



Evaluation proaktiv, Stand November 2008

1. Übersicht über proaktiv

proaktiv – Inhalte und Ziele

Eignungsfeststellung, Gesundheitsförderung und Integrationsförderung für AlgII-Empfänger mit gesundheitlichen Einschränkungen. Ziel ist die Verbesserung der Ausgangslage für die Integration in Arbeit.

Durchführende Institution

Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln

Art des Projektes

Proaktiv ist eine Beauftragung der ARGE Rhein-Erft: Es erfolgte eine öffentliche Ausschreibung nach § 16 Abs.1 SGB II i.V.m. § 37 SGB III durch das Regionale Einkaufszentrum der BA.

Zeitlicher Rahmen

Die erste Beauftragung erfolgte von Oktober 2006 bis März 2008: proaktiv I. Nach einer neuen Ausschreibung erfolgte eine weitere Beauftragung: proaktiv II. Diese begann im Juni 2008 und hat zunächst eine Laufzeit bis Juni 2010.

3. Unterschiede zwischen proaktiv I und II

	proaktiv I	proaktiv II
Zuweisungsdauer:	6 Monate	9 – 12 Monate
Bewerbertraining:	unverbindlich, im Rahmen der Sprechzeiten ergänzend	verbindlich, eigenständige feste Termine, 14-tägige Gruppentermine
Gesundheitsförderung	3 x wöchentlich + Heimübungsprogramm	In ersten 2 Monaten 2 x wöchentlich In den weiteren Monaten 1 x wöchentlich + Heimübungsprogramm
Berichtslegung	Abschlussbericht	Zwischenbericht nach der Eingangsdagnostik und Abschlussbericht

Tab.1

Im Folgenden soll es um die Ergebnisse von proaktiv I gehen, da proaktiv II erst im Juni 2008 gestartet ist und noch keine statistisch verwertbare Daten vorliegen

4. Ergebnisse von proaktiv I

4.1. Beschreibung der Stichprobe

Teilnehmerzahl

Insgesamt erfolgten 208 Zuweisungen durch die ARGE. Davon sind 168 Teilnehmer bei proaktiv erschienen. Die Gründe für das Nichterscheinen sind nicht statistisch erfasst.

Die folgenden Angaben beziehen sich auf die Tn, die bei proaktiv erschienen sind: N = 168

Geschlecht

65 % Männer

Altersverteilung

Jahre	Prozent
unter 20	1,2
20 - 29	10,1
30 - 39	15,5
40 - 49	35,7
50 - 59	37,5

Tab. 2

Schulden

45 % der Teilnehmer waren erheblich verschuldet, häufig drohten Pfändungen.

Bildungsabschluss

Schulabschluss	Prozent
kein Abschluss	15,6
Sonderschule	10,2
Hauptschule	52,7
Realschule	15,6
Abitur	6,0

Tab. 3

Beruflicher Abschluss

56 % der Teilnehmer hatten keinen Beruf gelernt

Dauer der Arbeitslosigkeit

Dauer	Prozent
bis 1 Jahr	10,4
1 bis 2 Jahre	12,8
2 bis 3 Jahre	15,9
3 bis 5 Jahre	25,6
5 bis 10 Jahre	20,7
10 bis 15 Jahre	7,9
über 15 Jahre	6,7

Tab. 4

Grad der Behinderung

Grad der Behinderung	Prozent
kein GdB	65,0
GdB unter 50	19,0
GdB 50 -100	16,0

Tab. 5

Selbsteinschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit

Anweisung an Tn: „Schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich mit Ihrer besten, je erreichten Arbeitsfähigkeit ein. Gehen Sie dabei von Ihrem Gesundheitszustand aus“

Skala 0-10	Prozent	
Komplett arbeitsunfähig	0	5,4
	1	3,0
	2	3,0
	3	9,5
	4	8,3
	5	23,2
	6	5,4
	7	7,7
	8	2,4
	9	2,4
Derzeit die beste Arbeitsfähigkeit	10	4,2
	Keine Angabe	25,6

Tab. 6

Von den 168 Teilnehmern, die bei proaktiv zum Erstgespräch erschienen sind, kamen 143 Teilnehmer zur arbeitsmedizinischen Untersuchung. Für 85 Teilnehmer erfolgte ärztlicherseits die Freigabe für das proaktiv-Programm (Gesundheitsförderung und Bewerbertraining). Für die anderen 58 Teilnehmer erschien das proaktiv-Programm nicht sinnvoll (in den meisten dieser Fälle erschienen med. Maßnahmen sinnvoller). Sie erhielten alternative Empfehlungen (siehe Abb. 1)

