

NDV

Nachrichtendienst des Deutschen Vereins
für öffentliche und private Fürsorge e. V.

**Die Sozialpädagogische Teilhabearbeit
als kooperatives Betriebssystem für die
Jugendhilfe**

**Generationen im Blick: Wie wir heute
die Handlungsfähigkeit künftiger
Generationen sichern**

**Stellungnahme des Deutschen Vereins
zum Entwurf eines Ersten Gesetzes zur
Strukturreform der Kinder- und
Jugendhilfe**



10/2026

Michael Schmitz

In Gesundheit investieren heißt in Arbeit investieren

Erfahrungen aus dem rehapro-Modellprojekt „Service-Point Gesundheit und Arbeit“ und Perspektiven für die Freie Förderung nach § 16f SGB II

Rund 40 % der erwerbsfähigen Leistungsberechtigten im SGB II weisen zum Teil komplexe gesundheitliche Einschränkungen auf – und doch endet die klassische Arbeitsförderung häufig dort, wo gesundheitliche Problemlagen beginnen. Das rehapro-Modellprojekt „Service-Point Gesundheit und Arbeit“ (S.P.G.) des Jobcenter-Verbundes Northeim, Hameln-Pyrmont, Holzminden und Siegen-Wittgenstein zeigt, dass es auch anders geht: Wer Gesundheits- und Arbeitsförderung konsequent zusammen denkt, erreicht nicht nur bessere Integrationsergebnisse, sondern entlastet nachweislich alle öffentlichen Haushalte.

1. Ausgangslage: Der Teufelskreis aus Krankheit und Arbeitslosigkeit

Die empirische Befundlage ist seit Jahren eindeutig: Gesundheit und Erwerbsintegration bedingen einander. Nach Selbsteinschätzungen aus dem IAB Panel „Arbeitsmarkt und soziale Sicherung“ (PASS untersucht jährlich, wie sich die Lebens-, Arbeitsmarkt- und soziale Situation von Menschen in Deutschland – insbesondere von Leistungsbeziehenden – entwickelt) weisen mehr als 40 % der Leistungsberechtigten in der Grundsicherung schwerwiegende gesundheitliche Einschränkungen auf; Bezieherinnen und Bezieher von Grundsicherungsleistungen bewerten ihre körperliche und psychische Gesundheit deutlich schlechter als Erwerbstätige (Eggs u.a. 2014). Metaanalysen belegen zudem, dass Arbeitslose etwa doppelt so häufig unter psychischen Gesundheitsproblemen leiden wie Beschäftigte (Paul/Moser 2009). Neuere Auswertungen des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) identifizieren gesundheitliche Einschränkungen als einen der zentralen Faktoren, die die Erwerbschancen von Grundsicherungsbeziehenden mindern (Beste/Coban/Trappmann 2023).

Es entsteht ein sich selbst verstärkender Kreislauf: Arbeitslosigkeit erhöht das Erkrankungsrisiko – über den Verlust von Tagesstruktur, finanzielle Sorgen und sinkendes Selbstwertgefühl –, während gesundheitliche Einschränkungen ihrerseits



Michael Schmitz

ist Berater im SGB II bei der Bundesagentur für Arbeit und Gesamtprojektleiter des rehapro-Modellprojekts „Service-Point Gesundheit und Arbeit“ (S.P.G.) des Jobcenter-Verbundes Northeim, Hameln-Pyrmont, Holzminden und Siegen-Wittgenstein.

die Wiedereingliederung erschweren und Langzeitleistungsbezug verfestigen. Aus diesem Zusammenhang folgt die fachpolitische Forderung, präventive gesundheitsfördernde Maßnahmen flächendeckend im Angebotsportfolio der Jobcenter zu verankern.

Die volkswirtschaftliche Dimension ist beträchtlich: Allein die jährlichen Produktionsausfallkosten durch Arbeitsunfähigkeit werden auf rund 87 Milliarden Euro geschätzt; hinzu kommen indirekte Kosten durch verminderte Produktivität und vorzeitige Erwerbsminderung (BMAS 2021). In Zeiten des demografischen Wandels ist der Erhalt der Erwerbsfähigkeit gesundheitlich belasteter Menschen damit auch ein zentraler Beitrag zur Fachkräftesicherung.

