ERGEBNISBAND

SEMRES

Steuern mit dem Rehakompass: Alle in einem Boot. Schnittstellenmanagement zur frühzeitigen Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs und rechtzeitigen Vermittlung in die Rehabilitation von Menschen mit Suchterkrankungen

Modellprojekt ▪ Bundesprogramm rehapro ▪ Erster Förderaufruf

Projektverantwortlich:
Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

Gefördert durch:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

rehapro

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Der vorliegende Ergebnisband stellt das Modellprojekt SEMRES 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 SEMRES 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 5
1.1 Ausgangslage 5
1.2 Inhalte 6
1.3 Ziele 9
1.4 Organisation/Beteiligte Akteure 10
1.5 Wissenschaftliche Begleitung 12
1.5.1 Quantitative Erhebungen 12
1.5.2 Qualitative Erhebungen 13

2 Ergebnisse des Modellprojekts 15
2.1 Quantitative Ergebnisse 15
2.1.1 Quasi-experimentelle Prä-Post-Erhebung mit Kontrollgruppenvergleich 15
2.1.2 Netzwerkbefragung 17
2.1.3 Quantitative Prozessevaluation 17
2.2 Qualitative Ergebnisse 20
2.2.1 Expert*innen-Interviews 20
2.2.2 Fokusgruppen 21
2.2.3 Problemzentrierte Interviews 22
2.2.4 Teilnehmende Beobachtung 22

3 Erkenntnisse zu den innovativen (Teil-)Ansätzen und deren Wirkungen 23

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

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung 27

6 Anlagen 30
6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt 30
6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis 30
6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen 30

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Auswirkungen eines späten und frühen Zugangs in die Rehabilitation 5

Abbildung 2: Netzwerkpartner*innen SEMRES-Projekt 11

Abbildung 3: Darstellung der Studienteile und des Studienablaufs 14

Abbildung 4: Anzahl Kontaktaufnahmen im Verlauf 18

Abbildung 5: Verbleib der Teilnehmenden über den Projektverlauf 18

Abbildung 6: Häufigkeiten der Vermittlungswege 19

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ablaufplan Tag 1 des Sucht-Rehakompass. 8

Tabelle 2: Ablaufplan Tag 2 des Sucht-Rehakompass. 9

Tabelle 3: Phasen des Projekts SEMRES (ursprünglich geplant und tatsächlich durchgeführt) 15

Tabelle 4: Anteil angetretener Rehabilitationen nach ausgewählten Zugangswegen 19

Tabelle 5: Zeiten zwischen den Prozessübergängen (in Tagen) 20

1 Darstellung des Modellprojekts

1.1 Ausgangslage

Seit dem Jahr 2009 ist ein kontinuierlicher Rückgang der Zahl beantragter Sucht-Rehabilitationen bei der Deutschen Rentenversicherung zu verzeichnen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2017). Dies steht in einem Widerspruch zur epidemiologischen Entwicklung: Der Anteil von Menschen mit substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankungen ist in der Bevölkerung im gleichen Zeitraum gestiegen (Kraus et al., 2017). Trotz eines gut ausgebauten Versorgungsnetzes besteht in Deutschland weiterhin eine deutliche Unterversorgung sowohl bei substanzgebundenen (Gomes de Matos, 2013) als auch bei stoffungebundenen Abhängigkeitserkrankungen (Erbas & Buchner, 2012).

Die Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen durch Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen erfolgt häufig erst sehr spät. Durchschnittlich vergehen mehr als zehn Jahre und mehrere Entgiftungsbehandlungen, bevor Betroffene eine qualifizierte medizinische Rehabilitation beginnen (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2017). Die Folgen dieses verzögerten Zugangs sind gravierend: Ein längerfristiger Substanzkonsum führt zu neurobiologischen Veränderungen, dysfunktionalen Kognitionen und Verhaltensmustern sowie zu schwerwiegenden sozialen und beruflichen Teilhabestörungen, die oft nur eingeschränkt reversibel sind (Stavro et al., 2013).

Abhängigkeitserkrankungen sind in besonderem Maße mit Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und der beruflichen Teilhabe assoziiert. Zum einen wirken sich substanzbezogene Störungen negativ auf die berufliche Leistungsfähigkeit aus, zum anderen stellen arbeitsbezogene Belastungen, Instabilität oder Erwerbslosigkeit selbst Risikofaktoren für die Entstehung oder Aufrechterhaltung von Abhängigkeitserkrankungen dar. So gilt problematischer Alkoholkonsum z.B. als einer der größten Risikofaktoren für Arbeitsplatzverlust, andersrum verstetigt sich der Konsum häufig im Kontext bereits bestehender Arbeitslosigkeit (Weissinger & Schneider, 2017).

Die nachstehende Abbildung 1 veranschaulicht die Auswirkungen eines späten und eines rechtzeitigen Zugangs in die Hilfen am Beispiel des Zugangs in die Rehabilitation:

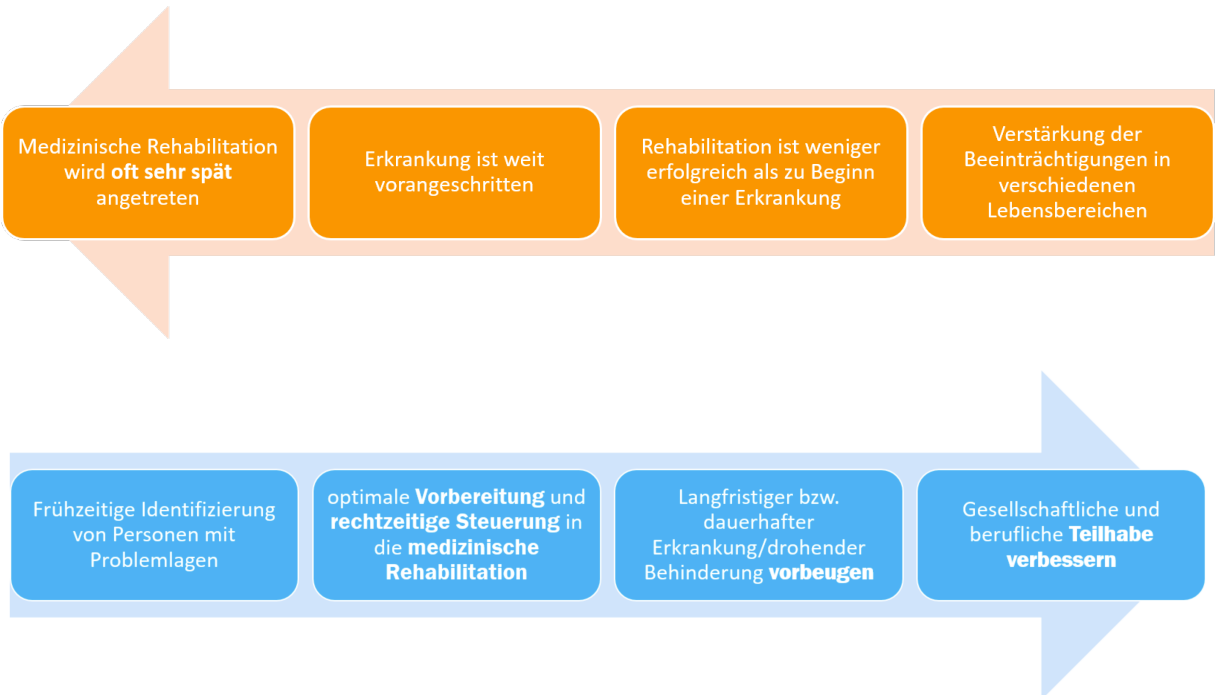


Abbildung 1: Auswirkungen eines späten und frühen Zugangs in die Rehabilitation

Vor diesem Hintergrund sind Maßnahmen von zentraler Bedeutung, die dazu beitragen, betroffene Personen frühzeitig zu identifizieren, anzusprechen und zur Inanspruchnahme einer Entwöhnungsbehandlung zu motivieren. Damit kann dem Risiko einer dauerhaften Erwerbsminderung entgegengewirkt und die Erwerbsfähigkeit langfristig stabilisiert werden.

Die gesundheitliche Lage von erwerbslosen Menschen ist in Deutschland deutlich belasteter als die von Erwerbstätigen (Rühle & Tielking, 2016). Studien belegen einen überdurchschnittlichen Substanzkonsum in dieser Personengruppe – etwa in Form eines erhöhten Tabakkonsums (Lampert & Kroll, 2014) – sowie eine überproportionale Inanspruchnahme suchtbezogener Hilfeangebote (Hollederer, 2009). Der Erwerbslosenanteil ist in allen substanzbezogenen Hauptdiagnosegruppen deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung. Damit ist davon auszugehen, dass insbesondere in Arbeitsagenturen und Jobcentern ein erheblicher Anteil von Menschen mit substanzbezogenen Problemlagen anzutreffen ist – sowohl solche, bei denen die Abhängigkeitserkrankung Folge beruflicher Teilhabestörungen ist, als auch solche, bei denen sie zu sozialen und beruflichen Ausschlüssen geführt hat.

Vor diesem Hintergrund kommt der Kooperation zwischen Suchthilfeeinrichtungen und Institutionen der Arbeitsförderung eine besondere Bedeutung zu. Diese Zusammenarbeit wurde in der Vergangenheit jedoch nur unzureichend strukturiert und systematisch genutzt (Tielking, 2016). Eine wesentliche Möglichkeit zur Verbesserung der aktuellen Versorgungslage liegt daher in der Entwicklung und Implementierung eines optimierten Schnittstellenmanagements. Akteur*innen aus den relevanten Lebenswelten der Betroffenen – darunter Betriebe, ärztliche Versorgung, Suchthilfeeinrichtungen sowie Leistungsträger wie Rentenversicherung, Krankenversicherung, Arbeitsagenturen, Jobcenter und kommunale Stellen – müssen stärker miteinander vernetzt werden, um koordinierte, wirksame Handlungsstränge zu etablieren (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2017).

Viele Betroffene fallen ihrem sozialen Umfeld bereits Jahre vor der erstmaligen Inanspruchnahme qualifizierter Hilfen durch problematisches Konsumverhalten auf. Durch verbessertes Schnittstellenmanagement, niedrigschwellige Zugangswege und gezielte Motivationsarbeit kann ein früherer Zugang zur medizinischen Rehabilitation ermöglicht werden. In der Folge könnten Chronifizierungsprozesse reduziert, substanzbedingten neurokognitiven Schädigungen vorgebeugt und soziale wie berufliche Teilhabechancen signifikant verbessert werden. Es gilt: Je früher eine Abhängigkeitserkrankung adäquat behandelt wird, desto größer sind die Chancen auf eine erfolgreiche Rehabilitation und nachhaltige soziale Integration.

1.2 Inhalte

Der Rehakompass basiert auf mehreren innovativen Komponenten, um eine nachhaltige Verbesserung der Versorgung und Unterstützung der Betroffenen zu gewährleisten. Die zentralen Innovationen sind der Rehakompass-Workshop, das Beratungsangebot sowie die zweitägige Schnupperreha (Sucht-Rehakompass). Diese Ansätze sind so konzipiert, dass sie sowohl kurzfristig unmittelbare Effekte erzielen als auch langfristig die Zugänglichkeit, Akzeptanz und Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation verbessern sollen. Darüber hinaus war unter anderem die Netzwerkarbeit ein wesentlicher Aspekt für die Rekrutierung von Projektteilnehmenden. Hierauf wird im nächsten Kapitel genauer eingegangen.

Der Rehakompass-Workshop

Der Rehakompass-Workshop stellt eine neuartige Form der Multiplikator*innen-Schulung dar, die gezielt in Betrieben, Institutionen und bei Kooperationspartner*innen durchgeführt wird. Im Gegensatz zu klassischen Informationsveranstaltungen vermittelt dieser Workshop nicht nur Informationen zum Rehakompass sowie grundlegendes Wissen zu psychischer Gesundheit, Sucht und Rehabilitation, sondern befähigt die Teilnehmenden auch aktiv, Symptome frühzeitig zu erkennen und Betroffene gezielt auf die Rehakompass-Beratung hinzuweisen. Durch die Schulung von Multiplikator*innen (z. B. Mitarbeiter*innen von Jobcentern, Betrieben oder Mitgliedern von Vereinen) konnte ein nachhaltiges Netzwerk aufgebaut werden, um das Bewusstsein für psychische Belastungen in der Arbeitswelt und in der Gesellschaft zu stärken.

