ERGEBNISBAND

SEMpsych

Die Gesundheits- und Arbeitspiloten: Systemisches Eingliederungsmanagement bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen

Modellprojekt ▪ Bundesprogramm rehapro ▪ Erster Förderaufruf

Projektverantwortlich:
Deutsche Rentenversicherung Bund

Gefördert durch:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

rehapro

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Der vorliegende Ergebnisband stellt das Modellprojekt SEMpsych aus dem Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ vor.

Mit rehapro fördert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Erprobung innovativer Ansätze in den Bereichen Prävention, Rehabilitation und Nachsorge in den Jobcentern und Rentenversicherungsträgern und setzt damit den gesetzlichen Auftrag gemäß § 11 SGB IX um. Ziel ist es, die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu stärken und die trägerübergreifende Zusammenarbeit zu verbessern. Wirksame Ansätze sollen identifiziert und in das Regelangebot der Jobcenter und Rentenversicherungsträger übernommen werden. Die gewonnenen Erkenntnisse aus rehapro können so allen Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zugutekommen.

In diesem Band werden die Inhalte und Ziele des Projekts SEMpsych erläutert. Des Weiteren werden die Ergebnisse und Erkenntnisse zu den innovativen Ansätzen des Projekts sowie deren Wirkungen präsentiert. Außerdem werden Verstetigungsoptionen vor Ort sowie Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und bundesweiten Verstetigung dargestellt.

Mit der Dokumentation der Ergebnisse sollen der Erkenntnisgewinn aus den rehapro-Projekten nachhaltig verankert und eine Basis für den Diskussionsprozess zur bundesweiten Verstetigung geschaffen werden. Die Veröffentlichung der Ergebnisbände auf der Website bundesprogramm-rehapro.de macht die Erkenntnisse für alle Beteiligten und Interessierten sichtbar, leicht zugänglich und nutzbar.

Inhaltsverzeichnis

1 Darstellung des Modellprojekts 4
1.1 Ausgangslage 4
1.2 Inhalte 4
1.3 Ziele 5
1.4 Organisation/Beteiligte Akteure 6
1.5 Wissenschaftliche Begleitung 7

2 Ergebnisse des Modellprojekts 9
2.1 Öffentlichkeitsarbeit und Zugangswege 9
2.2 Zielgruppe 11
2.3 Beratungs- und Begleitungsangebot 14

3 Erkenntnisse zu den innovativen (Teil-)Ansätzen und deren Wirkungen 20
3.1 Zugangswege und Ansprache 20
3.2 Strategische Öffentlichkeitsarbeit 21
3.3 Erreichte Zielgruppe 21
3.4 Umsetzbarkeit des Angebotes 22
3.5 Kurz-Assessment und Ziel- und Handlungsplan 23

4 Verstetigung vor Ort 24
4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung 24
4.2 Verstetigung im eigenen Jobcenter/Rentenversicherungsträger 25

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung 27

6 Anlagen 28
6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt 28
6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis 28
6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen 29

1 Darstellung des Modellprojekts

1.1 Ausgangslage

Psychische Erkrankungen sind die zweithäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeitsereignisse. Sie nehmen aufgrund der häufig langen Dauer dieser Ausfallzeiten einen Spitzenplatz bei den indirekten gesellschaftlichen Kosten ein und sind der Hauptgrund für Frühberentungen aufgrund dauerhafter Erwerbsminderung. Ein Grundproblem hierbei ist, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen Leistungen zur Teilhabe zu spät oder gar nicht in Anspruch nehmen. Auch bestehende Beratungs- und Begleitungsangebote, die seitens des Betriebes im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) oder der Sozialleistungsträger (z. B. im Rahmen des Krankengeldmanagements der Krankenkassen) angeboten werden, erreichen Menschen mit psychischen Erkrankungen nur in sehr eingeschränktem Maße. Daran können aktuell auch die fachärztliche und psychotherapeutische Versorgung als potenzielle Zugänge in Teilhabeleistungen wenig ändern. Diese sind in vielen Regionen Deutschlands nur bedingt verfügbar.

Laut aktuellen Untersuchungen scheint außerdem ein wesentliches Problem darin zu bestehen, dass aus der Sicht der Betroffenen psychische Erkrankungen bei Kolleg:innen und Vorgesetzten mit negativen Vorurteilen behaftet sind. Menschen mit psychischen Erkrankungen werden im Betrieb schnell als grundsätzlich nicht mehr leistungsfähig angesehen. Insbesondere in Konfliktsituationen wird deren Verhalten vorschnell mit der Erkrankung selbst in Verbindung gebracht, was zu einem „Blaming"-Effekt seitens der Kolleg:innen und Vorgesetzten und zu einer gefühlten Ausgrenzung führt. Ähnliche Diskreditierungserfahrungen machen Betroffene auch bei Vertretern von Sozialleistungsträgern oder Betrieben in Beratungs- und Koordinierungsangeboten wie etwa dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) oder im Krankengeldfallmanagement, wenn es um die Vereinbarung des konkreten Vorgehens oder mögliche Alternativen zur bestehenden Teilhabesituation geht. Somit wird bei den Betroffenen ein grundsätzliches Misstrauen in Arbeitgeber und Institutionen hervorgerufen und die Reaktion provoziert, die eigene Erkrankung zu verschweigen und lieber zeitweise oder permanent aus dem Arbeitssetting zu fliehen. Hinzu kommt die nur wenig auf den Arbeitsplatz bezogene Ausrichtung akutmedizinischer Maßnahmen und der Psychotherapie, so dass die skizzierten Probleme auch hier kaum lösungsorientiert bearbeitet werden. Eine konstruktive Auseinandersetzung mit der beruflichen Situation bzw. mit der Rückkehr an den Arbeitsplatz (Return to Work - RTW) sowie hierfür sinnvollen Teilhabeleistungen findet somit bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gar nicht oder viel zu spät statt.

1.2 Inhalte

Im Rahmen des Modellvorhabens Systemisches Eingliederungsmanagement für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen (SEMpsych) wurde die innovative Leistung Blaufeuer[1] als frühzeitiges Hilfsangebot konzeptioniert. Blaufeuer bietet eine niedrigschwellige Unterstützung für Erwerbstätige mit psychischen Belastungen am Arbeitsplatz, unabhängig von deren Verursachung. In drei Beratungsstellen in den Regionen Berlin, Köln und Nürnberg bieten jeweils vier Blaufeuer-Lots:innen als professionelle Berater:innen die Beratung und Begleitung an.

Blaufeuer ist ein kostenloses, überbetriebliches, institutionsunabhängiges und ganzheitliches Angebot. Es stellt die hilfesuchende Person und ihre Bedürfnisse und Bedarfe in den Mittelpunkt, um durch individuelle, passgenaue und – falls erforderlich – kontinuierliche Beratung, Begleitung, Vermittlung und Koordination zu einer strukturierten und anhaltenden Problemlösung beizutragen. Dabei kann die Unterstützung über einen Zeitraum von bis zu 12 Monaten erfolgen und eine bis zu 6-monatige Nachbetreuung beinhalten.

[1] Blaufeuer ist ein Begriff aus der Schifffahrt und bezeichnet ein Signalfeuer, das ein Schiff senden kann, wenn es Hilfestellung bei der Navigierung in den Hafen benötigt. Von dem Begriff Blaufeuer leiten sich entsprechend die Begriffe Blaufeuer-Lots:in oder Berater:in, Blaufeuer-Beratung, Blaufeuer-Teilnehmer:in und Blaufeuer-Nachbetreuung ab.

Die Blaufeuer-Beratung bietet ein an den Standards der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) e.V. orientiertes Fallmanagement, das die Klient:innen mithilfe systemisch orientierter Beratung bei der Wahl geeigneter Maßnahmen unterstützt und dabei sozialtherapeutische, sozialarbeiterische und Coaching-Elemente kombiniert. Daneben bieten Ansätze des Motivational Interviewing[2], welche in der Beratung zum Einsatz kommen, die Möglichkeit, eine Zielklärung, vor dem Hintergrund der intrinsischen Motivation der Klient:innen, gemeinsam zu erarbeiten und den Beratungsprozess sowohl empowernd und ressourcenorientiert als auch effektiv und effizient zu gestalten.

Ein grundlegendes Ziel von Blaufeuer ist die nachhaltige Verbesserung der beruflichen Teilhabe sowie die Stabilisierung bzw. Verbesserung der psychischen Gesundheit. Dabei steht den Lots:innen ein umfangreiches regionales Netzwerk aus Anbieter:innen psychosozialer, therapeutischer und medizinischer Leistungen sowie Krankenkassen, Rentenversicherungsträgern und Rehabilitationseinrichtungen zur Seite.

Als weitere innovative Leistung des Projekts wurde Teilnehmenden mit komplexen gesundheitlichen, noch nicht diagnostizierten bzw. behandelten psychischen Problemen ein „Kurz-Assessment“ in einer der kooperierenden Reha-Einrichtungen im Projekt angeboten. Das Kurz-Assessement ergänzt die Blaufeuer-Anamnese durch eine ärztliche und sozialmedizinische Diagnostik sowie entsprechende ärztliche Empfehlungen. Die Ergebnisse und Empfehlungen der Kurz-Assessments mündeten in die weitere Blaufeuer-Beratung ein.

Außerdem wurde im Projekt ein frühzeitiger, proaktiver Zugang zu Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen bzw. psychosozialen Problemen insbesondere im betrieblichen Kontext erprobt. Hierbei wurden folgende Zugangswege zur Intervention geplant:

- Angebot direkt aus Unternehmen, insbesondere kleine und mittelständischen Unternehmen
- Angebot über niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- Angebot über das Krankengeldmanagement der Krankenkassen
- Angebot durch niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte.

1.3 Ziele

Mit dem innovativen Ansatz des Modellvorhabens sollten drei grundsätzliche Ziele verfolgt werden:

- Entwicklung und Erprobung neuer Zugangswege zur frühzeitigen Identifikation von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen bzw. psychosozialen Problemen am Arbeitsplatz
- Entwicklung und Erprobung eines institutionenunabhängigen und überbetrieblichen Beratungs- und Begleitungsangebotes für diese Zielgruppe
- Umfassende anforderungsorientierte Bedarfsfeststellung, Entwicklung eines RTW-Plans und Einleitung bedarfsbezogener Maßnahmen.

Die drei Projektziele beinhalteten folgende Aspekte.

Mindestens 1.650 Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und einem damit assoziierten arbeitsplatzbezogenen Problem sollten mit dem Angebot erreicht werden. Das Angebot sollte die definierten Zugangswege, wie unter Punkt 1.2 dargelegt, zum Versorgungssystem etablieren.

Im Rahmen eines professionellen Beratungs- und Begleitungsangebotes wird ein Ziel- und Handlungsplan (ZHP) mit den Zielen und Maßnahmen der/des Teilnehmenden erarbeitet und in diesem Kontext notwendige Leistungen organisiert und eingeleitet. Dieses Ziel ist erreicht, wenn für mindestens 80% der rekrutierten Fälle ein abgestimmter Plan erarbeitet und realisiert werden kann.

[2] Motivational Interviewing (MI) ist ein Behandlungsansatz, der in den 80er Jahren von Miller und Rollnick entwickelt wurde mit dem Ziel, Menschen bei einer Verhaltensänderung zu unterstützen. Sozialarbeiter:innen gehen im MI klientenzentriert und direktiv vor, vermeiden dabei jedoch ein konfrontatives Vorgehen. MI wurde ursprünglich aus der klinischen Arbeit mit Suchtpatient:innen entwickelt. Mittlerweile findet die Motivierende Gesprächsführung Anwendung in unterschiedlichen Bereichen, in denen eine Verhaltensänderung bei Patient:innen unterstützt werden soll. Anwendungsfelder sind neben psychischen Erkrankungen auch Bereiche wie Compliancef̈orderung, gesundheitsförderliche Verhaltensweisen und Prävention.

Darüber hinaus sollte durch das Angebot die Arbeitsfähigkeit erhalten bzw. nachhaltig stabilisiert und die psychische Gesundheit verbessert werden. Hierzu sollte u.a. geprüft werden, ob die Teilnehmenden der Intervention 3 Monate nach Beginn des Angebotes eine um 0,3 Effektstärken höhere subjektive Arbeitsfähigkeit im Work Ability Score[3] aufweisen als vergleichbare Personen der Kontrollgruppe, die das Beratungsangebot nicht in Anspruch nahmen. Zusätzlich wird erwartet, dass Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Intervention 3 Monate nach Beginn des Angebotes eine um 0,3 Effektstärken bessere subjektive Erwerbsprognose in der Subjektive Prognose der Erwerbsfähigkeit (SPE)-Skala aufweisen als vergleichbare Personen aus einer Kontrollgruppe, die kein Blaufeuer Angebot nutzen.

1.4 Organisation/Beteiligte Akteure

Neben der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund als Antragstellerin agierten die regionalen Rentenversicherungsträger Berlin-Brandenburg, Nordbayern sowie Rheinland als Kooperationspartner:innen im Projekt, deren Versicherte das Angebot ebenfalls nutzen konnten.

Die drei Beratungsstellen mit jeweils drei Projektkoordinator:innen und vier Berater:innen waren bei den regionalen Berufsförderungswerken Berlin-Brandenburg, Nürnberg und Köln verortet, die ebenfalls als Partner:innen im Projekt angebunden waren. Dazu kamen die wissenschaftlichen Begleitungen des Projekts. Dies waren für die qualitativen Erhebungen die Medical School Berlin und für die quantitativen Erhebungen die Universität sowie das Universitätsklinikum Würzburg.

Das Rehazentrum Seehof bei Berlin, die Tagesklinik am Ring in Köln sowie das bfZ Nürnberg agierten als regionale Partner für die Organisation und Durchführung der Kurz-Assessments zur diagnostischen Abklärung für einen Teil der Blaufeuer-Teilnehmenden.

Die Öffentlichkeitskampagne sowie alle Marketingmaterialien wurde vom Auftragnehmer iqpr - Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH über den kompletten Projektzeitraum entwickelt und umgesetzt.