Umgekehrt gilt: Erwerbsintegration wirkt selbst gesundheitsförderlich. Die IAB-Evaluation zum Instrument „Teilhabe am Arbeitsmarkt“ (§ 16i SGB II) zeigt, dass geförderte Beschäftigung in Verbindung mit begleitendem Coaching die gesundheitliche Lage und die soziale Teilhabe der Geförderten messbar verbessert (Schiele u.a. 2025). Wer Gesundheitsförderung im SGB II ernst nimmt, betreibt also keine Sozialromantik, sondern evidenzbasierte Arbeitsmarktpolitik.

2. Lernkurve aus der Praxis: von „Perspektive 50plus“ bis rehapro

Meine eigene Beschäftigung mit dem Thema begann 2010 im Bundesprogramm „Perspektive 50plus“, das ich für die Jobcenter Remscheid und Bergisch Gladbach umgesetzt habe. Bereits dort zeigte sich: Bei älteren Langzeitarbeitslosen sind es selten fehlende Motivation oder Qualifikation allein, die eine Integration verhindern – es sind chronische Erkrankungen, unbehandelte psychische Belastungen und ein über Jahre gewachsener Rückzug aus medizinischer Versorgung und sozialer Teilhabe. Mit dem Teilhabechancengesetz (§§ 16e, 16i SGB II) kam ab 2019 ein Instrumentarium hinzu, das erstmals ganzheitliche beschäftigungsbegleitende Betreuung im Regelinstrumentarium verankerte.

„Wer Gesundheitsförderung im SGB II ernst nimmt, betreibt keine Sozialromantik, sondern evidenzbasierte Arbeitsmarktpolitik.“

Parallel hatte der Gesetzgeber mit dem Bundesteilhabegesetz und dem darin verankerten § 11 SGB IX den Auftrag geschaffen, Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation im Bereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende und der gesetzlichen Rentenversicherung zu fördern – aus diesem Auftrag ist letztlich das Bundesprogramm rehapro hervorgegangen (BMAS 2024). Das Teilhabestärkungsgesetz von 2021 hat diese teilhabeorientierte Linie konsequent fortgeschrieben und den Rehabilitationsgedanken im Sozialrecht weiter gestärkt. Die Begleitung der Umsetzungsprozesse des Teilhabechancengesetzes und die anschließende Unterstützung von Jobcentern bei der Beantragung von rehapro-Modellprojekten haben meine Lernkurve fortgeschrieben – und die Überzeugung gefestigt, dass Teilhabe, Gesundheit und Erwerbsintegration nur zusammen gedacht werden können.

Die Quintessenz aus anderthalb Jahrzehnten Praxis lässt sich in einem Satz bündeln: Vermittlung ohne gesundheitliche Sta-

bilisierung bleibt bei einem erheblichen Teil der Leistungsberechtigten wirkungslos – gesundheitliche Stabilisierung ohne Arbeitsmarktperspektive aber ebenso. Beides muss in einem integrierten Prozess organisiert werden, unter einem Dach, mit kurzen Wegen und rechtskreisübergreifender Verantwortung.

3. Das Modellprojekt S.P.G.: Gesundheit und Arbeit unter einem Dach

Genau hier setzt das rehapro-Modellprojekt „Service-Point Gesundheit und Arbeit“ (S.P.G.) an, das der Jobcenter-Verbund Northeim (Konsortialführung), Hameln-Pyrmont, Holzmin-den und Siegen-Wittgenstein seit 2022 durchführt. Das Projekt richtet sich an erwerbsfähige Leistungsberechtigte, deren komplexe gesundheitliche und psychosoziale Problemlagen eine nachhaltige berufliche (Re-)Integration erschweren. Kern ist ein niedrigschwelliges, individuell ausgerichtetes Präventivprogramm an vier Standorten: Case Management mit einer Betreuungsrelation von 1:50, psychologisches Coaching, Gesundheits- und Job-Coaching, ärztliche Anbindung, Gruppenangebote sowie die ergänzende Nutzung digitaler Services, insbesondere Telemedizin (con_sens/THM 2026).