Empfehlungen für Teilnehmer die mindestens am Erstgespräch und an der med. Eingangsdagnostik teilgenommen haben (Mehrfachnennungen möglich):

N = 143

Empfehlungen

Art der Empfehlung	Prozent
Weitere medizinische Diagnostik	42,0
Ambulante medizinische bzw. psychotherapeutische Behandlung	57,3
Medizinische Rehabilitation	28,7
Berufliche Rehabilitation	17,5
Erwerbsminderungsrente	6,3
Vermittlung auf dem Arbeitsmarkt	33,6
Integrationsmaßnahme	8,4
Qualifizierung	7,7
Schuldnerberatung	15,4

Tab. 7

Auswertungen bezüglich Teilnehmern, die am proaktiv-Programm teilgenommen haben (siehe Abb.2):

N = 85

Verteilung der Hauptdiagnosen

ICD 10 - Kodierung	Prozent
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	1,1
Neubildungen	1,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	9,4
Psychische und Verhaltensstörungen	11,8
Krankheiten des Nervensystems	5,9
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde, Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	1,2
Krankheiten des Kreislaufsystems	4,7
Krankheiten des Atmungssystems	5,9
Krankheiten des Verdauungssystems	1,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	54,1
Krankheiten des Urogenitalsystems	1,2
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	2,4

Tab. 8

Co- und Multimorbidität: Anzahl der Nebendiagnosen

Anzahl der Nebendiagnosen	Prozent
0	10,6
1	35,3
2	28,2
3	17,6
4	5,9
5	2,4

Tab. 9

4.2. Ergebnisse des proaktiv-Programms

Das N variiert und ist durchgehend niedriger als die Anzahl der vom Arzt freigegebenen Tn. Das niedrigere N ergibt sich aus dem Umstand, dass nicht alle Teilnehmer sowohl zur Eingangs- als auch zur Abschlussdiagnostik erschienen sind. Einige Teilnehmer haben im Verlauf von proaktiv eine Arbeitsstelle gefunden, andere haben eine med. oder berufliche Reha angetreten. Andere fehlten krankheitsbedingt bei einem der beiden Termine, so dass keine Veränderung gemessen werden konnte. Eine Statistik über die genaue Verteilung der Gründe für fehlende N liegt jedoch nicht vor. Um Veränderungen erfassen zu können, wurden standardisierte Aktivitätstests eingesetzt. Die Ergebnisse wurden in IMBA-Werte übertragen und in einem arbeitsbezogenen Fähigkeitsprofil festgehalten (siehe Anhang).

Bedeutung der Zahlen und Zeichen im IMBA-Profil:

- 1: keine bzw. sehr geringe Fähigkeit
- 2: geringe Fähigkeit
- 3 ↓: knapp durchschnittliche Fähigkeit
- 3 ↑: gut durchschnittliche Fähigkeit
- 4: hohe Fähigkeit
- 5: sehr hohe Fähigkeit
- n: Nein (Beispiel: es besteht keine Eignung für Arbeitsplätze mit Schall/Lärm*belastung*)
- j: Ja (Beispiel: es besteht Eignung für Arbeitsplätze, in denen Schichtarbeit gefordert wird)

In den folgenden Tabellen werden Verschlechterungen, Verbesserungen, sowie keine Veränderungen angezeigt. Hat ein proaktiv-Teilnehmer hinsichtlich eines Merkmals (z.B. heben) beim Abschlusstest beispielsweise einen schlechteren IMBA-Wert erzielt als beim Eingangstest, dann wird dies unter Verschlechterung aufgeführt. Zwischen Eingangs- und Ausgangstest lagen in der Regel 2 Monate Gesundheitsförderung.

4.2.1. Veränderungen zwischen Eingangs- und Abschlusstest

Veränderungen hinsichtlich der Fähigkeit zu heben

N = 52

Fähigkeit	Prozent
Verschlechterung	13,4
Keine Veränderung	57,7
Verbesserung	28,8

Tab. 10

Veränderungen hinsichtlich der Fähigkeit zu tragen

N = 53

Fähigkeit	Prozent
Verschlechterung	15,0
Keine Veränderung	62,3
Verbesserung	22,6

Tab. 11

Veränderungen hinsichtlich der Fähigkeit in geneigter/gebückter Haltung zu verrichten

N = 51

Fähigkeit	Prozent
Verschlechterung	9,8
Keine Veränderung	64,7
Verbesserung	25,5

Tab.12

Veränderungen hinsichtlich der Fähigkeit zu knien

N = 51

Fähigkeit	Prozent
Verschlechterung	5,9
Keine Veränderung	66,7
Verbesserung	27,4

Tab. 13

Veränderungen hinsichtlich der Fähigkeit zu hocken

N = 46

Fähigkeit	Prozent
Verschlechterung	13,0
Keine Veränderung	58,7
Verbesserung	28,3

Tab. 14

Veränderungen hinsichtlich der physischen Ausdauer

N = 42

Fähigkeit	Prozent
Verschlechterung	4,8
Keine Veränderung	50,0
Verbesserung	45,2

Tab. 15

4.2.2. Selbstauskunft der Teilnehmer nach Beendigung des Programms zu Effekten von proaktiv

Das niedrigere N ergibt sich in erster Linie aus dem Umstand, dass nicht alle Teilnehmer einen Selbstauskunftsbogen ausgefüllt haben (Gründe siehe oben)

„Das Bewegungstraining war hilfreich für ein besseres Verständnis meiner Gesundheit“

N = 52

Teilnehmeraussage	Prozent
Trifft überhaupt nicht zu	1,9
Trifft nicht zu	9,6
Teils/teils	34,6
Trifft zu	30,8
Trifft voll und ganz zu	23,1

Tab. 16

„Das Bewegungstraining war hilfreich zur Verbesserung meiner Gesundheit“

N = 52

Teilnehmeraussage	Prozent
Trifft überhaupt nicht zu	3,8
Trifft nicht zu	15,4
Teils/teils	36,5
Trifft zu	25,0
Trifft voll und ganz zu	19,2

Tab. 17

„Das Bewegungstraining war hilfreich für die Einschätzung meiner körperlichen Leistungsfähigkeit“

N = 52

Teilnehmeraussage	Prozent
Trifft nicht zu	7,7
Teils/teils	38,5
Trifft zu	28,8
Trifft voll und ganz zu	25,0

Tab. 18

„Das Bewegungstraining war hilfreich zur Verbesserung meiner körperlichen Leistungsfähigkeit“

N = 49

Teilnehmeraussage	Prozent
Trifft überhaupt nicht zu	4,1
Trifft nicht zu	20,4
Teils/teils	32,7
Trifft zu	22,4
Trifft voll und ganz zu	20,4

Tab. 19

**„proaktiv hatte positive Effekte auf körperliche Fitness“
N = 54**

Teilnehmeraussage	Prozent
Trifft überhaupt nicht zu	5,6
Trifft nicht zu	9,3
Teils/teils	37,0
Trifft zu	27,8
Trifft voll und ganz zu	20,4

Tab. 20

**„proaktiv hatte positive Effekte auf soziale Kontakte“
N = 55**

Teilnehmeraussage	Prozent
Trifft überhaupt nicht zu	3,6
Trifft nicht zu	10,9
Teils/teils	38,2
Trifft zu	25,5
Trifft voll und ganz zu	21,8

Tab. 21

**„proaktiv hatte positive Effekte auf allgemeines Wohlbefinden“
N = 55**

Teilnehmeraussage	Prozent
Gültig Trifft überhaupt nicht zu	3,6
Trifft nicht zu	12,7
Teils/teils	34,5
Trifft zu	34,5
Trifft voll und ganz zu	14,5

Tab. 22

**„proaktiv hatte positive Effekte auf berufliche Perspektive“
N = 52**

Teilnehmeraussagen	Gültige Prozente
Trifft überhaupt nicht zu	5,8
Trifft nicht zu	28,8
Teils/teils	40,4
Trifft zu	15,4
Trifft voll und ganz zu	9,6

Tab. 23

4.2.3. Befragung der ARGE-Fallmanager und persönlichen Ansprechpartner

Bei einer Befragung im November 2007 gaben 71 % der Vermittler und Fallmanager der ARGE an, dass proaktiv einen hohen bzw. sehr hohen Nutzen für ihre Arbeit habe. 64 % gaben an, dass Bewerber, die an der Gesundheitsförderung teilgenommen hatten, nachher leistungsfähiger erschienen als zuvor. 57 % kamen zu der Einschätzung, die Ausgangslage der Bewerber für die Wiedereingliederung habe sich verbessert. Darüber hinaus teilten 64 % mit, der Klärungsprozess zur weiteren Vorgehensweise sei beschleunigt worden und 57 % erlebten durch proaktiv eine Entlastung bei ihrer Arbeit.

5. Erkenntnisse aus proaktiv I

Erfahrungen mit Bewerbern von proaktiv I

1. Teilnehmer von proaktiv haben oft mehrfache Integrationshemmnisse
2. Viele Teilnehmer sind zum Zeitpunkt der Eingangsdiagnostik bei proaktiv nicht arbeitsfähig.
3. Es besteht zum Zeitpunkt der Zuweisung oft keine ausreichende medizinische Diagnostik und Behandlung
4. Es besteht in der Regel Hilflosigkeit / geringer Selbstwert / geringe Eigeninitiative
5. Oft soziale Isolation bzw. belastendes soziales Umfeld (z.B. Konflikte in der Partnerschaft)
6. In vielen Fällen besteht eine erhebliche finanzielle Schieflage
7. Unkenntnis über soziale Hilfsangebote in der Region (Arbeitslosenzentren, Schuldnerberatung, Lebensberatungsstellen, Suchtberatungsstellen, usw.)
8. Mangelhafte oder keine Bewerbungsunterlagen
9. Keine oder keine realistische berufliche Vorstellung
10. Gesundheitsschädigendes Verhalten (Rauchen, schlechte Ernährung, Bewegungsmangel)
11. Bei Flüchtlingen oft befristete Aufenthaltsgenehmigung
12. Sprachprobleme (viele Migranten)
13. Einige Bewerber, insbesondere ältere mit einer soliden Berufsbiographie bringen gute Arbeitstugenden mit und wären sicherlich wertvolle Mitarbeiter, sehen für sich aber keine Chance auf dem Arbeitsmarkt

Erfahrungen mit der Beauftragung proaktiv I

1. Mit proaktiv wird eine Klientel für Gesundheitsförderung erreicht, die sonst nur sehr schwer erreicht werden kann (geringes Bildungsniveau, niedriger sozialer Status, Menschen mit Migrationshintergrund)
2. Bei den zugewiesenen Teilnehmern war eine hohe Ausfallquote zu verzeichnen
3. Auf Basis eines psychologischen Erstgesprächs und einer körperlichen Eingangsdiagnostik konnten für alle Tn Empfehlungen für weitere Schritte mit Blick auf berufliche Integration gegeben werden (siehe Tab.)
4. Etwa die Hälfte der Teilnehmer äußerte positive Effekte von proaktiv in Bezug auf Fitness, Sozialkontakte und Wohlbefinden. Mehr als ein Drittel äußerte teilweise positive Effekte in diesen Bereichen. Nur eine Minderheit berichtete keinerlei positive Effekte

5. Es konnten objektive Verbesserungen des Leistungsbildes erzielt werden
6. Nur wenige Teilnehmer berichteten einen positiven Effekt von proaktiv in Bezug auf die berufliche Perspektive. Vor dem Hintergrund der erheblichen und multiplen Vermittlungshemmnisse der Klientel ist dies nachvollziehbar. In der darauffolgenden Beauftragung proaktiv II wurde im Gegensatz zu proaktiv I ein verbindliches Bewerbertraining durchgeführt.

Erkenntnisse und Anregungen über den Rahmen von proaktiv I hinaus

1. Die Arbeit mit der Klientel ist mit Sicherheit psychisch belastend für Vermittler, Fallmanager und andere professionelle Helfer. Denkbar wäre eine Unterstützung der Vermittler/Fallmanager durch einen Diplom-Psychologen (Coaching, Supervision, Fallberatung)
2. Für die oben beschriebene Klientel ist eine starke Vernetzung der sozialen Partner sinnvoll (ARGE, Schuldnerberatung, Arbeitslosenzentren, Suchtberatung, usw.)
3. Als Ausgangspunkt für die Integrationsplanung bei Langzeitarbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen ist ein interdisziplinäres Assessment (Medizin, Psychologie, Sportwissenschaft) wie es bei proaktiv erfolgt, sinnvoll.
4. Für eine dauerhafte Gesundheitsförderung für Langzeitarbeitslose erscheint eine Kooperation mit den gesetzlichen Krankenkassen sinnvoll.
5. Für einen Teil der Langzeitarbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen erscheint eine Integrationsmaßnahme mit hohem Praxisanteil (Training on the job) sinnvoll
6. Um eine Verbesserung bzw. die Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit bei Langzeitarbeitslosen einzuleiten, sollten bei Integrationsmaßnahmen für Langzeitarbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen psychologische Gruppenangebote und eine regelmäßige zielgerichtete Gesundheitsförderung fester Bestandteil sein.