Der Auftragnehmer CLUE Systems entwickelte die Falldokumentationssoftware für das Blaufeuer Angebot, die in den Beratungsstellen zum Einsatz kam.

Krankenkassen der GKV konnten für alle Standorte als Partnerinnen gewonnen werden, um geeignete Versicherte zu identifizieren und sie über das Angebot Blaufeuer zu informieren.

Psychotherapeut:innen und Ärzt:innen konnten an allen Standorten in unterschiedlichem Umfang gewonnen werden, um ihre Klient:innen auf Blaufeuer aufmerksam zu machen.

Des Weiteren agierte die Deutsche Depressionsliga e.V. in beratender Funktion sowie als Multiplikatorin für das Angebot über den gesamten Projektzeitraum.

Das Gesamtprojekt war in vier Phasen unterteilt. In Phase 1 (Entwicklungsphase) wurde die genaue Ausgestaltung des Projekts (Zugangswege, Intervention) zwischen allen Kooperationspartnern entwickelt und festgelegt. In einem Open-Space Workshop wurden Erwartungen und Bedarfe von projektrelevanten Stakeholdern (z.B. Arbeitgeber, Sozialleistungsträger, Betroffene etc.) eruiert und potenzielle Lösungsmöglichkeiten für Probleme gesucht. In Phase 2 (Implementierungsphase) wurden Zugangswege und Intervention umgesetzt, erprobt und angepasst. Dieser Prozess wurde durch eine formative Evaluation begleitet. Am Ende von Phase 2 wurde ein abgestimmtes, verbindliches Beratungskonzept zur Umsetzung der Intervention an den Standorten ausgearbeitet. In Phase 3 (Bewährungsphase) wurde dieses Konzept umgesetzt und die Intervention einer summativen Evaluation unterzogen. Es wurden zudem die qualitativen Interviews mit den Teilnehmenden sowie die Gruppendiskussionen mit den Projektkoordinator:innen, Arbeitgebenden und Stakeholdern durchgeführt. In

[3] Der Work Ability Index (WAI, auch Arbeitsfähigkeitsindex oder Arbeitsbewältigungsindex genannt) ist ein Verfahren zur Erfassung der Arbeitsfähigkeit von Erwerbstätigen. Der WAI zeigt auf, inwieweit Beschäftigte angesichts ihrer persönlichen Voraussetzungen sowie angesichts der bei ihnen vorliegenden Arbeitsbedingungen in der Lage sind, ihre Arbeit zu verrichten. Der Work Ability Score ist eine Skala und dem WAI entnommen.

Phase 4 (Transferphase) wurden Ideen und Konzepte zur Verstetigung und zur Dissemination an weiteren Standorten erarbeitet.

Die DRV Bund agierte über den kompletten Projektzeitraum als Projektleitung und Projektkoordination und koordinierte den Austausch zwischen den Projektpartner:innen. Neben der Organisation und Durchführung des Projekt-Kick-Offs im Jahr 2019 sowie der Abschlussveranstaltung im November 2024 gehörte auch die Vor- und Nachbereitung sowie Durchführung des jährlichen Gesamtprojekttreffens mit allen Projektpartnern und Kooperationspartnern dazu. Über die gesamte Projektlaufzeit erfolgte ein wöchentliches online Austauschformat zwischen der regionalen Projektkoordination der Berufsförderungswerke und der DRV Bund Projektleitung. In einem monatlichen Online-Austauschformat („Kernteam“) unter Beteiligung der regionalen Projektkoordinator:innen, der wissenschaftlichen Begleitung und der Öffentlichkeitsarbeit wurden darüber hinausgehende Fragen diskutiert, relevante Informationen kommuniziert und Entscheidungen herbeigeführt.

Die kooperierenden Krankenkassen im Projekt wurden monatlich zum Projektstand informiert. Die beteiligten Rententräger wurden neben den Gesamtprojekttreffen zwei Mal jährlich mit einem Newsletter zu aktuellen Fragestellungen und Ergebnissen des Projekts informiert.

Durch die bei der DRV Bund angesiedelte Koordination war der aktuelle Informationsstand jederzeit gewährleistet und konnte allen Interessierten umfänglich zugänglich gemacht werden.

Die Beratungsstellen, die Öffentlichkeitsarbeit und die wissenschaftlichen Begleitungen präsentierten ihre jeweiligen Ergebnisse aus der Beratungspraxis, der Akquise sowie Forschung in den verschiedenen Austauschformaten und gewährleisteten so den Wissenstransfer an alle Projektbeteiligten sowie Kooperationspartner:innen.

Die regionalen Reha-Einrichtungen unterstützten mit ihrer Fachexpertise bereits in der Entwicklungsphase zur konkreten Ausgestaltung des Kurz-Assessments.

1.5 Wissenschaftliche Begleitung

Im Modellprojekt wurden sowohl quantitative wie auch qualitative Forschungsmethoden angewandt, um die innovativen Ansätze und die damit verbundenen Ziele des Projekts zu evaluieren.

Die Hauptfragestellungen der quantitativen Evaluation lassen sich folgendermaßen untergliedern:

- Zugangsevaluation: Wird die intendierte Zielgruppe erreicht?
- Prozessevaluation: Kann die Maßnahme wie geplant umgesetzt werden?
- Ergebnisevaluation: Finden sich relevante kurz- und mittelfristige Veränderungen in den zentralen Outcomes subjektive Arbeitsfähigkeit und psychische Belastung?
- Wirksamkeitsevaluation: Inwieweit können Veränderungen in den zentralen Outcomes kausal auf die Maßnahmen zurückgeführt werden?

Folgende zusätzliche Fragestellung wurde aufgrund der Covid-19 Pandemie mit in die formative Evaluation aufgenommen: Hatte die COVID-19-Pandemie Auswirkungen auf die Arbeit (z.B. Kurzarbeit, veränderter Arbeitsort usw.) der Teilnehmenden?

Methodisch wurde für die formative Evaluation ein Ein-Gruppen-Prä-Post-Design mit 6 Messzeitpunkten (T0: Beginn der Beratung, T1-T5: 3/6/9/12/18 Monate nach der Beratung) gewählt. Es wurden per Fragebogen soziodemografische, sozialmedizinische und gesundheitsbezogene Daten bei den Blaufeuer-Teilnehmenden erfasst. Die Datenerhebung erfolgte in erster Linie in schriftlicher Form als Papierverfahren und alternativ als Online-Erhebung. Der Fragebogen setzte sich überwiegend aus standardisierten Erhebungsverfahren zusammen, beinhaltete aber auch eigens konstruierte Fragen. Erhoben wurden die Zielgrößen zur Arbeitsfähigkeit, zur psychischen Gesundheit und zu arbeitsbezogenen Anforderungen und Ressourcen. Darüber hinaus wurden soziodemographische Angaben zu Maßnahmenbeginn (T0) erfasst. Der Fragebogen untergliederte sich in die Bereiche (a) Angaben zur Person, (b) psychische Belastungen bei der Arbeit, (c) Arbeitszufriedenheit, (d) Arbeitsfähigkeit, (e) Erwartungen, an den Arbeitsplatz zurückzukehren, (f) Problembereiche am Arbeitsplatz, (g) Veränderungen aufgrund von COVID-19, und (h) allgemeine Gesundheit.

Die Pandemie dauerte während der Implementierungsphase an. In den Fragebogen waren daher zusätzlich eigens erstellte Fragen (g) aufgenommen worden. Gefragt wurde, ob Teilnehmende aufgrund von COVID-19 in Kurzarbeit waren, es Veränderungen am Arbeitsort, in den Arbeitszeiten und in den Arbeitsaufgaben gab, ob am Arbeitsort ein erhöhtes Risiko bestand, sich selbst mit COVID-19 zu infizieren, nach der Angst, sich bei Arbeit zu infizieren, nach der Ansicht, einer Risikogruppe für einen schweren Verlauf bei einer COVID-19-Erkrankung anzugehören sowie nach ausreichenden Schutzmaßnahmen am Arbeitsplatz; schließlich nach der Sorge, aufgrund der Pandemie den Arbeitsplatz verlieren können sowie nach finanziellen Problemen durch die Krisensituation.

Darüber hinaus gingen Angaben aus der Beratung, die von den Berater:innen in der Falldokumentationssoftware Timeline dokumentiert wurden, in die Analyse ein.

Der ZHP ist ein zentrales Element der Blaufeuer-Beratung. Das Ergebnis des klient:innenzentrierten und lösungsorientierten Beratungsprozesses wird in Form von formulierten Zielen und der für die Erreichung der Ziele erforderlichen Handlungsschritten dokumentiert. Der ZHP wurde ebenfalls in der Falldokumentationssoftware Timeline angelegt, kontinuierlich gepflegt und von der wissenschaftlichen Begleitung ausgewertet.

Die Analyse der quantitativen Evaluationsdaten erfolgte deskriptiv sowohl für die Gruppe aller Teilnehmenden zusammen sowie differenziert nach den drei Pilotstandorten Berlin, Köln und Nürnberg.

Für metrische Indikatoren wurde ein Vergleich der Mittelwerte zwischen den Pilotstandorten in Form einfaktorieller Varianzanalysen durchgeführt. Nominale und ordinale Indikatoren wurden mit Chi-Quadrat-Verfahren geprüft. Die Analyse der Veränderungen erfolgte vor dem Hintergrund der sich anschließenden summativen Evaluation in der Bewährungsphase. Entsprechend der Zielsetzung von Blaufeuer, die Arbeitsfähigkeit sowie die psychische Gesundheit und Lebensqualität zu steigern, sind für die Wirksamkeitsprüfung diese als Zielgrößen definiert (primäre und sekundäre Outcomes). Darüber hinaus wurden für die Evaluation Indikatoren erfasst, die im Zusammenhang mit der Arbeitsfähigkeit und psychischen Gesundheit stehen (Kovariaten).

Im Rahmen der formativen Evaluation konnten 482 Personen und bei der summativen Evaluation 674 Personen beobachtet werden.

Für die Wirksamkeitsanalyse wurde als Studiendesign eine prospektive Beobachtungsstudie mit Interventions- und Kontrollgruppe gewählt. Die Interventionsgruppe bildeten die Blaufeuer-Teilnehmenden an den drei Pilotstandorten. Die in der Erprobungsphase etablierten Prozesse im Zugang und im Ablauf der Beratung wurden unverändert weitergeführt. Die Kontrollgruppe wurde über ein Zuordnungsverfahren (Matching) ermittelt. Dafür wurden bundesweit 20.000 erwerbstätige Versicherte der DRV Bund, die nicht in einer der Modellregionen leben, zufällig ausgewählt. Bei Einwilligung beantworteten sie zu zwei Zeitpunkten im Abstand von 6 Monaten die Fragebögen, die auch von den Teilnehmenden an der Blaufeuer-Beratung ausgefüllt wurden. Mittels Propensity-Score-Matching wurden ausbalancierte Stichproben hergestellt und in den zentralen Outcomes per Kovarianzanalyse verglichen. Es konnten abschließend 314 Personen, je 157 aus Interventions- und Kontrollgruppe, in die Analyse eingeschlossen werden.

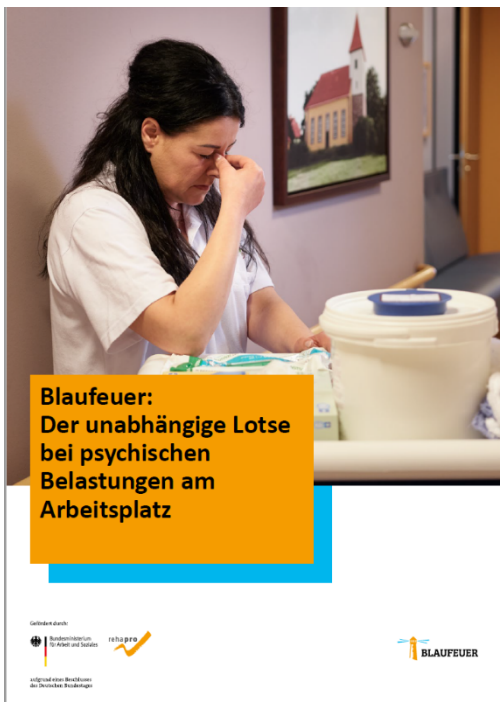
Prozessbegleitend und parallel zur quantitativen wissenschaftlichen Begleitung erfolgte eine qualitative Erhebung und Auswertung. Das Ziel war eine explorativ-vertiefende Erkenntnisgenerierung über die praktische Umsetzung der im Modellprojekt vorgesehenen Leistungen und organisatorischen Maßnahmen. Im Mittelpunkt standen dabei die subjektive Wirksamkeit und Verbesserungsmöglichkeiten des Angebots, die Koordinations-, Übersetzungs-, und Abstimmungsleistung der Blaufeuer-Teams sowie das Zusammenwirken aller Akteure und die Erfahrungen der Teilnehmenden mit der Intervention im Prozessverlauf. Mit 18 Teilnehmenden, sowie 7 Interestholdern wurden hierfür leitfadengestützte qualitative Interviews geführt und mittels interpretativ-rekonstruktiver Analyseverfahren ausgewertet.

2 Ergebnisse des Modellprojekts

2.1 Öffentlichkeitsarbeit und Zugangswege

Für die Ziele neue, proaktive Zugangswege zur Zielgruppe Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen bzw. psychosozialen Problemen am Arbeitsplatz zu erproben und zu etablieren und mindestens 1.650 Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen mit dem Angebot zu erreichen, wurden ein Marketingkonzept sowie ein Öffentlichkeitskampagne entwickelt. Das zentrale quantitative Marketingziel bestand darin, die Zielgruppen an das Beratungsangebot heranzuführen und deren Nachfrage zu wecken. Als qualitative Ziele wurden die Steigerung des Bekanntheitsgrades an den drei Modellstandorten Köln, Nürnberg und Berlin sowie die Entstigmatisierung des Themenkomplexes psychische Belastungen, insbesondere im Kontext Arbeit, festgelegt. Die Marketingstrategie zur Erreichung der qualitativen und quantitativen Ziele orientierte sich an den definierten Zugangswegen. Bereits während der Vorbereitungsphase des Modellvorhabens zeigte sich, dass zwei zusätzliche Wege, die direkte Kontaktaufnahme sowie der Zugangsweg über Netzwerkpartner:innen, von der Zielgruppe in Anspruch genommen wurden. Diese Zugangswege wurden nachträglich ins Portfolio aufgenommen.

