herangehensweise, dem sehr niedrigschwellig gestalteten Zugang zu den Angeboten und der auf Freiwilligkeit basierenden Teilnahme ist es gelungen,



JAN KALTOFEN - GESCHÄFTSFÜHRER JOBCENTER HALLE (SAALE)

für viele der 166 Teilnehmenden gute Fortschritte zu erzielen und positive Entwicklungen anzustoßen. Trotz der dabei überwiegend sehr komplexen und herausfordernden Problemlagen, die meist weit über die gesundheitlichen Beeinträchtigungen hinaus reichten, konnten die Chancen für die Mehrheit der Betroffenen mittel- und langfristig wieder am Arbeitsleben teilzuhaben, erhöht werden. Alle Beteiligten und Netzwerkpartner haben in den vergangenen fünf Jahren vertrauensvoll und verlässlich im Sinne der Betroffenen zusammengearbeitet. Die definierten Ziele wurden vollumfänglich erreicht.

# Gesundheit hat Vorfahrt!

In Halle (Saale) beziehen insgesamt 18.920 (Stand Juni 2024) Menschen Bürgergeld. 18.920: Eine Zahl, viele Einzelschicksale! Zahlen sind schnell in Tabellen getippt, Einzelschicksale lassen sich nur schwer in Statistiken zwängen.

Erwerbslosigkeit kann mit vielfältigen Problemen einhergehen. Das gesicherte Einkommen fehlt, Schulden oder eine erschwerte soziale & kulturelle Teilhabe können folgen. Es ist mühsamer, die Tage zu strukturieren. Das Gefühl gebraucht zu werden und einen wertvollen Beitrag für die Gesellschaft zu leisten, kann verloren gehen. Nicht selten fühlen Betroffene sich dann weniger wert.

Auch gesundheitlich geht es Menschen, die Bürgergeld beziehen schlechter als Erwerbstätigen. Eine Analyse des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung von 2014 ergab, dass fast die Hälfte der Leistungsempfänger nach dem SGBII ernsthafte Gesundheitsprobleme aufwies. Hierbei überwoogen körperliche Einschränkungen. Aus unserer Erfahrung

spielt die psychische Gesundheit hingegen eine besonders große Rolle. Mit diesem Erfahrungswert übereinstimmend fanden Schubert und Kollegen in einer 2013 publizierten Studie, dass mehr als ein Drittel der Personen, die SGBII Leistungen beziehen, mindestens eine psychiatrische Diagnose aufwiesen. Tendenz steigend!

Paul, Zechmann und Moser berichteten 2016 im Rahmen einer Metastudie, dass Arbeitslose doppelt so häufig unter einer psychischen Störung litten wie Erwerbstätige. Erschwerend kommt hinzu, dass schwere und chronische psychische Störungen dazu führen, dass Betroffene überwiegend von einer für sie passenden Teilhabe an Beschäftigung ausgeschlossen werden (Aktion psychisch Kranke e. V., 2010). Insgesamt führt dies dazu, dass psychische Störungen seit vielen Jahren die Hauptursache für ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben darstellen (Gühne et al., 2020).

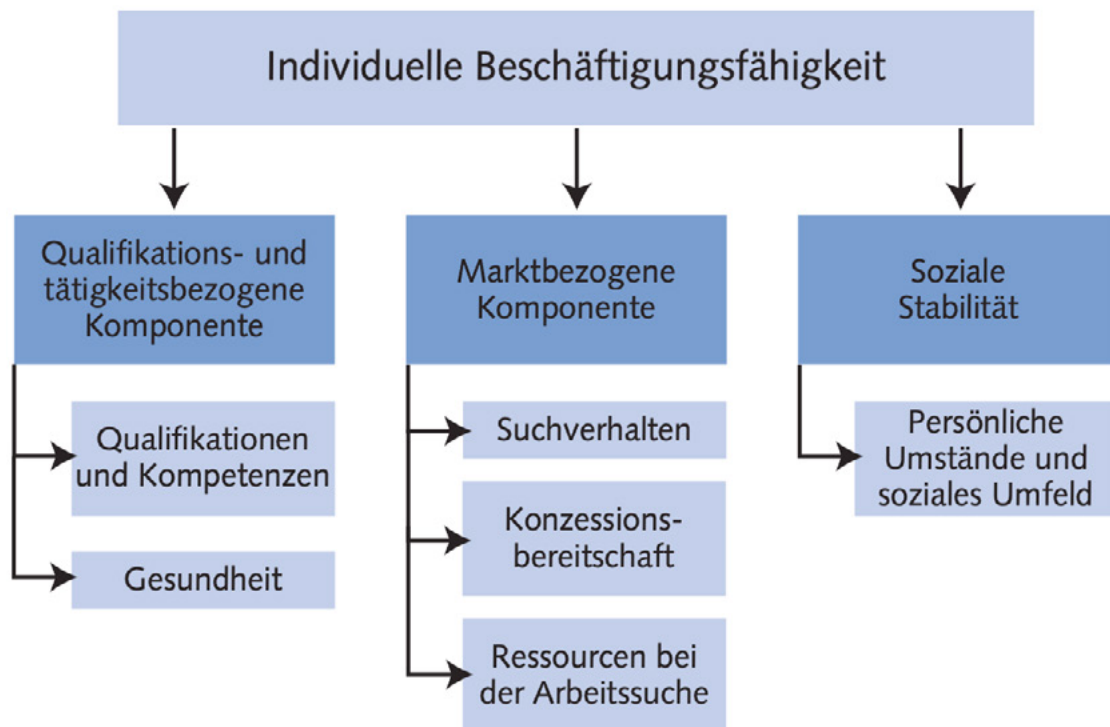


ABB. 1: KOMPONENTEN UND DIMENSIONEN VON INDIVIDUELLER BESCHÄFTIGUNGSFÄHIGKEIT (QUELLE: BRUSSIG & KNUTH (2009), S. 288)

## **„18.920: Eine Zahl, viele Einzelschicksale!“**

Ob psychische Störungen zu erhöhter Arbeitslosigkeit führen oder (andersherum gedacht) Arbeitslosigkeit zu erhöhten psychischen Störungen führt, ist nicht abschließend geklärt. Eine enge Wechselwirkung beider Faktoren erscheint jedoch gesichert. Aus dieser Erkenntnis ergeben sich zwei mögliche Handlungsfelder, wenn man die Beschäftigungsfähigkeit betroffener Menschen erhöhen möchte:

- 1) die Stabilisierung der (psychischen) Gesundheit Betroffener
- 2) Schaffung und Suche gesundheitsfördernder Arbeitsstellen für Betroffene

Die Erhöhung der Beschäftigungsfähigkeit ist seit vielen Jahren ein zentrales Ziel der gesetzlichen Arbeitsförderung. Der Begriff „Beschäftigungsfähigkeit“ kann dabei als andauernde Arbeitsfähigkeit verstanden werden, die selbst dynamisch-sich-verändernden Arbeitsmärkten und unterschiedlichen Arbeitsumgebungen standhält. Brussig und Knuth (2009) leiten aus der Fachliteratur mögliche Teilbereiche der individuellen Beschäftigungsfähigkeit ab. Sie unterteilen diese in 3 Komponenten: 1) Qualifikations- und tätigkeitsbezogene Komponente, 2) Marktbezogene Kom-

ponente, 3) soziale Stabilität. Die einzelnen Komponenten beinhalten wiederum verschiedene Unterkategorien. Das folgende Schaubild gibt einen Überblick über das Konzept. Eine stabile gesundheitliche Verfassung ist dabei die einflussreichste Komponente für die Fähigkeit eine Beschäftigung aufzunehmen und aufrechtzuerhalten. Dies fanden Brussig und Knuth (2009) in einer großangelegten Telefonbefragung von 25000 ALG-II-Beziehenden zur Überprüfung ihres Konzeptes.

Fazit: Der Bezug von Leistungen nach dem SGBII und (psychische) Gesundheit sind eng miteinander verknüpft. Zur Erhöhung der Beschäftigungsfähigkeit ist die Stabilisierung der Gesundheit der einflussreichste Faktor. Oder anders formuliert: Gesundheit hat Vorfahrt! Auf genau dieser Regel basiert die Entwicklung und Durchführung des Modellprojektes „GehVor!“.



# Projektaufbau und -beschreibung

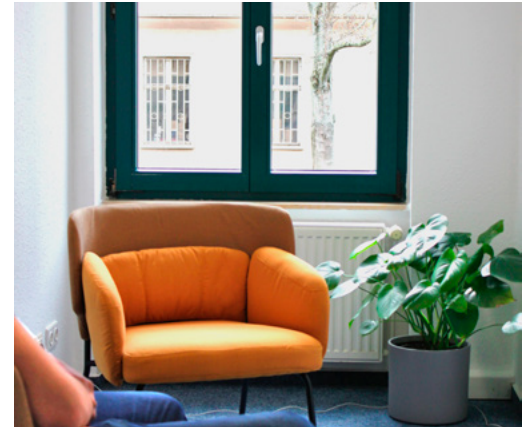
Das Modellprojekt „GehVor! – Gesundheit hat Vorfahrt!“ startete am 01.01.2020. In den vergangenen fünf Jahren ist es gelungen, das Angebot von GehVor! in der Beratungs- und Unterstützungslandschaft von Halle zu etablieren und verlässlicher Ansprechpartner für unsere Teilnehmenden und unsere Netzwerkpartner zu werden.

