

GESUNDHEIT FÖRDERN, ARBEIT ERMÖGLICHEN

Erkenntnisse und Handlungsempfehlungen aus
dem Programm teamw()rk in Niedersachsen

teamw()rk
für Gesundheit und Arbeit



Gefördert mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V



Abstract

Hintergrund: Menschen in Erwerbslosigkeit werden von bestehenden Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention nur schwer erreicht und bilden eine heterogene Dialoggruppe mit sozialräumlichen Herausforderungen (Paul & Hollederer 2023). Im Förderprogramm „teamw()rk für Gesundheit und Arbeit“ beteiligen sich 30 niedersächsische Standorte, um die gesundheitliche Chancengleichheit dieses Personenkreises zu verbessern. Mittels einer Erhebung über den Förderzeitraum 2023-2025 sollten Gelingensfaktoren, Herausforderungen und bewährte Ansätze im Rahmen der Programmumsetzung in Niedersachsen untersucht werden.

Methode: Mit dem Ziel ein umfassendes Verständnis zu gewinnen, wurde ein kombinierter methodischer Ansatz gewählt, der sowohl quantitative als auch qualitative Daten enthält. Es wurden relevante kleinräumige Daten aus dem teamw()rk-Programm Niedersachsen systematisch gesammelt, retrospektiv beschrieben und analysiert. Anschließend erfolgten fünf leitfadengestützte Interviews mit Expert:innen aus der Programmumsetzung, um tiefergehende Perspektiven und Erfahrungswerte abzubilden. Es wurde ein fallbasiertes Sampling durchgeführt. Das Material wurde mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse kategorienbasiert ausgewertet (Kuckartz & Rädiker 2024).

Ergebnisse: Das Programm erreicht Menschen in Erwerbslosigkeit über gesundheitsförderliche Angebote. Außerdem werden standortübergreifende Angebote wie „Kurzwahl Gesundheit“ (n=2.264) und Fachveranstaltungen (n= 239) für Fachkräfte der Arbeitsförderung angeboten. Ergänzend durch standortbezogene Maßnahmen werden die gesundheitsförderlichen Strukturen gestärkt. Insgesamt wurden 197 Steuerungsgremiensitzungen, 27 Bedarfserhebungen, 239 Fachveranstaltungen an den Standorten in Niedersachsen in den Jahren 2023 und 2024 durchgeführt. Die qualitativen Ergebnisse zeigen, dass gesundheitliche Belastungen bei vielen Leistungsbeziehenden komplex und häufig chronifiziert sind. Klassische Präventionsangebote erreichen diese Dialoggruppe nur begrenzt, während niedrigschwellige Formate, quartiersnahe Ansätze und lokale Netzwerke als besonders wirksam beschrieben werden. Vor allem die externe Gesundheitsberatung weist eine hohe Akzeptanz auf und führt häufig zu messbaren Verbesserungen. Gleichzeitig werden strukturelle Herausforderungen sichtbar: begrenzte personelle Ressourcen, bürokratische Einschränkungen und politische Rahmenbedingungen.

Handlungsempfehlungen

- ✓ Aufbau eines aktiven sowie gesicherten Steuerungsgremiums
- ✓ stärkerer Einbezug quartiersnaher Einrichtungen
- ✓ Partizipation der Dialoggruppe für eine bedarfsgerechte Umsetzung vor Ort
- ✓ strukturierte und wechselseitige Sensibilisierung von Fachkräften der Arbeitsvermittlung sowie Multiplikator:innen zum Thema Gesundheitsförderung
- ✓ dauerhafte Implementierung der Gesundheitsberatung in die Strukturen vor Ort
- ✓ Stärkung von Kooperationen und Vernetzung (rechtskreisübergreifend)
- ✓ Angebotsplanung unter Berücksichtigung der Niedrigschwelligkeit und Flexibilität
- ✓ Abbau bürokratische Hürden bei der Angebotsgestaltung und -umsetzung
- ✓ wohnortsnahe Angebotsplanung
- ✓ Verankerung des Themas Gesundheit im SGB II

INHALT

1 Gesundheit und Arbeit zusammendenken: Hintergrund und Ziel der Erhebung	Seite 4
2 Wirkungstreppe für „teamw()rk für Gesundheit und Arbeit“ Niedersachsen	Seite 5
3 Methode	Seite 6
4 Ergebnisse	Seite 8
4.1 Output	Seite 8
4.2 Outcome I	Seite 11
4.3 Outcome II	Seite 15
4.4 Rahmenbedingungen	Seite 18
5 Handlungsempfehlungen	Seite 22
Literatur	Seite 24
Impressum	Seite 27

1 GESUNDHEIT UND ARBEIT ZUSAMMENDENKEN: HINTERGRUND UND ZIEL DER ERHEBUNG

Erwerbslosigkeit wirkt sich nachweislich negativ auf die physische und psychische Gesundheit aus und ist ein Hauptrisikofaktor für soziale Benachteiligung und Isolation (Kroll et al. 2016; Holleederer & Voigtländer 2016). Auch die Armutsgefährdung erhöht sich maßgeblich im Zusammenhang der Erwerbslosigkeit (bpb 2024). Im Jahr 2023 zählte fast jede sechste Person (16,6 Prozent) in Deutschland als armutsgefährdet, jedoch 50,7 Prozent aller Erwerbslosen. Bei den Erwerbstätigen waren es im selben Jahr 8,2 Prozent (ebd.). In Niedersachsen lag die Armutsgefährdungsquote 2023 bei 16,4 Prozent und im Jahr 2024 bei 16,6 Prozent (Statistikportal 2025). Mit dem bundesweiten Programm teamw()rk für Gesundheit und Arbeit wird der Gesundheitsförderung vulnerabler Personen im Kontext von Erwerbslosigkeit eine notwendige Relevanz zugeschrieben. In Kooperation mit der gesetzlichen Krankenkasse und den Jobcentern/Agenturen für Arbeit vor Ort, wird das Programm seit 2017 in Niedersachsen realisiert und aktuell in 30 Landkreisen und kreisfreien Städten von der Landesvereinigung und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e.V. begleitet. Gefördert über das GKV-Bündnis für Gesundheit sowie ergänzt um eine landesspezifische Förderung aus Mitteln des GKV-Bündnisses für Gesundheit in Niedersachsen engagieren sich die Kooperationspartner:innen auch in der derzeitigen IV. Förderphase (01.01.2024 – 31.12.2025) für eine barrierefreie und inklusive Gesundheitsförderung und versuchen dabei der Heterogenität der Dialoggruppe sowie den sozialräumlichen Ungleichheiten zu begegnen.

Um diesen Folgen entgegenzuwirken, braucht es zielgerichtete, niedrigschwellige und passgenaue Angebote, die an den unterschiedlichen Lebenslagen der Betroffenen ansetzen (Nock et al. 2024) sowie die Gegebenheiten vor Ort berücksichtigen, um die gesundheitliche Situation und Chancengleichheit von Menschen in schwierigen Lebenslagen zu verbessern.

Zielsetzung der Erhebung

Ziel des vorliegenden Berichts ist es, auf Basis qualitativer und quantitativer Daten (systematisch) zu analysieren, welche Voraussetzungen, Maßnahmen und Strukturen notwendig sind, um eine gewinnbringende Verzahnung von Gesundheits- und Arbeitsförderung zu fördern. Zudem sollen Gelingensfaktoren, Herausforderungen und bestehende Good-Practice-Ansätze aus der Programmumsetzung an niedersächsischen Standorten identifiziert und abgebildet werden. Der Bericht soll zudem Handlungsempfehlungen für die weitere Umsetzung liefern.

Die zentrale Fragestellung hierfür lautet: „Was braucht es, um kommunale Verzahnung von Gesundheits- und Arbeitsförderung in Niedersachsen aufzubauen?“

Daraus abgeleitet ergeben sich folgende Teilfragen:

1. Welche Voraussetzungen braucht es in den Jobcentern/Agenturen für Arbeit und in der Kommune, um die Gesundheit von Menschen in Erwerbslosigkeit zu fördern?
2. Wie müssen gesundheitsförderliche Maßnahmen für Menschen in Erwerbslosigkeit gestaltet sein?
3. Welche Herausforderungen und Einflussfaktoren gibt es in der kommunalen Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung?
4. Welche Aktivitäten fanden im Rahmen des Programms in Niedersachsen statt und wie viele Menschen in Erwerbslosigkeit wurden erreicht?

2 WIRKUNGSTREPPE FÜR „TEAMW()RK FÜR GESUNDHEIT UND ARBEIT“ NIEDERSACHSEN

Wirkungstreppe Programm „teamw()rk für Gesundheit und Arbeit“ in Niedersachsen und Bremen

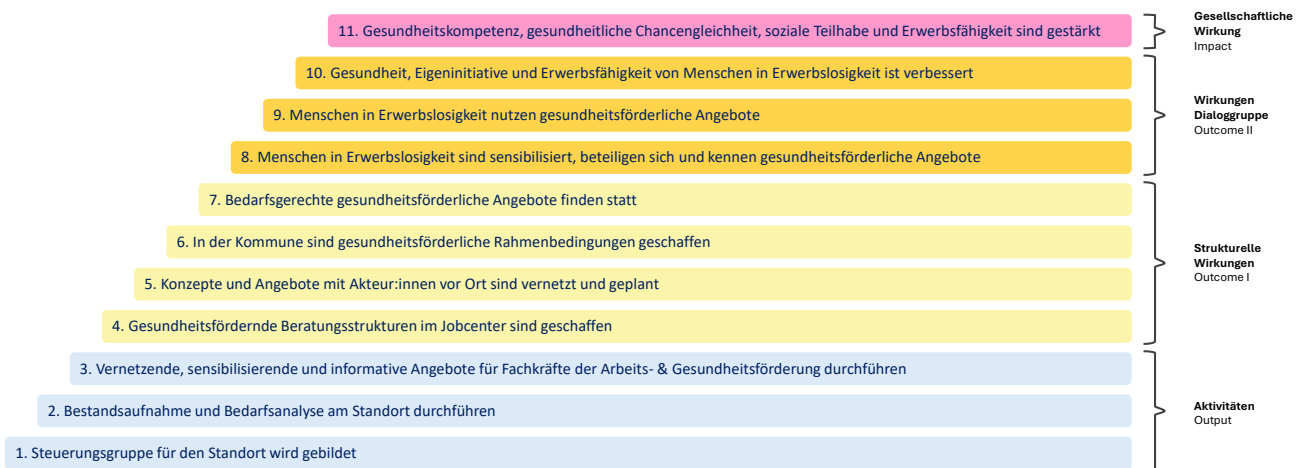


Abbildung 1: Wirkungstreppe für „teamw()rk für Gesundheit und Arbeit“ Niedersachsen und Bremen

Im Rahmen der Programmkoordination „teamw()rk für Gesundheit und Arbeit“ wurde für Niedersachsen und Bremen im Jahr 2024 eine Wirkungstreppe entwickelt – in Anlehnung an das Modell von PHINEO (Kurz & Kubek 2021) (Abb. 1).

Die Wirkungstreppe nach PHINEO ist ein Modell zur Darstellung von Wirkungszusammenhängen in sozialen Programmen. Sie beschreibt in aufeinanderfolgenden Stufen, wie aus eingesetzten Ressourcen (Inputs) über Maßnahmen (Outputs) Veränderungen auf verschiedenen Ebenen entstehen – von den strukturellen Wirkungen (Outcome I) über die Reaktion der primären Dialoggruppe, also der Menschen in Erwerbslosigkeit (Outcome II), bis hin zu einer übergeordneten gesellschaftlichen Wirkung (Impact).