Drei Elemente haben sich in der Umsetzung als „Gamechanger“ erwiesen:

Erstens die interdisziplinäre Fallbesprechung. Wenn Integrationsfachkraft, Case Management, medizinisches und psychologisches Fachpersonal einen Fall gemeinsam betrachten, entstehen Lösungen, die keine der Professionen allein entwickeln könnte. Sektorengrenzen zwischen SGB II, SGB V, SGB VI und SGB IX werden im konkreten Einzelfall überbrückt, Zuständigkeitslücken sichtbar und bearbeitbar.

Zweitens die telemedizinische Beratung. Sie senkt Zugangshürden gerade bei Menschen mit Angststörungen, Mobilitätseinschränkungen oder in ländlichen Räumen mit ausgedünnter Versorgungsstruktur. Im S.P.G. entfiel ein erheblicher Teil der ärztlichen Konsultationen auf Telemedizin und Telekonsil – zu einem Bruchteil der Kosten klassischer Versorgungswege.

Drittens der „Wegfinder“ der L&D Support als digitales Messinstrument in der Beratung. Das strukturierte Assessment macht familiäre, soziale, gesundheitliche und berufliche Interventionspunkte sichtbar, priorisiert Handlungsbedarfe und objektiviert damit Entscheidungen, die sonst allein von der Erfahrung der einzelnen Fachkraft abhängen. Die Wirtschaftlichkeitsanalyse empfiehlt entsprechende Leitsysteme ausdrücklich zur Effizienzsteigerung und zur Verringerung von Selektionseffekten (con_sens/THM 2026).

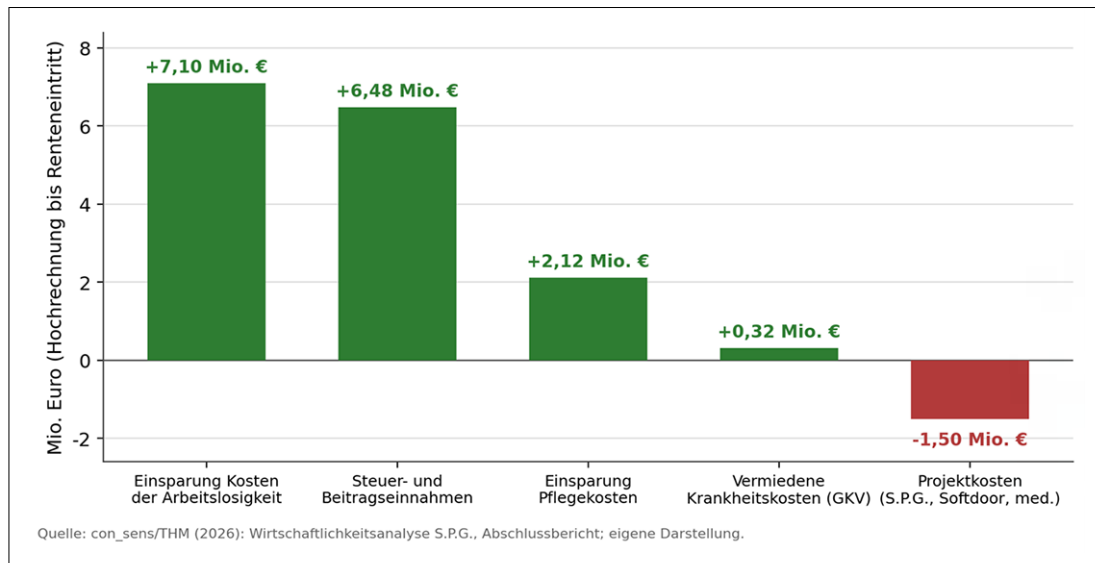


Abb. 1: Fiskalische Effekte des S.P.G. über alle Kostenträger (76 Teilnehmende, Hochrechnung bis Renteneintritt)

Die Ergebnisse können sich sehen lassen: Projektweit erreichen wir eine nachhaltige Integrationsquote von rund 20 % in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung – bei einer Zielgruppe, die zuvor überwiegend als „arbeitsmarktfrem“ galt. Ebenso wichtig: Die Beschäftigungsverhältnisse werden durch ein Coaching nach Arbeitsaufnahme stabilisiert. Die dadurch erreichte Verweildauer in Beschäftigung liegt spürbar über dem, was im regulären Jobcenter-Alltag üblich ist – Nachhaltigkeit statt Drehtüreffekt. Dieser Befund korrespondiert mit der IAB-Evidenz, wonach beschäftigungsbegleitendes Coaching ein zentraler Wirkfaktor für Stabilität und Gesundheit ist (Schiele u.a. 2025).