Im Hinblick auf die Zielgruppe wurde es als notwendig erachtet, einen mehrdimensionalen Marketingansatz zu entwickeln, der die Instrumente des Direktmarketings, Eventmarketings und Online-Marketings integriert. Diese Instrumente adressieren zum einen potenzielle Klient:innen und zum anderen Multiplikator:innen. Das visuelle Fundament für die strategischen Marketingmaßnahmen und die Öffentlichkeitskampagne wurde mit der Entwicklung eines Corporate Designs auf Basis der Vorgaben durch rehapro gelegt. Eine klare Kommunikation der Identität, der Werte und des Leistungsangebots von Blaufeuer stand im Fokus der Marketingkampagne und der Marketingmaterialien. Die Anwendung dieser visuellen Markenidentität über die gesamte Projektlaufzeit war für eine konsistente Positionierung des Beratungsangebots im betreffenden Marktsegment von maßgeblicher Bedeutung. Übergreifend für alle Informationsmaterialien wurde im Rahmen der inhaltlichen Konzeption darauf geachtet, einen einfachen Zugang zu bieten. Die Verwendung einer diversen Bildsprache zielte darauf ab, der heterogenen Zielgruppe ein hohes Maß an Identifikation zu ermöglichen. Hierfür wurde daher anders als ursprünglich geplant, eine professionelle Fotokampagne beauftragt, um authentische und arbeitsalltagsnahe Bilder zu erhalten. Die Bilder konnten auch einem anderen rehapro Modellvorhaben zur Verfügung gestellt werden.





Die Bewerbung und Implementierung über die einzelnen Zugangswege waren, bedingt durch die Corona-Pandemie, deutlich erschwert. Eine Vielzahl als effektiv bewerteter werblicher Maßnahmen konnte nicht im vorgesehenen Umfang genutzt werden. Der Fokus der Maßnahmen lag daher zunächst vorrangig auf der gezielten Ansprache durch persönliche Mailings wie Newsletter, Telefonakquise, Online-Events, Maßnahmen auf der Website und in den sozialen Medien. Mit dem allmählichen Rückgang pandemiebedingter Einschränkungen wurde jedoch zuvor ausgesetzte Maßnahmen wieder aufgegriffen.

Der Zugangsweg Betrieb wurde gewählt, um über diesen Kanal den direkten Weg zu den Mitarbeitenden zu finden. Dieser war jedoch in besonderem Maße von den erschwerenden Rahmenbedingungen der Corona Pandemie betroffen gewesen. Viele Betriebe haben sich verhalten gezeigt und waren schwer zu überzeugen, auf die entsprechenden Angebote einzugehen. Viele Betriebe, insbesondere kleine und mittelständische Unternehmen standen vor existenziellen Herausforderungen, die es nur schwer ermöglicht haben, auf gesundheitsfördernde Angebote wie Blaufeuer einzugehen. Es wurde jedoch deutlich, dass der Wunsch nach einem persönlichen Austausch, Vortrag etc. grundsätzlich vorhanden war, jedoch zu diesem Zeitpunkt nicht realisiert werden konnte. Erst im weiteren Projektverlauf konnten die Aktivitäten in den Betrieben ausgebaut werden, das Angebot Blaufeuer konnte interessierten Betrieben vor Ort bzw. über Veranstaltungen der Verbände und Kammern vorgestellt werden.

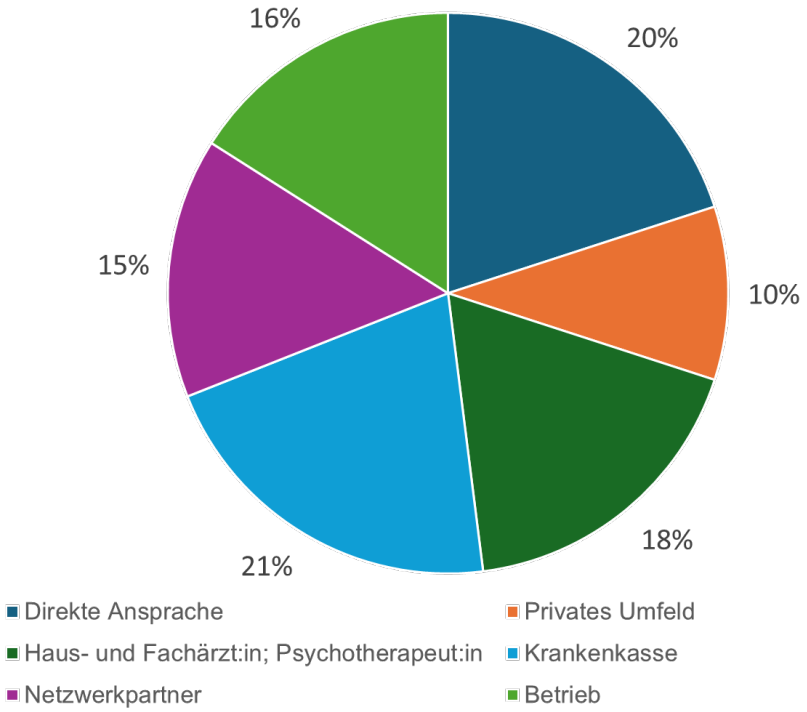
Neben den betrieblichen Akquisetätigkeiten wurden die Kontakte zu den interessierten gesetzlichen Krankenkassen intensiviert und mehrere Workshops durchgeführt, um die konkrete Zusammenarbeit im Projekt abzustimmen. Folgende Krankenkassen bewarben das Angebot Blaufeuer ab dem Start der Beratung im Oktober 2020 bei ihren Versicherten: DAK-Gesundheit, Techniker Krankenkasse, Barmer, HKK, Vdek, AOK Nordost, AOK Bayern, AOK Rheinland und die KKH. Mit den extra für die Krankenkassen erstellten Whitepapers wurden die Krankengeld-Fallmanager:innen im Vorfeld unterrichtet, um geeignete Versicherte zu identifizieren und über das neue Angebot zu informieren. Einigen Krankenkassenteams stellten die Blaufeuer-Lots:innen in den Regionen das Angebot persönlich oder im Online-Format vor.

Die Schulungen für die Hausärzt:innen bzw. Psychotherapeut:innen zum Blaufeuer-Angebot in den Modellregionen wurden von der Uniklinik Würzburg entwickelt und gemeinsam mit den Blaufeuer-Lots:innen im Online-Format umgesetzt. Insgesamt wurden 4 Schulungen von Hausärzt:innen, 3 Schulungen für Psychotherapeut:innen sowie 1 Schulung für Betriebsärzt:innen angeboten. Der Zugangsweg über die Hausärzt:innen stellte sich als sehr aufwendig für das Projekt heraus, die Teilnehmendenzahlen an den Schulungen blieben trotz hohem Aufwand für die Akquise gering und nur wenige Hausärzt:innen informierten ihre Patient:innen über Blaufeuer. Mehr Resonanz konnte über die Schulungen der Psychotherapeut:innen sowie der Betriebsärzt:innen für das Projekt generiert werden, da bei dieser Multiplikator:innengruppe das Angebot mehr Interesse weckte.

Darüber hinaus wurden im Projekt eine Kooperation mit der Depressionsliga aufgebaut, die das Angebot im Rahmen ihrer Aktivitäten als Selbsthilfe beworben und unterstützt hat.

Für die Bewerbung und Akquise wurden im Projektverlauf eigene Kanäle auf den Plattformen Twitter, LinkedIn und Instagram eröffnet. Es stellte sich früh im Projektverlauf heraus, dass die Präsenz auf Twitter nicht geeignet ist, da hier ein hoher Bedarf an Bezügen zu tagesaktuellen Geschehnissen erforderlich war, der nicht gewährleistet werden konnte. Das vermeidlich situative und kurzweilige Marketinginstrument erfordert insgesamt einen deutlich höheren Ressourceneinsatz als zu Projektbeginn eingeschätzt wurde.

Obgleich die dargelegten Herausforderungen zu berücksichtigen sind, erwies sich die Auswahl der Zugangswege sowie die bereits erwähnte Erweiterung durch die Netzwerkpartner:innen und die direkte Ansprache als sinnvoll. Alle Zugangswege, einschließlich informeller Empfehlungen aus dem privaten Umfeld, wurden angenommen, wobei über den gesamten Projektzeitraum gesehen 21% der Anfragen über die Krankenkassen, 20% über die direkte Ansprache, 18% über Haus-, Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen, 16% über den Betrieb, 15% über Netzwerkpartner:innen erfolgten. Hierbei ist zu beachten, dass die Anteile im Zeitverlauf schwanken.



Die regionale Betrachtung der Anfragenentwicklung über die Zeit zeigt teils sprunghafte Anstiege der Nachfrage, sodass hierüber näherungsweise auf den Erfolg der Marketingaktivitäten rückgeschlossen werden kann. Gleichzeitig ist eine direkte Berechnung der Wirksamkeit einzelner Marketingmaßnahmen nicht möglich, da sowohl zeitliche Verzögerungen als auch Umwege bei der Bekanntmachung z. B. über Weiterempfehlungen durch Multiplikator:innen oder Peers keine eindeutige Zuordnung zulassen.

Die Auswertungen zeigen allerdings auch erhebliche Streuverluste in der Zielgruppenansprache trotz expliziter Hinweise in den eingesetzten Kommunikationsmaterialien. Etwa ein Drittel der eingegangenen Anfragen stammt von Personen, die nicht den im Projekt definierten Zielgruppenkriterien entsprechen, deren Bereitschaft zur Teilnahme an der wissenschaftlichen Evaluation nicht vorhanden war oder die aufgrund eines akuten Aufnahmestopps in den Beratungsstellen wegen Überlastung nicht beraten werden konnten. Der Vergleich zwischen Implementierungs- und Bewährungsphase zeigt darüber hinaus, dass regionale Unterschiede und standortspezifische Besonderheiten phasenübergreifend bestehen bleiben und somit eine kontinuierliche Relevanz für die strategische Öffentlichkeitsarbeit und Marketingaktivitäten besitzen.

Die Evaluation hat auch ergeben, dass insbesondere Unterschiede im Zugang über Betriebe und über die medizinische Versorgung festgestellt werden konnten. Teilnehmenden, die über einen beruflichen Kontext zu Blaufeuer kamen, wiesen die im Vergleich höchste Arbeitsfähigkeit und geringste psychische Belastung auf. Bei der Unterscheidung ist jedoch zu berücksichtigen, dass sich die subjektive Arbeitsfähigkeit bzw. die psychische Belastung bei allen Gruppen auf einem niedrigen bzw. hohen Niveau befand und die Unterschiede eher gering ausfielen. Die anderen Zugangswege waren bei beiden Belastungsgruppen ähnlich ausgeprägt. Mit Blick auf die verschiedenen Zugangswege waren angesichts der Altersverteilungen keine Unterschiede ersichtlich.

2.2 Zielgruppe

Insgesamt wurden die drei Beratungsstellen im Zeitraum vom 01.10.2020 bis 30.06.2024 von 2.853 Interessierten angefragt, wovon 1.720 Personen in das Projekt einmündeten, so dass die geplante Fallzahl von 1.650 erreicht werden konnte. Bei ca. 29% der Teilnehmenden war ein einziger Blaufeuer-Beratungstermin zur Lösung ihrer Probleme ausreichend (Kurz-Beratung). Die Teilnehmenden in der summativen Evaluation waren zu zwei Drittel weiblich, das Durchschnittsalter lag bei 46 Jahren. Während in der formativen Evaluation die Geschlechtsunterschiede zwischen den Standorten

differierten, fielen die Unterschiede in der summativen Evaluation hingegen weniger ausgeprägt aus. Allgemein ist der Beschäftigungsanteil von Frauen geringer als der von Männern. Daraus könnte man schlussfolgern, dass Männer zum Teil durch Blaufeuer weniger gut erreicht werden als Frauen. Allerdings könnte der Geschlechtsunterschied auch damit zusammenhängen, dass Frauen häufiger von affektiven Störungen und Angsterkrankungen betroffen sind als Männer. Insofern könnte die Verteilung der Blaufeuer-Teilnehmenden auch die Verteilung psychischer Belastungen in der Allgemeinbevölkerung widerspiegeln.

Die Teilnehmenden verfügten in der Regel über eine qualifizierte Schul- und Berufsausbildung mit hohen akademischen Anteilen. Der Großteil war in Vollzeit tätig und befand sich in einem Angestelltenverhältnis. Damit ist im Vergleich zur erwerbstätigen Allgemeinbevölkerung der Anteil an Personen mit einer höheren Qualifikation unter den Teilnehmenden übermäßig repräsentiert.

Soziodemografie	**N = 674**
Geschlecht	
Weiblich	66,6 %
Männlich	32,8 %
Divers	0,6%
Alter (M, SD)	46,1 (10,77)
Ausbildung	
Keine / andere	2,8 %
Lehre/Ausbildung	32,2 %
Meister	13,0 %
Hochschule	50,7 %
Anders	1,2 %
Vollzeit [Prozent]	66,0 %
Arbeitsverhältnis [Prozent]	
Arbeiter:in	6,9 %
Angestellt	88,1 %
Sonstig	5,0 %

Die Blaufeuer-Teilnehmenden berichteten von hohen depressiven, ängstlichen und körperlichen Belastungssymptomen. Die psychische Lebensqualität war deutlich reduziert. Neben der eingeschränkten psychischen Gesundheit wurde auch die Arbeitsfähigkeit als gering beschrieben. Rund die Hälfte der Teilnehmenden war zu Beginn der Beratung krankgeschrieben. Etwa ein Drittel der Teilnehmenden nahm vor Blaufeuer noch kein Versorgungsangebot in Anspruch, während die vorherige Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Behandlung von einem ähnlich hohen Anteil berichtet wurde. In der Vergangenheit hatten bereits 15% an einer medizinischen Rehabilitation teilgenommen.

