



GKV-Bündnis für  
**GESUNDHEIT**

# Evaluation des Modellprojekts „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“

ZUSAMMENFASSUNG



## Impressum

Evaluation des Modellprojekts „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“

Zusammenfassung

Evaluationsteam: IGES Institut GmbH, Institut für angewandte Wirtschaftsförderung e. V. (IAW),  
Institut für Sozialforschung & Kommunikation (SOKO)

Auftraggeberin: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag und mit Mitteln der  
gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V Abs. 3 und 4

Herausgeber: GKV-Spitzenverband, Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin

Gestaltung: BBGK Berliner Botschaft

Fotonachweis: Tobias Vollmer, Köln

Diese Zusammenfassung ist wie folgt zu zitieren:

GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2021). *Evaluation des Modellprojekts „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“*. Zusammenfassung.

Die Zusammenfassung bezieht sich auf folgenden unveröffentlichten Bericht:

Marschall, J. et al. (2021). *Evaluation des Modellprojekts „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“*. Abschlussbericht.

Hrsg.: GKV-Spitzenverband. Berlin.

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Er ist zugleich der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI. Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

Berlin, 2021

# Evaluation des Modellprojekts „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“

## Ziele

Ziel der Evaluation war zum einen eine **Struktur- und Prozessevaluation** an den beteiligten Standorten. Sie eruierte dabei, in welchem Maße, auf welche Weise und unter Beteiligung welcher Akteurinnen und Akteure den Standorten die Zusammenarbeit und der Aufbau einer Steuerungsstruktur gelingen sowie inwieweit die Gesundheitsorientierung im Jobcenter (JC) bzw. der Agentur für Arbeit (AA) und die Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote erfolgen.

Ziel der Evaluation war zum anderen eine **Wirkungsanalyse**, die ermittelte, ob und in welchem Ausmaß das Modellprojekt zu einer Verbesserung der Gesundheit und erhöhten Chancen auf Arbeitsmarktintegration bei den erreichten arbeitslosen Menschen beiträgt.

## Methodik

Das methodische Vorgehen der Evaluation (Untersuchungszeitraum September 2018 bis September 2020) bestand im Wesentlichen aus drei methodisch-thematischen Säulen:

1. Die **Struktur- und Prozessevaluation** erfolgte zum einen durch ein qualitatives Fallstudiendesign an 15 Standorten und lieferte eine Beschreibung von Strukturen, Prozessen und Interaktionen der Akteurinnen und Akteure vor Ort.
2. Zum anderen machte eine standardisierte Online-Erhebung unter den Projektverantwortlichen an den teilnehmenden 129 Standorten (sowie als Kontrollgruppe die Geschäftsführungen an nicht-teilnehmenden JC/AA), in zwei Wellen die Befunde der Fallstudien repräsentativ und quantifizierte sie (Erhebung des Sachstands sowie Einschätzungsbefragung).
3. Die **Wirkungsanalyse** erfolgte insbesondere auf Grundlage einer standardisierten Telefonbefragung der Treatment-Gruppe (639 Interviews in Welle I, 396 in Welle II) und der Kontrollgruppe (2.420 Interviews) arbeitsloser Menschen.

Weitere Studienteile wie die explorative Erhebung im Vorfeld und die partizipative Einbindung der Durchführenden zur Ergebnisinterpretation rahmten das Evaluationsdesign.

## Ergebnisse

### Struktur- und Prozessevaluation

Die Implementierung des Modellprojekts ist der großen Mehrheit der Standorte gelungen. Sie gehen weitgehend systematisch nach Public-Health-Methodik vor (etwa durch eine Anlehnung an den Public Health Action Cycle). Das heißt, sie analysieren den Bedarf, bestimmen (Sub-)Zielgruppen, erstellen einen Aktivitätenzeitplan und stellen nahezu alle gesundheitsfördernde Angebote bereit. Eine typische Dauer für die Implementierung liegt bei etwa einem Jahr.