Wie relevant die Intervention ist, verdeutlicht der Blick auf die im gleichen Zeitraum mit identischen Instrumenten befragte Vergleichsgruppe ohne Projektzugang: Dort gelang keiner einzigen Person der Übergang in Erwerbstätigkeit; zugleich verschlechterten sich die subjektiven Einschätzungen zu Gesundheit, beruflicher und sozialer Teilhabe im Zeitverlauf (con_sens/THM 2026). Ohne die im S.P.G. angebotene Unterstützung wäre eine weitere Destabilisierung der gesundheitlichen und beruflichen Situation die Folge gewesen.

4. Gesundheitsförderung rechnet sich: Ergebnisse der Kosten-Nutzen-Analyse

Der häufigste Einwand gegen Gesundheitsförderung im SGB II lautet: zu teuer, Zuständigkeit der Krankenkassen, kein messbarer Arbeitsmarkteffekt. Die von der Technischen Hochschule Mittelhessen (THM) gemeinsam mit con_sens erstellte Wirt-

schaftlichkeitsanalyse des S.P.G. widerlegt diesen Einwand mit zwei methodisch unabhängigen Ansätzen: einer fallbezogenen Kosten-Nutzen-Berechnung auf Basis von Realdaten (76 Teilnehmende) und einer lebensverlaufsorientierten Szenarienanalyse. Beide kommen zu vergleichbaren Größenordnungen (con_sens/THM 2026).

Die zentralen Befunde: Über alle Kostenarten hinweg entsteht ein Return on Investment von 9,66 Euro je investiertem Euro. Der Break-Even-Point – die vollständige Refinanzierung aller Projektkosten – tritt bereits 15,1 Monate nach Aufnahme der Erwerbstätigkeit der erfolgreich reintegrierten Teilnehmenden ein. Dabei refinanziert der Mehrwert der Personen in Arbeit zugleich die Aufwendungen für die noch nicht reintegrierten Teilnehmenden.

Der Nutzen verteilt sich auf alle öffentlichen Haushalte (vgl. Abbildung 1): Der Bundesagentur für Arbeit und den Jobcentern stehen Einsparungen bei den Kosten der Arbeitslosigkeit von rund 7,1 Millionen Euro gegenüber. Die Sozialversicherungen und öffentlichen Kassen verbuchen Steuer- und Beitragseinnahmen von rund 6,5 Millionen Euro, hochgerechnet bis zum Renteneintritt. Die Pflegekassen sparen durch frühzeitige medizinische Anbindung rund 2,1 Millionen Euro an Pflegekosten; die Krankenkassen profitieren von Beitragsmehreinnahmen von rund 1,9 Millionen Euro, die den gesamten medizinischen Kostenaufwand des Projekts vollständig decken. Die Rentenversicherung gewinnt rund 2 Millionen Euro zusätzliche Beiträge und spart Ausgaben für Erwerbsminderungsrenten. Für keinen der beteiligten Kostenträger entsteht ein negativer Saldo – selbst dann nicht, wenn ein einzelner Träger die Projektkosten allein finanziert hätte (con_sens/THM 2026).

Auch die Skalierung trägt: In der Hochrechnung auf 3.000 Teilnehmende und das Gesamtfördervolumen von 21,45 Millionen Euro wären die Projektkosten nach 21,1 Monaten gedeckt, sofern – entsprechend der Quote im Untersuchungskollektiv – gut ein Drittel der Teilnehmenden eine lohnsteuerbezogene Tätigkeit aufnimmt. Auf der Einzelmaßnahmenebene bestätigt sich zudem der bekannte Reha-Effekt: Medizinische Rehabilitation verzögert den Eintritt in die Erwerbsminderungsrente und verlängert die Arbeitsfähigkeit im Mittel um gut sieben Monate (Dannenmaier u. a. 2020) – ein Effekt, der sich im S.P.G. unmittelbar in zusätzlichen Beitrags- und Steuereinnahmen niederschlägt.