Die Wirkungstreppe veranschaulicht somit die Schritte, die Programmbeteiligte vor Ort durchlaufen müssen, damit eine Verzahnung von Gesundheits- und Arbeitsförderung erfolgreich gelingen kann. Sie zeigt auf, unter welchen Bedingungen Wirkung entstehen kann, wo sie messbar ist und auch wo eine direkte Messbarkeit an ihre Grenzen stößt. Angesichts der äußeren Einflussfaktoren auf die Programmumsetzung vor Ort – z. B. durch unterschiedliche strukturelle Gegebenheiten, personelle und finanzielle Ressourcen, unterschiedlich fortgeschrittene kommunale Vernetzung – bietet die Wirkungstreppe eine Orientierung, um die Programmkomplexität anhand klarer Umsetzungsschritte zu strukturieren. Die Wirkungstreppe macht deutlich, dass die Verzahnung von Gesundheits- und Arbeitsförderung kein eindimensionaler Pfad ist, sondern verschiedene Akteur:innen, gemeinsame Ziele und Ansatzpunkte benötigt, damit eine langfristige Veränderung erzielt werden kann. Wirkung hängt von diversen Faktoren ab und tritt bei der Programmkomplexität sowie miteinander verknüpften Zielsetzungen meist mittel- bis langfristig auf.

Output (Programmaktivitäten): Eine wichtige Voraussetzung für die wirkungsorientierte Arbeit ist die erfolgreiche Zusammenarbeit der am Programm beteiligten Akteur:innen, die mit gemeinsamen Zielsetzungen und klar abgestimmten Verantwortlichkeiten die Angebotsplanung bedarfsgerecht vor Ort steuern. Grundlage dafür ist zum Beispiel die Gründung einer kommunalen Steuerungsgruppe, eine Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse sowie vernetzende, sensibilisierende und informierende Angebote, welche ein gemeinsames Verständnis von gesundheitlichen Themen schaffen. Anknüpfend an diese Voraussetzungen können schrittweise Wirkungen auf der Verhältnis- und Verhaltensebene einsetzen.

Outcome I (strukturelle Wirkungen): Durch die Multiplikator:innenrolle des Jobcenters an der Schnittstelle zur Dialoggruppe spielt die Ausgestaltung der dortigen Beratungsstrukturen, vor allem im Kontext Gesundheitsförderung, eine zentrale Rolle. Dazu müssen Rahmenbedingungen und Ressourcen geschaffen werden, die eine Beratung zu Gesundheitsthemen ermöglichen. Für die Wirkung auf Verhältnisebene ist ein integriertes kommunales Handeln erforderlich, um gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen für die Dialoggruppe zu schaffen und gesundheitsförderliche Angebote zu realisieren.

Outcome II (Wirkungen Dialoggruppe): Wird die Dialoggruppe direkt an Entscheidungsprozessen innerhalb des Programms beteiligt, können Angebote nachhaltig bedarfsgerecht gestaltet werden – dadurch erhöhen sich Akzeptanz, wahrgenommene Sinnhaftigkeit und Teilnahmebereitschaft. Nutzen die Menschen in Erwerbslosigkeit die neu geschaffenen oder verzahnten gesundheitsförderlichen Angebote, kann dies eine Wirkung auf ihre Gesundheit haben und somit zu einer gesamtgesellschaftlichen Wirkung (Impact) in Bezug auf die Gesundheitskompetenz, gesundheitlichen Chancengleichheit, soziale Teilhabe und Erwerbsfähigkeit führen.

3 METHODE

Der folgende Abschnitt skizziert die methodische Vorgehensweise, die zur Beantwortung der leitenden Fragestellungen (siehe Kap. 1) angewandt wurde. Mit dem Ziel ein umfassendes Verständnis zu gewinnen, wurde ein kombinierter methodischer Ansatz gewählt, der sowohl quantitative als auch qualitative Daten enthält.

Dafür wurden im ersten Schritt relevante kleinräumige Daten aus der Programmumsetzung in Niedersachsen systematisch gesammelt und retrospektiv beschrieben. Zu den Datenquellen zählten vorhandene Angebotsdokumentationen, Berichte und Kennzahlen der Standortaktivitäten (z.B. erreichte Teilnehmende) sowie weitere verfügbare Informationen, die in mehreren Schritten deskriptiv ausgewertet wurden. Für die quantitativen Analysen wurden Maße der zentralen Tendenz herangezogen. Einfache Häufigkeiten und Mittelwerte wurden berechnet, um zentrale Lageparameter der Verteilung zu bestimmen und damit Unterschiede der Aktivitäten zwischen den Programmstandorten zu identifizieren. Durch die quantitativen Daten konnten ein Überblick sowie zentrale Merkmale aus der Programmumsetzung (Angebote) über die Förderjahre 2023 bis 2024 gewonnen werden. Aus den Ergebnissen konnten darüber hinaus Standort-Ausreißer identifiziert werden, die in Hinblick auf die Fallauswahl und die Auswahl der Stichprobe für die qualitative Erhebung relevant erschienen.

Im zweiten Schritt erfolgten fünf leitfadengestützte inhaltlich strukturierte Interviews mit Expert:innen der JC/AA und der LVG & AFS aus der Programmumsetzung in Niedersachsen. Ziel der qualitativen Betrachtung war es, tiefergehende Perspektiven und Erfahrungswerte zu erhalten, die sich durch die vorliegenden deskriptiven Daten nicht abbilden lassen. Zur Auswahl der Interviewpartner:innen der JC/AA wurde ein fallbasiertes Sampling (Fall=JC/AA) durchgeführt. Die Grundlage dafür bildeten die zuvor identifizierten Ausreißer aus den quantitativen Analysen, in denen einige der niedersächsischen Standorte durchschnittlich in relevanten Merkmalen und Rahmenbedingungen (Arbeitslosenquote, Anbieter:innendichte, Anbindung

ÖPNV und Wegzeiten, kommunaler Strukturaufbau) abwichen. Ergänzend wurden Expert:innen aus der niedersächsischen Programmkoordination interviewt, um ihre Perspektiven und Erfahrungen aus der Standortbegleitung abzubilden. Für die Erhebung wurden zwei Leitfäden entworfen und nach durchgeführten Pretests finalisiert. Das methodische Vorgehen folgte den Prinzipien Offenheit, kontextuelle Betrachtung und Fallorientierung, welche für die explorative Forschung zentral sind (Helfferrich 2011).

Drei Beteiligte aus den Programmstandorten sowie zwei Fachreferent:innen erklärten sich bereit, leitfadengestützte Gespräche zu führen. Die Rekrutierung erfolgte über ein Anschreiben. Vor den Interviews wurden die freiwilligen Personen schriftlich und mündlich über das Vorhaben informiert und erhielten den Hinweis, dass sie ihre Teilnahme jederzeit zurückziehen könnten. Eine informierte Einwilligung zur Durchführung und Aufzeichnung der Gespräche und der anonymisierten Verwendung der Daten liegt vor. Die Befragungen wurden in Übereinstimmung mit den ethischen Standards der Deklaration von Helsinki geplant und von Teammitgliedern durchgeführt (World Medical Association 2025). Die Interviews fanden im Mai 2025 statt und wurden auditiv aufgezeichnet. Drei der Gespräche erfolgten vor Ort, zwei erfolgten digital.

Im Anschluss wurde das Material mithilfe der Software f4 Transkript transkribiert, überprüft und anschließend mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse, kategorienbasiert und in Anlehnung an Kuckartz und Rädiker (2024) ausgewertet. Die zentralen Themen und Hauptaussagen aus dem Datenmaterial wurden induktiv-deduktiv, dem Leitfaden folgend sowie im Analyseverlauf, herausgearbeitet und codiert. Abschließend wurden die Codierungen kritisch diskutiert und die Ergebnisse der beiden Gruppen aufeinandergelegt, um Überschneidungen zu erfassen. Als Unterstützung zur sprachlichen Optimierung wurde das KI Tool ChatGPT von OpenAI genutzt.

Limitationen

Auch wenn das methodische Vorgehen dieser Untersuchung mit großer Sorgfalt ausgewählt und umgesetzt wurde, lassen sich gewisse Einschränkungen nicht vollständig vermeiden. Im Folgenden werden daher die Limitationen und deren Einfluss auf die Ergebnisse kurz reflektiert. Die begrenzte Anzahl an durchgeführten Interviews (n=5) lässt nur eine eingeschränkte Übertragbarkeit der Ergebnisse zu. Die Auswahl der spezifischen Befragungsgruppen im Rahmen der Programmbeteiligung bestimmt den Fokus auf deren subjektive Perspektiven und kann daher zu Verzerrungen führen. Kritisch zu betrachten ist, dass die Perspektive der Menschen in Erwerbslosigkeit nicht berücksichtigt werden konnte. Auch die Eigenbefragung der Programmkoordination kann als Limitation verstanden werden. Jedoch wurde diese Einbindung aufgrund der heterogenen Erfahrungen an diversen Programmstandorten Niedersachsens bewusst gewählt. In der qualitativen Forschung gilt es, die unterschiedlichen Interviewsettings (digital und vor Ort) sowie die Gesprächsverläufe zu berücksichtigen, die jeweils Auswirkungen auf die Gesprächsdynamik und damit auf die Datenqualität gehabt haben können. Auch die Rolle der Interviewenden, die über Vorkenntnisse und bestehende Kontakte zu den Befragten verfügten, wurde reflektiert. Zur Reduzierung von Verzerrungen wurde ein strukturierter Interviewleitfaden entwickelt, der als verbindliches Orientierungskriterium diente und eine möglichst einheitliche Durchführung der Interviews sicherstellen sollte.

Ein weiterer Aspekt betrifft die qualitative Datenanalyse. Auch wenn die Auswertung anhand der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2024) erfolgte, ist eine gewisse Subjektivität im Codier- und Auswertungsprozess nicht auszuschließen. Um die Reliabilität zu erhöhen, wurde die gesamte Auswertung jedoch von mehreren Personen durchgeführt und kritisch diskutiert.

Für die quantitative Erhebung ist zu beachten, dass die Analysen auf einer begrenzten Datenbasis beruhen. Diese stützen sich ausschließlich auf Programmdaten der Förderjahre 2023 bis 2024, wodurch die Generalisierbarkeit der Ergebnisse theoretisch nur für diesen Zeitraum gegeben ist. Zusätzliche Erhebungen, die eine breitere empirische Fundierung hätten schaffen können, wurden aus Kapazitätsgründen nicht durchgeführt.

4 ERGEBNISSE

Im Folgenden werden sowohl die vorliegenden quantitativen Daten als auch die qualitativen Ergebnisse zusammenfassend beschrieben, um ein umfassendes Bild der untersuchten Fragestellungen zu gewinnen. Die Ergebnisdarstellung erfolgt systematisch in Anlehnung an die Stufen der Wirkungstreppe (siehe Kap. 2).

Aus den Analysen der Interviews konnten sieben Hauptkategorien gebildet werden, die in der folgenden Übersicht (Tab. 1) abgebildet sind. Die Stichprobe setzt sich insgesamt aus sechs Personen zusammen, die in fünf Interviews befragt wurden. Bei vier Befragten handelt es sich um Fachkräfte aus programmteilnehmenden JC/AA in Niedersachsen. Bei den zwei weiteren Personen handelt es sich um Fachreferent:innen der LVG & AFS, die als Programmkoordinationen für die Umsetzung in Niedersachsen zuständig sind.