Zwei Implementationsschritte sind eine besondere Herausforderung: Die Bestandsaufnahme der regionalen Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Einbindung kommunaler Akteurinnen und Akteure in das regionale Steuerungsgremium. Darüber hinaus erfolgt die Einbindung der arbeitslosen Menschen im Rahmen der Bedarfsanalyse zwar häufig, die Einbindung der Zielgruppe in die Projektgestaltung oder gar deren Partizipation werden an vielen Standorten aber nur in Ansätzen umgesetzt: Partizipation in Anlehnung an das Stufenmodell der Gesundheitsförderung nach Wright<sup>1</sup> gewährleisten lediglich elf Prozent der Standorte, höhere Vorstufen der Partizipation weitere zwölf Prozent.

Die Projektdurchführenden sehen die lokale Vernetzung als einen wichtigen Erfolgsfaktor für die Umsetzung des Modellprojekts an. Entsprechend kooperieren 93 Prozent der Standorte mit mindestens einer weiteren Partnerin oder einem weiteren Partner. Bei der Vermittlung der arbeitslosen Menschen in Angebote und bei der Gestaltung von Angeboten gelingt die Zusammenarbeit besonders gut: Hier kooperieren die Standorte vielfach sogar mit mehreren Partnerinnen und Partnern. Insgesamt unterhält ein Standort im Mittel (Median) zwölf Kooperationsbeziehungen.

Die Jobcenter und Agenturen für Arbeit sind das Bindeglied zwischen den arbeitslosen Menschen und den Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention. Durch gesundheitsorientierte Beratungsgespräche werden die arbeitslosen Menschen in gesundheitsfördernde Angebote vermittelt. Zwei Drittel der Standorte bieten Beratungsgespräche mit spezifisch geschulten Fachkräften an. Bei etwa 40 Prozent der Jobcenter und Agenturen für Arbeit erfolgt die Ansprache im Rahmen der regulären Beratungsgespräche, in einem kleineren Teil von 15 Prozent der Standorte ausschließlich im Rahmen separater, explizit auf das Thema Gesundheit fokussierter Beratungsgespräche. Mehr als ein Drittel der Jobcenter und Agenturen für Arbeit gibt an, dass sie beide Wege beschreiten. Die Standorte wählen aber auch alternative oder zusätzliche Zugangswege wie die Vermittlung durch Mitarbeitende beauftragter Bildungsträger oder durch kommunale Partner.

Bis Herbst 2019 meldeten 116 der befragten Standorte des Modellprojekts die Implementierung von mehr als 800 Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention. Insgesamt wurden 40 Prozent der Angebote eigens für das Projekt entwickelt. Während die Standorte zu Beginn noch häufiger Angebote aus anderen Kontexten übernahmen oder diese modifizierten, entwickelten sie im späteren Projektverlauf häufiger eigene Angebote. Drei Viertel der Angebote sind Präsenzkurse, welche die Handlungsfelder Bewegung, Stressmanagement und Entspannung, Ernährung und – deutlich seltener – Suchtmittelkonsum adressieren. Viele Angebote verbinden mehrere dieser Handlungsfelder. 58 Prozent der Standorte geben an, dass ihre Angebote (auch) auf Verhältnisprävention abzielen.

---

1 Wright, M., Block, M. & Unger, H. von (2010). Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In M. Wright (Hrsg.), Partizipative Qualitätsentwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung (S. 35–52). Bern: Huber.

Durch die Angebote wurden laut der erfassten Zahlen von Oktober 2017 bis September 2019 mehr als 16.000 arbeitslose Menschen erreicht, davon etwa 7.700 im Rahmen von Präsenzkursen und knapp 2.100 durch Coachings und andere individuelle Beratungen. Allerdings ist hier von einer Untererfassung auszugehen, da Angaben zu den Teilnehmendenzahlen in vielen Fällen fehlten. De facto rechnen die Evaluatortinnen und Evaluatoren mit bis zu 42.000 erreichten arbeitslosen Menschen.

Das Thema Gesundheit spielt in der Wahrnehmung der arbeitslosen Menschen in weniger als der Hälfte der Beratungs- und Vermittlungsgespräche eine Rolle, obgleich 78 Prozent der Befragten über diesen Weg zu einem gesundheitsfördernden Angebot gelangten. Das Potenzial der gesundheitsorientierten Beratungsgespräche sowie von Gesundheitstagen als Zugangsweg in intensivere Angebote scheint bisher noch nicht ausgeschöpft zu sein.

Im Schnitt verbringen die befragten Arbeitslosen 14,5 Stunden in einem Angebot. Organisatorische Komponenten der Kursangebote werden durchweg positiv bewertet ebenso wie die Effekte: 64 Prozent der Befragten können bei sich durch die Teilnahme eine konkrete gesundheitsförderliche Verhaltensänderung feststellen, 44 Prozent berichten von einem gesteigerten gesundheitlichen Wohlbefinden.

Die Standorte der Modellphase 2018/2019 haben die grundlegenden Strukturen aufgebaut, Gesundheitsorientierung und Zugangswege in den Jobcentern bzw. den Agenturen für Arbeit implementiert und mit Angeboten die Zielgruppe erreicht. Gleichwohl zeigt die Evaluation auch Herausforderungen auf:

- Männer, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen ohne Ausbildungsabschluss sowie unter 25-Jährige nehmen vergleichsweise selten an Angeboten teil.
- Standorte berichten von Schwierigkeiten, Anbieterinnen und Anbieter für die Angebote zu finden.
- Fahrtkosten, die mit der Teilnahme an Angeboten verbunden sind, stellen gerade an Standorten im ländlichen Raum eine große Hürde dar.

## Wirkungsanalyse

Die Wirkungsanalyse hat gezeigt, dass die meisten der durch die Wirkungslogik definierten Outcomes durch die Teilnahme der arbeitslosen Menschen an den Angeboten des Modellprojekts mittelfristig, d. h. etwa sechs Monate nach einer Kursteilnahme, positiv beeinflusst werden. Alle Effekte, die im Folgenden genannt werden, zeigen sich auf dem Fünf-Prozent-Signifikanzniveau, wenn nicht anders angegeben:

- Lebensqualität: Die Kursteilnahme verbessert in geringem Maße die physische und die psychische Dimension der Lebensqualität, die mit dem WHOQOL-Instrument<sup>2</sup> gemessen wurde. Die Kursteilnahme führt außerdem zu einer geringfügig verbesserten globalen Lebensqualität.
- Das Gesundheitsverhalten wurde anhand der Aspekte Bewegung, Ernährung und Suchtmittelkonsum operationalisiert:
  - Bewegung: Die Teilnahme an Kursen des Modellprojekts, insbesondere die Teilnahme an solchen aus dem Handlungsfeld Bewegung, führt – in geringem Maße – zu vermehrter sportlicher Betätigung sowie zu einer größeren Absicht, in Zukunft mehr Sport zu treiben. Ein Effekt der Kurse, einschließlich der Bewegungskurse, auf die körperliche Aktivität konnte nicht gezeigt werden. Die Analysen geben jedoch Hinweise darauf, dass dieser Nichtnachweis eines Effekts methodische Gründe haben könnte (Selektionseffekte).

---

2 Die Fragebögen basieren auf dem Lebensqualitätskonzept der Weltgesundheitsorganisation (WHOQOL = World Health Organization Quality of Life).

- Ernährung: Eine Kursteilnahme steigert mittelfristig den Obst- und Gemüseverzehr und senkt den Zuckerkonsum. Beide Verbesserungen zeigen sich in geringem Maße. Die Ergebnisse verstärken sich durch die Teilnahme an thematisch einschlägigen Kursen. Es zeigt sich hier auch eine Steigerung der Absicht zu einer gesünderen Ernährung und ein vermehrter Konsum unverarbeiteter Lebensmittel.
- Alkohol- und Zigarettenkonsum: Die Wirkungsanalyse konnte keine Effekte der allgemeinen Kursteilnahme in Form eines verminderten Alkohol- oder Zigarettenkonsums in der mittleren Frist zeigen. Spezifische Kurse zum Thema Suchtkonsum wurden innerhalb des Programms nur selten besucht bzw. angeboten und können daher nicht gesondert analysiert werden.
- Resilienz, Selbstwirksamkeit, Tagesstruktur: Die Kurse des Modellprojekts führen zu einer geringfügig gesteigerten Resilienz und Selbstwirksamkeit sowohl kurz- als auch mittelfristig. Sie führen auch zu einer geringfügig verbesserten Tagesstruktur, dies jedoch nur auf dem Zehn-Prozent-Signifikanzniveau.
- Soziale Teilhabe: Die Kurse stärken die subjektive soziale Teilhabe geringfügig (das „Gefühl, an der Gesellschaft teilzuhaben“). Auf andere Aspekte der sozialen Teilhabe (selbst berichtete Stellung in der Gesellschaftshierarchie, Mitgliedschaft in Organisationen und Sportvereinen) zeigt sich kein Effekt der Kursmaßnahmen.
- Arbeitsmarktintegration: Die Wirkungsanalyse konnte keine Effekte der Kursteilnahme auf die Arbeitsmarktintegration ermitteln. Ein solcher Effekt würde sich nur mittelbar und langfristig – nicht bereits nach sechs Monaten – einstellen können. Zudem gibt es Hinweise auf Selektionseffekte dahingehend, dass vor allem Personen an einem Kurs im Rahmen des Modellprojekts teilnehmen, die in naher Zukunft sehr geringe Aussicht auf eine Erwerbstätigkeit haben.

Zwar sind die nachgewiesenen Effekte (gemessen an der Skalierung der Instrumente, durch die die Outcomes erhoben wurden) durchweg klein, jedoch ist durch die Vielzahl der einzelnen kleinen Effekte davon auszugehen, dass die Teilnehmenden in einer relevanten Weise von den Kursen des Modellprojekts profitieren. Eine methodische Limitation besteht darin, dass die Messung der Outcomes für die Kontrollgruppe aufgrund der Corona-Krise nicht direkt erfolgen konnte, sondern diese retrospektiv erfragt werden mussten.

## Schlussfolgerungen

Besonders erfolgreich bewerten die Akteurinnen und Akteure die Zusammenarbeit im Steuerungsgremium. Generell berichten die Befragten aus den Jobcentern und den Arbeitsagenturen, dass gesundheitliche Themen immer stärker in den Fokus der täglichen Arbeit rücken und der gesundheitsorientierte Beratungsansatz gestärkt wird. Auch wird durch das Projekt den arbeitslosen Menschen der Zugang zu regionalen Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention erleichtert, sie werden zu einem gesundheitsförderlicheren Lebensstil motiviert und ihre gesundheitliche Situation wird verbessert. Herausforderungen für die Zukunft liegen insbesondere in den Bereichen Partizipation der Zielgruppe sowie Vernetzung und Verstärkung von Strukturen und Angeboten. Die Fortführung und Ausweitung des Modellprojekts werden daher unter Berücksichtigung von Optimierungsvorschlägen empfohlen.

Der mögliche Nutzen des Programms ist evident, jedoch mithilfe des vorhandenen Datenmaterials nicht monetarisierbar. Um zukünftig die Wirtschaftlichkeit des Programms erfassen zu können, müssten mehr und detailliertere Daten erhoben bzw. nutzbar gemacht werden. Zur Feststellung langfristiger Gesundheits-, aber auch Arbeitsmarkteffekte wäre es darüber hinaus nötig, einen längeren Untersuchungszeitraum zu wählen.

Das Evaluationsteam benennt abschließend im Bericht verschiedene Handlungsempfehlungen, u. a.:

- Verbreitung guter Praxis für Vernetzung und nachhaltige Strukturen mit verstärkter Einbindung der kommunalen Partner
- Entwicklung weiterer realisierbarer Partizipationsformen für arbeitslose Menschen
- Mentoring-Modelle für neue Standorte
- Ausbau von Qualifizierungs- und Austauschformaten

Die Handlungsempfehlungen werden in eine Weiterentwicklung des Programms einbezogen.