Das multiprofessionelle Projektteam bestand aus Mitarbeitenden der AWO RPK gGmbH, der AWO SPI mbH, dem AWO Psychiatricentrum Halle und des Jobcenters Halle (Saale), welche zum Teil auch in gemeinsamen Räumlichkeiten arbeiteten. Das Projekt wendete sich an Menschen, die Bürgergeld beziehen und durch gesundheitliche Beeinträchtigungen einen erschwerten Zugang zum Arbeitsleben haben. Schwerpunkt der Arbeit waren präventive und unterstützende Angebote, die mit dem Focus auf mehr Selbstbestimmung, eine umfassende Veränderung der Lebenslage der Betroffenen bezweckten. Ziel war es, soziale Teilhabe zu fördern, den Gesundheitszustand und das Wohlbefinden der Teilnehmenden zu stabilisieren, Hilfe zur Selbsthilfe zu geben. Dazu galt es, Stärken zu stärken, neue Perspektiven zu erarbeiten und die Teilnehmenden in die Lage zu versetzen, auch über das Ende der Projektteilnahme hinaus, erlernte Strategien und Handlungsweisen eigenständig und eigenverantwortlich umzusetzen.

**„Und ich bin der Meinung, dass das Projekt „GehVor“ dazu maßgeblich beigetragen hat, dass ich jetzt so weit gekommen bin. Das ist wichtig gewesen. Ich glaube, hätten die nicht den Grundstein gesetzt, wäre ich heute noch zu Hause wahrscheinlich. Also das Projekt hat mich halt angestoßen dazu, mehr zu sehen als nur die Angst. Und das ist, glaube ich, ein ganz wichtiger Punkt.“**

Die einzelnen Säulen des Projektes - Lotsenstelle, psychologische Anlaufstelle und Sozialcoaching - waren im Sinne dieser Zielstellung eng verwoben. Aufgaben und Beratungsinhalte wurden im Sinne des Teilnehmenden kontinuierlich miteinander abgestimmt, so dass schlussendlich ein trägerübergreifendes Angebot aus einer Hand geschaffen werden konnte.







# DIE 3 SÄULEN VON GEHVOR!

## Lotsenstelle

Die Lotsenstelle nahm den Kooperationsgedanken des BTHG auf und bezog ihr Innovationspotential aus der einrichtungsübergreifenden Organisationsstruktur. Sie nahm eine zentrale Position ein und war Schnittstelle zwischen Teilnehmenden, Trägerverbund und Jobcenter. Angestrebt war eine langfristige Zusammenarbeit zwischen den Leistungsträgern als auch mit anderen Leistungserbringern. In diesem Sinne gehörten Netzwerkarbeit und Kommunikation mit internen und externen Akteuren in den Verantwortungsbereich des Lotsen. Ebenso waren das Führen von unverbindlichen Informationsgesprächen mit potentiellen Teilnehmenden, die Planung und Koordination der Projektabläufe und weiterführender Maßnahmen sowie gegebenenfalls eine notwendige Verweisberatung Aufgaben des Lotsen.



„Also Ich denke wirklich, erstmal diese persönliche Betreuung, dass auch auf dich eingegangen wird und gerade auf deine spezifischen Probleme [...] das war ja für mich so ein herausstechender Punkt.“



„Aber einfach, dass man so ein offenes Ohr hat, also, wenn man weiß, man kann jetzt mal über was reden, was gerade jetzt beschäftigt. Mal ein bisschen Dampf ablassen und irgendwie mal so ein bisschen Feedback auch zu bekommen“



## Psychologische Anlaufstelle

Projekteigene Psychologinnen führten mit den Teilnehmenden zunächst ein intensives Anamnese-gespräch. Ziel war der erste Entwurf eines individuellen Teilnahmeplanes. Motivation, individuelle Problemlagen und eigene Projektziele wurden geklärt. Die Psychologinnen standen während des gesamten Projektzeitraums, dauerhaft an verschiedenen Standorten, zur Verfügung. Im Rahmen von regelmäßigen psychologischen Einzelgesprächen wurde mittels psychoedukativen Inhalten, strukturgebenden Übungen sowie entlastenden Gesprächen zu verschiedenen Themengebieten mit den Betroffenen gearbeitet. Häufig stellte die psychologische Beratung ein Übergangsangebot in eine ambulante Psychotherapie dar und war für das dazugehörige Übergangsmanagement verantwortlich. In Ergänzung zu den Einzelgesprächen wurden psychologische Gruppen zu den Themen „Angstbewältigung“ und „Stressbewältigung“ angeboten.



### **Sozialcoaching und niedrigschwellige Teilhabeangebote**

Das Sozialcoaching im Einzelsetting orientierte sich an den individuellen Problemlagen und Bedürfnissen der Teilnehmenden. Roter Faden waren dabei, die zuvor im Individuellen Teilnahmeplan formulierten Ziele. Gearbeitet wurde u.a. zu den Themen Gesundheit, Familie, Wohnen und Arbeiten. Bei Bedarf wurden Kontakte zu spezialisierten Beratungsstellen hergestellt. Großer Wert wurde dabei auf eine stabile Anbindung auch nach dem Ende der Projektteilnahme gelegt.

**„Aber durch die Gespräche mit Frau W. habe ich halt auch Möglichkeiten gesehen, wo ich mir Hilfe holen kann, wenn ich sie wirklich brauche und wenn ich wirklich Hilfe einfordern muss. Und wo ich sie mir dann auch holen kann.“**

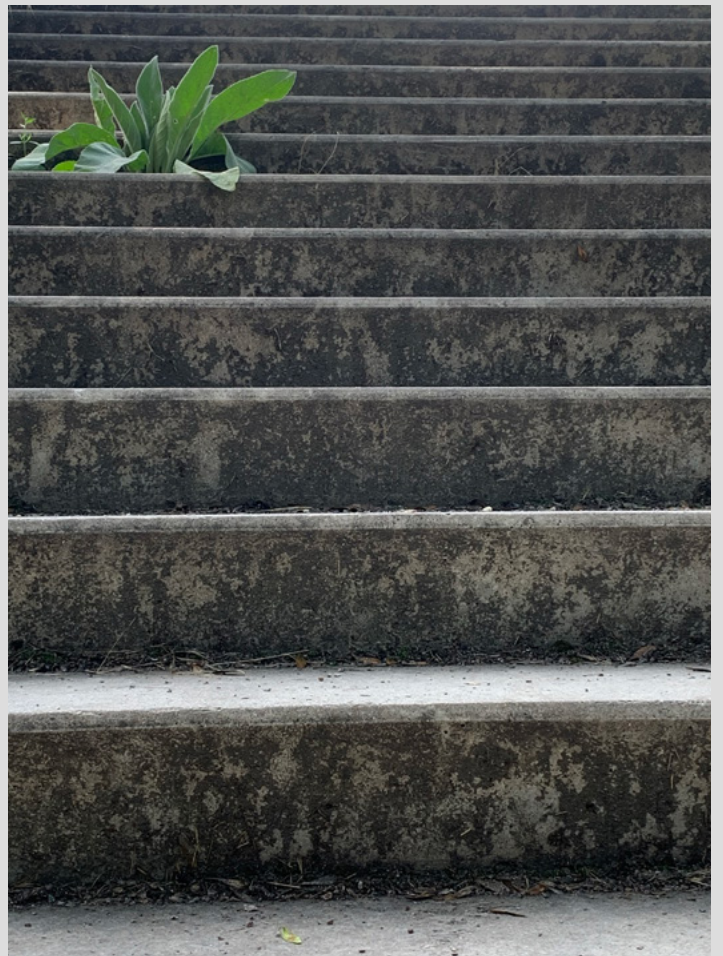
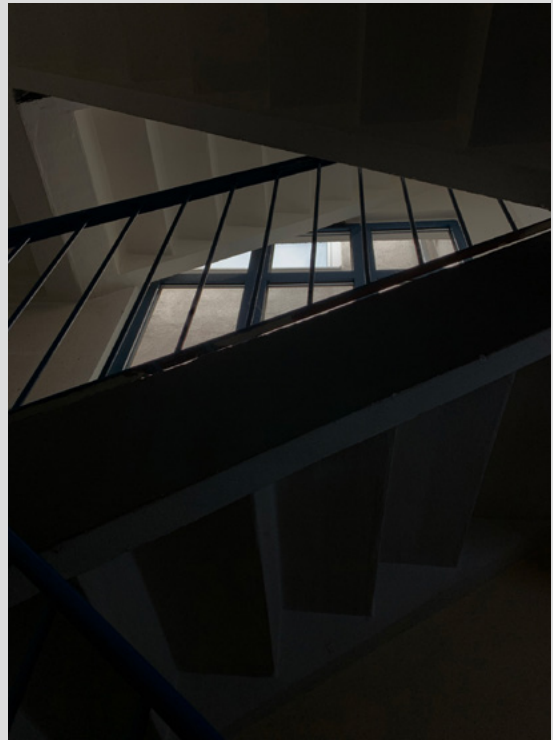
Darüber hinaus gab es sowohl regelmäßige niedrigschwellig zugängliche Gruppenangebote im kreativen, musikalischen und sportlichen Bereich, als auch verschiedene einmalige Teilhabeangebote, wie Theater- und Museumsbesuche. Diese sollten den Teilnehmenden Hilfestellung bei der Strukturierung des Tagesablaufes geben, Alltagskompetenzen stärken und die soziale und gesellschaftliche Teilhabe verbessern.



## Perspektiven erweitern: Ergebnisse aus dem Fotokurs 2023







QUELLE: FOTOS EINES TEILNEHMENDEN

## Öffentlichkeitsarbeit und Qualifizierungsprogramm

### für Mitarbeitende des Jobcenters Halle (Saale)

Die Öffentlichkeit über die vielfältigen Problemlagen der am Projekt teilnehmenden Personen aufzuklären und zu sensibilisieren war ein weiteres Ziel der Zusammenarbeit im Projekt. Die Projektmitarbeitenden verstanden sich als Hilfestellende, die im positivsten Sinne Lobbyarbeit für Betroffene leisten möchten. Damit sollte Stigmatisierung entgegengewirkt sowie das Verständnis für den Zusammenhang Beschäftigungsfähigkeit und Gesundheit gestärkt werden. Das Thema wurde z.B. im Rahmen verschiedenster interner und externer Veranstaltung, durch Einrichten einer Internetseite, diverser Flyer, Informationsveranstaltungen und regelmäßige Netzwerktreffen immer wieder sichtbar gemacht. Darüber hinaus gab es diverse Veröffentlichungen in verschiedenen Printmedien, Radio- und Fernsehbeiträge und eine öffentliche Podiumsdiskussion mit dem Titel „Was hilft?! - Versorgungsangebote wahrnehmen und Lücken schließen“.

Flankierend wurden Jobcentermitarbeitende zu projektbezogenen Themen, wie z.B. Einführung in verschiedene psychiatrische Störungsbilder, Besonderheiten bei Doppeldiagnosen und Motivierende Gesprächsführung geschult. Umgesetzt wurden diese regelmäßig wiederkehrenden Angebote hauptsächlich durch die im Projekt tätigen Psychologinnen, aber auch durch externe Dozenten. Das Fortbildungsprogramm zielte darauf ab, die Integrationsfachkräfte und Fallmanager in ihrem beruflichen Alltag nachhaltig zu befähigen, verschiedene, insbesondere psychische Erkrankungen zu erkennen und adäquat und professionell mit diesen umzugehen.

#### Ausgewählte Beispiele sind hier aufgeführt:

- Website besuchen:  
[www.gehvor-rehapro.de](http://www.gehvor-rehapro.de)

**KLICK** →

- Youtube-Video/ Filmbeitrag Halle TV:  
<https://www.youtube.com/watch?v=-RvXNCDyjOc>

**KLICK** →

- Radiointerviews Corax:  
<https://www.freie-radios.net/109485> -  
Interview 08.06.2021 (Murachowski/ Koch)

**KLICK** →

- Radiointerviews Corax:  
<https://www.freie-radios.net/119225> -  
Interview 06.12.2022 (Keller/ Koch/ Feist)

**KLICK** →

# Good Practice Beispiele

Um unsere Arbeit konkret zu veranschaulichen, möchten wir beispielgebend zwei Teilnehmende vorstellen. Sie stehen für gelungene Verläufe bei typischen Problemlagen.

## Beispiel 1: Mit kleinen Schritten (statt großen Sprüngen) zur nachhaltigen Veränderung.

Das erste Beispiel illustriert eine typische Ausgangssituation mit komplexen Problemlagen.



## Die Ausgangslage

Die Teilnehmerin lebte noch in ihrer Herkunftsfamilie und unterstützte die Eltern in verschiedenen Bereichen des alltäglichen Lebens. Nach einer abgebrochenen Ausbildung bestanden grobe Berufswünsche, eine tiefergehende berufliche Orientierung sowie eine konkrete Vorstellung wie angestrebte Wünsche in kleinen Schritten in die Tat umgesetzt werden könnten, fehlte jedoch. Die Tage waren wenig strukturiert, der Schlaf-Wach-Rhythmus deutlich verschoben und die Teilhabe am sozialen und alltäglichen Leben durch die psychischen Symptome stark eingeschränkt. Der

Zugang zu einer Behandlung wurde dadurch erschwert, dass initial keine selbstständige Wegefähigkeit bestand. Die Teilnehmerin traute sich zu Beginn der Projektlaufzeit aufgrund ihrer ängstlichen Symptomatik nicht zu, Wege alleine zurücklegen, war deswegen immer auf Begleitung angewiesen. Durch die fehlende ärztliche Anbindung entstanden zusätzliche Hürden den Weg in eine passende Behandlung für die vorliegenden Symptome zu finden. Eine Aufklärung über psychische Symptome, um das eigene Erleben selbst einordnen zu können, fehlte ebenfalls.



## Die Arbeitsschritte

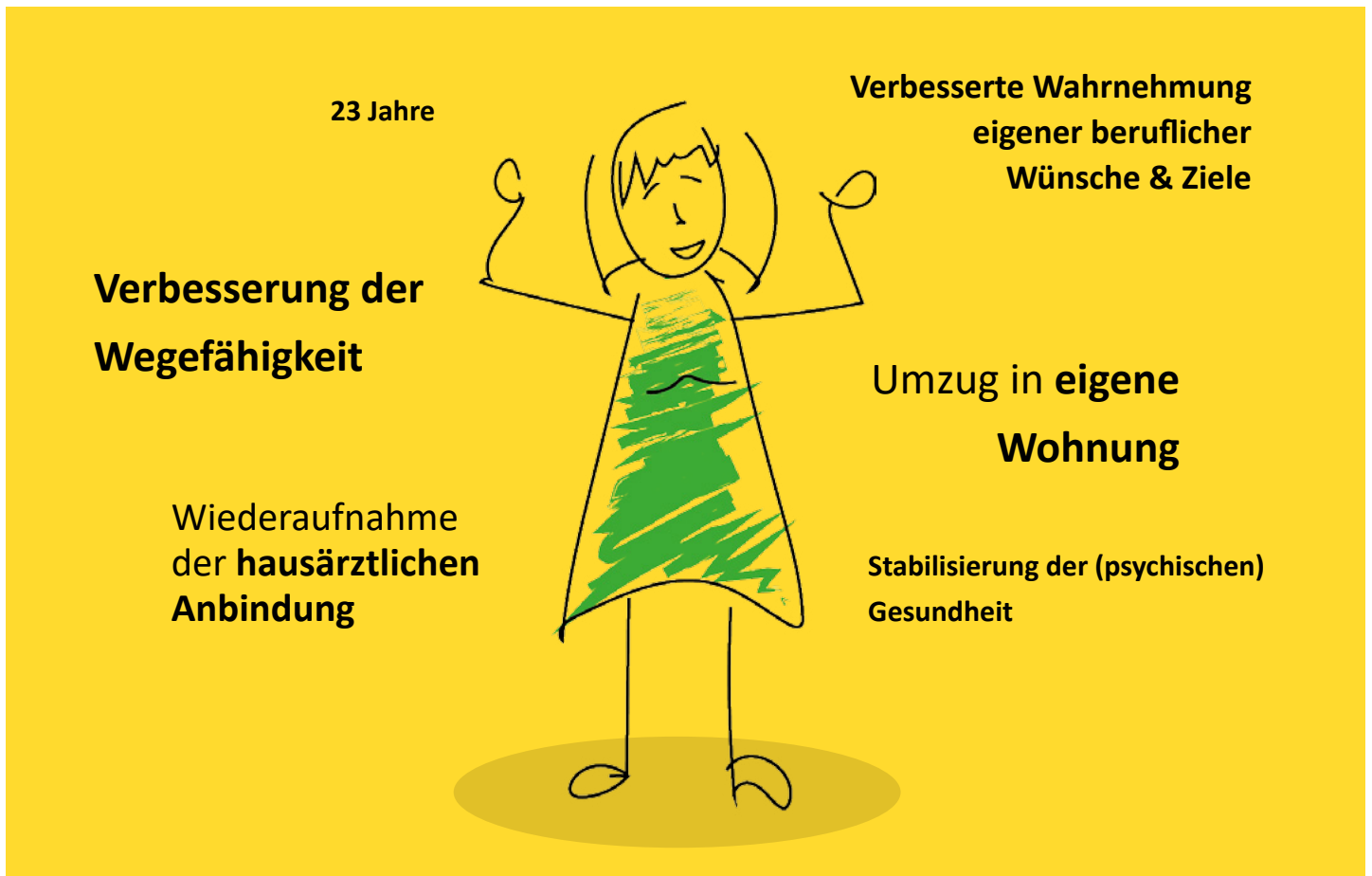
In der psychologischen Beratung ging es zunächst um den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung sowie die Sammlung und Einordnung berichteter Symptome. Die ängstlichen Symptome verursachten für die Teilnehmerin den größten Leidensdruck. Die Ängste bezogen sich vorwiegend auf den sozialen (z.B.: „andere Menschen könnten mich negativ bewerten oder gar angreifen“) und agoraphobischen (z.B.: „nur Zuhause bin ich sicher“) Bereich.

Der Fokus der Beratung lag zunächst auf der Psychoedukation, um der Teilnehmerin Wissen über das eigene Erleben zu vermitteln. Nachfolgend wurden schwierige Situationen gesammelt, nach Schweregrad geordnet und (soweit wie möglich) schrittweise eingeübt. Angstgedanken wurden gemeinsam kritisch hinterfragt und auf Ihren Realitätsgehalt hin geprüft. Unterstützend wurden Angstbewältigungsstrategien wie Atem- oder Achtsamkeitsübungen ausprobiert und eingeübt. Mit der Zeit konnte die Teilnehmerin hierdurch die Erfahrung machen, dass ihre Angst auch dann wieder abnimmt, wenn sie sich mit der schwierigen Situation konfrontierte. Die ersten Schritte, hin zu einer Gewöhnung an die beängstigenden Situationen, konnten gemacht werden.

Begleitend wurde zur Stabilisierung der Tagesstruktur mit Wochenplänen und dem Erstellen von ToDo-Listen gearbeitet. Zur Normalisierung des Schlaf-Wach-Rhythmus wurden Schlafhygiene-Regeln betrachtet und die Umsetzung in den Alltag angestoßen. Weiterhin flossen Elemente des Sozialen Kompetenztrainings in die Gespräche ein, um ein selbstsicheres Auftreten, das Kommunizieren eigener Bedürfnisse und das Setzen von Grenzen einzuüben.