„Es gibt schlicht keinen fiskalischen Grund, nicht in Gesundheit zu investieren.“

Bemerkenswert ist die Verteilung des ROI nach Bereichen (vgl. Abbildung 2): Den höchsten Hebel entfalten die Steuer- und Sozialbeitragsseinnahmen der wieder in Arbeit stehenden Teilnehmenden. Die Szenarienanalyse zeigt darüber hinaus intergenerationelle Effekte: Die gesundheitliche Stabilisierung und Erwerbsintegration der Elterngeneration verhindert die Weitergabe von Armutsrisiken, Bildungsabbrüchen und gesundheitlichen Belastungen an die Kinder – ein multiplikativer Return, der in klassischen Maßnahmeevaluationen systematisch unterschätzt wird (Meier-Gräwe/Maulbecker-Armstrong/Binder 2021; con_sens/THM 2026).

Damit ist der Nachweis erbracht, dass sich Investitionen in die gesundheitliche Stabilisierung von Leistungsberechtigten für den Bundeshaushalt (SGB II), die Kranken- und Pflegeversicherung (SGB V, SGB XI) und die Rentenversicherung (SGB VI) gleichermaßen rechnen. Es gibt schlicht keinen fiskalischen Grund, nicht in Gesundheit zu investieren.

5. Vom Modellprojekt zur Regelpraxis: Die neue Freie Förderung nach § 16f SGB II

Das Bundesprogramm rehapro läuft Ende 2028 aus. Rund eine Milliarde Euro hat der Bund für das Programm bereitgestellt, in drei Förderaufrufen werden insgesamt 122 Modellprojekte gefördert – mit dem erklärten Ziel, wirksame Ansätze zu identifizieren und im Regelgeschäft zu verstetigen (BMAS o.D.). Diese Verstetigung ist die eigentliche Bewährungsprobe des Programms, und sie stellt sich für die zuerst gestarteten Projekte schon jetzt: Es darf nicht hingenommen werden, dass funktionierende Hilfestrukturen zur gesundheitlichen und gesellschaftlichen Teilhabe nach Projektende ohne Not wieder zerschlagen werden.

Der Gesetzgeber hat hierfür mit dem 13. SGB-II-Änderungsgesetz einen bemerkenswerten Anknüpfungspunkt geschaffen: die Neufassung der Freien Förderung nach § 16f SGB II, konkretisiert durch die zum 1. Juli 2026 in Kraft getretenen Fachlichen Weisungen der Bundesagentur für Arbeit (BA 2026). Drei Neuerungen sind aus Sicht der Gesundheitsförderung zentral:

Erstens benennt § 16f Abs. 2 SGB II nun ausdrücklich erwerbsfähige Leistungsberechtigte als Zielgruppe, bei denen im Beratungsgespräch Bedarfe an gesundheitsfördernden Maßnahmen oder Rehabilitationsbedarfe festgestellt wurden – be-

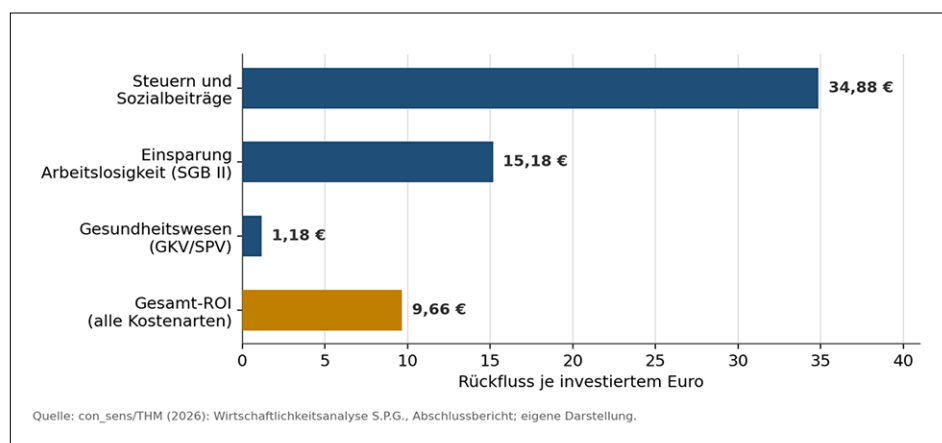


Abb. 2: Return on Investment des S.P.G. je investiertem Euro nach Bereichen

wusst ohne die Voraussetzung eines ärztlichen Gutachtens oder Attests, um den Jobcentern auch präventive Angebote zu ermöglichen.