1: Psychische Gesundheit

Symptomatik	M	Std	n
Depressive Symptomatik PHQ-9	14,25	5,36	647
Angstsymptomatik GAD-2	3,82	1,66	669
Belastung/Distress PHQ-4	7,52	2,94	660
Somatische Symptome SSS-8	13,65	5,99	659
Gesundheitsbezogene Lebensqualität SF-12 Psych	28,59	8,16	633
Gesundheitsbezogene Lebensqualität SF-12 Körp	45,62	10,10	633

2: Arbeitsfähigkeit

Symptomatik	M	Std	n
Subjektive Arbeitsfähigkeit WA	3,8	2,14	657
Work Ability Score WAS	3,5	2,47	664
Subjektive Erwerbsprognose SPE	1,3	0,99	653

Die Mehrheit der Blaufeuer-Teilnehmenden benannte Überforderung (73,4%) als den für sie zutreffenden Problembereich in Beruf und Arbeit. Weiterhin gaben 63,7% der vorliegenden Stichprobe Konflikte und Unzufriedenheit mit Vorgesetzten als Problembereich an. Häufig wurde bei den Blaufeuer-Teilnehmenden der fehlende Handlungsspielraum (48,3%), fehlende Weiterbildungs- und Aufstiegsmöglichkeiten (44,1%), Konflikte und Unzufriedenheit mit Kollegen (42,5), fehlende Identifikation mit der beruflichen Tätigkeit (40,6%) sowie Unzufriedenheit mit den Rahmenbedingungen (39,9%) angegeben. Von den zehn erfragten Problembereichen wurde in der vorliegenden Stichprobe berufliche Unterforderung am wenigsten häufig zugestimmt (19,8%).

Insgesamt zeichnete sich das Bild von heterogenen Problemlagen ab, die sich individuell unterschiedlich darstellen und sehr häufig Überforderung sowie Unzufriedenheit und Konflikte mit Vorgesetzen beinhalten, aber nicht nur durch diese bestimmt werden. Die beschriebenen Merkmalsausprägungen sind mit den Teilnehmenden der formativen Evaluation vergleichbar.

Von den Personen, die eine Kurzberatung erhalten haben, waren rund zwei Drittel weiblich, der Altersdurchschnitt lag bei 48 Jahren. Sie wiesen eine bessere subjektive Arbeitsfähigkeit und eine geringere Ausprägung depressiver Symptome auf als die Blaufeuer-Teilnehmenden der formativen und

summativen Evaluation. Der Altersdurchschnitt war bei Personen in der Kurzberatung etwas höher ausgeprägt, während die Geschlechterverteilung vergleichbar ausfiel. Im Anbetracht der unterschiedlichen Zugangswege wurde deutlich, dass sich die prozentualen Anteile der Zugangswege bei den Personen mit Kurzberatung bzw. Infogespräch denen der formativen und summativen Evaluation ähnelten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die angestrebte Zielgruppe der Menschen mit psychischen Belastungen, mit der Öffentlichkeitskampagne über alle Zugangswege erreicht werden konnte.

2.3 Beratungs- und Begleitungsangebot

Ein weiteres Ziel des Projektes war es ein institutionenunabhängiges und überbetriebliches Beratungs- und Begleitungsangebot für die oben genannte Zielgruppe zu entwickeln. Dieses sollte eine umfassende und anforderungsorientierte Bedarfsfeststellung, die Entwicklung eines ZHPs und damit verbunden die Einleitung bedarfsbezogener Maßnahmen beinhalten. Im Projekt sollte für 80% der rekrutierten Fälle ein abgestimmter ZHP erarbeitet werden.

Während der Entwicklungs- und Implementierungsphase im Modellprojekt wurde daher ein Handlungsmanual für die Blaufeuer-Lots:innen erstellt, um ein einheitliches, überregionales Vorgehen in der Blaufeuer-Beratung sicher zu stellen. Damit einhergehend wurde das am Fallmanagement orientierte Vorgehen nach den Richtlinien der DGCC e.V. in der Blaufeuer-Beratung vorgegeben und detailliert beschrieben. Hierzu gehörte u. a. die individuelle, bedarfsorientierte und ganzheitliche Anamnese zu Beginn der Beratung mit der Klärung der persönlichen Problemlage und einer umfassenden Handlungsplanung für geeignete Maßnahmen zur Zielerreichung. Da die Blaufeuer-Lots:innen mehrheitlich keine zertifizierten Fallmanager:innen waren, wurde im Projekt eine Schulung zur Vorgehensweise im Case- and Caremanagement von DGCC-zertifizierten Trainerinnen angeboten. Darüber hinaus absolvierten die Berater:innen eine Weiterbildung in Motivational Interviewing, dessen Inhalte, Instrumente und Arbeitsmethoden ebenfalls Eingang in das Handlungsmanual fanden.

Als Instrument für die Anamnese stand den Blaufeuer-Berater:innen für Teilnehmende mit gesundheitlichen, noch nicht diagnostizierten bzw. behandelten psychischen Problemen ein „Kurz-Assessment“ in einer kooperierenden Reha-Einrichtung in der jeweiligen Region zur Verfügung. Die Teilnahme beruhte auf Freiwilligkeit und beinhaltete eine ca. 4-stündige, umfassende ärztliche und sozialmedizinische Diagnostik. Für die Teilnahme am Kurz-Assessment erhielten die Blaufeuer-Klient:innen von den Berater:innen einen Voucher als Kostenzusage. Die Einrichtungen verpflichteten sich, innerhalb von ca. 3 Wochen nach Kontaktaufnahme durch die/den Betroffenen den Assessment-Termin anzubieten. Die aus dem Kurz-Assessment resultierenden ärztlichen Empfehlungen wurden in einem vorab mit den Einrichtungen und der Projektleitung abgestimmten Ergebnisbericht festgehalten und dieser den Teilnehmenden ca. 1 Woche nach dem Assessment zugesandt. Der Ergebnisbericht wurde in der Regel von den Teilnehmenden in die Blaufeuer-Beratung einbezogen und die Empfehlungen der Kurz-Assessments mündeten in die weitere Blaufeuer-Beratung und den ZHP ein.

Insgesamt wurden in der Projektlaufzeit 129 Kurz-Assessments durchgeführt, von denen 13 in Nürnberg, 47 in Berlin und 69 in Köln stattfanden. Die Ergebnisse der durchgeführten Kurz-Assessments wurden von den Teilnehmenden sowie den Berater:innen mehrheitlich als hilfreich für die weitere Bedarfsplanung angesehen.

Für 97% der Teilnehmenden der summativen Evaluation wurde ein ZHP dokumentiert. Fast alle Teilnehmenden (85,2%) gaben ein bildungsspezifisches bzw. berufliches Ziel an, während etwa drei Viertel (75,6%) Ziele im Bereich Gesundheit und Prävention formulierten. Mehr als ein Drittel (38,9%) hatten Ziele, die ihre aktuelle Lebenssituation betrafen. Sonstige Ziele wurden nur von sehr wenigen (2,7%) Teilnehmenden berichtet. Das deutet darauf hin, dass in der Blaufeuer-Beratung Anliegen bearbeitet werden, die der Grundidee der Beratung entsprechen.

Die Prozessevaluation zeigt, dass das Beratungs- und Begleitungsangebot trotz Anfangsschwierigkeiten (v.a. durch die COVID-19 Pandemie verursacht) wie geplant umgesetzt werden konnte. Der spezifische Einfluss der COVID-19-Pandemie kann in der Evaluation nicht isoliert betrachtet werden. Sie stellte einen zusätzlich Einflussfaktor auf die beobachtete psychische Beeinträchtigung und eingeschränkte Arbeitsfähigkeit dar. Es ergaben sich jedoch keine Hinweise, dass die grundlegenden

Problemstellungen ohne Pandemiegeschehen systematisch anders gegeben sind. COVID-19 ist ein Faktor neben vielen anderen Belastungsfaktoren für die psychische Gesundheit. Im Fokus von Blaufeuer stehen jedoch weniger die Ursachen der psychischen Beeinträchtigungen als vielmehr die Auswirkungen und Problemfolgen für Arbeit und Beruf.

Im Durchschnitt nahmen die Klient:innen 7 Beratungsgespräche in Anspruch und die Inanspruchnahme des Angebotes dauerte durchschnittlich 8 Monate. Zwischen den drei Standorten fanden sich diesbezüglich keine relevanten Unterschiede. Mit Blick auf die einzelnen Belastungsgruppen wurde deutlich, dass insbesondere die schwer belasteten Blaufeuer-Teilnehmenden die Beratung über einen längeren Zeitraum in Anspruch nahmen, was allerdings nicht mit einem Mehr an Beratungsgesprächen verbunden war. Die Anzahl der Beratungsgespräche fiel bei beiden Gruppen vergleichbar aus. Probleme im Rahmen der Beratung und Begleitung wurden bei einem geringen Anteil der Beratungsfälle (< 5%) dokumentiert. Diese bezogen sich auf die Erreichbarkeit, die geforderte Beratungsdichte- bzw. Intensität, die verbale Kontrolle seitens der Teilnehmenden und die Wartezeiten auf andere Maßnahmen. Zusätzliche Probleme traten im Zuge von mangelnder Veränderungs- und Mitwirkungsbereitschaft und der Termineinhaltung auf.

Eine weitere Grundidee in Blaufeuer ist die Nutzung der vielfältigen Möglichkeiten, die das Versorgungssystem bereits bereithält. In 54% aller gemeinsam mit den Klient:innen erarbeiteten Handlungsschritte wurde vereinbart, Angebote des Versorgungssystems zur Zielerreichung zu verwenden. Das spricht dafür, dass Angebote anderer Institutionen konsequent in den Blick genommen wurden und die Vermittlung und Begleitung neben der Beratung eine wichtige Rolle in Blaufeuer einnimmt. Während bei beruflichen Zielen (46%) und Zielen der psychischen Gesundheit (53%) etwa die Hälfte der Handlungsschritte andere Akteure einbezieht, ist auffällig, dass es im Bereich des (sozialen) Umfelds 59% und bei der körperlichen Gesundheit sogar 72% sind. Anliegen, die die Grundidee der Beratung nur mittelbar in den Blick nehmen, werden also besonders häufig zu entsprechend kompetenten Versorgungsangeboten vermittelt. Am häufigsten (89,2%) fanden Vermittlungen an Netzwerkpartner:innen statt. Mehr als die Hälfte der Klient:innen (58,6%) wurde in eine psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung weitervermittelt. Für einen geringen Anteil wurde eine Empfehlung/Vermittlung für allgemeinmedizinische Behandlungen und betriebliche Unterstützungsangebote dokumentiert. Einschränkend muss erwähnt werden, dass nicht strukturiert erfasst wurde, welche Angebote von den Teilnehmenden im Anschluss an die Beratung tatsächlich in Anspruch genommen wurden.

Es lässt sich feststellen, dass durch die intensive Zusammenarbeit der Blaufeuer-Teams mit anderen (psycho-) sozialen Angeboten in der Region passende Angebote identifiziert, Hemmungen bei den Betroffenen abgebaut und ein unkomplizierter Zugang in die vorhandene Versorgungsstruktur gewährleistet werden konnte.

Was die Verbesserung der definierten Zielgrößen betrifft, so wurden fünf von sechs Indikatoren zur psychischen Gesundheit zu den Folgebeobachtungen jeweils besser beurteilt als zu Beginn. Die mittleren Indikatorwerte zur depressiven Symptomatik (PHQ-9), Angstsymptomatik (GAD-2), psychischen Belastung (PHQ-4) und Körpersymptomen (SSS-8) waren zu allen Folgezeitpunkten niedriger ausgeprägt und erreichten nicht mehr die Höhe des Ausgangswerts (Referenzlinie). Die gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF12) - psychische Gesundheit war an allen Folgezeitpunkten weniger eingeschränkt und wies höhere durchschnittliche Indikatorwerte gegenüber dem Ausgangsniveau auf. Für die körperliche Gesundheit hingegen zeigte sich zu den Folgeerhebungen durchgängig das Niveau des Ausgangswerts.

Die Arbeitsfähigkeit (WA und WAS) war an allen Folgezeitpunkten durchschnittlich höher ausgeprägt als zu Beginn. Das Risiko für die Einschränkung der Teilhabe am Erwerbsleben (SPE) war durchgängig gegenüber dem Ausgangswert geringer.

Die deutlichsten Veränderungen fanden in den ersten drei Monaten statt, aber auch anschließend fand sich eine kontinuierliche Verbesserung über die Zeit. Die Prä-Post-Effekte bis 18 Monate lagen in fast allen Outcomes im mittleren bis hohen Bereich. Verschlechterungen konnten über die Zeit nicht beobachtet werden.

Allerdings gelten viele Teilnehmende auch 12-18 Monate nach Beratungsbeginn weiterhin als psychisch belastet. Dies deutet darauf hin, dass Blaufeuer keine therapeutische Maßnahme darstellt, sondern ein Unterstützungsangebot, um Hilfe für psychisch beeinträchtigte Erwerbstätige anzustoßen, zu koordinieren und bei Bedarf zu begleiten.

Gleiches gilt für die Arbeitsfähigkeit. Die Werte in den Indikatoren zeigen zu Beginn eine geringe Arbeitsfähigkeit und nach 3, 6, 9, 12 und 18 Monaten eine demgegenüber verbesserte Arbeitsfähigkeit ebenso wie ein verringertes Risiko für eine eingeschränkte Teilhabe am Erwerbsleben an. Die Indikatoren liegen jedoch weiterhin mit Mittelwerten außerhalb des Bereichs, der üblicherweise bei Befragungen von Gesunden berichtet.

Letzteres könnte darauf hindeuten, dass mit Blaufeuer eine Personengruppe erreicht wird, die ein erhöhtes Risiko für chronifizierte Verläufe und Frühberentungen aufweist, also der allgemeinen Zielgruppe des Bundesprogramms rehapro entspricht. Ob durch Blaufeuer tatsächlich das Risiko für Erwerbsminderungsrenten reduziert wird, wäre jedoch nur durch Studien mit erheblich längerem Nachbeobachtungszeitraum zu überprüfen.