Im Sozialcoaching wurden die aktuellen Problemlagen der Teilnehmerin gemeinsam erarbeitet, strukturiert und eine eigenverantwortliche, kleinschrittige Problemlösung gefördert. Wiederkehrend war Unterstützung bei der Erledigung bürokratischer Anliegen notwendig. Mehrere Weiterbewilligungsanträge für das Bürgergeld wurden gemeinsam ausgefüllt.

Als Schwierigkeiten mit dem Vermieter (aufgrund hoher geforderter Nachzahlungen) auftraten, wurde der Schriftverkehr begleitet. Die darauffolgende Suche nach geeignetem Wohnraum und der anstehende Umzug wurden unterstützt und begleitet. Weiterhin wurde die Anbindung an eine hausärztliche Praxis angestoßen und erreicht. So konnten notwendige Kontrolluntersuchungen erfolgen und ebenfalls die Basis für weiterführende fachärztliche oder stationäre Behandlungen gelegt werden. Auch eine verbesserte Anbindung an eine Schuldnerberatung wurde umgesetzt. Im Hinblick auf die ängstlichen Symptome ergänzte das Sozialcoaching, die in der psychologischen Beratung besprochenen Themen. Wege wurden in kleinen Schritten selbstständig eingeübt, Termine wurden an wechselnden Standorten vereinbart, gemeinsame Spaziergänge unternommen. Zur Teilnahme an Gruppenangeboten wurde immer wieder ermutigt und bei erfolgter Teilnahme als bekannte Bezugsperson zur Seite gestanden.



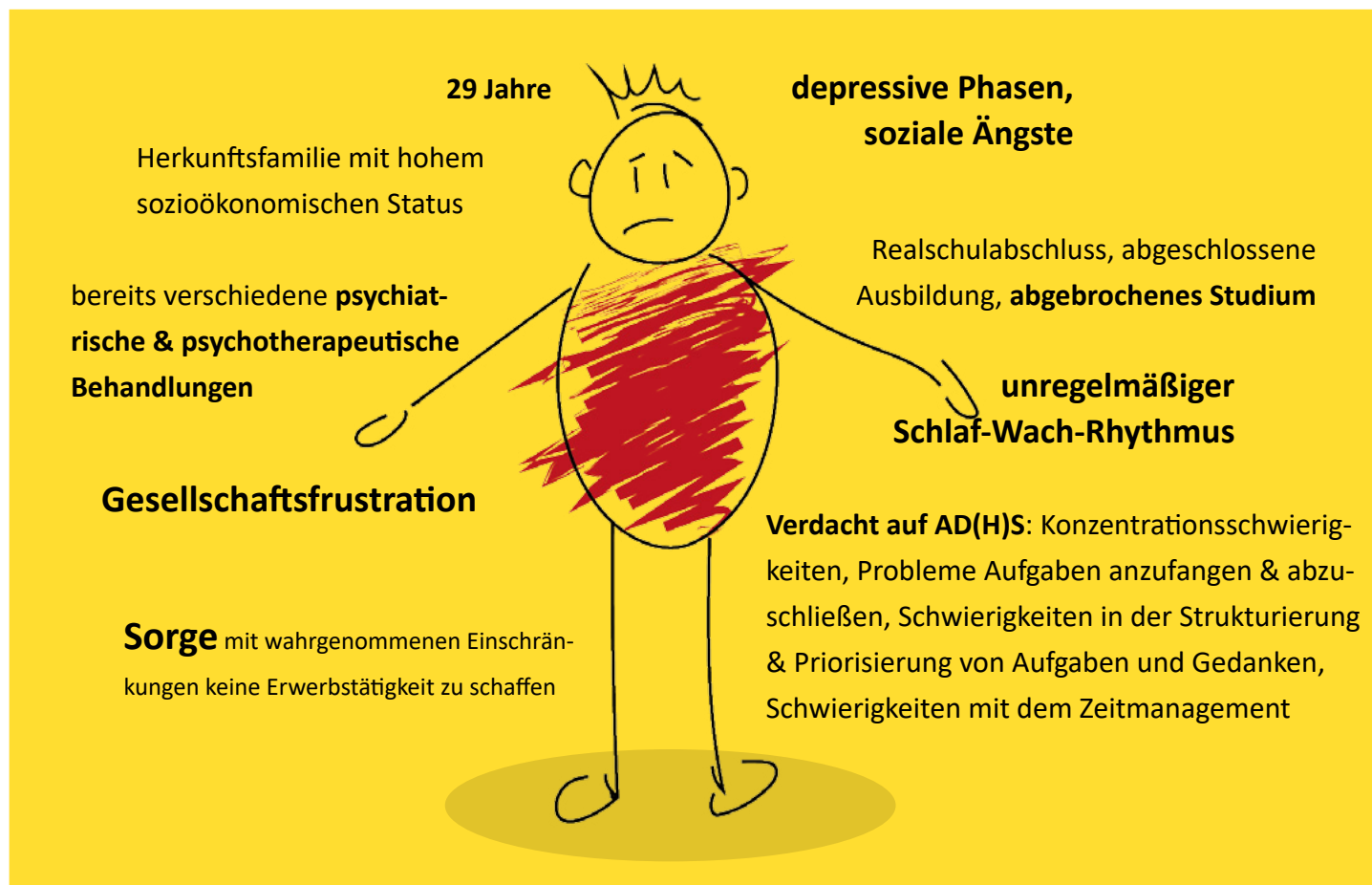
## Das erreichte Ergebnis

Zum Ende der Projektlaufzeit zeigte sich ein verbesserter Umgang mit Ängsten. Besonders deutlich war die Verbesserung der Wegefähigkeit. Gewohnte und kürzere Strecken konnte die Teilnehmerin nun alleine bewältigen. Hierdurch und durch das strukturierte Klären komplexer Problemlagen (Bürokratie, Finanzen, Wohnsituation, ärztliche Anbindung) zeigte sich eine stabilisierte Grundstimmung. Die Teilnehmerin wirkte insgesamt selbstständiger, was sich konkret auch im Bezug der ersten eigenen Wohnung zeigte. Weiterhin wurde die hausärztliche Anbindung gesichert,

was wiederum die Ausgangslage für weiterführende Behandlungen deutlich verbesserte. Berufliche Wünsche nach einer Ausbildung wurden spürbarer. Ein selbstfürsorglicherer Umgang zeigte sich in einer gesünderen und regelmäßigen Ernährung mit resultierender Gewichtsabnahme. Ein fließender Übergang in ein nachfolgendes Unterstützungsangebot inklusive psychologischer Übergabe wurde angestoßen. Der Weg in eine weiterführende Behandlung wurde auf diese Weise kleinschrittig geebnet.

## Beispiel 2: Mit eigenen Kriterien (statt Druck von außen) zur gesundheitsfördernden Erwerbstätigkeit

Das zweite Beispiel illustriert eine typische Ausgangslage, bei der die wahrgenommenen Einschränkungen zu der Annahme führen „nirgendwo reinzupassen“. Vordergründig wurde dies als „Gesellschaftsfrustration“ spürbar.



### Die Ausgangslage

Der Teilnehmer lebte alleine und entstammte einer Familie mit höherem sozioökonomischen Status. Beide Eltern waren erwerbstätig. In der Vergangenheit hatten bereits verschiedene psychiatrische/psychotherapeutische Behandlungen stattgefunden. Aktuell bestand aber keine fachärztliche oder therapeutische Anbindung. Der berufliche Werdegang war durch mehrere Schul- und Berufswechsel sowie einzelne Abbrüche geprägt. Im erlernten Berufsfeld sah der Teilnehmer für sich keine Zukunft. Obwohl der Wunsch nach einer zweiten Ausbildung bestand, hatte der Teilnehmer den Eindruck diese nicht oder nur unter maximaler Willensanstrengung zu schaffen. Auch bestand die Sorge

den eigenen Leistungsansprüchen nicht gerecht werden zu können. Der Teilnehmer wirkte von der Gesellschaft frustriert, äußerte hauptsächlich, was er nicht will, während eigene Wünsche und Ziele wenig spürbar waren. Der Tagesablauf war auch in diesem Fall wenig strukturiert, der Schlaf-Wach-Rhythmus verschoben. Es bestanden nur wenige soziale Kontakte. Die Teilhabe am sozialen und alltäglichen Leben war durch die psychischen Symptome eingeschränkt. Der Zugang zu einer Abklärung der Verdachtsdiagnose AD(H)S wurde dadurch erschwert, dass es dem Teilnehmer schwer fiel gesetzte Vorhaben aktiv umzusetzen, Ängste vor dem Telefonieren bestanden und keine passenden Anlaufstellen bekannt waren.



## Die Arbeitsschritte

In der psychologischen Beratung war zu Beginn wieder der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zentral. Symptomatisch waren umständliche und weitschweifige Gedankengänge sowie Gedankensprünge besonders auffällig. Zudem wirkte der Teilnehmer wenig strukturiert (Termine wurden verpasst; Vorhaben vergessen; Fristen nicht eingehalten). Es bestand außerdem die Tendenz Vorhaben zu „zerdenken“, sich sehr hohe eigene Maßstäbe zu setzen, dann aber vermeidend inaktiv zu bleiben. Da der Teilnehmer selbst den Verdacht äußerte AD(H)S zu haben und die berichteten und wahrgenommenen Symptome klinisch zu diesem Verdacht passten, wurde zunächst eine geeignete Stelle zur ADHS-Diagnostik gesucht und vermittelt. Eine Anbindung gelang nach längerer Wartezeit schließlich. In den Beratungsgesprächen wurde versucht die überfordernde und Aktivitäten ausbremsende Denkweise immer wieder kritisch zu hinterfragen. Unterstützend wurden konkrete Strategien vorgestellt, um wenig hilfreiche Gedanken zu unterbrechen und Inaktivität zu überwinden (z.B. Stoppsignal, Einsatz von Skills, konkrete kleinschnittige Ziele setzen).

Ein weiteres zentrales Themenfeld war die Einstellung gegenüber einer Berufstätigkeit. Deutlich wurde der (als sehr unangenehm) wahrgenommene Druck/Zwang von außen eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen. Es bestand keine konkrete Vorstellung davon, wie ein gutes Leben (mit den wahrgenommenen gesundheitlichen Einschränkungen) aussehen könnte. Diese Wahrnehmung zeigte sich vordergründig in Gesellschaftsfrustration und dem Abwehren von Vorschlägen Dritter. Dahinter wurde aber auch Traurigkeit spürbar. Traurigkeit darüber, nicht zu wissen, wohin sich das eigene Leben entwickeln soll. Zur vertieften Bearbeitung dieser

Unklarheit wurde eine ambulante Psychotherapie empfohlen und entsprechende Kontaktmöglichkeiten ausgehändigt. Im weiteren Verlauf wurden formulierte Erwartungen an Arbeit überprüft. Die wichtigsten Wunschkriterien an eine Erwerbstätigkeit wurden gesammelt und hierarchisiert. Die Vergegenwärtigung von Kriterien, die weniger wichtig waren, sollte die Bereitschaft zur Kompromissbildung bei der Stellensuche schaffen.

Im Sozialcoaching wurden zu Beginn, Ziele für die Projektlaufzeit vereinbart. Auf diese wurde immer wieder Bezug genommen, um konkrete, nächste Teilschritte zur Zielerreichung anzustoßen. Bei inneren Hürden wurde kontinuierlich unterstützt (z.B. gemeinsames Öffnen von Briefen, gemeinsam Anrufe tätigen). Zudem wurde die Klärung bürokratischer und finanzieller Angelegenheiten begleitet (z.B. bei Einstellung von Zahlungen, dem Einholen der Nebenkostenabrechnung, Schwierigkeiten mit der Krankenkasse). Weiterhin wurden Strategien zur Verbesserung der Tagesplanung und des Zeitmanagements vorgestellt (z.B. Kalender führen, digitale Erinnerungen nutzen, ablenkende Reize minimieren). Zur Verbesserung der Tagesstrukturierung wurde der Teilnehmer umfassend in verschiedene Gruppenangebote eingebunden. Hier konnte außerdem ein Erfahrungsaustausch mit anderen Teilnehmenden gefördert werden. Um einen besseren Überblick über berufliche Perspektiven zu schaffen, wurden Optionen gesammelt und entsprechende Informationen vermittelt (z.B. Unterstützungsangebote für eine zweite Ausbildung, Weiterbildungsoptionen, Auflistung möglicher Berufsfelder). Ganz konkret wurden im späteren Verlauf der Teilnahme auch Bewerbungsunterlagen gemeinsam optimiert.

## Das erreichte Ergebnis

Zum Ende der Projektlaufzeit hatte der Teilnehmer eigenaktiv eine neue Erwerbstätigkeit gefunden. Die für ihn wichtigsten Kriterien an eine neue Stelle wurden bei der Auswahl berücksichtigt, sodass er sich über die Zusage sehr freute. Die Grundlage für diesen Fortschritt bildete eine besser geordnete Lebenssituation, in welcher offene Belange (Bürokratie, Finanzen, Gesundheitsfürsorge) angegangen wurden. Ein in diesem Bereich besonders priorisiertes Ziel, die ärztliche Anbindung zur Abklärung der Verdachtsdiagnose AD(H)S konnte sichergestellt werden. So können die berichteten Symptome perspektivisch eingeordnet und entsprechend behandelt werden. Auch ein verbesserter Umgang mit belastenden Denkmustern zeigte sich bereits in Ansätzen.

Hinderliche Gedankengänge konnte der Teilnehmer achtsamer bemerken, hinterfragen und alternative Sicht- und Handlungsweisen in Betracht ziehen. Hierdurch und durch Strategien zur Tagesplanung und zum Zeitmanagement zeigte sich auch ein Fortschritt im Beginnen und Beenden von Aufgaben sowie der allgemeinen Strukturierung. Die Teilnahme an unterschiedlichen Gruppenangeboten trug zudem zur Verbesserung der Tagesstruktur und zum Abbau sozialer Hemmungen bei. Auf die angebotene psychologische Nachbetreuung musste der Teilnehmer nicht zurückgreifen, was für einen erfolgreichen Übergang in die Erwerbstätigkeit spricht.



# Ergebnisse und Zahlen

Seit Projektbeginn sind ca. 540 Personen in das Screening zur Prüfung einer möglichen Projektteilnahme einbezogen worden. In 330 unverbindlichen Infogesprächen wurden potentiellen Teilnehmenden die Inhalte und Intentionen des Projektes vorgestellt. Schlussendlich sind 166 Menschen in unser Projekt eingemündet. Abhängig von ihren individuellen Bedarfen wurden während der Projektlaufzeit regelmäßig zwischen 28 und 45 Teilnehmende gleichzeitig von jeweils zwei bis drei Mitarbeitenden verschiedener Professionen betreut (Lotsenstelle, Sozialcoaches und Psychologinnen). Dies ermöglichte eine intensive, ganzheitliche Arbeit an den komplexen Problemlagen der Betroffenen aus ganz unterschiedlichen Perspektiven.

**„Da hatte ich aber hier irgendwie das Gefühl, dass man so wirklich ernst genommen wird und als Mensch gesehen wird. Und das auf so vielen Ebenen [...].“**

Während der Projektteilnahme wurde darüber hinaus ein enger Kontakt zu den betreuenden Ansprechpartnern im Jobcenter angestrebt. Es gab regelmäßige Kontakte und Zwischengespräche sowie Fallbesprechungen. Ziel war es hier, realistische und gangbare Wege zu erarbeiten und gemeinsam mit den Teilnehmenden eine tragfähige und nachhaltige Anschlussperspektive zu schaffen. Im Rahmen der von den projekteigenen Psychologinnen und externen Dozenten durchgeführten Seminare zu verschiedensten Krankheitsbildern, deren Anzeichen, Behandlungsmöglichkeiten und Auswirkungen konnten 142 Mitarbeitende des Jobcenters erreicht werden, 104 von ihnen haben an mehreren (zwei bis sieben) der Schulungen teilgenommen. Um den Nutzen des Angebotes zu bewerten, führte die wissenschaftliche Begleitung (SÖSTRA GmbH) im Projektverlauf drei Befragungen aller Mitarbeitenden im Vermittlungsbereich durch. Die Teilnahme war, wie auch die Teilnahme an

den angebotenen Seminaren, freiwillig. Im Ergebnis schätzen viele der antwortenden Mitarbeitenden ein, dass sie von den angebotenen Schulungen profitieren und ihre **Beratungs- und Gesundheitskompetenz** ausbauen konnten. Ebenfalls auf freiwilliger Basis wurden mittels drei verschiedener Fragebögen die Teilnehmenden zu unterschiedlichen Zeitpunkten der Projektteilnahme befragt. Die Schwerpunkte der Befragungen waren hier unterschiedlich gesetzt und erfolgten zu Beginn, in der Hälfte und am Ende der Teilnahme. Eine Gesamtauswertung aller Ergebnisse wird deshalb erst am Ende des Projektes vorliegen. Aktuell wird diesbezüglich an verschiedensten Berichtsformaten gearbeitet. Es ist geplant, diese allen Interessierten in geeigneter Form zur Verfügung zu stellen. Ausgewählte erste Ergebnisse möchten wir an dieser Stelle diskutieren. Ein grundsätzlicher Trend, welcher sich mit den Erfahrungen der Mitarbeitenden deckt, lässt sich hier bereits gut ablesen.

Bei der Betrachtung der Beweggründe für die Entscheidung zur Projektteilnahme im ersten Fragebogen waren für die Antwortenden folgende Punkte ausschlaggebend:

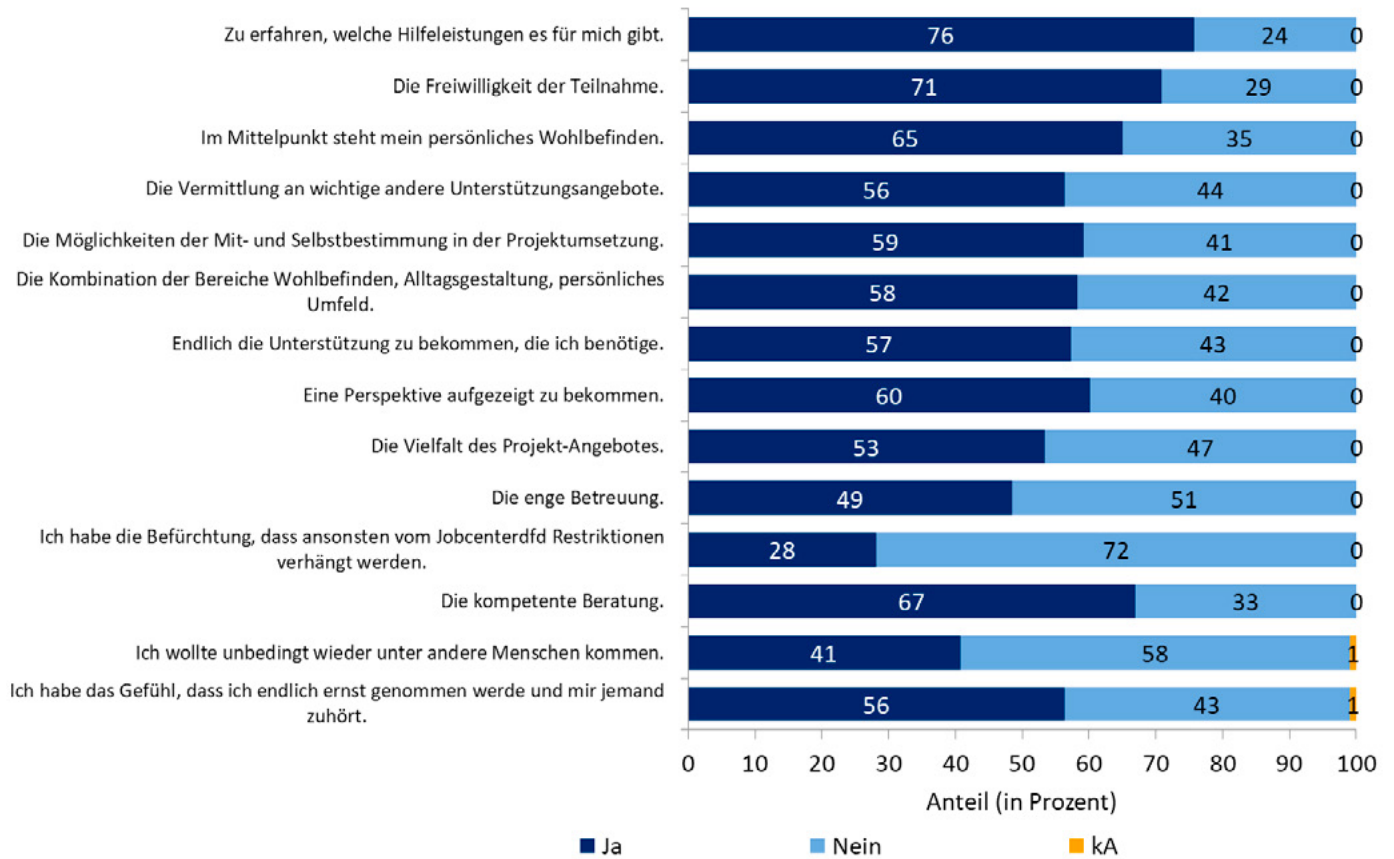


ABBILDUNG 2: BEWEGGRÜNDE FÜR DIE ENTSCHEIDUNG ZUR PROJEKTTILNAHME

QUELLE: NACH EIGENER DARSTELLUNG (2024)

Das Erfahren von Möglichkeiten der Hilfeleistungen, die Freiwilligkeit der Teilnahme und die kompetente Beratung werden dabei als besonders relevant benannt.

In der zweiten Befragung nach etwa einem halben Jahr Projektteilnahme ging es z.B. um das persönliche Wohlbefinden im Projekt. Fast alle befragten Teilnehmenden waren gut im Projekt angekommen und fühlten sich gut beraten und betreut:



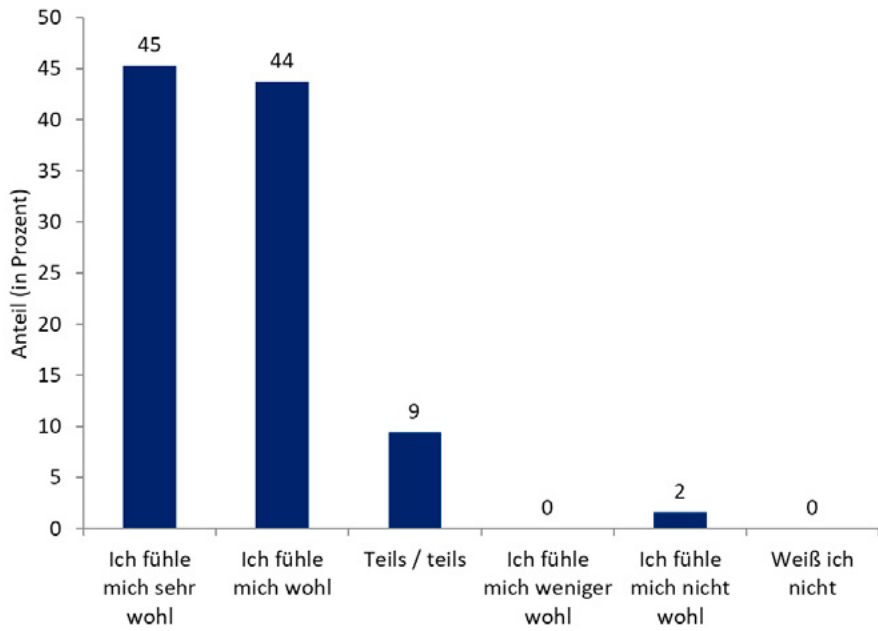


ABBILDUNG 3: PERSÖNLICHES WOHLBEFINDEN IM PROJEKT „GEHVOR!“

QUELLE: NACH EIGENER DARSTELLUNG (2024)

Wie in der folgenden Grafik veranschaulicht, meldete uns die überwiegende Zahl der Teilnehmenden am Ende der Projektteilnahme zurück, dass sich ihre gesundheitliche, und damit einhergehend auch ihre gesamte Lebenssituation verbessert hat.

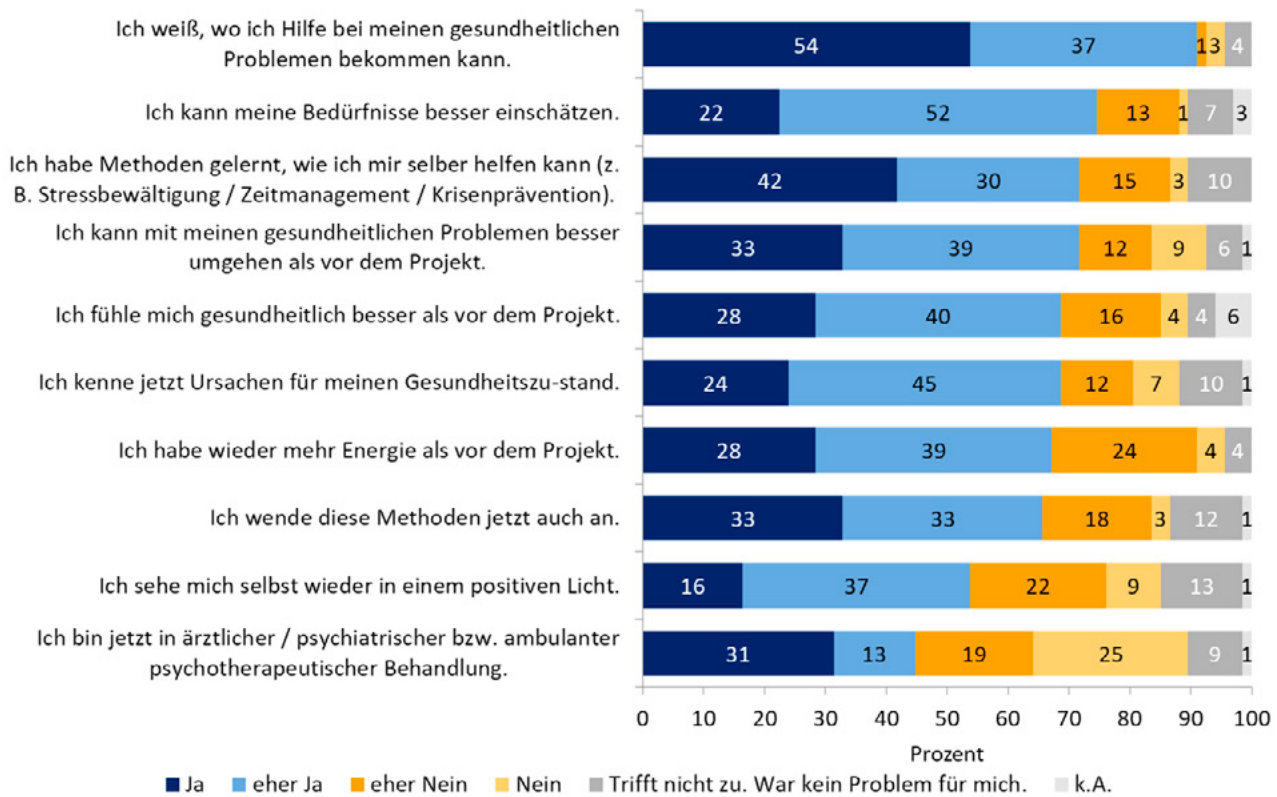


ABBILDUNG 4: UMGANG MIT GESUNDHEITLICHER SITUATION

QUELLE: NACH EIGENER DARSTELLUNG (2024)

Darüber hinaus ließ sich bei 91 % der befragten Teilnehmenden eine Verbesserung des Wissens über Unterstützungsangebote erkennen und 82 % äußerten nun besser zu wissen, was sie wollen. Auch benannten 62 % der Befragten nach Projektteilnahme seltener lustlos oder niedergeschlagen zu sein, während weitere 61 % der Teilnehmenden eine Verbesserung im Bereich des Umgangs mit Stress beschrieben. 64 % fühlten sich selbstbewusster und trauten sich mehr zu. Im Zusammenhang mit dem Projektziel der Verbesserung sozialer Teilhabe, meldeten uns 46 % der Antwortenden zurück, sich nun wieder mehr mit anderen Menschen zu treffen, als vor dem Projekt, 46 % hätten neue Bekanntschaften geschlossen. Diese Punkte werden nach Brussig & Knuth (2009) den Faktoren Qualifikation/ Kompetenzen und Persönlichkeit als Unterpunkte von Beschäftigungsfähigkeit zugeordnet. Beschäftigungsfähigkeit konnte

hier also nachweislich verbessert werden. Insgesamt lässt sich darlegen, dass 50 der 67 antwortenden Personen einen hohen Nutzen von der Projektteilnahme hatten, darunter zwanzig einen sehr hohen Nutzen. Die überwiegende Mehrzahl der antwortenden Personen hat bei sich selbst, ganz allgemein, positive Veränderungen durch die Teilnahme am Projekt wahrgenommen. Vor allem ihr Umgang mit der eigenen gesundheitlichen Situation hat sich nach ihrer Wahrnehmung positiv verändert. Dies trifft, allerdings in abgeschwächter Form, auch auf die Beziehungen zu anderen Menschen zu. Im Durchschnitt wird auch deutlich, dass sie erlebten, dass sich die Projektteilnahme positiv auf die berufliche Situation ausgewirkt hat. Bei der abschließenden offenen Frage überwiegt der Dank an das Projektteam für die erhaltene Unterstützung.