Fachkräfte aus den JC/AA	Fachreferent:innen LVG & AFS
Gesundheit im Kontext der Arbeitsvermittlung	Umsetzung vor Ort und mit der Dialoggruppe
Durchgeführte Angebote – Inhalte, Formate und erlebte Wirksamkeit	Bestehende Kooperationsformen und Qualität der Zusammenarbeit
Herausforderungen bei der Umsetzung	
Gelingensfaktoren (Ressourcen)	
Ideale Voraussetzungen schaffen	

Tabelle 1: Kategoriensystem

Die Ergebnisdarstellung im folgenden Unterkapitel bezieht sich auf die Programmaktivitäten und deren Voraussetzungen. Zunächst werden die aufgebauten Strukturen und Aktivitäten aus den Jahren 2023 und 2024 deskriptiv dargestellt. Im weiteren Verlauf werden die wahrgenommenen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen im Programm aus den Interviews berichtet.

4.1 OUTPUT

Die ersten Stufen der Wirkungstreppe beschreiben den Output, d.h. die Programmaktivitäten.

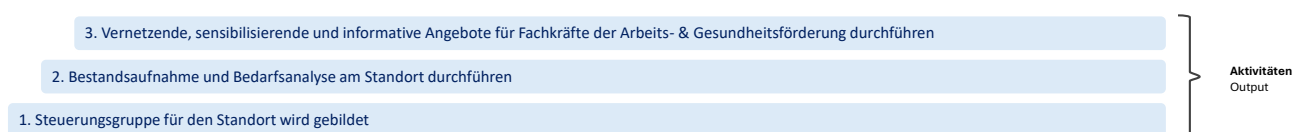


Abbildung 2: Stufe 1-3 der Wirkungstreppe „Output“

4.1.1 QUANTITATIVE ERGEBNISSE

Steuerungsgruppen

In den Jahren 2023 und 2024 fanden insgesamt 197 Sitzungen der Steuerungsgremien an den 30 Programmstandorten in Niedersachsen statt. Die Steuerungsgruppen tagten durchschnittlich 3- bis 4-mal im Jahr, i.d.R. einmal pro Quartal. An den Standorten partizipierten folgende Mitglieder in den Steuerungsgruppen:

- Fachkräfte aus den JC/AA (Geschäftsführung, Team- sowie Bereichsleitungen, Arbeitsvermittler:innen/Integrationsfachkräfte, Fallmanager:innen, Beauftragte für Chancengleichheit am Arbeitsmarkt (BCA))
- zuständige GKV-Ansprechpersonen sowie weitere Vertreter:innen der Gesetzlichen Krankenkassen (AOK Nds., IKK classic, Barmer, BKK Mobil Oil)
- Fachreferent:innen der LVG & AFS
- Zusätzlich waren an den Standorten kommunale Fachpersonen und weitere Akteur:innen aktiv: Gesundheitsamt, Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi), Kreis- und Stadtsportbünde, (Kreis-)Volkshochschulen, Familienbildungsstätten, Ansprechpersonen aus weiteren Projekten wie rehapro, Gesundheitsberater:innen, Gesundheitsregionen etc.

Standortübergreifende Angebote

- Der Newsletter „Gesundheit und Erwerbslosigkeit“, welcher quartalsweise von der Programmkoordination verschickt wird, erreicht insgesamt 629 Abonnent:innen (Stand 2024). Er enthält die Rubriken: Aktuelles aus den Programmstandorten, Veranstaltungshinweise, Neues für die Praxis und „Good to know“.
- Die Homepage meine-gesundheit-staerken.de, welche primär für die Dialoggruppe ausgestaltet wurde und aktuelle Angebote vor Ort beinhaltet, hatte im Jahr 2023 und 2024 insgesamt 4.433 Besucher:innen und 23.186 Seitenaufrufe.
- Die monatlich stattfindende Telefonfortbildung „Kurzwahl Gesundheit“ für Fachkräfte der Arbeitsförderung verzeichnete insg. 2.264 Zuhörende im Jahr 2023 und 2024. Im Durchschnitt sind dies 102 Zuhörende pro Veranstaltung.
- Es fand jeweils eine Fachtagung im Jahr 2023 und 2024 in Präsenz statt: am 6. Dezember 2023 zum Thema „Lost in Transition – junge Menschen in Armut und Erwerbslosigkeit“ sowie am 18. Juni 2024 zum Thema „Einsam, stigmatisiert und abgehängt?! – Erwerbslosigkeit und Gesundheit im Blick“. Insgesamt nahmen 161 Teilnehmende an den Fachveranstaltungen teil.
- Die Programmkoordination veranstaltete zusätzlich Netzwerktreffen für die Steuerungsgruppen. 2023 fand ein Netzwerktreffen Süd und ein Netzwerktreffen Nord statt, mit insgesamt 78 Teilnehmenden. Neben Zeit für Austausch wurden dort thematisch u.a. folgende Themen behandelt: Netzwerke(n) leicht gemacht mit Soziogrammen, Diskriminierungssensible Beratung, Problem Based Learnings, Wahrnehmungsprozesse und Bias im Gesundheitsbereich.

Bedarfserhebungen

Dialoggruppenspezifische Bedarfe wurden an den niedersächsischen Standorten mittels Fokusgruppen, Fragebogenerhebungen oder im Gespräch (zum Beispiel in der Gesundheitsberatung, in Gesprächen im Jobcenter, bei Gesundheitstagen) erhoben (Abb. 3). Außerdem konnten Bedarfe jederzeit über die Programmhomepage meine-gesundheit-staerken.de oder über die fortlaufenden Kursevaluationen mitgeteilt werden. Insgesamt fanden 27 Bedarfserhebungen im Zeitraum 2023 und 2024 an den Programmstandorten statt.

In einer niedersächsischen Steuerungsgruppe wurde im Sinne des partizipativen Vorgehens zusätzlich eine Erwerbslosenvertretung initiiert, um dialoggruppenspezifische Bedarfe zu erfassen und passgenaue Angebote zu planen.

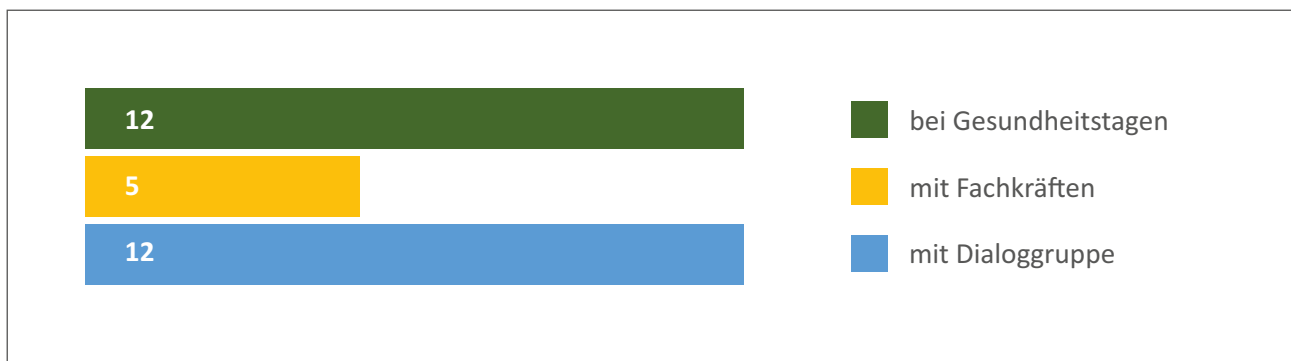


Abbildung 3: Wege der dialoggruppenspezifischen Bedarfserhebungen

4.1.2 QUALITATIVE ERGEBNISSE AUS DEN INTERVIEWS

Dialoggruppenspezifische Bedarfe wurden an den niedersächsischen Standorten mittels Fokusgruppen, Fragebogenerhebungen oder im Gespräch (zum Beispiel in der Gesundheitsberatung, in Gesprächen im Jobcenter, bei Gesundheitstagen) erhoben (Abb. 3). Außerdem konnten Bedarfe jederzeit über die Programmhomepage meine-gesundheit-staerken.de oder über die fortlaufenden Kursevaluationen mitgeteilt werden. Insgesamt fanden 27 Bedarfserhebungen im Zeitraum 2023 und 2024 an den Programmstandorten statt.

In einer niedersächsischen Steuerungsgruppe wurde im Sinne des partizipativen Vorgehens zusätzlich eine Erwerbslosenvertretung initiiert, um dialoggruppenspezifische Bedarfe zu erfassen und passgenaue Angebote zu planen.

In den Interviews wurden die Steuerungsgruppen, die Zusammenarbeit mit der Programmkoordination als auch die umgesetzten Formate von den Befragten als positiv erlebt. So konnte sich laut der Befragten, die Telefonfortbildung „Kurzwahl Gesundheit“ nachhaltig in den Arbeitsalltag integrieren und wurde von den Fachkräften der JC/AA als Mehrwert wahrgenommen. Darüber hinaus ermöglichten die implementierten Austauschformate sowie der Newsletter, Einblicke in die Programmarbeit der anderen beteiligten JC/AA oder Bildungsträger. Für die Interviewten bieten die Formate neue Lernmöglichkeiten und Perspektiven hinsichtlich gesundheitsrelevanter Themen für ihre tägliche Beratungsarbeit. Zudem wurde die Programmkoordination beispielsweise durch die Übernahme organisatorischer Tätigkeiten als entlastende Funktion im Umsetzungsprozess von den Befragten wahrgenommen. Als Gelingensfaktor wurden Steuerungsgruppen benannt, die heterogen in ihren Kompetenz-, Verantwortungs- und Fachbereichen aufgestellt waren.

„Also mir ist auf jeden Fall wichtig mitzuteilen, dass ich den Austausch mit der gesamten LVG als sehr positiv empfinde. Sei es die Jahrestagung, sei es mit unserem Referenten, sei es bei verschiedenen Formaten.“ (I1, Abs. 29)

„(..) unterschiedliche Perspektiven wirklich an einem Tisch sitzen (..) die Gesundheitsregionen finde ich eine tolle Perspektive. Auch so übergreifend (..) Manchmal kann die Volkshochschule auch noch sehr gut sein in der Kooperation“ (15, Abs. 2)

4.2 OUTCOME I

Outcome I beschreibt in der Wirkungstreppe die strukturellen Voraussetzungen und Wirkungen (Abb. 4). Im Fokus dieses Kapitels stehen daher die bisher realisierten Maßnahmen im Kontext der Rahmenbedingungen vor Ort sowie ihre wahrgenommene Bedeutung aus Perspektive der befragten Beteiligten.

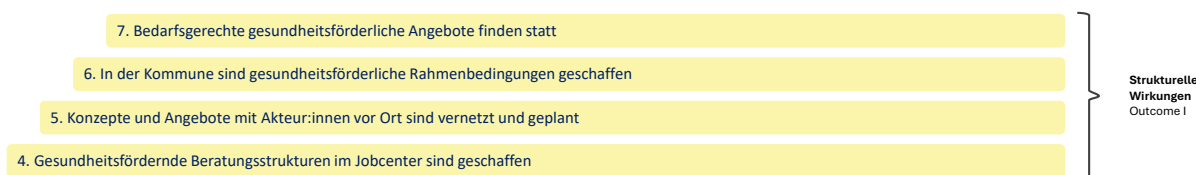


Abbildung 4: Stufe 4-7 der Wirkungstreppe „Outcome I“

4.2.1 QUANTITATIVE ERGEBNISSE

Gesundheitsberatung

Das Angebot der Gesundheitsberatung wird an einigen niedersächsischen teamw()rk-Standorten seit einigen Jahren erfolgreich umgesetzt und teilweise von den Jobcentern implementiert. Für den Berichtszeitraum wurden in 2023 an 15 teamw()rk-Standorten Gesundheitsberatungen für Menschen in Erwerbslosigkeit angeboten und in 2024 auf 20 Standorte erweitert. Davon waren 15 über Programmfördermittel finanziert und 5 über die Jobcenter/Agentur für Arbeit. Der Beratungsumfang variierte dabei an den beteiligten Standorten von 4 bis 120 Stunden (Spannbreite) pro Monat. Im Mittel ergeben sich 34 Stunden pro Monat im Jahr 2023 und 26 Stunden pro Monat in 2024. Insgesamt konnten in den beiden Jahren 2.340 Beratungsgespräche mit Menschen in Erwerbslosigkeit erfolgen. Die Daten sind nicht vollumfassend, da zwei Standorte keine externe Berichterstattung durchführen.