Es zeigten sich im Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe nach dem Propensity Score Matching statistisch signifikante kleine Effekte bezüglich Depressivität, Angst und Somatisierung. In der psychischen Lebensqualität, in der subjektiven Erwerbsprognose und der subjektiven Arbeitsfähigkeit konnte kein statistisch signifikanter Effekt aufgezeigt werden. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass Blaufeuer-Teilnehmende im Vergleich zur eingesetzten Kontrollgruppe als stärker belastet und weniger arbeitsfähig anzusehen sind. Damit ist davon auszugehen, dass die statistische Wirksamkeitsanalyse eher konservative Effektschätzungen lieferte und eher die Untergrenze erreichbarer Effekte abbildet. Die Prä-Post-Effekte fallen in der Gesamtstichprobe der Interventionsgruppe deutlich höher aus als in der Kontrollgruppe bzw. in der Gruppe derjenigen Teilnehmenden der Interventionsgruppe, die in die Propensity Score Matching-Analysen einbezogen wurden. Dies kann teilweise auf Regression zur Mitte zurückgeführt werden, könnte aber auch auf einen (plausiblen) differentiellen Effekt der Maßnahme in Abhängigkeit der Ausgangsbelastung hinweisen. Die letztliche Prüfung dieser Frage war im Projekt nicht möglich, da in der Kontrollgruppe zu wenig Teilnehmende mit schwerer Belastung rekrutiert werden konnten und folglich die schwerer belasteten Teilnehmenden der Interventionsgruppe nicht in die Wirksamkeitsanalyse einbezogen wurden.

Die Auswertungen im Rahmen der qualitativen Evaluation machen deutlich, was die Blaufeuer-Beratung auszeichnet und inwieweit sie sich von anderen Beratungsangeboten unterscheidet. Die Teilnehmenden fühlten sich bei der Kontaktaufnahme mit den Blaufeuer-Lots:innen mehrheitlich hilf- und ratlos. Sie benötigten Unterstützung vor allem in den folgenden Bereichen:

- Teilhabe an Erwerbsarbeit sowie Lösung von Arbeitsplatz bedingten Problemen
- Linderung psychischer Beschwerden und Gesundheitsförderung
- Bürokratische und psychische Unterstützung bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen nach SGB VI

Die häufig komplexe Problematik der Klient:innen, die sowohl die berufliche Erwerbsfähigkeit als auch die Gesundheit und alltagspraktische Lebenstüchtigkeit gefährdet, beinhaltete eine Kombination von beruflichen, psychischen und alltagsbiografischen Herausforderungen wie Stress oder Konflikte am Arbeitsplatz, Einschränkungen durch chronische Erkrankungen oder Belastungssituationen im privaten Lebensalltag. Gerade diese vulnerable Ausgangssituation vieler Klient:innen erforderte eine intensiver(e) und individualisierte Beratungs- und Begleitungsleistung der Lots:innen.

Aus Sicht der Klient:innen zeigte sich, dass die Blaufeuer-Beratung als unterstützend wahrgenommen wurde aufgrund der folgenden vier ressourcenaktivierenden Effekte:

- emotionale Bestärkung und problemlösungsorientierte Unterstützung,
- Strukturierung des Lebensalltags und kontinuierliche Begleitung,
- Regulierung und Aktivierung,
- Vertrauen und Wertschätzung.

Emotionale Bestärkung und problemlösungsorientierte Unterstützung

Die Klient:innen erhielten von den Lots:innen einerseits einen emotionalen Rückhalt und andererseits eine lösungsorientierte Unterstützung bei anstehenden Alltagsaufgaben. Die Möglichkeit, die Lots:innen bei Bedarf in Anspruch nehmen können, und die kontinuierliche Begleitung von bis zu

einem Jahr gab ihnen Sicherheit. Exemplarisch ist die Einschätzung von Frau Klippe[4] als einer Blaufeuer-Teilnehmenden:

„Ja, genau ein Jahr ist es jetzt her, es war toll, also es war richtig gut. Ich brauche immer jemanden der hinter mir steht, der mir Sicherheit gibt, um zu funktionieren."

Neben der emotionalen Bestärkung empfanden die Klient:innen als hilfreich, dass die Lots:innen praktisch bei Aufgaben halfen – etwa beim Ausfüllen von Anträgen und bei der Vorbereitung von Behördengängen. Ein Großteil des Fallmanagements beinhaltete Informationen und Hinweise zu Hilfsangeboten verschiedenster Art.

Strukturierung des Lebensalltags und kontinuierliche Begleitung

Die Klient:innen empfanden die gemeinsamen Termine als strukturgebend. Eine Blaufeuer-Klientin, Frau Wolke, berichtet:

„Und das finde ich super, also so etwas Regelmäßiges zu erhalten. Finde ich super, also das ist für mich eine total super Methode."

Neben der Strukturierung des Lebensalltags bot Blaufeuer den Klient:innen Hilfestellungen bei der inhaltlichen Strukturierung ihrer individuellen Probleme und Bedarfe. Gemeinsam mit den Lots:innen wurden die relevanten Aspekte sortiert und konkrete Lösungsschritte sondiert, priorisiert und deren Umsetzung kleinschrittig geplant.

Regulierung und Aktivierung

Die Lots:innen wurden von den Klient:innen über die gesamte Beratungszeit als präsent erlebt. Sie hakten immer wieder nach und motivierten. Dies wurde als Dranbleiben und Aktivierung verstanden. Mit den Worten von Frau Klippe:

„Also so ein bisschen, dass einer mal doch ein bisschen pikst, ist gar nicht verkehrt. […] Ja, das ist ja gerade das Wichtige. Ich glaube Menschen in meiner Situation bringt das nichts, wenn einem alles abgenommen wird".

Es wurde auch deutlich, dass bei Blaufeuer individuell vorhandene Ressourcen, Stärken und Fähigkeiten aufgegriffen bzw. aktiviert wurden. Diese Form der Aktivierung schilderten einige Klient:innen als Reflexionsimpulse und Denkanstöße, die sie durch die Lots:innen erhalten hatten. Stellvertretend sei Frau Wolke zitiert.

"Wir haben uns darauf geeinigt, dass es eine Art reflexives Gespräch wird – also gar keine Beratung zu speziellen Sachen, sondern wir tatsächlich erstmal ein offenes Gespräch führen, wie es mir so geht, was ich erlebt habe, was meine Kernpunkte sind."

Das aktivierende Einwirken beinhaltet gegebenenfalls auch ein „Ausbremsen" der Teilnehmenden. Eine solche Regulierungsfunktion von außen kann bei einer hyperaktiven Veranlagung (bzw. Episode) durchaus angebracht sein. Etwa bei Frau Blitz:

„Also [die] Fallmanagerin musste mich immer ausbremsen, weil ich am liebsten gleich wieder [loslegen wollte], obwohl ich halt einfach echt nicht arbeitsfähig gewesen wäre."

[4] Namen wurden im Folgenden anonymisiert.

Als eine Aktivierung, in der sich die Teilnehmenden verstärkt selbst einbringen, schildern andere Teilnehmende Reflexionsimpulse und Denkanstöße, die sie durch die Fallmanager:innen erhalten haben. Frau *Wolke* berichtete, dass ihr im Gespräch mit der Fallmanagerin ihre Kernthematiken gespiegelt wurden, die für sie relevant waren:

„Da haben wir uns darauf geeinigt, dass es eine Art reflexives Gespräch wird – also gar nicht so Beratung zu speziellen Sachen, sondern tatsächlich wir erstmal das als offenes Gespräch führen, wie es mir so geht, was ich erlebt habe, was meine Kernpunkte sind."

Bemerkenswert an dieser Selbstauskunft von Frau *Wolke* ist, dass das hier freigesetzte Aktivierungspotential von ihr genutzt werden konnte, sich stärker auf sich selbst zu konzentrieren, herauszufinden, „*was meine Kernpunkte sind*". Durch das Aufzeigen und gemeinsame reflektieren der Thematiken kam es für die Interviewte stellenweise zu Perspektivwechsel, durch die sie lernte, ihre Probleme selbst anders zu sehen und Problemlösestrategien zu mobilisieren.

Vertrauen und Wertschätzung

Zwei weitere ressourcenaktivierende Effekte bei Blaufeuer-Klient:innen lassen sich am Vertrauen und an der Wertschätzung festmachen, die ihnen von den Lotsinnen entgegengebracht wurden. Selbst dann, wenn es Klient:innen sehr schlecht ging, fühlten sie sich angenommen. Sie wussten, auch in solchen Situationen gilt der Grundsatz "Come as You are". So führt Frau Mühe aus:

„Aber so persönlich für mich und dass es auch vertraulich war, und ich saß da auch total fertig und so, war ok, saß da mit Jogginghose genau und auch dieses Vertrauliche".

Wie Frau Mühe fühlten sich auch andere Klient:innen verstanden und akzeptiert:

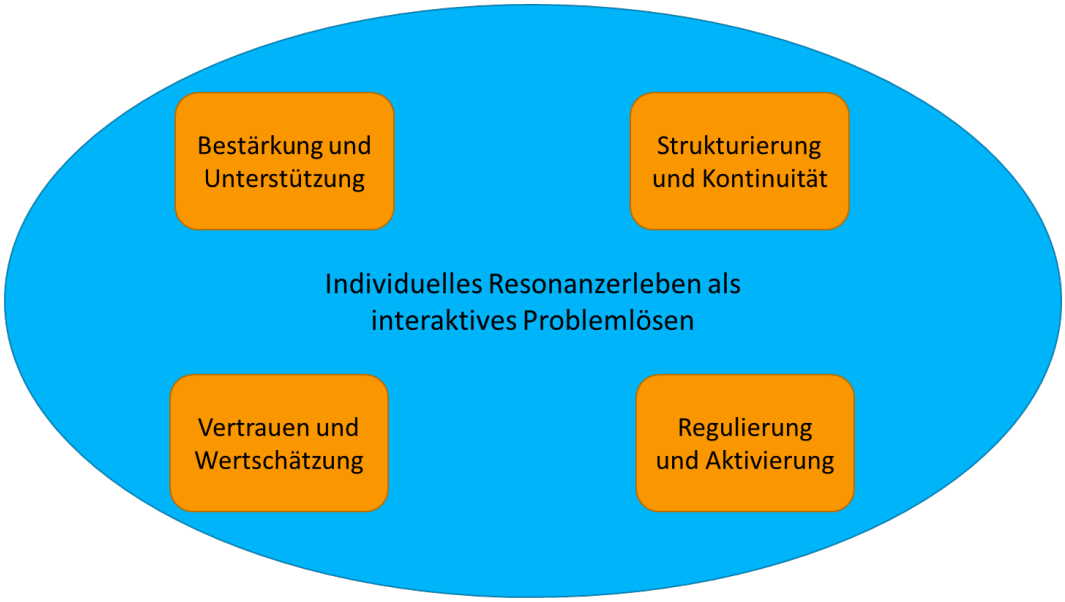
„Ich hatte das Gefühl, als würden wir uns schon ganz lange kennen, also so eine Art Vertrautheit und nur Themen, die ich auch erzählen möchte" (Frau Klippe).

Zusammenfassend lässt sich das Blaufeuer-Angebot als ein von Lots:in und Klient:in gemeinsam gestalteter Aushandlungsprozess des interaktiven Problemlösens beschreiben, der an den individuellen Bedürfnissen und Ressourcen der Klient:innen ansetzt. Die Hilfesuchenden machten die Erfahrung, dass ihr Gegenüber sich situativ auf sie einstellt, Freiräume lässt, aber auch je nach situativem Bedarf reguliert, nachhakt oder aktiviert.

Aus den qualitativen Interviews ist ein subjektiv erlebter Wirkeffekt bei den Klient:innen rekonstruierbar, der sich als inneres Resonanzerleben beschreiben lässt. Sie fühlten sich durch die Lots:in akzeptiert, wertgeschätzt und gestärkt. Durch die sichere Arbeitsbeziehung während der Beratung wurde ihr Selbstwirksamkeitsempfinden und ihre Handlungsfähigkeit angeregt.

Exemplarisch für dieses individuelle Resonanzerleben steht Frau Mühe.

„Mit der Beraterin habe ich auch, also wir konnten auch gut rausklamüsern, was kann ich zum Beispiel auch in der Arbeit selbst etwas tun, indem ich das und das ändere, wie zum Beispiel dieses Verhandeln".



Zudem wurden sie gezielt zu Netzwerkpartner:innen von regionalen psychosozialen und sonstigen Unterstützungsangeboten gelotst, mit denen Blaufeuer kooperierte.

Mit Blick auf die Projektziele lässt sich insgesamt feststellen, dass die gewünschte Zielgruppe erreicht und die geplante Teilnehmendenzahl realisiert werden konnte. Die Zugangswege konnten unter Berücksichtigung der Corona-Bedingungen erfolgreich etabliert werden. Es zeigen sich kontinuierlich über den ganzen Zeitraum hinweg Verbesserungen in allen relevanten Outcomes. Die Prä-Post-Verlaufsdaten zeigen hohe Veränderungen in den relevanten Zielgrößen an. Die Größe des kausalen Effekts an diesen Veränderungen bleibt teilweise unklar, da im Wirksamkeitsvergleich nur Teilnehmende der Interventionsgruppe einbezogen werden konnten, die weniger belastet waren und eine bessere Arbeitsfähigkeit aufwiesen als die Gesamtgruppe der Blaufeuer-Klient:innen. Mit der Blaufeuer Beratung ist es gelungen, der vulnerablen Gruppe der psychisch belasteten Erwerbstätigen über die Verbindung von Beratung und Begleitung sowie Vermittlung und Koordination einen Rahmen zu schaffen, indem durch emotionale Bestärkung, pragmatische Lösungsansätze, Aktivierung, Strukturierung und Nachhalten individuelle Strategien zur Bewältigung erarbeitet werden konnten. Auch wenn der kausale Effekt der Maßnahme nur zu einem Teil geklärt werden konnte, scheint Blaufeuer erfolgreich eine Vermittlungslücke für psychisch belastete Personen mit assoziierter Arbeitsplatzproblematik zu füllen.