Es wurde ein Krankheitsverständnis vermittelt und ein Einblick in Themen der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz gewährt. Durch interaktive Übungen erhielten Teilnehmende des Workshops ein Gespür dafür, wie sich Betroffene mit psychischen Belastungen und Suchterkrankungen fühlen können, um diese anhand von Veränderungen im Auftreten von Personen zu erkennen. Im letzten Teil des Workshops konnten die Teilnehmenden anhand einer Broschüre mögliche Gesprächssituationen mit Betroffenen beispielhaft durchgehen und wurden dadurch angeregt, die passenden Worte für eine Ansprache zu finden.

Weiterhin wurden im Rahmen des Workshops erste Informationen über den Rehakompass sowie die medizinische Rehabilitation vorgestellt. Es bestand die Möglichkeit, Fragen zur psychosomatischen Rehabilitation und Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen zu stellen und somit potentielle Barrieren abzubauen. Soweit Betroffene selbst am Workshop teilnahmen, konnten sie die Ansprechpersonen direkt kennenlernen und etwaige Ängste abbauen.

Der Workshop richtete sich an Menschen mit wenig Vorwissen zu psychischen Belastungen und Suchterkrankungen sowie der medizinischen Rehabilitation. Jede Person, die sich mit den Themen psychische Belastungen oder Suchtproblemen auseinandersetzen wollte, um Betroffene bei Bedarf auf den Rehakompass hinweisen zu können, konnte teilnehmen. Um Interessierte zu werben, wurde ein eigener Flyer für den Rehakompass-Workshop erstellt.

Der gesamte Workshop ist auf vier Stunden Durchführungszeit ausgelegt. Je nach Größe, Diskussionsfreudigkeit und Fragen der Gruppe kann der Workshop etwas länger oder kürzer dauern. Stattgefunden haben die Workshops während der Projektlaufzeit bei der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen oder in den Räumlichkeiten der Institutionen, aus denen die Workshop-Teilnehmenden kamen.

Beratungsangebot

Interessierte Versicherte konnten sich über verschiedene Wege beim Projektteam melden. So konnten sie per E-Mail, einem Online-Kontaktformular oder auch per Telefon den ersten Kontakt zum „Rehakompass“ herstellen. Im Erstkontakt wurden die Inhalte des Rehakompasses erklärt, die Voraussetzungen abgefragt und, sofern diese erfüllt waren, wurde ein Termin innerhalb einer Woche für ein Beratungsgespräch vereinbart. Dieses Angebot bot einen schnellen, unkomplizierten Zugang zur Beratung, wodurch erste Ängste abgebaut werden konnten.

Im psychosomatischen Bereich wurden die Beratungen in der Regel telefonisch, im Suchtbereich dagegen (sobald dies pandemiebedingt möglich war) überwiegend persönlich geführt. Persönliche Beratungen haben in den Räumen der DRV oder der kooperierenden Sucht-Fachstellen stattgefunden. Im Erstgespräch mit den Lots*innen wurde geklärt, ob eine Indikation und Motivation für die Teilnahme am Psychosomatischen- bzw. Sucht-Rehakompass bestand. Die Lots*innen beantworteten offene Fragen und versuchten, ggf. vorhandene Ängste im Laufe des Gespräches abzubauen. Da sie teilweise die erste Kontaktperson im Hilfesystem waren, wurde stets besonderer Wert auf ein vertrauensvolles Verhältnis gelegt. Die ratsuchende Person sollte sich angenommen fühlen und bestenfalls ein erstes Grundvertrauen in die Wirksamkeit einer medizinischen Rehabilitation entwickeln.

Ziel des Beratungsgespräches war es, einen Raum zu schaffen, in dem Teilnehmende über ihre Belastungen sprechen und Vertrauen in die medizinische Rehabilitation entwickeln können. Soweit eine Teilnahme nicht gewünscht oder indiziert war, wurde zu alternativen Hilfsangeboten informiert. Die Teilnehmenden wurden von den Lots*innen auf ihrem Weg bis zur möglichen Antragstellung begleitet und bei Bedarf weiter unterstützt. Die Beratung wurde als erfolgreich angesehen, wenn der*die Versicherte motiviert war, am Rehakompass teilzunehmen oder sich alternativ die passende Hilfe zu organisieren und sich weiter zu informieren.

Die zweitägige Schnupper-Reha

Die Schnupper-Reha (offiziell „Sucht-Rehakompass“/SRK) über zwei Tage ermöglichte den Teilnehmenden einen Einblick in die Behandlungsangebote und Räumlichkeiten einer Rehabilitationsklinik für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung. Das Angebot umfasst neun Module und wurde in Kooperation mit den

umsetzenden Einrichtungen – der Fachklinik Weser-Ems, der Fachstelle Sucht in Oldenburg (Diakonisches Werk) sowie dem RehaCentrum Alt-Osterholz und der Ambulanten Suchthilfe in Bremen – konzipiert.

Die Teilnehmenden nahmen in einer Kleingruppe von vier bis sechs Personen an der Schnupper-Reha teil. Sie konnten sich während dieser zwei Tage ein Bild von der Rehabilitationseinrichtung machen und rehabilitative Angebote kennenlernen. Ebenso fand eine Diagnostik samt ärztlicher Befundberichterstellung statt und es war den Teilnehmenden, soweit sie dies wünschten, möglich, mit Unterstützung direkt vor Ort einen Antrag auf medizinische Rehabilitation fertigzustellen. Alternativ konnten sie entweder die Antragsunterlagen mit nach Hause nehmen, falls sie noch Bedenkzeit benötigten, oder sich ganz gegen die Antragstellung entscheiden.

An beiden Standorten wurde auf eine parallele Ausgestaltung der zwei Tage geachtet und das entsprechende Konzept war zwischen den Kliniken abgestimmt. Der abgestimmte Ablaufplan ist beispielhaft in Tabelle 1 und Tabelle 2 abgebildet. Dort sind sowohl die geplanten Zeiten als auch die zu beteiligenden Berufsgruppen angegeben. Die Reihenfolge der Angebote konnte flexibel getauscht werden, sofern es organisatorisch notwendig und fachlich vertretbar war.

Tabelle 1: Ablaufplan Tag 1 des Sucht-Rehakompass.

Tag 1: Zeit	Inhalt	Durchführungsmodus	Berufsgruppe
8.30 – 10.00	Begrüßung, Psychoedukation, Kontexterläuterung	Gruppe	Psycholog*in / Sozialarbeiter*in
10.00 – 10.15	Pause		
10.15 – 12.15	Gesundheitscheck, parallel Psychodiagnostik	Einzel	Fachärzt*in, Pflegedienst, Psycholog*in / Sozialarbeiter*in
12.15 – 13.00	Mittagessen	Gruppe	Küche
13.00 – 13.45	Führung durch die Einrichtung	Gruppe	Psycholog*in / Sozialarbeiter*in
13.45 – 14.45	Psychoedukation: Umgang mit Stress und Belastungen	Gruppe	Psycholog*in / Sozialarbeiter*in
14.45 – 15.00	Pause		
15.00 – 15.30	Entspannungs-/Achtsamkeitsübung	Gruppe	Psycholog*in / Sozialarbeiter*in
15.30 – 16.00	Tagesabschluss, Rückblick, Ausblick	Gruppe	Psycholog*in / Sozialarbeiter*in

Tabelle 2: Ablaufplan Tag 2 des Sucht-Rehakompass.

Tag 2: Zeit	Inhalt	Durchführungs-modus	Berufsgruppe
8.30 – 10.00	Begrüßung, Psychoedukation zum Thema Abhängigkeit und Abusus, Folgeprobleme	Gruppe	Psycholog*in / Sozialarbeiter*in
10.00 – 10.15	Pause		
10.15 – 11.45	Lokales Hilfesystem, Inhalte und Ablauf einer Rehabilitations-/Präventionsmaßnahme, mögliche Ziele	Gruppe	Psycholog*in / Sozialarbeiter*in
11.45 – 12.30	Austausch mit aktuellem Rehabilitanden	Gruppe	Sozialarbeiter*in
12.30 – 13.30	Mittagessen, parallel Teambesprechung		Küche
13.30 – 15.30	Einzelgespräche mit konkreter Empfehlung, organisiertes Übergabeverfahren, parallel Angebot im Freizeitraum, Ausfüllen der Formulare	Einzel	Fachärzt*in / Psycholog*in / Sozialarbeiter*in
15.30 – 16.00	Gemeinsamer Tagesabschluss, Verabschiedung	Gruppe	Psycholog*in / Sozialarbeiter*in

Nach der Teilnahme am Rehakompass bekamen die Lots*innen die Abschlussberichte und ggf. Antragsformulare von den Rehakompass-Einrichtungen zugesendet. Mit dem Rehakompass-Abschlussbericht, der den üblichen ärztlichen Befundbericht ersetzte, konnten die Teilnehmenden bis zu drei Monate nach dem Sucht-Rehakompass einen Rehabilitationsantrag stellen. In einem telefonischen Abschlussgespräch konnten Fragen geklärt und die Empfehlungen für weitere Maßnahmen besprochen werden. Sollte noch kein Rehabilitationsantrag gestellt worden sein, wurde durch die Lots*innen weiter Motivationsarbeit geleistet oder weiter über die medizinische Rehabilitation im Allgemeinen informiert.

Die zweitägige Schnupperreha ist eine innovative, kurzzeitige, praxisnahe Maßnahme. Sie ermöglicht den Teilnehmenden, in einem kompakten Zeitraum Einblick in die Rehabilitationsangebote zu gewinnen, Diagnostik sowie ärztliche Befundberichte zu erhalten und vor Ort Anträge auf medizinische Rehabilitation zu stellen.

Der Rehakompass hat mit der Kombination der aufgezeigten Komponenten eine integrierte, mehrstufige Strategie verfolgt. Der Rehakompass-Workshop bildet die Grundlage für eine breitere Sensibilisierung und die Stärkung des Netzwerks, das Beratungsangebot schafft niederschwellige Zugänge, und die Schnupperreha ermöglicht eine unmittelbare erste Erfahrung der medizinischen Rehabilitation sowie auch eine schnelle, kompakte Antragstellung.

1.3 Ziele

Das Projekt SEMRES verfolgte das Ziel, Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen früher und zielgerichteter in eine Entwöhnungsbehandlung zu vermitteln. Durch eine komplexe Intervention sollten bestehende Versorgungshürden überwunden und individuelle Ressourcen gestärkt werden, um die Erwerbsfähigkeit sowie die soziale und berufliche Teilhabe langfristig zu sichern oder wiederherzustellen.

Ein zentrales Problem der bisherigen Versorgung liegt in der oftmals verzögerten Vermittlung in eine medizinische Rehabilitation, obwohl der Antritt einer solchen Maßnahme für viele Betroffene dringend indiziert wäre. Lange Abhängigkeitsverläufe, Motivationsbarrieren und strukturelle Hindernisse erschweren häufig

den Zugang zur Behandlung und mindern den Behandlungserfolg. Der Sucht-Rehakompass setzt hier an: Über systematische Netzwerkarbeit und personenzentrierte Lots*innenberatung sollte die Vermittlungsquote verbessert, der Zugang zur Rehabilitation erleichtert und die Behandlung nachhaltig unterstützt werden.

Folgende Ziele wurden im Projekt verfolgt:

1. **Reduktion der bisherigen Abhängigkeitsdauer**

   Die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer der am Sucht-Rehakompass teilnehmenden Personen sollte mindestens ein Jahr unter der durchschnittlichen Abhängigkeitsdauer von Klient*innen in den Fachstellen Sucht der Kontrollgruppe liegen. Ziel war es, den Einstieg in eine Entwöhnungsbehandlung zu beschleunigen, um eine frühere Stabilisierung zu ermöglichen.

2. **Steigerung der Vermittlungsquote**

   Die Quote der erfolgreichen Vermittlungen aus dem Sucht-Rehakompass in eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme sollte um mindestens 75 % über der Vermittlungsquote aus den regulären Fachstellen Sucht der Kontrollgruppe sowie über dem Durchschnitt der Vermittlungsquoten aus den Vorjahren liegen. Dies sollte belegen, dass die Intervention wirksam ist und strukturell bestehende Zugangsbarrieren verringert werden können.

3. **Verbesserung des Behandlungserfolgs**

   Sechs Monate nach Teilnahme am Sucht-Rehakompass sollte die Quote erfolgreicher Behandlungsabschlüsse in der medizinischen Rehabilitation um mindestens 10 % höher liegen als bei Rehabilitand*innen der Kontrollgruppe. Ein erfolgreicher Abschluss war definiert als entweder erreichte Abstinenz oder eine nachweislich signifikante Reduktion des Substanzkonsums.

Die Ziele orientierten sich an der gesamten Versorgungskette – von der ersten Kontaktaufnahme über die Vermittlung bis hin zum Rehabilitationsverlauf und dem Behandlungsausgang. Sie stellten sicher, dass sowohl kurzfristige als auch nachhaltige Wirkungen der Intervention gemessen und evaluiert werden konnten. Langfristig strebte der Rehakompass an, durch eine verbesserte Schnittstelle zwischen Beratung und Rehabilitation ein strukturell wirksames Modell zu etablieren, das zur Weiterentwicklung der Suchthilfe und der medizinischen Rehabilitation beitragen kann.

1.4 Organisation/Beteiligte Akteure

In den das Projekt vorbereitenden Treffen in der Region Nordwest ließ sich feststellen, dass relevante Akteur*innen sich oft kennen und stark zur Zusammenarbeit motiviert sind. Die Zusammenarbeit geschah jedoch wenig übergreifend koordiniert. In Gesprächen ließ sich ein Bedarf an einem zentralen Angebot erkennen, das Akteur*innen wie Betrieben, niedergelassenen Ärzt*innen, Entgiftungseinrichtungen und Akutkrankenhäusern, Arbeitsagenturen, Jobcentern und Kommunen sowie den Betroffenen selbst zur Verfügung gestellt werden kann. Dieses sollte es ermöglichen, Rehabilitationsbedarfe schnell zu klären und eine Handlungsempfehlung für das weitere Vorgehen zur Verfügung zu stellen.

Der Bedarf wurde z.B. von Institutionen wie den Jobcentern in Bremen, Bremerhaven und Oldenburg, Krankenkassen wie der AOK in Niedersachsen und Bremen-Bremerhaven sowie der hkk oder der Psychotherapeutenkammer Bremen geäußert. Dies führte auch zur Entwicklung des Rehakompass.

Die Identifizierung geeigneter Netzwerkpartner*innen und beteiligter Akteur*innen erfolgte auf verschiedenen Wegen: Durch Vernetzung bei Veranstaltungen, bestehende Kontakte aus anderen Kontexten, eigene Recherchen zu potenziellen Partner*innen etc. Die potenziellen Netzwerkpartner*innen wurden durch die Lots*innen kontaktiert (persönlich, telefonisch oder per E-Mail) und bei Interesse genauer informiert. Dies konnte durch Übersendung des Informationsmaterials geschehen oder auch durch eine Projektvorstellung in der jeweiligen Institution, die als Videokonferenz oder persönlich stattfinden konnte. Schließlich gab es noch die Möglichkeit, bei Institutionen mit einem hohen Anteil an Personen, die bislang wenig mit den

Themen Psyche und Sucht in Berührung gekommen waren, einen der o.g. Workshops zu veranstalten. Die Netzwerkpflege bestand aus wiederkehrender Kontaktaufnahme sowie Weitergabe aktueller Informationen, z.B. durch einen E-Mail-Newsletter.

Im weiteren Ablauf wiesen die beteiligten Netzwerkpartner*innen die Betroffenen auf die Rehakompass-Beratung hin und motivierten sie bestenfalls zu einer ersten Kontaktaufnahme mit dem Rehakompass-Team. So wurde die geplante Ansprache in der Lebenswirklichkeit der Betroffenen umgesetzt.

Zu Projektende bestand das Netzwerk aus über 150 Partner*innen wie z. B. Krankenkassen, Jobcentern, Arbeitsagenturen, Betrieben und Einrichtungen der Selbsthilfe im nordwestlichen Niedersachsen und Bremen (für eine Übersicht der Kategorien siehe Abbildung 2). Das Netzwerk ermöglichte es maßgeblich, den Rehakompass in der geplanten Form umzusetzen. Es konnten also Strukturen zur Identifizierung, Bedarfsfeststellung, Motivierung, Zielentwicklung und Unterstützung des Antragsverfahrens geschaffen und ein neuer und niedrigschwelliger Zugangsweg in die Rehabilitation bzw. Prävention erprobt werden.

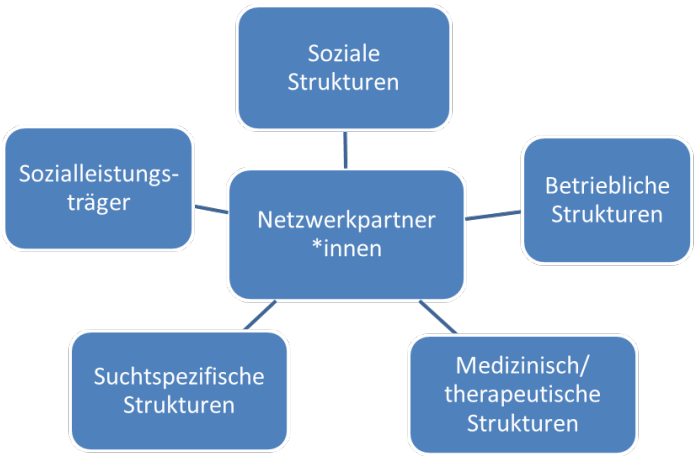


Abbildung 2: Netzwerkpartner*innen SEMRES-Projekt

Neben dem Aufbau und der Aufrechterhaltung des Netzwerks nahmen die Lots*innen zahlreiche Aufgaben in der Projektorganisation wahr. Sie begleiteten die Prozesse im Projekt kontinuierlich und identifizierten auftretende Probleme stets zeitnah, um diese in Absprache mit der Projektleitung schnell lösen zu können. Ebenso übernahmen sie die Kommunikation, soweit Klärungen von Fragen und selten auftretenden Konflikten mit Projekt- und Netzwerkpartner*innen nötig wurden. Gemeinsam mit den Verwaltungskräften waren sie somit für den ordnungsgemäßen Ablauf der Projektprozesse verantwortlich.

Neben der DRV Oldenburg-Bremen waren einige Institutionen als Projektpartner*innen unmittelbar an der Durchführung des Rehakompass beteiligt. Offizielle Kooperationspartner*innen im Sinne des Bundesprogramms rehapro waren dabei die DRV Bund und die DRV Braunschweig-Hannover, deren Versicherte am Rehakompass teilnehmen konnten. Ebenso Kooperationspartner*innen waren die Jobcenter Bremen, Bremerhaven und Oldenburg, die wie die Rentenversicherungsträger auch an der Projektplanung im Vorfeld beteiligt waren. Mit den Rentenversicherungsträgern und Jobcentern gab es regelmäßige Austauschformate in unterschiedlicher Frequenz.

Weitere Projektpartner*innen waren die Einrichtungen, die den Sucht-Rehakompass (SRK) operativ durchführten. Dies waren in Oldenburg die Fachklinik Weser-Ems und die Fachstelle Sucht Oldenburg, in Bremen das RehaCentrum Alt-Osterholz und die Ambulante Suchthilfe Bremen. Der SRK wurde von diesen auch gemeinsam mit der DRV Oldenburg-Bremen konzipiert. Die ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe unterstützten die Fachkliniken jeweils bei der Durchführung des SRK. Nach Ermöglichung der sog. „Direktvermittlung“ im Oktober 2022 konnten die Fachstellen in einer weiteren Funktion eigene Klient*innen in die Beratung bei den Lots*innen vermitteln. Mit den durchführenden Einrichtungen fand einmal im Quartal ein Treffen zum Austausch und zur Aussprache statt.

Schließlich wurde die wissenschaftliche Begleitung des Projekts SEMRES durch den Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit der Hochschule Emden-Leer übernommen. In einem zweiwöchentlichen

Austauschformat wurden aktuelle Themen besprochen. Der Aufbau der wissenschaftlichen Begleitforschung wird im in Abschnitt 1.5 erläutert.

Vertreter*innen der oben genannten Projektpartner*innen waren gemeinsam mit Vertreter*innen der Selbsthilfe in der Region Oldenburg-Bremen auch die Mitglieder der Steuerungsgruppe. Dieses für beide Projekte gemeinsam institutionalisierte Gremium stand beratend für die Gewinnung zusätzlicher Akteur*innen, die Lösung von möglichen Problemen und die weitere inhaltliche Ausgestaltung des Projekts zur Verfügung. Die Steuerungsgruppe traf sich während der Projektlaufzeit viermal.

1.5 Wissenschaftliche Begleitung

Die wissenschaftliche Begleitung der Hochschule Emden-Leer stellte für ihre Evaluation folgende Fragestellungen auf, die eng mit den Projektzielen verbunden waren:

- Gelingt es, die Zielgruppe des Projektes frühzeitiger zu erreichen?
- Wie hoch sind die Vermittlungszahlen aus dem SRK in ein Hilfsangebot, z.B. also eine medizinische Rehabilitation?
- Wie gut konnten sich die Lots*innen mit Institutionen bzw. dem sozialen Umfeld der Betroffenen vernetzen?
- Wie gut funktioniert das Schnittstellenmanagement bzw. wie schnell durchlaufen die Betroffenen die Schnittstellen?
- Welche Auswirkungen zeigen sich im Hinblick auf die gesundheitliche Stabilisierung und berufliche Reintegration der Teilnehmenden?

Um diese Fragestellungen zu beantworten, arbeitete die Hochschule Emden-Leer mit einem multidimensionalen Evaluationsdesign mit vier unterschiedlichen Studienteilen, die verschiedene methodische Zugänge und Zielgruppen abdecken (Übersicht siehe Abbildung 3 im kommenden Abschnitt).

1.5.1 Quantitative Erhebungen

Die quantitative Evaluation bestand aus den folgenden Studienteilen:

Quasi-experimentelle Prä-Post-Erhebung mit Kontrollgruppendesign

In diesem Studienteil wurden sowohl die Interventionsgruppe, bestehend aus den Rehakompass-Teilnehmenden als auch die Kontrollgruppe, bestehend aus Klient*innen von Suchtberatungsstellen, zu drei verschiedenen Zeitpunkten mit standardisierten Fragebögen befragt. Die Zeitpunkte der Erhebung lagen nach dem ersten Beratungsgespräch (FB-t(1); Baseline-Erhebung), nach dem Sucht-Rehakompass (SRK) bzw. nach einer weiteren Beratung in der Suchtberatungsstelle (FB-Z-t(1); Zwischenerhebung) sowie sechs Monate nach der Erstbefragung (FB-t(2); Postmessung). Hierbei wurden verschiedene Inhalte abgefragt, beginnend mit Angaben zur Demografie und dem allgemeinen Gesundheitszustand (inkl. aktuellem Suchtmittelkonsum) über Arbeitsunfähigkeitszeiten und die Erwerbssituation bis hin zu standardisierten Befragungen zur psychosozialen Gesundheit (HEALTH-4), zur Lebenszufriedenheit (L-1), zur sozialen Teilhabe (IMET). In der Postmessung wurde zudem der Abstinenzstatus abgefragt.

Netzwerkbefragung

Die Netzwerkpartner*innen in SEMRES wurden zu zwei Zeitpunkten im Abstand von einem Jahr (FB-Z-t(1) und FB-Z-t(2)) befragt, um Netzwerkaspekte wie Kenntnisstand, Vermittlungen, Koordination, Interaktionsdichte und Nachhaltigkeit (Instrumente nach Neugebauer und Beywl, 2006) zu untersuchen. Die Befragung wurde mittels eines standardisierten Online-Fragebogens durchgeführt.

Quantitative Prozessevaluation

Zweimal jährlich übermittelte die DRV Oldenburg-Bremen der Hochschule Emden-Leer in der Projektlaufzeit Daten zur Prozessevaluation in anonymisierter Form, die diese dann deskriptiv auswertete. Übermittelt wurden u.a. Personendaten (Alter, Geschlecht, Vermittlungsweg), der Prozessverlauf (z.B. Datum Beratungsgespräch, Datum SRK) oder Gründe für Abbrüche.

1.5.2 Qualitative Erhebungen

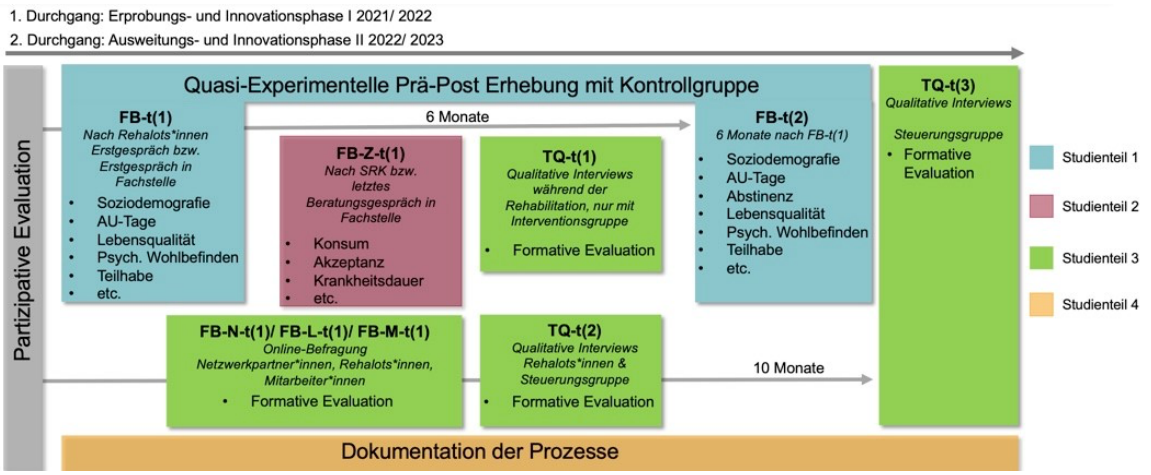
Die qualitative Evaluation bestand aus den folgenden Studienteilen:

Expert*innen-Interviews

Um Zugang zu Expert*innenwissen zu erlangen, wurden im Projektverlauf zum einen vier Lots*innen interviewt und zum anderen zwei Vertreter*innen aus den Kontrollgruppeneinrichtungen. Ausgewertet wurden die Interviews mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010).

Fokusgruppen

Es wurden im Projektverlauf mehrere Fokusgruppen durchgeführt, um verschiedene Aspekte genauer zu beleuchten. Die Vertreter*innen der Jobcenter wurden in erster Linie zur Zusammenarbeit im Netzwerk und zur Rekrutierung von Teilnehmenden befragt. Die Lots*innen dagegen zu ihrem umfangreichen Aufgabenfeld im Projekt. Schließlich fand eine Fokusgruppe mit Mitarbeitenden der Kontrollgruppeneinrichtungen statt, um den Rekrutierungsprozess der Kontrollgruppe zu beleuchten. Auch hier erfolgte die Auswertung nach Mayring (2010).



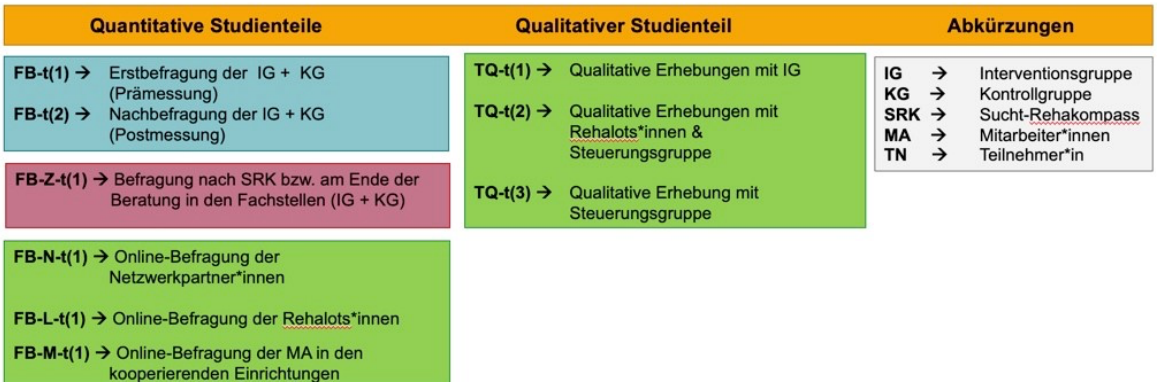


Abbildung 3: Darstellung der Studienteile und des Studienablaufs

Problemzentrierte Interviews

Um die Erfahrungen der SRK-Teilnehmenden genauer zu erfassen, wurden mit ihnen problemzentrierte Interviews nach Witzel (1985) durchgeführt. Inhaltlich wurden verschiedene Themenbereiche abgefragt: die Motivation zur Teilnahme und Veränderung, die eigene Krankheitsgeschichte, die Teilnahme am SRK, die Entscheidung für oder gegen eine Rehabilitation im Anschluss an die SRK-Teilnahme sowie die Rolle der Lots*innen.

Teilnehmende Beobachtung

Durch eine teilnehmende Beobachtung wurden durch die wissenschaftliche Begleitung Erkenntnisse in einem Rehakompass-Workshop gesammelt. Die Beobachtungsdaten wurden nach Mayring (2010) analysiert.

2 Ergebnisse des Modellprojekts

Dieses Kapitel umfasst die quantitativen und qualitativen Ergebnisse sowie die Bewertung der innovativen Ansätze im Projekt SEMRES. Aufgrund verschiedener Faktoren, insbesondere der Corona-Pandemie (die zunächst zu einer Verzögerung des Rekrutierungsstarts, später aber zu einer Verlängerung des Projektzeitraums geführt hatte), aber auch z.B. Herausforderungen innerhalb der Rehakompass-Einrichtungen, musste auch der gesamte Projektzeitplan und die ursprünglichen Projektphasen angepasst werden. Die Abweichung ist in Tabelle 3 dargestellt.

Neben dieser formalen Abweichung muss an dieser Stelle auf eine wichtige inhaltliche Veränderung hingewiesen werden, die auch einen großen Einfluss auf die Projektergebnisse hatte. Um auf die sehr schleppend verlaufende Rekrutierung in der Innovationsphase I zu reagieren, haben die Projektpartner*innen in einem gemeinsamen Prozess die sog. „Direktvermittlung" erarbeitet. Diese ermöglichte den am Projekt beteiligten Fachstellen Sucht, eigene Klient*innen in den Rehakompass zu vermitteln. Die Beratung durch die Lots*innen fand in diesem Falle persönlich und vor Ort in den Fachstellen statt. Dadurch wurde das Ziel, Versicherte frühzeitiger im Krankheitsverlauf zu erreichen niedriger, das Ziel, interessierte, aber unsichere Versicherte zur Rehabilitation zu motivieren und sie vorzubereiten wiederum höher priorisiert. Die Änderung wurde im Oktober 2022 in den Projektprozess implementiert.

Tabelle 3: Phasen des Projekts SEMRES (ursprünglich geplant und tatsächlich durchgeführt)

Projektphasen	**Ursprüngliche Planung**	**Tatsächliche Durchführung**
1. Konzeptionsphase	01.01.2020 – 30.09.2022	01.01.2020 – 14.03.2021
2. Innovationsphase I	01.10.2020 - 30.09.2021	15.03.2021 – 30.09.2022
3. Überarbeitungsphase	01.10.2021 – 31.03.2022	03.02.2022 – 30.09.2022
4. Innovationsphase II	01.04.2022 – 31.03.2024	01.10.2022 – 31.03.2025
5. Evaluations- und Transferphase	01.04.2024 – 31.12.2024	01.04.2025 – 30.06.2025

2.1 Quantitative Ergebnisse

2.1.1 Quasi-experimentelle Prä-Post-Erhebung mit Kontrollgruppenvergleich

Soziodemografie

An der Befragung der Hochschule Emden-Leer zum Projekt SEMRES nahmen zu t1 in der Interventionsgruppe insgesamt 101 Personen teil. Diese identifizierten sich zu 70,3 Prozent als männlich und 29,7 Prozent als weiblich, der Altersdurchschnitt lag bei 43,6 Jahren. Das Bildungsniveau war breit gestreut, wobei die weit überwiegende Mehrheit der Teilnehmenden über einen Bildungsabschluss verfügte (Hauptschulabschluss, 13,9%, Realschulabschluss, 36,6%, (Fach-)Abitur, 38,5%).

In Bezug auf den Erwerbsstatus war die Mehrheit der Teilnehmenden erwerbstätig (49 Prozent in Vollzeit, 10 Prozent in Teilzeit) und 38 Prozent erwerbslos.

Zu t3 hatte sich die Stichprobengröße deutlich auf 37 Personen, die alle drei Befragungen absolviert hatten, reduziert, wobei sich die Zusammenstellung der Gruppe nicht signifikant veränderte.

Die Kontrollgruppe umfasste zu t1 87 Personen. Von diesen identifizierten sich 67,8 Prozent männlich, 29,9 Prozent weiblich und 2,3 Prozent als divers. Der Altersdurchschnitt lag bei 42,7 Jahren. Auch hier war der Großteil der Personen aktuell beschäftigt (59,8 Prozent Vollzeit, 11,4 Prozent Teilzeit, 23 Prozent erwerbslos).

Insgesamt nahm auch die Kontrollgruppe deutlich in ihrer Zahl auf 26 Personen zu t3 ab, blieb in ihrer Zusammensetzung aber ebenso stabil.

Weder die Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe in den genannten Dimensionen noch in allen weiteren waren signifikant.

Früheres Erreichen

In Bezug auf die für die Projektziele relevante Frage, ob die Teilnehmenden der IG früher in ihrem Krankheitsverlauf erreicht wurden, wurden verschiedene Punkte ausgewertet.

So zeigten sich zu t1 sowohl bei Krankheitsdauer in Jahren als auch beim Durchschnittsalter keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Wie bereits erwähnt gab es auch keinen signifikanten Unterschied zwischen dem Erwerbsstatus der beiden Gruppen. Das gleiche gilt für die Arbeitsunfähigkeitszeiten, sowohl bei den vergangenen als auch beim aktuellen Arbeitsfähigkeitsstatus sowie bei der Anzahl von Arztbesuchen und bei den bisherigen suchtspezifischen Behandlungen.

Bei der Selbsteinschätzung der sozialen und beruflichen Teilhabe nach dem IMET-Bogen zeigte sich dagegen ein Unterschied: Allerdings war die IG hier sogar signifikant höher belastet als die KG. Obwohl die oben genannten, objektiv messbaren Kriterien keinen Unterschied zeigten, erscheint die Teilhabe zumindest subjektiv stärker bei der IG eingeschränkt zu sein.

Unterschiede zwischen den Gruppen gab es auch auf mehreren Skalen des HEALTH-49-Bogens zur psychosozialen Belastung. Auf den Skalen „Depressivität“ und „Somatoforme Beschwerden“ hatte die IG eine signifikant höhere Belastung als die KG. Bei den Skalen „Psychisches Wohlbefinden“, „soziale Unterstützung“ und „Selbstwirksamkeit“ hatte sie dagegen geringere Werte. Ebenso fühlte sie sich auf der Skala „Aktivität & Partizipation“ stärker beeinträchtigt. Alle diese Unterschiede deuten ebenso darauf hin, dass die IG zu t1 in der subjektiven Einschätzung stärker belastet ist.

T2-Zwischenbefragung zu Reha-Motivation und Übergang in Reha

Diese höhere Belastung wird auch durch die Befragung mit dem PAREMO-Bogen zur Reha-Motivation zu t2 gestützt. Hier hat die IG einen signifikant höheren Wert auf der Skala „seelischer Leidensdruck“ als die KG. Weitere Unterschiede gibt es beim PAREMO nicht, was darauf hindeutet, dass sich die Reha-Motivation zwischen Personen, die am SRK teilgenommen haben und jenen, die von der Fachstelle vorbereitet wurden, nicht unterscheidet.

Ebenso gibt es keine signifikanten Unterschiede beim Übergang in die Rehabilitation. Es ging also ungefähr der gleiche Anteil von IG und KG im weiteren Verlauf in die Rehabilitation.

Prä-Post-Unterschiede

Die Unterschiede innerhalb der IG zwischen t1 und t3 in Bezug auf Arbeitsunfähigkeitszeiten und die Erwerbssituation sind nicht signifikant. Es ist also davon auszugehen, dass zumindest kurzfristig kein positiver Effekt des Rehakompass auf diese Faktoren besteht.

Anders sieht es im Bereich der Psychosozialen Gesundheit aus. Dort verbesserten sich die Werte der IG in 9 von 10 der Skalen des HEALTH-49 signifikant zwischen t1 und t3, der Effekt war meist stark ausgeprägt. Lediglich in der Skala „Soziale Unterstützung“ gab es keine signifikante Veränderung. Ebenso verringerte sich der IMET-Score, was für eine geringere Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Teilhabe zu t3 spricht. Auch stieg die subjektive Lebenszufriedenheit (gemessen mit L-1-Fragebogen) der IG von t1 zu t3 signifikant und mit großer Effektstärke an.

IG und KG wurden in Bezug auf die Veränderungen von t1 zu t3 miteinander verglichen. So gab es in Bezug auf die Abstinenz der Teilnehmenden keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Das gleiche gilt für die Erwerbstätigkeit und die Arbeitsunfähigkeit.

Unterschiede zeigen sich jedoch im Bereich der psychosozialen Gesundheit (HEALTH-49). So zeigen sich bei den Skalen Somatoforme Beschwerden, Depressivität, Phobische Ängste, in der IG stärkere positive Effekte als in der KG. Bei genauerem Hinsehen wird deutlich, dass die stärkere Verbesserung dazu geführt hat, dass sich die beiden Gruppen angleichen, nachdem die IG zu t1 stärker belastet gewesen ist. Bei den restlichen Skalen des HEALTH-49 sowie bei der Lebenszufriedenheit gemessen nach L-1-Fragebogen bestehen keine Unterschiede.

2.1.2 Netzwerkbefragung

Durch die Netzwerkbefragungen wurde deutlich, dass das durch die Lots*innen aufgebaute Netzwerk einen Nutzen für die Netzwerkpartner*innen brachte. Obwohl die Kommunikationsdichte zu den verschiedenen Netzwerkpartner*innen sehr unterschiedlich war, konnte die große Mehrheit einen Mehrwert sehen. Dies zeigt sich auch daran, dass ca. die Hälfte der Befragten andere Personen auf den Rehakompass hingewiesen hatten. Ebenso wollten die meisten Netzwerkpartner*innen weiter auf die im Projekt aufgebauten Netzwerkstrukturen zurückgreifen.

2.1.3 Quantitative Prozessevaluation

Grundlage der Prozessevaluation war die von der DRV Oldenburg-Bremen geführte Teilnehmendenliste, die der Hochschule Emden-Leer zwei Mal jährlich anonymisiert zur Verfügung gestellt wurde. Diese erhielt neben soziodemografischen Daten (z.B. Alter, Geschlecht) auch Prozessdaten (z.B. Vermittlungsweg, Datum Beratungsgespräch, Datum SRK).

Die Kontaktaufnahme von Personen lässt sich in zwei Phasen aufteilen – vor dem Beginn der Vermittlung durch die beteiligten Suchtberatungsstellen (sog. Direktvermittlung) im Oktober 2022 und danach. Während die Kontaktaufnahme durch potenzielle Teilnehmende bis zur Ermöglichung der Direktvermittlung sehr schleppend lief, nahmen die Zahlen im Anschluss daran direkt zu (siehe Abbildung 4), sodass die große Mehrheit der Kontaktaufnahmen und somit im weiteren Verlauf auch der Teilnehmendenzahlen nach diesem Zeitpunkt zustande kamen.

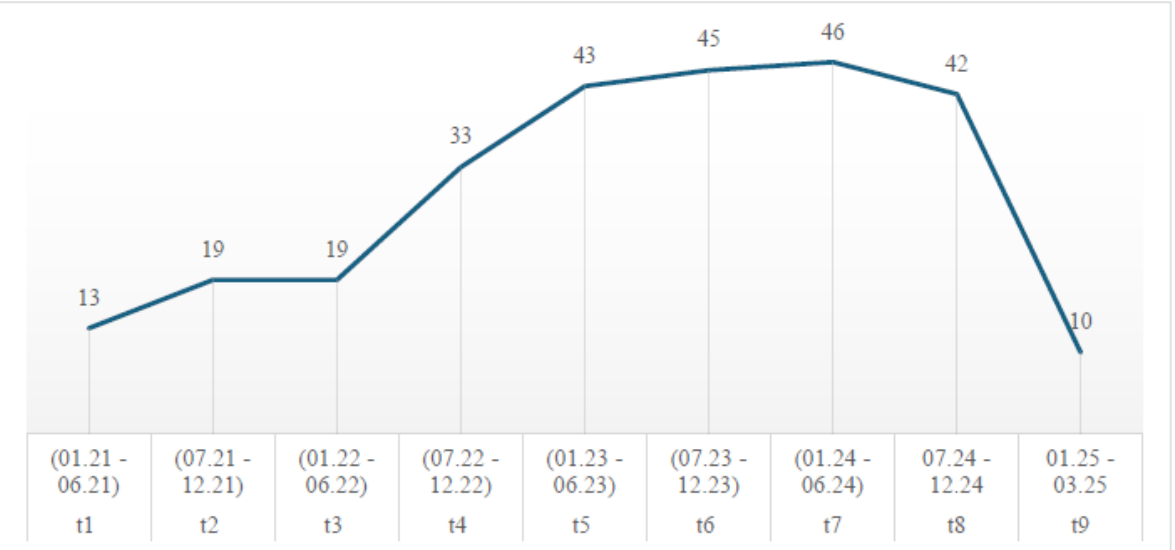


Abbildung 4: Anzahl Kontaktaufnahmen im Verlauf

Ein Blick auf den Verbleib der Teilnehmenden über die Projektzeit macht deutlich, dass vom Erstkontakt mit der Verwaltung bis zum potenziellen Abschluss einer Rehabilitation Teilnehmende aus verschiedenen Gründen ausgeschieden sind. Dies wird auch in Abbildung 5 dargestellt.

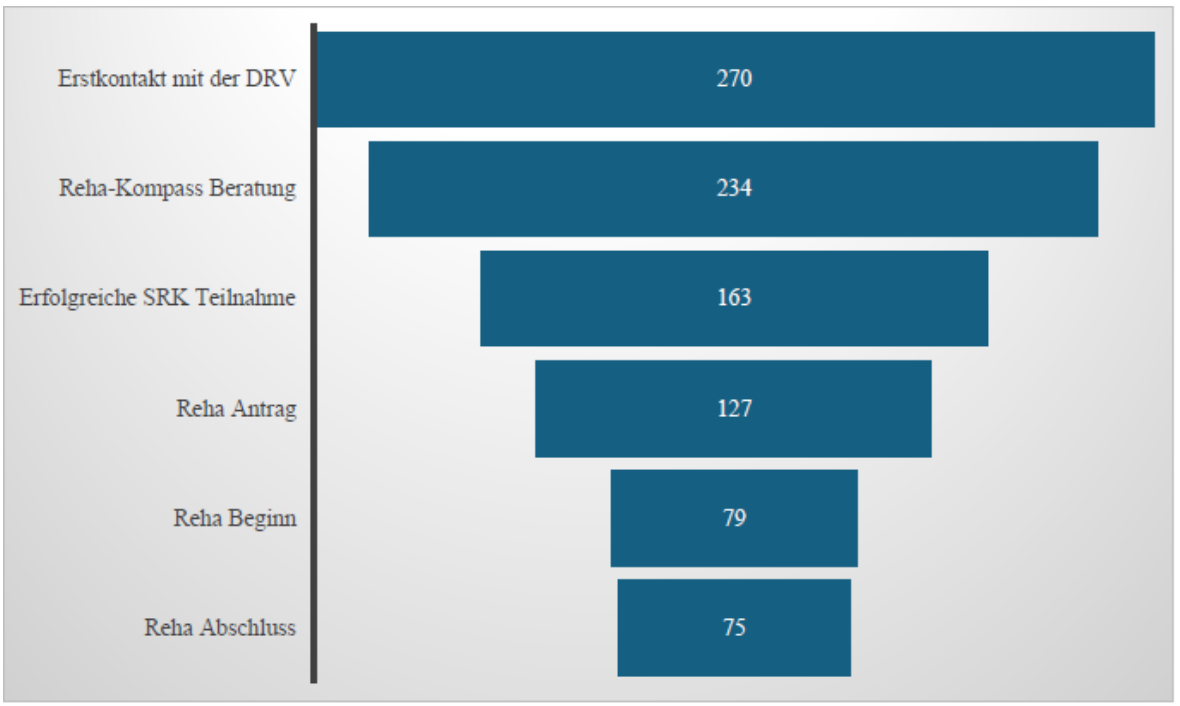


Abbildung 5: Verbleib der Teilnehmenden über den Projektverlauf

Es muss darauf hingewiesen werden, dass dies die Zahlen sind, die zu Projektende im Juni 2025 bei der wissenschaftlichen Begleitung vorlagen. Der Reha-Antritt sollte aber bei mehreren Teilnehmenden erst nach diesem Zeitpunkt erfolgen, sodass diese Zahl mit hoher Wahrscheinlichkeit noch angestiegen ist.

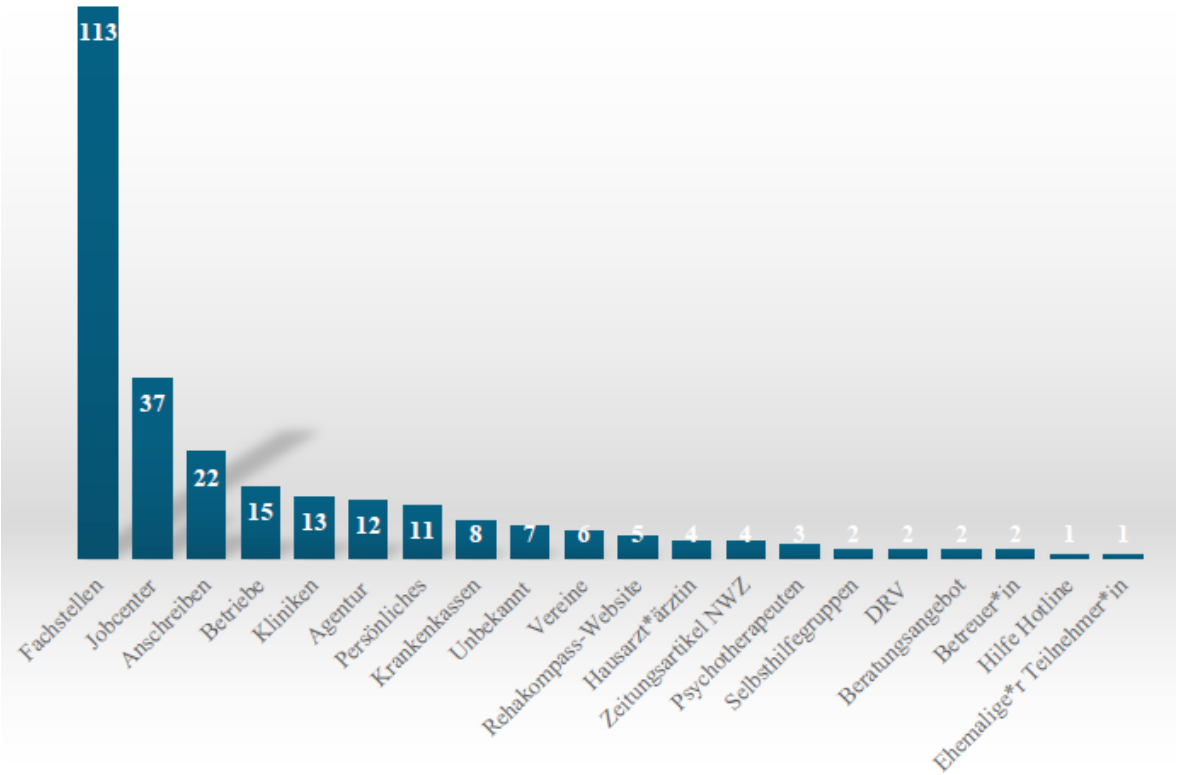


Abbildung 6: Häufigkeiten der Vermittlungswege

Ein Blick auf die verschiedenen vermittelnden Institutionen zeigt, dass die Zugangswege sehr breit gestreut waren (siehe Abbildung 6). Allerdings haben die Fachstellen über alle Zeiträume hinweg mit 113 potenziellen Teilnehmenden (41,9%) die meisten Personen in das Modellprojekt SEMRES vermittelt. Die Jobcenter haben insgesamt 37 Interessent*innen akquirieren können, was 13,7% aller erreichten Personen umfasst. Durch das Anschreiben der DRV nach einer abgelehnten Reha sind 22 Personen (8,1%) auf den SRK aufmerksam geworden. Weitere 4,1% (n = 11) wurden durch ihr persönliches Umfeld angesprochen. Damit sind die Fachstellen, auch wenn sie erst zur Mitte des Projekts als Vermittler*innen hinzugezogen worden sind, mit großem Abstand der Vermittlungsweg, über den die meisten Personen zu SEMRES gekommen sind.

Interessant ist auch ein Blick auf den Anteil der Teilnehmenden, der je nach Zugangsweg tatsächlich in der Rehabilitation ankam. Das Ergebnis ist in Tabelle 4 dargestellt und zeigt, welche Vermittlungswege effektiv zu wirken scheinen.

Tabelle 4: Anteil angetretener Rehabilitationen nach ausgewählten Zugangswegen

Vermittlungsweg	**Anteil angetretener Rehabilitationen**
Krankenkasse	50,0 %
Beratungsstellen (außer FS Sucht)	50,0 %
Betriebliches Umfeld	46,7 %
Persönliches Umfeld	45,5 %
Anschreiben DRV Reha-Ablehnung	45,5 %

Vermittlungsweg	Anteil angetretener Rehabilitationen
Agentur für Arbeit	41,7 %
Fachstellen Sucht	26,2 %
Jobcenter	16,2 %

Das Durchschnittsalter über alle Teilnehmenden liegt bei 40,3 Jahren (Median: 39 Jahre), die Altersspanne lag zwischen 19 und 66 Jahren. Die Geschlechterverteilung lag bei 72,5% Männern (n = 185) und 27,5% Frauen (n = 70).

Prozesszeiten

Da ein Ziel des Rehakompass neben der Vereinfachung des Antragsprozesses auch ein zügiger Weg durch den Prozess war, wurden durch die wissenschaftliche Begleitung auch die Zeiten, die die Teilnehmenden für die Übergänge zwischen den Projektteilen benötigten, ausgewertet. Die Ergebnisse zu Durchschnittszeiten etc. finden sich in Tabelle 5.

Insgesamt lässt sich sagen, dass die Durchschnitts- und Medianzeiten recht kurz sind, insbesondere fand auch zwischen Antragstellung und Bewilligung eine schnelle Bearbeitung statt. Die 18,3 durchschnittlichen Tage liegen deutlich unter den durchschnittlichen Zeiten der DRV.

Tabelle 5: Zeiten zwischen den Prozessübergängen (in Tagen)

Prozessübergang	Durchschnitt	Median	Min - Max
Erstkontakt - Beratung	5,9	5	0 – 37
Beratung – SRK	40,6	31	3 - 193
SRK – Reha-Antrag	14,1	8	1 - 107
Reha-Antrag - Bewilligung	18,3	10	1 - 159
Bewilligung – Reha-Antritt	70	61,5	1 - 180

2.2 Qualitative Ergebnisse

2.2.1 Expert*innen-Interviews

Die Expert*inneninterviews mit vier Rehakompass-Lots*innen fanden im Juli 2021 statt. Somit spielte z.B. das Thema Umgang mit der Corona-Pandemie noch eine große Rolle.

So konnten durch die notwendigen Anpassungen im Zuge der Pandemie Effekte erkannt werden, die nicht ausschließlich als negativ wahrgenommen wurden. So sei es einigen Menschen leichter gefallen, sich in einer telefonischen Beratung zu öffnen als in einer persönlichen Sitzung, da so ein höheres Maß an Anonymität eingehalten werden konnte und die Organisation des Termins leichter fiel. In Bezug auf die Netzwerkarbeit wurde genannt, dass das in der Pandemie aufgekommene Angebot, digitale Formate zu nutzen, zu einer breiteren Streuung des Rehakompass geführt habe.

Negative Effekte waren der allgemein verspätete Start in die Beratungen sowie der postalische Austausch mit den Versicherten bzgl. der notwendigen auszufüllenden Unterlagen, der vermutlich aufgrund der suchtspezifischen Belastungen oft nicht funktioniert habe, wodurch Teilnehmende verloren gegangen seien. Im

weiteren Projektverlauf wurde deshalb, als dies wieder möglich war, in erster Linie auf persönliche Beratungen umgestellt, während im psychosomatischen Partnerprojekt SEMPRE weiter überwiegend telefonisch beraten wurde. In der Netzwerkarbeit wurde bemängelt, dass der mangelnde persönliche Kontakt zu einer geringeren Tiefe der Verbindung zu den Netzwerkpartner*innen geführt habe. Ebenso seien Netzwerkpartner*innen selbst sehr beschäftigt gewesen, ihr eigenes Netzwerk aufrechtzuerhalten. Schließlich sei es für die Netzwerkpartner*innen oft schwierig gewesen, potenzielle Teilnehmende anzusprechen, da sie lediglich Telefon- oder Mailkontakt mit diesen hatten.

Pandemieunabhängige, netzwerkspezifische Faktoren wurden ebenso thematisiert. Von den Lots*innen als förderliche Faktoren identifiziert wurden dabei Kontakte zu Personen, die über ein eigenes breites Netzwerk verfügten. Ebenso sei es von Vorteil gewesen, wenn in Betrieben Interesse an eigenen Beratungsstrukturen grundsätzlich bestanden hätte, diese aber (noch) nicht vorhanden waren.

Negativ wirkten sich hingegen z.B. fehlende Kontakte sowie die Ein- und Ausschlusskriterien für den Rehakompass aus. Letzterer Punkt war allerdings insb. auf die Altersgrenze von 60 Jahren nach oben bezogen, die im Verlauf des Projekts aufgehoben bzw. durch den Eintritt in die Altersrente ersetzt wurde. In Betrieben seien strikte Verfahren und Anweisungen, die eine Vermittlung an den Rehakompass ausschlössen ebenso hinderlich wie etablierte eigene Beratungsstrukturen. Für viele Betriebe und weitere Multiplikator*innen sei es zudem schwierig gewesen, eine Suchtproblematik adäquat einzuschätzen. Zuletzt wurde der schwierige Zugang zu niedergelassenen Ärzt*innen genannt, die wiederum eigentlich als sehr gut passende Netzwerkpartner*innen eingeschätzt wurden. Gründe seien die hohe Belastung der Praxen sowie teils nicht vorhandene Zugangswege per Mail. Auch der Zugang zu entsprechenden Arbeitskreisen sei schwierig.

2.2.2 Fokusgruppen

Jobcenter

Eine Fokusgruppe fand im Dezember 2021 mit fünf Teilnehmenden aus den Jobcentern Bremen, Bremerhaven und Oldenburg statt. Diese zogen ein insgesamt positives Zwischenfazit. Sie sahen den Rehakompass als Ergänzungselement an den Stellen, an denen sie an ihre Grenzen der Einflussnahme stießen. Besonders positiv seien auch die klaren Aufnahmekriterien und die schnelle und unkomplizierte Terminvereinbarung. Bei der Ansprache sei es aus ihrer Sicht von Vorteil, wenn bereits eine Vertrauensbasis zum*zur Kund*in bestehe. Kritisch sahen sie den recht hohen Aufwand für die Ansprachen für eine überschaubare Zahl an Teilnehmenden sowie die aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht gegebene Möglichkeit, sich über den Stand ihrer Kund*innen beim Rehakompass zu informieren

Lots*innen

Im Juni 2022 fand eine Fokusgruppe mit allen vier Lots*innen gemeinsam statt. Hier wurde thematisiert, dass viele der Gespräche eine hohe Intensität gehabt hätten. Die Gespräche seien besonders schwierig gewesen, wenn die Ratsuchenden eine hohe emotionale Belastung zeigten. In Einzelfällen sei es zu verbaler Aggression gekommen. In den meisten Fällen seien die Gespräche aber sehr konstruktiv und positiv verlaufen.

Gerade das Thema Sucht selbst war häufig ein Reizthema. Einige Ratsuchende konnten in der Beratung nicht überzeugt werden, sich auf den SRK einzulassen, andere hatten starke Ängste und Vorurteile gegenüber der Rehabilitation.

Der Kontakt mit den Teilnehmenden sei in SEMRES sehr eng gewesen. So sei während der Wartezeit auf den SRK alle vier Wochen durch die Lots*innen Kontakt aufgenommen worden, um nach dem aktuellen Stand zu fragen. Mit einigen Teilnehmenden habe fast durchgehend Kontakt bestanden, da diese viele Fragen gehabt hätten. Außerdem habe teilweise nach dem SRK noch Unterstützungsbedarf beim Ausfüllen der Antragsunterlagen bestanden, da viele Teilnehmende diese mit nach Hause genommen hätten, da sie sich vor Ort nicht hätten entscheiden können.

Zum Umgang mit dem Netzwerk wurde festgestellt, dass der Workshop, den die Lots*innen gaben, oft nicht ausreiche, um die Netzwerkpartner*innen adäquat auf eine Ansprache von Betroffenen vorzubereiten. Von einer Führungskraft in einem Betrieb habe es zudem die Rückmeldung gegeben, er könne das Projekt nicht empfehlen, da er Sorge habe, seine Mitarbeitenden würden wegen der potenziellen Reha für Wochen oder Monate ausfallen.

2.2.3 Problemzentrierte Interviews

Im Zeitraum zwischen Oktober und Dezember 2023 wurden acht Interviews mit ehemaligen SRK-Teilnehmenden geführt. Dabei schilderte die Mehrheit der Teilnehmenden den Kontakt mit den Rehalots*innen als wertschätzend, hilfreich und empathisch. Besonders hervorgehoben wurden deren Offenheit, das Vertrauensverhältnis, das Engagement und die Unterstützung bei organisatorischen Fragen. Zudem wurde betont, dass der SRK im Vergleich zum klassischen Antragsweg weniger bürokratisch und schneller sei.

