ERGEBNISBAND

Reha-Integrativ

Integrative stationäre Behandlung von Versicherten mit besonderen beruflichen Problemlagen

Modellprojekt ▪ Bundesprogramm rehapro ▪ Erster Förderaufruf

Projektverantwortlich:
Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Gefördert durch:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

rehapro

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Der vorliegende Ergebnisband stellt das Modellprojekt Reha-Integrativ 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 Reha-Integrativ 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 Einleitung 4

2 Darstellung des Modellprojekts 6
2.1 Ausgangslage 6
2.2 Inhalt 7
2.3 Ziele 8
2.4 Organisation/Beteiligte Akteure 9
2.5 Wissenschaftliche Begleitung 10

3 Ergebnisse des Modellprojekts. 14

4 Erkenntnisse zu den innovativen (Teil-)Ansätzen und deren Wirkungen. 25

5 Verstetigung vor Ort 27
5.1 Ausgangslage 27
5.2 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung 27
5.3 Verstetigung im eigenen Jobcenter/Rentenversicherungsträger 27

6 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung 31

7 Anlagen 43
7.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt 43
7.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis 43
7.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen 44

1 Einleitung

Der Anteil von psychischen Erkrankungen an den gesamten Arbeitsunfähigkeitstagen hat bundesweit in den letzten 15 Jahren deutlich zugenommen (DRV Bund 2017). Laut einem Bericht der Bundesregierung (Bundestags-Drucksache 18/8587) wurden im Jahr 2014 bundesweit insgesamt 66,3 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Erkrankungen registriert. Ihr Anteil an den gesamten Arbeitsunfähigkeitstagen ist von 5,6 Prozent im Jahr 1999 auf 14,6 Prozent im Jahr 2014 angewachsen. Der BKK Dachverband berichtet im Gesundheitsreport 2024 über einen Anteil psychischer Störungen von 5,1 Prozent bei allen AU-Fällen, die aber 16,7 Prozent der AU-Tage ausmachen (Gesundheitsreport 2024, S. 67). Die Krankheitskosten durch psychische und Verhaltensstörungen betrugen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2020 in Deutschland 48,5 Milliarden Euro (www.destatis.de). Bei den Zugängen zu Renten wegen Erwerbsminderung beträgt der Anteil psychischer Erkrankungen mehr als 40 Prozent und führt demnach ebenfalls zu hohen Ausgaben.

Bei einer andauernden Beeinträchtigung der beruflichen Teilhabe können Personen mit psychischen Erkrankungen und bei Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen an einer psychosomatischen Rehabilitation teilnehmen, mit der die Folgen der Erkrankungen gemildert und die berufliche Teilhabe gestärkt werden sollen. Die Deutsche Rentenversicherung bietet hierfür in der Regel fünfwöchige Maßnahmen an, die psychotherapeutische mit anderen therapeutischen Modulen kombiniert. Die Personen können im Anschluss an diese Rehabilitation das Nachsorgeangebot PsyRena in Anspruch nehmen, mit welchem die Rehabilitationsinhalte in den Alltag übertragen werden sollen.

Für den Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen ist eine frühzeitige Intervention, sofern möglich auch präventiv, und Kombination mit anderen Versorgungseinrichtungen z. B. aus dem SGB V Bereich wichtig, damit diese die gewünschten Effekte nachhaltig erreichen können. Das Projekt Reha-Integrativ hat hier angesetzt und eine frühzeitige sowie umfassende Behandlung der teilnehmenden Personen mittels einer intensivierten teilhabeorientierten Rehabilitationsmaßnahme erprobt. In einer zweiwöchigen Intensivphase wurde der Anteil teilhabeorientierter psychotherapeutischer Leistungen so weit erhöht, dass Teilhabehemmnisse, die durch Kontextfaktoren, psychische Beeinträchtigungen oder (arbeits-) biographische Konflikte und Probleme entstanden oder begründet waren, intensiv bearbeitet werden konnten. In einer anschließenden regulären Rehabilitationsmaßnahme sollte dann ein besserer Fokus auf die weiteren Kontextfaktoren möglich werden.

Die Intensivphase wurde im Rehazentrum Oberharz in Clausthal-Zellerfeld durchgeführt.

In Kürze

- Psychische Erkrankungen betreffen jährlich rund fünf Prozent aller AU-Fälle und machen rund 16 Prozent aller Fehlzeiten aus
- Fehlzeiten verursachen Krankheitskosten von 48,5 Milliarden Euro pro Jahr
- Auch im Bereich der Rehabilitation durch die Deutsche Rentenversicherung sind psychische Erkrankungen wesentlich
- 40 Prozent der Neuanträge auf Renten wegen Erwerbsminderung haben eine psychische Erkrankung als Ursache
- Dennoch ist ein frühzeitiger Zugang zu Behandlungsformen, vor allem im akutmedizinischen Bereich nicht immer möglich
- Das Chronifizierungsrisiko steigt mit zunehmender Erkrankungsdauer und die Wahrscheinlichkeit einer kontinuierlichen Beschäftigung sinkt entsprechend
- Reha-Integrativ sollte eine frühzeitige und intensive teilhabeorientierte Psychotherapie erproben
- Auch Personen, die bisher nicht in psychotherapeutischer Behandlung waren, sollten teilnehmen können
- Reha-Integrativ hatte daher mehr Einzel- und Gruppengespräche als im Vergleich zu regulären psychosomatischen Rehabilitationen und verfolgte das Ziel, teilnehmende Personen nachhaltiger in ihrer Beschäftigungsfähigkeit zu stärken
- Am Projekt haben insgesamt 285 Personen teilgenommen
- Sie haben ein zweiwöchiges intensiviertes Programm erhalten und dieses als feste Gruppe durchlaufen

- Es zeigten sich positive Effekte insbesondere für Personen, die erst am Anfang ihrer Erkrankungen standen und welche bisher nur leichte Symptome gezeigt haben
- Die Stärkung der weiteren Beschäftigungsfähigkeit war für diese Gruppe von Teilnehmenden am höchsten
- Sie haben am besten von der Intensität des erprobten Behandlungskonzepts profitiert und Symptome von Depression und Angststörungen konnten wesentlich reduziert werden
- Die subjektive Gesundheitseinschätzung und Zufriedenheit waren bei allen Teilnehmenden höher als in der Kontrollgruppe
- Insgesamt ist die Wirksamkeit psychosomatischer Rehabilitation sehr hoch, in dem mehr als 70 Prozent der Teilnehmenden auch noch 12 Monate nach der Rehabilitation in Beschäftigung sind
- Die Effekte für die Gruppe mit fortgeschrittener Erkrankung und schweren Symptomen unterschieden sich nur kaum von der Kontrollgruppe, was die Bedeutung eines frühzeitigen Zugangs zum Versorgungssystem zeigt
- Regionale Arbeitgeber und Krankenkassen konnten trotz verschiedener Initiativen nur bedingt für einen frühzeitigen Zugang eingebunden werden
- Die Durchführung als Rehabilitation könnte dabei selbst ein Hemmnis für einen frühzeitigen Zugang sein, da Teilhabe bereits absehbar eingeschränkt sein muss und ärztliche Unterstützung bei der Antragstellung nötig ist
- Eine Erprobung und möglicherweise Fortführung als Prävention könnten die Inanspruchnahme der intensivierten Leistung steigern
- Potentielle Teilnehmenden könnten so frühzeitiger und niedrigeschwelliger profitieren und es würde sich ein gestuftes, rehabilitativ-orientiertes Versorgungssystem von Prävention und Rehabilitation ergeben

Der Ergebnisband wurde von der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover erstellt, die auch für die wissenschaftliche Begleitung verantwortlich war. Der Ergebnisband ist daher auch der wissenschaftliche Abschlussbericht. Die verantwortliche Projektmitarbeiterin hat überwiegend die Kapitel „Wissenschaftliche Begleitung“, „Ergebnisse des Modellprojekts“ und „Erkenntnisse“ erstellt und Teile der anderen Kapitel beigetragen, insbesondere die Fallbeispiele.

2 Darstellung des Modellprojekts

2.1 Ausgangslage

Der Anteil von psychischen Erkrankungen an den gesamten Arbeitsunfähigkeitstagen hat bundesweit in den letzten 15 Jahren deutlich zugenommen (Deutsche Rentenversicherung Bund 2017). Laut einem Bericht der Bundesregierung (Bundestags-Drucksache 18/8587) wurden im Jahr 2014 bundesweit insgesamt 66,3 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Erkrankungen registriert. Ihr Anteil an den gesamten Arbeitsunfähigkeitstagen ist von 5,6 Prozent im Jahr 1999 auf 14,6 Prozent im Jahr 2014 angewachsen. Der BKK Dachverband berichtet im Gesundheitsreport 2024 über einen Anteil psychischer Störungen von 5,1 Prozent bei allen AU-Fällen, die aber 16,7 Prozent der AU-Tage ausmachen (Klemm et. al. 2024, S. 67).

Die volkswirtschaftlichen Kosten, die sich aus dieser Entwicklung für die einzelnen Sozialversicherungsträger ergeben, sind enorm. Die Produktionsausfallkosten aufgrund psychischer Erkrankungen wurde 2014 auf 8,3 Mrd. Euro geschätzt, der Ausfall an Bruttowertschöpfung auf 13,1 Mrd. Euro (BMAS & BAuA 2016, 42-44). Die Krankheitskosten durch psychische und Verhaltensstörungen betrugen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2020 in Deutschland 48,5 Milliarden Euro (www.destatis.de). Damit entfielen rund 11 Prozent der gesamten Krankheitskosten in Höhe von 440,8 Milliarden Euro auf diese Krankheitsgruppe. Nicht aufgeführt in dieser Auflistung sind die direkten und indirekten Kosten für die psychosomatischen Erkrankungen, die neben psychischen Beeinträchtigungen häufig auch von körperlichen Beschwerden mit teilweise gravierenden Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit begleitet werden. Bei den Zugängen zu Renten wegen Erwerbsminderung beträgt der Anteil psychischer Erkrankungen mehr als 40 Prozent und führt demnach ebenfalls zu hohen Ausgaben.

Bei Versicherten mit besonderen beruflichen Problemlagen und hemmenden Kontextfaktoren, die einer Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit entgegenstehen, besteht ein besonders hohes Risiko für eine psychische Erkrankung mit langandauernder Arbeitsunfähigkeit. Diese Menschen werden mit den derzeit verfügbaren ambulanten Therapieangeboten meist nicht bedarfsgerecht versorgt, wobei ungünstige Faktoren wie z.B. niedriger sozioökonomischer Status das Finden eines geeigneten Therapeuten zusätzlich erschweren. Etwa der Hälfte der Rehabilitanden in einer psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung ist es vor Aufnahme in die Klinik aus unterschiedlichen Gründen nicht gelungen, eine ambulante Psychotherapie zu beginnen. Einigen Rehabilitanden, die angeben, in einer ambulanten Psychotherapie zu sein, kennen nicht den Unterschied zwischen ambulanter Richtlinienpsychotherapie und einer Behandlung beim niedergelassenen Psychiater oder zur psychosomatischen Grundversorgung (Bassler, 2016). Es ist zum ersten darauf zurückzuführen, dass sozialmedizinisch relevante Aspekte mangels Kenntnis der Therapeuten in der Behandlung zu wenig thematisiert werden. Es ist zum zweiten laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes ein Grundproblem der ambulanten Versorgung von psychisch erkrankten Versicherten, dass eine vergleichsweise lange Wartezeit von durchschnittlich vier Monaten und eine unterschiedliche Versorgungsdichte in städtischen und ländlichen Räumen bestehen, die für etwa 50 Prozent aller Versicherten, die sich telefonisch um einen Psychotherapieplatz bemühen, Grund genug sind, die Suche nach einem geeignetem Therapieplatz bereits nach wenigen Versuchen abzubrechen. Ein drittes Problem besteht darin, dass nicht wenige Versicherte, für die eigentlich eine psychosomatische Rehabilitation indiziert wäre, aufgrund geringer psychischer Belastbarkeit noch nicht rehafähig sind und deshalb zunächst einer stabilisierenden Vorbehandlung mit anschließender Weiterleitung in die Rehabilitation bedürfen, wofür es aber bislang noch kein etabliertes Versorgungsangebot gibt.

Eine frühzeitige Versorgung wäre aber vorteilhaft, da psychische Erkrankungen wie Depression oder Angst oft einen chronischen Verlauf haben, der bereits schon nach 2-3 Monaten einsetzt. Dabei gilt, dass eine Erkrankung eine umso längere Behandlungszeit mit einer entsprechenden Therapiedosis benötigt, je schwerer die Erkrankung ist und je weiter der Chronifizierungsgrad fortgeschritten ist. Gerade bei Arbeitnehmern über 40 Jahre hängt die Symptomatik häufig mit belastenden Kontextfaktoren wie Arbeitsplatz – oder familiären Konflikten zusammen. Unter diesen Umständen wird die Chronifizierung der Erkrankung so sehr beschleunigt, dass Arbeitsunfähigkeit oder in schweren Fällen auch Erwerbsunfähigkeit drohen. Bis zum Beginn des Projekts wurde ein Rehaantrag dann oft unter Verweis auf die nicht erfolgte Ausschöpfung ambulanter Therapiemaßnahmen abgelehnt.

Bei einem erfolgreichen Rehaantrag muss zunächst geprüft werden, ob die bestehende Symptomatik (bspw. Ängste, Stimmungstiefs, Schmerzen, Depressionen) einer multidisziplinären Behandlungsform, die in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik vorgehalten wird, zugänglich ist und dieser Behandlungsansatz zu einer Verbesserung der Funktionsfähigkeit, also zur Verbesserung des Antriebs, der Konzentrationsfähigkeit, der Motivation, oder zur Linderung von Ängsten und Stimmungsschwankungen so weit beiträgt, dass eine Reintegration ins Erwerbsleben möglich ist. Die psychosomatische Rehabilitation trägt zur Senkung des Beschwerdedrucks im Allgemeinen und der Reduktion der Depressions- und Angstsymptome im Besonderen bei. Rehabilitanden, die weniger als drei Monate im Jahr vor der medizinischen Heilbehandlung arbeitsunfähig waren, die noch einen Arbeitsplatz innehaben und deren Krankheitslast nicht so schwer ist, profitieren ganz besonders von der Rehabilitation, wobei es einen direkten Zusammenhang zwischen der Länge der medizinischen Rehabilitationsbehandlung und dem Ausmaß der Beschwerdereduktion gibt. Etwa 70 Prozent der Rehabilitanden, die sich einer medizinisch-psychosomatischen Rehabilitation unterziehen, kehren an ihren Arbeitsplatz zurück und sind auch noch ein Jahr nach Beendigung der Rehabilitationsbehandlung in ihren Arbeitsplatz integriert. Der verbleibende Anteil von 30 Prozent, welcher arbeitsunfähig entlassen wird, wird bedingt durch häufige AU-Zeiten im Jahr vor der Heilbehandlung von über 3 Monaten, Rentenbegehrenden und Rentenantragstellenden, Arbeitslosen und Patienten mit einer klinisch relevanten Erkrankungsschwere.

2.2 Inhalt

Das rehapro Modellprojekt Reha-Integrativ der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover (DRV BS-H) war ein adaptives Therapiekonzept und sollte durch eine frühzeitige Intervention (innerhalb der ersten drei Monate einer AU) einer drohenden Chronifizierung bzw. (Teil-)Erwerbsminderung entgegenwirken. Dazu wurde die fünf-wöchige psychosomatische Reha in zwei Phasen mit unterschiedlichen Therapieinhalten und -zielen aufgeteilt. Die Innovation bestand in einer zweiwöchigen, intensivierten Vorbehandlung vor der eigentlichen Rehabilitation, um die Einschränkungen aufgrund der psychischen Erkrankung adäquat beschreiben zu konnten.

Infobox 1: Die Zeitangaben der Rehabilitationsphasen beziehen sich auf die Mindestdauer in Minuten pro Woche und basieren auf den Reha-Therapiestandards (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2016).

Inhalt	Intensivphase	Rehabilitationsphase
Oberarztvisiten	2 x 15 min	1 x 15 min
Einzelpsychotherapie	2 x 50 min	1 x 30 min
Gruppenpsychotherapie	3 x 90 min (270 min)	210 min
Aktivitätsaufbau	1 x 90	1 x 60
Entspannung	2 x 60 min + 2 x 30 min	1 x 30 min
Körperorientierte Therapie	5 x 60 min (insgesamt 300 min)	3 x, insgesamt 210 min
Gestaltungstherapie	1 x 90 min	1 x 90 min

Inhalt	Intensivphase	Rehabilitationsphase
Therapieziel	***Stabilisierung*** (Behandlung von Teilhabehemmnissen, verursacht durch Kontextfaktoren, Konflikte, psychische Beeinträchtigungen)	***Konfliktzentrierte Psychotherapie*** (Konflikte am Arbeitsplatz) ***Förderzentrierte Therapie*** (längere Arbeitslosigkeit/Abwesenheit) ***Erweiterte Funktionsdiagnostik*** (Gedanken an Rentenantrag)
Setting	Feste Gruppe (9 Personen)	Offene Gruppen

Die Reha-Integrativ (RH-I) enthielt im Vergleich zur klassischen psychosomatischen Reha (RH-KL) daher eine Dosiserhöhung der teilhabeorientierten Psychotherapiedosis innerhalb der ersten zwei Wochen einer insgesamt fünf-wöchigen psychosomatischen Reha. Die verbleibenden drei Wochen bestanden aus Elementen der regulären psychosomatischen Rehabilitation und es war eine Verlängerung der Rehabilitation möglich. Die teilhabeorientierte Psychotherapie berücksichtigt Fragen zum Zugang zu Lebensbereichen, zur Daseinsentfaltung, zum selbstbestimmten Leben, sowie subjektive Erfahrungen der Versicherte bei der Erarbeitung von Reha-Zielen (Muschalla et al., 2018). Die Intensivphase fokussierte auf die Behandlung hemmender Kontextfaktoren (Umweltfaktoren, personengebundene Faktoren (Schuntermann, 2009)), Stärkung der Selbstwirksamkeit, diente der Stabilisierung der Versicherte und fand in geschlossenen Gruppen statt. Die anschließende Rehabilitationsphase in offenen Gruppen diente hauptsachlich der Bearbeitung berufsbezogener Themen (siehe Infobox 1).

2.3 Ziele

Das Hauptziel des Projekts war der langfristige Erhalt der Erwerbsfähigkeit und Erwerbstätigkeit der Versicherten. Durch die rasche psychotherapeutische Behandlung innerhalb der ersten 3 Monate einer AU mit Fokus auf individuelle, akute Bedürfnisse sollten Chronifizierungsprozesse rechtzeitig verhindert werden. Die Kombination aus Intensivphase und anschließender regulärer psychosomatischer Rehabilitation sollte die Wirksamkeit deutlich erhöhen – und damit die Chance auf die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben.

Es wurde angenommen, dass sich bei den Versicherten die Häufigkeit von Krankschreibungen über einen Beobachtungszeitraum von 1 Jahr nach Abschluss der Behandlung um 30 Prozent verringert. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeitszeiten sollte ebenfalls im entsprechenden Verhältnis innerhalb 1 Jahres reduziert werden. Des Weiteren wurde erwartet, dass bei den Versicherten im gleichen Katamnese Zeitraum die Beeinträchtigung durch psychische bzw. psychovegetative Symptome im Vergleich zu einer praxisüblichen psychosomatischen Standardrehabilitation signifikant geringer ausfällt. Die Versicherten sollten durch die zweiwöchige Intensivtherapie mit anschließender psychosomatischer Rehabilitation befähigt werden, die Barrieren zu weiteren psychotherapeutischen Leistungen effektiver als bisher zu überwinden und zugleich eine deutlich verbesserte Motivation zur Rückkehr bzw. Verbleib am Arbeitsplatz gewinnen konnten. Die Reintegrationsquote der teilnehmenden Versicherten in einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung sollte sich daher innerhalb des 1 Jahres nach Abschluss der integrativen Behandlung um mindestens 20% im Vergleich zur Quote von Teilnehmern an praxisüblichen medizinischen Rehabilitationsbehandlungen verbessern. Zudem wollte die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover herausfinden, ob die intensivierte, teilhabeorientierte Psychotherapie bereits für eine Rückkehr an den Arbeitsplatz ausreicht.

Daneben wurde ein zusätzlicher Erkenntnisgewinn (z.B. Mustererkennung in Form von wiederkehrenden Prozessen und Formen) des individuellen Umgangs mit den aktuellen Therapieangeboten

angestrebt, der nur aus der subjektiven Perspektive der Versicherte in Verbindung mit der individuellen Krankheitsbewältigung sichtbar wird, aber in einer rein quantitativen Auswertung verborgen bleibt (Nielsen et al., 2010). Hierzu sollten Antworten gefunden werden, die die subjektive Bewertung der Maßnahmen herausstellen und mit den differentiellen Persönlichkeits- und Umweltfaktoren der Projektteilnehmer verbinden. Außerdem sollten Maßnahmen– und persönlichkeitsassoziierte Faktoren definiert und beschrieben werden, die mit Erfolg oder Misserfolg der Maßnahme korrelieren, u.a. prädiktive Faktoren bzw. Merkmale, die prognostisch für eine erfolgreiche Inanspruchnahme des Therapieprogramms günstig sind bzw. eher einen Misserfolg wahrscheinlich machen. Schlussendlich sollte das Modellprojekt Reha-Integrativ der Entwicklung und empirischen Prüfung innovativer therapeutischer Interventionsstrategien für sozialmedizinisch komplexe Problemlagen dienen.

Die frühzeitige Erbringung der Intervention sollte neben dem Einschluss von noch nicht sich in Behandlung befindenden Personen auch über eine Vernetzung mit Krankenkassen und Betrieben erfolgen. Es wurde angestrebt, dass diese Einrichtungen Personen mit der entsprechenden gesundheitlichen Symptomatik prinzipiell direkt im Rehazentrum Oberharz anmelden, um eine nahtlose Versorgung sowie einen besseren Arbeitsplatzbezug sicherzustellen; im Rahmen der Anmeldung sollten die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen geprüft werden. Im Anschluss an die Behandlung in Reha-Integrativ sollten die Einrichtungen die weitere Nachsorge bzw. Versorgung organisieren und z.B. über Maßnahmen des vorhanden betrieblichen Gesundheitsmanagements sicherstellen.

2.4 Organisation/Beteiligte Akteure

Das Projekt wurde von der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover und dem Rehazentrum Oberharz in Clausthal-Zellerfeld durchgeführt. Im Verlauf des Projekts standen auch die Deutschen Rentenversicherungen Bund und Mitteldeutschland als Kooperationspartner zur Verfügung. Die wissenschaftliche Begleitung wurde von einer Projektmitarbeiterin der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover durchgeführt.

Die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover übernahm die Gesamtprojektleitung und war für die Umsetzung der Verwaltungsprozesse verantwortlich. Für die Rekrutierung der Versicherten wurden Anträge auf psychosomatische Rehabilitation innerhalb der Prozessroutine des Ärztlichen Dienstes anhand vorgegebener Einschlusskriterien ausgewählt. Die wesentlichen Kriterien waren schwerwiegende psychische oder psychosomatische Symptomatik, besondere berufliche Problemlagen, hemmende Kontextfaktoren, keine bedarfsgerechte ambulante Versorgung, maximal 3-monatige Arbeitsunfähigkeit. Ausschlusskriterien waren akute Suchterkrankung, Psychose, posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Teilnahme an ambulanter Psychotherapie, mangelnde Gruppenfähigkeit, Ablehnung gruppentherapeutischer Angebote, fehlende deutsche Sprachkenntnis, gestellter Renten- oder Erwerbsminderungsrentenantrag oder Gewicht über 130 kg (versicherungstechnischer Hintergrund bezüglich der Klinikbetten).

Die randomisierte Zuteilung zu den Gruppen (RH-I = Interventionsgruppe, RH-KL = Kontrollgruppe) erfolgte nach der ärztlichen Zuweisung durch die wissenschaftliche Begleitung. Die Begleitung hat vor Zuweisung zur Interventionsgruppe das Einverständnis der potentiellen Teilnehmenden eingeholt. Wenn diese vorlag, wurden die Teilnehmenden verwaltungsseitig im Projekt eingeschrieben, so dass die innovativen Leistungen von regulären Maßnahmen abgegrenzt werden konnte. Falls die Einwilligung nicht gegeben wurde, erhielten die Personen eine Bewilligung für eine reguläre psychosomatische Rehabilitation. Die Teilnahme an Reha-Integrativ war nur bei gleichzeitiger Einwilligung zur wissenschaftlichen Begleitung möglich.

Das Rehazentrum war für die eigentliche Umsetzung von Reha-Integrativ verantwortlich. Es prüfte nochmals die klinischen Voraussetzungen der potentiellen Teilnehmenden und konnte vor Aufnahme eine Umvotierung in die reguläre psychosomatische Rehabilitation vornehmen. Es konnte auch Teilnehmende an einer regulären psychosomatischen Rehabilitation nach Reha-Integrativ umvotieren, sofern die Voraussetzungen gegeben waren. Die Kohortenbildung mit gemischtem Geschlechterverhältnis erfolgte im Rehazentrum und eine Kohorte bestand aus je neun Versicherten der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe. Innerhalb einer Kohorte wurden beide Gruppen zeitlich etwa parallel und räumlich getrennt behandelt. Nach der Intensivphase erfolgte die sofortige Weiterbehandlung in der Rehabilitationsphase. Durch die Corona-Situation mussten einzelne Kohorten mit weniger Personen gebildet werden oder fielen durch Klinikschließung ganz aus. Das

Rehazentrum war jedoch bestrebt, die Reha-Integrativ Maßnahmen zu priorisieren. Der Ausfall konnte so und mit Verlängerung der Akquisephase zum Teil ausgeglichen werden.

Die klinische Behandlung wurde durch das multiprofessionelle Team im Rehazentrum Oberharz auf Basis der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, (Schuntermann, 2009) und der Reha-Therapiestandards bei depressiven Störungen (Deutsche Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung) Bund, 2016) durchgeführt. Die einzelnen wesentlichen Bestandteile von Reha-Integrativ und einer regulären psychosomatischen Rehabilitation können der Infobox 1 entnommen werden. Als Hemmnis für die Durchführung stellte sich der Ressourcenaufwand für eine kürzere Behandlung im Rehabilitationssetting heraus Das sind zum Beispiel Häufigkeit der Patientenaufnahmen, Belegung von Räumen, geschlossenes Gruppenkonzept, Reinigung der Räume, etc...

Für die Verwaltung als auch das Rehazentrum stellte die Dauer von Reha-Integrativ ein Hemmnis dar. Für die potentiellen Teilnehmenden ist zu Beginn der Behandlung offen, ob sie zwei oder fünf Wochen im Rehazentrum sind. Für die weitere Behandlung müsste spätestens eine Woche vor Beginn der regulären Phase ein Antrag auf Verlängerung gestellt werden, was einerseits zur Unsicherheit für die potentiellen Teilnehmenden führt und andererseits aus therapeutischer Sicht bedeutet, dass bereits nach 3-4 Behandlungstagen eine entsprechende Feststellung getroffen werden müssen, was nur mit Unsicherheit möglich ist. Der Verlängerungsbescheid würde dem potentiellen Teilnehmenden auch keine Möglichkeit zum Widerspruch bieten, weil es keine ausreichende Frist vorhanden ist. Das Rehazentrum muss gleichzeitig in der Lage sein bestimmen zu können, welche Betten wann für Rehabilitationsmaßnahmen zur Verfügung stehen. Es konnte meist therapeutisch erst nach etwa sieben Behandlungstagen festgestellt werden, ob eine Verlängerung sinnvoll war oder nicht. Es wird angenommen, dass die Offenheit der Dauer der tatsächlichen Behandlung auch für Arbeitgeber eine Unsicherheit bedeuten und daher zu einem Vorbehalt gegen die Teilnahme führen würden.

Im Verlauf des Projekts standen die Deutschen Rentenversicherung Bund und Mitteldeutschland als Kooperationspartner zur Verfügung. Dies ist begründet durch Arbeitgeberkontakte, wie zum Beispiel BMW Mitteldeutschland oder Salzgitter AG, für welche eine Form der Direkteinweisung effektiv gewesen wäre. Im betrieblichen Gesundheitsmanagement findet regelmäßig eine Beratung von Mitarbeitenden statt, die mit plötzlichen kritischen Lebensereignissen konfrontiert sind, welche mindestens zu einer Anpassungsstörung führen können. Die Mitarbeitenden suchen dann Beratung und Unterstützung, um diese Ereignisse zu verarbeiten. Arbeitgeber wollten mit Reha-Integrativ erreichen, dass besonders komplexe Fälle zeitnah eine Rehabilitation antreten können. Zur Vereinfachung der Klärung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sollten auch Versicherte der beiden Rentenversicherungsträger in das Projekt aufgenommen werden können. Die Träger hätten die verwaltungsseitige Zuweisung zu Reha-Integrativ und die Kostenübernahme für Leistungen außer Reha-Integrativ verantwortet.

Es stellte sich jedoch im weiteren Verlauf heraus, dass es zu keiner Zuweisung dieser Art gekommen war. Für die Arbeitgeber war die Dauer von bis zu 5 Wochen ein Hemmnis, da sie im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements eher einen präventiven Ansatz hatten und eine kürzere Dauer bevorzugten. Die kurze Dauer konnte jedoch nicht von den Rentenversicherungsträgern ermöglicht werden, weil es nicht mit dem bestehenden leistungsrechtlichen Rahmen einer Rehabilitation übereinstimmte.

2.5 Wissenschaftliche Begleitung

Forschungsdesign

Die randomisierte Kontrollgruppenstudie (RCT) mit Messwiederholung im eingebetteten Mixed Method Design (Kombination quantitativer und qualitativer Daten, s. Infobox 2) sollte die Wirksamkeit einer adaptiven psychosomatischen Rehabilitation (Reha-Integrativ) bezüglich des unmittelbaren und mittelbaren Reha-Erfolgs prüfen. Im eingebetteten Design (Schreier & Odag, 2020) dominiert ein Forschungsansatz über den anderen, im vorliegenden Fall der quantitative über den qualitativen. Die Daten wurden getrennt ausgewertet, eine Zusammenführung fand im Rahmen der Interpretation statt. Das Mixed Method Design wurde gewählt, um die ökologische Validität der RCT-Studie zu erhöhen (Knappertsbusch, 2017).

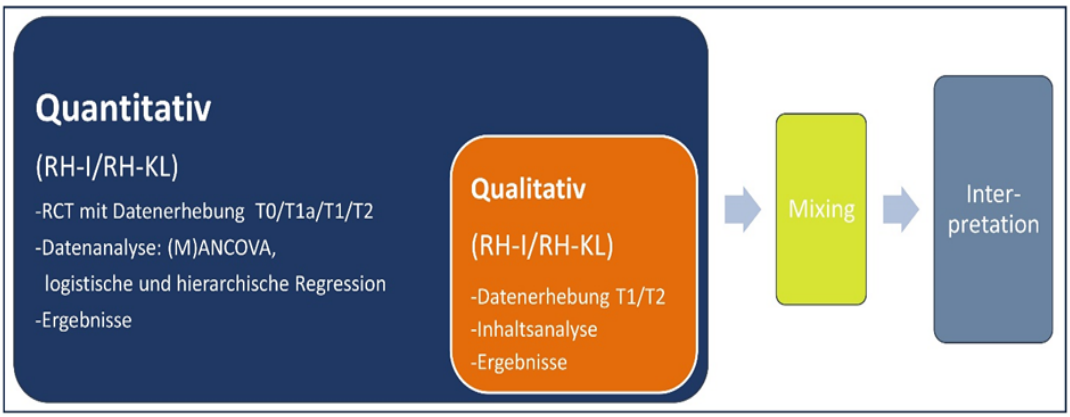


Abbildung 1: Mixed Method Design zur Überprüfung des Effekts der adaptiven psychosomatischen Reha-Integrativ

Auf Basis der quantitativen Daten wurden 6 Hypothesen (H) geprüft - Nach Teilnahme an Reha-Integrativ (RH-I) vs. an der klassischen psychosomatischen Reha (RH-KL) sollten die Versicherten

- H1 … einen signifikant höheren Anteil von Versicherten mit potenziell frühzeitiger Entlassung nach 2 Wochen aufweisen.
- H2 … eine signifikant größere individuelle Symptomreduktion bei Entlassung aufweisen.
- H3 … eine signifikant größere individuelle Symptomreduktion 1 Jahr nach der Reha aufweisen.
- H4 … einen signifikant höheren Anteil von Versicherten in Nachsorge- und weiteren psychotherapeutischen Maßnahmen (PSYRENA, psychosomatisches Fallmanagement, ambulante Gesprächspsychotherapie) aufweisen.
- H5 … im Jahr nach der Reha eine Erhöhung der Reintegrationsquote um 20% (sozialversicherungspflichtige Beitragszeiten) aufweisen.
- H6 … im Jahr nach der Reha eine Verringerung der AU um 30% aufweisen.

Auf Basis der qualitativen Daten sollten folgende Fragen beantwortet werden:

1. Wie werden die psychotherapeutischen, medizinischen und berufsorientierten Impulse des Therapieprogramms von RH-I Teilnehmenden vs. RH-KL Teilnehmenden aufgenommen?
2. Lassen sich bedeutsame Reframingprozesse (kognitive Umdeutungen) von person- und kontextbezogenen Hemmfaktoren als Folge von therapeutischen Interventionen von RH-I Teilnehmenden vs. RH-KL Teilnehmenden nachweisen?
3. Welche Faktoren tragen dazu bei, dass eine hinreichende Motiv-Ziel-Kongruenz hinsichtlich beruflicher Reintegration von RH-I Teilnehmenden vs. RH-KL Teilnehmenden gelingen konnte?

Messinstrumente

Die Messzeitpunkte waren bei Aufnahme (T0), nach der Intensivphase (T1a), bei Entlassung (T1) und 1 Jahr nach der Reha (T2). Mit einer randomisierten Subgruppe von 20 Versicherten jeweils aus der RH-I und der RH-KL wurden in der Woche vor Entlassung (T1) und 1 Jahr nach Reha (T2) qualitative Leitfaden gestützte Interviews durchgeführt. Die Erhebung der psychischen Beschwerden und Störungen erfolgte nach wissenschaftlichen Standards innerhalb der digitalen, klinischen Basisdokumentation. Zusätzlich wurden Handlungskontrollstrategien und die Belastung durch Kontextfaktoren erhoben. Die sozialmedizinischen Routinedaten, die als valides Außenkriterium gelten (Nübling et al., 2016) entstammen der Reha-Statistischen Datenbank (RSD).

Quantitative Daten

Als Kriteriumsvariablen wurden als unmittelbarer Reha-Erfolg die Arbeitsfähigkeit nach 2 Wochen bewertet, sowie die Symptomreduktion zum Zeitpunkt der Entlassung und 1 Jahr nach der Reha als

Reliable Change Index (RCI) (Jacobson & Truax, 1991; Nachtigall & Suhl, 2005) aus den messwiederholten Werten der Depressionsschwere (BDI-II (Hautzinger, 2008) zu T0, T1) und den psychischen und somatoformen Beschwerden (Modul A des HEALTH-49 (Rabung et al., 2007) zu T0, T1, T2) berechnet. Der Katamnese-Fragebogen wurde aus bestehenden Deutsche Rentenversicherung eigenen Katamnese Items auf die vorliegenden Fragenstellungen angepasst. Als valides Außenkriterium (Nübling et al., 2016) für den mittelbaren Reha-Erfolg galt der Sozialmedizinische Nutzen, abgebildet aus Routinedaten der Rehabilitations-Statistik-Datenbank (RSD) als kalendergenaue sozialversicherungspflichtige Beitrags- und Krankengeldbezugsmonate im Jahr nach der Reha.

Als Prädiktorvariablen wurden die Dosis (RH-I vs. RH-KL), der Handlungskontrollstil (HAKEMP-90 (Diefendorff et al., 2000; Kuhl, J., Kazén, M., 2003) zu T0, T1, T2) und die subjektive Beeinträchtigung durch Kontextfaktoren (Deutsche Rentenversicherung eigener Fragebogen (Passier & Kobelt-Pönicke, 2023) T0, T1) gemessen.

Qualitative Daten

Mit je 20 zufällig ausgewählten Versicherte aus beiden Gruppen wurden persönliche (T1) und telefonische (T2) Leitfaden gestützte Interviews (Renner & Jacob, 2020) zu drei Themenkomplexen geführt.