3 Erkenntnisse zu den innovativen (Teil-)Ansätzen und deren Wirkungen

3.1 Zugangswege und Ansprache

Auf Basis der Projektergebnisse kann konstatiert werden, dass die Auswahl der Zugangswege zielführend ist. Jedoch muss die Form der Ansprache je nach Zugangsweg spezifisch gewählt werden und erfordert damit unterschiedlich viele Ressourcen.

So war die Ansprache von Hausärzt:innen und Psychotherapeut:innen mit hohem organisatorischen Aufwand verbunden, erzielte jedoch eine fachkreisinterne Sichtbarkeit und punktuelle Vermittlungserfolge. Angesichts teils geringer Teilnehmerzahlen ist für zukünftige Maßnahmen eine sorgfältige Abwägung von Aufwand und Nutzen sowie der ergänzende Einsatz alternativer Ansprechformen empfehlenswert.

Für den Zugangsweg über Netzwerkpartner:innen zeigte sich, dass der persönliche Kontakt von großer Bedeutung für die Zusammenarbeit im Rahmen des Projekts ist. An dieser Stelle waren die räumliche Nähe und die regionale Verantwortung dieses Zugangsweges von maßgeblicher Bedeutung. Der Aufbau eines neuen Netzwerkes bedarf eines umfangreichen Ressourceneinsatzes: potenzielle Partner mussten eruiert, kontaktiert und entstehende Kontakte gepflegt werden. Jedoch wird diese Arbeit bedingt durch die multiplizierende Reichweite als lohnenswert erachtet. Die Verwertung von Informationsmaterial in eignen Medien oder auf Veranstaltungen hatte sich als besonders erfolgreich herausgestellt. Für öffentlichkeitswirksame Maßnahmen wird empfohlen, insbesondere die Ansprache regionaler Netzwerke zu intensivieren. Um das Interesse der Netzwerkpartner:innen zu wecken, wird es als sinnvoll erachtet, die Materialien entsprechend der spezifischen Bedürfnisse und Mehrwerte anzupassen. Es hat sich bewährt, diese nicht nur als Multiplikator:innen einzubinden, sondern auch für die gezielte Weitervermittlung von Klient:innen in bestehende Unterstützungsstrukturen zu nutzen. Der persönliche Kontakt, beispielsweise durch Informationsveranstaltungen schafft Nähe und reduziert Hemmschwellen zur Inanspruchnahme des Angebots. Inhalte können passgenau auf die jeweilige Zielgruppe abgestimmt und Rückfragen direkt geklärt werden. Die direkte Ansprache fördert kurzfristige Reaktionen und eine unmittelbare Weiterleitung oder Anmeldung. Informationsmaterialien (wie beispielsweise Whitepaper, Flyer oder Postkarten) bieten eine dauerhafte analoge Präsenz des Beratungsangebots und lassen sich unkompliziert mitnehmen oder weitergeben.

Die Auswertung der Nachfrageentwicklung zeigt, dass auch die direkte Ansprache der Klient:innen über Zeitung, Radio, Fernsehen, Plakatwerbung wirksam ist. Sie ist allerdings in der Regel mit hohen Kosten und höherer Streubreite verbunden, die die Zielgenauigkeit der Ansprache reduziert, gleichzeitig jedoch positive Effekte mit Blick auf das Thema Entstigmatisierung mit sich bringt.

Da die Krankenkassen zum überwiegenden Teil vom hohen Nutzen des Angebots für ihre Versicherten überzeugt waren, beteiligten sie sich rege an der Bewerbung des Angebots Blaufeuer bei ihren Versicherten, wobei jede Kasse eine unterschiedliche Ansprache wählte und selbst nach internen Standards festlegte, welche Versicherten angesprochen werden. Einige Kassen wählten die Ansprache per Anschreiben, andere wiesen auf das Angebot im persönlichen oder telefonischen Gespräch mit den Versicherten hin.

Für den Zugangsweg Betrieb zeigte sich, dass der Ressourceneinsatz als vergleichsweise gering zu bewerten ist, wenn die Möglichkeit besteht, Kammern und Verbände zu nutzen. Durch die Organisation der Betriebe in Kammern und Verbänden, können zahlreiche Betriebe und damit tausende von potenziellen Klient:innen grundsätzlich über einen „Verteiler“ informiert werden. Erforderliche Informationsmails können generisch vorformuliert werden, um bei Leser:innen Interesse an Thema und Angebot zu wecken. In der Praxis hat sich die Zusammenarbeit mit Kammern und Verbänden diesbezüglich jedoch nicht als selbstverständlich gezeigt und kann von Region zu Region variieren. Es ist zu empfehlen, standortübergreifende Routinen zur Nachverfolgung zu entwickeln, um auf signalisiertes Interesse reagieren und persönliche Kontakte pflegen und nutzen zu können. Um die Erfolgschancen weiter zu erhöhen, sollten zuvor die verantwortenden Bereiche wie BGM, BEM, Schwerbehindertenvertretungen, Betriebsräte, Personalräte, Mitarbeitendenvertretungen als direkte Ansprechpartner:innen den geschäftsführenden Personen vorgezogen werden.

Mit Blick auf die Nutzung von Social Media wurde für den Betrieb der Kanäle LinkedIn als Plattform zur Pflege von Businesskontakten und Instagram als audiovisuelle Plattform für Endverbraucher:innen deutlich, dass es zweier differenzierter Content-Strategien und deren Pflege bedarf. Da Zielgruppe, Zielsetzung und Interessen der entsprechenden User:innen sehr unterschiedlich sind, müssen die Inhalte (Text, Bild, Video) entsprechend separat gestaltet werden. Zur Vorbereitung der Inhalte sind neben den durch die zentrale Öffentlichkeitsarbeit autark generierten Inhalten die Abstimmung von Inhalten mit Lots:innen und andere Projektpartner:innen erforderlich. Angesichts des gewandelten Informationsverhaltens stellt Social-Media heute in nahezu allen Lebensbereichen eine zentrale, zielgruppenübergreifende Informationsquelle dar. So wird es als lohnenswert für die Markenbekanntheit von Blaufeuer erachtet, geeignete Social-Media Kanäle professionell aufzusetzen und als Unternehmensaccounts sichtbar zu machen. Voraussetzung dafür ist, dass an jedem Standort mindestens eine Mitarbeiterin grundlegende Kompetenzen im Bereich Social-Media mitbringt und durch Einblicke in die Arbeit vor Ort, das Platzieren relevanter Themen die kommunikativen Ziele innerhalb der Öffentlichkeitsarbeit im Projekt zielgerichtet unterstützt.

3.2 Strategische Öffentlichkeitsarbeit

Es zeigt sich für die strategische Öffentlichkeitsarbeit eine kontinuierliche Notwendigkeit zur standortspezifischen Anpassung der Kommunikationsstrategien. Eine standardisierte Herangehensweise allein reicht nicht aus; vielmehr ist ein flexibler, multimodaler Ansatz erforderlich, der regionale Gegebenheiten und Zielgruppencharakteristika gleichermaßen berücksichtigt. Im Projekt wurde die Notwendigkeit einer Differenzierung der Öffentlichkeitsarbeit in zentrale und dezentrale Verantwortungsbereiche deutlich. Die zentrale Steuerung der strategischen Kommunikationsarbeit durch das iqpr für eine einheitliche Ansprache und Markenbildung im Sinne eines Wiedererkennungseffekt wurde durch standortspezifische Aktivitäten der Lots:innen ergänzt. Dies ermöglichte eine nähere Zielgruppenansprache und eine gezielte Information zu den Beratungsangeboten an den jeweiligen Standorten. Die zentrale Stelle für Öffentlichkeitsarbeit bot den Vorteil, einer einheitlichen Außendarstellung, einer professionellen Koordination überregionaler Maßnahmen sowie einer effektiven Bündelung von Ressourcen. Dies führte zu einer konsistenteren, wiedererkennbaren Außendarstellung über alle Standorte hinweg, stärkte das Vertrauen in das Angebot und erhöhte die Sichtbarkeit des Projekts in der Öffentlichkeit. Allerdings zieht diese Struktur mehr Abstimmungs- und Kommunikationsaufwand nach sich, so dass es entscheidend ist, effiziente Prozesse zu vereinbaren und Rollenklarheit zu schaffen. Für eine nachhaltige Verstetigung des Projekts ist auch eine differenzierte Betrachtung der Ressourcenallokation erforderlich. Dabei sind zwei wesentliche Szenarien zu unterscheiden:

Erschließung neuer Regionen

Die Einführung eines neuen Standortes in bislang unerschlossenen Regionen erfordert eine initial besonders intensive Implementierung der Öffentlichkeitsarbeit, die personell, zeitlich und finanziell mit einem erheblichen Ressourceneinsatz verbunden ist. Da in diesen Regionen weder Bekanntheit noch Vertrauen in das Angebot vorausgesetzt werden können, muss die Wahrnehmung der Zielgruppen erst aufgebaut und nachhaltig gestärkt werden. Öffentlichkeitsarbeit übernimmt in diesem Kontext eine zentrale Funktion: Sie schafft Sichtbarkeit, vermittelt Relevanz und trägt zur Etablierung des Angebots im lokalen Bewusstsein bei.

Aufrechterhaltung und Pflege bestehender Regionen

Hier liegt der Fokus auf der Verstetigung und Optimierung etablierter Kommunikationsstrukturen. Diese Unterscheidung bildet eine wesentliche Grundlage für eine gezielte und effiziente Ressourcennutzung.

3.3 Erreichte Zielgruppe

Was die Zielgruppe selbst betrifft, so wird Blaufeuer, wie vorgesehen, von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen und erheblichen Problemen in Arbeit und Beruf in Anspruch genommen. Dies

zeigt sich in allen Phasen des Projekts, sowohl bei Teilnehmenden während der Erprobungs- als auch während der Bewährungsphase. Die Blaufeuer-Teilnehmenden berichteten von hohen psychischen Belastungssymptomen und die psychische Lebensqualität war deutlich reduziert. Die beruflichen und sozialmedizinischen Probleme spiegeln sich sowohl in der geringen subjektiven Arbeitsfähigkeit, der hohen AU-Quote und der hohen Anzahl an AU-Tagen sowie den subjektiv genannten Problembereichen wider. Allerdings machen die Forschungsergebnisse auch deutlich, dass bestimmte Personengruppen weniger präsent sind, so dass möglicherweise andere und spezifische Ansprache- und Zugangswege notwendig sind. Diese Befunde sind bei einer Weiterführung im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit einzubeziehen.

3.4 Umsetzbarkeit des Angebotes

Was den Anspruch der Frühzeitigkeit betrifft, wird deutlich, dass dies mit Blick auf einen bestehenden Arbeitsplatz gelingt. Es ist jedoch auch festzustellen, dass sich die subjektive Arbeitsfähigkeit bzw. die psychische Belastung bei den Teilnehmenden bereits auf einem niedrigen bzw. hohen Niveau befand. Auch die vorherige Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Behandlung von ca. einem Drittel der befragten Teilnehmenden sowie das Ergebnis, dass 15% der Teilnehmenden bereits in der Vergangenheit eine medizinische Rehabilitation erhalten hat, ist bei der Bewertung einzubeziehen. Es macht deutlich, dass es notwendig ist, das Verständnis von Frühzeitigkeit aus Sicht der Rentenversicherung zu schärfen und ggf. die Einschlusskriterien für das Angebot anzupassen bzw. die Zugangswege, nicht nur nach dem Aufwand-Nutzen-Verhältnis, sondern auch mit Blick auf die Frühzeitigkeit differenzierter zu bewerten und auszuwählen.

Die Projektergebnisse machen deutlich, dass das konzeptionierte Beratungs- und Begleitungsangebot an allen 3 Standorten umsetzbar war und mit Blick auf die Zielgrößen positive Veränderungen im Prä-Post Vergleich erreicht werden konnten. Mit Blaufeuer konnte für Erwerbstätige die individuelle psychische Belastung verringert, die Lebensqualität gesteigert und der Verbleib im Erwerbsleben gesichert werden. Die hohen durchschnittlichen Belastungswerte bei Einschluss in die Maßnahme sind nach sechs Monaten deutlich reduziert und haben sich über den weiteren Verlauf nach 9, 12 und 18 Monaten weiter reduziert. Dies gilt sowohl für Indikatoren der psychischen Beeinträchtigung als auch für die subjektive Arbeitsfähigkeit. Die Ergebnisse der summativen Evaluation decken sich mit den Erkenntnissen der formativen Evaluation.

Die Evaluation der Wirksamkeit zeigt dagegen, wie schon beschrieben, ein uneinheitliches Bild. Die Teilnehmenden, die eine Kurzberatung in Anspruch genommen haben, haben in der Regel an der Begleitstudie nicht teilnehmen wollen. Für diesen Personenkreis, der 30% im Projekt ausmachte, können daher aktuell nur wenige Aussagen getroffen werden.

Mit Beginn der Bewährungsphase wurden die Rahmenbedingungen von Blaufeuer angepasst. Während in der Implementierungsphase nur der Zeitraum (12 Monate + 6 Monate Nachbetreuung), nicht aber die Anzahl der Beratungsgespräche festgelegt war, wurde die Anzahl der Beratungsgespräche in der Bewährungsphase auf in der Regel 12 Beratungsgespräche in 12 Monaten beschränkt. Die Analysen der tatsächlich in Anspruch genommenen Beratungsgespräche zeigen, dass im Mittel 6,8 Beratungsgespräche in Anspruch genommen wurden, mit nur geringen Unterschieden zwischen den drei Standorten. Dies macht zum einen deutlich, dass bei vielen Teilnehmenden eine relativ geringe Anzahl an Beratungsgesprächen ausreichend ist, um die vereinbarten Ziele zu erreichen. Ebenso unterschieden sich die Ergebnisverläufe in den relevanten Outcomes zwischen der formativen und der summativen Evaluation nicht. Auf Grundlage dieser Daten hat die vorgenommene Begrenzung der Anzahl der Beratungsgespräche in der Bewährungsphase zu keinem Qualitätsverlust des Blaufeuer-Angebots geführt. Zum anderen zeigt die Standardabweichung von immerhin 3,5 Sitzungen aber auch, dass die Anzahl der in Anspruch genommenen Sitzungen erkennbar zwischen den Teilnehmenden variiert. Dies ist bei einer Weiterführung des Angebotes zu berücksichtigen. Darüber hinaus ergibt die Analyse, dass die Anzahl der in Anspruch genommenen Sitzungen ebenso wie die Dauer und weitere Indikatoren der Kontaktdichte, unabhängig von der psychischen Belastung zu Beginn der Blaufeuer-Beratung ist. Ob andere Faktoren diese Varianz erklären können, müssen zukünftige Analysen zeigen.