**„Also ich hätte mir nicht mehr wünschen können. Es hat mir an nichts gefehlt und wenn ich Fragen hatte oder Unterstützung gebraucht habe, dann habe ich die auch immer bekommen. Mir wurden die Freiräume gegeben, mir Dinge selbst zu erarbeiten.“**

Weiter möchten wir die Ergebnisse des projektinternen Monitorings (Stand September 2024) betrachten. Hierbei handelt es sich ebenfalls um auszugsweise und vorläufige Ergebnisse. Diese berücksichtigen 135 Teilnehmende (Messzeitpunkt direkt nach Austritt) bzw. 133 Teilnehmende (Messzeitpunkt sechs Monate nach Austritt). Direkt im Anschluss an die Projektteilnahme gingen 9,63 % der erfassten Teilnehmenden in verschiedene Beschäftigungsformen (Erwerbstätigkeit, Ausbildung, Praktikum, Studium, etc.) über, sechs Monate nach Austritt war dieser Anteil auf 12,03 %

angestiegen und betrug im September 2024 21,05 % von dann 133 erfassten ehemaligen Teilnehmenden. Mithin kann für September 2024 diskutiert werden, inwieweit die Aufnahme einer Beschäftigungsform für vielleicht schon drei Jahre zuvor ausgetretene Teilnehmende als Ergebnis des Projektes gewertet werden kann. Verstehen wir das Projekt aber als einen der ersten, niedrigschwelligen Schritte hin zu Beschäftigungsfähigkeit, kann argumentiert werden, dass eben gerade diese längerfristigen Erfolge jene sind, auf die das Projekt abzielt.

**„Ich glaub, wenn das Projekt nicht gewesen wäre, wüsste ich nicht, ob ich da heute bin, wo ich bin, muss ich ehrlich sagen. Also ich glaube, aus eigener Kraft hätte ich das damals, ja vielleicht ein paar Jahre später, aber sonst nicht gepackt.“**

Gleichzeitig sind die Erfolge sehr davon abhängig, wie gut eine Anschlussperspektive gefunden worden ist und wie stabil weiterführende Unterstützungs- und Begleitungsangebote über die Projektteilnahme hinaus sind. Mit Hinblick auf dieses Ziel der nachhaltig nachwirkenden Unterstützung möchten wir ebenso beleuchten, wie viele ehemalige Teilnehmende nach dem Projekt in verschiedenste Instrumente der Arbeitsförderung, z.B. eine Arbeitsgelegenheiten, ein

weiterführendes Coaching oder auch eine Qualifizierungsmaßnahme bei einem Bildungsträger eingemündet sind. So konnten direkt nach Projektaustritt 13,33% der Teilnehmenden in ein solches Angebot wechseln. Sechs Monate nach Austritt waren bereits 18,8 %, also 25 von 133 betrachteten, ehemaligen Teilnehmenden, in eine weiterführende Unterstützung mit direktem Arbeitsmarktbezug eingemündet.

### **„Und das war für mich so ein Sprungbrett, wo es hieß: Okay, es könnte Richtung normales Leben gehen und deswegen mach ich's.“**

An dieser Stelle ist herauszustellen, dass sich eine Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit nicht ausschließlich über die Aufnahme einer Arbeit, einer Ausbildung oder einer Einmündung in eine weiterführende Maßnahme definiert. Auch, wenn Teilnehmende nicht fließend oder unmittelbar nach Projektbeendigung in eine Beschäftigungsform eingemündet sind, sind sie durchaus in ihren gesundheitlichen

sowie sozialen Belangen vorangekommen. Dies ließe sich unter anderem für diejenigen Teilnehmenden annehmen, die z.B. eine ärztliche Anbindung herstellen oder (wieder) verbessern konnten. Diese Punkte gehören zu den Faktoren soziale Stabilität, persönliche Umstände und Unterstützung, welche nach Brussig und Knuth (2009) die Beschäftigungsfähigkeit beeinflussen.

### **„Und um dann gleich in die Gegenwart zu springen, durch Geh Vor habe ich es geschafft, einen Therapeuten zu bekommen.“**

Im Konzept definierte Zielindikatoren waren daher unter anderem auch Punkte wie Krankheitseinsicht, Behandlungseinsicht und die Herstellung ärztlicher Anbindung. Eine Krankheitseinsicht war bei 139 Personen (83,7 % aller 166 Teilnehmenden) zu Beginn der Projektteilnahme grundsätzlich vorhanden und konnte bei den 25 Teilnehmenden ohne vorherige Krankheitseinsicht im Falle von 15 Personen im Projektverlauf hergestellt werden. Damit konnte bei 60 % ohne vorherige Krankheitseinsicht diese im Projektverlauf erzeugt werden. Betrachtet man die 49 Personen, bei denen zu Projektbeginn keine Behandlungseinsicht vorlag, so konnte sie bei 33 Personen (67,3%) im Projektverlauf er-

zeugt werden. Eine ärztliche Anbindung kann danach unterschieden werden, ob sie erstens einen Hausarzt, zweitens einen allgemeinen Facharzt oder drittens eine psychotherapeutische bzw. psychiatrische Versorgung betrifft. Eine grundsätzlich hausärztliche Betreuung hatten zu Projektbeginn 144 Personen bzw. 86,7 % der Teilnehmenden insgesamt. Bei 12 Personen war diese nicht gegeben. Von diesen 12 Personen haben sich im Projektverlauf 10 Personen einem Hausarzt (wieder) anvertraut (83,3 %). Eine fachärztliche Anbindung hatten zu Projektbeginn 93 Personen bzw. mit 56,0 % etwas mehr als die Hälfte aller Teilnehmenden. Bei den 46 Personen, bei denen eine solche fachärztliche



Anbindung nicht vorhanden war, konnte sie bei 24 Teilnehmenden bzw. etwas mehr als der Hälfte (52,2 % der Teilnehmenden ohne vorherige fachärztliche Anbindung) bewirkt werden. Eine psychotherapeutische und/oder psychiatrische Anbindung war bei 58 Personen bzw. 34,9 % aller Teilnehmenden zu Projektbeginn gegeben. 42 Personen (34,1 % derer ohne vorherige Anbindung) konnten im Projektverlauf (zusätzlich) bei einer psychiatrischen und/oder psychotherapeutischen Praxis angebinden werden.

Neben dem Erreichen von Behandlungseinsicht und der Initiierung und Umsetzung von Behandlung wurden bei der Konzeptionserstellung weitere mögliche Zwischenziele benannt. Beispielhaft können hier die Steigerung der allgemeinen Belastungsfähigkeit, die Erarbeitung von individuellen Zielen und damit verbundenen Umsetzungsstrategien, auch vorliegende Erwerbsfähigkeit, wenn diese zu Beginn des Projektes vorübergehend nicht gegeben war, angeführt werden. Zeichnete sich ab, dass eine Erwerbsfähigkeit nicht wiederhergestellt werden konnte, unterstützte das Projekt

auch hier. Gemeinsam mit dem Betroffenen wurden dann notwendige Schritte besprochen und eingeleitet. Die Einschaltung weiterführender Stellen und Partner wurde unterstützt, so z.B. der Kontakt zur Rehabilitationsberatung, zu Rentenversicherung oder Krankenkasse hergestellt, medizinische Behandlungen angestoßen.

Hervorgehoben werden soll an dieser Stelle nochmals, dass die Erreichung von Zwischenzielen bei den betroffenen Personen niedrigschwellig und kleinschrittig angesetzt werden muss. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass die unterschiedliche Dauer bis zum Erreichen dieser Ziele immer eng mit der jeweiligen individuellen Situation und den vorhandenen Ressourcen des Teilnehmenden verknüpft ist und Entwicklungen und Fortschritte sehr unterschiedlich zu bewerten sind. Manchmal sind diese kaum wahrnehmbar bzw. kommen erst später zum Tragen, wenn die Projektteilnahme längst beendet ist und sind damit mitunter schwer messbar, teils aber dennoch von unschätzbbarer Bedeutung für den Einzelnen.

**„Ich hoffe einfach, dass es immer mehr in die Richtung geht, dass man auch ganzheitlicher den Menschen betrachtet, [...] und dass man versucht halt, Menschen nicht irgendwie irgendwo reinzudrücken.“**

Um einen genaueren Einblick in die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation des Projektes zu bekommen, empfehlen wir an dieser Stelle den Fachartikel des Instituts für Sozialökonomische Strukturanalysen (kurz: Institut SÖSTRA, Berlin) - Frank Schiemann: Das Modellprojekt „GehVor! – Gesundheit hat Vorfahrt“. Ein neues Herangehen mit Aussicht auf Erfolg, In: Psychosoziale und Medizinische Rehabilitation, 2024 Heft 1, 125, S. 32-38.