Eine Masterarbeit an der Georg-August-Universität Göttingen, welche Daten aus dem teamw()rk-Programm nutzte, konnte vertiefende Erkenntnisse zur Gesundheitsberatung liefern. Es zeigte sich eine positive Assoziation zwischen der Anzahl wahrgenommener Beratungsgespräche und der berichteten gesundheitsfördernden Effekten: Teilnehmende mit mehreren Gesprächen profitierten stärker, während bei Personen mit nur einem Erstgespräch der Effekt oftmals ausblieb. Zudem erwies sich die Motivation der Teilnehmenden als entscheidender Faktor. Je höher die Eigenmotivation, desto größer ist der wahrgenommene Effekt. Einflussgrößen wie Gesprächsatmosphäre, Wertschätzung durch die Beratenden oder die Möglichkeit, Hemmnisse offen anzusprechen, trugen ebenfalls zu besseren Effekten der Gesundheitsberatung bei. Gleichzeitig wurde deutlich, dass der Zugang über Arbeitsvermittelnde von einigen Teilnehmenden mit negativen Assoziationen verbunden war, was die Akzeptanz des Angebots beeinträchtigen kann. Es zeigt sich, dass Gesundheitsberatung insbesondere dann effektiv ist, wenn sie kontinuierlich, motivierend und in einem vertrauensvollen Setting durchgeführt wird (de Jesus Moreira 2025).

Gesundheits- und Aktionstage

Es fanden 2023 und 2024 insgesamt 13 Gesundheitstage mit unterschiedlichem Fokus und Inhalten (z. B. Schnupperkurse und Mitmachangebote, Tipps für gesunde Ernährung und gesunde Snacks, Infostände zum Thema Gesundheit, Impulsvorträge) und Unterzielgruppen (z. B. erwerbslose Frauen, Familien im Leistungsbezug) statt, wodurch 856 Menschen in Erwerbslosigkeit erreicht wurden (Abb. 5).

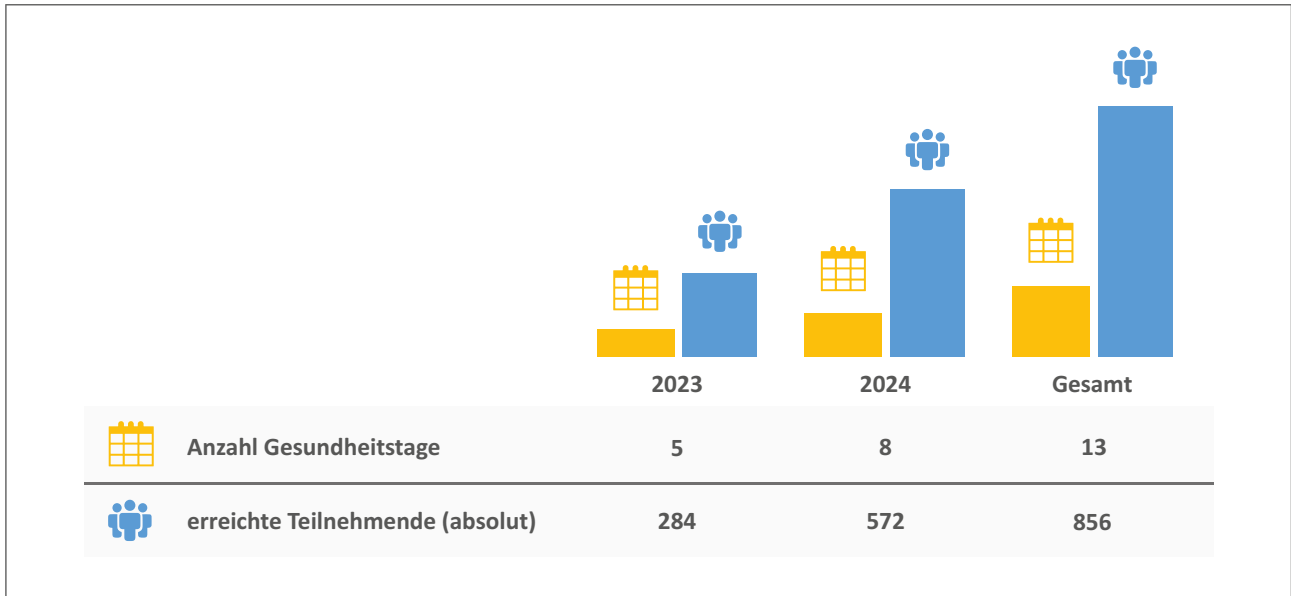


Abbildung 5: Anzahl der Gesundheitstage und erreichte Teilnehmende

Gutschein-Modell

Im sogenannten Gutschein-Modell kooperiert das teamw()rk-Programm am Standort mit (Kreis-) Volkshochschulen, Stadt- und Kreissportbünden, Vereinen oder ZPP-Anbieter:innen, um Menschen in Erwerbslosigkeit eine kostenfreie Teilnahme an gesundheitsförderlichen Angeboten zu ermöglichen.

Im Durchschnitt (MW) wurden 2023 pro Standort 32 Gutscheine ausgegeben (Spannweite = 1 Gutschein bis 155 Gutscheine). 2024 wurden im Schnitt (MW) 46 Gutscheine ausgegeben (Spannweite = 1 Gutschein bis 395 Gutscheine).

Die Anzahl der Standorte, die das Gutschein-Modell umsetzen sowie die Anzahl eingelöster Gutscheine hat von 2023 auf 2024 zugenommen (2024 n = +276). Dabei variiert die Anzahl eingelöster Gutscheine pro Standort stark (Abb. 6).

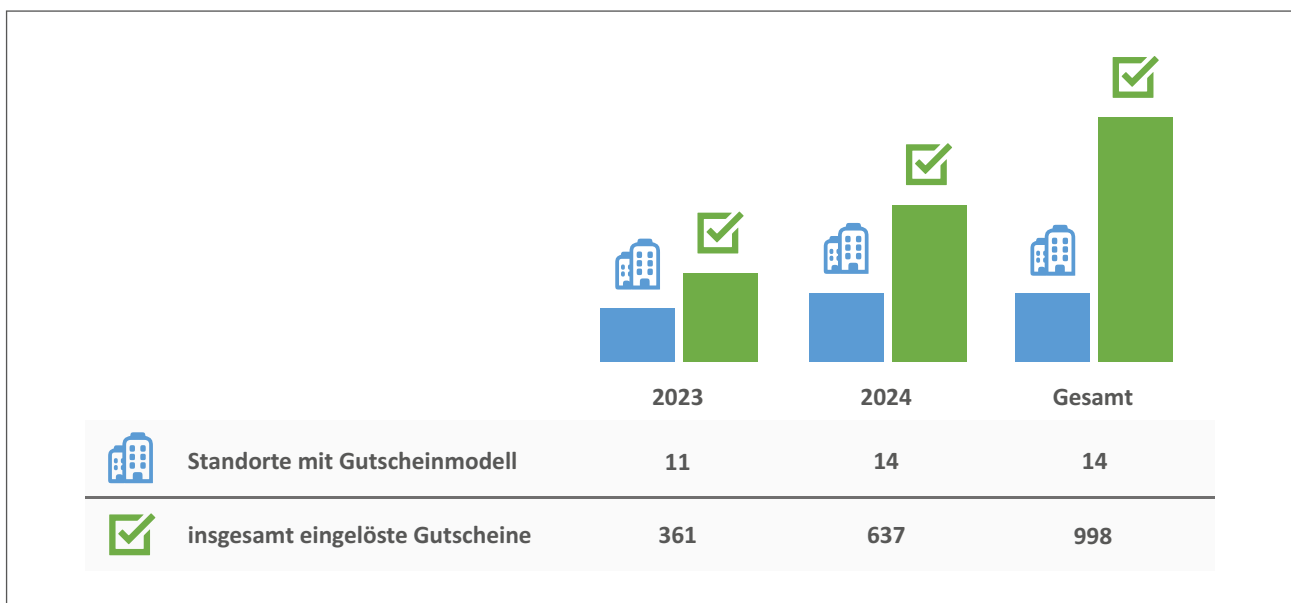


Abbildung 6: Anzahl der Standorte mit Gutscheinmodell & Anzahl eingelöster Gutscheine

4.2.2 QUALITATIVE ERGEBNISSE AUS INTERVIEWS

Die Gesundheitsberatungen sowie Gesundheitstage wurden von den Interviewten als niedrigschwellige Angebote für die Dialoggruppe erlebt. Die Gesundheitsberatung wird als zentraler Ansatz mit hoher Wirkung wahrgenommen, welche über eine klare Rollenabgrenzung zur Institution JC/AA sowie der Möglichkeit einer vertraulichen, individuellen Begleitung abgebildet wird. Gesundheitstage bieten einen Anknüpfungspunkt, um Menschen in Erwerbslosigkeit gebündelt zu vielseitigen gesundheitsbezogenen Angeboten vor Ort zu sensibilisieren. Neben Mitmachangeboten tragen zu gelungenen Gesundheitstagen, ein gut erreichbarer Standort, gezielte Öffentlichkeitsarbeit und die Beteiligung von unterstützenden Netzwerken wesentlich bei.

„Also die höchste Akzeptanz bei unserem Personenkreis (..) ist sicherlich (..) eine externe Gesundheitsberatung, wo wir einfach merken, wenn das Angebot dann tatsächlich angenommen wird oder wahrgenommen wird, passiert sehr viel. (..) „das Erfolgreiche, dass diese klare Abgrenzung da ist, dass man mit jemandem reden kann, der jetzt auch wirklich keine Sachen im System des Jobcenters hinterlegt.“ (I1, Abs. 8)

„Das war der erstmalige Gesundheitstag. Und der war halt supergut vorbereitet und der Standort war ganz klug gewählt, so dass wir da auch gleich ganz viele Leute vor Ort erreichen konnten, die dann eben sowieso da waren.“ (I3 Abs. 21)

Neben den teamw(irk) initiierten Formaten werden bestehende Kooperationen auf Quartiersebene als förderliche Struktur erlebt, die einen niedrigschwelligen Zugang zur Dialoggruppe über Multiplikator:innen darstellt und zur Sichtbarkeit der Programmangebote beitragen kann. Folgend wird die Einbettung von Kursen in vorhandene, kommunale Strukturen als Gelingensfaktor wahrgenommen. Die Zusammenarbeit mit öffentlich kommunalen Trägern wirkt auf die Interviewten aufgrund von klar verteilten Zuständigkeiten entlastend. Für die Befragten hängt der Erfolg von Angeboten stark von den beteiligten Anbieter:innen ab und trägt maßgeblich zum Vertrauensaufbau und der Ansprache auf Augenhöhe bei.

„(..) Sei es durch Nachbarschaftsarbeit, Gemeinwesen Häuser, Familienzentren. Das sind Anlaufstellen dort, wo die Menschen sich aufhalten und leben. Also da, wo ihr alltägliches Leben stattfindet und wo sie sich bestenfalls zu Hause fühlen und schon Kontakt haben in Communities usw. und man da eben Vernetzungsstellen schaffen kann.“ (I5, Abs. 2)

„(..) Und genau mit der Kreisvolkshochschule läuft es super. Da haben wir das Gutscheinangebot. Die sind da sehr zugänglich gewesen, haben viel organisiert.“ (I3, Abs. 73)

„dass das Angebot nicht so wie so ein Satellit steht, sondern wirklich auch eingebunden ist in die Struktur vor Ort. (..) ein Bildungsträger, das kann auch immer noch mal eine gute Kooperation sein. Habe ich gute Erfahrungen gemacht, auch gerade im Bereich junge Erwachsene.“ (I5, Abs. 2)

„Gesundheitslotsen (..). Er hat sich eingearbeitet und das Thema ist wahnsinnig gut mit der Zielgruppe (..). Eine bestimmte Art von so Bindungs-Beziehungsarbeit (..).“ (I4, Abs. 48)

Die Interviewten beschrieben, dass fehlende personelle Ressourcen die Programmumsetzung erschweren und eine zentrale Herausforderung in der Realisierung von Angeboten vor Ort sind, um das Thema Gesundheit voranzubringen. Die Aussagen deuten auf eine hohe Belastung und gleichzeitig eine geringe zeitliche Kapazität in den Institutionen JC/AA hin.

„Jedes Jobcenter ist unterschiedlich aufgestellt und entscheidet natürlich, wie man sich strukturell organisiert. Und ich stelle einfach fest, in gewissen Phasen sind die Schwerpunkte dann andere, je nachdem, was gerade politisch gewünscht ist. Und das Themenfeld Gesundheit fällt manchmal hinten rüber, weil die harten Kriterien, die die Politik oftmals verlangt (..) andere sind.“ (I1, Abs. 21)

Die Interviewten berichten zudem, dass Angebote aufgrund der räumlichen oder organisatorischen Nähe zur Institution des Jobcenters/der Agentur für Arbeit weniger angenommen werden und potenzielle Teilnehmende die Angebote negativ assoziieren, wenn sie aus diesem Kontext heraus kommuniziert oder umgesetzt werden. Hierbei spielt für die Befragten auch die Stigmatisierung von erwerbslosen Menschen eine Rolle. Als weitere Barrieren werden Vorbehalte und Skepsis gegenüber der Dialoggruppe bei den Anbieter:innen vor Ort genannt.

„Und als weiterer Punkt Herausforderung fällt mir noch ein, dass das Jobcenter natürlich auch (...) ein Ort ist mit einem gewissen Bias. Also da gehe ich jetzt vielleicht nicht hin, wenn ich denke an Wohlfühlen und ich möchte meine Gesundheit fördern, sondern wird vielleicht von vielen eher als Ort wahrgenommen, wo ich Stigmatisierung erfahre, wo ich Sanktionen erfahre, wo ich mich vielleicht auch abhängig fühle.“ (I5, Abs. 6)

„Was tatsächlich noch eine Hürde ist aktuell (...) wir bieten die Gesundheitsberatung in unseren eigenen Räumlichkeiten an, auch das ist immer noch so eine Verknüpfung in den Köpfen mancher Hilfeempfänger, ja nee das ist ja dann doch Jobcenter. Ähm, das ist nicht gut genug voneinander abgetrennt.“ (I1, Abs. 8)

Auch vereinzelt fehlende kommunale Verzahnung wurde als zentrales Hemmnis in den Gesprächen berichtet. Angebote verlaufen parallel, ohne dass Synergien systematisch genutzt werden. Die Interviewten beschreiben, dass der Netzwerkaufbau, wenn die Programmkoordination nicht vor Ort ist, erschwert ist. Zudem hemmen fehlende Ressourcen oder unklare Zuständigkeiten und mangelnde Beteiligung am Programm die Umsetzung vor Ort. Auch stellt die eingeschränkte Mobilität aufgrund mangelhaft ausgebauten ÖPNV vor allem in Flächenlandkreisen für viele Leistungsberechtigte eine kaum überwindbare Hürde dar und hemmt die Programmumsetzung und Erreichbarkeit der Dialoggruppe vor Ort.

„(...) Was es für Angebote gibt, habe ich jetzt zum Beispiel auch letztens gehabt, dass es da auch Gruppen gibt im Bereich psychische Störungen und da wusste ich nichts von. Durch Zufall habe ich das erfahren. Ja, und das finde ich dann sehr schade. (...) letztendlich ist es ja so wir denken immer alle mit und wer kommt, der kommt und wer nicht, der nicht. Für uns läuft das ja so.“ (I3, Abs. 79)

„Und auch je nachdem wie (...) sich auch ein Jobcenter (...) [vernetzt], also manche möchten ja auch gar nicht so viel Vernetzung betreiben. Also es ist vielleicht auch ein bisschen personenabhängig oder was es schon für Historien gibt irgendwie in der Kommune.“ (I5, Abs. 6)

„Wir waren (...) geschockt, dass viele Anbieter auch unserer Zielgruppe sehr skeptisch gegenüberstanden. (...) Haben dann auch gemerkt, dass wir in vielen Orten wirklich Probleme hatten, auch unsere Anbieter davon zu überzeugen, dass (...) die Nutzung dieser Gutscheine eine Win Win Situation ist. Und dadurch hatten wir das ein bisschen wieder reduziert.“ (I1, Abs. 14)

4.3 OUTCOME II

Outcome II zeigt in der Wirkungstreppe die Wirkungen bei der Dialoggruppe auf bzw. kann im Umkehrschluss ebenfalls abgebildet werden, welche gewünschten Wirkungen nicht erfolgt sind.

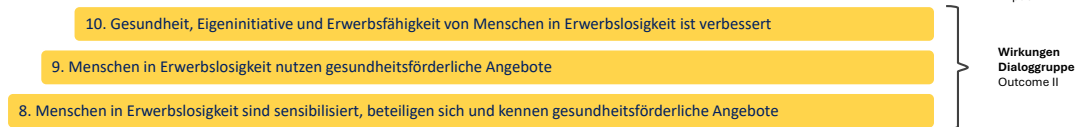


Abbildung 7: Stufe 8-10 der Wirkungstreppe „Outcome II“

4.3.1 QUANTITATIVE ERGEBNISSE

Erreichte Menschen in Erwerbslosigkeit nach Handlungsfeld

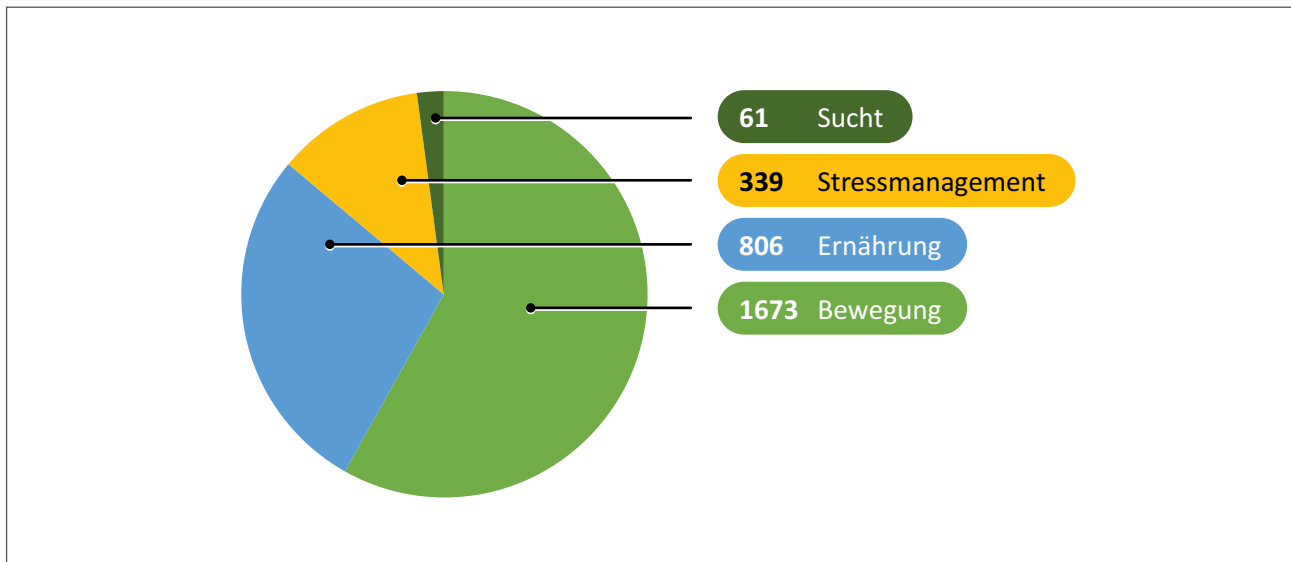


Abbildung 8: Erreichte Teilnehmende 2023 & 2024 pro Handlungsfeld

An den teamw()rk-Standorten werden Angebote geplant, die zum einen an das Regelangebot vor Ort herantführen und zum anderen die vorhandene Angebotslandschaft ergänzen, um dem individuellen Bedarfe der Dialoggruppe in einem speziell abgestimmten Angebot gerecht zu werden (z.B. spezielle Angebote für bestimmte Subdialoggruppen).

Das Handlungsfeld „Bewegung“ erreichte 2023 und 2024 insgesamt 1.673 Teilnehmende, das Handlungsfeld „Ernährung“ erreichte 806 Teilnehmende, das Handlungsfeld „Stressmanagement“ 339 und „Sucht“ 61 Teilnehmende. Bewegungs- und Ernährungsangebote werden am häufigsten umgesetzt und erreichen somit auch die meisten Teilnehmenden. Kombinationsangebote sind ebenfalls möglich. Angebote zum Handlungsfeld Sucht erreichen die wenigsten Personen. Konkrete Kursangebote in den Handlungsfelder waren zum Beispiel:

- **Bewegung:** Yogakurse, „Lauftreff“, „Fit & aktiv – Indoor“, „Rückenfit“, „Move it!“, „Bewegen statt Schonen“, Aqua-Fitness, Walkingkurs, „Im Rhythmus bleiben – interaktives Training für Körper und Geist“
- **Ernährung:** Kochkursreihen und -workshops, Gesundes Frühstück, Vorträge

- **Stressmanagement:** „Mutmacher-Kurs – Stärke, Gelassenheit und Selbstvertrauen im Alltag“, „Mitte im Leben – Ein Kurs für alle, die ihre Widerstandskraft und ihr Wohlbefinden stärken möchten“, Resilienzkurse, „Online-Erzählcafé“, „Ortsgespräche Gesundheit“, „Selbstbehauptung für Frauen“, „Raus aus der Stressfalle“
- **Sucht:** „Präventionscoaching Sucht“

Erreichte Teilnehmende gesamt

Insgesamt wurden an den Programmstandorten in 2023 und 2024 6.311 Menschen in Erwerbslosigkeit durch Kursangebote, Gesundheits- und Aktionstage, das Gutschein-Modell, Gesundheitsberatungen und eine niedersachsenweite telefonische Ernährungsberatung erreicht.

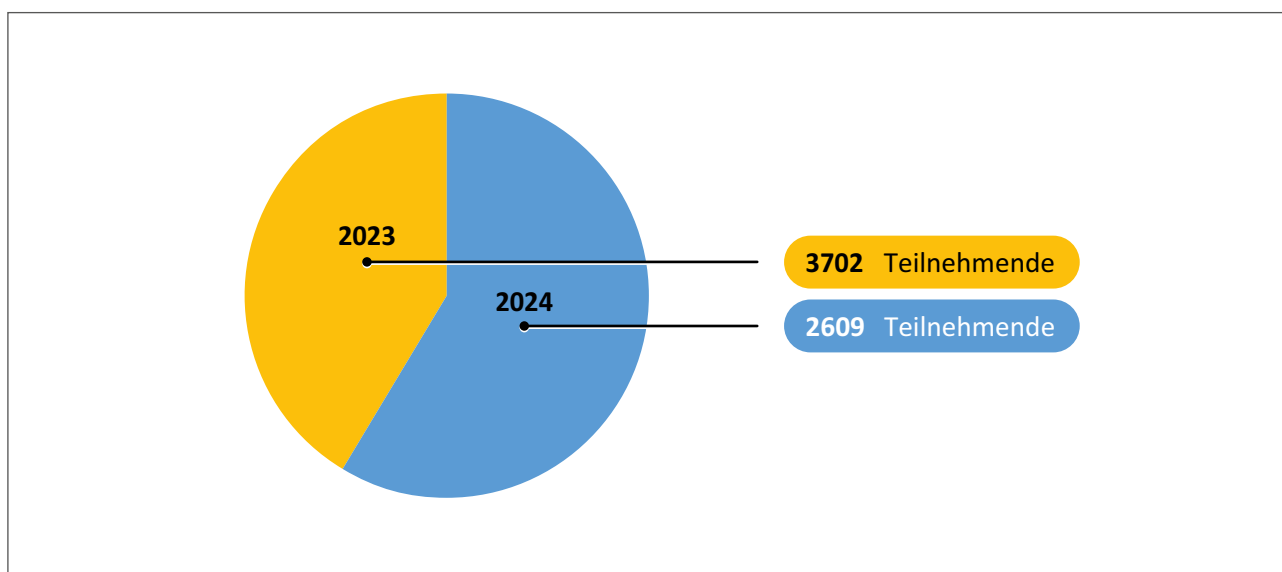


Abbildung 9: Absolut erreichte Teilnehmende 2023 & 2024

4.3.2 QUALITATIVE ERGEBNISSE INTERVIEWS

Über eine Kategorie bildeten die Interviewten ab, dass sich gelungene, verstetigte Angebote aus den Prämissen der Freiwilligkeit, Anonymität und Niedrigschwelligkeit ergeben. Eine gewisse Kontinuität in den Angebotsumsetzungen ermöglichen aus ihrer Sicht gelungene, zum Teil bereits verstetigte Angebote.

„(..) Wo [Jobcenter] wir auch schon eine Weile ein Laufangebot haben. Was so über die Zeit hinweg wirklich gut in Anspruch genommen wird. Also es ist immer so eine Gruppe um die sechs Leute, aber die treffen sich regelmäßig, egal bei welchem Wetter. Und genau da habe ich jetzt auch gehört, dass Menschen da auch schon ganz viel Gewicht reduziert haben und ultraweite Distanzen zurücklegen können (..). Also die haben, glaube ich, ganz viel persönliche Erfolge auch für sich jetzt feiern können und haben auch dann unabhängig von dem Angebot, was wir jetzt über teamwork finanzieren, auch schon an so Volksläufen gemeinsam teilgenommen. Also da ist auch einfach eine tolle Gruppendynamik entstanden.“ (15, Abs. 2)

Darüber hinaus wird die Planung von Angeboten unter Beteiligung (bis Partizipation) der Dialoggruppe als Qualitätskriterium bewertet. Erfahrungswerte der Befragten zeigen, dass die Beteiligung über unterschiedliche Methoden, die Planung, Konzeption und Ansprache bei gesundheitsförderlichen Angeboten für Erwerbslose steigert und damit eine Umsetzung auf Augenhöhe sowie Wertschätzung mit und gegenüber der Dialoggruppe steigern kann.

„Also zwei [Erwerbslosenvertretungen] mit unterschiedlichen Perspektiven, die diese engagiert einbringen, wodurch die anderen Angebote, die wir machen, maßgeblich besser werden. (...) was es so erfolgreich macht, ist das Arbeiten auf Augenhöhe und die Partizipation, also dass die gleiche Entscheidungskompetenz haben, ernst genommen werden (...) als Expertinnen ihres Alltags wertgeschätzt und gehört werden.“ (14, Abs. 26)

„Genau das ist eben auch immer wichtig zu beachten, wenn man so ein Angebot plant (...) zu gucken, wollen die Menschen denn überhaupt ein solches Angebot? (...) Und das machen wir im Programm durch ganz verschiedene Methoden.“ (15, Abs. 2)

Seitens der Interviewten werden Gesundheitsberatung sowie Angebote im Handlungsfeld Ernährung durch externe Anbieter:innen als erfolgreiche Angebotsformate in der Programmumsetzung bewertet. Realisierte Ernährungsangebote zeigen alltagsnahe Lerneffekte und in diesem Themenfeld kommen praxisnahe Gruppenangebote zum Einsatz, die eine aktive Beteiligung der Teilnehmenden ermöglichen. Formate wie das „Gesunde Frühstück“ schaffen Zugänge und stoßen auf hohe Akzeptanz und Beteiligung. Das Angebot vermittelt ernährungsbezogene Alltagskompetenz und fördert die Auseinandersetzung der individuellen Ernährungsweisen. Ernährungsangebote werden als besonders gelungen erlebt, wenn sie in direktem Umfeld der Teilnehmenden umgesetzt werden (z. B. Jugendwerkstätten, Bildungsträger, Familienbildungsstätten).

„Aber das ist so das Erfolgreiche, dass diese klare Abgrenzung da ist, dass man mit jemandem reden kann, der jetzt auch wirklich keine Sachen im System des Jobcenters hinterlegt oder der das Wissen hat, weil er selber im Jobcenter beschäftigt ist.“ (11, Abs. 8)

„Also das ist so spitze, dass (...) sie gut mit nach Hause nehmen können und sagen können, ich brauche nicht dieses Müsli von Nesquik mit viel Zucker, sondern mir schmecken auch die Haferflocken mit Milch und ein paar Heidelbeeren drüber. (...) Also das ist eine schöne Sache.“ (12, Abs. 20)

Die Interviewten bilden über Kategorie 3 zudem Herausforderungen bei der Umsetzung ab. Sie berichten von einer geringen Teilnahmestabilität sowie Hemmschwellen zur Teilnahme an Gruppenangeboten bei der Dialoggruppe. Trotz Teilnahmebereitschaft zeigen sich in den Angeboten häufig Abbrüche oder Nichterscheinen. Diese geringe Stabilität bei der Inanspruchnahme der Angebote wird seitens der Fachkräfte herausfordernd erlebt, da sie eine kontinuierliche (Re-)Motivierung sowie zusätzliche kommunikative Aufwände im Vorfeld der Angebote erforderlich macht.

„Wir haben leider immer mal wieder Personen, die dann doch nicht erscheinen, obwohl man vorher ein großes Interesse signalisiert hat. Da es eh freiwillig ist, ist natürlich auch viel Überzeugungsarbeit seitens meiner Kollegen gefragt.“ (11, Abs. 8)

„Auch diese, sei es jetzt insgesamt, auch Maßnahmen, um Leute zu aktivieren (...) früher waren das große Gruppen. Das sind fast nur noch Einzelcoachings, die wir machen. Mal kriegt man eine kleine Gruppenstruktur zusammen. Aber das hat sich ja so verändert. Also das ist ja in den letzten 3, 4, 5 Jahren gibt es eine ganz andere Struktur von Aktivierung und Qualifizierung.“ (12, Abs. 28)

Der folgende Abschnitt fasst, unabhängig von der Wirkungstreppe, diejenigen qualitativen Aussagen der Interviewten zu bestehenden herausfordernden sowie idealen Rahmenbedingungen und zur Machbarkeit der Planungs- und Umsetzungsprozesse zusammen.

4.4 RAHMENBEDINGUNGEN

Die Interviewten beschrieben benachteiligte gesundheitliche Lebenslagen von Menschen in Erwerbslosigkeit als eine vorrangige herausfordernde Ausgangsbedingung in der Programmumsetzung. Vorliegende psychische Beeinträchtigungen und Erkrankungen bei der Dialoggruppe wurden von den Befragten als erschwerende Rahmenbedingung im Kontext der Arbeitsmarktintegration herausgestellt, da mehrheitlich die Stabilisierung von bestehenden (mental) Gesundheitsproblemen im Vordergrund der Beratung im JC/AA steht. Gleichzeitig wird in den Interviews beschrieben, dass die eigene Gesundheit und gesundheitlichen Bedürfnisse, insbesondere bei jüngeren Erwerbslosen zurückgestellt und erst dann thematisiert werden, wenn akute Probleme auftreten. Vor diesem Hintergrund erleben die Interviewten, dass primärpräventive Angebote teilweise weniger im Fokus stehen, da prioritär ein Unterstützungsbedarf hinsichtlich der Behandlung von bestehenden Gesundheitsproblemen vorliegt.

„Viele junge Menschen denken so gut wie gar nicht über ihre eigene Gesundheit nach. Also das spielt keine große Rolle. (...) Wenn dann ein Krankheitsbild entsteht, dann beschäftigen Sie sich damit (...) völlig unstrukturiert. Also das ist immer schwierig für uns, mit den Jugendlichen dann zu arbeiten, wenn da gesundheitliche Fragestellungen sind. Weil sie das nicht einordnen können oder völlig überfordert reagieren.“ (I2, Abs. 4)

„Sehr vielschichtig. Bei vielen Personen mittlerweile chronifiziert. (...), ein Verlauf, der sich wirklich beschleunigt hat, mit Corona noch mal verstärkt wurde. (...) Aber die Gesamtzahl an Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Jobcenter sind zum Teil erschreckend hoch.“ (I1, Abs. 4)

„Wir sind ja letztendlich auch kein Träger der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation, haben aber natürlich einen hohen Personenkreis bei uns in Bezug, der eigentlich vorrangige Leistung in dieser Schnittstelle wahrnehmen könnte“ (I1, Abs. 6)

Als eine weitere herausfordernde Rahmenbedingung wurden langfristige personelle Ressourcen für die Implementierung von dauerhaften Strukturen und etablierter Vernetzung vor Ort definiert, um Gesundheitsförderung im Kontext der Arbeitsvermittlung nachhaltig umzusetzen. Für die Interviewten ist dabei entscheidend, dass langfristige personelle Kapazitäten bestehen, um Gesundheitsförderung im Kontext der Arbeitsvermittlung nachhaltig umzusetzen. Sie stellen sich hierbei zum Beispiel Personen vor, die lokal an den Programmstandorten zur Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung zusammenarbeiten. Darüber hinaus wird auf die zentrale Rolle der personellen Ressourcen für die Mitwirkung an der Steuerungsgruppen hingewiesen, um das Thema Gesundheit und Erwerbslosigkeit voranzubringen. Darüber hinaus bilden die Befragten finanziellen Spielraum und Ressourcen als eine Grundlage für die Verstetigung und Nachhaltigkeit von gesundheitsförderlichen Angeboten für die Dialoggruppe ab.

„Wenn alle Geld dazu beisteuern (...) das müsste nicht mal alles in einen Topf fließen, sondern wenn man sagt, wir können das jetzt nicht hier über diesen Topf finanzieren, dann könnte der Landkreis sagen (...) wir haben diese Mittel (...) dass man sozusagen viel mehr Möglichkeiten hätte zu finanzieren“ (I4, Abs. 28)

„(...) eine feste Stelle oder mehrere feste Stellen, die das hauptsächlich tagtäglich machen und wo ich dann weiter vermitteln kann. (...) Und dass das eben auch langfristig etablierte Strukturen sind, also nicht etwas, was man dann mal erprobt und da ist, sondern was wirklich gut ausfinanziert ist. Und wo wir auch immer wieder merken, wir brauchen auch einfach viel Zeit, viel Geduld, viel langen Atem, um Sachen in eine Konstanz zu bringen.“ (I5, Abs. 8)

„Ich glaube, für die Zusammenarbeit wäre es extrem ideal, wenn alle Partner:innen die mit in der Steuerungsgruppe sitzen, Kapazitäten dafür haben (...) alle Stunden haben.“ (I4, Abs. 28)

Als herausfordernd werden zudem die Vorgaben durch den Leitfaden Prävention sowie vergaberechtliche Hürden beschrieben, um passgenaue und innovative Formate für die Dialoggruppe umzusetzen. Die Befragten erlebten bürokratische Hürden durch das Vergaberecht, wie Vergabegrenzen oder die Notwendigkeit des Anfragens mehrerer Anbieter:innen in der Umsetzung. Die Vorgaben wurden teilweise als Widerspruch zum Prinzip der Verstetigung von Angeboten vor Ort wahrgenommen. Demzufolge benannten die Befragten flexibel gestaltete Leitfaden-Vorgaben als Voraussetzung, um kreative, passgenaue und bedarfsgerechte Angebote für die Dialoggruppe umzusetzen.

„Und das [Leitfaden Prävention], finde ich, steht einfach sehr im Widerspruch. Also wir sind ja ein Programm, in dem auch vielleicht mal innovativer gedacht werden soll oder man vielleicht auch mal schneller reagieren möchte. Und das nehme ich doch als große bürokratische Bremse wahr.“ (15, Abs. 6)

„Ich glaube, es würde dem Programm guttun, wenn man den neuen Leitfaden partizipativ schreiben würde, zum Beispiel mit Fachkräften, aber vor allem auch Erwerbslosen.“ (14, Abs. 54)

„Wenn ich neue Anbieterinnen recherchiere, dann ist es auch gut, mehrere anzuschreiben und verschiedene Angebote zu kriegen. Aber gerade auf die langfristige Perspektive nehme ich das große Bremse wahr oder als großen bürokratischen Klotz, um den man irgendwie nicht herunkommt.“ (15, Abs. 6)

Als weitere Rahmenbedingung beschreiben die Interviewten, dass Arbeits- und Gesundheitsförderung aus ihrer Perspektive gesamtpolitisch nicht verzahnt gedacht werden. Gesundheitsförderung von Erwerbslosen erscheint als ein politisches Randthema und wird in der Gesetzgebung nicht im Bereich SGB II integriert. Das vorrangige Ziel ist die Arbeitsvermittlung, ungeachtet dessen, dass Gesundheit und Erwerbslosigkeit unmittelbar miteinander verbunden sind. Fortlaufende kommunale Kürzungen im sozialen Bereich wirken sich unmittelbar auf die Programmumsetzung vor Ort aus.

„Wir machen mit der Jugendwerkstatt eine Kooperation für Bewegungsangebote und die konnten dieses Jahr nicht so stattfinden wie geplant, weil die Jugendwerkstatt damit beschäftigt war, um ihr Überleben zu kämpfen. Also daran merkt man, dass die Strukturen die dafür da sind, Erwerbslose aufzufangen, einfach in dieser politischen Zeit und auch in dieser neuen Regierung extrem leiden (..)“ (14, Abs. 46)

Die nachfolgende Tabelle fasst alle Hauptaussagen der Interviews noch einmal kategorisch zusammen:

Hauptaussagen Interviews je Kategorie inkl. farbliche Einordnung in Wirkungstreppe		
Output – Programmaktivitäten (Stufe 1-3)		
Outcome I – Strukturelle Wirkungen (Stufe 4-7)		
Outcome II – Wirkungen Dialoggruppe (Stufe 8-10)		
Rahmenbedingungen		
Hauptkategorien Interviews	Hauptaussagen Jobcenter	Hauptaussagen LVG & AFS
1. Gesundheit im Kontext der Arbeitsvermittlung	<ul style="list-style-type: none"> • (Psychische) Erkrankungen dominieren zunehmend die Beratung • Geringe Priorisierung von Gesundheit bei der Dialoggruppe (besonders bei jungen Menschen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gelungene, verstetigte Angebote ergeben sich aus den Prämissen der Freiwilligkeit, Anonymität und Niedrigschwelligkeit
2. Durchgeführte Angebote – Inhalte, Formate und erlebte Wirksamkeit	<ul style="list-style-type: none"> • „Kurzwahl Gesundheit“ stößt im Jobcenter auf hohe Akzeptanz • Gesundheitsberatung durch externe Fachkräfte wird als zentrales Angebot mit hoher Wirkung wahrgenommen • Gesundheitstage als niedrigschwellige, partizipative Gesundheitsförderung • Ernährungsangebote zeigen reflektiertes Ernährungsverhalten und alltagsnahe Lerneffekte 	
3. Umsetzung vor Ort und mit der Dialoggruppe		
4. Bestehende Kooperationsformen und Qualität der Zusammenarbeit		<ul style="list-style-type: none"> • Kooperationen auf Quartiersebene erleichtern den Zugang zur Dialoggruppe und die Sichtbarkeit der Angebote
5. Herausforderungen bei der Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Der Kontext Jobcenter als Barriere • Fehlende Ressourcen im Jobcenter, um das Thema Gesundheit voranzubringen • eingeschränkte Mobilität aufgrund mangelhaft ausgebauten ÖPNV • Mangelnde Verzahnung in der Kommune • Vorbehalte und Skepsis gegenüber der Dialoggruppe von Anbieter:innen vor Ort 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende personelle Ressourcen erschweren die Programmumsetzung • Der Kontext Jobcenter als Barriere, Erwerbslosigkeit als Stigma • Erschwerter Netzwerkaufbau in der Kommune • Der Leitfaden Prävention begrenzt die Innovation, das Tempo und die Attraktivität von Angeboten

Hauptkategorien Interviews	Hauptaussagen Jobcenter	Hauptaussagen LVG & AFS
zu 5. Herausforderungen bei der Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> ● geringe Teilnahmestabilität trotz vermunteter initialer Bereitschaft ● Hemmschwellen bei der Dialoggruppe hinsichtlich Gruppenangebote ● Prävention versus gesundheitliche Beeinträchtigung der Dialoggruppe 	<ul style="list-style-type: none"> ● Vergaberecht verursacht bürokratische Hürden und bremst die Verstetigung von Angeboten ● Arbeits- und Gesundheitsförderung werden gesamtpolitisch nicht verzahnt gedacht ● Gesundheitliche Beeinträchtigung der Dialoggruppe
6. Gelingensfaktoren (Ressourcen)	<ul style="list-style-type: none"> ● Zusammenarbeit mit der Programmkoordination wirkt als Entlastung ● Authentische, nahbare Personen wirken als Schlüsselfiguren bei Angeboten ● Gewinnbringende Zusammenarbeit mit kommunalen Trägern 	<ul style="list-style-type: none"> ● Durch Beteiligung (Partizipation) der Dialoggruppe wird die Qualität gesundheitsförderlicher Angebote gesteigert ● Ein Steuerungsgremium mit verschiedenen Kompetenz-, Verantwortungs- und Fachbereichen wird in der Programmumsetzung als wirksamer Gelingensfaktor wahrgenommen ● Die Einbettung von Angeboten in vorhandene, kommunale Strukturen (z.B. Quartier) trägt dazu bei, die Dialoggruppe zu erreichen und fördert die Teilnahme ● Kontinuierlich umgesetzte Angebote (Angebotsstrukturen) sind gewinnbringend ● Authentische, nahbare Personen wirken als Schlüsselfiguren bei Angeboten
7. Ideale Voraussetzungen schaffen	<ul style="list-style-type: none"> ● nachhaltige Strukturen entwickeln – Gesundheit(sberatung) dauerhaft implementieren ● Arbeitsvermittlung gesundheitsorientiert und individuell gestalten ● Strukturelle und politische Rahmenbedingungen erschweren gesundheitsorientierte Arbeitsvermittlung ● Gesundheitsangebote brauchen eine bessere Koordination im Sozialraum ● Notwendigkeit rechtskreisübergreifender Kooperation und Koordination 	<ul style="list-style-type: none"> ● Personelle Ressourcen für dauerhafte Strukturen und Vernetzung ● Finanzielle Ressourcen als Grundlage für Verstetigung und Nachhaltigkeit ● Leitfaden Prävention umgestalten für passgenauere Angebote
8. Offene Kategorie	<ul style="list-style-type: none"> ● Präventionsprojekte müssen Freiraum für Erprobung, Fehler und kreative Wege bieten 	

5 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Aus den Ergebnissen der quantitativen und qualitativen Analysen lassen sich konkrete Handlungsempfehlungen für eine nachhaltige Weiterentwicklung des Programms *teamw()rk für Gesundheit und Arbeit* ableiten.

Für einen ressortübergreifenden Aufbau und die langfristige Implementierung gesundheitsförderlicher Strukturen braucht es ein aktives sowie gesichertes Steuerungsgremium. Die Gremien sollten personell abgesichert und bewusst heterogen zusammengesetzt sein, sodass verschiedene Kompetenz-, Verantwortungs- und Fachbereiche langfristig vertreten sind. Klare Zuständigkeiten erhöhen dabei die Verbindlichkeit und Effizienz der Zusammenarbeit. Um das Thema Gesundheitsförderung und Prävention langfristig im JC/AA mitzudenken, benötigt es feste Stellenanteile zur Umsetzung.

Quartiersnahe Einrichtungen wie Nachbarschaftsarbeit, Familienzentren oder Volkshochschulen müssen stärker eingebunden werden. Verbindliche Kooperationen mit der Kommune begünstigen die Verzahnung, da jene Institutionen niedrigschwellige Anlaufstellen im direkten Lebensumfeld der Dialoggruppe bilden. Zudem wirken sie als Türöffner für eine kontinuierliche Ansprache.

Die Partizipation der Dialoggruppe ist ein zentraler Ansatzpunkt zur bedarfsgerechten Umsetzung vor Ort. Die regelmäßigen Bestandsaufnahmen und Bedarfsanalysen vor Ort sind erforderlich. Erwerbslose sollten systematisch in die Planung, Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen einbezogen werden. Ihre Bedarfe müssen regelmäßig erhoben und in die Angebotsgestaltung integriert werden, um die Wirksamkeit der Interventionen zu erhöhen und die Akzeptanz zu sichern.

Strukturierte und wechselseitige Sensibilisierungen von Fachkräften der Arbeitsvermittlung sowie Multiplikator:innen tragen zum Bewusstsein für die Bedeutung von Gesundheit im Kontext der Arbeitsvermittlung bei. Informationsveranstaltungen sowie Schulungen und begleitende Qualifizierungsangebote können dazu beitragen. Die Fachkräfte der Arbeitsmarktförderung fungieren als zentrale Schnittstelle in der Umsetzung – sie sollten sich in ihrer Rolle als Expert:innen bestärkt fühlen, um Gesundheit als selbstverständlichen Bestandteil ihrer Arbeit zu verankern.