Insgesamt lässt sich daher sagen, dass der bisher gesetzte Beratungsrahmen den Bedarf ausreichend deckt. Bei einer Weiterführung müssen die Parameter jedoch weiter im Blick behalten und ggf. angepasst werden, da sie die Wirtschaftlichkeit des Angebotes maßgeblich beeinflussen.

Die qualitative Evaluation der Blaufeuer-Beratung zeigt, dass das Angebot als Leistung für psychisch belastete Arbeitnehmer:innen einen eigenständigen Stellenwert innerhalb der Versorgungslandschaft einnimmt. Das Angebot wird institutionsunabhängig und klient:innenzentriert wahrgenommen und ermöglicht dadurch eine neutrale und stigma-sensitive Unterstützung, die über punktuelle Beratungsleistungen hinausgeht und langfristige Veränderungsprozesse bei den Klient:innen fördert. Es zeigt sich, dass die Fallmanager:innen durch die Kombination von sozialtherapeutischen, sozialarbeiterischen und Coaching-Elemente sowohl tiefere psychische Belastungsdynamiken als auch konkrete Alltagsprobleme adressieren.

Ein weiteres Merkmal von Blaufeuer ist die niedrigschwellige Zugänglichkeit des Angebots. Gerade das Fehlen von Zugangshürden und die Offenheit schaffen ein Gefühl der Akzeptanz und ermöglicht es den Hilfesuchenden, ihre Anliegen in ihrem eigenen Referenzrahmen zu klären. Die Fallmanager:innen strukturieren diffuse Anliegen und bieten Unterstützung in verschiedenen Bereichen, wie der Bewältigung des Alltags und der Linderung psychischer Beschwerden. Blaufeuer fungiert als Schnittstelle im Versorgungssystem, indem es die Bedarfe der Teilnehmenden unvoreingenommen mit den verfügbaren Angeboten abgleicht und sie bei der Inanspruchnahme von Leistungen begleitet. Diese integrative Herangehensweise - Kombination von psychosozialer Beratung mit alltagspraktischer Unterstützung - fördert so die Rückkehr der Teilnehmenden in die Erwerbsarbeit sowie deren Wohlbefinden und Gesundheit.

3.5 Kurz-Assessment und Ziel- und Handlungsplan

Die Ergebnisse zum Kurz-Assessment als innovative Leistungen zeigen, dass dieser Teil der Anamnese und Bedarfserhebung bei einer kleinen Zahl von Klient:innen, und damit weniger als geplant, zum Einsatz kam. Die Ergebnisse der durchgeführten Kurz-Assessments wurden von den Teilnehmenden sowie den Berater:innen mehrheitlich als hilfreich für die weitere Bedarfsplanung angesehen. Aufgrund sehr unterschiedlicher regionaler und organisatorischer Strukturen in den Regionen war die Zusammenarbeit allerdings nicht an jedem Standort durchgehend zufriedenstellend und das Assessment konnte nicht an allen Standorten kontinuierlich angeboten werden. Insgesamt zeigt sich, dass die für das Kurz-Assessment notwendigen Strukturen und Prozesse nicht flächendeckend in einem angemessenen Kosten-Nutzen-Verhältnis zur Verfügung gestellt werden können, so dass eine Routinefähigkeit auf Basis der Projektergebnisse nicht gegeben ist.

Was den ZHP betrifft, so ist dieser primär als Instrument zur Beratungssteuerung konzipiert worden und dient nur sekundär zur Dokumentation des Beratungsgeschehens. Dass mit 97% aller Klient:innen in der summativen Evaluation ein ZHP vereinbart wurde, deutet auf den hohen Nutzwert in der Beratung hin. Die in der Konzeptbeschreibung ursprünglich angestrebte Quote wird sogar übertroffen. Ein Grund für die sehr häufige Nutzung könnte darin liegen, dass ein ZHP innerhalb eines klaren Rahmens, jedoch angepasst an die individuell unterschiedlichen Lebenssituationen, befüllt werden kann, was sich in den unterschiedlichen Formulierungen widerspiegelt. Es finden sich sowohl eher abstrakt formulierte Ziele wie die „Verbesserung der Gesundheit“ als auch konkreter formulierte Ziele, wie z. B. „Stabilisierung der Gesundheit nach Klinikaufenthalt“. Ebenso werden teilweise eher vage Handlungsschritte wie die „Pflege von sozialen Kontakten“ sowie konkreterer Handlungsschritte formuliert wie z. B. „Ich initiiere eine BEM mit BEM-Beauftragten und Blaufeuer“.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass

- die proaktive und frühzeitige Kontaktansprache der geplanten Zielgruppe mit der gewählten Öffentlichkeitsarbeit funktioniert
- das entwickelte Blaufeuer-Angebot als Beratungs-, Begleitungs- und Vermittlungsangebot erfolgreich etabliert werden konnte und positive Wirkungsaspekte aufweist,
- sich der ZHP als strukturierendes Planungsinstrument und der gesetzte Beratungsrahmen bewährt haben, und
- das Kurz-Assessment inhaltlich sinnvoll die Bedarfsfeststellung unterstützt, aber organisatorisch nicht wirtschaftlich umgesetzt werden kann.

Eine Weiterführung des Blaufeuer-Angebotes kann daher auf Basis der Projektergebnisse empfohlen werden.

4 Verstetigung vor Ort

4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung

Für die Überlegung zu Verstetigungsoptionen sind maßgeblich die gesetzliche Grundlage und die Finanzierungsmöglichkeiten zu betrachten. Das Modellvorhaben Blaufeuer wurde im Rahmen der Bundesinitiative rehapro auf Basis von § 11 SGB IX Förderung von Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation durchgeführt. Für die Verstetigung von Blaufeuer als Routineangebot bildet § 11 SGB IX keine rechtliche Grundlage mehr. Blaufeuer ist zum einen im Sinne von Prävention vor Reha vor Rente als frühzeitiges Angebot konzipiert, das durch Beratung, Begleitung und passende Vermittlung in bestehende Versorgungsangebote eine Einschränkung und Minderung der Erwerbsfähigkeit verhindern will. Es könnte daher als Präventionsleistung der Rentenversicherung verstanden werden. Nach § 14 SGB VI werden Präventionsleistungen der Rentenversicherung als medizinische Leistungen beschrieben. Die Anwendung von § 14 SGB VI in seiner aktuellen Ausgestaltung kommt daher für das Angebot Blaufeuer als rechtliche Grundlage ebenfalls nicht in Frage. § 31 SGB VI regelt die sonstigen Leistungen der Rentenversicherung. Gemäß § 31 Abs. 1 SGB VI können die Rentenversicherungsträger Leistungen zur Eingliederung von Versicherten in das Erwerbsleben erbringen, die von den Leistungen nach den §§ 14, 15, 15a, 16 und 17 sowie den ergänzenden Leistungen nach § 64 des Neunten Buches nicht umfasst sind. Voraussetzung hierfür ist, dass die persönlichen (§ 10 SGB VI) und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (§ 11 SGB VI) erfüllt sind (§ 31 Abs. 2 SGB VI). Da es sich bei Blaufeuer um ein Angebot handelt, dass frühzeitig ansetzt, wenn noch ein Arbeitsplatz vorhanden ist und die Personen psychischen Belastungen erleben bzw. zwar schon eine psychische Diagnose aufweisen, aber die Erwerbsfähigkeit noch nicht erheblich gefährdet oder gemindert ist, kommt § 31 Abs. 1 SGB VI in seiner jetzigen Ausgestaltung auch nicht zum Tragen. Das SGB VI bietet daher aktuell keine gesetzliche Grundlage, um Blaufeuer als Leistung der Rentenversicherung regelhaft anbieten zu können. Diese müsste geschaffen werden, um auch Beratungs- und Begleitungsleistungen als nicht medizinische Leistungen erbringen zu können, die proaktiv und frühzeitig ansetzen, um die Erwerbsfähigkeit zu erhalten. Hierbei wäre auch festzulegen, ob Blaufeuer grundsätzlich selbst durch die Deutsche Rentenversicherung oder durch Dritte erbracht werden kann.

Was die nachhaltige Finanzierung des Angebotes betrifft, sind verschiedenen Optionen denkbar. Neben den Kosten für die Beratung müssen auch die Kosten für die Öffentlichkeitsarbeit und Qualitätssicherung mitberücksichtigt werden. Darüber hinaus sind bei der Entscheidung über die Finanzierung auch die Kernelemente des Angebotes wie proaktive und frühzeitige Ansprache von erwerbstätigen Personen sowie Überbetrieblichkeit und Institutionenunabhängigkeit einzubeziehen.

Es wäre grundsätzlich möglich, dass das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, ggf. in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Gesundheit, eine Strukturförderung für Beratungsstellen für Menschen mit psychischen Belastungen ermöglicht. Damit wären Überbetrieblichkeit und Institutionenunabhängigkeit aber auch eine proaktive und frühzeitige Ansprache realisierbar.

Alternativ bestände die Möglichkeit, dass Unternehmen das Beratungsangebot für ihre Mitarbeitenden finanzieren, mit dem Ziel die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ihrer Fachkräfte langfristig abzusichern. Der frühzeitigen und proaktiven Ansprache wäre damit Rechnung getragen. Außerbetrieblichkeit und Institutionenunabhängigkeit sind über diesen Finanzierungsweg nicht abgebildet. Die Rückmeldungen der Teilnehmenden im Projekt zeigen, dass die Unabhängigkeit des Angebotes und der damit geschützte Rahmen gegenüber dem beruflichen Umfeld als wichtiges Kriterium für die Inanspruchnahme genannt wurde. Darüber hinaus wurde im Projekt deutlich, dass Konflikte am Arbeitsplatz sowie negativ wahrgenommene berufliche Faktoren ein relevantes Themenfeld sind, die nur durch eine Instanz, die unabhängig vom Betrieb berät und begleitet, bearbeitet werden können.

Eine weitere Option wäre, dass die Rentenversicherung Blaufeuer finanziert. Hierzu wäre, wie bereits oben beschrieben, ein klarer, gesetzlicher Auftrag erforderlich. Ebenso denkbar wäre es, eine Finanzierung durch die Krankenkassen zu überprüfen. Hierbei muss jedoch bedacht werden, dass die Leistungsträger des SGB V nicht von der rehapro Bundesinitiative umfasst waren.

Im Projekt war die Öffentlichkeitsarbeit zentral gesteuert und auf einen einheitlichen Auftritt ausgerichtet, der durch die Beratungsstellen in den Regionen gegenüber den regionalen Partnern transportiert werden sollte. Es wurden gemeinsame Produkte wie Flyer, Whitepaper, Informations-

Poster, Website, Roll-up-Banner, Give-Aways, Imagefilme, Social-Media-Kanäle (Twitter, Instagram, LinkedIn), Präsentationen (u.a. für Fachvorträge, Betriebsinformationsveranstaltungen), Interviewleitfaden für Podcast und Interviews, die mit den regionalen Besonderheiten ergänzt werden, entwickelt und genutzt. Ziel des Vorgehens war es, eine „Marke Blaufeuer“ zu schaffen, die einen Wiedererkennungswert liefert. Gemeinsam wurden Kampagnen (Zeitung, Rundfunk, Fernsehen) und Veranstaltungen (Kongresse, Arbeitgeber, Kammern) in den einzelnen Regionen geplant.

Es hat sich gezeigt, dass Öffentlichkeitsarbeit für das Anwerben der Zielgruppe, insbesondere in der Aufbauphase unabdingbar und von zentraler Bedeutung ist. Obgleich der Bedarf der Bevölkerung an psychosozialen Beratungsangeboten aufgrund von Belastungen am Arbeitsplatz in hohem Maße vorhanden ist, führt dieser nicht ohne zielgerichtete Aktivitäten und Maßnahmen zur konkreten Nachfrage. Gleichzeitig wurde deutlich, dass es nach wie vor erforderlich ist, durch öffentlichkeitswirksame Maßnahmen auf die Entstigmatisierung von psychischen Belastungen hinzuwirken. Kooperationen mit Selbsthilfeverbänden wie der Deutschen Depressionsliga haben sich im Projekt bewährt, um dies zu unterstützen und auf das Angebot aufmerksam zu machen.

Zudem wurde im Projekt deutlich, dass der Ansatz der zentralen Steuerung einen professionellen Auftritt durch Standardisierung unterstützt. Er stellt sicher, dass das Angebot als eigenständiges Produkt platziert werden kann und damit die Unabhängigkeit und Niedrigschwelligkeit unterstützt wird. Zudem können über die zentrale Öffentlichkeitsarbeit Synergien entstehen (z.B. Umsetzung von Ideen und erfolgreicher Vorgehensweisen einer Region in den anderen Regionen, Nutzung gemeinsamer Produkte). Nachteil der Vorgehensweise ist der höhere Abstimmungsaufwand durch das Spannungsfeld von regionenspezifischen Anforderungen und Standardisierungserfordernissen.

Im Fall einer Verstetigung muss überlegt werden, ob die zentrale Steuerung der Öffentlichkeitsarbeit weiter fortgeführt werden kann und wenn ja, durch wen, oder ob das Angebot ausschließlich dezentral über die einzelnen Leistungserbringer beworben wird. Die Vor- und Nachteile des jeweiligen Vorgehens sind abzuwägen. Zudem muss entschieden werden, ob einzelne Zugänge fokussiert und ausgebaut werden sollen. Hierbei muss eine Aufwand-Nutzen-Abschätzung erfolgen und berücksichtigt werden, welche Zugänge ein regionales Vorgehen erfordern und welche Zugänge standardisiert angesprochen werden können und mit welchem Ansatz der Frühzeitigkeit und Niedrigschwelligkeit am besten Rechnung getragen werden kann.