4. Themenfeld: Aufnahme der psychotherapeutischen, medizinischen und berufsorientierten Impulse des Therapieprogramms;
5. Themenfeld: Reframingprozesse von Person- und Kontextbezogenen Hemmfaktoren;
6. Themenfeld: Motiv-Ziel-Kongruenz.

Der Leitfaden wurde von der wissenschaftlichen Begleitung anhand der Forschungsfragen entwickelt und extern peer-reviewed.

Stichprobe

Quantitative Stichprobe. Ausgewertet wurden die klinische Basisdokumentation, die Fragebogenerhebung sowie Katamnese- und RSD-Daten der Jahre 2020-2023 von 559 Versicherten der Deutschen Rentenversicherung, die zwischen 2020-22 eine psychosomatische Reha im Rahmen der RH-I (49%) bzw. RH-KL (51%) im Rehazentrum Oberharz absolvierten. Datenausschluss erfolgte bei fehlender Randomisierung (n=19), vorzeitiger Abreise (n=13), Berentung/Versterben im Betrachtungszeitraum (n=15), fehlender Einwilligung der Evaluation (n=29), listenweisem Fallausschluss bezüglich der betrachteten Dimensionen. Aus 32 Kohorten gingen 483 Versicherte, davon 48 Prozent weiblich, im Alter von 21-64 Jahren (M = 48,96; SD = 9,28) in die Analysen ein. Als Hauptdiagnose wiesen 36 Prozent eine affektive Störung (F30-39), 64 Prozent neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F49) auf. Zu T0 gaben 3 Prozent keine, 20 Prozent leichte, 36 Prozent mäßige, 34 Prozent ernsthafte und 7 Prozent starke subjektive Beeinträchtigung durch Kontextfaktoren an.

Qualitative Stichprobe. Ausgewertet wurden 44 leitfadengestützten Interviews mit 22 zufällig ausgewählten Versicherten pro Gruppe, die zwischen 2020-22 psychosomatische Reha im Rahmen der RH-I bzw. RH-KL im Rehazentrum Oberharz absolvierten. Die beiden Messzeitpunkte pro Person (T1=in der Woche der Entlassung, T2=1 Jahr nach der Reha) wurden jeweils in einem Dokument zusammengeführt. Neun Fälle, für die nur ein Messzeitpunkt vorlag, wurden ausgeschlossen (RH-KL n=7; RH-I n=2). Aus 32 Kohorten gingen gleichmäßig über die 3 Jahre verteilt 35 Versicherte, davon 57 Prozent männlich, im Alter von 35-59 Jahren (M = 49,43; SD = 7,63) in die Analysen ein. 20 Versicherte nahmen an der RH-I und 15 Versicherte an der RH-KL teil.

Analyse

Die Analysen der quantitativen Daten erfolgten mit SPSS Statistics 29 advanced und dem Macro PROCESS Version 4 (Hayes, 2022) bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 Prozent. Die Prüfung der Randomisierung ergab keine Gruppenunterschiede bezüglich Alter, Geschlecht, Bildung, AU vor Reha, derzeitige AU, Erwerbsprognose (Mittag et al., 2006), Symptombelastung,

Handlungskontrollstil (alle p-Werte der X2- und t-Tests >0,5). Die Beeinträchtigung durch Kontextfaktoren zu T0 war in der RH-I-Gruppe etwas höher (p= 0,019).

Als Kriterium des unmittelbaren Reha-Erfolgs wurde der Reliable Change Index (RCI) von Jacobson und Truax eingesetzt (Jacobson & Truax, 1991). Der deskriptive standardisierte Kennwert für intraindividuelle Veränderung gilt als bester Schätzer wahrer Veränderung, da die Regression zur Mitte bereits in der Konstruktion berücksichtigt wird und der -Fehler unabhängig vom wahren Wert der Person ist (Nachtigall & Suhl, 2005). Der RCI wurde für alle Versicherte nach den in der Literatur beschriebenen Kriterien aus den T0/T1- bzw. T0/T2-Werten des BDI-II (RCI-DEP), der HMA (RCI-PSB), des HAKEMP-90 (RCI-HOM, RCI-HOP) und dem Kontextfragebogen (RCI-KT) berechnet, indem die kritische Differenz (x_T1-x_T0) zu deren Standardabweichung (s_(x_T1-x_T0)) ins Verhältnis gesetzt wurde.

$$RCI = \frac{x_{T1} - x_{TO}}{s_{x_{T1} - x_{TO}}}$$

Als Kriterium des mittelbaren Reha-Erfolgs galten die potenzielle Arbeitsfähigkeit am 14. Reha-Tag (AF 2 Wo), die kalendergenauen sozialversicherungspflichtigen Beitragsmonate (B) sowie die Krankengeldbezugsmonate (K) im Jahr nach der Reha.

Die Wirksamkeit der Psychotherapiedosiserhöhung wurde anhand der Gruppenunterschiede (RH-I vs. RH-KL) geprüft. Dazu wurden 2-faktorielle ANOVAs und hierarchische (binäre) Regressionen gerechnet. Daneben wurden bedingte Effekte der Beeinträchtigung durch Kontextfaktoren und der Dosis auf den Zusammenhang zwischen Handlungskontrollstil und unmittelbarem (Symptomreduktion) sowie mittelbarem Reha-Erfolg (B, K) mittels Moderatoranalyse nach Hayes geprüft. Der grafischen Veranschaulichung der Moderatoreffekte liegen die standardisierten Steigungen M=0 und M=0 +/- 1 SD zugrunde (Hayes, 2022).

Zur Bestimmung der Effektstärken wurde das partielle ηp2, der punkt-biseriale (rpb), Pearsons's Korrelationskoeffizient (r) und der multiple Determinationskoeffizient (R2) ermittelt und nach Cohen interpretiert (ηp2 klein: 0,01; mittel: 0,06; groß: 0,14; rpb, r Zusammenhang schwach: |0,1|; mittel: |0,3|; stark: |0,5|; R2 Varianzaufklärung schwach: 0,02; gering: 0,13; stark: 0,26 (Cohen, 2013)), bzw. Nagelkerkes R2 nach Backhaus interpretiert (Nagelkerkes R2 klein: >0,2; mittel: >0,4; groß: >0,5 (Backhaus et al., 2018)). Post hoc Poweranalysen (G*Power 3.1) ergaben für mittlere Effektstärken eine erreichte Power von 1-β = 0,99.