Eine dauerhafte Implementierung der Gesundheitsberatung schafft einen nachhaltigen Ansatzpunkt, um mit der Dialoggruppe auf Augenhöhe in Kontakt zu kommen und ebenfalls strukturelle Veränderungen voranzutreiben. Externe oder interne Berater:innen, die mit entsprechend finanzierten personellen Ressourcen eingesetzt sind, ermöglichen eine wichtige Schnittstelle zur Dialoggruppe. Gleichzeitig ist es notwendig, Kontinuität zu gewährleisten, um langfristige Begleitung zu Ratsuchenden zu ermöglichen.

Die Kooperation und Vernetzung müssen gezielt gestärkt werden. Die Zusammenarbeit mit relevanten Akteur:innen sollte strategisch weiterentwickelt werden, um Synergien zu schaffen und vorhandene Ressourcen wirksam zu bündeln. Eine rechtskreisübergreifende Kooperation zwischen Gesundheitswesen, Arbeitsförderung und kommunalen Strukturen ist dabei zentral, um gemeinsame Strategien zu etablieren und die Wirksamkeit gesundheitsförderlicher Maßnahmen langfristig zu sichern.

Gelungene Angebote sollten auf den Prämissen der Niedrigschwelligkeit und Flexibilität beruhen. Dies fördert den Abbau von Zugangsbarrieren, erleichtert die Teilnahme und stärkt die Motivation der Dialoggruppe. Besonders kontinuierlich angebotene Bewegungs-, Ernährungs- und Stressbewältigungsmaßnahmen haben sich als wirksam erwiesen, da sie den Alltag der Teilnehmenden unmittelbar unterstützen. Eine dialoggruppengerechte Ansprache ist dabei entscheidend, um Vertrauen aufzubauen, Hemmschwellen abzubauen und eine nachhaltige Teilnahmebereitschaft zu fördern.

Angebote müssen dort verortet sein, wo sich die Dialoggruppe aufhält. Gerade in Flächenlandkreisen sind die mangelnde Erreichbarkeit zu Angeboten ein zentrales Hemmnis. Aus diesem Grund muss eine dezentrale Sozialraumverankerung ermöglicht werden. Passgenaue Kooperationen mit lokalen Akteur:innen auf Quartierebene sind hierbei von Nöten. Um Mobilitätsbarrieren zu vermindern, ist eine Kooperation mit dem öffentlichen Nahverkehr wünschenswert.

Bürokratische Hürden bei der Angebotsgestaltung und -umsetzung müssen abgebaut werden. Dazu zählt eine Anpassung des Leitfadens Prävention, um mehr Innovationsfreiheit bei der Angebotsgestaltung zu gewährleisten. Bei der mitunter schwer zu erreichenden und gesundheitlich belasteten Dialoggruppe der Menschen in Erwerbslosigkeit braucht es Flexibilität, kreative Lösungsansätze sowie Erprobungsmöglichkeiten. Zudem muss das Vergaberecht praxisnäher gestaltet werden, damit nicht bürokratische Verfahren, sondern die Qualität und Verstetigung von Angeboten im Vordergrund stehen. Authentische, nahbare Anbieter:innen wirken als Schlüsselpersonen zur Dialoggruppe, denen eine reibungslose Umsetzung ermöglicht werden sollte.

Das Thema Gesundheit muss bundespolitisch im SGB II verankert werden. Die JC/AA müssen die Möglichkeit erhalten, Gesundheit als Stellschraube in der Arbeitsmarktvermittlung mitzudenken und als festen Bestandteil abzusichern. Das Thema Gesundheit von Menschen in Erwerbslosigkeit muss als Querschnittsaufgabe auf Bundes- und Landesebene verstanden werden. Nur durch eine politische Rahmung kann die bisherige Pionierarbeit in Niedersachsen langfristig gesichert und weiterentwickelt werden. Die Schaffung verlässlicher struktureller und finanzieller Rahmenbedingungen ist eine Grundvoraussetzung.

LITERATUR

BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT: Eckwerte Arbeitsmarkt. Verfügbar unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Statistiken/Interaktive-Statistiken/Eckwerte-Arbeitsmarkt/Dashboard-Eckwerte-Arbeitsmarkt-Nav.html>, Zugriff am 30.09.2025.

BUNDESZENTRALE FÜR POLITISCHE BILDUNG (bpb): Ausgewählte Armutsgefährdungsquoten, 2024. Verfügbar unter: <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61785/ausgewaehlte-armutsgefaehrdungsquoten/>, Zugriff am 17.10.2025.

DE JESUS MOREIRA, SARINA: Gesundheitsförderung und Prävention für Arbeitslose: Eine Evaluation der Gesundheitsberatungen im Rahmen des Programms „teamw()rk für Gesundheit und Arbeit“ in Niedersachsen (unveröffentlichte Masterarbeit, Sozialwissenschaften). Göttingen, 2025.

HELFFERICH, CORNELIA: Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews (3., überarb. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2011.

HOLLEDERER, ANDREAS; VOIGTLÄNDER, STEFAN: Die Gesundheit von Arbeitslosen und die Effekte auf die Arbeitsmarktintegration. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 59 (2016), S. 652–661.

KROLL, LEONHARD E.; MÜTERS, STEFAN; LAMPERT, THOMAS: Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 59 (2016), S. 228–237.

KUCKARTZ, UDO: Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung (4. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 2018.

KUCKARTZ, UDO & RÄDIKER, STEFAN: Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxi, Umsetzung mit Software und künstlicher Intelligenz (6. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 2024.

KURZ, BETTINA; KUBEK, DOREEN (PHINEO gAG): Kursbuch Wirkung. Das Praxishandbuch für alle, die Gutes noch besser tun wollen. Berlin, 2021. Verfügbar unter: <https://www.phineo.org/kursbuch-wirkung>, Zugriff am 22.01.2025.

MICHALSKI, NIELS; REIS, MARVIN; TETZLAFF, FABIAN; HERBER, MEIK; KROLL, LARS E., HÖVENER, CLAUDIA; NOWOSSADECK, ENNO & HOEBEL, JENS: German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD): Revision, Aktualisierung und Anwendungsbeispiele. Berlin, 2022. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Journal-of-Health-Monitoring/GBEDownloads/JHealthMonit_2022_S5_Revision-GISD.pdf?blob=publicationFile&v=3, Zugriff am 17.10.2025.

NOCK, ANNIKE MORGANE; MEYER, ILKA-MARINA; WILHELM, MARLE; ALTGELD, THOMAS: Gesundheits- und Arbeitsförderung gemeinsam neu gedacht. In: Public Health Forum, 32 (2024), Heft 3, S. 195–198.

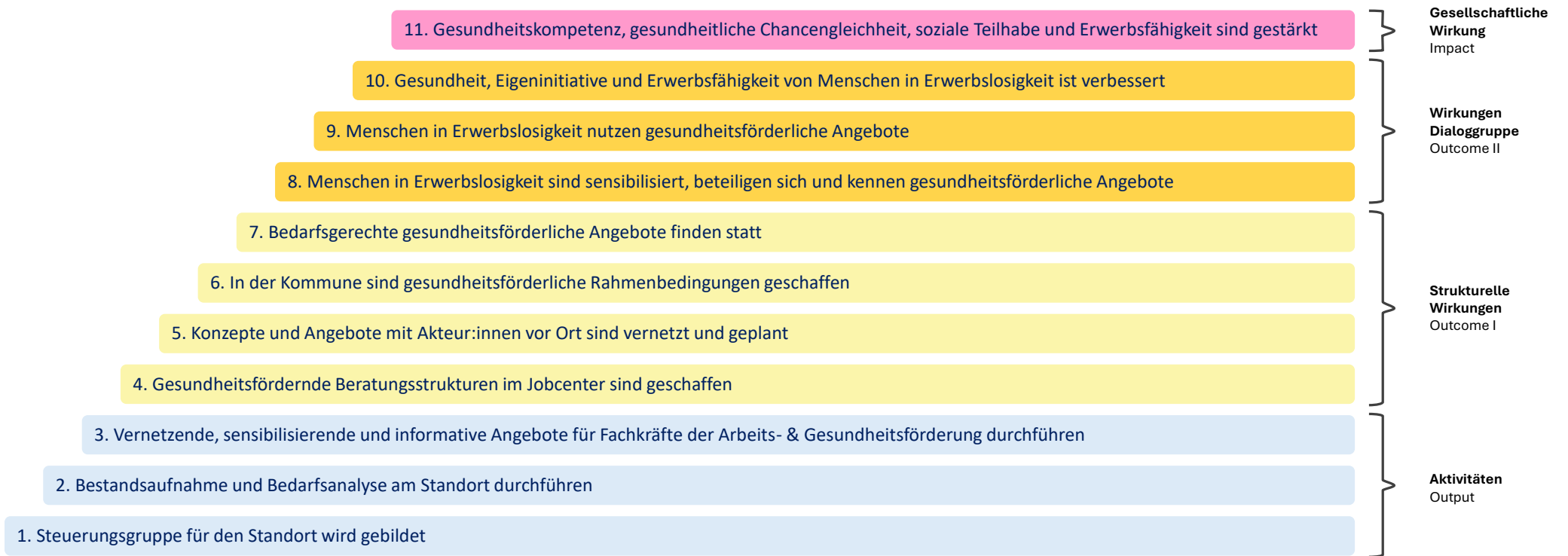
PAUL, KATJA I.; MOSER, KLAUS: Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. In: Journal of Vocational Behavior, 74 (2009), Heft 3, S. 264–282.

ROBERT KOCH-INSTITUT (RKI): Gesundheitliche Auswirkungen von Arbeitslosigkeit und mögliche gesundheitspolitische Maßnahmen. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, 2006.

STATISTISCHE ÄMTER DES BUNDES UND DER LÄNDER: Armutsgefährdungsquote, 2025. Verfügbar unter: <https://www.statistikportal.de/de/nachhaltigkeit/ergebnisse/ziel-1-keine-armut/armutsgefaehrdungsquote>, Zugriff am 17.10.2025.

WORLD MEDICAL ASSOCIATION: Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human participants. Helsinki, Finnland, 2025. Verfügbar unter: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>, Zugriff am 13.10.2025.

Wirkungstreppe Programm „teamw()rk für Gesundheit und Arbeit“ in Niedersachsen und Bremen



IMPRESSUM

HERAUSGEBER:IN

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin
Niedersachsen Bremen e. V.

Schillerstraße 32
30159 Hannover

Tel.: 0511 / 388 11 89 - 0

E-Mail: info@gesundheit-nds-hb.de

Internet: www.gesundheit-nds-hb.de

REDAKTION

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin
Niedersachsen Bremen e.V.

Laura Babbick, Mareile Deppe, Finnja Lindemann, Ilka-Marina Meyer,
Annikе Morgane Nock, Maxi Schäfer, Valentini Steinhoff

FÖRDERER

Das Programm „teamw()rk für Gesundheit und Arbeit“ wird aus Mitteln des GKV-Bündnis für Gesundheit (nach § 20a SGB V) sowie ergänzt um eine landesspezifische Förderung aus Mitteln des GKV-Bündnisses für Gesundheit in Niedersachsen finanziert. Es wird von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V. (LVG & AFS) begleitet. Zu den Programmpartnern und Programmpartnerinnen gehören: die gesetzlichen Krankenkassen, die Bundesagentur für Arbeit, der Deutsche Landkreistag sowie der Deutsche Städtetag.

GRAFIK

LVG & AFS Niedersachsen Bremen e.V.

STAND

Oktober 2025