Ebenso positiv genannt wurde die Teilnahme am SRK selbst, da die Atmosphäre als offen und angenehm beschrieben wurde und der Ablauf als strukturiert. Auch der Austausch mit den anderen Teilnehmenden sei hilfreich gewesen.

Als negative Punkte angesprochen wurden u.a. die aufgrund der teilweise geringen Nachfrage unregelmäßige Durchführung des SRK bzw. die Unsicherheit, ob dieser tatsächlich stattfinde. Als Hindernis für die eigene Teilnahme wurde das Stigma benannt, das mit einer Suchtproblematik und der Teilnahme an einem entsprechenden Angebot einhergehe.

Alles in allem schilderten die meisten Teilnehmenden, dass sie vom SRK sehr profitiert hätten und dass der SRK ihre Motivation zur Reha-Bewältigung verstärkt oder sogar erst ausgelöst habe.

2.2.4 Teilnehmende Beobachtung

Die Teilnehmende Beobachtung ließ den Schluss zu, dass die Lots*innen im Workshop eine gute Balance zwischen Wissensvermittlung, Interaktion und Reflexion hergestellt haben. Die Lernumgebung ermöglichte einen differenzierten Zugang zu komplexen Themen, wenn Methoden und Kommunikation auf die Gruppe abgestimmt waren. Für zukünftige Veranstaltungen empfiehlt sich eine noch stärkere Ausrichtung an der Dynamik der Zielgruppe, eine sensiblere Gestaltung theoretischer Inhalte sowie ein kontinuierlicher Fokus auf Moderation und Pausentaktung.

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

In Bezug auf die drei konkreten Projektziele, die in Abschnitt 1.3 benannt werden, muss festgehalten werden, dass diese den soeben dargestellten Ergebnissen nach zu urteilen nicht erreicht wurden. So konnte in Bezug auf die bisherige Dauer der Abhängigkeitserkrankung kein Unterschied zwischen den Menschen in der Rehakompass-Beratung und denen in der Erstberatung in einer Fachstelle Sucht gefunden werden. Ebenso wenig scheint es einen Unterschied in der Quote erfolgreicher Vermittlungen in die medizinische Rehabilitation zwischen den Gruppen zu geben. Schließlich unterschieden sich die beiden Gruppen auch nicht signifikant in Bezug auf den Behandlungserfolg, gemessen am Substanzkonsum bzw. der Abstinenz sechs Monate nach der Teilnahme am Sucht-Rehakompass.

Sowohl unerwartet als auch interessant ist, dass die Interventionsgruppe der Rehakompass-Teilnehmenden sich nach objektiven Kriterien (z.B. Erwerbsstatus, Arbeitsunfähigkeitszeiten) zur Aufnahme im Projekt nicht von der Kontrollgruppe aus den Fachstellen Sucht unterschied, sich aber subjektiv in einigen Bereichen stärker belastet wahrnahm, z.B. den somatoformen Beschwerden oder der Depressivität. Somit scheint durch den Rehakompass, anders als in den Projektzielen vorgesehen, eine stärker belastete Zielgruppe erreicht worden zu sein.

Dieses Ergebnis resultiert vermutlich aus mehreren Faktoren. So dürfte das Angebot durch die intensive Netzwerkarbeit zu Personen vorgestoßen sein, die bislang in gar keinem Kontakt mit dem Hilfesystem standen und diese zum Nachdenken über ihren Konsum gebracht haben. Dies ist ein ermutigendes Ergebnis. Eine Netzwerkarbeit, die bis in die Lebenswelten der Menschen hinein reicht (egal ob betrieblich, privat oder in der Gesundheitsversorgung), kann diese dort abholen, wo sie sind – und wo die regelhaften Angebote sie bislang nicht abgeholt haben.

Des Weiteren kann davon ausgegangen, dass von den zahlreichen Teilnehmenden, die nicht aus den Weiten des Netzwerks rekrutiert wurden, sondern nach Öffnung der Direktvermittlung durch die Fachstellen Sucht, viele bereits eine längere Krankheitsgeschichte aufweisen. Viele dieser Fachstellenklient*innen dürften einer medizinischen Rehabilitation trotz ihrer fortschreitenden Chronifizierung skeptisch gegenübergestanden haben – sei es aus mangelnder Einsicht in den Schweregrad der Erkrankung oder aus Angst bzw. Vorurteilen gegenüber der Behandlung. Für diese Zielgruppe dürfte der SRK als Angebot, in die Rehabilitation „reinzuschnuppern“, einen attraktiven, unverbindlichen ersten Schritt dargestellt haben.

Der Rehakompass konnte also durch die proaktive Netzwerkarbeit und das niedrigschwellige Angebot (mit Diagnostik und Schnuppern) deutlich belastete Menschen erreichen, die bislang nicht oder nicht adäquat versorgt wurden. Dies wird auch durch die qualitativen Befragungen gestützt, in der die Teilnehmenden schilderten, dass der SRK Ängste in Bezug auf eine Rehabilitation verringerte und den Prozess vereinfachte – was sich positiv auf die Behandlungsmotivation auswirkte.

In Bezug auf die dargestellten Ergebnisse muss davon ausgegangen werden, dass aufgrund der Konzeption der Kontrollgruppenbefragungen Verzerrungen entstanden sind. Es ist davon auszugehen, dass die Fachstellen Sucht für die Kontrollgruppe diejenigen Klient*innen im Erstkontakt für die umfangreichen Befragungen selektiert haben, die sie als besonders „leistungsstark“ (und damit am wenigsten chronifiziert) wahrnahmen. Dies ist durchaus sinnvoll, da diese am wahrscheinlichsten auch bis zur letzten Befragung (t3) durchhalten würden. Nichtsdestotrotz dürfte dies einen Einfluss auf den Vergleich mit der Interventionsgruppe gehabt haben.

Aufschlussreich ist hier auch der Vergleich mit offiziellen Zahlen (z.B. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2019; Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen, 2024), bei dem der Rehakompass in einigen Bereichen (z.B. bisherige Abhängigkeitsdauer, Vermittlungsquote) besser abschneidet.

Wie benannt war die Netzwerkarbeit entscheidend für die Teilnehmendenrekrutierung. Das Netzwerk erstreckte sich auf über 150 Institutionen (z.B. Jobcenter, Krankenkassen oder Betriebe) und zeigte sich weit überwiegend zufrieden mit dem Kontakt zu den Lots*innen und der Deutschen Rentenversicherung. In

einigen Bereichen, insb. bei den niedergelassenen Ärzt*innen, funktionierte die Vernetzung trotz des erheblichen Zeitaufwands kaum, in den meisten anderen aber gut.

Im Projekt SEMRES konnte somit gezeigt werden, dass intensive Netzwerkarbeit funktioniert - und sich auch lohnt. Ein enger Kontakt zu den verschiedenen Institutionen kann nicht nur helfen, Teilnehmende für Maßnahmen zu rekrutieren, sondern auch mögliche Fragen in der Zusammenarbeit auf schnellem Wege zu beantworten. Ebenso können Strukturen geschaffen und aufrechterhalten werden, die über die Projektdauer hinausgehen. So können weitere Projekte gemeinsam geplant und durchgeführt werden oder die Zusammenarbeit im Alltag verbessert werden.

Als letzte Erkenntnis aus dem Projekt muss festgehalten werden, dass die Teilnehmenden den angepassten Prozess zum Rehabilitationsantrag als einfacher ggü. dem regulären Antragsprozess und dies als Entlastung wahrgenommen haben. Zudem konnte der angepasste Prozess die Wartezeiten vom Erstkontakt über die Antragstellung im SRK bis zur späteren, potenziellen Rehabilitation verringern, im Vergleich zur Regelversorgung. Somit kann der Rehakompass auch im formalen, prozessorientierten Bereich als gute Alternative angenommen werden.

4 Verstetigung vor Ort

4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung

Bereits während der Laufzeit der Projekte SEMRES und SEMPRE (psychosomatisches Partnerprojekt) gab es eine Diskussion aller Projektpartner*innen über eine Fortführung des Rehakompass. Die Projektpartner*innen waren sich initial schnell einig, dass sie die Vorteile des Rehakompass sahen und eine Fortführung auch über die Projektlaufzeit hinaus befürworteten.

Um diese Fortführung zu ermöglichen, startete in der Folge ein Prozess, geführt durch die DRV Oldenburg-Bremen, der zunächst die Möglichkeiten für eine Verstetigung evaluierte und ein Konzept für diese erarbeitete. Diese Tätigkeiten erstreckten sich zeitlich ca. über das gesamte letzte Drittel der Projektlaufzeit.

Dabei wurden verschiedene Verstetigungsoptionen geprüft, insbesondere zwei, die in der Folge erläutert werden. Beide beinhalteten, dass sie die bürokratischen Prozesse (z.B. Anmeldung, Antragstellung, Antragsverarbeitung) soweit wie möglich an das Regelgeschäft der DRV anpassen und auch Effizienzgewinne durch die Digitalisierung und Automatisierung dieser Prozesse erreichen wollten. Die rechtliche Grundlage für die Fortführung der Finanzierung der Schnupper-Rehas sollte der §12 SGB IX (Maßnahmen zur Unterstützung der frühzeitigen Bedarfserkennung) werden. Es sollte geklärt werden, wie dies organisatorisch in den Konten der DRV abgebildet werden kann, was sich als größere Herausforderung als angenommen darstellte. Zum Zeitpunkt der Entscheidung für eine Nicht-Fortführung (siehe Abschnitt 4.2) konnten die bürokratischen Punkte noch nicht abschließend geklärt werden.

Variante 1: Wesentliche Fortführung des bisherigen Konzepts mit verringertem Personal

In dieser Variante sollte das Personal auf zwei Lots*innenstellen reduziert werden. Es sollten also sowohl die zwei weiteren Lots*innenstellen als auch die Stellen der Verwaltungskräfte wegfallen. Um den Arbeitsumfang im Rehakompass zu reduzieren, sollte z.B. (neben projektspezifischen Aufgaben, die mit Ende des Projektcharakters wegfielen, wie das Berichtswesen) die Netzwerkarbeit auf ein Maß reduziert werden, das eine Aufrechterhaltung des Netzwerks sicherte, die Workshops nur noch im Ausnahmefall angeboten und das zweite Lots*innengespräch nach der Schnupper-Reha abgeschafft werden. Durch die o.g. geplante Anpassung an das Regelgeschäft sollte zudem Aufwand reduziert werden.

Diese Variante wurde von der DRV trotz der Stellenreduktion als zu kostenintensiv bewertet.

Variante 2: Angepasstes Konzept mit Durchführung durch bereits angestelltes Regelpersonal

In dieser Variante sollten keine Stellen aus dem Projektpersonal in den Regelbetrieb übernommen werden. Die Beratungen sollten stattdessen durch die Reha-Fachberatung erfolgen. Das Netzwerk wurde als stabil bewertet und größere Ressourcen zur Aufrechterhaltung nicht eingeplant. In geringfügigem Maße sollte die Netzwerkarbeit durch den Sachbereich Rehaforschung übernommen werden. Auch hier sollte eine weitere Reduktion des Aufwandes durch die Anpassung an das Regelgeschäft erreicht werden.

Bei dieser Variante gab es in der Phase der Umkonzeptionierung bereits erhebliche Schwierigkeiten. Zudem wurde sie schließlich von den für die Fortführung notwendigen Netzwerkpartner*innen als nicht tragbar bewertet, da diese die Rolle der Lots*innen im Rehakompass als absolut notwendig ansahen.

4.2 Verstetigung im eigenen Rentenversicherungsträger

Aufgrund der in Abschnitt 4.1 genannten Bewertungen stellte sich heraus, dass sich eine Verstetigung nicht umsetzen ließ.

Daher mussten diese Bemühungen im Frühjahr 2025, also kurz vor Projektende, eingestellt werden, weshalb sowohl der Sucht-Rehakompass als auch der Psychosomatische Rehakompass nach Auslaufen der Projektfinanzierung von SEMRES und SEMPRE am 30.06.2025 beendet werden mussten.

Am 07.05.2025 fand die Rehakompass-Abschlussveranstaltung im Überseemuseum Bremen statt, auf der die Projektpartner*innen diesen Ausgang bedauerten und die gute Zusammenarbeit sowie das Projekt als solches würdigten.

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung

Trotz der Einstellung nach Projektende wurde deutlich, dass die Ansätze des Rehakompass eine sinnvolle Ergänzung zur Regelversorgung darstellen. Deshalb ist es wünschenswert, einige dieser Ansätze fortzuführen bzw. den „Geist“ des Rehakompass in die Versorgung einfließen zu lassen.

Dabei ist ein Bereich hervorzuheben, der in der bisherigen Versorgung kaum eine Rolle spielt: Die proaktive Ansprache. Der Rehakompass hat gezeigt, dass diese sich lohnt. Es konnten sowohl in SEMRES als auch in SEMPRE Versicherte angesprochen werden, die noch wenig Kontakt zum Hilfesystem hatten, obwohl sie schon länger unter einer Belastung litten. Gleichzeitig zeigt der Rehakompass, dass es das Erreichen dieser Zielgruppe nicht zum Nulltarif gibt. Wenn das Interesse daran besteht, müssen zusätzliche Ressourcen bereitgestellt werden.

In der Projektlaufzeit wurden solche Ressourcen für den Aufbau eines breiten Netzwerks eingesetzt – mit großem Erfolg. Dieses bestehende Netzwerk kann, wenn es aufrechterhalten wird, auch für weitere Projekte und die Zusammenarbeit im Alltag genutzt werden. Die Rentenversicherungsträger sollten die in der Netzwerkarbeit liegenden Potenziale zukünftig heben. Dafür wäre es denkbar, die Personalkapazitäten im Firmenservice auszubauen oder eine neue Struktur für besondere Aufgaben außerhalb des Tagesgeschäfts (wie die Netzwerkarbeit), zu schaffen.

Nicht vollumfänglich gehoben werden konnte das Potenzial, welches sich in der Zusammenarbeit mit Hausärzt*innen und weiteren niedergelassenen Ärzt*innen andeutete. Als oft erste Anlaufstelle von Versicherten sitzen sie an der primären und wohl wichtigsten Schnittstelle im gesamten Gesundheitssystem. Dieses Potenzial wurde erkannt und es wurde mit einem enormen Zeit- und Energieaufwand versucht, es für den Rehakompass nutzbar zu machen. Über weite Teile der Projektzeit allerdings mit geringem Erfolg. Im letzten Projektjahr gelang es, das Projekt auf zwei Konferenzen mit der primären Zielgruppe der Hausärzt*innen vorzustellen, was einen positiven Effekt auf die Rekrutierung hatte. Hier hätte aber weiter angesetzt werden müssen, was das Projektende verunmöglichte. Eine eindeutige Empfehlung an alle Rentenversicherungsträger ist daher, sich dieser Zielgruppe in Zukunft verstärkt zu widmen: Sei es zur Verbesserung der Prävention oder der Rehabilitation.

Der SRK konnte Ängste und Vorurteile bei den Versicherten nehmen. Die einzigartige Kombination aus Kennenlernen von Ort und Programm, Diagnostik sowie Unterstützung bei der Antragstellung konnte viele der anfangs oft skeptischen Teilnehmenden von der Beantragung einer Rehabilitation überzeugen. Zudem konnten die Teilnehmenden hier gut auf die Rehabilitation vorbereitet werden. Für Rentenversicherungsträger, aber auch für Leistungserbringer, die einen Bedarf an gut vorbereiteten Rehabilitand*innen haben, wäre eine Übernahme des Konzepts der Schnupper-Reha sinnvoll und durchaus denkbar.

Zuletzt ist zu erwähnen, dass eine Anpassung der Prozesse hilft, die Antragstellung für die Versicherten zu vereinfachen. Der Schlüssel liegt hierbei in der Unterstützung von Zielgruppen, die ohne diese Unterstützung mit dem Prozess der Antragstellung überfordert wären. Diese konnte im Rehakompass gegeben werden. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass dies zu einer Entlastung auf Seiten der Versicherten und verstärkter Motivation, sich zu einer Rehabilitation durchzuringen, geführt hat. Dies ist gerade für Abhängigkeitskranke i.d.R. mit hohen Hürden verbunden. Eine Idee wäre, die Beratungskapazitäten der Deutschen Rentenversicherung zu erhöhen, um überforderte Versicherte angemessen unterstützen zu können.

Neben diesen Überlegungen sollte aber die allgemeine Vereinfachung des Antragsprozesses nicht aus den Augen verloren werden, die ebenso wichtig ist, um das Rehabilitationssystem für die Versicherten attraktiver zu machen.

Abschließendes Fazit

Das Projekt SEMRES kann als teilweise erfolgreiches Projekt verbucht werden. Zwar konnten zentrale Ziele, wie das frühere Erreichen im Krankheitsverlauf oder bessere Ergebnisse als in der Kontrollgruppe nicht erreicht werden.

Dennoch zeigten sich diverse vielversprechende Ansätze. So konnten durch die proaktive Ansprache durch einen Netzwerkaufbau in die Lebenswelt der Versicherten Personen stark belastete Zielgruppen erreicht werden. Ebenso konnten Versicherte besser auf eine Rehabilitation vorbereitet sowie Ängste und Vorurteile gegenüber einer Rehabilitation auf ihrer Seite abgebaut werden. Schließlich wurde der Prozess der Antragstellung für die Versicherten angepasst und dadurch vereinfacht.

Obwohl eine Verstetigung des Projekts vor Ort leider nicht möglich ist, empfiehlt sich für die Rentenversicherungsträger eine Übernahme der erfolgreichen Ansätze.

Literatur

Deutsche Rentenversicherung Bund (2017). *Rentenversicherung in Zeitreihen.* Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2019). *Die Versorgung Suchtkranker in Deutsch land: Update 2019.* https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/Die_Versorgung_Suchtkranker_in_Deutschland_Update_2019.pdf (Letzter Zugriff: 20.06.2025).

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2017). *Drogen- und Suchtbericht.* Berlin: Drogenbeauftragte der Bundesregierung.

Erbas, E. & Buchner, U.G. (2012). Pathologisches Glücksspielen. Prävalenz, Komorbidität, Diagnose und Hilfsangebote in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt International, 109,* 173-9.

Gomes de Matos, E., Kraus, L., Pabst, A. & Piontek, D. (2013). Problembewusstsein und Inanspruchnahme von Hilfe bei substanzbezogenen Problemen. *Sucht, 59*, 355-66.

Hollederer, A. (2009). Gesundheit und Krankheit von Arbeitslosen sowie Chancen und Grenzen arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung. In: A. Hollederer. *Gesundheit von Arbeitslosen fördern.* (S. 12-38). Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.

Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D. & Gomes de Matos, E. (2013) Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen: Trends in Deutschland 1980-2012. *Sucht, 59,* 333-45.

Lampert, T. & Kroll, L.E. (2014). Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. *GBE kompakt 2* (5).

Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken* (11. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Neugebauer, U. & Beywl, W. (2006). Methoden zur Netzwerkanalyse. *Zeitschrift für Evaluation*, 2, 249-286.

6 Anlagen

6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt

Übersichtskasten

Projekttitel	Steuern mit dem Rehakompass: Alle in einem Boot. Schnittstellenmanagement zur frühzeitigen Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs und rechtzeitigen Vermittlung in die Rehabilitation von Menschen mit Suchterkrankungen
Akronym	SEMRES
Zuwendungsempfänger	Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen
Projektbeteiligte	Deutsche Rentenversicherung Bund
	Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover
	Jobcenter Bremen
	Jobcenter Bremerhaven
	Jobcenter Oldenburg
Förderaufruf	Erster Förderaufruf
Projektzeitraum	1.1.2020 bis 30.06.2025

6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis

- Beitrag Nordwestzeitung, 08.06.21, Hilkmann, K.: „Einen gesunden Kurs fin-den. Rehakompass: Psychische Störungen und Suchtgefahren frühzeitig entgegenwirken“
- Beitrag BAM (Magazin der Arbeitnehmerkammer Bremen), Januar/Februar 2022, Zacharias, A.: „Crash-Kurs für die innere Balance.“
- Flyer Rehakompass
- Flyer Rehakompass-Workshop
- Newsletter „Update Rehakompass“, 9 Ausgaben, jeweils veröffentlicht am: 01.11.2021, 16.12.2021, 22.09.2022, 22.12.2022, 28.06.2023, 16.02.2024, 16.06.2024, 13.03.2025, 05.06.2025
- Plakat Rehakompass

6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen

Diekhof, C., Tielking, K., Tolle, L. (2022). Zugänge in die Rehabilitation verbessern durch Netzwerkarbeit mit dem Rehakompass. *Welt der Gesundheitsversor-gung,7(8),* 78-83.

Jürgens, L., Schädlich, F.B., Tielking, K. (2025). Von der Theorie zur Praxis: Ein Faktencheck der Ansätze von SEMRES zur Unterstützung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankung. In:

Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (Hrsg.): 34. Rehabilitationswissenschaflliches Kolloquium Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung Mensch trifft Maschine - digitale Chancen in Prävention und Rehabilitation nutzen vom 18. bis 20. März 2025 in Nürnberg. *DRV-Schriften Band 131.* Ber-lin: DRV Bund: 384-386.

Jürgens, J., Schädlich, F.B., Tielking, K. (2024). Kurze Wege führen zum Ziel- Neue Wege, um in die Reha zu lotsen (SEMRES). In: *Suchttherapie 2024; 25(S 01):* S39. 001: 10.1055/s-0044-1790388.

Jürgens, J., Tielking, K., Schädlich, F.B. (2024). Der Mensch im Mittelpunkt - der Sucht- Rehakompass (SRK) für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 33. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Nachhaltigkeit und Teil-habe: ökologisch - ökonomisch - sozial vom 18. bis 20. März 2024 in Bremen. *DRV-Schriften Band 130.* Berlin: 61-63.

Jürgens, L., Schädlich, F.B., & Tielking, K. (2023). Motivation[2] durch SEMRES - Mit dem Rehakompass zur richtigen Zeit am richtigen Ort. *Sucht aktuell,* 30(2), 34-40.

Kothe, M., Tolle, L., Schüz, N., Brushinski, E., Brütt, A.L., Jürgens, L., Schädlich, F.B., Tielking, K. (2024). Der Rehakompass: Ein Angebot zur Stärkung des Rehazugangs für Menschen mit einer psychischen oder Suchterkrankung. *Welt der Ge-sundheitsversorgung, 4(17),* 174-177.

Tielking, K. (2025). Wege in die Suchtrehabilitation zwischen Stigma und erfolgreichem Zu-gang - Erfahrungen aus dem Projekt SEMRES. In: Dokumentation zur **XXXIV.** Niedersächsische Suchtkonferenz am 28. Oktober 2024 - Online-Fachkonferenz. Hannover: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. (in Druck)

Tielking, K., Diekhof, C. (2020). Frühere Zugänge in die Rehabilitation über Gesundheits- oder Präventionsthemen? -Ansätze eines neuen Modellprojektes im Rahmen des Bundesmodellprogrammes rehapro. In: *Impulse. Heft 109, 4. Quartal* 2020: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.: Hannover: 20.

Tielking, K., Jürgens, L. & Schädlich, F. (2025). Wege in die Suchthilfe. *Ergebnisbericht zur Wirkungsevaluation von SEMRES und dem Sucht-Rehakompass.* Wiesba-den: Springer.

Tielking, K., Schädlich, F.B., Jürgens, L. (2023). Neue Klient*innen durch neue Wege?! - Erste Ergebnisse aus der Suchtforschung zum Modellprojekt SEMRES. In: *Deutscher Suchtkongress. DSK, Val. 1, No 1 (2023):* Article ID 979. DOI: 10.18416/DSK.2023.979.

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