Ein Konzept zur Öffentlichkeitsarbeit muss entwickelt werden, welches diese Entscheidungen und Vorgehensweisen bündelt. Das Konzept muss in das Rahmenkonzept und bei Überlegungen zur Finanzierung mit einfließen.

4.2 Verstetigung im eigenen Jobcenter/Rentenversicherungsträger

Die Deutsche Rentenversicherung Bund ist auf Basis der bisher vorliegenden Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung zu dem Schluss gekommen, dass das Angebot Blaufeuer eine wichtige Möglichkeit schafft, Menschen mit psychischen Belastungen, die noch über einen Arbeitsplatz verfügen, frühzeitig anzusprechen, ihnen einen Zugang ins Versorgungssystem zu bahnen und über niedrigschwellige Unterstützungs- und Vermittlungsleistung im Sozialraum rechtzeitig Hilfe anzubieten. Damit trägt Blaufeuer dem Anspruch der Deutschen Rentenversicherung Rechnung, die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern.

Im Rahmen einer Übergangsphase von 05/2025 bis 12/2026 wird Blaufeuer an den drei bestehenden Standorten weiter fortgeführt und den Versicherten der Deutschen Rentenversicherung Bund, Nordbayern, Berlin Brandenburg, Rheinland und Knappschaft-Bahn-See angeboten. Die drei im Modellprojekt beteiligten Berufsförderungswerke haben ebenfalls ihre Bereitschaft erklärt, Blaufeuer bis Ende 2026 weiter anzubieten.

Ziel der Übergangsphase ist es, die aufgebauten Strukturen und Kompetenzen zu erhalten. Darüber hinaus soll die Übergangsphase genutzt werden, um zum einen zu beobachten, wie sich das Angebot außerhalb der Projekt- und Förderbedingungen entwickelt und zum anderen die mit dem Beratungsangebot verbundenen Prozesse, die sich aus einer Überführung in die Routine ergeben, zu bewerten

und ggf. anzupassen. Darüber hinaus ist es erforderlich, eine nachhaltige gesetzliche Verankerung in die Wege zu leiten und ein tragfähiges Finanzierungskonzept zu erarbeiten.

Zur Weiterführung von Blaufeuer als befristetes Modellprojekt wurde eine Vereinbarung zwischen den BFW und der DRV Bund geschlossen, welche auch die Basis für die Kooperationsvereinbarung mit den anderen RV-Trägern bildete. Abgerechnet wird das Angebot Blaufeuer in der Transferphase nicht wie im Modellprojekt als Standortfinanzierung, sondern nach einem ausgehandelten Stundensatz für jede Blaufeuer-Beratungsstunde.

Für die Umsetzung der Blaufeuer-Beratung ab dem 01.05.25 an den drei vorhandenen Standorten wurde ein Rahmenkonzept erarbeitet, welches die benötigten Strukturen sowie das Vorgehen für die Blaufeuer-Beratung festlegt. Das Konzept bildet die Basis für das in der kommenden Transferphase zu entwickelnde Verstetigungskonzept für den Ausbau des Angebots als bundesweite Leistung. Darin werden Überlegungen zur Umsetzung von Blaufeuer in strukturarmen und/oder ländlichen Regionen eine wichtige Rolle spielen.

Das Angebot des Kurz-Assessments wird in der Transferphase ab dem 01.05.25 an keinem der drei Blaufeuer-Standorte angeboten, da es sich bereits im Modellprojekt gezeigt hat, dass die Versorgungsstrukturen mit geeigneten Einrichtungen nicht flächendeckend gegeben sind und das Kosten-Nutzen-Verhältnis nicht positiv bewertet werden konnte.

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung

Eine Übertragbarkeit auf andere Regionen scheint auf Basis der Projektergebnisse grundsätzlich möglich. Allerdings muss hierfür, zusätzlich zu den oben bereits benannten Handlungsfeldern, geprüft werden, ob eine geeignete Trägerstruktur vorhanden ist, die das Angebot mit entsprechendem Fachpersonal umsetzen könnte. Eine weitere Herausforderung ist die Frage der Übertragbarkeit des Angebots auf ländliche, strukturärmere Regionen. Ein wesentlicher Bestandteil der Blaufeuer-Beratung ist das Vermitteln und Lotsen der Betroffenen in geeignete Versorgungsangebote in der Region, um die Ziele der Blaufeuer-Beratung zu erreichen. Sind diese Angebote nicht oder nicht in ausreichendem Maße vorhanden, könnte dies die Beratung erschweren. Als mögliche Lösung für diese Hindernisse werden Hilfs- und Beratungsangebote im Online-Format angedacht, die diese Lücken schließen könnten. Bei einer bundesweiten Übertragung stellt sich darüber hinaus die Frage, wie die proaktive Ansprache sinnvoll organisiert und die Öffentlichkeitsarbeit effizient ausgestaltet werden kann.

6 Anlagen

6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt

Übersichtskasten

Projekttitel	Die Gesundheits- und Arbeitspiloten: Systemisches Eingliederungs-management bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen
Akronym	SEMpsych
Zuwendungsempfänger	Deutsche Rentenversicherung Bund
Projektbeteiligte	Deutsche Rentenversicherung Rheinland
	Deutsche Rentenversicherung Nordbayern
	Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg
	Berufsförderungswerk Nürnberg
	Berufsförderungswerk Berlin-Brandenburg
	Berufsförderungswerk Köln
	Medical School Berlin
	Institut für Klinische Epidemiologie und Biometrie an der Universität Würzburg
	Abteilung für Medizinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Würzburg
Förderaufruf	Erster Förderaufruf
Projektzeitraum	01.11.2019 – 30.04.2025

6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis

Radiobeiträge und Podcasts

10. Oktober 2022: „Psychische Erkrankungen – Immer noch ein Stigma“ im SWR2 Radio

6. August 2022: „Stress im Job – Wenn Arbeit Krank macht in der Sendung „Campus und Karriere“ im Deutschlandradio

7. Juni 2022: „Problem am Arbeitsplatz? – Blaufeuer Hilft!“ im Mann was geht Podcast

23. Mai 2022: „Projekt Blaufeuer hilft bei Problemen am Arbeitsplatz“ im Radio Beitrag sowie auf der Website von Radio Köln 107,1

14. Februar 2022: „BLAUFEUER – Kompetente und kostenfreie Beratung für psychisch belastete Mit-arbeiter:innen“ im SemiCoolon Projekt Podcast – der MutMachPodcast

Zeitungsartikel

„Psychische Probleme im Job: „Blaufeuer“ weist den Weg“ erschienen am 12. Oktober 2023 in der Nürnberger Presse

„Psychisch belastet am Arbeitsplatz Berliner Projekt hilft Frührente zu verhindern“ erschienen am 7. September 2023 im Berliner Tagesspiegel

6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen

1. Leven, L., Schuler, M., Gerlich, C., Kemter, H. & Vogel, H. (2022). Das Blaufeuer-Beratungsangebot für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und beruflichen Belastungen. In: Stein, R. & Kranert, H.-W. (Hrsg.), Psychische Belastungen in der Erwerbsbiografie, interdisziplinäre Perspektiven. Reihe Teilhabe an Beruf und Arbeit, Band 4 (S. 223-231), Bielefeld, WBV-Publikation.
2. Leven, L., Schuler, M., Gerlich, C., Bilda, S., Pamperin, I. & Vogel, H. (2022). Blau-feuer – Der unabhängige Lotse bei psychischen Belastungen am Arbeitsplatz. In: Giesert, M., Reuter, T. & Liebrich, A. (Hrsg.). Mit psychischer Beeinträchtigung um-gehen (statt sie zu umgehen). Betriebliches Eingliederungsmanagement/BEM (S. 206-215). Hamburg, VSA-Verlag.
3. Gerlich, C., Leven, L., Pamperin, I., Vorsatz, N., Vogel, H. & Schuler, M. (2023). Ein „Blaufeuer“ für psychisch belastete Erwerbstätige – wird die Zielgruppe erreicht? In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). 32. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung, „Veränderungskultur fördern – Teilhabe stärken – Zukunft gestalten“, vom 20.-22. Februar 2023 in Hannover (S. 363-365). DRV-Schriften, Band 128 (Sonderausgabe der DRV).
4. Vogel, H., Schuler, M., Gerlich, C., Leven, L., Myrczik, L., Lieb, B., Mühlich, K., Pamperin, I., Vorsatz, N. & Krähnke, U. (2023). Projekt „Systemisches Eingliederungsmanagement bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen“ (SEMpsych) – die „Blaufeuer“-Intervention für Erwerbstätige mit psychischer Belastung: Zugangs-, Prozess- und Ergebnisevaluation. Gesundheitswesen, 85 (8-9), 793.
5. Schuler M., Vogel H., Leven L., Gerlich C., Myrczik J., Lieb B., Mühlich K., Pamperin I., Vorsatz N., Krähnke U. (2023). Projekt SEMpsych („Systemisches Eingliederungsmanagement bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen“): „Blaufeuer“ für Erwerbstätige mit psychischer Belastung: Zugangs-, Prozess- und Ergebnisevaluation. 22. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (4.10.-6.10., Berlin), Meeting Abstract 23dkvf486.
6. Leven, L., Schuler, M., Gerlich, C., Pamperin; I. & Vogel, H. (2024, im Druck). Das Rehapro-Modellprojekt SEMpsych: Ein fallmanagementbasiertes Beratungsangebot für psychisch beeinträchtigte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Psychosoziale und Medizinische Rehabilitation, 37 (1), 49-56.
7. Schuler, M., Gerlich, C., Leven, L., Pamperin, I., Vorsatz N. & Vogel, H. (2024). Die Maßnahme Blaufeuer für Erwerbstätige mit psychischer Belastung und gleichzeitiger Arbeitsplatzproblematik – Wird die Zielgruppe erreicht? Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 7: 806-814. Online first. doi:10.1007/s00103-024-03907-4
8. Schuler, M., Leven, L., Gerlich, C., Krähnke, U., Pamperin, I., Vorsatz, N. & Vogel, H. (2024). „Blaufeuer“ für psychisch belastete Erwerbstätige – Was geschieht und was verändert sich? 33. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium – Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung (18.-20.3.2024, Bremen). DRV-Schriften, 130, S. 345-347
9. Ucar, E., Schuler, M., Gerlich, C., Leven, L., Krähnke, U., Pamperin, I., Vorsatz, N. & Vogel, H. (2024). Wer nimmt an der Maßnahme Blaufeuer teil? – eine latente Profilanalyse der mitgeteilten Arbeitsplatzprobleme im RehaPro-Projekt SEMpsych. 33. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium – Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung (18.-20.3.2024, Bremen). DRV-Schriften, 130, S. 351-353.
10. Krähnke, U., Myrczik, J., Lieb, B., Mühlich, K., Weiß, C., Pamperin, I., Vorsatz, N., Vogel, H. & Schuler, M. (2024). Das Blaufeuer-Fallmanagement als professions-übergreifendes Versorgungsangebot für psychisch belastete Arbeitnehmer:innen. 33. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium – Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung (18.-20.3.2024, Bremen). DRV-Schriften, 130, S. 482-484.

11. Gerlich, C..,Myrczik, J., Ucar, E., Renz, S., Mühlich, K., Lieb, B. Vogel, H., Krähnke, U. & Schuler, M. (under Review). Arbeitsplatzprobleme und Handlungsmaximen bei Teilnehmern von Blaufeuer – eine Herausforderung für Mixed-Methods-Studien.
12. Renz, S., Myrczik, J., Gerlich, C., Lieb, B., Schuler, M., Pamperin, I., Vorsatz, N., Mühlich, K., Vogel, H. & Krähnke, U. (in press). Das Versorgungsangebot „Blau-feuer“. Frühzeitige Unterstützung bei psychischen Belastungen im Arbeitskontext. Welt der Gesundheitsversorgung 5. Ausgabe 2024

Vorträge ohne veröffentlichtes Abstract

1. Schuler, M. (2023). Systemisches Eingliederungsmanagement bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen – das Beratungsangebot Blaufeuer. Vortrag auf dem 15. Symposium des Netzwerks Rehabilitationsforschung in Bayern e.V. (NRFB), Bad Füssing
2. Schuler, M., Gerlich, C., Leven, L. & Vogel, H. (2023). Ein „Blaufeuer“ für Erwerbstätige mit psychischer Belastung: Zugangs-, Prozess- und Ergebnisevaluation (SEMpsych). Rehabilitationswissenschaftlichen Seminar (22.11.2023), Universität Würzburg.
3. Schuler, M., Leven, L., Renz, S., Vogel, H., Gerlich, C., Myrczik, J., Mühlich, K., Lieb, B. & Krähnke, U. (2024). Projekt „Systemisches Eingliederungsmanagement bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen“ (SEMPsych) Zugangs-, Prozess- und Ergebnisevaluation der Blaufeuer-Intervention. 2. Fach-konferenz der AG Programmevaluation für die wissenschaftliche Begleitungen im Bundesprogramm rehapro (14./15.3.2024), Universität Duisburg-Essen

Impressum

Herausgeber:
Bundesministerium für Arbeit und Soziales
11017 Berlin

Stand: September 2026

Hier abonnieren Sie die Newsletter des BMAS: www.bmas.de/newsletter

Service für hörbeeinträchtigte und gehörlose Menschen:

E-Mail: info.gehoerlos@bmas.bund.de
Gebärdentelefon: www.gebaerdentelefon.de/bmas

Satz/Layout: neues handeln AG
Fotos: Alle Fotos wurden vom Projekt zur Verfügung gestellt.

Wenn Sie aus dieser Publikation zitieren wollen, dann bitte mit genauer Angabe des Herausgebers, des Titels und des Stands der Veröffentlichung

Gefördert durch:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

rehapro

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages