

Modellprojekt zur Verknüpfung von Arbeits- und Gesundheitsförderung im Setting

Gesamtbericht zur Evaluation



Impressum

Herausgeber

Bundesagentur für Arbeit
Zentrale; IF23
Regensburger Str. 104
90478 Nürnberg

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin

Redaktion

Kathrin Melzer (IF23); Katja Nürnberger (IF23)
Zentrale der Bundesagentur für Arbeit, 90478 Nürnberg
E-Mail: Zentrale.IF23@arbeitsagentur.de

Autoren

Karin Schreiner-Kürten, GKV-Spitzenverband
Michael Bellwinkel im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes

Kathrin Melzer, Zentrale der Bundesagentur für Arbeit
Katja Nürnberger, Zentrale der Bundesagentur für Arbeit

Prof. Dr. Peter Guggemos, Hochschule der Bundesagentur für Arbeit
Rhea Milles, Hochschule der Bundesagentur für Arbeit

Rechte

Nachdruck – auch auszugsweise – nur mit Genehmigung der Bundesagentur für Arbeit und des GKV-Spitzenverbandes und unter genauer Quellenangabe gestattet

Mai 2016

Modellprojekt zur Verknüpfung von Arbeits- und Gesundheitsförderung im Setting

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	6
1 Ausgangslage.....	7
2 Gemeinsames Modellprojekt BA/GKV.....	7
2.1 Grobkonzept.....	7
2.2 Laufzeit des Gesamtprojekts.....	8
2.3 Ausgewählte Modellregionen.....	8
2.4 Ziele der Modellerprobung.....	9
2.5 Projektsteuerung.....	9
2.6 Aufgaben der Projektpartner an den Standorten.....	10
2.6.1 Aufgaben der Jobcenter.....	10
2.6.2 Aufgaben der Krankenkassen.....	11
2.6.3 Gemeinsame Aufgaben von Jobcenter und Krankenkassen.....	12
2.7 Quantitative Zielvorgaben.....	12
3 Evaluationsansatz und -ergebnisse.....	12
3.1 Zielfragen im Rahmen der Evaluation.....	13
3.2 Partnerschaftliche Durchführung.....	13
3.2.1 Befähigung der Modellstandorte zur Umsetzung des Modellkonzepts.....	14
3.2.2 Befähigung der Projektverantwortlichen.....	15
3.2.3 Befähigung der Integrationsfachkräfte der Jobcenter.....	16
3.3 Quantitative Ergebnisse.....	20
3.3.1 Motivierende Gesundheitsgespräche.....	20
3.3.2 Teilnahme an Präventionsangeboten der Krankenkassen.....	20
3.3.3 Bewertung der Präventionsangebote der Krankenkassen durch die teilnehmenden Erwerbslosen.....	21
3.4 Qualitative Erkenntnisse.....	32
3.4.1 Effizienz der motivierenden Gesundheitsgespräche.....	32
3.4.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement.....	34
3.4.3 Zugangswege.....	34
3.4.4 Kooperation zwischen GKV und BA.....	40

4	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen.....	54
5	Glossar	57
6	Literaturverzeichnis	60
7	Anhang	63
7.1	Tabellarische Auswertung der Maßnahme-Dokumentation durch die Standorte	63
7.2	Ablaufplan für die Evaluation der GKV-Präventionskurse	67
7.3	Ablaufplan für die Evaluation der GKV-Veranstaltungen im Setting im BA-GKV-Kooperationsprojekt.....	73
7.4	Befragung der Integrationsfachkräfte vor der Qualifizierungsmaßnahme „Motivierende Gesundheitsgespräche für Arbeitslose“	76
7.5	Befragung der Integrationsfachkräfte nach der Qualifizierungsmaßnahme „Motivierende Gesundheitsgespräche für Arbeitslose“	77
7.6	Befragung der Integrationsfachkräfte nach Einführung der Gesundheitsorientierung in den Standorten	79
7.7	Leitfaden der Befragungen im Rahmen der ersten Interviewphase der Begleitforschung der HdBA	80
7.8	Leitfäden der Befragungen im Rahmen der zweiten Interviewphase der Begleitforschung der HdBA	82
7.9	Leitfäden und Fragebogen der Befragungen im Rahmen der dritten Interviewphase der Begleitforschung der HdBA	92

Abkürzungsverzeichnis

AA.....	Agentur für Arbeit, Dienststelle der Bundesagentur für Arbeit nach dem SGB III
Aktiva.....	Aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit, Präventionskurs nach § 20 SGB V
ÄD.....	Ärztlicher Dienst der Bundesagentur für Arbeit
ALGI.....	Arbeitslosengeld I
ALGII.....	Arbeitslosengeld II
BA.....	Bundesagentur für Arbeit
BPS.....	Berufspsychologischer Service der Bundesagentur für Arbeit
FD.....	Fachdienste der BA, (Ärztlicher und Berufspsychologischer Service der BA)
gE.....	gemeinsame Einrichtung
GKV.....	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV.....	Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung
HdBA	Hochschule der Bundesagentur für Arbeit
HEGA.....	Handlungsempfehlungen/Geschäftsanweisungen der BA
IFK.....	Integrationsfachkraft

JC.....	Jobcenter
KK.....	Gesetzliche Krankenkasse
MAT.....	Maßnahme beim Bildungsträger gem. § 45 SGB III
noV.....	nachfrageorientiertes Vertiefungsmodul
SGB II.....	Zweites Sozialgesetzbuch
SGB III.....	Drittes Sozialgesetzbuch
SGB V.....	Fünftes Sozialgesetzbuch

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Übersicht der Modellstandorte und erprobter Zugangsweg
Abbildung 2:	Vertreterinnen und Vertreter der Modellregionen
Abbildung 3a:.....	Ergebnisse der Befragung von IFK im JC zu den Qualifizierungsmaßnahmen
Abbildung 3b:.....	Ergebnisse der Befragung von IFK im JC zu den Qualifizierungsmaßnahmen
Abbildung 4:	zuletzt wahrgenommene berufliche Position der Teilnehmerinnen und Teilnehmer
Abbildung 5:	Evaluationsergebnisse zur Struktur- und Prozessqualität
Abbildung 6:	Evaluationsergebnisse der Ergebnisqualität (Gesundheitsverhalten)
Abbildung 7:	Evaluationsergebnisse der Ergebnisqualität (Gesundheitsverhalten TeilskalaStress)
Abbildung 8:	Evaluationsergebnisse der Ergebnisqualität
Abbildung 9:	Evaluationsergebnisse der Ergebnisqualität
Abbildung 10:	Evaluationsergebnisse der Ergebnisqualität (Erfolgseinschätzung zurKursteilnahme)
Abbildung 11:	Evaluationsergebnisse der Ergebnisqualität
Abbildung 12:	Evaluationsergebnisse der Ergebnisqualität
Abbildung 13:	Ausgewählte Ergebnisse der Befragung Erwerbsloser, die am„Fit for Life“-Angebot teilgenommen haben
Abbildung 14:	Kooperationszufriedenheit der Standortverantwortlichen (Mittelwerte)
Abbildung 15:	Gelingensfaktoren für die Handlungsfähigkeit der Steuerungsgruppe(Mittelwerte)

Fotonachweis

Seite 11: Andrea Katheder; www.andreakatheder.de

Vorwort

Arbeitslosigkeit und Gesundheit beeinflussen sich wechselseitig: Anhaltende Arbeitslosigkeit ist ein erheblicher gesundheitlicher Risikofaktor; zugleich ist ein beruflicher Wiedereinstieg für gesundheitlich eingeschränkte Erwerbslose erschwert.

Originäre Aufgabe der Agenturen für Arbeit und Jobcenter ist es, die individuelle Leistungs- und Beschäftigungsfähigkeit von Erwerbslosen zu erhalten und zu fördern, um so ihre Teilhabechancen an der Arbeitsgesellschaft zu verbessern. Die gesetzlichen Krankenkassen sollen gemäß § 20a SGB V mit ihren Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen in Lebenswelten auch erwerbslose Menschen erreichen und dabei insbesondere mit der Bundesagentur für Arbeit und den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitssuchende zusammenarbeiten.

BA und GKV arbeiten bereits seit 2012 auf Basis ihrer gemeinsamen Empfehlung zum Thema „Arbeitslosigkeit und Gesundheit“ zusammen. Im Rahmen dieser Kooperation wurde in einem Modellprojekt erprobt, wie Arbeits- und Gesundheitsförderung sinnvoll miteinander verzahnt und unter Einbeziehung weiterer Akteure nachhaltig wirksam werden können.

Von Juni 2014 bis Juni 2015 wurden an sechs Standorten die trägerübergreifende Zusammenarbeit in örtlichen Steuerungsgruppen sowie verschiedene Zugangswege zur Sensibilisierung Erwerbsloser für das Thema Gesundheit und zur Steigerung der Inanspruchnahme gesundheitsfördernder und primärpräventiver Angebote erprobt.

Unser Dank gilt den Kolleginnen und Kollegen der Jobcenter und der Krankenkassen an den sechs Modellstandorten für ihr Engagement beim Aufbau der Kooperationsstrukturen, für die Durchführung der Sensibilisierungsmaßnahmen und der Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote für die erwerbslosen Menschen und für die Mitwirkung an der begleitenden Evaluation.

Dieser Bericht stellt wesentliche Evaluationsergebnisse des Projektes vor. Sie bilden eine Grundlage für die Fortsetzung und Weiterentwicklung der Zusammenarbeit unter den Rahmenbedingungen des Präventionsgesetzes.

Berlin, Mai 2016

Dr. Monika Kücking
Leiterin Abteilung Gesundheit

GKV-Spitzenverband

Nürnberg, Mai 2016

Friedhelm Siepe
Geschäftsführer
Integration und Fördern
Bundesagentur für Arbeit

1 Ausgangslage

Anhaltende Arbeitslosigkeit ist ein erheblicher gesundheitlicher Risikofaktor; zugleich ist ein beruflicher Wiedereinstieg für gesundheitlich eingeschränkte Erwerbslose¹ deutlich erschwert. Arbeitslose Menschen leiden vermehrt an psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen, sind länger und häufiger in stationärer Behandlung und erhalten öfter Arzneimittelverordnungen als andere Versichertengruppen (Paul & Moser 2009; Holleeder 2009; Schubert et al. 2013; Techniker Krankenkasse 2010; BKK Bundesverband 2010; BARMER GEK 2013). Gesundheitliche Einschränkungen wie diese verstärken sich mit der Dauer der Arbeitslosigkeit und sind ein entscheidendes Hemmnis bei der Arbeitssuche und (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt. Gleichzeitig erreichen gesundheitsfördernde Angebote der Primärprävention in ihrer bisherigen Ausgestaltung diesen Personenkreis nur schwer (RKI 2006). Die Bundesagentur für Arbeit (BA) und die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) haben daher ein gemeinsames Interesse, die Gesundheit und Leistungsfähigkeit von ALG I/II-Empfängerinnen und -Empfängern zu fördern. Sie haben deshalb im Jahr 2012 eine [Vereinbarung](#) zur Zusammenarbeit zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit geschlossen.

Arbeitslosigkeit und Gesundheit bedingen sich wechselseitig

Bessere Verzahnung von Gesundheits- und Arbeitsförderung als gemeinsames Ziel von BA und GKV

2 Gemeinsames Modellprojekt BA/GKV

2.1 Grobkonzept

Auf Basis der o. g. Kooperationsempfehlung von 2012 wurde in ausgewählten Modellregionen erprobt, wie Arbeits- und Gesundheitsförderung für ALG II-Empfängerinnen und Empfänger sinnvoll miteinander verzahnt und nachhaltig wirksam werden können. Beide Partner (BA und GKV) sollten dabei weitere verantwortliche Akteure (z. B. kommunale Partnerinnen/Partner) in die Erprobung einbeziehen, damit im Rahmen einer vernetzten Struktur gemeinsam Bedarfe auch im Lebensumfeld der Zielgruppe, z. B. im Stadtteil, ermittelt werden und unter Beachtung der jeweiligen Zuständigkeit gemeinsam spezifische und bedarfsgerechte Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Kommune geplant und umgesetzt werden können. Damit folgte die Erprobung dem Setting-Ansatz² der Gesundheitsförderung, wie er im „Leitfaden

Entwicklung eines trägerübergreifenden Modellansatzes

Einbeziehung weiterer Partnerinnen/Partner

¹ Im vorliegenden Bericht wird die Begrifflichkeit „Erwerbslose“ im allgemeinen Sprachgebrauch verwendet. Er ist nicht mit der gesetzlichen Definition gleichzusetzen.

² Unter Settings werden soziale Systeme verstanden, in denen Menschen große Teile ihrer Zeit verbringen, die einen starken Einfluss auf die Gesundheit ausüben

Prävention“ der GKV insbesondere zur Erreichung sozial benachteiligter Zielgruppen beschrieben wird: Verhaltensprävention beim Individuum wird mit Verhältnisprävention im Sinne von Verbesserung der Rahmenbedingungen verknüpft (vgl. GKV-Spitzenverband 2014a).

2.2 Laufzeit des Gesamtprojekts

Die Laufzeit des Gesamtprojekts ist auf drei Jahre angelegt:

- Phase 1: Initialisierung und Konzepterprobung von 2014 bis Mitte 2015 und anschließende Auswertung
- Phase 2: ab 2016 Ausweitung auf weitere Standorte unter Einbezug von Jobcentern in gemeinsamer Einrichtung (gE) sowie erstmalig auch Jobcentern in kommunaler Trägerschaft (zkT) und Agenturen für Arbeit (AA); Berücksichtigung neuer Rahmenbedingungen des am 25. Juli 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetzes

Die im Folgenden beschriebenen Ergebnisse beziehen sich auf die Phase 1.

2.3 Ausgewählte Modellregionen

Der Ansatz wurde in sechs Modellregionen erprobt. Als Kriterien bei der Standortauswahl wurde berücksichtigt, dass sowohl städtische als auch ländliche Regionen, Standorte aus den alten als auch aus den neuen Bundesländern und Standorte mit unterschiedlichen Strukturmerkmalen (z. B. gute/schlechte Arbeitsmarktlage, hoher/niedriger Anteil an Langzeitarbeitslosen) vertreten sind. Die Standorte haben sich freiwillig für eine Teilnahme am Modellprojekt entschieden.

und in denen zugleich die Bedingungen von Gesundheit gestaltet und beeinflusst werden können. Dies sind z. B. Kommunen, Schulen, Kindergärten. Der Setting-Ansatz hat sich aus den Erkenntnissen der betrieblichen Gesundheitsförderung entwickelt und gilt speziell zur Erreichung und zur Stärkung der Eigenverantwortung (Empowerment) sozial benachteiligter Zielgruppen als wirksam (vgl. GKV-Spitzenverband 2014a, S. 33 f.).

Standorte:

- Bayern: Nürnberg
- Berlin: Bezirk Marzahn-Hellersdorf
- Hessen: Landkreis Limburg-Weilburg
- Mecklenburg-Vorpommern: Mecklenburgische Seenplatte Nord
- Sachsen: Vogtlandkreis (Plauen)
- Nordrhein-Westfalen: Unna.

2.4 Ziele der Modellerprobung

Im Rahmen der Modellerprobung sollten sowohl Gesundheits- als auch Arbeitsmarktziele erreicht werden.

Modellansatz adressiert
Arbeitsmarkt- und
Gesundheitsziele

Vorrangige Gesundheitsziele (GKV):

- insbesondere Verbesserungen des Gesundheitsverhaltens und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Zielgruppe,
- Steigerung der subjektiven Lebenszufriedenheit.

Vorrangige Arbeitsmarktziele (BA):

- Verbesserung/Aufrechterhaltung der individuellen Leistungs- und Beschäftigungsfähigkeit,
- stärkere Aktivierung von Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern aus dem SGB II.

2.5 Projektsteuerung

Auf Bundesebene wurde das Projekt über die Modellstandorte hinweg durch die Lenkungsgruppe der BA-GKV-Kooperation gesteuert (bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern der BA und der Fachkonferenz Prävention des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV), in der die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene mitarbeiten). Im Auftrag der Lenkungsgruppe koordinierte die Arbeitsgruppe Gesundheitsorientierung und Gesundheitsförderung (Vertreterinnen und Vertreter von BA-Zentrale und Jobcentern, GKV-SV, Krankenkassen und -verbänden) das Projekt. An jedem Projektstandort bildeten je mindestens eine Projektverantwortliche/ein Projektverantwortlicher der Krankenkassen und des Jobcenters entsprechend dem Settingansatz der Gesundheitsförderung eine

Gemeinsame Projekt-
steuerung auf allen
Ebenen der Zusammen-
arbeit

örtliche Steuerungsgruppe, für die auch weitere Vertreterinnen/Vertreter der Kommune und weiterer Einrichtungen gewonnen werden sollten. Unterstützt wurden die Projektverantwortlichen an den Modellstandorten durch die Gesamtprojektleitung auf Bundesebene, bestehend aus einem Vertreter der BA-Zentrale und des GKV-Spitzenverbandes. BA-seitig wurde darüber hinaus die jeweils zuständige Regionaldirektion einbezogen. Ein standortübergreifender Austausch sowie der Austausch mit der Projektleitung wurde in Form von Experten-Workshops initiiert und durchgeführt.

2.6 Aufgaben der Projektpartner an den Standorten

Im Rahmen der Konzepterprobung hatten die Kooperationspartnerinnen und -partner jeweils folgende Aufgaben:

2.6.1 Aufgaben der Jobcenter

Aufgabe der Jobcenter war es, im Rahmen der Integrationsarbeit die Zielgruppe der Erwerbslosen für das Thema „Gesundheit“ zu sensibilisieren und durch gesundheitsorientierte Beratung zu einer Teilnahme an den gesundheitsförderlichen Angeboten vor Ort und den Präventionsangeboten der Krankenkassen zu motivieren. Die Inanspruchnahme der Gesundheitsberatung (motivierende Gesundheitsgespräche) sowie die Nutzung der Kursangebote waren für die Erwerbslosen freiwillig.

Die Ansprache und Beratung von Erwerbslosen durch die Jobcenter erfolgte über drei verschiedene Zugangswege (s. hierzu Kapitel 3.4.3):

- durch Integrationsfachkräfte („IFK-Variante“),
- durch den Ärztlichen/Berufspsychologischen Fachdienst der BA (im Rahmen des Angebots „Fit for Life“) („Fachdienst-Variante“) oder
- durch beauftragte Qualifizierungs- und Beschäftigungsträger im Rahmen von Maßnahmen nach § 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. § 45 SGB III („MAT“- Maßnahmen bei einem Träger) („MAT-Variante“).

Dabei erprobten jeweils zwei Standorte die gleiche Umsetzungsvariante, welche durch die Projektleitung in Absprache mit dem jeweiligen Standort ausgewählt wurde.

Für die Ansprache und Beratung der Erwerbslosen erwarben die Jobcenter-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Kompetenzen zum Führen motivierender Gesundheitsgespräche (vgl. Kapitel 3.2.1).

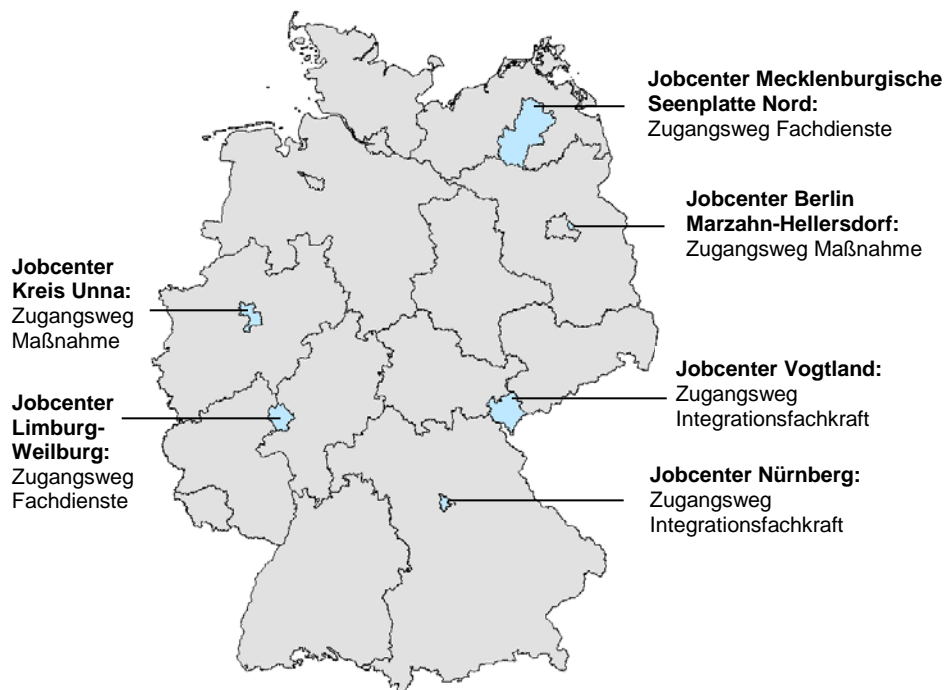


Abbildung 1: Übersicht der Modellstandorte und erprobter Zugangsweg;
Quelle: BA-Zentrale

2.6.2 Aufgaben der Krankenkassen

Aufgabe der Krankenkassen war es, an jedem Standort bedarfsbezogen spezifische Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote nach § 20 Abs. 1 SGB V kassenübergreifend bereitzustellen. Für die Standorte mit „Träger-Variante“ galt es darüber hinaus, die jeweilige MAT-Maßnahme des Jobcenters mit dem Präventionsangebot der Krankenkassen bei einem Träger zu implementieren und zeitlich zu verzahnen.

Bereitstellung von
spezifischen
Präventionsangeboten
durch die Krankenkassen

Kernangebot der Krankenkassen im Rahmen der Modellerprobung waren die spezifischen für die Zielgruppe der Erwerbslosen entwickelten und evaluierten Kursprogramme „Und keiner kann's glauben – Stressfaktor Arbeitslosigkeit“ bzw. dessen Adaption „Das stresst mich nicht mehr“ (im Folgenden „JobFit“ genannt) sowie „AktivA - Aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit“. Beide Kursangebote sind im „Leitfaden Prävention“ dem Handlungsfeld Stressmanagement zuzurechnen. JobFit stellt dabei einen Mischkurs im Handlungsfeld Stressmanagement mit zusätzlichen Elementen aus den Handlungsfeldern Bewegung und Ernährung dar. AktivA beinhaltet die folgenden vier Bausteine: Aktivitäten-

planung, konstruktives Denken, soziale Kompetenz und systematisches Problemlösen.³ Außerdem sollten weitere Angebote spezifischer, bedarfsgerechter Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Kommune realisiert werden, etwa themenbezogene Informationsveranstaltungen, Workshops, Gesundheitszirkel oder Gesundheitstage.

2.6.3 Gemeinsame Aufgaben von Jobcenter und Krankenkassen

Alle Angebote sollten von der jeweils zu bildenden Steuerungsgruppe (JC-Vertreterinnen/-Vertreter, Kassenvertreterinnen/Kassenvertreter) am jeweiligen Projektstandort auf Basis einer Bedarfsermittlung geplant und koordiniert werden. Die Gestaltung der Angebote sollte partnerschaftlich durch beide Träger - Jobcenter und Krankenkassen - vor Ort erfolgen, wobei die Finanzierung voneinander unabhängig, jeweils in eigener Zuständigkeit (SGB II bzw. SGB V), geregelt blieb.

2.7 Quantitative Zielvorgaben

An jedem Standort sollten 100 Personen⁴ durch das von den Krankenkassen bereitgestellte Präventions-/Gesundheitsförderungsangebot erreicht werden.

3 Evaluationsansatz und -ergebnisse

Durch eine begleitende Evaluation der Modellerprobung sollte sichergestellt werden, dass die spezifischen, bedarfsgerechten Präventionsangebote im Setting Kommune an den Projektzielen ausgerichtet sind und so umgesetzt werden, dass sie ihre Wirksamkeit voll entfalten können. Für die übergreifende Projektkoordination und die Begleitevaluation stellten der GKV-Spitzenverband und die BA auf Bundesebene Ressourcen bereit. Der Fokus der Evaluation lag dabei auf der Erhebung von Faktoren, die die Zusammenarbeit beider Träger beeinflussen. Ziel war es, die Gelingensfaktoren der Kooperation zwischen BA und GKV herauszuarbeiten und entsprechende Erkenntnisse für die nächste Phase der Zusammenarbeit bereitzustellen.

³ Näheres unter www.teamgesundheits.de (JobFit) und www.aktiva.wissensimpuls.de (AktivA).

⁴ Für den Standort Limburg 75 Personen, da dieser Standort im Vergleich zu den übrigen deutlich weniger Erwerbslose betreut.

3.1 Zielfragen im Rahmen der Evaluation

Im Rahmen der Evaluation sollte festgestellt werden,

- auf welche Weise Integrationsangebote und -dienstleistungen der Bundesagentur für Arbeit mit korrelierenden Präventionsangeboten der Krankenkassen verzahnt werden können, damit eine möglichst große Zahl von Erwerbslosen erreicht wird (geeignete Zugangswege),
- welche Faktoren und Strukturen zum Gelingen entsprechender Prozesse beitragen (über alle Ebenen der Kooperation hinweg),
- welche Mindestvoraussetzungen auf Seiten der BA bzw. auf Seiten der Krankenkassen geschaffen werden müssen, um Erwerbslose mit bedarfsgerechten Angeboten zu erreichen (z. B. Qualifizierung),
- welche Partner die Angebote von BA und GKV sinnvoll ergänzen können und wie sie für eine systematische Kooperation gewonnen werden können,
- wie teilnehmende Erwerbslose das trägerübergreifende Angebot (z. B. hilfreich, bedarfsgerecht) bewerten
- und welche Empfehlungen Erwerbslose für die Ausgestaltung künftiger Angebote geben.

Zielfragen der Evaluation

Ziel der Evaluation war es, konkrete Erkenntnisse zu den o. g. Leitfragen zu erheben und konkrete Handlungsempfehlungen für den Übergang in eine weitere Phase der Kooperation von BA und GKV abzuleiten.

3.2 Partnerschaftliche Durchführung

Die Evaluation wurde gemeinsam durch die Projektpartner BA und GKV durchgeführt. Für die Evaluation der Zusammenarbeit wurde die Hochschule der Bundesagentur für Arbeit (HdBA) von der BA beauftragt. Für die Evaluation der Präventionsangebote der GKV wurde vom GKV-Spitzenverband die Gesellschaft für sozialwissenschaftliche Forschung in der Medizin (GESOMED) beauftragt.

Zur Evaluation des zu erprobenden Ansatzes haben sich die Partner auf folgende, sowohl qualitativen als auch quantitativen Evaluationstechniken/-instrumente verständigt:

1. Quantitative Erhebungen
(Teilnehmer-/Zustimmungsquote je nach Erprobungsvariante),
2. Standardisierte Befragungen von Integrationsfachkräften,

Gemeinsame Durchführung der Evaluation

3. Durchführung von Experten-Workshops,
4. Qualitative Interviews mit Projektbeteiligten,
5. Maßnahme-Dokumentation durch die Standorte,
6. Standardisierte Befragung von Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Präventionsangebote (Erwerbslosenbefragung).

Im vorliegenden Bericht werden zentrale Ergebnisse des Modellprojektes dargestellt. Dafür wird insbesondere auf ausgewählte Befunde der verschiedenen, teils unveröffentlichten Evaluationsberichte zurückgegriffen (von GESOMED im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, von der Zentrale der Bundesagentur für Arbeit sowie von der HdBA).

3.2.1 Befähigung der Modellstandorte zur Umsetzung des Modellkonzepts

Die Befähigung der am Projekt beteiligten Personen wurde wie folgt organisiert:

Intensive Vorbereitung der Projektverantwortlichen und Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter in den Jobcentern sichert qualitativ hochwertige Umsetzung

- Durchführung je eines BA- und GKV-internen Workshops mit den Projektverantwortlichen der Standorte,
- eine standort- und trägerübergreifende, 1,5-tägige Kick-Off-Veranstaltung in den Berliner Räumlichkeiten des GKV-SV für die projektverantwortlichen Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen und Jobcenter, der Geschäftsführungen der Jobcenter sowie Vertreterinnen und Vertreter der Regionaldirektionen der BA,
- durch die Qualifizierungsmaßnahmen „Motivierende Gesundheitsgespräche für Arbeitslose“ als Inhouse-Schulung im jeweiligen Jobcenter für die teilnehmenden Integrationsfachkräfte,
- durch die Begleitung/Moderation der konstituierenden Sitzungen der örtlichen Steuerungsgremien durch Vertreterinnen/Vertreter der Gesamtprojektleitung,
- durch Bereitstellung von umfangreichen Arbeitsmaterialien (z. B. von BA und GKV-SV juristisch geprüfte Mustervereinbarungen),
- anlassbezogen, auf Wunsch des jeweiligen Standortes (z. B. Moderation der konstituierenden Sitzungen der örtlichen Steuerungsgremien)
- nachfrageorientierte Beratung bei allen Umsetzungsfragen durch BA und GKV-SV.

3.2.2 Befähigung der Projektverantwortlichen

Wesentlicher Erfolgsfaktor für einen guten Start der Kooperationen war neben dem fachlich/inhaltlichen Wissenstransfer das gegenseitige Kennenlernen und Verstehen der Systeme „Krankenkasse“ und „Jobcenter“ mit ihren unterschiedlichen Aufgaben und Zielen. Das Erzeugen eines „WIR“-Gefühls stand daher im Vordergrund der träger- und standortübergreifenden Kick-Off-Veranstaltung.

Die Mitwirkung des Geschäftsführers Grundsicherung der Zentrale der Bundesagentur für Arbeit sowie der Leiterin der Abteilung Gesundheit des GKV-Spitzenverbandes an der Kick-Off-Veranstaltung verdeutlichte die von Beginn an bestehende Führungsaufmerksamkeit auf die Umsetzung des Projekts.

Eine plakative „vertragliche“ Verpflichtung der teilnehmenden Standortvertreterinnen und -vertreter besiegelte den Startschuss für die Zusammenarbeit an den Modellstandorten.



Standort Kreis Unna



Standort Limburg-Weilburg



Standort Mecklenburgische Seenplatte



Standort Nürnberg

„Symbolische Kooperationsvereinbarung“ zum Start der Modellerprobung



Standort Berlin-Marzahn-Hellersdorf



Standort Vogtland

Abbildung 2: Vertreterinnen und Vertreter der Modellregionen;
Quelle: Andrea Katheder

3.2.3 Befähigung der Integrationsfachkräfte der Jobcenter

Alle teilnehmenden Integrationsfachkräfte der Jobcenter an den sechs Modellstandorten wurden nach dem Ansatz des „motivational interviewing“ nach Miller & Rollnick (2009) für die Ansprache von Erwerbslosen durch motivierende Gesundheitsgespräche geschult. Die durchgeführten Qualifizierungsmaßnahmen wurden durch die BA-Zentrale extern eingekauft und beliefen sich – je nach Erprobungsansatz vor Ort und Entscheidung des Jobcenters – auf 1,5 oder 3 Nettotage.⁵

Darüber hinaus wurden den Integrationsfachkräften eine umfangreiche Arbeitshilfe, Muster-Geschäftsprozesse und Flyer zur Unterstützung der Ansprache Erwerbsloser zur Verfügung gestellt.

Die Auswahl der an den Qualifizierungsmaßnahmen teilnehmenden Integrationsfachkräfte erfolgte eigenverantwortlich durch das jeweilige Jobcenter ohne einschränkende Vorgaben durch die Gesamtprojektleitung.

Insgesamt wurden 134 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in acht Qualifizierungsmaßnahmen geschult, davon 90 mit der Kurz- (1,5 Tage) und 44 mit der Langvariante (3 Tage).

Abhängig vom erprobten Zugangsweg am Modellstandort hatten die einbezogenen Integrationsfachkräfte der Jobcenter unterschiedliche Aufgaben und Funktionen in Bezug auf die Sensibilisierung und gesundheitsorientierte Beratung von Erwerbslosen. Während an den Standorten mit „IFK-Variante“ die Integrationsfachkräfte die Sensibilisierung, Motivation und Angebotsunterbreitung der Präventionskurse im Rahmen

⁵ Die Qualifizierungsmaßnahme von 3 Tagen wurde insbesondere den Standorten empfohlen, die die „IFK-Variante“ erprobt haben. Grundsätzlich standen beide Schulungsangebote allen Standorten gleichermaßen zur Wahl.

eigener motivierender Gesundheitsgespräche durchgeführt haben, war ihre Rolle an den Standorten mit „MAT-Variante“ und „Fachdienst-Variante“ eher auf eine Lotsenfunktion ausgerichtet. Hier übernahmen die Fachdienste der BA bzw. die beauftragten Bildungsträger die motivierenden Gesundheitsgespräche nach einer Vorauswahl durch die betreuende Integrations- und Beratungsfachkraft und dem erklärten Interesse der oder des Erwerbslosen.

Im Rahmen einer Vorher-Befragung (per anonymisiertem Fragebogen) wurden mögliche Vorkenntnisse und Vorerfahrungen im Bereich Gesundheitsberatung (motivierende Gesundheitsgespräche) bzw. zu dem Angebotsspektrum der Krankenkassen unter den an der Pilotierung beteiligten Integrationsfachkräften erhoben. 48% der Befragten gaben dabei an, bereits vor Beginn der Modellerprobung im Rahmen ihrer Tätigkeit schon einmal Erwerbslose auf Präventionsangebote von Krankenkassen hingewiesen zu haben. Die Vorerfahrungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jobcenter zwischen den einzelnen Standorten waren sehr heterogen ausgeprägt (Spannbreite zwischen 15% bis 77%). An der Vorher-Befragung haben 128 von 134 beteiligten Integrationsfachkräften der Jobcenter teilgenommen.

Knapp die Hälfte der an der Erprobung teilnehmenden Integrationsfachkräfte hatte bereits Vorerfahrungen mit Präventionsangeboten von Krankenkassen.

Im Anschluss an die Schulungsmaßnahmen, die durch eine externe Trainerin/einen externen Trainer im Tandem mit der/dem projektverantwortlichen JC-Vertreterin/-Vertreter durchgeführt wurden, gaben die Befragten an, sich überwiegend gut auf ihre Aufgabe und Rolle im Rahmen der Modellerprobung vorbereitet zu fühlen. Signifikante Unterschiede bei der Bewertung zwischen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Lang- oder Kurzvariante waren dabei nicht festzustellen. Auf einer 6er-Schulnotenskala erhielten die durchgeführten Schulungsmaßnahmen im Durchschnitt die Note 2,44 (Langmaßnahme: 2,39; Kurzmaßnahme: 2,46).

Beratungsgespräche mit Gesundheits- bzw. Krankheitsbezug stehen täglich auf der Tagesordnung im Rahmen der Integrationsarbeit mit Erwerbslosen.

Knapp drei Viertel der Befragten (71%) fühlen sich infolge der Schulung in ihrer Kompetenz gesundheitsorientiert zu beraten, gestärkt. Zwei Drittel glauben zudem, dass sie die Schulungsinhalte gut in ihre Integrationsarbeit einbinden können.

Die Inhalte der Schulung bieten daher für den überwiegenden Teil der befragten Integrationsfachkräfte ein sinnvolles Angebot zur Erweiterung ihrer Beratungskompetenz.

Die angebotene Qualifizierung erweiterte die Beratungskompetenz der Integrationsfachkräfte

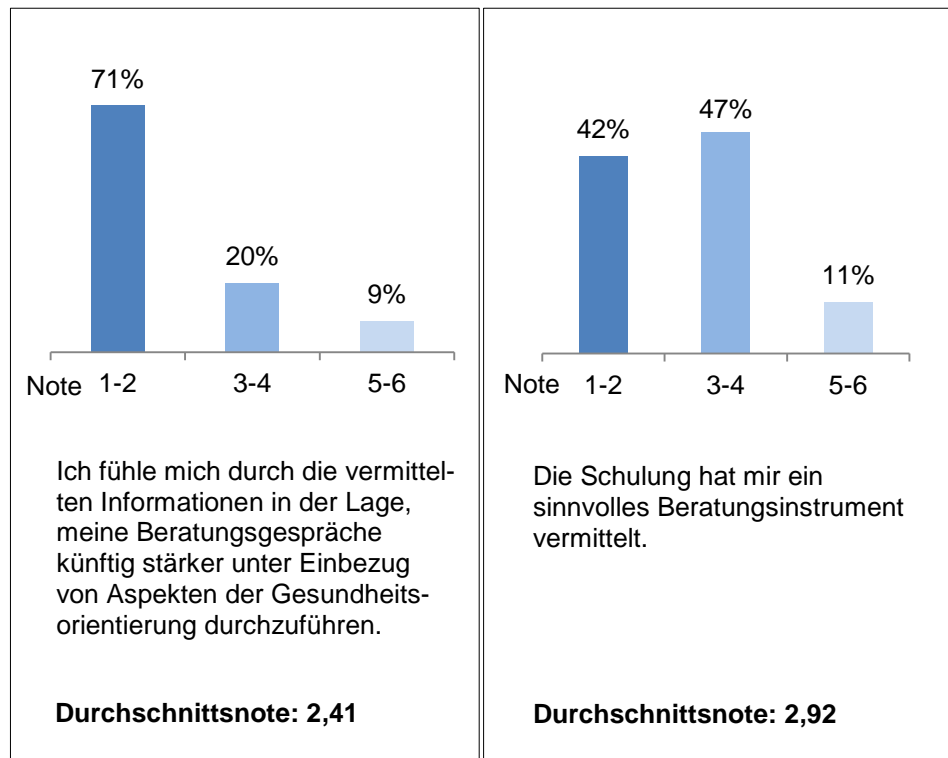


Abbildung 3a: Ausgewählte Ergebnisse der Befragung von Integrationsfachkräften im JC zu den Qualifizierungsmaßnahmen (Durchschnittswerte aller befragten Integrationsfachkräfte); Quelle: BA-Zentrale

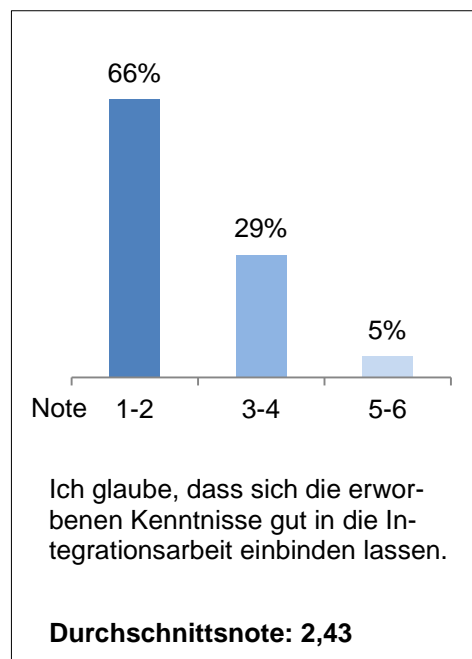


Abbildung 3b: Ausgewählte Ergebnisse der Befragung von Integrationsfachkräften im JC zu den Qualifizierungsmaßnahmen (Durchschnittswerte aller befragten Integrationsfachkräfte); Quelle: BA-Zentrale

Etwa 5-6 Monate nach Beginn der Modellerprobung wurden die Integrationsfachkräfte erneut befragt. Ziel war es, die Qualifizierungsmaßnahmen vor dem Hintergrund der eigenen praktischen Erfahrungen im Rahmen der Umsetzung der Modellerprobung erneut zu reflektieren. Mit einer Gesamtnote von 2,55 wurden die Schulungen auch rückblickend als praxistauglich bewertet. Hier zeigten sich jedoch Unterschiede, je nach erprobtem Zugangsweg an den Modellstandorten. Standorte mit „IFK-Variante“ (Note 2,50) bewerteten die Frage durchschnittlich etwas positiver als Standorte, deren Integrationsfachkräfte nur eine Lotsenfunktion ausübten (Note 2,86-3,21). Die Standorte mit „IFK-Variante“ beurteilen auch die Wirkung der gesundheitsorientierten Beratung auf die Erwerbslosen deutlich positiver als die Standorte mit den beiden anderen Varianten. Nach Einschätzung von 61% der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der „IFK-Variante“ wird das Beratungsangebot von den Erwerbslosen gut angenommen (Note 2,56) und 92% der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter geben an, dass die Erwerbslosen das Präventionsangebot positiv bewerten (Note 1,92). Bei den beiden anderen Zugangswegen fielen diese Ergebnisse weniger positiv aus. Allerdings muss festgehalten werden, dass bei der „MAT-Variante“ und bei der „FD-Variante“ die motivierenden Gesundheitsgespräche überwiegend auf die Bildungsträger bzw. die Fachdienste verlagert wurde und deren Wirkung insofern von den Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter im Jobcenter nur eingeschränkt beurteilt werden kann. Insbesondere für Standorte, die künftig im Rahmen der „IFK-Variante“ mit den Krankenkassen kooperieren wollen, stellt das Schulungsangebot ein geeignetes Mittel zur Qualifizierung von Integrationsfachkräften dar.

Bewertung der unterschiedlichen Zugangswege nach Beginn der Maßnahmen durch die Beratungsfachkräfte

Exkurs: Weitere Wege der Befähigung der Integrationsfachkräfte der Jobcenter hinsichtlich der Gesundheitsorientierung

Im Jahr 2012 wurde im Bereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende die Beratungskonzeption SGB II auf den Weg gebracht (Einführung der Beratungskonzeption in der Arbeitslosenversicherung im Jahr 2009). Die JC entscheiden eigenständig über die Einführung, wovon rund 90% aller Jobcenter in gemeinsamen Einrichtungen Gebrauch machen. Die Einführung soll bis Ende 2016 abgeschlossen sein. Mit Blick auf die Erwerbslosen zielt die Beratungskonzeption SGB II darauf ab, eine wertschätzende und von den Gedanken der Ressourcen- und Lösungsorientierung getragene Integrationsarbeit zu etablieren und erlebbar zu machen. Die Integrationsfachkräfte richten hierdurch verstärkt den Fokus auf Lösungsansätze von erarbeiteten Handlungsbedarfen. Zusätzlich zu den Standard-Qualifizierungsmodulen der Beratungskonzeption SGB II erfolgt die Entwicklung von so genannten nachfrageorientierten Vertiefungsmodulen

(noV). In diesen ist eine inhaltliche Vertiefung besonderer Beratungs-/ Themenschwerpunkte vorgesehen, die nicht für alle gE gleichermaßen relevant sind und daher nachfrageorientiert angeboten werden. Als ein Thema für ein noV sind die gesundheitlichen Aspekte in der Beratung vorgesehen. Einen vergleichbaren Qualifizierungsansatz bietet das bereits bestehende Modul „Gesundheitsorientierung“ im Rahmen der Qualifizierung zur beschäftigungsorientierten Fallmanagerin/zum beschäftigungsorientierten Fallmanager. Es empfiehlt sich, beide Qualifizierungsangebote auch im Hinblick auf Prävention und Gesundheitsförderung im Zusammenhang mit der Bewältigung von Arbeitslosigkeit weiter zu entwickeln. Insbesondere für Standorte, die die Sensibilisierung und Motivation zur Teilnahme von Erwerbslosen an gesundheitsförderlichen Angeboten der Krankenkassen in Kooperation mit Dritten umsetzen, könnten diese BA-eigenen Schulungsangebote eine Alternative zur Befähigung der Integrationsfachkräfte darstellen.

Im Projektverlauf wurde deutlich, dass eine Vielzahl der angesprochenen Erwerbslosen insbesondere unter psychischen Belastungen leiden. Hierzu wurde von den Integrationsfachkräften Schulungsbedarf angemeldet, dem nachgegangen werden sollte.

3.3 Quantitative Ergebnisse

3.3.1 Motivierende Gesundheitsgespräche

Insgesamt wurden an den sechs Modellstandorten 1.366 Erwerbslose durch die Integrationsfachkräfte der Jobcenter gesundheitsorientiert beraten. Im Rahmen der Beratung wurden die Erwerbslosen für das Thema Gesundheit sensibilisiert und zur Nutzung von Gesundheitsangeboten der Krankenkassen motiviert. Darüber hinaus wurde ein konkretes Angebot zur freiwilligen, kostenfreien Teilnahme an einem Gesundheitskurs der Krankenkassen unterbreitet.

3.3.2 Teilnahme an Präventionsangeboten der Krankenkassen

Durchschnittlich hat jeder dritte Erwerbslose nach dem motivierenden Gesundheitsgespräch ein Präventionsangebot der GKV genutzt. Im Rahmen des Zugangs über Träger oder über Beratung durch Integrationsfachkräfte war das Verhältnis günstiger, über den Zugangsweg der Fachdienste ungünstiger.

Die Teilnahmequote sensibilisierter Erwerbsloser an Präventionsangeboten der Krankenkassen im Modellprojekt ist insgesamt als sehr positiv zu bewerten; Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status nehmen

1.366 Erwerbslose wurden von den Beratungsfachkräften gesundheitsorientiert beraten

überdurchschnittliche Teilnahmequote - 1/3 der beratenen Erwerbslosen nahm ein Präventionsangebot der Krankenkassen wahr

sonst nur in geringem Umfang gesundheitsfördernde Angebote in Anspruch (vgl. Jordan & von der Lippe 2013).

3.3.3 Bewertung der Präventionsangebote der Krankenkassen durch die teilnehmenden Erwerbslosen

Insgesamt wurden von den Präventionsangeboten der Krankenkassen 30 von 35 durchgeführten Kursen mit einer Zweipunktmessung evaluiert, davon 15 AktivA- und 15 JobFit-Kurse. Die Kurse hatten je 5 bis 9 Treffen bei einer Gesamtdauer von durchschnittlich 19,7 Zeitstunden pro Kurs.

Evaluation von
30 spezifischen
Präventionskursen

Die Evaluation der Kurse fand im Rahmen einer anonymen Teilnehmerbefragung unter Nutzung eines bewährten wissenschaftlichen Befragungsinstrumentariums für verhaltensbezogene Präventionsangebote der GKV zu zwei Befragungszeitpunkten, jeweils vor und nach dem Kurs, statt (vgl. GKV-Spitzenverband 2014b), das für die Zielgruppe adaptiert und ergänzt wurde (Fragebögen siehe Anhang). Eingangs- und Schlussfragebögen wurden von den Kursleitungen anhand des Geburtsdatums zusammengeführt. Eine weitere Nachbefragung erfolgte nicht. Rahmendaten des Kurses wurden mit einem kurzen Dokumentationsbogen durch die Kursleitung erfasst.

Die Fragebogenergebnisse wurden in Beziehung zu herangezogenen Vergleichsstudien gesetzt (Daten aus der Erprobung des Erhebungsinstrumentariums bei GKV-Kursen aus dem Handlungsfeld Stressmanagement, vgl. Kliche et al. 2011⁶; Daten aus dem Bundes-Gesundheitssurvey von 1998, vgl. hierzu Robert-Koch-Institut 2012).

Die Befragung der Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer zielte sowohl auf die Prozess- und Strukturqualität als auch auf die Ergebnisqualität ab. Inhaltlich lag der Schwerpunkt der Erhebung der Ergebnisqualität auf dem Gesundheitsverhalten in den Handlungsfeldern Bewegungsgewohnheiten, Ernährung und Stress (zentral) sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in den Dimensionen körperliche Schmerzen, Vitalität und psychisches Wohlbefinden.

Befragung der Erwerbslosen mit Blick auf
Prozess- und Strukturqualität sowie Ergebnisqualität

Die Abbrecherquote innerhalb der Kurse lag nach Angaben der Kursleitungen bei 23%. Dies sind nicht ausschließlich "echte" Abbrecher (z. B. wegen Unzufriedenheit mit dem Kurs), sondern zumindest teilweise auch Personen, bei denen eine Beschäftigungsmaßnahme startete und daher

⁶ Die zum Vergleich herangezogenen Daten basieren auf Präventionskursen nach dem Individualansatz im Handlungsfeld Stressmanagement, Bereich *Entspannung*, während die AktivA- und JobFit-Kurse dem *multimodalen Stressmanagement* zuzurechnen sind.

eine weitere Teilnahme terminlich nicht mehr möglich war. Da von diesen Personen ein zweiter Fragebogen nicht ausgefüllt werden konnte, wurde die Rücklaufquote der Schlussbefragung nicht aus dem Verhältnis von Schlussbefragung und Eingangsbefragung errechnet, sondern auf der Basis der in der Kursdokumentation angegebenen Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern bei Kursende. Von diesen haben 87% einen Fragebogen abgegeben. Die Ausfallanalyse ergab, dass unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die auch den Schlussfragebogen ausfüllten, häufiger Menschen ab 50 zu finden sind (37% gegenüber 13%); Hinweise auf sonstige Verzerrungen gab es nicht.

Es lagen von 263 Personen Fragebögen zu Kursbeginn vor. Die Altersgruppen von 40-59 Jahren bildeten 61% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, 31% waren jünger als 40 Jahre; das Durchschnittsalter lag bei 44 Jahren. Mit einem Anteil von 35% wurden mehr als doppelt so viele Männer erreicht als bei vergleichbaren Angeboten zum Stressmanagement (innerhalb des so genannten individuellen Ansatzes) (vgl. GKV-Spitzenverband, MDS 2015). Es wurden tendenziell Personen mit niedrigeren Schulabschlüssen erreicht als in Vergleichskursen des Handlungsfeldes Stressmanagement im individuellen Ansatz, bei denen das Befragungsinstrumentarium eingesetzt worden war (vgl. Kliche et al. 2011): die Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer hatten zum größten Teil Realschulabschluss (42%), gefolgt von Hauptschulabschluss (33% gegenüber 28% in den Vergleichskursen) und Abitur (14% gegenüber 22%), 4% hatten keinen Schulabschluss (unter 1% in den Vergleichskursen). 35% der Befragten waren vor der Erwerbslosigkeit zuletzt als an- oder ungelernete Arbeiter berufstätig (gegenüber nur 5% der Befragten in den Vergleichskursen) (vgl. Abbildung 4).

Durchschnittsalter bei
Kursteilnahme 44 Jahre;
35% Männeranteil

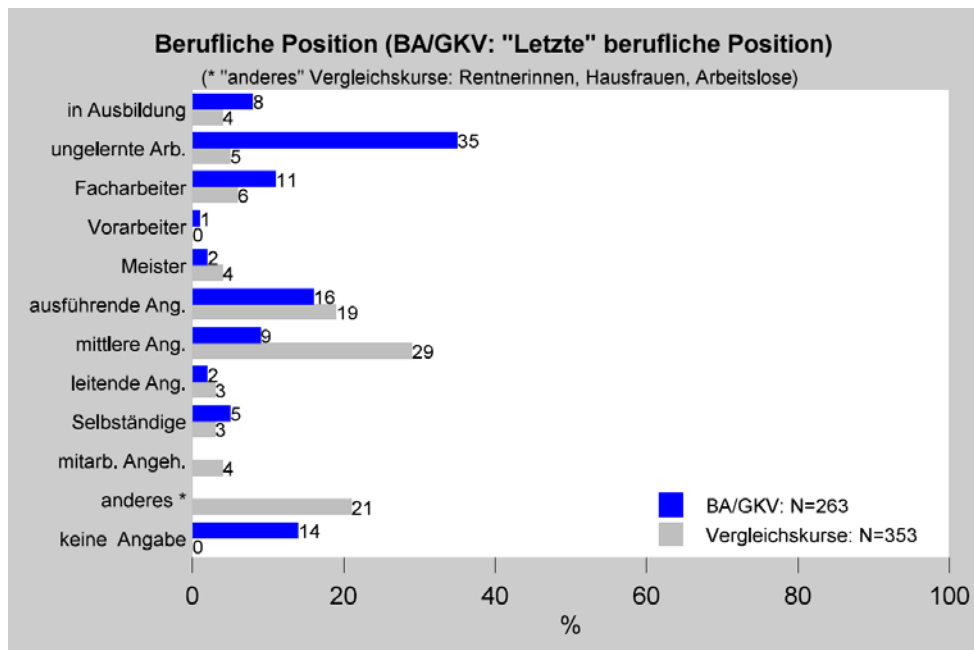


Abbildung 4: zuletzt wahrgenommene berufliche Position der Teilnehmerinnen und Teilnehmer; Quelle: GESOMED 2015a, S. 26

Von den 263 Personen, die an der Eingangsbefragung teilgenommen haben, füllten 173 Personen einen zweiten Fragebogen aus, der dem Eingangsfragebogen zugeordnet werden konnte.

173 Erwerbslose beteiligten sich an der Befragung vor sowie nach dem Präventionskurs

Zur Bewertung der Strukturqualität wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gebeten, die folgenden Aspekte der Kurse zu benoten: Ankündigung/Information über den Kurs, Eignung der Räumlichkeiten, Medien und Materialien und Größe/Zusammensetzung des Teilnehmerkreises.

Zur Erfassung der Prozessqualität wurden Bewertungen zur Durchführung der Kurse durch die Kursleitungen abgefragt: Verständlichkeit der Informationen, Art und Weise der Inhalts-Vermittlung, Eingehen auf Fragen/Bedürfnisse der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und der Bezug zum Alltag.

Sowohl Struktur- als auch Prozessqualität wurden durch die teilnehmenden Erwerbslosen gut bewertet. Die Mittelwerte lagen zwischen 1,6 und 2,0 der Noten-Skala von 1 (sehr gut) bis 5 (sehr schlecht). Für die Strukturqualität wurden 78% des Optimums, für die Prozessqualität (Kursleitungen) 82% des Optimums erreicht.

gute Ergebnisse sowohl bei Struktur- als auch bei Prozessqualität

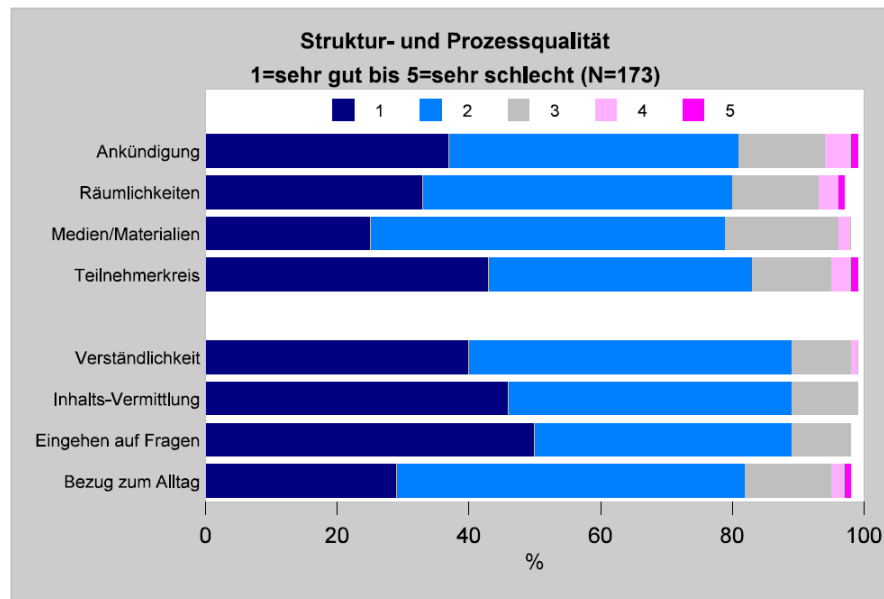


Abbildung 5: Evaluationsergebnisse zur Struktur- und Prozessqualität; Quelle: GESOMED 2015a, S. 28

Die Bewertung der Ergebnisqualität erfolgte längsschnittlich auf Basis der Ergebnisse der Personen mit beiden ausgefüllten Fragebögen. Die Ergebnisqualität wurde unter anderem erhoben in Bezug auf:

- das Gesundheitsverhalten in den Bereichen Bewegung, Ernährung und Stress (da es sich um einen handlungsfeldübergreifenden Fragebogen handelt),
- drei Teildimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Dimensionen: Schmerz, Vitalität, Psyche aus dem Fragebogen SF 36, auch im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 angewandt) und
- die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes.

Die in den Befragungen eingesetzten Skalen des Gesundheitsverhaltens und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurden auf einen Wertebereich von 0 bis 100 umgerechnet. Veränderungen wurden damit in allen Skalen vergleichbar als Prozentsatz der Skalenbreite ausgedrückt.

Gesundheitsverhalten

Auf allen drei Teilskalen zum Gesundheitsverhalten (Teilskalen Bewegung, Ernährung und Stress) zeigten sich nach dem Kurs Verbesserungen gegenüber vorher, weniger im Bewegungsbereich (signifikant) und im Ernährungsbereich (nicht signifikant), am deutlichsten ausgeprägt bei Stress (vgl. Abbildung 6 und 7); die Veränderungen auf der Stressskala von 56,0% auf 68,2% sind sehr deutlich (mittlere Effektstärke $\eta^2 = 0,084$) und mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < 0.001$ hochsignifikant. Damit können die untersuchten Kurse im Hinblick auf ihr Hauptziel, die Verbesserung beim Umgang mit Stress bei Erwerbslosen deutlich positive Effekte erzielen.

Verbesserung im Gesundheitsverhalten auf allen drei Teilskalen

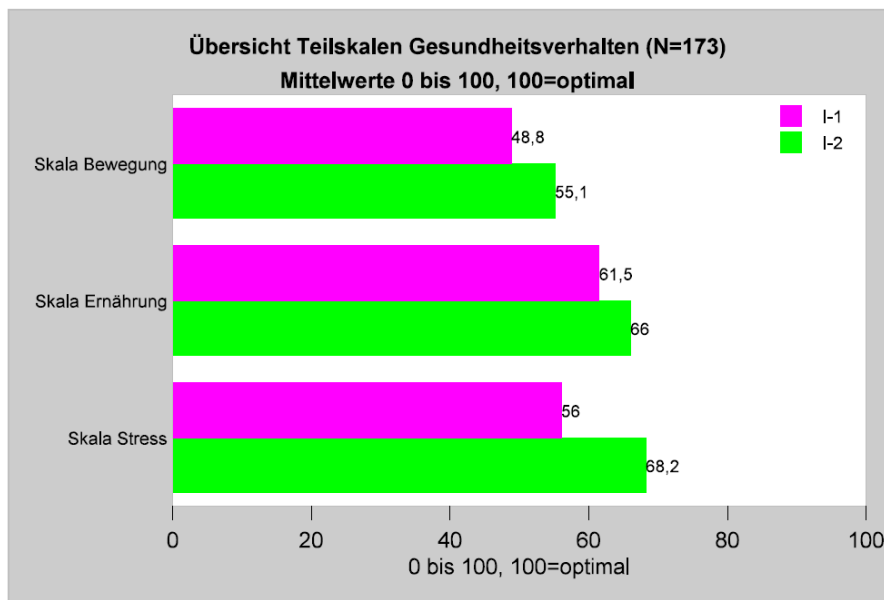


Abbildung 6: Evaluationsergebnisse der Ergebnisqualität (Gesundheitsverhalten); Quelle: GESOMED 2015a, S. 30

Erläuterung zu Abbildung 6:

I-1 = Eingangsbefragung; I-2 = Schlussbefragung

Veränderung des selbstberichteten Gesundheitsverhaltens im Bereich Stressmanagement:

In den letzten vier Wochen ...

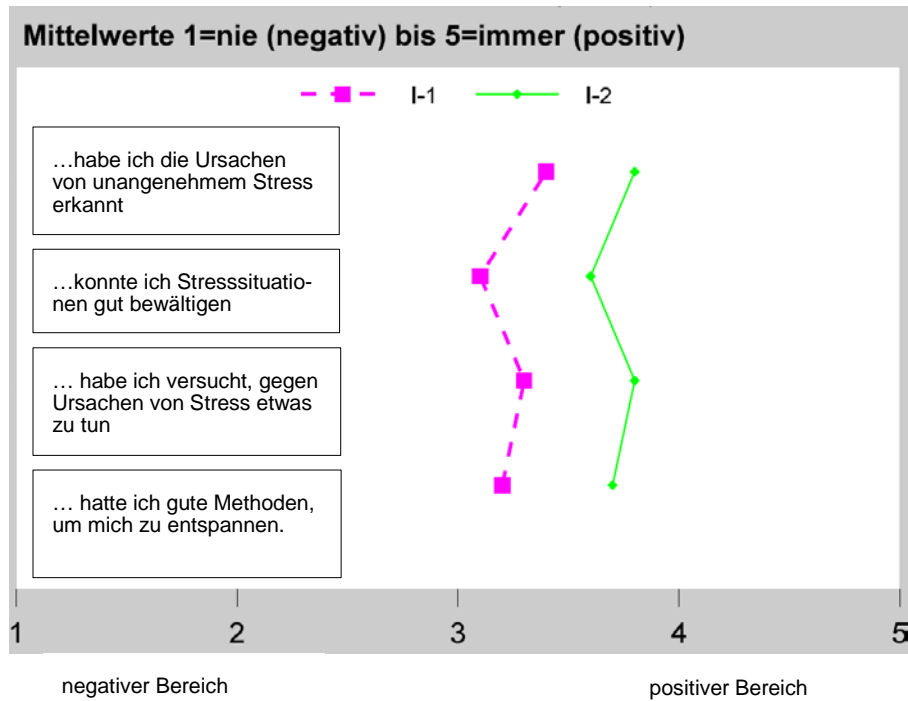


Abbildung 7: Evaluationsergebnisse der Ergebnisqualität (Gesundheitsverhalten Teilskala Stress); Quelle: GESOMED 2015a, S. 29

Erläuterungen zur Abbildung 7:

I-1 = Eingangsbefragung; I-2 = Schlussbefragung

Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes

Verbesserung der subjektiven Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes

Die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes verbesserte sich während der Kurse (vgl. Abbildung 8): Die Gruppe der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit "schlechtem" und "weniger gutem" Gesundheitszustand nahm von 46% bei Kursbeginn auf 32% bei Kursende ab. Demgegenüber nahmen die besseren Einschätzungen "ausgezeichnet" und "sehr gut" von 6% vor dem Kurs auf 12% nach dem Kurs zu.

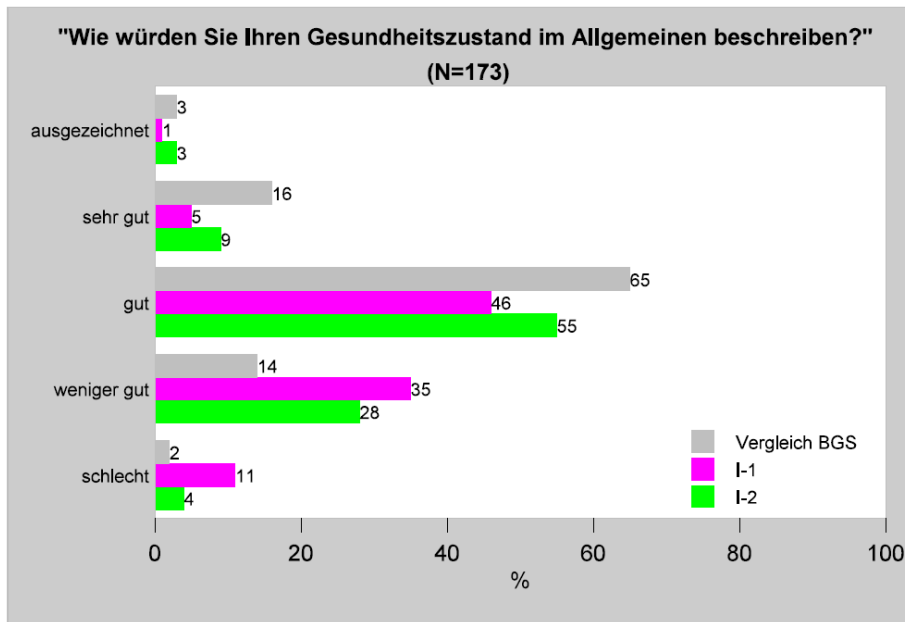


Abbildung 8: Evaluationsergebnisse der Ergebnisqualität (Einschätzung des Gesundheitszustandes); Anmerkung: BGS steht für Bundes-Gesundheitssurvey; Quelle: GESOMED 2015a, S. 30

Als Vergleich wurden geschlechts- und altersgleiche Daten aus dem bevölkerungsrepräsentativen Bundes-Gesundheitssurvey (BGS) mit überwiegend erwerbstätigen Personen genutzt. Erkennbar ist, dass dessen Ergebnisse vergleichsweise positiver sind und auch nach der Durchführung des Kurses von der Zielgruppe nicht erreicht werden. Damit wird deutlich, dass zwar bereits die Teilnahme an einem zielgruppenspezifischen Präventionskurs den Gesundheitszustand positiv verändern kann, dadurch allein allerdings nicht der deutlich schlechtere Gesundheitszustand der Erwerbslosen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung auf deren Niveau angehoben wird. Das Präventionsgesetz sieht in § 20a SGB V die Zusammenarbeit von Krankenkassen und Jobcentern sowie Agenturen für Arbeit in der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung auch für Personen vor, deren berufliche Eingliederung durch gesundheitliche Einschränkungen erschwert ist.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Wie aus Abbildung 9 hervorgeht, zeigte der Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität ein ähnliches Bild: nach dem Kurs waren deutlich bessere Ergebnisse zu verzeichnen. Während die Teilnehmerinnen und Teilnehmer vor dem Kurs schlechtere Werte (-15% bis -12%) im Vergleich zur geschlechts- und altersgleichen Vergleichsstichprobe aufwiesen, näherten sich die Werte nach Verbesserungen im Kurs der Ver-

Verbesserungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

gleichsgruppe an, allerdings nur um ein Drittel des ursprünglichen Abstands. Der schließlich eingetretene positive Effekt nach den Kursen war bei allen Dimensionen vergleichbar, beim "psychischen Wohlbefinden" am größten (4,9%), gefolgt von "Vitalität" (4,5%) und "körperlichen Schmerzen" (3,9%).

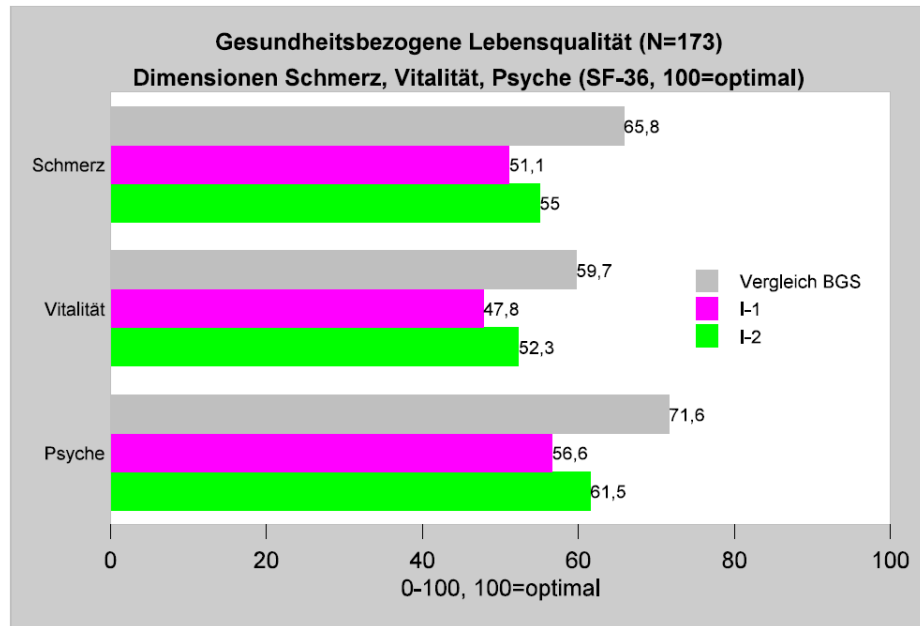


Abbildung 9: Evaluationsergebnisse der Ergebnisqualität (Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität);

Quelle: GESOMED 2015a, S. 31

Die dargestellten Kurswirkungen können von anderen Variablen wie z. B. dem Geschlecht beeinflusst werden.

So sind geschlechtsspezifische Unterschiede festzustellen: Die Gewinne im Gesundheitsverhalten durch die Kurse waren bei der Teilskala Bewegung bei Männern doppelt so hoch wie bei Frauen, bei Ernährung gleich hoch und bei Stress umgekehrt höher bei Frauen. Alle Gewinne bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität waren bei Frauen höher als bei Männern, besonders deutlich beim psychischen Wohlbefinden.

Hauptergebnis der Evaluation bleibt, dass die beiden dem Stressmanagement zuzurechnenden Kurse für Erwerbslose AktivA und JobFit sehr deutliche und signifikante Verbesserungen bei mittlerer Effektstärke im Bereich der Stressskala zeigen. Diese Werte liegen nur geringfügig unter denen der Vergleichskurse (zur Entspannung) mit überwiegend Erwerbstätigen, obwohl die Teilnehmergruppe deutlich schlechtere Voraussetzungen (z. B. in Bezug auf Bildung) aufweist. Bei Frauen und nach Teilnahme an JobFit-Kursen sind die Effekte stärker als bei Männern und nach Teilnahme an

AktivA-Kursen.

Als ein weiterer Indikator für die Ergebnisqualität wurde mit der Schlussbefragung die Zufriedenheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhoben. Es sollte die Frage beantwortet werden, ob die Teilnahme an dem Kurs rückblickend eher ein Erfolg oder eher ein Misserfolg war. Direkt nach dem Kurs antworteten 27% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer uneingeschränkt positiv (Extremwert 1 auf der Skala von 1 bis 5) und 45% mit dem Wert 2.

72% bewerten die Teilnahme am Präventionskurs als Erfolg

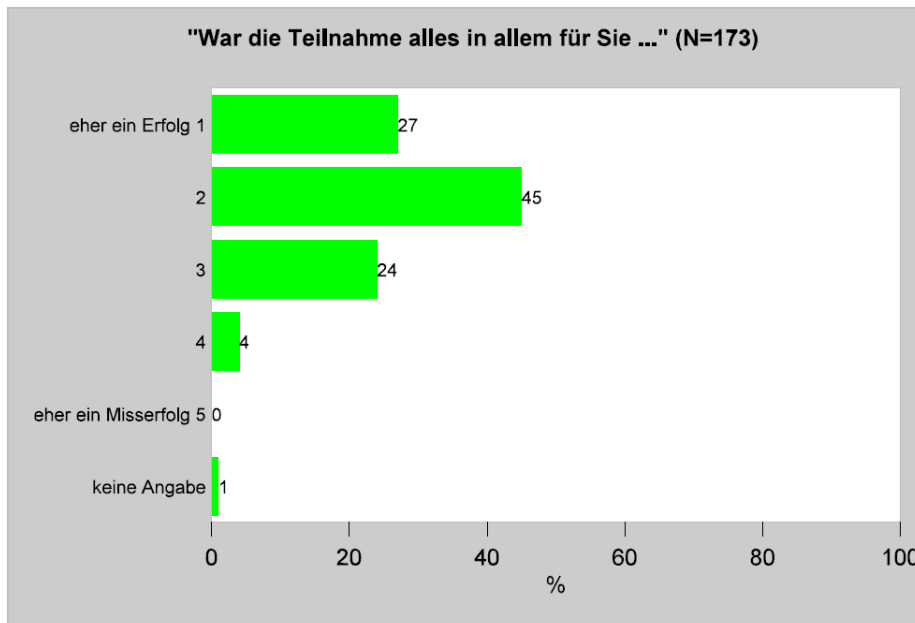


Abbildung 10: Evaluationsergebnisse der Ergebnisqualität (Erfolgseinschätzung zur Kursteilnahme); Quelle: GESOMED 2015a, S. 33

Im Schlussfragebogen wurden zudem zwei zusätzliche Fragen gestellt, die indirekt ebenfalls die Zufriedenheit beschreiben, gleichzeitig aber auch den subjektiv erlebten Einfluss der Kursteilnahme auf die Bemühungen um eine Arbeitsaufnahme und die Einbindung der Gesundheitsorientierung in die Integrationsarbeit.

Wie aus Abbildung 11 hervorgeht, wurde die Frage "Glauben Sie, dass die Kursteilnahme dazu beiträgt, dass Sie Ihre Bemühungen um eine Arbeitsaufnahme besser bewältigen können?" (Vorgaben auf der 5-stufigen Skala "gar nicht" bis "sehr") in den drei Mittelkategorien (ziemlich, mäßig, ein bisschen) fast gleich häufig beantwortet.

Dieses Antwortverhalten zeigt, dass 89% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer davon ausgehen, dass die Kursteilnahme mindestens einen

kleinen Beitrag zur Stabilisierung bzw. Verbesserung der individuellen Beschäftigungsfähigkeit leisten konnte.

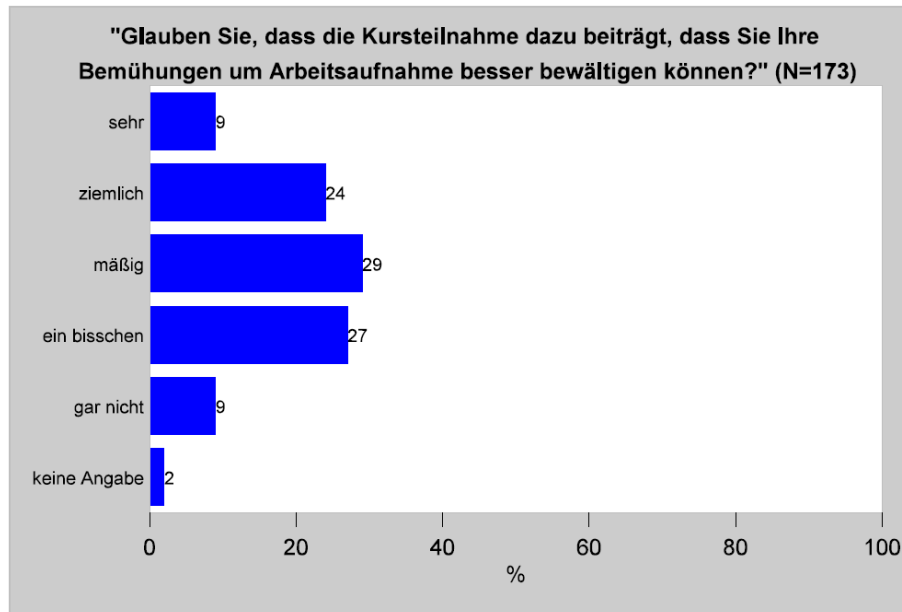


Abbildung 11: Evaluationsergebnisse der Ergebnisqualität (subjektiv erlebter Einfluss der Kursteilnahme auf die individuelle Beschäftigungsfähigkeit); Quelle: GESOMED 2015a, S. 34

Die zweite Zusatzfrage *“Einmal unabhängig von dem speziellen Kurs, den Sie besucht haben: wie bewerten Sie es, dass man Sie gerade im Zusammenhang mit der Arbeitssuche zu einem Gesundheitskurs motiviert hat?”* (Vorgaben Schulnoten 1 bis 6) wird *“gemäßigt positiv”* bei einem Mittelwert von 2,5 beantwortet. Wird die Verteilung der Antworten betrachtet, so fällt auf, dass 57% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Verknüpfung von Gesundheitsorientierung und Integrationsarbeit als gut oder sehr gut betrachten. Immerhin 24% stehen mit der Antwort *„befriedigend“* dieser Verbindung unvoreingenommen bzw. auch in der Tendenz eher positiv gegenüber (vgl. Abbildung 12). Diese Ergebnisse zeigen, dass eine erste Ansprache hinsichtlich einer Teilnahme an Präventionsangeboten der Krankenkassen durch die Jobcenter von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern als positiv bewertet wird und bestätigt damit den Eindruck, der von den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern in den Jobcentern geäußert wurde (s. o.).

Positive Sichtweise der Erwerbslosen zur Angebotsunterbreitung durch die Jobcenter

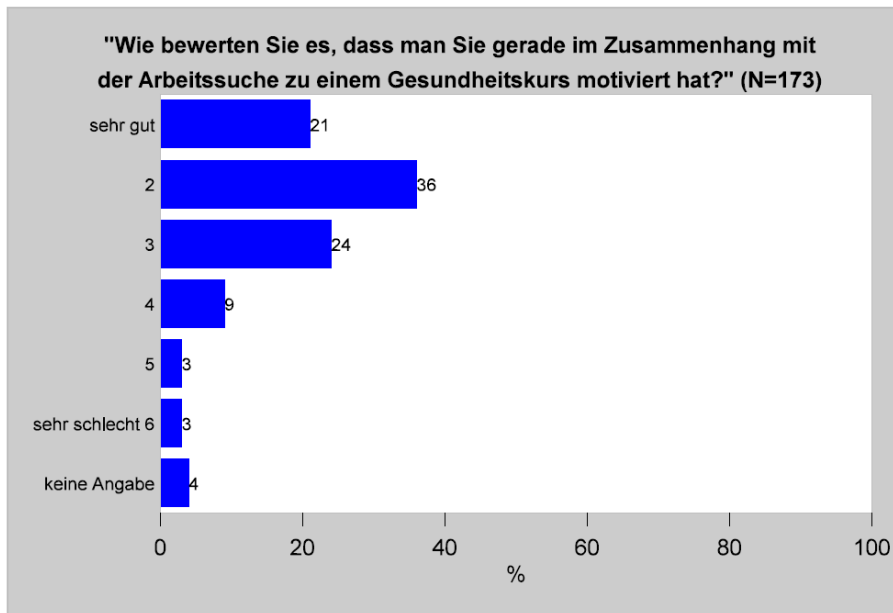


Abbildung 12: Evaluationsergebnisse der Ergebnisqualität (Bewertung der Einbindung der Gesundheitsorientierung in die Integrationsarbeit); Quelle: GESOMED 2015a, S. 34

Sowohl die Ergebnisse zu der Frage nach dem subjektiv erlebten Einfluss der Kursteilnahme auf die eigene Beschäftigungsfähigkeit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer als auch zu der Frage nach der Einbindung der Gesundheitsorientierung in die Integrationsarbeit weisen darauf hin, dass nach Einschätzung durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit der Zusammenarbeit zwischen Gesetzlicher Krankenkasse und Bundesagentur für Arbeit ein Beitrag zur Verbesserung der Integrationschancen der Erwerbslosen geleistet werden kann.

Verbesserung der Integrationschancen

In Kapitel 2.6.2 wurde bereits dargestellt, dass neben den AktivA- und JobFit-Kursen bedarfsbezogen weitere Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote im Rahmen des Settingansatzes (z. B. Gesundheitstage, Gesundheitszirkel, Informationsveranstaltungen) stattfinden sollten. Diese Angebote wurden mittels eines bewährten Kurzfragebogens (siehe Anhang) ausgewertet (vgl. GESOMED 2015b). Der Fragebogen wurde am Ende von elf (der insgesamt 26 durchgeführten) Veranstaltungen mit insgesamt 120 Teilnehmerinnen/Teilnehmern eingesetzt, davon – irrtümlich – in fünf Kursen (AktivA/JobFit). Es wurden ein Gesundheitszirkel, vier Gesundheitstage und eine Informationsveranstaltung evaluiert.

Die Evaluation der Veranstaltungen war formativ angelegt, dergestalt, dass jede Veranstaltung zeitnah ausgewertet wurde mit dem Ziel, die Erkenntnisse kontinuierlich in das Angebot weiterer Veranstaltungen einfließen zu lassen.

Ergebnisse zu den weiteren Gesundheitsförderungsangeboten

Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Der Lerneffekt der Veranstaltungen auf der allgemeinen Ebene von Informationen und Anregungen für die Gesundheit und des Austauschs mit anderen in ähnlicher Situation wurde auf einer vierstufigen Skala eher positiv beurteilt (Mittelwerte leicht über oder auf der Skalenmitte).
- Der Lerneffekt für Aspekte der Arbeitslosigkeit (Zusammenhang mit Gesundheit, Impulse für Bewerbungen) wurde zurückhaltender bewertet (Mittelwerte leicht unter der Skalenmitte).
- Ein direkt abgefragter Nutzen für die aktuelle Lebenssituation ("Kann Ihnen die Veranstaltung speziell in Ihrer jetzigen Lebenssituation nutzen?") wurde von 26% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gesehen; Freitexteingaben bezogen sich insbesondere auf die Bereiche Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung. Die Gesamtbewertung der Veranstaltungen mit Schulnoten von 1 bis 6 erreichte einen Mittelwert von 2,5.

Werden die Evaluationsergebnisse nach den einzelnen Angeboten aufgeschlüsselt, so zeigt sich, dass der Gesundheitszirkel und besonders die Gesundheitskurse deutlich besser abschneiden als die Gesundheitstage. Damit belegen auch diese Evaluationsergebnisse die positive Wirkung der spezifisch auf Erwerbslose ausgerichteten Präventionskurse. Freitextangaben zu Wünschen der Befragten für ähnliche Veranstaltungen bezogen sich auf u. a. auf die Themen Ernährung, Sport und Krankheiten.

Im Rahmen der von den Projektverantwortlichen der sechs Standorte durchgeführten Maßnahmendokumentation wurden mit einem vom GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellten Bogen alle vor Ort durchgeführten Maßnahmen erfasst (Zusammenfassung siehe Anhang).

3.4 Qualitative Erkenntnisse

3.4.1 Effizienz der motivierenden Gesundheitsgespräche

Die Effizienz der motivierenden Gesundheitsgespräche war immer dann besonders hoch, wenn sich unmittelbar daran ohne zeitliche Verzögerung das Präventionsangebot angeschlossen hat. Konkrete Beginnstermine sowie Kursinhalte müssen daher den Integrationsfachkräften immer bekannt sein. Trotzdem war häufig weitergehende Ermutigung/Beratung der Erwerbslosen durch die Integrationsfachkräfte erforderlich (z. B. bezüglich

Nahtloser Übergang von motivierendem Gesundheitsgespräch zum Präventionsangebot besonders erfolgreich

Erreichbarkeit, Nutzung des öffentlichen Nahverkehrs und Aufklärung zu Inhalten der Kursangebote). Es konnte herausgearbeitet werden, dass die Maßnahmeangebote so attraktiv und wohnortnah wie möglich sein sollten, die Ausgestaltung niedrigschwellig und mit hohen Praxisanteilen erfolgen sollte.

Eine von den Standorten zu überwindende Hürde stellten notwendige Fahrkosten der Kurs-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer dar. Insbesondere im ländlichen Raum, wenn die Schaffung wohnortnaher Angebote nicht realisiert werden konnte, waren diese teilweise unvermeidlich und im Vorfeld durch keinen der beiden Leistungsträger abgedeckt. Durch die Standorte wurden unterschiedliche Lösungen entwickelt, bspw. durch vorherige Einplanung über die Gesamtkalkulation des Kursangebots durch die GKV (ebenso Kosten für Obst, Kaffee, Getränke). Alternativ konnten Fahrkosten für die Teilnahme an Präventionsangeboten nur nachrangig per Einzelfallentscheidung/-begründung durch die betreuende Integrations- und Beratungsfachkraft aus Mitteln des Vermittlungsbudgets (§ 16 SGB II i.V. § 44 SGB III) übernommen werden.

Umgang mit Fahrkosten zur Teilnahme am Präventionsangebot

Die Standorte messen der Freiwilligkeit der Teilnahme an den Präventionsangeboten insgesamt einen sehr hohen Wert zu. Es wurde eine Möglichkeit geschaffen, Erwerbslose auch ohne Sanktionsverpflichtung im Hinblick auf die Gesundheitsorientierung zu beraten und zu fördern. Insbesondere in dem sonstigen Zwangskontext der beruflichen Beratung von Erwerbslosen können derartige freiwillige Angebote vertrauensbildend wirken. Die Akzeptanz bei den Erwerbslosen war erheblich besser als von den Integrationsfachkräften zu Beginn der Pilotierung erwartet.

Freiwilligkeit der Teilnahme an Präventionsangeboten

Die Freiwilligkeit der Teilnahme am Gesundheitsangebot der GKV führte bei einzelnen Personen zu Skepsis. Im weiteren Verlauf ergab sich jedoch eine Stärkung des Vertrauensverhältnisses. Für mehrere Jobcenter im Modellprojekt ist die Freiwilligkeit auf jeden Fall ein Gelingensfaktor. Sie führen darauf auch die geringe Abbrecherquote zurück: „Es gibt praktisch keine Abbrecher.“ (Jobcenter Vogtland)

Aus verschiedenen Blickwinkeln heraus wurde der Aspekt der Freiwilligkeit im Rahmen der „MAT-Variante“ diskutiert. Während die Teilnahme an einer MAT nach § 16 SGB II i.V. § 45 SGB III stets verbindlich ist, ist die Teilnahme an Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention nach § 20 SGB V grundsätzlich freiwillig. Die Herausforderung bestand für die Integrationsfachkräfte darin, die unterschiedlichen Rahmenbedingungen gegenüber den Erwerbslosen transparent zu machen. Dies gelang durch eine entsprechende Thematisierung im Beratungsgespräch.

Ideal ist es, wenn im Rahmen der „MAT-Variante“ das Gesundheitsförderungsangebot in die Bildungsmaßnahme integriert und nicht vorher oder nachher angehängt wird. Den Erwerbslosen, die an keinem GKV-Angebot teilnehmen wollen, sollte ein Alternativangebot zur Verfügung stehen.

Die motivierenden Gesundheitsgespräche sollten keine zusätzliche Belastung für die Integrationsfachkräfte in den Jobcentern darstellen, sondern als elementarer Bestandteil der Integrationsarbeit erlebt werden. Wichtig ist daher, dass die Geschäftsführung hinter dem Vorgehen steht und Führungskräfte dies regelmäßig im Rahmen von Dienstbesprechungen o. ä. thematisieren. Ist die Führungsaufmerksamkeit gegeben, ist hierdurch der Rahmen geschaffen, dass auch nach der Durchführung von Präventionsangeboten der Krankenkassen weitere gesundheitsfördernde und präventive Initiativen durch das Jobcenter gestaltet werden können. Im Rahmen des Modellprojektes führte beispielsweise der Standort Kreis Unna eine Kochbuchaktion durch, bei der sich Erwerbslose mit der Herstellung gesunder Mahlzeiten beschäftigen konnten. Ein anderes Beispiel ist der Standort Mecklenburgische Seenplatte Nord, welcher sich mit monatlichen Gesundheitstipps durch die Gleichstellungsbeauftragte auch an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jobcenters richtete.

3.4.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement

Im Allgemeinen konnte wahrgenommen werden, dass auch die Durchführung von betrieblicher Gesundheitsförderung im Jobcenter und die persönliche Teilnahme der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an Präventionsangeboten der Krankenkassen förderlich für den Projektverlauf war.

3.4.3 Zugangswege

Der Modellansatz sah zur besseren Vergleichbarkeit und Absicherung der Ergebnisse vor, dass jeweils zwei Standorte denselben Zugangsweg vor Ort implementieren. Ziel der Erprobung war es, für jede Variante günstige Rahmenbedingungen und Gelingensfaktoren zu erheben.

Zugangsweg über Integrationsfachkräfte im Jobcenter:

Die Integrationsfachkräfte der Jobcenter sensibilisieren anlassbezogen im Rahmen ihrer Beratungsgespräche für das Thema Gesundheit und motivieren zur freiwilligen Nutzung der spezifischen Gesundheitsförderungsangebote der Krankenkassen und anderer Träger.