Zweitens ist das frühere Aufstockungs- und Umgehungsverbot entfallen. Basisinstrumente können damit modifiziert, kombiniert und um Elemente angereichert werden, die nicht dem SGB II oder III zuzurechnen sind – die Weisungen nennen als möglichen Anknüpfungspunkt ausdrücklich erfolgreiche rehapro-Projekte (BA 2026). Der Verstetigungspfad ist damit nicht nur rechtlich eröffnet, sondern fachlich intendiert.

Drittens setzt die Begrenzung auf maximal 10 % der Eingliederungsmittel einen klaren, aber auskömmlichen Finanzrahmen. Für ein durchschnittliches Jobcenter eröffnet dies reale Gestaltungsspielräume, um etwa interdisziplinäre Fallbesprechungen, gesundheitsorientiertes Coaching mit Integrationsbezug, telemedizinisch gestützte Beratungselemente oder digitale Assessments wie den „Wegfinder“ als freie Leistungen zu konzipieren.

Zugleich markieren die Weisungen die Grenzen: Die alleinige Finanzierung medizinischer, diagnostischer, therapeutischer oder ausschließlich präventiver Leistungen bleibt ausgeschlossen, da hierfür Krankenkassen und Reha-Träger zuständig sind. Gesundheitsbezogene Bestandteile müssen integrationsorientiert ausgestaltet sein und mit arbeitsmarktbezogenen Inhalten kombiniert werden (BA 2026). Genau diese Kombination ist aber – das zeigen die S.P.G.-Erfahrungen – ohnehin der wirksamere Ansatz: Gesundheitsförderung entfaltet ihre Arbeitsmarktwirkung erst im Verbund mit Coaching, Vermittlung und beschäftigungsbegleitender Stabilisierung. Die Lotsenfunktion der Jobcenter zu den Präventionsangeboten der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 20 SGB V und die Ko-Finanzierung mit anderen Leistungsträgern, die die Weisungen ausdrücklich zulassen, ergänzen dieses Bild.

Was es jetzt braucht, sind Mut und kreative Herangehensweisen vor Ort. § 16f SGB II ist als Experimentierraum angelegt – mit erhöhten Anforderungen an Ermessensausübung, Prognoseentscheidung und Dokumentation, aber eben auch mit der Freiheit, passgenaue Lösungen zu entwickeln, wo Basisinstrumente nicht ausreichen. Die rehapro-Projekte haben die Blaupausen geliefert; die Wirtschaftlichkeitsanalysen haben den fiskalischen Nutzen belegt. Wer jetzt nicht handelt, verschenkt erprobtes Wissen und investierte Bundesmittel.

6. Empfehlungen für die Praxis

Aus den Projekterfahrungen und der Kosten-Nutzen-Analyse lassen sich fünf Empfehlungen für Jobcenter ableiten, die gesundheitsfördernde Ansätze über § 16f SGB II verstetigen wollen:

- 1. Früh ansetzen:** Die höchsten fiskalischen Erträge entstehen bei Personen, die möglichst früh nach dem gesundheitsbedingten Ausscheiden aus dem Erwerbsleben erreicht werden. Eine frühe, systematische Evaluation potenzieller Teilnehmender – etwa über strukturierte Assessments – ist der wirksamste Effizienzhebel.
- 2. Interdisziplinarität institutionalisieren:** Interdisziplinäre Fallbesprechungen sollten fester Bestandteil der Fallarbeit bei komplexen gesundheitlichen Problemlagen werden – idealerweise perspektivisch als gesetzliches Instrument.
- 3. Digital und analog kombinieren:** Das duale System aus Vor-Ort-Angeboten und Telemedizin sichert Vertrauensbindung und senkt zugleich Zugangshürden und Kosten.
- 4. Nachhaltigkeit finanzieren:** Beschäftigungsbegleitendes Coaching nach Arbeitsaufnahme – auch nach Wegfall der Hilfebedürftigkeit über § 16g Abs. 2 SGB II – verlängert die Verweildauer in Beschäftigung und sichert die Rendite der Integrationsarbeit.
- 5. Netzwerke pflegen:** Die Zusammenarbeit mit Krankenkassen, Rentenversicherung, Ärzteschaft und Arbeitgebern ist kein „nice to have“, sondern Kern des Wirkmodells. Kooperationsstrukturen aus den rehapro-Projekten sollten aktiv in die Regelstrukturen überführt werden.