Erste Ergebnisse der Wissenschaftlichen Begleitung:  
Artikel für die Fachzeitschrift "Psychosoziale und medizinische Rehabilitation"

**KLICK** →

# Erfahrungswerte aus dem Projekt für eine gelingende Unterstützung

Wenn wir die vorhergehenden Überlegungen zusammenfassen, lassen sich folgende Faktoren ableiten, die eine gelingende Unterstützung für Menschen im SGB-II-Bezug fördern:

Zu allererst profitierten viele unserer Teilnehmenden von der **Freiwilligkeit** im Zugang und Selbstbestimmtheit in der Ausgestaltung der genutzten Projekthalte. Oft wurde der Aufbau einer **vertrauensvollen Arbeitsbeziehung** gerade durch die Freiwilligkeit der Projektteilnahme unterstützt. So hatten die Teilnehmenden die Chance, auf Augenhöhe, freier und gemeinsam mit den Mitarbeitenden eigene Ziele und Vorstellungen zu entwickeln. Dies wirkte sich positiv auf die innere Motivationslage der Teilnehmenden aus. Die **Absichtsbildung** und Förderung von **eigener, intrinsischer Motivation** schaffen eine wichtige Grundlage für das Gehen weiterer Schritte und die Schaffung einer nachhaltig tragfähigen Haltung gegenüber den anstehenden Aufgaben. Die Begleitung dieses Prozesses durch unsere Mitarbeitenden war im Besonderen von **Partnerschaftlichkeit und Ergebnisoffenheit** geprägt. So wurden die gemeinsam erarbeiteten Ziele immer wieder gemeinsam reflektiert sowie nächste Schritte geplant und angepasst.

In **verschiedensten Gruppenangeboten** hatten die Teilnehmenden außerdem die Möglichkeit neue Erfahrungsräume zu erschließen sowie einen Rahmen zum gemeinsamen Kennenlernen. Dies stärkte die allgemeine Teilhabe, Sozialkontakte konnten neu aufgebaut und soziale Situationen teilweise seit langem wieder in geschütztem Rahmen geübt werden. Weiter profitierten die Teilnehmenden auch von unterschiedlichen Erfahrungen untereinander und konnten Erlebnisse, Erkenntnisse und Wissen mit anderen Erfahrenen austauschen (Peer-Austausch). In diesen Gruppenangeboten und auch insgesamt im Projekt wurden **individuelle Ressourcen** gefördert, wodurch Teilnehmende kontinuierlich kleine Erfolgserlebnisse erfahren konnten. Diese befähigten die angestoßenen positiven Verände-

rungsprozesse zu stützen und aufrechtzuerhalten. Wir konnten spezifische Hürden gemeinsamen besprechen und bearbeiten. So konnte durch dieses kontinuierliche Nachhalten bei gleichzeitiger individueller und situationsspezifischer Anpassung gemeinsam ein Prozess zur Zielerreichung erarbeitet, durchgeführt und geübt werden. Die innere Haltung, die Teilnehmenden in ihrer **Individualität**, mit eigener Lebensgeschichte, ganz spezifischen Ressourcen und Vulnerabilitäten, Möglichkeiten und Hürden, als Mensch als Ganzes zu sehen, scheint aus unserer Sicht ein weiterer zentraler Punkt für eine gelingende Unterstützung zu sein, der auch für die gelingende Umsetzung der zuvor genannten Punkte wichtig sein kann. Der gemeinsame **Austausch** unserer aus verschiedenen Fachbereichen stammenden Mitarbeitenden trug zur **ganzheitlichen Unterstützung** der Teilnehmenden bei. Der Blick aus den unterschiedlichen Perspektiven ermöglichte ein Eingehen auf die vielfältigen Herausforderungen und Problemlagen.

Wichtiger Aspekt dieses Prozesses war über die Arbeit im Projekt hinaus, ebenso, die Einbeziehung **regionaler Unterstützungsangebote** (Anbindung an fachärztlicher Anbindung, Diagnostik, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, ambulant betreutes Wohnen, nächste Schritte bei Bildungsträgern, etc.). So wurden mit Teilnehmenden bereits genutzte Hilfestellen besprochen, Bedarfe erfasst und um weitere Unterstützungsstellen erweitert. Hiermit konnte an bereits als hilfreich wahrgenommene Angebote erinnert und angeknüpft werden. Bei weniger hilfreich erlebten Erfahrungen mit anderen Stellen, konnten in vertrauensvollen Gesprächen, Bedenken besprochen und reflektiert, u.U. Alternativen gesucht, und allgemein **Vertrauen in das Hilfesystem (wieder) aufgebaut** und gefestigt werden.

Ergebnis waren **individuell zugeschnittene Unterstützungsangebote/-pläne**. So schuf das Projekt auch mit einigen Teilnehmenden eine stabile eigene Basis um dann nach Ende des Projektes eigene Schritte eigenverantwortlich gut weitergehen zu können. Neben der Anbindung an andere Unterstützungsstellen, hat sich oftmals auch eine **Anbindung** an Vereine, Selbsthilfegruppen, Bewegungs-/Kreativangebote o.ä. als hilfreich für den weiteren Weg der Teilnehmenden erwiesen. Um diese guten **Verweisberatungen** zu gewährleisten, war eine gute Netzwerkarbeit mit regionalen Trägern und Institutionen von Nöten.

Als hilfreich konnten wir außerdem die standardmäßige **Teilnahmedauer** von 12 Monaten beobachten, da sich einige Entwicklungen erst nach einer Zeit des Ankommens, Kennenlernens, Vertrauen Fassens und gemeinsamer Arbeit einstellten. Gleichzeitig konnte durch die Einführung einer Verlängerungsoption festgestellt werden, dass eine **individuelle zeitliche Dauer, auch über 12 Monate und länger** hinaus, noch positiver auf die Entwicklung auswirken kann. Weiter meldeten einige Teilnehmende zurück, dass sie eine längere gemeinsame Arbeit gewünscht hätten und sie erst nach etwa 12 Monaten langsam in der Lage waren Schritte in der gemeinsamen Arbeit zu gehen. Zukünftige Projekte und Maßnahmen könnten also von einer zeitlich offeneren Konzeption profitieren. Auch würde dies mit einer längeren Kontinuität der unterstützenden Personen einhergehen,

was, wenn wir die positive Arbeitsbeziehung als hilfreiche und eine ausschlaggebende Variable annehmen, zu noch besseren Ergebnissen führen sollte.

Irgendwann gehen jedoch alle Maßnahmen und Unterstützungen zu Ende, sodass die **frühzeitige, gemeinsame Planung von Anschlussritten** ein weiterer entscheidender Punkt für die gute Unterstützung durch das Projekt darstellte. Hier sei wieder der Bogen zum regionalen Unterstützungsnetzwerk gespannt, zu dem das Projekt erfolgreich vermitteln konnte. Die Teilnehmenden wurden damit befähigt weitere Schritte in Richtung Beschäftigungsfähigkeit zu gehen und bereits gemachte Fortschritte gefestigt. Als weiterer unterstützender Faktor lässt sich auch das **Fördern und Erlangen von Wissen** benennen. So konnte den Teilnehmenden Wissen über ihre psychischen Erkrankungen vermittelt und individuelle Modelle zu inneren Abläufen erarbeitet werden. Dies erleichterte die Einordnung berichteter Symptome und eigener Verhaltensweisen. Mit Hilfe dieser verbesserten Gesundheitskompetenz, war es den Teilnehmenden möglich, anders auf vorher teils unerklärliche Zustände und Umstände zu reagieren, Tiefs anders vorzubeugen sowie selbstsicherer zu handeln. Doch nicht nur den Teilnehmenden konnte im Projekt Wissen vermittelt werden. Auch Mitarbeitenden vom Jobcenter konnten durch die angebotenen Schulungen profitieren und ihre **Beratungs- und Gesundheitskompetenz** ausbauen.





## Literaturverzeichnis

- Aktion psychisch Kranke e. V. (2010). Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für Psychisch Kranke - Entwicklung regionaler, integrierter und personenzentrierter Hilfesysteme (TAB): (2004-2007), Teil 1.
- Knuth, M., & Brussig, M. (2009). Individuelle Beschäftigungsfähigkeit: Konzept, Operationalisierung und erste Ergebnisse. WSI-Mitteilungen, 62 (6), 287-294.
- Eggs, J., Trappmann, M., & Unger, S. (2014). Grundsicherungsempfänger und Erwerbstätige im Vergleich: ALG-II-Bezieher schätzen ihre Gesundheit schlechter ein (No. 23/2014). IAB-Kurzbericht.
- Gühne, U., Riedel-Heller, S. & Kupka, P. (2020, August). Wie sich psychische Erkrankungen auf die Teilhabe am Arbeitsmarkt auswirken—ein Überblick. IAB-Forum. Abgerufen am 9. Juli 2024, von <https://www.iab-forum.de/wie-sich-psychische-erkrankungen-auf-die-teilhabe-am-arbeitsmarkt-auswirken-ein-ueberblick/>
- Paul, K., Zechmann, A., & Moser, K. (2016). Psychische Folgen von Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit. WSI-Mitteilungen, 69(5), 373-380. Schubert, M., Parthier, K., Kupka, P., Krüger, U., Holke, J., & Fuchs, P. (2013). Menschen mit psychischen Störungen im SGB II (No. 12/2013). Iab-Forschungsbericht.



Gefördert durch:



Bundesministerium  
für Arbeit und Soziales

aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages



Psychiatriezentrum  
Halle



RPK  
Rehabilitation psychisch  
kranker Menschen



SPI  
Soziale Stadt und Land  
Entwicklungsgesellschaft