Motivierende Gesundheitsgespräche als elementarer Teil der Integrationsarbeit

jeweils 2 Standorte erprobten denselben Zugangsweg

Zugangsweg über beauftragte Bildungsträger im Rahmen von Maßnahmen nach § 45 SGB III:

Die Jobcenter und Agenturen für Arbeit können Tätigkeiten oder Maßnahmen für Erwerbslose fördern, welche die Eingliederungschancen auf dem Arbeitsmarkt erhöhen. Die Maßnahmen können bei Trägern durchgeführt werden. Träger sind natürliche oder juristische Personen oder Personengesellschaften, die Maßnahmen der Arbeitsförderung selbst durchführen oder durch Dritte durchführen lassen (§ 21 SGB III).

Die Ziele einer Teilnahme an „Maßnahmen bei einem Träger (MAT)“ sind:

- Heranführen an den Ausbildungs- und Arbeitsmarkt (§ 45 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB III);
- Feststellen, Verringern oder Beseitigen von Vermittlungshemmnissen (§ 45 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB III) sowie
- Vermitteln in versicherungspflichtige Beschäftigung (§ 45 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB III).

Die im Rahmen der Modellerprobung durch die Standorte eingekauften Maßnahmen enthielten neben den originären Elementen der Arbeitsförderung ein gesundheitsorientiertes Element in Form der individuellen motivierenden Gesundheitsgespräche (Umfang 3-8 Std/pro Teilnehmerin/Teilnehmer). In deren Rahmen wurden die Erwerbslosen gesundheitsorientiert beraten und zur freiwilligen Nutzung der Präventionsangebote der Krankenkassen motiviert. Der GKV-Präventionskurs fand beim selben Träger im Zusammenhang mit der „MAT“ statt (inhaltliche und zeitliche Verschränkung von BA-Maßnahme und GKV-Präventionsangebot, aber getrennte Finanzierung).

Gesundheitsförderung im Rahmen einer sog. MAT nach § 45 SGB III

Den Standorten mit MAT-Variante wurde eine Muster-Leistungsbeschreibung für den Einkauf der MAT zur Verfügung gestellt.

Die Zuweisung der Erwerbslosen zur MAT erfolgte im Rahmen der regulären Beratungsgespräche durch die Integrationsfachkräfte im Jobcenter.

Zugangsweg über Fachdienste der BA (Berufspsychologischer Service und Ärztlicher Dienst im Rahmen der Maßnahme „Fit for Life“)

Die Fachdienste der BA haben mit „Fit for Life“ ein eigenes gesundheitsorientiertes Angebot entwickelt und im Rahmen der Modellerprobung an zwei Standorten zur Verfügung gestellt. „Fit for Life“ findet in zwei halbtägigen Modulen statt. In diesen Modulen wird u. a. auf die Themen Stress-

Fachdienste der BA bieten eigenes, gesundheitsorientiertes Angebot „Fit for Life“ an

bewältigung und Entspannung, Tagesstrukturierung und soziales Netzwerk, Ernährung, Gesundheit und Übergewicht sowie körperliche Fitness und Bewegung eingegangen. „Fit for Life“ soll dazu beitragen, das Gesundheitsbewusstsein der Erwerbslosen zu verbessern und sie für eine gesundheitsbewusste Lebensführung zu sensibilisieren. Im Rahmen der Modellerprobung sollte das Angebot als „Türöffner“ zur Nutzung der Präventionsangebote der Krankenkassen fungieren.

Die Angebotsunterbreitung zur Teilnahme an „Fit for Life“ erfolgte im Rahmen der regulären Beratungsgespräche durch die Integrationsfachkräfte im Jobcenter.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zeigten sich insgesamt (sehr) zufrieden mit dem „Fit for Life“-Angebot, wie aus Abbildung 13 ersichtlich wird.

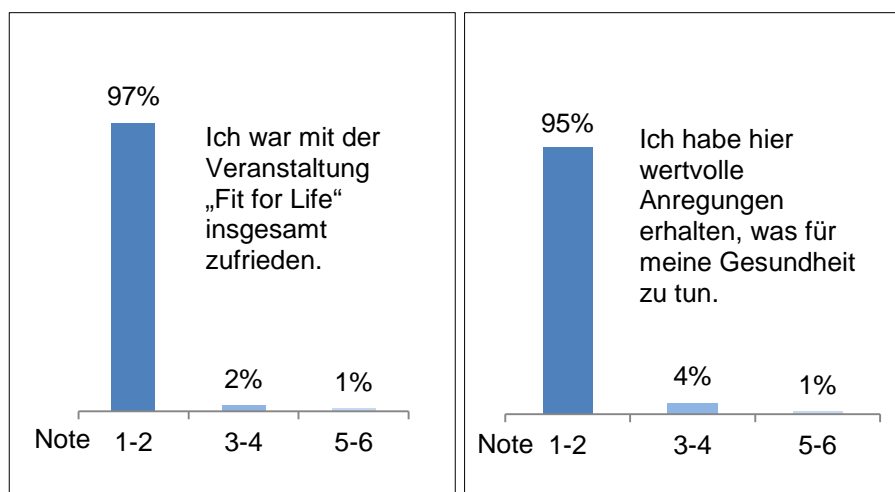


Abbildung 13: Ausgewählte Ergebnisse der Befragung Erwerbsloser, die am „Fit for Life“-Angebot teilgenommen haben (n = 115); Quelle: BA-Zentrale

Im Rahmen der Modellerprobung erwies sich der Zugangsweg über beauftragte Bildungsträger im Rahmen von Maßnahmen nach § 45 SGB III als jener mit großem Zuspruch durch die Standortverantwortlichen. Dennoch können keine allgemeingültigen Schlüsse für die besondere Eignung eines Zugangsweges gezogen werden.

Auf den Folgeseiten werden zusammenfassend die Vor- und Nachteile sowie günstige Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Umsetzung der einzelnen Zugangswege – basierend auf den Erfahrungen der Modellstandorte – tabellarisch dargestellt. Grundsätzlich ist es empfehlenswert, dass auf der Grundlage der individuellen Rahmenbedingungen vor Ort

eine Entscheidung über einen Zugangsweg oder ggf. über die Nutzung einer Kombination mehrerer Zugangswege getroffen wird.

Zugangsweg über Integrationsfachkräfte

Zugangsweg gut geeignet bei	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Günstiger Betreuungsrelation Erwerbslose/Integrationsfachkraft im Jobcenter. ▪ Kurzfristigem Interventionsbedarf.
Vorteile des Zugangswegs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention können grundsätzlich allen Erwerbslosen durch die Integrationsfachkräfte angeboten werden (keine Schnittstellen, kein Zeitverlust, keine Zugangsbarrieren).
Nachteile des Zugangswegs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Mehraufwand“ im Beratungsgespräch. (Für Beratungsgespräche mit Gesundheitsbezug wurde durch die Modellstandorte im Durchschnitt 60-90 min eingeplant.)
Erfahrungen der Modellstandorte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integrationsfachkräfte halten durch den höheren persönlichen Bezug die Ergebnisse aus den Präventions- und Gesundheitsangeboten stärker nach als im Rahmen der anderen Zugangswege. Sie ziehen dadurch ggf. auch einen höheren Nutzen aus der positiven Gesundheitswirkung der Kursangebote der Krankenkassen in Bezug auf die stärkere Aktivierung/Integration von Erwerbslosen. ▪ Das für die Erwerbslosen freiwillige Angebot der motivierenden Gesundheitsgespräche durch Integrationsfachkräfte außerhalb des sonst gefühlten Zwangskontexts stellt eine vertrauensbildende Maßnahme für die Beziehung zwischen Erwerbslosen und Integrationsfachkräften dar.
Empfehlungen für künftige Standorte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausreichend Zeitbudget im Beratungsgespräch einplanen.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Termine und Inhalte der Gesundheitsangebote müssen den Integrationsfachkräften bekannt sein.
--	--

Zugangsweg über beauftragte Bildungsträger im Rahmen von Maßnahmen

Zugangsweg gut geeignet bei	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hoher Betreuungsrelation Erwerbslose/Integrationsfachkräfte im Jobcenter. ▪ Regional ausreichend vorhandenen guten Bildungsträgern.
Vorteile des Zugangswegs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Gruppendynamik der Erwerbslosen in der MAT erweist sich als förderlich für die gemeinsame Nutzung der Gesundheitsangebote.
Nachteile des Zugangswegs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitsangebote können nur von den Erwerbslosen in Anspruch genommen werden, die in eine MAT einmünden sollen (Selektion). ▪ Verpflichtung zur Teilnahme an der MAT vs. Freiwilligkeit Präventionskurs
Erfahrungen der Modellstandorte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitskurs als Bestandteil einer MAT erschwert das „Bewerben“ - die Integrationsfachkräfte neigen dazu, etwas zu sehr mit dem Gesundheitsteil zu locken. ▪ Ausschreibungsverfahren zur Verknüpfung von Arbeits- und Gesundheitsmaßnahme bedarf ausreichend Vorlaufzeit und guter abgestimmter Planung. ▪ Die Freiwilligkeit des Gesundheitsangebots ist im Zwangskontext der MAT für die Erwerbslosen nicht immer transparent.
Empfehlungen für künftige Standorte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es sollte eine sinnvolle und attraktive Integration der Gesundheitskurse in die MAT erfolgen (z. B. tgl. 1-2 Std; nicht am Ende des Tages), der Trä-

	ger sollte Alternativangebote für Nicht-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer entwickeln und zeitgleich zum Gesundheitskurs vorhalten („Wahlpflichtveranstaltung“)
--	--

Zugangsweg über Fachdienste der BA (Berufspsychologischer Service und Ärztlicher Dienst im Rahmen der Maßnahme „Fit for Life“)

Zugangsweg gut geeignet bei	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hoher Betreuungsrelation Erwerbslose/Integrationsfachkräfte im Jobcenter. ▪ ausreichend vorhandenen Ressourcen bei den Fachdiensten.
Vorteile des Zugangswegs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medizinisches und psychologisches Fachpersonal ist in Bezug auf die Vermittlung von Gesundheitsthemen sehr glaubwürdig.
Nachteile des Zugangswegs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Initiierung des Zugangsweges erfordert aufgrund der vielen Schnittstellen (IFK, FD, Krankenkassen) ein hohes Engagement der Beteiligten.
Erfahrungen der Modellstandorte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ „Fit for Life“ wurde von Teilnehmerinnen und Teilnehmern bereits häufig als Präventionskurs angesehen (aufgrund einer wahrgenommenen hohen inhaltlichen Überschneidung). ▪ Insbesondere aufgrund des sich nicht nahtlos anschließenden Gesundheitskurses gingen an den Projektstandorten viele potenzielle Teilnehmerinnen und Teilnehmer verloren.
Empfehlungen für künftige Standorte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durchführung von verpflichtenden Informationsveranstaltungen durch die Fachdienste. ▪ Enge zeitliche Verzahnung der Erstberatung, der Informationsveranstaltung und des anschließenden „Fit for Life“-Angebotes. ▪ Ergänzende Ausrichtung des Gesundheitsange-

botes an „Fit for Life“, um Redundanzen zu vermeiden.

- Das Gesundheitsangebot muss kein Präventionskurs sein, sinnvoll erscheinen insbesondere Sport- und Bewegungsangebote.

Für künftige Standorte kommt ausdrücklich auch eine Kombination aus verschiedenen Zugangswegen in Betracht.

3.4.4 Kooperation zwischen GKV und BA

Zielsetzung der Evaluation war es auch, Gelingensfaktoren über alle Ebenen der Kooperation hinweg herauszuarbeiten und konkrete Erkenntnisse und Handlungsempfehlungen daraus abzuleiten.

Hierzu wurden 97 Befragungen (Interviews und Fragebögen) der Projekt-/ Standortverantwortlichen bzw. -beteiligten in drei Befragungswellen vorgenommen.

Befragungswelle 1

Diese Befragungswelle fand in der Aufbauphase der jeweiligen Kooperation vor Ort statt. Das heißt, die Befragungen erfolgten im Zeitraum vom 14.07. bis 09.09.2014 und somit in der Zeit, zu der sich zwei Träger begegneten, die in Zukunft zusammenarbeiten wollten und sollten. Mehr als die Hälfte der hierfür zuständigen Personen verfügt über keine Vorerfahrungen in der Kooperation der beiden Institutionen.

Es wurden 21 qualitative Interviews mit Standortverantwortlichen bzw. mit Stellvertreterinnen und Stellvertretern der Jobcenter und der Krankenkassen, mit Geschäftsführungen/Bereichsleitungen der Jobcenter und Vertreterinnen und Vertreter der Regionaldirektionen durchgeführt.

Befragungswelle 2

Im Zeitraum vom 02.02. bis 20.03.2015 wurden in der Phase der Realisierung, d. h. in der Phase der gelebten Kooperation, insgesamt 38 Befragungen durchgeführt, davon 33 qualitative Interviews und 5 beantwortete Fragekataloge. Gut die Hälfte der Interviews (20) fand mit Standortverantwortlichen statt: davon 11 Standortverantwortliche der Krankenkassen und 9 Standortverantwortliche der Jobcenter. Die übrigen 18 Interviews wurden mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durchgeführt, die aufgrund des vor Ort gewählten Zugangs inzwischen ein Teil des regionalen Kooperationsverbundes wurden (mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Fachdienstes, der Bildungsträger und mit geschulten Integrationsfachkräften).

97 Befragungen in drei Befragungswellen

Befragungswelle 1:
21 durchgeführte Interviews in der Aufbauphase

Befragungswelle 2:
33 durchgeführte Interviews und 5 ausgefüllte Fragekataloge in der Phase der Realisierung

Befragungswelle 3

Die letzte Befragungswelle fand vom 23.07. bis 22.09.2015 in der Phase der Reflexion/Verstetigung der örtlichen Kooperation statt. Es fand sowohl eine qualitative als auch eine quantitative Befragung statt. Qualitativ wurden 10 Personen aus dem Bereich der Präventionstrainer von AktivA/JobFit interviewt und eine Person aus dem Bereich der regionalen Unterstützer (z. B. Bürgermeister, Stadtrat, Sportverein etc.). Die quantitative Befragung fand auf Basis der bisherigen Ergebnisse statt und richtete sich an die Standortverantwortlichen (inklusive ihrer Vertreterinnen und Vertreter, der wesentlichen internen Unterstützer seitens der Krankenkassen und Jobcenter und der Regionaldirektionen). Es konnten 27 Fragebögen (von 35 kontaktierten Personen) ausgewertet werden.

Befragungswelle 3:
11 durchgeführte Interviews und 27 ausgefüllte Fragebögen in der Phase der Verstetigung

Aus den Befragungen ließen sich nachfolgende Ergebnisse ableiten.

Vorgehen bei der Einführung der Kooperation auf lokaler Ebene

Im Rahmen des Modellprojektes konnte festgestellt werden, dass dem Kern der Kooperationsverbände, d. h. der örtlichen Steuerungsgruppe, eine besondere Bedeutung zukommt. Sie ist als Motor für die Einführung der Kooperation am jeweiligen Standort zu begreifen.

besondere Bedeutung der Steuerungsgruppe

Nur wenn die einzelnen Mitglieder der Steuerungsgruppe sowohl in ihrer Institution als auch in der interinstitutionellen Steuerungsgruppe gut agieren, kann die Kooperation gelingen. Voraussetzung für eine gute Zusammenarbeit ist, dass sich die Gruppe findet. Zu diesem Findungsprozess gehört zum einen die Benennung und Ausstattung (im Sinne von finanziellen und immateriellen Ressourcen wie Zeit, unterstützende Stellvertreterinnen/Stellvertreter etc.) der relevanten Personen und zum anderen das gegenseitige Kennenlernen. Letzteres schließt ein, dass eine gemeinsame Vorstellung zu den Aufgaben der Steuerungsgruppe entwickelt wird. Dies erfordert einen regen und engen Austausch und entsprechende Absprachen. Neben der informativen, sachlich-inhaltlichen Ebene ist dabei auch die persönliche Ebene wichtig.

Voraussetzung für eine gute Zusammenarbeit: Benennung und Ausstattung der relevanten Personen und das gegenseitige Kennenlernen

Erfahrungen aus dem Modellprojekt heraus zeigten, dass zwischen den Krankenkassen mit längeren Abstimmungsprozessen bis zur Benennung einer/eines federführenden Ansprechpartnerin/Ansprechpartners für die Steuerungsgruppe zu rechnen ist. Dies ist unter anderem auf die dezentrale Organisation der Gesetzlichen Krankenversicherung in Form der örtlichen Krankenkassen zurückzuführen. Günstig für die Übernahme der Funktion der GKV-Federführung ist es, wenn die dafür vorgesehene Person

1. versiert ist im Thema der Gesundheitsförderung und deshalb als eine Art Themenbotschafterin/Themenbotschafter fungiert⁷, Vorteile kommunizieren und kritischen Einwänden⁸ überzeugend begegnen kann,
2. bereits über eine gewisse Erfahrung und ein entsprechendes „Standing“ innerhalb der lokal-regionalen Krankenkassenszene verfügt und/oder
3. eine solide Position in der eigenen Krankenkasse innehat⁹.

Den Findungsprozess unterstützte maßgeblich auch die Empfehlung des GKV-Spitzenverbandes zur Zusammenarbeit. Die internen Kooperationsverhandlungen auf Seiten der Krankenkassen setzten Geduld auf Seiten des Jobcenters voraus – dies war zumeist kein Problem, besonders dann nicht, wenn beide Seiten offen miteinander umgingen und die Situationen konstruktiv (er)klärten. Verständnis und Geduld¹⁰ können in längerfristigen Kooperationen als Investitionen gesehen werden. Gemäß der Theorie des Gabentausches (vgl. Garfinkel 1973; Jost 2008; Matiaske 1999) schenkt z. B. das Jobcenter Geduld und bekommt diese im Sinne der Reziprozität/Gegenseitigkeit später zurückgeschenkt und beide haben sich so vertrauensvoll aneinander gebunden.

Nach Bildung der Steuerungsgruppe galt es, die Kooperation in den örtlichen Krankenkassen und Jobcentern zu verankern.

⁷ In der Geschäftsstelle der für die Federführung vorgesehenen Krankenkassen vor Ort sollte eine Person tätig sein, die sich mit dem Thema Gesundheitsförderung gut auskennt.

⁸ Die Befürchtung, dass Krankenkassen, die in ihren Versichertenreihen allenfalls geringe Kontingente Erwerbssuchender haben, weniger für ein Projekt zur Förderung der Gesundheit von Langzeiterwerbslosen gewonnen werden könnten, hat sich in der Praxis nicht bestätigt.

⁹ Vertreterinnen und Vertreter von Krankenkassen erwiesen sich im Vergleich zu Vertreterinnen und Vertretern von Krankenkassenverbänden als schneller handlungsfähig.

¹⁰ Der wesentliche Grund für die Verzögerungen – die Genehmigung der Zusammenarbeit der Krankenkassen als Arbeitsgemeinschaft durch die Aufsicht nach § 94 Abs. 1a SGB X – wurde durch das Präventionsgesetz beseitigt (was als Erfolg der ersten Projektphase des Modellprojekts gewertet werden kann).

Folgende Erkenntnisse und Handlungsstrategien, die die Kooperation befördern, konnten abgeleitet werden:

Handlungsstrategien für eine Beförderung der Kooperation

- Sowohl bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der örtlichen Krankenkassen als auch bei denen der Jobcenter begünstigt eine Vorteilsübersetzung den Erfolg der Kooperation. Eine institutionenübergreifende Kick-off-Veranstaltung kann hierzu sehr dienlich sein.
- Es ist förderlich, ein gegenseitiges Verständnis für die unterschiedlichen Aufgaben, Abläufe und Kulturen (auch im Sinne von Sprachkulturen) der örtlichen Krankenkassen und Jobcenter herzustellen.
- Gemeinsame Ziele für die Kooperation sind herauszuarbeiten und einer organisationspezifischen internen Priorisierung (sowohl auf Seiten der Krankenkassen als auch auf Seiten der Jobcenter) zu unterziehen.
- Zu Beginn der Kooperation sollte ein Austausch über ggf. auftretende Herausforderungen (Aufgabenverteilung, Arbeitsintensität der Kooperation, ggf. positive oder negative Vorerfahrungen mit dem jeweiligen Kooperationspartnerinnen/-partner etc.) und deren Bewältigungsmöglichkeiten durchgeführt werden.
- Um die Projektakteure in der Anfangsphase nicht zu überfordern, ist es möglicherweise ratsam, weitere Netzwerkpartnerinnen/-partner ggf. erst nach Herstellung stabiler Kooperationsstrukturen zwischen Krankenkassen und Jobcentern einzubinden. So sie von Anfang an eingebunden werden sollen, müssten auch schon sehr früh Vorstellungen zu deren Rollen und Aufgaben im Projekt entwickelt werden.

Wie in Abbildung 14 ersichtlich ist, verbesserte sich die Kooperationszufriedenheit in retrospektiver Betrachtung in allen Bereichen im Projektverlauf (V2 und V3).

Auch gelang in allen Bereichen eine Verbesserung der Zufriedenheit gegenüber vorherigen Erfahrungen (V1 vs. V3), also Erfahrungen, die sie beispielsweise in früheren Zusammenarbeiten zwischen Jobcenter und Krankenkassen gesammelt hatten (hier von „eher zufrieden“ mit 2,1 auf „sehr zufrieden“ mit 1,4)¹¹:

Kooperationszufriedenheit der Standortverantwortlichen

¹¹ Methodischer Hinweis: Die Verwendung des Arithmetischen Mittels ist eigentlich nicht zulässig aufgrund der Ordinal Skalierung der Items [5er Skala mit „sehr wichtig“ (1), „eher wichtig“ (2), „eher unwichtig“ (3) bis „unwichtig“ (4) und „kann

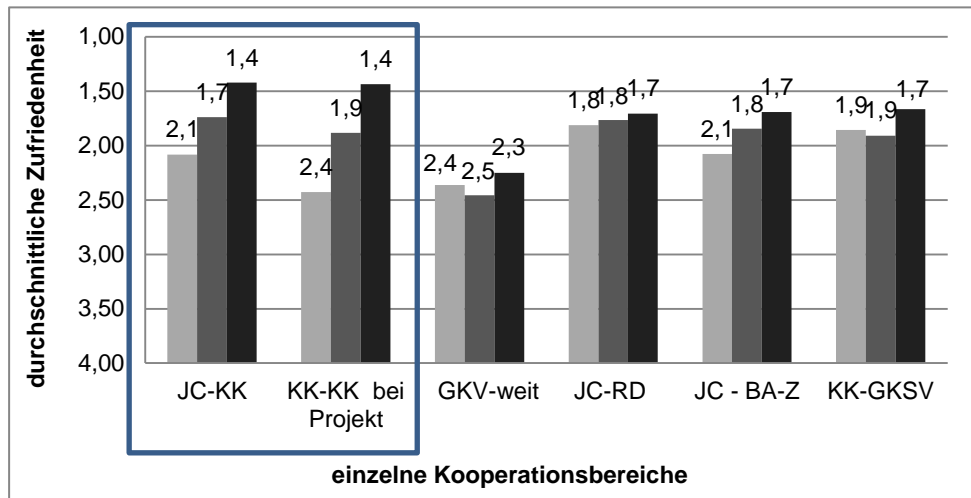


Abbildung 14: Kooperationszufriedenheit der Standortverantwortlichen (Mittelwerte); Quelle: Guggemos & Milles 2015, S. 85

Erläuterungen zur Abbildung 14:

- V1 „Zusammenarbeit vorher“
- V2 „Zusammenarbeit Start“
- V3 „Zusammenarbeit jetzt“

Skala: 1 = „sehr zufrieden“; 2 = „eher zufrieden“; 3 = „eher unzufrieden“; 4 = „unzufrieden“

- JC-KK** = Die Zusammenarbeit zwischen Jobcenter und Krankenkassen;
- KK-KK bei Projekt** = Die direkte Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen in Projektkontexten;
- GKV-weit** = Die Zusammenarbeit innerhalb der GKV im Falle kassenübergreifender Handlungsfelder generell;
- JC-RD** = Zusammenarbeit zwischen Jobcenter und Regionaldirektion;
- JC-BA-Z** = Zusammenarbeit zwischen Jobcenter und Zentrale der Bundesagentur für Arbeit;
- KK-GKV-SV** = Zusammenarbeit zwischen Gesetzlicher Krankenkasse und dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkasse

ich nicht beurteilen“ (5 – als missing value/ohne Wert aufgenommen)]. Die Vergleiche der einzelnen Variablen geben damit im streng statistischen Sinne nur Tendenzwerte an. Gleiches gilt für analoge Wertberechnungen auf S. 43.

Grundsätzlich ist festzustellen, dass ein großer Anteil der Kooperationsarbeit von den regionalen Akteuren, d. h. den Standortverantwortlichen von Jobcenter und GKV-Gemeinschaft, geleistet wurde. Für die zentrale Projektsteuerung bedeutete dies, auf die entsprechenden Aufgaben hinzuweisen, bei deren Erledigung Unterstützung anzubieten und insbesondere den Austausch zwischen den Standorten – und damit zwischen den dezentralen Akteuren – zu fördern. Beispielsweise bewerteten die teilnehmenden und federführenden Krankenkassen die Projektinitiierung und -steuerung durch den GKV-Spitzenverband im Modellprojekt als sehr hilfreich.

großer Anteil der Kooperationsarbeit bei regionalen Akteuren (JC und GKV am Standort)

Weitere Faktoren für den Kooperationserfolg

Die Kooperation sollte so eingeführt werden, dass auf allen Ebenen und bei beiden Partnern vor Ort (Krankenkassen und Jobcenter) Interesse, Begeisterung und Motivation für das Thema und die Kooperation geweckt wird. Die Schulungen für die Integrationsfachkräfte stießen auf ein reges Interesse; teilweise wollten sogar mehr Personen an der Schulung teilnehmen als es Plätze gab.

Begeisterung und Motivation als wichtige Faktoren für den Kooperationserfolg

Im Rahmen des Modellprojektes zeigten sich beim Thema „Freiwilligkeit der Kursteilnahme“ Unterschiede in der organisationskulturellen Herangehensweise von Krankenkassen und Arbeitsverwaltung sowie in der Wahrnehmung von Steuerungsakteuren und Erwerbslosen:

- a) Krankenkassen stellen Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote nach § 20 SGB V ausschließlich zur freiwilligen Inanspruchnahme bereit.
- b) Die Arbeitsverwaltung geht ebenfalls von vertragsähnlichen Kooperationsvereinbarungen mit gleichberechtigten Partnerinnen und Partnern aus, hat jedoch die Möglichkeit, über juristische Mitwirkungspflichten etwaige defizitäre Bemühungen Erwerbsloser zu bemängeln und ggf. auch zu sanktionieren.
Im Modellprojekt übernahmen die Integrationsfachkräfte das Freiwilligkeitsprinzip der Krankenkassen – und damit die Vorteilsübersetzung ohne Druck.
- c) Die Wahrnehmung der Erwerbssuchenden zu diesem Aspekt war nach Einschätzung der befragten Integrationsfachkräfte unterschiedlich.

Beachtung der Freiwilligkeit der Teilnahme an Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention nach § 20 SGB V

Im Ergebnis kann hierzu festgehalten werden:

Je tragfähiger und vertrauensvoller das Arbeitsbündnis mit der/dem Erwerbslosen bereits war, desto geringer ist der Pfadbruch¹² in der eigenen wie in der Wahrnehmung der/des Erwerbslosen und umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass die „eigenen“ Erwerbslosen auch ohne Sanktionskontext nach erfolgter Vereinbarung an dem Präventionsangebot nach § 20 SGB V teilnehmen. Wie bereits dargestellt, war die örtliche Steuerungsgruppe ein wesentlicher Baustein für die Kooperation zwischen dem Jobcenter und den örtlichen Krankenkassen. Der Abbildung 15 sind die im Rahmen der Befragungen herausgearbeiteten wichtigsten Gelingensfaktoren für die Handlungsfähigkeit der Steuerungsgruppe zu entnehmen.

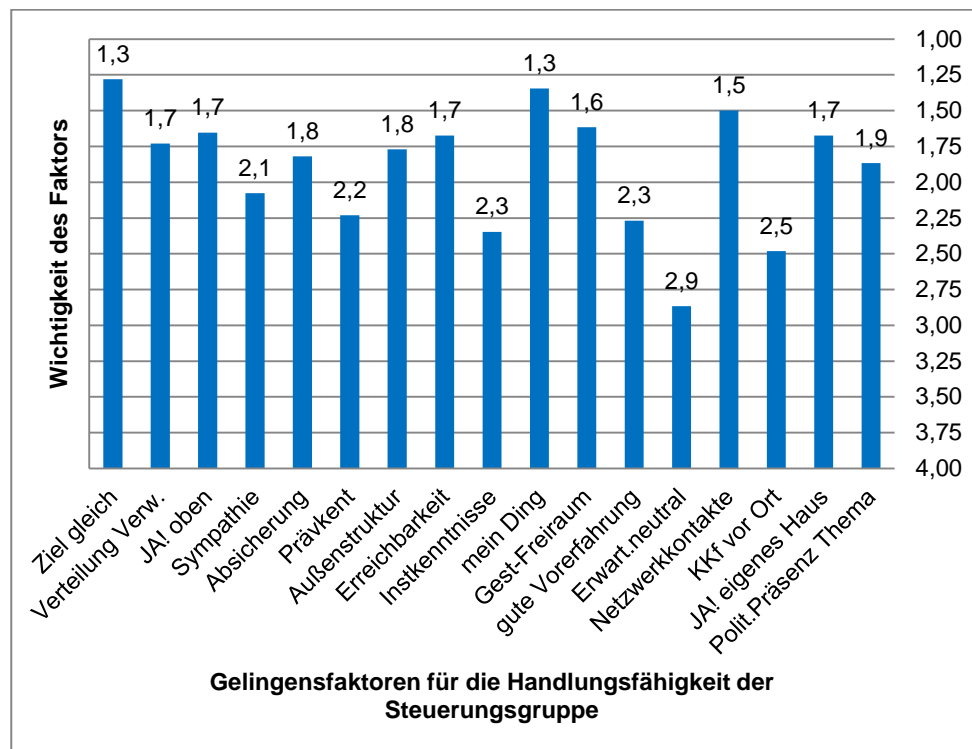


Abbildung 15: Gelingensfaktoren für die Handlungsfähigkeit der Steuerungsgruppe (Mittelwerte); Quelle: Guggemos & Milles 2015, S. 91

Erläuterungen zur Abbildung 15:

Skala: 1=sehr wichtig, 2= eher wichtig, 3= eher unwichtig 4= unwichtig

¹² Pfadbruch meint hier die Abweichung von dem üblichen, ansonsten gewohnten Weg der Interaktion zwischen Jobcenter-Mitarbeiterin/-Mitarbeiter und Erwerbsloser/Erwerbslosem. Je mehr auf Augenhöhe und je weniger sanktionierend die Zusammenarbeit bereits vorher war, umso leichter ist das Anbieten von nun gänzlich freiwilligen Beratungen und Gesundheitsförderungsangeboten im Modellprojekt.

Alle Faktoren mit n = 26; Ausnahme: „Ziel gleich“ und „Absicherung“ mit n = 25 (d. h. 26 bzw. 25 Personen, die die Fragen hierzu beantworteten)

Erläuterung zu den Gelingensfaktoren (alphabetisch):

Absicherung: die formale Absicherung aller Beteiligten gegen potenzielle Projektrisiken (z. B. Finanzierungsschwierigkeiten);

Außenstruktur: eine klar vorgegebene Projektstruktur (Zeitschiene, Aufgabenverteilung, Finanzierung,..);

Erreichbarkeit: die Erreichbarkeit der Mitglieder der Steuerungsgruppe (Telefon/E-Mail);

Erwart.neutral: eine zurückhaltende Erwartungshaltung der Mitglieder der Steuerungsgruppe gegenüber dem Projekterfolg;

Gest-Freiraum: ein hoher Freiraum bei der konkreten Projektgestaltung;

gute Vorerfahrung: gute Projektvorerfahrungen der Mitglieder der Steuerungsgruppe;

Instkenntnisse: Vorkenntnisse der Mitglieder der Steuerungsgruppe über die jeweils andere Institution:

JA! eigenes Haus: die hohe Priorität des Projektes im eigenen Haus;

JA! oben: dass die Projektteilnahme von Seiten der Bundesagentur für Arbeit und des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenkassen ausdrücklich erwünscht ist;

KKf vor Ort: der Sitz der federführenden Krankenkasse(n) am Standort;

mein Ding: eine hohe Projektidentifikation der Mitglieder der Steuerungsgruppe (i. S. von „mein Projekt“);

Netzwerkkontakte: ausgeprägte Netzwerkkontakte von mindestens einer der beiden Institutionen vor Ort;

Polit.Präsenz Thema: eine hohe politische Präsenz des Projektthemas auf Bundesebene, z. B. durch den Entwurf des Präventionsgesetzes;

Prävkent: Präventions-Vorkenntnisse der Mitglieder der Steuerungsgruppe;

Sympathie: die persönliche Sympathie zwischen den Mitgliedern der Steuerungsgruppe;

Verteilung Verw.: die Verteilung der Projektverantwortung bei beiden Institutionen auf mehrere Personen

Ziel gleich: alle Mitglieder der Steuerungsgruppe verfolgen die gleichen Ziele

Auf der Grundlage der Evaluationsergebnisse können folgende **Empfehlungen für den Aufbau weiterer Standorte zur Gesundheitsförderung** gegeben werden.

- 1) Das Kooperationsprojekt von BA und GKV-Spitzenverband zeigt, dass trotz zunächst nicht vorhandener korporatistischer Strukturen verstetigte Kooperationszusammenhänge zur Gesundheitsförderung für Langzeitarbeitslose auf Bundes-, Landes-¹³ und kommunaler Ebene geschaffen werden konnten, die es nun auf weitere Regionen zu übertragen und auszuweiten gilt. Mit der Ausweitung auf weitere Standorte wäre vorstellbar, dass die Steuerung von der Bundesebene in einem noch abzustimmenden Umfang stärker auf die Landes- bzw. RD-Ebene dezentralisiert wird.
- 2) Im Unterschied zur ersten Phase im Modellprojekt können weitere, nun neu hinzukommende Standorte von den Erfahrungen der Vorreiter-Orte profitieren. Das gilt insbesondere dann, wenn ein geordneter Prozess des Informationstransfers und der partnerschaftlichen Unterstützung etabliert wird („Leuchtturmstandorte“).
- 3) Die Einteilung in idealtypische Aufbau- und Entwicklungsphasen erlaubt es, die jeweils phasentypischen Herausforderungen zu identifizieren und proaktiv aufzunehmen. Das gilt beispielsweise für folgende Bereiche:
 - a) Das Finden regionaler Krankenkassensprecher/innen und das Motivieren regionaler Krankenkassen zur Unterstützung des Projektes.
 - b) Den Abschluss der GKV-internen Kooperationsvereinbarungen auf der Basis bestehender, juristisch geprüfter Vorlagen, mit Definition der Handlungsmöglichkeiten und Aufgaben des Federführers vor Ort, aber auch der Unterstützungsbereiche durch die anderen Kassenverantwortlichen.
 - c) Den Abschluss der Kooperationsvereinbarung zwischen Jobcenter und GKV.
 - d) Das Zusammenstellen eines praxistauglichen kleinen Manuals mit den wichtigsten Organisationsbeschreibungen, gesetzlichen Grundlagen und Handlungsprinzipien auf Arbeitsverwaltungs- wie auf Kassenseite, um das wechselseitige Kennenlernen auf Organisationsebene zu unterstützen.

¹³ Regionaldirektionen auf BA-Seite, Landesverbände auf Kassenseite, aber auch Landesgesundheitskonferenzen.

Ebenfalls nötig ist ein regelmäßig aktualisierter Verteiler der wechselseitigen Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartner.

- e) Formate zum gegenseitigen persönlichen Kennenlernen am Rande der offiziellen Projektmanagement- und Abstimmungs-Meetings, um auch auf der personalen Ebene gegenseitiges Vertrauen zu schaffen, das wiederum als Kapital des Projektes bei möglichen Verzögerungen oder Schwierigkeiten wirken kann.
- f) Informationsaustausch im Rahmen der Steuerungsgruppe über Angebote zur Gesundheitsförderung für Integrationsfachkräfte und Erwerbslose sowie über vor Ort verfügbare Anbieter.
- g) Informationsaustausch in standortübergreifenden Workshops über Lösungen für logistische und abrechnungstechnische Fragen hinsichtlich Finden und Anmieten von Schulungsräumen (inklusive Sportstätten u. ä.), Möglichkeiten der Kostenübernahme für fehlende Sportbekleidung und Sportartikel, die Frage der Lösung von Transportfragen in dezentralen Räumen und der Wegstreckenentschädigung für die Teilnehmenden.
- h) Informationsaustausch im Rahmen der Steuerungsgruppe über die motivierende Ansprache Erwerbsloser durch die Integrationsfachkräfte.
- i) Austausch in standortübergreifenden Workshops über Erfahrungen zur Einbindung strategischer Partnerinnen und Partner aus der Region, z. B. von Politikerinnen/Politiker, Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, Sportvereinen, Medienvertretungen, kooperationsbereiten Unternehmen, Arbeitslosenselbsthilfeorganisationen u. ä. Hierbei sollte anhand der von den Pilotstandorten entwickelten Vorschläge überlegt werden, wer sonst noch unterstützend wirken könnte, aber bislang noch nicht angesprochen wurde bzw. noch nicht zum Mitmachen motiviert werden konnte.
- j) Austausch in standortübergreifenden Workshops über gute Praxisbeispiele aus dem Bereich der Medienarbeit, von Pressemitteilungen über Artikel bis hin zu Filmen und Poster-Präsentationen.
- k) Austausch und Informationen in standortübergreifenden Workshops über die Erfahrungen mit der Ansprache und Teilnahme unterschiedlicher Zielgruppen (z. B. Mütter,

U 25, Ü 50, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit Behinderung) sowie über Gruppen, die noch nicht erreicht werden konnten. Dies gilt in besonderem Maße für partizipative Beteiligungsansätze von Gruppen von Erwerbslosen bei der Kursgestaltung.

- I) Austausch und Überlegungen in Standort-übergreifenden Workshops zum Erschließen sekundär- und tertiärpräventiver bzw. kurativer Gesundheitsfördermaßnahmen, die über § 20 SGB V nicht mehr abgedeckt werden können.¹⁴
- 4) Die Gesundheitsförderung für (Langzeit-)Erwerbslose sollte ein Thema eigener Wertigkeit im Sinne der Förderung selbstbestimmter Teilhabe¹⁵ sein, an das sich im Vermittlungsgeschäft anknüpfen lässt, ohne dass sich dies in unmittelbaren und zeitnahen Vermittlungszahlen niederschlagen muss. Entsprechend sollte das Aufgreifen des Gesundheitsthemas und die Freude der Integrationsfachkräfte an der Beschäftigung damit nicht durch zu rigide Zielzahl-Vorgaben beeinträchtigt werden.
- 5) Im Zuge der Beschäftigung der Integrationsfachkräfte mit dem Gesundheitsthema steigt automatisch auch die Sensibilität gegenüber eigenen gesundheitlichen Rahmenbedingungen. Wer das Gesundheitsthema voranbringen möchte, tut folglich gut daran, zunächst einmal im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) im Jobcenter zu analysieren, wie es um gesunde Führung, Mitarbeitergesundheit und bereits bestehende Gesundheitsförderung hinsichtlich des eigenen Personals bestellt ist, da anderenfalls Glaubwürdigkeitsprobleme und Delegation des Themas drohen. Die betriebliche Gesundheitsförderung ist zudem ein Aufgabenfeld der Krankenkassen, weshalb viele der Projektverantwortlichen der GKV von sich aus auch Interesse daran bekundeten, das Jobcenter in Fragen der BGF aktiv zu unterstützen. Durch das Projekt wäre also eine Gesundheitsförderung für die Jobcenter-Beschäftigten parallel zur Gesundheitsförderung der Erwerbssu-

¹⁴ In der Beratung, in Maßnahmen bei Bildungsträgern sowie bei ehrenamtlichen Hilfsorganisationen etwa der Flüchtlingshilfe sind immer wieder Personen anzutreffen, die Behandlungsbedürftige psychische Krankheiten, Belastungsstörungen und Traumata aufweisen, und bei denen bislang erst unzureichende Routinen hinsichtlich der Zuführung zu entsprechenden Therapieeinrichtungen bestehen. Im Zuge der Überführung von Flüchtlingen aus dem Bereich des Asylbewerberleistungsgesetzes in den Rechtskreis SGB II wird dieses Thema immer stärker auch von der Arbeitsverwaltung angegangen werden müssen.

¹⁵ Guter Überblick zu Ansätzen der Teilhabe-Förderung bei Göhring-Lange 2011 und Doose 2013.

chenden durchaus denkbar und empfehlenswert. Mit dem Präventionsgesetz wird die betriebliche Gesundheitsförderung mit Unterstützung durch die Krankenkassen gestärkt.

- 6) Regelmäßige Bundes- bzw. Regionalkonferenzen dienen der Motivationsförderung und dem Erfahrungsaustausch, ermöglichen die Befassung mit neu auftretenden Herausforderungen, administrativen und finanztechnischen Fragen, und deren Klärung zwischen dezentraler und zentraler Ebene.
- 7) Insgesamt sind die bisherigen Erfahrungen als sehr positiv einzustufen. Beim Übertragen auf weitere Standorte ist ebenfalls zu bedenken, dass es Treiberinnen/Treiber und Thementrägerinnen/Thementräger vor Ort braucht, die mithelfen, Strukturen aufzubauen, die irgendwann auch ohne diese Initiatorinnen/Initiatoren funktionieren. Hierbei ist zu bedenken, dass das Gesundheitsthema sehr oft als „wichtig, aber nicht unbedingt prioritär“ gilt und sich damit immer wieder der Konkurrenz vermeintlich höher priorisierter Themen erwehren muss. Deshalb wird empfohlen, das Gesundheitsförderungsthema möglichst zeitnah anschlussfähig für das Flüchtlingsthema zu machen. Kohärenzgefühl, Aufbau von Kontrollüberzeugung, Umgang mit Fehlschlägen in der bisherigen Biografie, Identifizieren von nicht auf den ersten Blick ersichtlichen personalen wie arbeitsmarktbezogenen Kompetenzen und persönliche Zukunftsplanung wie die Stärkung von Kontrollüberzeugung und Kohärenzgefühl zur vermehrten soziokulturellen und sozioökonomischen Teilhabe lassen sich gut auch unter dem Label Gesundheitsförderung angehen.
- 8) Neue Themen und Herausforderungen erfordern auf regionaler Ebene nicht nur eine Vernetzung und Transparenz vorhandener Fähigkeiten und Zuständigkeitsbereiche von Institutionen und Personen, sondern auch ein systematisches Lernen und eine Analyse des jeweiligen institutionellen Gesamtgeflechtes. Dabei werden vermutlich recht heterogene Konkretisierungen sichtbar werden. Deren Parallelen zeigen sich dann, wenn Systematiken Lernender Regionen (vgl. dazu Schaffer 2014; Miosga & Hafner 2014; Hafner & Miosga 2015) zur Anwendung kommen, Behörden, Unternehmen und Zivilgesellschaft mit Bildungseinrichtungen und –dienstleistern kooperieren sowie etablierte, engagierte bürgerliche Milieus und Kreative jeglicher Couleur im demokratischen Rahmen zusammen wirken.

- 9) Die regionale Verankerung jenseits der eigenen Institutionen erfolgte im bisherigen Modellprojekt bereits in Ansätzen, an manchen Standorten mehr, an anderen weniger, lässt jedoch noch Vertiefungsspielraum zu. Aus der Warte der Begleitforschung wird die Hypothese aufgestellt, dass sich hieran die Nachhaltigkeit der Themenverankerung ganz im Sinne des von den Krankenkassen verfolgten Setting-Ansatzes erweisen wird. Dieses Plädoyer für eine zunächst selektive und strategische Vernetzung soll nicht dahingehend missverstanden werden, dass bereits von Anfang an allzu viele Akteure mit eingebunden werden müssten – dies könnte auch nach und nach geschehen. Der Meilenstein-orientierte Aufbau, bei dem neben dem nächsten Meilenstein auch weitere bereits mit im Blick sind, wird auch für die künftigen Standorte empfohlen, um in jeder Phase klare und noch überschaubare Aufgaben Schritt für Schritt abarbeiten zu können.

Das nachstehende Schaubild verdeutlicht nochmals zusammenfassend die jeweiligen Projektphasen und die dabei zu bewältigenden Aufgaben.

Projektphasen	Aufgaben der jeweiligen Phase
I. Politische Erörterung von Bedarf und Möglichkeiten der Gesundheitsförderung Langzeiterwerbsloser	<ul style="list-style-type: none"> • Wichtige Akteure (hier: GKV-SV und BAZentrale) befassen sich mit dem Thema und entscheiden, in diesem Politikfeld tätig zu werden
II. Entscheidung über Maßnahmen (<i>policies</i>) und Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> • Abschließen von Kooperationsvereinbarungen • Gewinnen von Akteuren an sechs Standorten
1. Vorlaufphase	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation der Krankenkassenkooperation • Abschluss der Kooperationsvereinbarungen

Projektphasen	Aufgaben der jeweiligen Phase
2. Vorbereitung des Reallaufs	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenwachsen zu einem Team • Definition von Zielen/Meilensteinen, Arbeitsteilung • Einbinden weiterer strategischer und operativer Partnerinnen/Partner • Schulung von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern • Durchführung der Bedarfsanalyse • Abstimmung der Gesundheitsangebote • Ausschreibung der Angebote • Beauftragung der Anbieter • Klärung logistischer Fragen
3. Beginnender Reallauf	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnehmenden-Rekrutierung • Qualitätssicherung
4. Nachsteuerung/ Optimierung	<ul style="list-style-type: none"> • Überprüfen und Optimieren von Marketing, Instrumenten, Arbeitsprozessen und Partnereinbindung • vertiefte lokale Verankerung
5. Mainstreaming/ Verstetigung/ Aufbau weiterer Standorte	<ul style="list-style-type: none"> • Klärung rechtlicher und finanztechnischer Voraussetzungen • Pilotangebote werden zu Dauerangeboten • Unterstützung von Newcomern bei Projekt-aufbau und -durchführung
6. ggf. Beendigung	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation, Ergebnissammlung für weitere Projektdurchführende

4 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Für die Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung und damit für das Gelingen der **Kooperation** von Jobcenter und Krankenkassen sowie weiterer Partnerinnen/Partner im Rahmen des Modellprojektes kommt der örtlichen Steuerungsgruppe eine besondere Bedeutung zu. Das ist eines der zentralen Ergebnisse der Begleitforschung. Zu Beginn der Kooperation setzt sie wichtige Impulse zur Zusammenarbeit und ist dafür verantwortlich, den Gedanken der Kooperation in die Jobcenter und Krankenkasse zu tragen und mit Leben zu füllen. Die Erhaltung und der Ausbau der vor Ort geschaffenen Strukturen zur Gesundheitsförderung und Prävention für die durch die Jobcenter betreuten Erwerbslosen können wesentlich zur Verstetigung der Kooperation und deren Erfolg beitragen.

Die im Rahmen des Modellprojektes auf freiwilliger Basis durchgeführte **Schulung der Integrationsfachkräfte** im Konzept der motivierenden Gesundheitsgespräche wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern überwiegend positiv bewertet. Die motivierenden Gesundheitsgespräche werden als sinnvolle Beratungsinstrumente eingeschätzt, die sich gut in die Integrationsarbeit einbinden lassen und dazu befähigen, die Beratungsgespräche stärker unter Einbezug von Aspekten der Gesundheitsorientierung durchzuführen. Die geschulten Integrationsfachkräfte der Jobcenter standen dem Modellansatz überaus positiv gegenüber. Sie begrüßten die Bereitstellung eines krankenkassenübergreifenden Angebots wurden Möglichkeiten geschaffen, Erwerbslose ohne Sanktionsverpflichtungen mit konkreten gesundheitsförderlichen Maßnahmen zu fördern. Unabhängig davon, mit welcher Krankenkasse ein Versicherungsverhältnis besteht, konnten Erwerbslose eigenanteils- und vorleistungsfrei teilnehmen.

Die Akzeptanz der Gesundheitsangebote bei den Erwerbslosen war erheblich besser als von den Integrationsfachkräften zu Beginn der Pilotierung erwartet. Die Verknüpfung von Gesundheitsorientierung und Integrationsarbeit wurde von den meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmern begrüßt. Die Freiwilligkeit der Teilnahme führte darüber hinaus zu einer Stärkung des Vertrauensverhältnisses zwischen Integrationsfachkraft und Erwerbsloser/Erwerbslosem. Die Initialwirkung war hoch.

Alle drei erprobten **Zugangswege** sind grundsätzlich geeignet, um Erwerbslose für das Thema Gesundheit aufzuschließen und zur Nutzung von Präventions- und Gesundheitsförderangeboten der Krankenkassen und auch anderer Träger im Setting Kommune, z. B. Sportvereine, freigemeinnützige Wohlfahrt, zu motivieren. Es gilt, für künftige Kooperati-

besondere Bedeutung der örtlichen Steuerungsgruppe

Verstetigung der Kooperation

positive Rückmeldungen von den geschulten Integrationsfachkräften

Stärkung des Vertrauensverhältnisses zwischen Integrationsfachkraft und Erwerbsloser/Erwerbslosem

grundsätzliche Eignung aller drei erprobten Zugangswege

onsstandorte unter Berücksichtigung der regionalen Rahmenbedingungen für sich geeignetsten Zugangsweg zu implementieren bzw. eine Kombination aus mehreren Zugangswegen einzurichten. Zudem sollten, im Rahmen einer Ausweitung der Kooperationsstandorte längerfristige Wirkungsaspekte in Bezug auf die Ergebnisqualität der Präventionsangebote in den Blick genommen werden.

Die dem Stressmanagement zuzurechnenden Kurse für Arbeitssuchende zeigen sehr deutliche und signifikante Verbesserungen. Bei den Ergebnissen ist jedoch zu berücksichtigen, dass keine weitere Befragung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer innerhalb von 6 Monaten nach Abschluss der Präventionsangebote stattfinden konnte. Dennoch sind die Evaluationsergebnisse ein Beleg für die eingetretenen Verbesserungen des Gesundheitsverhaltens und der gesundheitlichen Lebensqualität der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Diesen Ergebnissen ist vor allem deshalb eine hohe Wertigkeit zuzuordnen, da sie auf der Selbsteinschätzung der Erwerbslosen basieren.

Evaluationsergebnisse
belegen den Erfolg der
Präventionsangebote

Das Thema „Gesundheit“ im Zusammenhang mit der Integration und Beratung von Erwerbslosen hat einen hohen Stellenwert. Die Evaluation auf Basis der **Teilnehmerbefragung** ergab insgesamt gute Werte für die Struktur- und Prozessqualität bei der Durchführung der Gesundheitsangebote in der ersten Phase des Modellprojekts. Die Einschätzung der eigenen Erfolge der Erwerbslosen durch die Kursteilnahme an Präventionsangeboten der Krankenkassen ist überwiegend positiv.

Die systematische **Einbindung weiterer Partnerinnen und Partner** aus dem Setting Kommune in die Kooperation von Jobcenter und Krankenkassen gilt allgemein als sinnvoll, wurde aber an den sechs Modellstandorten unterschiedlich intensiv verfolgt. Das Spektrum reicht von der aktiven Einbindung zahlreicher Partnerinnen/Partner bis hin zum – zumindest vorläufigen – völligen Verzicht auf weitere Partnerinnen/Partner. Entscheidend dafür ist, ob bereits vor Projektbeginn Kontakte oder Kooperationen zu anderen Einrichtungen gepflegt werden, die dann für das Modellprojekt nutzbar gemacht werden können. Angesichts der auf ein Jahr begrenzten Laufzeit der ersten Projektphase und wegen des vermuteten hohen Aufwands wurde an den Standorten überwiegend darauf verzichtet, Kooperationen zu neuen Partnerinnen/Partnern aufzubauen. Bei der Fortführung und Ausweitung des Projektes wird dem Aspekt der Einbindung weiterer Partnerinnen/Partner mehr Aufmerksamkeit zu widmen sein.

Durch das am 25.07.2015 in Kraft getretene Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG) erhalten die Gesetzlichen

Krankenkassen, die BA sowie die Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende künftig einen Handlungsauftrag zur Zusammenarbeit in der Gesundheitsförderung von Erwerbslosen. Vor diesem Hintergrund fasst die Begleitforschung die vorliegenden Evaluationsergebnisse zu folgender **Empfehlung** zusammen:

Mit dem hier erprobten Modellansatz steht ein Konzept zur Weiterentwicklung zur Verfügung, welches den im Präventionsgesetz formulierten Handlungsauftrag aufgreift und im Sinne der Erwerbslosen wirksam werden kann. Die im § 20a SGB V ausdrückliche Erwähnung von Personen, deren berufliche Eingliederung aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen besonders erschwert ist, erweitert den Handlungsspielraum der Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner.

Gesundheitsförderliche Angebote im Rahmen der Integrationsarbeit aktiv zu unterbreiten, stellt aufgrund dieser Ergebnisse eine sinnvolle Erweiterung des Dienstleistungsangebots der Jobcenter dar.

Die aus der Begleitforschung an den Kooperationsstandorten gewonnenen Erkenntnisse können dazu dienen, die Maßnahmen und Angebote konzeptionell und inhaltlich weiter zu entwickeln und noch enger zu verzahnen, sodass durch die nachhaltige Verankerung des Themas Gesundheit (auch) für Erwerbslose im Jobcenter, in der Agentur für Arbeit, in der Kommune und durch die Nutzung von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten der Krankenkassen ein wesentlicher Beitrag zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit der durch die Jobcenter und Agenturen für Arbeit betreuten Erwerbslosen geleistet werden kann.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten: Die Evaluationsergebnisse des Modellprojektes sind im Hinblick auf den Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit von Erwerbslosen als erfolgversprechend zu bewerten. Dabei erweisen sich die örtlichen Steuerungsgruppen als ein erforderliches und effizientes Gremium zur Organisation der Kooperation von Jobcentern, Krankenkassen und weiteren Partnerinnen/Partnern. Die erprobten Zugangswege in Verbindung mit den motivierenden Gesundheitsgesprächen sind geeignet, Erwerbslose für ihre Gesundheit zu sensibilisieren und zur Teilnahme an Gesundheitsangeboten der Krankenkassen zu motivieren. Und diese Angebote zeigen Wirkung bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern: Insbesondere die spezifisch auf Erwerbslose ausgerichteten und dem Stressmanagement zuzurechnenden Präventionskurse bewirken signifikante Verbesserungen bei der Stressbewältigung und sind damit geeignet, die Gesundheit und damit die Beschäftigungsfähigkeit der Erwerbslosen zu erhalten und zu verbessern.

5 Glossar

Arbeitsförderung

Hauptziel der Arbeitsförderung ist die Vermeidung und Beendigung von Arbeitslosigkeit. Aber auch die Förderung der beruflichen Bildung ist ein zentraler Bestandteil arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen. Hierfür stehen Arbeitsagenturen und Jobcentern eine Vielzahl von Förderinstrumenten zur Verfügung, die in den Sozialgesetzbüchern II, III und IX verankert sind. Von Menschen, die von Arbeitslosigkeit bedroht oder bereits arbeitslos sind, bis hin zu jungen Menschen, die am Anfang ihres Berufslebens stehen, gibt es eine ganze Bandbreite an individuellen Förderleistungen.

Beschäftigungsfähigkeit

Beschäftigungsfähigkeit ist die Fähigkeit zur Teilhabe am Arbeits- und Berufsleben. Die individuelle Beschäftigungsfähigkeit ergibt sich aus persönlichen, fachlichen, sozialen und methodischen Kompetenzen sowie der individuellen Gesundheit und Arbeitsfähigkeit, aber auch der Arbeitsgestaltung und Führung im jeweiligen Unternehmen (vgl. Ilmarinen & Tempel 2013).

Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit als einen Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens, und nicht nur als das Fehlen von [Krankheit](#) oder [Gebrechen](#). Diese Gesundheit gilt es zu erhalten und zu fördern.

Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung ist ein Modell mit unterschiedlichen Strategien der Gesundheitsaufklärung, Gesundheitserziehung, [Gesundheitsbildung](#), Gesundheitsberatung, Gesundheitsselbsthilfe sowie [Präventivmedizin](#), welches über die bloße Verhütung von Krankheiten hinausgeht. („Ottawa-Charta“ zur Gesundheitsförderung“, WHO, 1986). Im Unterschied zur Krankheitsprävention, bei der es um eine Vermeidung bzw. Reduzierung von Krankheiten im Rahmen der Vorbeugung und Früherkennung geht, zielt die Gesundheitsförderung auf eine Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen und fördert ein selbstbestimmtes gesundheitsorientiertes Handeln.

Dabei fokussiert Gesundheitsförderung nicht nur auf ein gesundes Verhalten der/des Einzelnen, sondern insbesondere auf eine gesundheitsgerechte Gestaltung der sozialen, ökonomischen und Umweltbedingungen.

Gesundheitszirkel

Gesundheitszirkel sind zeitlich befristete Arbeitsgruppen aus Betroffenen (hier Erwerbslosen) als Experten in eigener Sache und Entscheidern innerhalb einer Organisation (hier Jobcenter), die verhaltens- und verhältnisbedingte Belastungen und Gefährdungen identifizieren und gemeinsam Empfehlungen zur gesundheitlichen Verbesserung der Bedingungen erarbeiten.

Jobcenter

Jobcenter sind zuständig für die Durchführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende (Hartz IV) nach dem SGB II. Jobcenter sind entweder eine gemeinsame Einrichtung (gE) der Bundesagentur für Arbeit und eines kommunalen Trägers (§ 44b, § 6d SGB II) oder die Einrichtung eines zugelassenen Kreises oder einer zugelassenen kreisfreien Stadt (zkT) gem. §§ 6a, 6d SGB II.

Kohärenzgefühl

Das Kohärenzgefühl (= Stimmigkeit, Zusammenhalt) wird von drei zentralen Empfindungen bestimmt: der Verstehbarkeit, der Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit, und dem Gefühl von Bedeutsamkeit bzw. Sinnhaftigkeit. Je weniger diese Empfindungen ausgeprägt sind, desto höher ist der Stress: Wer als Erwerbslose/r nicht versteht, was mit ihr/ihm geschieht, hat schnell das Gefühl, eine Herausforderung nicht bewältigen zu können und unterliegt einem hohen Stresspotenzial, das krank machen kann. Um gesund zu bleiben, müssen die Stressoren reduziert werden, und es muss gelernt werden, diese Stressoren zu bewältigen.

Partizipation, Empowerment und Lebenswelten (Settings)

Bei der Veränderung der Arbeits-, Umwelt- und Lebensbedingungen sowie des individuellen Verhaltens ist die aktive Beteiligung der Erwerbslosen (Partizipation) in konkreten Lebenswelten (Settings) wie Kita, Schule, Betrieb oder Stadtteil zentral. Dadurch sollen die Individuen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit erhalten und lernen, aktiv ihre eigenen gesundheitsbezogenen Interessen zu vertreten (Empowerment).

Lebenswelten sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports.

Primäre Prävention

Primäre Prävention zielt auf die Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken.

Salutogenese

Salutogenese (lat. salus ‚Gesundheit‘, ‚Wohlbefinden‘ und -genese, also etwa „Gesundheitsentstehung“) bezeichnet ein Rahmenkonzept, das sich auf Faktoren und dynamische Wechselwirkungen bezieht, die zur Entstehung und Erhaltung von Gesundheit führen. Nach dem Salutogenese-Modell ist Gesundheit nicht als Zustand, sondern als Prozess zu verstehen (vgl. Antonovsky 1997).

6 Literaturverzeichnis

Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Ausgabe von Alexa Franke. Tübingen. dgvt-Verlag

BARMER GEK (2013): Gesundheitsreport 2013. Wuppertal

BKK Bundesverband (2010): Gesundheitsreport 2010. Essen

Bundesagentur für Arbeit (2015): Modellprojekt zur Verknüpfung von Angeboten der Gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Dienstleistungsangebot der BA. Teilbericht der BA zur Evaluation (nicht veröffentlicht)

Bundesagentur für Arbeit; Gesetzliche Krankenversicherung (2012): Empfehlung zur Zusammenarbeit zwischen der Bundesagentur für Arbeit (BA) und der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit:

[Empfehlung zur Zusammenarbeit zwischen der Bundesagentur für Arbeit \(BA\) und der Gesetzlichen Krankenversicherung \(GKV\) zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit](#)

Doose, Stefan (2013): Neue Wege zur Inklusion durch Persönliche Zukunftsplanung, Sozialraumorientierung und personenzentrierte Dienstleistungen. In: Thielen, Marc; Katzenbach, Dieter; Schnell, Irmtraud (Hrsg.): Prekäre Übergänge? Erwachsenwerden unter den Bedingungen von Behinderung und Benachteiligung. Bad Heilbrunn. V. Julius Klinkhardt. S. 93 – 117

Garfinkel, Harold (1973): Das Alltagswissen über soziale und innerhalb sozialer Strukturen, In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.): Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit. Band 1. Reinbek. V. Rowohlt. S. 189 – 261

GESOMED (2015a): Modellprojekt von BA und GKV zur Verknüpfung von Maßnahmen der Arbeits- und Gesundheitsförderung im Setting. Evaluation von speziell auf Arbeitslose ausgerichteten Präventionskursen. Schlussbericht vom 16. Dezember 2015 (nicht veröffentlicht)

GESOMED (2015b): Modellprojekt von BA und GKV zur Verknüpfung von Angeboten der Gesetzlichen Krankenversicherung mit Maßnahmen der Arbeitsförderung. Formative Evaluation von Veranstaltungen zum Thema Prävention und Gesundheitsförderung. Schlussbericht vom 02. Oktober 2015 (nicht veröffentlicht)

GKV-Spitzenverband (2014a): [Leitfaden Prävention](#). Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014. In Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene.

GKV-Spitzenverband (2014b): Gemeinsame und einheitliche Evaluationsverfahren der gesetzlichen Krankenkassen zu § 20 SGB V. [Anwenderhandbuch Evaluation Teil 1](#): Evaluation des Individuellen Ansatzes: Kursmaßnahmen in den Handlungsfeldern Bewegungsgewohnheiten, Ernährung und Stressmanagement. Berlin.

GKV-Spitzenverband, MDS (2015): Präventionsbericht 2015. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2014. Berlin/Essen

Göhring-Lange, Gabriele (2011): Selbstbestimmte Teilhabe. Von der Theorie zur Umsetzung in der Praxis. Freiburg. neue caritas + Lambertus

Guggemos, Peter; Milles, Rhea (2015): Begleitforschung der HdBA zur Strukturentwicklung im Kooperationsprojekt von BA und GKV zur Gesundheitsförderung bei Langzeiterwerbslosen. Schlussbericht vom 09.12.2015. Mannheim. HdBA (nicht veröffentlicht)

Guggemos, Peter; Milles, Rhea (2016): Die interinstitutionelle Kooperation – Begleitforschungsbericht der HdBA (Kurzfassung). Mannheim. HdBA (siehe Projekt-Homepage)

Hafner, Sabine; Miosga, Manfred (Hrsg.) (2015): Regionale Nachhaltigkeitstransformation. Wissenschaft, Wirtschaft und Zivilgesellschaft im Dialog. München. V. Oekom

Hollederer, Alfons (Hrsg.) (2009): Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a. M. Fachhochschulverlag

Ilmarinen, Juhani; Tempel, Jürgen (2013): Arbeitsleben 2025. Das Haus der Arbeitsfähigkeit im Unternehmen bauen. Hrsg. von Marianne Giesert. Hamburg. VSA Verlag

Jordan, Susanne; von der Lippe, Elena (2013): Teilnahme an verhaltenspräventiven Maßnahmen. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt. 56(5/6). S. 878 – 884

Jost, Peter-Jürgen (2008): Organisation und Motivation – Eine ökonomisch-psychologische Einführung. Wiesbaden. V. Gabler

Kliche Thomas; Schreiner-Kürten Karin; Wanek Volker; Koch Uwe (2011): Gesundheitswirkungen von Prävention: Erprobung des Evaluations-systems der Krankenkassen im Individualansatz und erste Befunde aus 212 Gesundheitskursen. Gesundheitswesen 201. Ausgabe 73. S. 258 – 263

Matiaske, Wenzel 1999: Soziales Kapital in Organisationen. Eine tauschtheoretische Studie. München und Mering. R. Hampp Verlag

Miller, William R.; Rollnick, Stephen (2009): Motivierende Gesprächsführung, 3. Auflage. Freiburg im Breisgau. Lambertus

Miosga, Manfred; Hafner, Sabine (Hrsg.) (2014): Regionalentwicklung im Zeichen der Großen Transformation. Strategien für Ressourceneffizienz, demografischen Wandel und Innovationsfähigkeit. München. V. Oekom

Paul, Karsten I.; Moser, Klaus (2009): Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. Journal of Vocational Behavior 74. S. 264 – 282

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2006): Gesundheit in Deutschland. [Gesundheitsberichterstattung des Bundes](#). Robert Koch-Institut, Berlin

Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2012): BGS98: [Bundes-Gesundheitssurvey 1998](#). Erfahrungen, Ergebnisse, Perspektiven, Robert Koch-Institut, Berlin

Schaffer, Franz (2004): Lernende Region. Ein neuer Weg der regionalen Entwicklung. In: Schaffer, Franz; Spannowsky, Willy; Troeger-Weiss, Gabi; Goppel, Konrad (Hrsg.): Implementation der Raumordnung. Augsburg u. Kaiserslautern. Schriften zur Raumordnung und Landesplanung (Selbstverlag). S. 189 – 198

Schubert, Michael; Parthier, Katrin; Kupka, Peter; Krüger, Ulrich; Holke, Jörg; Fuchs, Philipp (2013): Menschen mit psychischen Störungen im SGB II. IAB-Forschungsbericht. Ausgabe 12/2013

Techniker Krankenkasse (2010): Gesundheitsreport 2010. Hamburg

Weltgesundheitsorganisation (1986): The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa. 21 November 1986

7 Anhang

7.1 Tabellarische Auswertung der Maßnahme-Dokumentation durch die Standorte

Projektstandorte:
Berlin Marzahn-Hellersdorf, Limburg-Weilburg, Mecklenburgische Seenplatte Nord, Nürnberg, Unna, Vogtland

Nummerierung der Maßnahmen	Anzahl der Maßnahmen	Vollständiger Maßnahmetitel
Maßnahme 1:	8	Schulungen Motivierende Gesundheitsgespräche der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der Jobcenter
Maßnahme 2:	34	Steuerkreissitzungen (inkl. Workshops der JC-/GKV-Vertreterinnen/-Vertreter)
Maßnahme 3:	15	Abstimmungen/Telefonkonferenzen/Sonstiges (z.B. A+G-Kongress)
Maßnahme 4:	1.366	Beratungen der Erwerbslosen mit Hilfe motivierender Gesundheitsgespräche
Maßnahme 5:	6	Infoveranstaltungen
Maßnahme 6:	9	„Fit for Life“-Veranstaltungen
Maßnahme 7:	4	Gesundheitstage
Maßnahme 8:	16	„AktivA“-Kurse
Maßnahme 9:	19	„JobFit“-Kurse
Maßnahme 10:	16	Präventionskurse zur Bewegung/Ernährung/Entspannung/Raucherentwöhnung

1 Zielebene für Veränderungen (nur wichtigste Ebene/n) gewichten: 1 = sehr wichtig, 2 = wichtig, 3 = wurde angesprochen	Maßnahme 1	Maßnahme 2	Maßnahme 3	Maßnahme 4	Maßnahme 5	Maßnahme 6	Maßnahme 7	Maßnahme 8	Maßnahme 9	Maßnahme 10
Vorlauf, Initiierung, Projektmotivation	1,00	1,22	1,08	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,14
Veränderung Entscheidungsstrukturen	1,75	1,67	2,00		2,00	2,00	3,00	3,00		3,00

1 Zielebene für Veränderungen (nur wichtigste Ebene/n) gewichten: 1 = sehr wichtig, 2 = wichtig, 3 = wurde angesprochen	Maßnahme 1	Maßnahme 2	Maßnahme 3	Maßnahme 4	Maßnahme 5	Maßnahme 6	Maßnahme 7	Maßnahme 8	Maßnahme 9	Maßnahme 10
Veränderung räumliche Gestaltung	2,33	2,00	1,50		3,00	3,00	2,00			
Veränderung Arbeitsabläufe (z. B. JC, Bildungsträger)	1,50	1,79	1,43		2,00	2,00	1,00	1,00		1,00
Kommunikation KK - JC	1,00	1,00	1,29				2,00	3,00		
Kommunikation JC - intern	1,33	1,21	1,33	1,00						
Kommunikation JC - Bildungsträger	3,00	1,63	1,57							
Kooperation mit externen Partnerinnen/Partner	2,00	1,76	1,88				1,00	1,00	1,00	1,00
Neue Versorgungsangebote für Erwerbslose	1,00	1,50	1,00	1,00			1,00	1,00	1,00	1,00
Individuelle Kenntnisse und Fähigkeiten	1,50	1,75	1,55	2,00			2,00	1,20		2,00

2 Themen (möglichst nur Haupt-Thema/en ankreuzen)	Maßnahme 1	Maßnahme 2	Maßnahme 3	Maßnahme 4	Maßnahme 5	Maßnahme 6	Maßnahme 7	Maßnahme 8	Maßnahme 9	Maßnahme 10
Bewegung	2	7		1	1	2	3	12	9	10
Ernährung	2	7		1	1	2	2	12	9	4
Stärkung der psychischen Ressourcen	3	3	2	1		2		16	19	1
Stressreduktion/ Entspannung	3	3		1		2	2	12	19	3
Soziale Beziehungen und Gesundheit	3	1	1	1		2	1	13	9	

2 Themen (möglichst nur Haupt-Thema/en ankreuzen)	Maß nah me 1	Maß nah me 2	Maß nah me 3	Maß nah me 4	Maß nah me 5	Maß nah me 6	Maß nah me 7	Maß nah me 8	Maß nah me 9	Maß nah me 10
Genuss-/Sucht- mittelkonsum	1	5		1		2			9	1
Führung/ Moderation	2	1	1							
Sonstiges	1	18	10	2				13	1	

3 Art der Inter- vention (ankreuzen)	Maß nah me 1	Maß nah me 2	Maß nah me 3	Maß nah me 4	Maß nah me 5	Maß nah me 6	Maß nah me 7	Maß nah me 8	Maß nah me 9	Maß nah me 10
Analyse (Bege- hung, Befragung)				1			1	1	1	1
Gesundheitszirkel					1					
Gesundheitstage, -woche							4			
Fort-/Weiterbildung	4									
Arbeits- /Projektgruppe	1	24	7							1
Präventionskurs			1					16	19	16
Informations- veranstaltung		2	4		6	9	2			
individuelle Beratung				3			2	1	1	

4 Arbeitsauf- wand (Anzahl eintragen)	Maß nah me 1	Maß nah me 2	Maß nah me 3	Maß- nah- me 4	Maß nah me 5	Maß nah me 6	Maß nah me 7	Maß nah me 8	Maß nah me 9	Maß nah me 10
Zahl der Termine/Treffen	16	39	25	1.366	7	19	4	100	105	108
(durchschnittli- che) Dauer der Termine/Treffen in Stunden	12,9	2,6	5,3	0,8	2,3	9,8	4,5	3,8	2,9	1,5
Zahl beteiligter Personen	16,0	7,7	4,7	21,0	27,2	8,5	6,0	2,4	1,5	1,4

4 Arbeitsaufwand (Anzahl eintragen)	Maßnahme 1	Maßnahme 2	Maßnahme 3	Maßnahme 4	Maßnahme 5	Maßnahme 6	Maßnahme 7	Maßnahme 8	Maßnahme 9	Maßnahme 10
geschätzte Arbeitszeit pro Person (in Std.)	20,8	3,9	10,6	20,7	6,0	16,0	5,0	11,1	17,7	6,0
Anzahl Beteiligte aus externer Institution	1,3	2,8	3,0		3,0		10,7	2,4	1,5	1,1

5 Erreichte Personen der Zielgruppe(n) (Anzahl eintragen)	Maßnahme 1	Maßnahme 2	Maßnahme 3	Maßnahme 4	Maßnahme 5	Maßnahme 6	Maßnahme 7	Maßnahme 8	Maßnahme 9	Maßnahme 10
Anzahl der teilgenommenen Erwerbslosen insgesamt				1.366	155	163	371	147	177	95
Anzahl der beteiligten JC-MA/Maßnahme	22,3	2,7	2,2	27,0	1,0		2,0			
Anzahl der beteiligten MA von Weiterbildungsträger/Maßnahme	1,0	2,0	4,2			1,0	1,0	2,0	1,0	
Anzahl externe Kooperationspartnerinnen/-partner/Maßnahme	2,0	2,8	5,0		2,3	2,0	8,0		1,4	1,2

7.2 Ablaufplan für die Evaluation der GKV-Präventionskurse

„Und keiner kann´s glauben – Stressfaktor Arbeitslosigkeit“ (bzw. Adaption „Das Stresst mich nicht mehr“) und „AktivA: Aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit“ im BA-GKV-Kooperationsprojekt

1. Die GKV-Federführung am Standort informiert den Kursleiter bei der Beauftragung zur Durchführung des Kurses über die folgenden Evaluations-Schritte und überreicht ihm folgende Dokumente:
 - den Eingangsfragebogen (beidseitig kopiert, Anlage 1),
 - den Schlussfragebogen (beidseitig kopiert, Anlage 2) sowie
 - den Dokumentationsbogen (Anlage 3)
2. Zu Beginn der ersten Kurseinheit motiviert der Kursleiter die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zur Beteiligung an der Evaluation und lässt den Eingangsfragebogen von allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern ausfüllen. Die ausgefüllten Exemplare verwahrt er bis zum Ende des Kurses.
3. In der letzten Kurseinheit lässt der Kursleiter den Schlussfragebogen von allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern ausfüllen und sendet die ausgefüllten Exemplare der Eingangs- und der Schlussbefragung sowie den ausgefüllten Dokumentationsbogen in einem Kuvert an den GKV-Federführer am Projektstandort. Der GKV-Federführer kann daran feststellen, dass die Befragung durchgeführt wurde.
4. Die GKV-Federführung leitet die Bögen weiter an die Firma
GESOMED
Häusleacker 12
79112 Freiburg.

Anlage 1

I-1	Eingangsfraagebogen für Gesundheitskurse
------------	---

1. Wie haben Sie von diesem Angebot erfahren? (Mehrere Kreuze möglich)

<input type="checkbox"/> von Verwandten, Freunden, Bekannten, Kollegen	<input type="checkbox"/> von meiner Krankenkasse
<input type="checkbox"/> von meinem Ansprechpartner im Jobcenter	<input type="checkbox"/> von einem Bildungs-/Beschäftigungsträger
<input type="checkbox"/> durch eine Infoveranstaltung beim Jobcenter	<input type="checkbox"/> aus Presse/Rundfunk/Fernsehen
<input type="checkbox"/> aus dem Internet	<input type="checkbox"/> sonstiges, nämlich:

2. Haben Sie in den letzten zwölf Monaten schon an anderen Gesundheitskursen teilgenommen, die von Ihrer Krankenkasse gefördert wurden? (Bitte in jeder Zeile ein Kreuz)

Bewegungskurs	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ernährungs- oder Gewichtsreduktionskurs	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stressbewältigungs- oder Entspannungskurs	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

3. Diese Fragen betreffen nicht nur das Thema des von Ihnen besuchten Kurses. Sie ermöglichen aber Vergleiche mit anderen Kursen und Gruppen und sind darum wichtig. Bitte kreuzen Sie an, wie häufig die folgenden Aussagen in den letzten vier Wochen auf Sie zutrafen! Bitte in jeder Zeile ein Kreuz!

In den letzten vier Wochen:	immer					nie
habe ich wo es ging Bewegungsmöglichkeiten im Alltag genutzt (Treppen steigen, Wege mit dem Fahrrad oder zu Fuß)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
habe ich mindestens einmal in der Woche Sport getrieben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
habe ich Sport zusammen mit anderen getrieben (Verein, Gruppe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hatte ich Freude an Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
habe ich täglich frisches Gemüse, Obst oder Salat gegessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
habe ich darauf geachtet, nicht zu fett zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
habe ich mich ausgewogen und abwechslungsreich ernährt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
habe ich darauf geachtet, nicht zu viel zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
habe ich die Ursachen von unangenehmem Stress erkannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
konnte ich Stress-Situationen gut bewältigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
habe ich versucht, gegen die Ursachen von Stress etwas zu tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hatte ich gute Methoden, um mich zu entspannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen vier Wochen?

keine Schmerzen	sehr leicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen vier Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltags-tätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

überhaupt nicht	ein bisschen	mäßig	ziemlich	sehr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen vier Wochen gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Kästchen an, das Ihrem Befinden am ehesten entspricht).

Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen ...	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
... voller Schwung?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... sehr nervös?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... ruhig und gelassen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... voller Energie?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... entmutigt und traurig?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... erschöpft?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... glücklich?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... müde?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

8. Wie viele Tage waren Sie in den vergangenen sechs Monaten insgesamt so krank, dass Sie Ihrer üblichen Tätigkeit nicht nachgehen konnten?

ungefähr Tage keinen Tag

9. Körpergröße und Gewicht

Körpergröße: ___ ___ ___ cm (ohne Schuhe) Jetziges Gewicht: ___ ___ ___ kg (ohne Kleidung)

Falls Sie abnehmen möchten, welches Gewicht möchten Sie erreichen? Wunschgewicht: ___ ___ ___ kg (ohne Kleidung)

10. In welcher beruflichen Stellung waren Sie zuletzt tätig?

- | | |
|--|---|
| 01 <input type="checkbox"/> in Ausbildung | 06 <input type="checkbox"/> selbständige Meister |
| 02 <input type="checkbox"/> angelernte/ungelernte Arbeiter | 07 <input type="checkbox"/> ausführende Angestellte (Verkäuf., Schreibkr.) |
| 03 <input type="checkbox"/> Facharbeiter, Gesellen | 08 <input type="checkbox"/> mittlere Angestellte |
| 04 <input type="checkbox"/> Vorarbeiter/Poliere | 09 <input type="checkbox"/> leitende Angestellte (Prokurist, Geschäftsführer) |
| 05 <input type="checkbox"/> Meister im Arbeits-/Angestelltenverhältnis | 11 <input type="checkbox"/> selbständige, freie Berufe |

11. Geschlecht

1 weiblich 2 männlich

12. Geburtsdatum *

___ ___ 19 ___
Tag Monat Jahr

* Tag und Monat werden nur dazu verwandt, den Eingangs- und den Schlussfragebogen zur Auswertung zusammenzuführen.

13. Schulabschluss

- | | | |
|--|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> noch in der Schule | 3 <input type="checkbox"/> Volks-/Hauptschule | 5 <input type="checkbox"/> (Fach-)Hochschulreife, Abitur |
| 2 <input type="checkbox"/> kein Schulabschluss | 4 <input type="checkbox"/> Realschule/mittl. Reife/POS | 6 <input type="checkbox"/> sonstiges |

14. Krankenkasse

- | | | |
|--------------------------------|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> AOK | 3 <input type="checkbox"/> Ersatzkasse | 5 <input type="checkbox"/> andere gesetzliche Kasse |
| 2 <input type="checkbox"/> BKK | 4 <input type="checkbox"/> IKK | 6 <input type="checkbox"/> private Kasse, Beihilfe |

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung an dieser Befragung!

I-1 Eingangsfragebogen, Vers. BA/GKV, 14/10/2014

Anlage 2

I-2	Schlussfragebogen für Gesundheitskurse
------------	---

<p>1. War die Teilnahme alles in allem für Sie eher ein Erfolg oder eher ein Misserfolg? (Bitte nur ein Kreuz)</p> <p style="text-align: center;">eher ein Erfolg 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> eher ein Misserfolg</p>

<p>2. Wie beurteilen Sie die folgenden Gesichtspunkte des von Ihnen besuchten Kurses? (Bitte in jeder Zeile ein Kreuz)</p>					
	sehr gut				sehr schlecht

die Ankündigung und Information über den Kurs	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
die Eignung der Räumlichkeiten (Ausstattung/Atmosphäre)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
die Medien und Materialien	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

die Größe und Zusammensetzung des Teilnehmerkreises	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

die Verständlichkeit der Informationen und Anleitungen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
die Art und Weise, wie die Inhalte vermittelt wurden	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Eingehen auf Fragen und Bedürfnisse der Teilnehmer/innen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
die Art und Weise, wie der Bezug zum Alltag hergestellt wurde	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

<p>3. Diese Fragen betreffen nicht nur das Thema des von Ihnen besuchten Kurses. Sie ermöglichen aber Vergleiche mit anderen Kursen und Gruppen und sind darum wichtig. Bitte kreuzen Sie an, wie häufig die folgenden Aussagen in den letzten vier Wochen auf Sie zutrafen! Bitte in jeder Zeile ein Kreuz!</p>					
	immer				nie

habe ich wo es ging alle Bewegungsmöglichkeiten im Alltag genutzt (Treppen steigen, Wege mit dem Fahrrad oder zu Fuß)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
habe ich mindestens einmal in der Woche Sport getrieben	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
habe ich Sport zusammen mit anderen getrieben (Verein, Gruppe)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

hatte ich Freude an Bewegung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

habe ich täglich frisches Gemüse, Obst oder Salat gegessen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
habe ich darauf geachtet, nicht zu fett zu essen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
habe ich mich ausgewogen und abwechslungsreich ernährt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

habe ich darauf geachtet, nicht zu viel zu essen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

habe ich die Ursachen von unangenehmem Stress erkannt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
konnte ich Stress-Situationen gut bewältigen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
habe ich versucht, gegen die Ursachen von Stress etwas zu tun	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

hatte ich gute Methoden, um mich zu entspannen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

<p>4. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?</p>					
ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	

<p>5. Im Vergleich zum letzten Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?</p>					
derzeit viel besser	derzeit etwas besser	etwa wie vor einem Jahr	derzeit etwas schlechter	derzeit viel schlechter	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	

6. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen vier Wochen?

keine Schmerzen	sehr leicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

7. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen vier Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltags-tätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

überhaupt nicht	ein bisschen	mäßig	ziemlich	sehr
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

8. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen vier Wo-chen gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Kästchen an, das Ihrem Befinden am ehesten entspricht).

Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen ...

	immer	meistens	ziemlich oft	manch-mal	selten	nie
... voller Schwung?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... sehr nervös?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... ruhig und gelassen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... voller Energie?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... entmutigt und traurig?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... erschöpft?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... glücklich?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... müde?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

9. Wie viel wiegen Sie im Moment? Jetziges Gewicht: ___ ___ ___ kg (ohne Kleidung)

Falls Sie (weiter) abnehmen möchten, welches Gewicht möchten Sie erreichen? Wunschgewicht: ___ ___ ___ kg (ohne Kleidung)

10. An wie vielen Kurstreffen haben Sie teilgenommen? Anzahl Treffen: ___ ___

11. Glauben Sie, dass die Kursteilnahme dazu beiträgt, dass Sie Ihre Bemühungen um eine Arbeitsauf-nahme besser bewältigen können?

überhaupt nicht	ein bisschen	mäßig	ziemlich	sehr
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

12. Einmal unabhängig von dem speziellen Kurs, den Sie besucht haben: wie bewerten Sie es, dass man Sie gerade im Zusammenhang mit der Arbeitssuche zu einem Gesundheitskurs motiviert hat?

sehr gut 1 2 3 4 5 6 sehr schlecht

13. Geburtsdatum*/(Tag/Monat/Jahr) ___ ___ ___ 19 ___ ___

* Tag und Monat werden nur dazu verwendet, den Eingangs- und den Schlussfragebogen zur Auswertung zusammenzuführen.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung an dieser Befragung!

I-2 Schlussfragebogen, Vers. BA/GKV, 14/10/2014

Anlage 3

Dokumentationsbogen/Begleitbogen für Kurse	
---	--

Kursart
¹ <input type="checkbox"/> „Und keiner kann´s glauben – Stressfaktor Arbeitslosigkeit“ bzw. Adaption „Das stresst mich nicht mehr“ ² <input type="checkbox"/> AktivA „Aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit“ ³ <input type="checkbox"/> Anderer Kurs, nämlich:

<i>Datum Beginn</i>	<i>Datum Ende</i>	<i>Anzahl Treffen</i>	<i>Gesamtdauer in Std.</i>
____ 20 ____ <small>Monat Jahr</small>	____ 20 ____ <small>Monat Jahr</small>		<small>(Summe Zeitstunden alle Treffen)</small>

Anzahl Teilnehmer bei Beginn:	Anzahl Teilnehmer bei Ende:
--------------------------------------	------------------------------------

Veranstalter:
Straße
PLZ Ort
Name Kontaktperson:
----- Telefon und E-Mail:

Für jeden Kurs einen Bogen mit den Teilnehmerfragebögen abgeben! Zur Auswertung senden an: GESOMED Häusleacker 12 79112 Freiburg

7.3 Ablaufplan für die Evaluation der GKV-Veranstaltungen im Setting im BA-GKV-Kooperationsprojekt

1. Für die Evaluation der Maßnahmen im Setting (außer Präventionskurse) wurden der Kurzfragebogen (Anlage 1) sowie der Doku-/Begleitbogen für Veranstaltungen im Setting (Anlage 2) entwickelt. Die GKV-Federführung am Standort informiert den Leiter/Verantwortlichen der Veranstaltungen bei Abschluss des Vertrags zur Durchführung dieser Veranstaltung über die Evaluation und überreicht ihm
 - den Kurzfragebogen sowie
 - den Doku-/Begleitbogen für Veranstaltungen im Setting
2. Am Ende der Veranstaltung lässt der Leiter/Verantwortliche den Kurzfragebogen von allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern ausfüllen und sendet die ausgefüllten Exemplare sowie den ausgefüllten Doku-/Begleitbogen in einem Kuvert an den GKV-Federführer am Projektstandort. Der GKV-Federführer kann daran feststellen, dass die Befragung durchgeführt wurde.
3. Die GKV-Federführung leitet die Bögen weiter an die Firma
GESOMED
Häusleacker 12
79112 Freiburg.
und erhält innerhalb weniger Tage von GESOMED eine tabellarische Auswertung der Befragung, die er an die Veranstaltungsleitung weitergibt.

Anlage 1

Fragebogen zur Bewertung von Veranstaltungen

1. Wie haben Sie von dieser Veranstaltung erfahren? (Mehrere Kreuze möglich)

- von Verwandten, Freunden, Bekannten, Kollegen von meiner Krankenkasse
 von meinem Ansprechpartner im Jobcenter von einem Bildungs-/Beschäftigungsträger
 durch eine Info/Aushang im Jobcenter anders, nämlich:

2. Wie viel hat Ihnen die Veranstaltung in den unten genannten Bereichen "gebracht"?

(Bitte in jeder Zeile 1 Kreuz)

	sehr viel	viel	wenig	nichts
Neue Informationen zu meiner Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anregungen, etwas für mich und meine Gesundheit zu tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Austausch mit anderen Personen in ähnlicher Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neues zum Zusammenhang von Gesundheit und Arbeitsuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neue Impulse für meine Bewerbungsaktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderes, nämlich:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Kann Ihnen die Veranstaltung speziell in Ihrer jetzigen Lebenssituation nutzen?

- ja, nämlich (bitte in Stichwörtern):

 weiß (noch) nicht

 nein

4. Wie bewerten Sie rückblickend die Veranstaltung insgesamt?

sehr gut 1 2 3 4 5 6 sehr schlecht

5. Haben Sie Wünsche für ähnliche Veranstaltungen?

Alter: _____ Jahre	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Schulabschluss: <input type="checkbox"/> (noch) keiner <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Gymnasium
----------------------------------	--	---

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung an dieser Befragung!

Vers. 14/10/2014

Anlage 2

Dokumentationsbogen/Begleitbogen für Veranstaltungen

Art der Veranstaltung

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1 Gesundheitszirkel, Titel: |
| <input type="checkbox"/> | 2 Informationsveranstaltung, Titel: |
| <input type="checkbox"/> | 3 Gesundheitstag, Titel: |
| <input type="checkbox"/> | 4 Workshop für spezielle Zielgruppen, Titel: |
| <input type="checkbox"/> | 5 Sonstiges, Titel: |

Datum Beginn	Anzahl Teilnehmer	Anzahl Treffen	Gesamtdauer in Std.
_____ 20 _____ <small>Monat Jahr</small>			(Summe Zeistunden alle Treffen)

Veranstalter:

Straße

PLZ Ort

Name/Telefon Kontaktperson

E-Mail (Druckbuchstaben, (wichtig für Ergebnisdatei))
--

<p>Für jede Veranstaltung einen Bogen mit den Teilnehmerfragebögen abgeben! Zur Auswertung senden an: GESOMED Häusleacker 12 79112 Freiburg</p>
--

7.4 Befragung der Integrationsfachkräfte vor der Qualifizierungsmaßnahme „Motivierende Gesundheitsgespräche für Arbeitslose“

Teil 1: Vorher-Befragung

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

Die Gesundheit der Kundinnen und Kunden ist ein entscheidender Faktor für eine erfolgreiche Integration in den Arbeitsmarkt.

Bevor Sie nun an der folgenden Qualifizierungsveranstaltung teilnehmen, bitten wir Sie kurz um die Bewertung folgender Aussagen.

Die Befragung erfolgt anonym, personenbezogene Daten werden nicht erhoben bzw. ausgewertet.

Gehören Sie zur Gruppe
 der Fallmanager/innen oder
 der persönliche/n Ansprechpartner/innen?

Vor der Qualifizierungsveranstaltung...

	Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?	trifft vollkommen zu	trifft überhaupt nicht zu
1.	Aus welchen Gründen nehmen Sie an der Schulung teil? (<i>Mehrfachnennung möglich</i>) Vom Vorgesetzten empfohlen/initiiert: Interesse an gesundheitsorientierter Beratung: Sonstiges und zwar:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
2.	Durch die Informationen vor Schulungsbeginn habe ich eine klare Vorstellung über die Ziele und Inhalte der Veranstaltung bekommen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
3.	Gesundheitsorientierte Beratung der Kundinnen und Kunden ist für mich bereits bisher ein wesentlicher Bestandteil der Vermittlungs- und Integrationsarbeit.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
4.	Ich habe in meinem Arbeitsalltag Kundinnen und Kunde bereits auf Präventionskurse der Krankenkassen hingewiesen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
5.	Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen / Anregungen zu diesem Abschnitt:		

Im Anschluss an die Veranstaltung möchten wir Sie erneut befragen.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

7.5 Befragung der Integrationsfachkräfte nach der Qualifizierungsmaßnahme „Motivierende Gesundheitsgespräche für Arbeitslose“

Teil 2: Nachher-Befragung

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

Ziel dieser Qualifizierungsveranstaltung war es,

- Sie zu gesundheitsorientierten Aspekten in der Beratung zu qualifizieren,
- Ihnen Netzwerkpartner und deren Maßnahmeangebote vorzustellen.

Wir bitten Sie daher um Ihre Rückmeldung zu dieser Qualifizierungsveranstaltung. Ihre Angaben sollen insbesondere dazu dienen, die Schwerpunkte der Veranstaltung noch besser an die Bedürfnisse zukünftiger Teilnehmerinnen und Teilnehmer anzupassen.

Gehören Sie zur Gruppe

- der Fallmanager/innen oder
 der persönlichen Ansprechpartner/innen?

Inhalt und Aufbau ...

	Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?	trifft vollkommen zu	trifft überhaupt nicht zu
1.	Der Aufbau der Qualifizierungsmaßnahme war interessant gestaltet.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
2.	Die Inhalte der Qualifizierungsmaßnahme waren interessant gestaltet.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
3.	Die Inhalte waren für mich gut zu verstehen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
4.	Die Trainerinnen bzw. Trainer sind auf die Bedürfnisse der Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingegangen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
5.	Die Inhalte waren praxisnah und wurden mit Beispielen veranschaulicht.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
6.	Falls Ihnen die Praxisnähe gefehlt hat, welche Punkte müssten Ihrer Meinung nach noch ergänzt werden, um mehr Praxisnähe herstellen zu können?		
7.	Ich fühle mich durch die vermittelten Informationen in der Lage, meine Beratungsgespräche künftig stärker unter Einbezug von Aspekten der Gesundheitsorientierung durchzuführen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
8.	Aus meiner Sicht wäre ein inhaltlich umfangreicheres Qualifizierungsangebot zu diesem Thema hilfreich.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
9.	Zu folgenden Themengebieten würde ich mir Vertiefungen / Ergänzungen wünschen:		
10.	Hier ist Platz für sonstige Anmerkungen / Anregungen zu diesem Abschnitt:		

Rahmenbedingungen ...

	Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?	trifft vollkommen zu						trifft überhaupt nicht zu					
1.	Die Schulungsmaterialien waren hilfreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Die Organisation war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Die Planung war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Der zeitliche Umfang der Schulung war angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Die Teilnehmeranzahl ermöglichte eine zielorientierte Vorgehensweise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen / Anregungen zu diesem Abschnitt:												

Gesamtzufriedenheit ...

	Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?	trifft vollkommen zu						trifft überhaupt nicht zu					
7.	Ich fand die Schulung toll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Ich glaube, dass sich die erworbenen Kenntnisse gut in der Vermittlungs- und Integrationsarbeit einbinden lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Nach meiner Meinung können die angebotenen Maßnahmen der Gesundheitsorientierung einen Beitrag leisten, den Integrationsprozess für meine Kunden zu unterstützen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Ich habe viel gelernt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Ich würde die Veranstaltung weiterempfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Welche Anregungen / Änderungs- oder Verbesserungsvorschläge haben Sie für die künftige Gestaltung der Schulungsmaßnahme?												

7.6 Befragung der Integrationsfachkräfte nach Einführung der Gesundheitsorientierung in den Standorten

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

unser Ziel ist es, die Gesundheitsorientierung in die Beratungsdienstleistung der Grundsicherung nachhaltig zu verankern. Sie nehmen nun seit einigen Wochen an der Modellerprobung teil und haben ggf. auch eine zusätzliche Qualifizierungsmaßnahme durchlaufen. Wir möchten daher erneut Ihr Feedback einholen.

Die Befragung erfolgt anonym, personenbezogene Daten werden nicht erhoben bzw. ausgewertet.

Gehören Sie zur Gruppe

- der Fallmanager/innen oder
 der persönliche/n Ansprechpartner/innen?

Fragenkatalog

	Inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?	trifft vollkommen zu	trifft überhaupt nicht zu
1.	Ich kann gesundheitsorientierende Aspekte gut in meine Beratung integrieren.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
2.	Das Angebot wird gerne durch die Kundinnen und Kunden angenommen. - Wenn eher nein, welche Gründe sprechen aus Kundensicht dagegen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 _____
3.	Die Rückmeldung der Kundinnen und Kunden zu den Präventionsmaßnahmen, die teilgenommen haben waren positiv.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
4.	Bei Kundinnen und Kunden die teilgenommen haben, stelle ich verbesserte Integrationsmöglichkeiten fest (z.B. höhere Motivation, verstärkte Eigeninitiative).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
5.	Meine Beratungsqualität wurde durch die Qualifizierung gesteigert.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
6.	Die Schulung hat mir ein sinnvolles Beratungsinstrument vermittelt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
7.	Aus meiner Sicht wäre ein inhaltlich umfangreicheres Qualifizierungsangebot zu diesem Thema hilfreich.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
8.	Zu folgenden Themengebieten würde ich mir Vertiefungen / Ergänzungen wünschen:		
9.	Hier ist Platz für Ihre Anmerkungen / Anregungen zu diesem Abschnitt:		

7.7 Leitfaden der Befragungen im Rahmen der ersten Interviewphase der Begleitforschung der HdBA

Leitfragen zur Befragung der Standort-Verantwortlichen

Anmerkungen vorab: Das Fettgedruckte sind die Leitfragen die im Rahmen des Interviews immer gestellt werden. Die Unterpunkte können im Interview besprochen werden, müssen aber nicht (flexible Anpassung je nach Situation und der während des Interviews auftretenden Schwerpunkte).

Die Audioaufnahme eines Interviews wird nur als Hilfe zur Verschriftlichung eines Interviews genutzt und nicht veröffentlicht. Alle Interviews werden anonymisiert und sprachlich leicht geglättet¹⁶.

Welche Motivation hat Sie veranlasst an diesem Projekt mitzuwirken?

Beruht die Entscheidung auf geschäftspolitischen Vorgaben?

Wurden zuvor gesundheitsorientierte Zugänge zu den sozialen KundInnen (wie Amiga, AktivA, Job-Fit o. ä.) ausprobiert?

Werden qualitativ neuartige Ergebnisse von der Teilnahme erwartet?

Welche projektrelevanten Vorkenntnisse haben Sie:

im Bereich Arbeitsvermittlung?

im Bereich Gesundheitsförderung/Gesundheit von Langzeiterwerbssuchenden?

in der Verzahnung beider Bereiche?

im Coaching der Zielgruppe?

Was verstehen Sie ganz persönlich unter Gesundheitsförderung?

Ist es aus Ihrer Sicht sinnvoll die Bereiche Arbeits- und Gesundheitsförderung miteinander zu verknüpfen?

Welche Erwartungen haben Sie an die Verknüpfung der Bereiche?

Welchen Sinn hat aus ihrer Sicht in diesem Zusammenhang die Einbindung der Gesundheitsthematik in den bei Ihnen erprobten Zugangsweg¹⁷ ?

¹⁶ D. h. sowohl bei den Interviewten wie den Interviewenden werden mhs, ähs etc. gestrichen und Sätze ggf. in eine grammatikalisch korrekte Form gebracht – ohne jedoch den Inhalt des Gesprochenen zu verändern.

¹⁷ Also entweder „Integrationsfachkraft“, „Maßnahme beim Bildungsträger (MAT)“ oder „Fachdienste der Bundesagentur für Arbeit (Ärztlicher Dienst und Berufspsychologischer Service)“.

Welche Akteure sollten Ihrer Meinung nach am Projekt mitwirken um dieses zum Erfolg zu führen?

Welchen Beitrag sollten die genannten Akteure leisten?

Können/konnten diese Akteure für eine Zusammenarbeit gewonnen werden? (Wenn nein, welche Hinderungsgründe bestehen/bestanden?)

Wie sollte die Kooperationsstruktur der genannten Akteure aussehen (Bsp.: Projektlenkungsausschuss, Projektmanagement-Leitung für das operative Geschäft, Teilprojektverantwortliche, etc.)?

Wie sollen die Strukturen institutioneller Anbindung gestaltet sein (bei Arbeitsagentur/SGBII Jobcenter/gemeinsamer Einrichtung; bei KK vor Ort, sowie in der KK-Hierarchie; bei sonst. Ausschüssen/polit. Gremien)?

Wie sollte die gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit gestaltet werden?

Wie ist Ihrer Meinung nach das bisherige Kooperationsklima einzuschätzen?

Welche Leistungsinputs hatten Sie in der Vergangenheit von PartnerInnen aus ihrer eigenen Organisation/aus anderen Organisationen an Ihrem Projektstandort?

Welche erwarten Sie noch (in den nächsten 6/12 Monaten)?

Inwiefern wurden die bisherigen Erwartungen erfüllt? Inwiefern weniger bis gar nicht?

Bestehen Ihrer Meinung nach gegenläufige (z. B. konkurrierende) Interessen von Seiten der einzelnen PartnerInnen?

Wie würden Sie das gegenseitige Vertrauen der einzelnen NetzwerkpartnerInnen beschreiben? Was wäre notwendig um dieses Vertrauen zu verbessern? Gab es bereits entsprechende Maßnahmen?

Wie schätzen Sie die das bisher Erreichte ein? Welche Erwartungen haben sie an die kommenden 3 Monate?

Wie zufrieden sind Sie mit der bisherigen Arbeit? Was läuft gut, was schlecht bzw. schleppend?

Haben Sie einen wesentlichen Punkt vermisst den Sie noch gerne ansprechen würden?

Oder Anregungen was ins Projekt aufgenommen bzw. was modifiziert werden sollte?

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

7.8 Leitfäden der Befragungen im Rahmen der zweiten Interviewphase der Begleitforschung der HdBA

Leitfaden zur Befragung der Bildungsträger bei dem Zugangsweg MAT

Anmerkungen vorab: Das Fettgedruckte sind die Leitfragen die im Rahmen des Interviews immer gestellt werden. Die Unterpunkte können im Interview besprochen werden, müssen aber nicht (flexible Anpassung je nach Situation und der während des Interviews auftretenden Schwerpunkte).

Die Audioaufnahme eines Interviews wird nur als Hilfe zur Verschriftlichung eines Interviews genutzt und nicht veröffentlicht. Alle Interviews werden anonymisiert und sprachlich leicht geglättet¹⁸.

Könnten Sie mir kurz ihren typischen Berufsalltag schildern, und wie Sie zu dem Projekt kamen?

Kann ihr Bildungsträger bei der Durchführung der MAT mit integriertem Gesundheitsbereich auf eigene Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter zugreifen?

Wer führt die Gesundheitsförderung durch? Eigene Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter oder Personen „von außen“?

Wurden Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter eigens für die Durchführung der Gesundheitsförderung qualifiziert?

Führt eine Person sowohl die Gesundheitsförderung als auch die Arbeitsförderung durch oder unterschiedliche?

Welche Vorerfahrungen haben Sie und ihr Bildungsträger in dem Bereich der Arbeits- und Gesundheitsförderung?

Haben Sie bereits Erfahrungen im Bereich der Gesundheitsförderung von (Langzeit)Erwerbslosen? Hätten Sie Empfehlungen auf was man besonders in dem Projekt „Gesundheitsförderung Arbeitsloser“ achten sollte? Beispielsweise wichtige Erfolgsvariablen, mögliche Stolpersteine und Bewältigungsstrategien u. ä.

Ist es aus Ihrer Sicht sinnvoll die Bereiche Arbeits- und Gesundheitsförderung miteinander zu verknüpfen?

Welchen Sinn hat aus ihrer Sicht in diesem Zusammenhang die Einbindung der Gesundheitsthematik in die MAT?

Welche Erwartungen haben Sie an die Verknüpfung der Bereiche?

¹⁸ D. h. sowohl bei den Interviewten wie den Interviewenden werden mhs, ähs etc. gestrichen und Sätze ggf. in eine grammatikalisch korrekte Form gebracht – ohne jedoch den Inhalt des Gesprochenen zu verändern.

Wie wurde bisher die Verknüpfung der MAT mit der Gesundheitsthematik bei den TeilnehmerInnen aufgenommen?

Könnten Sie mir zwei typische Beispiele schildern.

Was hat sich aus Ihrer Sicht besonders in der Darstellung bewährt und was nicht?

Welchen Stellenwert hat für Sie der neue Gesundheitsbereich bei der Durchführung der MAT? Aus Ihrer Sicht und aus Teilnehmersicht?

Sollten diese Maßnahmen nach Ihrer Meinung generell Eingang in alle MAT finden?

Wie würden Sie die Projektsituation speziell an ihrem Standort beurteilen?

Hinsichtlich der Wirksamkeit des Zugangswegs MAT zur Erreichung von Gesundheitsförderung/Krankheitsprävention und Arbeitsmarktintegration

Hinsichtlich der Verknüpfung von regulärer MAT und freiwilligem Präventionskurs

Hinsichtlich der bisherigen Marketing-Maßnahmen¹⁹ zur Gewinnung von Kunden?

Was könnte Ihrer Meinung nach verbessert werden?

Hinsichtlich der bisherigen Rückmeldungen von TeilnehmerInnen?

sowie hinsichtlich der Rückmeldungen von Kundinnen und Kunden, die sich gegen die Teilnahme an dem Gesundheitsbereich der MAT entschieden haben?

Was sind Ihrer Meinung nach generelle Erfolgskriterien und Risiken von MAT mit integriertem Gesundheitsfokus?

Welcher Personenkreis eignet sich besonders für solche Projekte (nach z. B. Geschlecht, Alter, Gesundheitsstatus, Branche, Nationalität, sonstigen Merkmalen wie z. B. alleinstehend...)?

Haben Sie einen wesentlichen Punkt vermisst den Sie noch gerne ansprechen würden?

Oder haben Sie Anregungen was in das Projekt aufgenommen bzw. was modifiziert werden sollte?

VIELEN DANK FÜR IHRE UNTERSTÜTZUNG!

¹⁹ Hier verstanden als dem Verkauf des Dienstleistungsproduktes dienende Maßnahmen, also all das was getan wird um die KundInnen (Zielgruppe) von der Teilnahme an den Präventionsangeboten (Ziel) zu überzeugen und die KundInnenzufriedenheit sicherzustellen, z.B. Schulungen der Dienstleister, Fachkompetenz der Dienstleister, Newsletter für die KundInnen, Flyer für die KundInnen, Radiobeitrag im Rahmen der Öffentlichkeit, Räumlichkeiten für die Durchführung der Angebote, etc.

Leitfaden zur Befragung der Fachdienste

Anmerkungen vorab: Das Fettgedruckte sind die Leitfragen die im Rahmen des Interviews immer gestellt werden. Die Unterpunkte können im Interview besprochen werden, müssen aber nicht (flexible Anpassung je nach Situation und der während des Interviews auftretenden Schwerpunkte).

Die Audioaufnahme eines Interviews wird nur als Hilfe zur Verschriftlichung eines Interviews genutzt und nicht veröffentlicht. Alle Interviews werden anonymisiert und sprachlich leicht geglättet²⁰.

Könnten Sie mir kurz ihren typischen Berufsalltag schildern, und wie Sie zu dem Projekt kamen?

Haben Sie bereits Erfahrungen im Bereich der Gesundheitsförderung von (Langzeit)Erwerbslosen aus ähnlichen Projekten?

Wenn Sie Vorerfahrungen haben, hätten Sie Empfehlungen für das jetzige Projekt, die Gesundheitsförderung Arbeitsloser“?

Zum Beispiel wichtige Erfolgsvariablen, Stolpersteine und mögliche Bewältigungsstrategien u. ä.

Ist es aus Ihrer Sicht sinnvoll die Bereiche Arbeits- und Gesundheitsförderung miteinander zu verknüpfen?

Welchen Sinn macht aus ihrer Sicht die Verbindung der Arbeitsförderung mit der Gesundheitsförderung?

Welchen Sinn hat aus ihrer Sicht die Verknüpfung des Kurses fit-for-life mit den Präventionskursen AktivA/jobfit?

Wie erleben Sie die Erweiterung des Aufgabenfeldes der Fachdienste im Rahmen des Projektes um den Präventionsbereich?

Eher als sinnvolle Ergänzung oder eher als schwierig kommunizierbar?

Welche Erfahrungen haben Sie bisher in der Vorstellung und Durchführung von fit-for- life gemacht?

Könnten Sie mir zwei typische Beispiele schildern.

Wie sieht momentan der typische Weg von der Vorstellung des Kurses bis zur Beendigung aus? Also hinsichtlich der Kursgestaltung, Teilnehmerzahl, Motivierungsmöglichkeiten u.ä.

Was hat sich aus Ihrer Sicht besonders in der Kursdurchführung bewährt und was nicht?

²⁰D. h. sowohl bei den Interviewten wie den Interviewenden werden mhs, ähs etc. gestrichen und Sätze ggf. in eine grammatikalisch korrekte Form gebracht – ohne jedoch den Inhalt des Gesprochenen zu verändern.

Haben Sie das Gefühl dass es unterschiedliche Kundentypen gibt? Worin unterscheiden sich diese? Gab es entsprechend unterschiedliche Kursgestaltungen (sofern möglich) je nach Kundentypus?

Wie schätzen Sie die durch das Projekt möglichen Fortschritte in folgenden gesundheitsbezogenen Handlungsfeldern ein:

Im Hinblick auf die Vorbeugung/Prävention gesundheitlicher Belastungen bei den Erwerbssuchenden

Im Hinblick auf eine Verbesserung der psychischen und/oder körperlichen Befindlichkeit der Erwerbssuchenden (z.B. Konditionsverbesserung, Persönlichkeitsstabilisierung, bessere Grundstimmung, u. ä.)

Wie schätzen Sie die Wirksamkeit des Gesamtprojektes im Bereich der Arbeitsmarktintegration ein:

bezüglich der Motivation der TeilnehmerInnen zu Bewerbungsaktivitäten

Im Hinblick auf den Umgang der KundInnen mit Rückschlägen (z. B. bei Absagen)?

Im Bereich gesundheitsadäquater/leidensgerechter Einordnung der Projektteilnehmenden in VerBIS (ggf. mit geänderten Angaben zu möglichen Zielberufen auf Grund des Gesundheitszustandes)

Im Hinblick auf das Weiterbildungsverhalten der KundInnen

Im Bereich tatsächlicher Arbeitsmarktintegration

Wie wird das Projekt bisher angenommen?

Welche Rückmeldungen haben Sie von den TeilnehmerInnen bekommen?

Welche Rückmeldungen haben Sie von Kundinnen und Kunden bekommen, die sich gegen eine Teilnahme an den Maßnahmeangeboten entschieden bzw. den Kurs abbrechen? (Welche Hinderungsgründe wurden ggf. benannt?)

Wie schätzen Sie die Teilnahmebereitschaft an jobfit/AktivA ein? Was sollte ggf. im Vorfeld schon in der Kursplanung beachtet werden?

Was sind Ihrer Meinung nach generelle Erfolgskriterien und Risiken von Arbeitsvermittlungsprojekten mit integriertem Gesundheitsfokus?

Welcher Personenkreis eignet sich besonders für solche Projekte (nach z. B. Geschlecht, Alter, Gesundheitsstatus, Branche, Nationalität, sonstige Merkmale wie z. B. alleinstehend...)?

Wäre Ihrer Meinung nach infolge der Projekterfahrung ein anderer Umgang mit Langzeiterwerbssuchenden wünschenswert?

Wenn ja, inwiefern?

Alles in allem: Wie schätzen Sie das Ausmaß der Unterstützung ein, die Sie im Rahmen des Projektes bisher erfahren haben?

Beispielsweise hinsichtlich der Informationen über Weiterbildungen, Coaching, stattgefundenener Schulungen, in Form von möglichen und erreichbaren Ansprechpartnerinnen/-partnern bei offenen Fragen

Haben Sie einen wesentlichen Punkt vermisst den Sie noch gerne ansprechen würden?

Oder haben Sie Anregungen was in das Projekt aufgenommen bzw. was modifiziert werden sollte?

VIELEN DANK FÜR IHRE UNTERSTÜTZUNG!

Leitfaden zur Befragung der MitarbeiterInnen die die gesundheitsmotivierende Gesprächsführung durchführen

Anmerkungen vorab: Das Fettgedruckte sind die Leitfragen die im Rahmen des Interviews immer gestellt werden. Die Unterpunkte können im Interview besprochen werden, müssen aber nicht (flexible Anpassung je nach Situation und der während des Interviews auftretenden Schwerpunkte).

Die Audioaufnahme eines Interviews wird nur als Hilfe zur Verschriftlichung eines Interviews genutzt und nicht veröffentlicht. Alle Interviews werden anonymisiert und sprachlich leicht geglättet²¹.

Könnten Sie mir kurz ihren typischen Berufsalltag schildern und wie Sie zu dem Projekt kamen?

Haben Sie bereits Erfahrungen im Bereich der Gesundheitsförderung von (Langzeit)Erwerbslosen?

Wenn Sie Vorerfahrungen in diesem Bereich haben, hätten Sie Empfehlungen für das jetzige Projekt, „Gesundheitsförderung Arbeitsloser“? Zum Beispiel wichtige Erfolgsvariablen, Stolpersteine und mögliche Bewältigungsstrategien u. ä.

Was verstehen Sie ganz persönlich unter Gesundheitsförderung?

Ist es aus Ihrer Sicht sinnvoll die Bereiche Arbeits- und Gesundheitsförderung miteinander zu verknüpfen?

Welchen Sinn macht aus ihrer Sicht die Verbindung der Arbeitsförderung mit der Gesundheitsförderung?

Welchen Sinn hat aus ihrer Sicht in diesem Zusammenhang die gesundheitsmotivierende Gesprächsführung mit den KundInnen bzw. deren Motivierung zur Teilnahme an den Präventionskursen?

Welche Erfahrungen haben Sie im Bereich der KundInnenansprache innerhalb der gesundheitsmotivierenden Gesprächsführung gemacht?

Könnten Sie mir zwei typische Beispiele schildern.

Wie sieht momentan der typische Weg von der KundInnenansprache bis zur Teilnahme an den Präventionskursen aus? Hat er/sie einen Spielraum sich zu entscheiden? Wenn ja wie lange? Wie wird seine/ihre gefühlsmäßige Einbindung sichergestellt? Also wird er/sie kontinuierlich erinnert, unterschreibt er/sie etwas, etc.

Was hat sich aus Ihrer Sicht besonders in der Ansprache bewährt und was nicht?

Wie haben Sie die KundInnen angesprochen?

²¹ D. h. sowohl bei den Interviewten wie den Interviewenden werden mhs, ähs etc. gestrichen und Sätze ggf. in eine grammatikalisch korrekte Form gebracht – ohne jedoch den Inhalt des Gesprochenen zu verändern.

Welche KundInnen haben Sie für die Ansprache ausgewählt? Hat sich dies mit der Zeit geändert? Haben Sie das Gefühl dass es unterschiedliche Kundentypen gibt? Worin unterscheiden sich diese? Gab es entsprechende unterschiedliche Ansprachen je nach Kundentypus?

Wie erleben Sie den Bereich der gesundheitsmotivierenden Gesprächsführung generell in Ihrem VermittlerInnenalltag?

Eher als sinnvolle Ergänzung oder eher als Zusatzbelastung?

Was wären ihrer Meinung nach die idealen Voraussetzungen für eine/en VermittlerIn um gezielt die Gesundheit von Erwerbssuchenden zu fördern?

Was sollten aus ihrer Sicht die VermittlerInnen selbst im besten Fall mitbringen?

Sollten diese Maßnahmen Ihrer Meinung nach generell Eingang in Maßnahmen intensiver Kundenbetreuung finden (z.B. INA!-Maßnahmen, Fallmanagement im SGB II u. ä.)?

Wie schätzen Sie die durch das Projekt möglichen Fortschritte in den gesundheitsbezogenen Handlungsfeldern ein?

Im Bereich des erleichterten Erkennens psychischer oder sonstiger gesundheitlicher Probleme

Im Hinblick auf die Vorbeugung/Prävention gesundheitlicher Belastungen bei den Erwerbssuchenden

Im Hinblick auf eine Verbesserung der psychischen und/oder körperlichen Befindlichkeit der Erwerbssuchenden (z. B. Konditionsverbesserung, Persönlichkeitsstabilisierung, bessere Grundstimmung, u. ä.)

Wie schätzen Sie die Wirksamkeit des Gesamtprojektes im Bereich der Arbeitsmarktintegration ein:

bezüglich der Motivation der TeilnehmerInnen zu Bewerbungsaktivitäten

Im Hinblick auf den Umgang der KundInnen mit Rückschlägen (z. B. bei Absagen)?

Im Bereich gesundheitsadäquater/leidensgerechter Einordnung der Projektteilnehmenden in VerBIS (ggf. mit geänderten Angaben zu möglichen Zielberufen auf Grund des Gesundheitszustandes)

Im Hinblick auf Weiterbildungsverhalten

Im Bereich tatsächlicher Arbeitsmarktintegration

Wie würden Sie die Projektsituation speziell an Ihrem Standort beurteilen?

Hinsichtlich der Wirksamkeit des an Ihrem Standort durchgeführten Zugangsweges, also in Ihrem Fall des Zugangsweges „Integrationsfachkraft“ (die beiden anderen sind „MAT“ und „Fachdienste“)

Insbesondere im Hinblick auf sozialräumliche Struktur, angestrebte Zielgruppe

Hinsichtlich der bisherigen Marketing-Maßnahmen²² zur Gewinnung von KundInnen?
Was könnte Ihrer Meinung nach verbessert werden?

Hinsichtlich der bisherigen Rückmeldungen von TeilnehmerInnen?
sowie hinsichtlich der Rückmeldungen von Kundinnen und Kunden, die sich gegen
eine Teilnahme an den Maßnahmeangeboten entschieden haben? (Welche Hinde-
rungsgründe wurden ggf. benannt?)

**Was sind Ihrer Meinung nach generelle Erfolgskriterien und Risiken von Ar-
beitsvermittlungsprojekten mit integriertem Gesundheitsfokus?**

Welcher Personenkreis eignet sich besonders für solche Projekte (nach z. B. Ge-
schlecht, Alter, Gesundheitsstatus, Branche, Nationalität, sonstigen Merkmalen wie z.
B. alleinstehend...)?

**Wäre Ihrer Meinung nach infolge der Projekterfahrung ein anderer Umgang mit
Langzeiterwerbssuchenden wünschenswert?**

Wenn ja, inwiefern?

**Alles in allem: Wie schätzen Sie das Ausmaß der Unterstützung ein die Sie im
Rahmen des Projektes bisher erfahren haben?**

Beispielsweise hinsichtlich der Informationen über Weiterbildungen, Coaching, statt-
gefundener Schulungen, in Form von möglichen und erreichbaren Ansprechpartne-
rInnen bei offenen Fragen

**Haben Sie einen wesentlichen Punkt vermisst den Sie noch gerne ansprechen
würden?**

**Oder haben Sie Anregungen was in das Projekt aufgenommen bzw. was modi-
fiziert werden sollte?**

VIELEN DANK FÜR IHRE UNTERSTÜTZUNG!

²² Hier verstanden als dem Verkauf des Dienstleistungsproduktes dienende Maßnahmen, also
all das was getan wird um die KundInnen (Zielgruppe) von der Teilnahme an den Präventi-
onsangeboten (Ziel) zu überzeugen und die KundInnenzufriedenheit sicherzustellen, z.B.
Schulungen der Dienstleister, Fachkompetenz der Dienstleister, Newsletter für die KundIn-
nen, Flyer für die KundInnen, Radiobeitrag im Rahmen der Öffentlichkeit, Räumlichkeiten für
die Durchführung der Angebote, etc.

Leitfaden zur Befragung der MitarbeiterInnen des Jobcenters bei dem Zugangsweg Fachdienst

Anmerkungen vorab: Das Fettgedruckte sind die Leitfragen die im Rahmen des Interviews immer gestellt werden. Die Unterpunkte können im Interview besprochen werden, müssen aber nicht (flexible Anpassung je nach Situation und der während des Interviews auftretenden Schwerpunkte).

Die Audioaufnahme eines Interviews wird nur als Hilfe zur Verschriftlichung eines Interviews genutzt und nicht veröffentlicht. Alle Interviews werden anonymisiert und sprachlich leicht geglättet²³.

Könnten Sie mir kurz ihren typischen Berufsalltag schildern, und wie Sie zu dem Projekt kamen?

Haben Sie bereits Erfahrungen im Bereich der Gesundheitsförderung von (Langzeit)Erwerbslosen?

Wenn Sie Vorerfahrungen in diesem Bereich haben, hätten Sie Empfehlungen für das jetzige Projekt, Gesundheitsförderung Arbeitsloser“?
Zum Beispiel wichtige Erfolgsvariablen, Stolpersteine und mögliche Bewältigungsstrategien u. ä.

Was verstehen Sie ganz persönlich unter Gesundheitsförderung?

Ist es aus Ihrer Sicht sinnvoll die Bereiche Arbeits- und Gesundheitsförderung miteinander zu verknüpfen?

Welchen Sinn hat aus ihrer Sicht in diesem Zusammenhang die Einbindung der Fachdienste?

Welche Erfahrungen haben Sie bisher gemacht wenn Sie die KundInnen an die projektbezogenen Präventionsangebote der Fachdienste verwiesen haben?

Könnten Sie mir zwei typische Beispiele schildern.

Was hat sich aus Ihrer Sicht besonders in der Ansprache bewährt und was nicht?

Wie haben Sie die KundInnen angesprochen?

Welchen Stellenwert hat für Sie der „neue Gesundheitsbereich“ bei der Zuweisung der KundInnen an die Fachdienste? aus Ihrer Sicht und aus KundInnensicht?

Wie erleben Sie die Erweiterung des Aufgabenfeldes der Fachdienste im Rahmen des Projektes um den Präventionsbereich?

Eher als sinnvolle Ergänzung oder eher als schwierig kommunizierbar?

²³ D. h. sowohl bei den Interviewten wie den Interviewenden werden mhs, ähs etc. gestrichen und Sätze ggf. in eine grammatikalisch korrekte Form gebracht – ohne jedoch den Inhalt des Gesprochenen zu verändern.

Wie würden Sie die Projektsituation speziell an ihrem Standort beurteilen?

Hinsichtlich der Wirksamkeit des Zugangswegs Fachdienst zur Erreichung von Gesundheitsförderung/Krankheitsprävention und Arbeitsmarktintegration

Hinsichtlich der Passung des Zugangswegs Fachdienst im Hinblick auf die sozial-räumliche Struktur vor Ort und die angestrebte Zielgruppe

Hinsichtlich der Verknüpfung von fit for life und AktivA/jobfit?

Hinsichtlich der bisherigen Marketing-Maßnahmen²⁴ zur Gewinnung von KundInnen?

Was könnte Ihrer Meinung nach verbessert werden?

Hinsichtlich der bisherigen Rückmeldungen von TeilnehmerInnen?

sowie hinsichtlich der Rückmeldungen von Kundinnen und Kunden, die sich gegen eine Teilnahme an den Maßnahmeangeboten entschieden haben? (Welche Hinderungsgründe wurden ggf. benannt?)

Was sind Ihrer Meinung nach generelle Erfolgskriterien und Risiken von Arbeitsvermittlungprojekten mit integriertem Gesundheitsfokus?

Welcher Personenkreis eignet sich besonders für solche Projekte (nach z. B. Geschlecht, Alter, Gesundheitsstaus, Branche, Nationalität, sonstige Merkmale wie z. B. alleinstehend...)?

Wäre Ihrer Meinung nach infolge der Projekterfahrung ein anderer Umgang mit Langzeiterwerbssuchenden wünschenswert?

Wenn ja, inwiefern?

Alles in allem: Wie schätzen Sie das Ausmaß der Unterstützung ein die Sie im Rahmen des Projektes bisher erfahrenen haben?

Beispielsweise hinsichtlich der Informationen über Weiterbildungen, Coaching, stattgefundenen Schulungen, in Form von möglichen und erreichbaren AnsprechpartnerInnen bei offenen Fragen

Haben Sie einen wesentlichen Punkt vermisst den Sie noch gerne ansprechen würden?

Oder haben Sie Anregungen was in das Projekt aufgenommen bzw. was modifiziert werden sollte?

VIELEN DANK FÜR IHRE UNTERSTÜTZUNG!

²⁴ Hier verstanden als dem Verkauf des Dienstleistungsproduktes dienende Maßnahmen, also all das was getan wird um die KundInnen (Zielgruppe) von der Teilnahme an den Präventionsangeboten (Ziel) zu überzeugen und die KundInnenzufriedenheit sicherzustellen, z.B. Schulungen der Dienstleister, Fachkompetenz der Dienstleister, Newsletter für die KundInnen, Flyer für die KundInnen, Radiobeitrag im Rahmen der Öffentlichkeit, Räumlichkeiten für die Durchführung der Angebote, etc.

7.9 Leitfäden und Fragebogen der Befragungen im Rahmen der dritten Interviewphase der Begleitforschung der HdBA

Leitfaden zur Befragung der Durchführenden von AktivA - Aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit“ bzw. „Und keiner kann´s glauben – Stressfaktor Arbeitslosigkeit“ (oder dessen Adaption: „Das stresst mich nicht mehr!“)

Anmerkungen vorab: Das Fettgedruckte sind die Leitfragen die im Rahmen des Interviews immer gestellt werden. Die Unterpunkte können im Interview besprochen werden, müssen aber nicht (flexible Anpassung je nach Situation und der während des Interviews auftretenden Schwerpunkte).

Die Audioaufnahme eines Interviews wird nur als Hilfe zur Verschriftlichung eines Interviews genutzt und nicht veröffentlicht. Alle Interviews werden anonymisiert und sprachlich leicht geglättet²⁵.

Könnten Sie mir kurz ihren typischen Berufsalltag schildern, und wie Sie zu dem Projekt kamen?

Kann ihr Bildungsträger bei der Durchführung der Kurse auf eigene MitarbeiterInnen zugreifen?

Wer führt die Kurse durch? Eigene MitarbeiterInnen oder Personen „von außen“?

Wurden MitarbeiterInnen eigens für die Durchführung der Gesundheitsförderung qualifiziert?

Welche Vorerfahrungen haben Sie/und ihr Bildungsträger in dem Bereich der Arbeits- und Gesundheitsförderung?

Haben Sie bereits Erfahrungen im Bereich der Gesundheitsförderung von (Langzeit-) Erwerbslosen?

Hätten Sie Empfehlungen auf was man besonders in dem Projekt „Gesundheitsförderung Arbeitsloser“ achten sollte? Beispielsweise wichtige Erfolgsvariablen, mögliche Stolpersteine und Bewältigungsstrategien u. ä.

Ist es aus Ihrer Sicht sinnvoll die Bereiche Arbeits- und Gesundheitsförderung miteinander zu verknüpfen?

Welchen Sinn hat aus Ihrer Sicht in diesem Zusammenhang die Teilnahme der Arbeitslosengeld-II-EmpfängerInnen an AktivA/Stressfaktor Arbeitslosigkeit?

Welche Erwartungen haben Sie an die Verknüpfung der Bereiche?

²⁵ D. h. sowohl bei den Interviewten wie den Interviewenden werden mhs, ähs etc. gestrichen und Sätze ggf. in eine grammatikalisch korrekte Form gebracht – ohne jedoch den Inhalt des Gesprochenen zu verändern.

Welche Erfahrungen haben Sie bei der Durchführung der Kurse gesammelt?

Könnten Sie mir bitte jeweils ein typisches Beispiel für ein kritisches, und für ein positives Feedback der TeilnehmerInnen schildern?

Was hat sich aus Ihrer Sicht besonders in der Kursdurchführung bewährt und was nicht? z.B. um das Vertrauen der TeilnehmerInnen zu gewinnen, ihre Bedarfe zu erfahren, sie zu einem gesundheitsorientierten Verhalten zu motivieren.

Hatten sich unter den TeilnehmerInnen bereits im Vorfeld schon feste Gruppen gebildet?

Wie würden Sie generell die Gruppendynamik bei der Kursdurchführung beschreiben?

Sollten Arbeitslosengeld II EmpfängerInnen generell an solchen Präventionskursen teilnehmen können?

Sollten auch Arbeitslosengeld I EmpfängerInnen an solchen Kursen teilnehmen können?

Wie würden Sie die Projektsituation speziell an ihrem Standort beurteilen?

Hinsichtlich der Wirksamkeit des Kurses zur Erreichung der Gesundheitsförderung der TeilnehmerInnen

Hinsichtlich der Arbeitsmarktintegration der Teilnehmenden

Hinsichtlich der Verknüpfung des Kurses mit den davor erfolgten Projektangeboten an ihrem Standort (z.B. Fit-for-Life-Kurs beim Fachdienst/gesundheitsmotivierende Gesprächsführung im Jobcenter/Teilnahme an einer regulärer MAT mit freiwilligem Gesundheitsteil)

Hinsichtlich der bisherigen Marketing-Maßnahmen²⁶ zur Gewinnung von Kunden?

Was könnte Ihrer Meinung nach verbessert werden?

Hinsichtlich der Rückmeldungen von TeilnehmerInnen?

Welcher Personenkreis eignet sich besonders für solche Projekte?

Z. B. Geschlecht, Alter, Gesundheitsstatus, Branche, Nationalität, sonstige Merkmale wie z. B. alleinstehend?

Gibt es ihrer Ansicht nach „typische TeilnehmerInnen“ an Präventionskursen?

²⁶ Hier verstanden als dem Verkauf des Dienstleistungsproduktes dienende Maßnahmen, also all das was getan wird um die KundInnen (Zielgruppe) von der Teilnahme an den Präventionsangeboten (Ziel) zu überzeugen und die KundInnenzufriedenheit sicherzustellen, z.B. Schulungen der Dienstleister, Fachkompetenz der Dienstleister, Newsletter für die KundInnen, Flyer für die KundInnen, Radiobeitrag im Rahmen der Öffentlichkeit, Räumlichkeiten für die Durchführung der Angebote, etc.

Gibt es aus Ihrer Sicht besonders wichtige Gelingens- oder Risikofaktoren bei solchen Projekten?

Haben Sie einen wesentlichen Punkt vermisst, den Sie noch gerne ansprechen würden?

Oder haben Sie Anregungen was in das Projekt noch aufgenommen/bzw. was modifiziert werden sollte?

VIELEN DANK FÜR IHRE UNTERSTÜTZUNG!

Fragebogen für die Standortverantwortlichen

Wie zufrieden waren Sie bereits VOR DEM MODELLPROJEKT mit der Zusammenarbeit...					
	sehr zu- frieden	eher zu- frieden	eher un- zufrieden	un- zufrieden	kann ich nicht beurteilen
zwischen dem/n Jobcenter/n und der/n Krankenkasse(n)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zwischen den Krankenkassen innerhalb von Projektkontexten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
innerhalb der gesamten Krankenkassengemeinschaft (im Falle von kassenübergreifenden Handlungsfeldern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zwischen dem Jobcenter und der Regionaldirektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zwischen dem Jobcenter und der Zentrale der BA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zwischen Ihrer Institution (Jobcenter/Krankenkasse/etc.) und den Institutionen der Kommune/Gemeinde (z. B. Kultur-/Sportangebote der Gemeinde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zwischen den Krankenkassen und dem Spitzenverband der Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie zufrieden sind Sie mit der derzeitigen Zusammenarbeit...					
	sehr zu- frieden	eher zu- frieden	eher un- zufrieden	un- zufrieden	kann ich nicht beurteilen
zwischen dem Jobcenter und der/n Krankenkasse/n innerhalb Ihrer Steuerungsgruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
innerhalb Ihres eigenen Hauses in Bezug auf die Projektumsetzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zwischen den federführenden Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
innerhalb der gesamten Krankenkassengemeinschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zwischen dem Jobcenter und der Regionaldirektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zwischen dem Jobcenter und der Zentrale der BA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zwischen der Steuerungsgruppe und den Institutionen der Kommune/ Gemeinde (z. B. Kultur-/Sportangebote der Gemeinde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zwischen den Krankenkassen und dem Spitzenverband der Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie auf die ZEIT BEIM PROJEKTSTART zurückblicken, dann waren Sie damals mit der Zusammenarbeit...

	sehr zu- frieden	eher zu- frieden	eher un- zufrieden	un- zufrieden	kann ich nicht beurteilen
zwischen dem Jobcenter und der/n Krankenkasse/n innerhalb der (zukünftigen) Steuerungsgruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
innerhalb des eigenen Hauses in Bezug auf die Projektumsetzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zwischen den (vorläufig) federführenden Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
innerhalb der gesamten Krankenkassen- gemeinschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zwischen dem Jobcenter und der Regionaldirektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zwischen dem Jobcenter und der Zentrale der BA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zwischen der/n Krankenkasse/n und dem Spitzenverband der Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie wichtig sind aus Ihrer Sicht folgende Kriterien für den Aufbau einer handlungsfähigen Steuerungsgruppe generell				
	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	unwichtig
die Übereinstimmung in den inhaltlichen Zielvorstellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Verteilung der Projektverantwortung bei beiden Institutionen auf mehrere Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dass die Projektteilnahme von Seiten der Bundesagentur für Arbeit und des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenkassen ausdrücklich erwünscht ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die persönliche Sympathie zwischen den Mitgliedern der Steuerungsgruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die formale Absicherung aller Beteiligten gegen potenzielle Projektrisiken (z. B. Finanzierungsschwierigkeiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Präventions-Vorkenntnisse der Mitglieder der Steuerungsgruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine klar vorgegebene Projektstruktur (Zeitschiene, Aufgabenverteilung, Finanzierung, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Erreichbarkeit der Mitglieder der Steuerungsgruppe (Telefon/Email)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorkenntnisse der Mitglieder der Steuerungsgruppe über die jeweils andere Institution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine hohe Projektidentifikation der Mitglieder der Steuerungsgruppe (i. S. von „mein Projekt“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie wichtig sind aus Ihrer Sicht folgende Kriterien für den Aufbau einer handlungsfähigen Steuerungsgruppe generell				
ein hoher Freiraum bei der konkreten Projektgestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gute Projektvorerfahrungen der Mitglieder der Steuerungsgruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine zurückhaltende Erwartungshaltung der Mitglieder der Steuerungsgruppe gegenüber dem Projekterfolg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ausgeprägte Netzwerkkontakte von mindestens einer der beiden Institutionen vor Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Sitz der federführenden Krankenkasse(n) am Standort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die hohe Priorität des Projektes im eigenen Haus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine hohe politische Präsenz des Projektthemas auf Bundesebene, z. B. durch den Entwurf des Präventionsgesetzes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche der folgenden Faktoren verhindern Ihrer Ansicht nach am meisten den Aufbau einer handlungsfähigen Steuerungsgruppe: (maximal drei Antwortmöglichkeiten)	
hohe Erwartungshaltung der Personen der Steuerungsgruppe an das Projekt	<input type="checkbox"/>
unterschiedliche inhaltliche Zielvorstellungen	<input type="checkbox"/>
klar vorgegebene Projektstruktur (Zeitschiene, Aufgabenverteilung, Finanzierung, etc.)	<input type="checkbox"/>
hohe Erwartungshaltung der Jobcenterakteure an die Krankenkassenvertreterinnen/-vertreter	<input type="checkbox"/>
hohe Erwartungshaltung der Krankenkassenakteure an die Jobcentervertreterinnen/-vertreter	<input type="checkbox"/>
niedrige Priorität des Projektes im eigenen Haus	<input type="checkbox"/>
geringe politische Präsenz des Projektthemas vor Ort z. B. kein Interesse der kommunalen Vertreterinnen/Vertreter wie Stadt-/Gemeinderäte, Bürgermeister, etc.	<input type="checkbox"/>
hoher Freiraum bei der Projektgestaltung	<input type="checkbox"/>
Image-irrelevante Zielgruppe	<input type="checkbox"/>
schlechte Projektvorerfahrungen der Mitglieder der Steuerungsgruppe	<input type="checkbox"/>
mangelnde Sympathie zwischen den Mitgliedern der Steuerungsgruppe	<input type="checkbox"/>
Wettbewerb zwischen den Krankenkassen	<input type="checkbox"/>
niedrige Projektidentifikation der Mitglieder der Steuerungsgruppe	<input type="checkbox"/>
zusätzlicher Arbeitsaufwand durch die Projektteilnahme	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar:	

Was trifft Ihrer Ansicht nach am meisten zu? Das Projekt ist erfolgreich (Idealvorstellung), wenn <u>(maximal drei Antwortmöglichkeiten)</u>	
es die Arbeitsmarktintegration der TeilnehmerInnen zur Folge hat	<input type="checkbox"/>
sich die psychische Befindlichkeit der TeilnehmerInnen durch die Projektteilnahme nachhaltig verbessert	<input type="checkbox"/>
sich die psychische Befindlichkeit der TeilnehmerInnen durch die Projektteilnahme nachhaltig nicht weiter verschlechtert bzw. auf dem Eingangsniveau bleibt	<input type="checkbox"/>
die TeilnehmerInnen durch die Projektteilnahme zu einer Gruppe zusammenfinden	<input type="checkbox"/>
sich der körperliche Gesundheitszustand der TeilnehmerInnen nachhaltig durch die Projektteilnahme verbessert	<input type="checkbox"/>
sich der körperliche Gesundheitszustand der TeilnehmerInnen nachhaltig durch die Projektteilnahme nicht weiter verschlechtert bzw. auf dem Eingangsniveau bleibt	<input type="checkbox"/>
infolge des Projektes ein Paradigmenwechsel hin zu einer Überwindung des Zwangskontextes in der Beratung in der Bundesagentur für Arbeit angestoßen wird	<input type="checkbox"/>
durch das Projekt ein Prozess angestoßen wird der dazu führt, dass der Umgang mit den sozialen KundInnen innerhalb der gesamten Bundesagentur für Arbeit auf Augenhöhe stattfindet	<input type="checkbox"/>
die TeilnehmerInnen im Anschluss an das Projekt an anderen Präventionskursen der Krankenkassen teilnehmen	<input type="checkbox"/>
die TeilnehmerInnen im Anschluss an das Projekt generell in ihrem Setting aktiver werden z. B. dem Sportverein beitreten, an Selbsthilfegruppen teilnehmen	<input type="checkbox"/>
die GKV danach weiß wie sie Arbeitslose besser für Präventionsangebote gewinnen kann	<input type="checkbox"/>
die gesundheitsmotivierende Gesprächsführung Teil der alltäglichen Arbeit zwischen JC-MitarbeiterInnen und KundInnen wird	<input type="checkbox"/>
die Krankenkassen und die Jobcenter infolge des Projektes einen Weg der guten Zusammenarbeit gefunden haben	<input type="checkbox"/>

**Was trifft Ihrer Ansicht nach am meisten zu? Das Projekt ist erfolgreich (Idealvorstellung), wenn
(maximal drei Antwortmöglichkeiten)**

Sonstiges, und zwar:

Glauben Sie summa summarum, dass das Projekt erfolgreich sein wird?

- | | |
|-----------|--------------------------|
| ja | <input type="checkbox"/> |
| eher ja | <input type="checkbox"/> |
| eher nein | <input type="checkbox"/> |
| nein | <input type="checkbox"/> |

Wenn (eher) nicht, was müsste passieren damit es doch erfolgreich wird?

--

Glauben Sie, dass an Ihrem Standort eine Verstetigung des Projektes gelingen wird?

- | | |
|-----------|--------------------------|
| ja | <input type="checkbox"/> |
| eher ja | <input type="checkbox"/> |
| eher nein | <input type="checkbox"/> |
| nein | <input type="checkbox"/> |

Wenn (eher) ja, welche der folgenden Faktoren sind bei Ihnen im Hinblick auf die Versteigerung derzeit an Ihrem Standort gegeben?

- | | |
|---|--------------------------|
| Die Krankenkassengemeinschaft hat einer weiteren Finanzierung des Projektes zugestimmt | <input type="checkbox"/> |
| Der Kooperationsvertrag zwischen Jobcenter und Krankenkassen wurde auf einen Zeitraum über den 30.06.2015 hinaus verlängert | <input type="checkbox"/> |
| Das Projekt wird im Haushaltsbudget des Jobcenters für das nächste Jahr eingeplant werden | <input type="checkbox"/> |
| Es haben sich NetzwerkpartnerInnen gefunden die ihre eigenen Ressourcen bei der Gesundheitsförderung von Arbeitslosen einbringen werden | <input type="checkbox"/> |
| Die TeilnehmerInnen ließen sich motivieren etwas für ihre Gesundheit zu tun | <input type="checkbox"/> |
| Die TeilnehmerInnen haben ein Interesse an weiteren gesundheitsförderlichen Angeboten nach dem 30.06.2015 | <input type="checkbox"/> |
| Es gibt gesundheitsförderliche Angebote vor Ort, die an das Projekt anschließen könnten | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges, und zwar: | <input type="checkbox"/> |

Wenn (eher) nein, was verhindert aus ihrer Sicht eine Versteigerung?

--

Wenn Sie ganz frei entscheiden könnten, würden Sie nochmal an dem Projekt teilnehmen?	
ja	<input type="checkbox"/>
eher ja	<input type="checkbox"/>
eher nein	<input type="checkbox"/>
nein	<input type="checkbox"/>

Wenn (eher) nicht, gibt es Bedingungen unter denen Sie sich doch für eine erneute Projektteilnahme entscheiden würden?

Gibt es etwas was Sie noch gerne anmerken oder besonders betonen möchten?

Sind Sie ...?	
weiblich	<input type="checkbox"/>
männlich	<input type="checkbox"/>

Zu welcher Akteursgruppe gehören Sie?	
Krankenkassen	<input type="checkbox"/>
Jobcenter	<input type="checkbox"/>
Regionaldirektion	<input type="checkbox"/>

Welcher der folgenden Zugangswege wurde an Ihrem Standort erprobt?	
Fachdienst (Ärztlicher Dienst ÄD und Berufspsychologischer Service BPS)	<input type="checkbox"/>
Integrationsfachkraft (IFK)	<input type="checkbox"/>
Maßnahme beim Bildungsträger (MAT)	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Leitfaden zur Befragung der beratenden Mitglieder der Steuerungsgruppe und bedeutsamer Personen/Institutionen im Setting

Anmerkungen vorab: das Fettgedruckte sind die Leitfragen die im Rahmen des Interviews immer gestellt werden, die Unterpunkte sind Beispiele für das was entsprechend im Interview besprochen werden kann, aber nicht muss (flexible Anpassung je nach Situation und der während des Interviews auftretenden Schwerpunkte).

Die Audioaufnahme eines Interviews wird nur als Hilfe zur Verschriftlichung eines Interviews genutzt und nicht veröffentlicht. Alle Interviews werden anonymisiert und sprachlich geglättet²⁷.

1. Erzählen Sie mir bitte wie Sie zu dem Projekt kamen und was Ihre Rolle in dem Projekt ist.

- Haben Sie bereits Erfahrungen im Bereich der Gesundheitsförderung von (Langzeit)Erwerbslosen? Hätten Sie Empfehlungen auf was man besonders in dem Projekt „Gesundheitsförderung Arbeitsloser“ achten sollte? Beispielsweise wichtige Erfolgsvariablen, mögliche Stolpersteine und Bewältigungsstrategien u.ä.

2. Welche Erwartungen haben Sie an das Projekt generell?

- Für Sie selbst bzw. Ihre Institution (Aufbau/Stärkung von Kooperationsbeziehungen, Stärkung der eigenen Präsenz vor Ort, Einblick in neue Bereiche, etc.)?
- Auf die erwerbslosen TeilnehmerInnen direkt bezogen?
- Hinsichtlich potenzieller weitreichender Veränderungen infolge des Projektes, (z.B. Projekt als Anstoß/Vorlage für weitere ähnliche Projekte (Vorreiterrolle), Paradigmenwechsel in der Bundesagentur für Arbeit hin zu einer Überwindung des Zwangskontextes in der Beratung, etc.)

3. Wer sollte aus Ihrer Sicht die Zielgruppe des Projektes sein?

z. B. Geschlecht, Alter, Gesundheitsstaus, Branche, Nationalität, sonstige Merkmale wie z. B. alleinstehend...

4. Welche entscheidenden Projekttermine (Meetings, Medientermine etc.) haben bisher stattgefunden und welche sind geplant?

5. Wie würden Sie die Projektsituation speziell an ihrem Standort beurteilen?

²⁷ D.h. sowohl bei den Interviewten wie den Interviewenden werden mhs, ähs etc. gestrichen und Sätze ggf. in eine grammatikalisch korrekte Form gebracht – ohne jedoch den Inhalt des Gesprochenen zu verändern.

- Hinsichtlich der vorhandenen infrastrukturellen Gegebenheiten (ÖPNV, verfügbare gesundheitsförderlicher Angebote, Anzahl potenzieller TrainerInnen, etc.)
- Hinsichtlich des bisher erfolgten Projektweges?
- Hinsichtlich der bisherigen Marketing-Maßnahmen²⁸ zur Gewinnung von TeilnehmerInnen?
- Hinsichtlich der bisherigen Rückmeldungen von TeilnehmerInnen?
- Was könnte Ihrer Meinung nach verbessert werden?

6. Wie schätzen Sie die durch das Projekt möglichen Fortschritte für die TeilnehmerInnen ein?

- Im Hinblick auf die Vorbeugung/Prävention gesundheitlicher Belastungen bei den Erwerbsuchenden
- Im Hinblick auf eine Verbesserung der psychischen und/oder körperlichen Befindlichkeit der Erwerbssuchenden (z.B. Konditionsverbesserung, Persönlichkeits-stabilisierung, bessere Grundstimmung, u.ä.)
- Im Hinblick auf die Verhinderung/Durchbrechung einer sozialen Isolierung der TeilnehmerInnen
- bezüglich der Motivation der TeilnehmerInnen zu Bewerbungsaktivitäten
- Im Hinblick auf den Umgang der TeilnehmerInnen mit Rückschlägen (z.B. bei Absagen)
- im Hinblick auf neuformierte soziale Netzwerke/Selbsthilfestrukturen

7. Wie verläuft Ihrer Meinung nach die bisherige Projektzusammenarbeit mit den anderen Akteuren (Jobcenter, gesetzliche Krankenkassen, etc.)?

8. Wo sehen Sie Schwierigkeiten in der Projektumsetzung, und sehen Sie eine Möglichkeit diese zu minimieren?

9. Haben Sie einen wesentlichen Punkt vermisst, den Sie noch gerne ansprechen würden?

Oder haben Sie Anregungen was in das Projekt aufgenommen bzw. was modifiziert werden sollte?

VIELEN DANK FÜR IHRE UNTERSTÜTZUNG!

²⁸ Hier verstanden als dem Verkauf des Dienstleistungsproduktes dienende Maßnahmen, also all das was getan wird um die KundInnen (Zielgruppe) von der Teilnahme an den Präventionsangeboten (Ziel) zu überzeugen und die KundInnenzufriedenheit sicherzustellen, z.B. Schulungen der Dienstleister, Fachkompetenz der Dienstleister, Newsletter für die KundInnen, Flyer für die KundInnen, Radiobeitrag im Rahmen der Öffentlichkeit, Räumlichkeiten für die Durchführung der Angebote, etc.