7. Fazit

Die Verzahnung von Gesundheits- und Arbeitsförderung ist kein Nischenthema, sondern die zentrale Antwort auf die Verfestigung des Langzeitleistungsbezugs im SGB II – und zugleich ein Beitrag zur Fachkräftesicherung und zur Entlastung aller Sozialversicherungszweige. Die Evidenz liegt vor, die rechtlichen Instrumente sind geschaffen, der fiskalische Nutzen ist belegt. Was Modellprojekte wie das S.P.G. gezeigt haben, lässt sich in einem Bild zusammenfassen, das zugleich Programm ist: Aus Hürden lassen sich Brücken bauen – wenn Jobcenter, Gesundheitsakteure und Sozialversicherungsträger sie gemeinsam errichten.

Literatur

BA – Bundesagentur für Arbeit (2026): Fachliche Weisungen Freie Förderung nach § 16f SGB II, gültig ab 1. Juli 2026, Nürnberg. Verfügbar unter: https://www.arbeitsagentur.de/datei/weisung-202606021_ba057754.pdf (letzter Abruf: 18. August 2026).

Beste, Jonas/Coban, Mustafa/Trappmann, Mark (2023): Zahlreiche Faktoren verringern die Erfolgsaussichten von Grundsicherungsbeziehenden, Wirtschaftsdienst, Jg. 103, H. 2, S. 123–129. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.2478/wd-2023-0035> (letzter Abruf: 18. August 2026).

BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2021): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Berichtsjahr 2020, Berlin. Verfügbar unter: www.baua.de/dok/8865932 (letzter Abruf: 18. August 2026).

BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2024): Rehabilitation fördern, stärken, besser machen! Modellprojekte im Bundesprogramm, 1. Auflage/November 2024, Berlin. Verfügbar unter: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a235_Broschuere_rehapro_2_Foerderaufruf.pdf?__blob=publicationFile&v=5 (letzter Abruf: 18. August 2026).

BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (o.D.): Förderprogramm rehapro, Berlin. Verfügbar unter: <https://www.bmas.de/DE/Soziales/Teilhabe-und-Inklusion/Rehabilitation-und-Teilhabe/Foerderprogramm-rehapro/foerderprogramm-rehapro-art.html> (letzter Abruf: 18. August 2026).

con_sens/THM (2026): Wirtschaftlichkeitsanalyse S.P.G. – Abschlussbericht, vorgelegt dem Jobcenter Northeim (Kocialkowski, C./Maulbecker-Armstrong, C.), Gießen/Hamburg. Unveröffentlichtes Dokument.

Dannenmaier, Julia u. a. (2020): Effekt der Rehabilitation auf den verzögerten Eintritt in die Berentung aufgrund von Erwerbsminderung, in: Die Rehabilitation, 59. Jg., H. 1, S. 10–16. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1055/a-0889-0249> (letzter Abruf: 18. August 2026).

Eggs, Johannes/Trappmann, Mark/Unger, Stefanie (2014): Grundsicherungsempfänger und Erwerbstätige im Vergleich: ALG-II-Bezieher schätzen ihre Gesundheit schlechter ein, IAB-Kurzbericht 23/2014, Nürnberg. Verfügbar unter: <https://hdl.handle.net/10419/158448> (letzter Abruf: 18. August 2026).

Meier-Gräwe, Uta/Maulbecker-Armstrong, Catharina/Binder, Denise (2021): Der Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften (SGFK) rechnet sich!, in: NDV, H. 8/2021, S. 397–402.

Paul, Karsten I./Moser, Klaus (2009): Unemployment impairs mental health: Meta-analyses, in: Journal of Vocational Behavior, 74. Jg., H. 3, S. 264–282. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2009.01.001> (letzter Abruf: 18. August 2026).

Schiele, Maximilian/Weik, Jonas Aljoscha/Wenzig, Claudia (2025): Verbesserte gesundheitliche Lage durch „Teilhabe am Arbeitsmarkt“ – Geförderte Beschäftigung mit begleitendem Coaching ist eine wirksame Intervention, IAB-Kurzbericht 22/2025, Nürnberg. Verfügbar unter: <https://doku.iab.de/kurzber/2025/kb2025-22.pdf> (letzter Abruf: 18. August 2026).