Die Analysen der qualitativen Daten erfolgten mit MAXQDA 2020 Analytics Pro. Alle Interviews wurden anhand eines von der wissenschaftlichen Begleitung erstellten Transkriptionsleitfaden transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Analyseeinheiten waren jeweils die Fragen zu den drei Themenbereichen. Die Kategorienexplikation erfolgte konzeptgesteuert anhand des Interviewleitfadens (Rädiker & Kuckartz, 2019) mit der Möglichkeit beim ersten Codier-Durchgang weitere induktive Kategorien zu ergänzen, eine Codier-Hilfe wurde erstellt (s. Anhang 3.3.2). Aufgrund des umfangreichen Datenmaterials (Rädiker & Kuckartz, 2019) wurden zur Überprüfung der Intercoder-Übereinstimmung drei zufällig ausgewählte Interviews pro Gruppe (insgesamt sechs Dokumente) von zwei Personen codiert.

Für die Mixed Method Analyse wurden die quantitativen Daten mit den qualitativen Daten in MAXQDA zusammengeführt und für Gruppenvergleiche vier Dokumentensets erstellt:

1. RH-I vs. RH-KL;
2. Frauen vs. Männer;
3. bei Aufnahme leicht vs. schwer erkrankte (BDI-Score zu T0 unter-/oberhalb klinischen Cutoff);
4. RTW erfolgreich vs. nicht erfolgreich (sozialversicherungspflichtige Beitragsmonate im Jahr nach der Reha größer/gleich 11 vs. kleiner 11 oder Arbeitslosenzeit größer 1 Monat oder Krankengeldbezug größer 1 Monat).

3 Ergebnisse des Modellprojekts.

Ergebnisse aus den quantitativen Daten

Die Voraussetzungen der 2-faktoriellen ANOVA und der binomialen logistischen Regression wurden geprüft. Die RCI-Werte waren normalverteilt für den Faktor AU vor Reha, jedoch nicht für die Gruppen RH-I und RH-KL (Shapiro-Wilk-Test, $\alpha = 0,05$). Alle Datenpunkte, die mehr als das 1,5-Fache des Interquartilsabstands aufwiesen, wurden im Sinne echter Ausreiser im Datensatz belassen. Datenpunkte mit höherem Abstand lagen nicht vor. Alle Cook-Distanzen lagen unter 1. Varianzhomogenität war gegeben (Levene-Test: RCI-DEP p= 0,35, RCI PSB p= 0,07; (Heiberger & Holland, 2015)).

Die Voraussetzungen der hierarchischen Regression wurden geprüft: keine einfluss-reichen Datenpunkte (Hebelwerte < 0,2 (Huber, 1981), Cooks Distanzen unterhalb kritischer Schwelle $F(7,515) = 0,9$; $p < 0,50$ (Eid, 2015), keine Autokorrelation der Residuen (alle Werte der Durbin-Watson-Statistik nahe 2), keine Multikollinearität (alle VIF < 10), Homoskedastizität und Normalverteilung der Residuen aufgrund der Streudiagramme und der P-P-Plots (HO-Skalen, BDI, KT). Da für die Moderatoranalysen Bootstrapping mit 5.000 Iterationen und Berechnung von Konfindenzintervallen eingesetzt wurde, konnte für B und K die Verletzung der Normalverteilung vernachlässigt werden (Preacher et al., 2007).

Potenzielle Arbeitsfähigkeit nach 2 Wochen (H1). Die hierarchische binäre logistische Regression prüfte 2 Modelle: (1) AU vor Reha (weniger vs. größer 3 Monate), (2) Dosis (RH-I vs. RH-KL). Das Regressionsmodell wurde signifikant ($\chi2$ (1) = 26,40, p< 0,001) bei marginaler Effektstärke (Nagelkerkes R2= 0,160). Die AU vor Reha zeigte einen signifikanten Effekt, während die Dosis keinen darüberhinausgehenden eigenständigen Einfluss auf die prädiktive Leistung des Modells hatte. Eine geringe AU vor Reha (kürzer als 3 Monate) stand in Zusammenhang mit einer 7-fach höheren Wahrscheinlichkeit der potenziellen Entlassung nach 2 Wochen.

Explorative Untersuchungen testen ein drittes Modell, in dem zusätzlich die Depressionsschwere bei Aufnahme (DEP T0) aufgenommen wurde. Für bei Aufnahme schwer Erkrankte war die Wahrscheinlichkeit einer potenziellen AF nach 2 Wochen 0,47-mal geringer bzw. für weniger schwer Erkrankte 2,13- mal höher. Weitere Untersuchungen ergaben keine Dosiseffekte in den Subgruppen, aber einen akzeptablen Effekt einer kürzeren AU vor Reha auf die frühzeitige potenzielle Entlassung der schwer Belasteten (alle Modellkoeffizienten und Odds siehe Tabellen 1.1 und 1.2 im Anhang).

Symptomreduktion bei Entlassung (H2). Die 2-faktoriellen (Dosis×AU vor Reha) ANOVAs ergaben keinen Effekt der Dosis. Der Rückgang der Depressionsschwere (gemessen mit BDI II) unterschied sich nicht signifikant für die verschiedenen Bedingungen der klassischen bzw. der Integrativen Reha. Der Rückgang der psychischen und somatoformen Beschwerden (gemessen mit HMA) unterschied sich nicht signifikant für die verschiedenen Bedingungen. Explorative Untersuchungen ergaben einen mittleren Effekt der Dosis und der AU vor Reha auf die Depressionsreduktion für die bei Aufnahme weniger Belasteten, aber keinen Interaktionseffekt der Dosis mit der AU vor Reha. In der Gruppe der bei Aufnahme schwer Belasteten zeigten sich die Effekte der Dosis und der AU vor Reha nicht (Tabellen 2.1 und 2.2 im Anhang).

Zusätzliche Moderationsanalysen (Z 2.1) ergaben in beiden Gruppen eine höhere Depressionsreduktion für Versicherte, die bei Aufnahme eine retrospektive oder prospektive Lageorientierung zeigten. Versicherte, die bei Aufnahme retrospektiv handlungsorientiert waren, profitierten von der Dosiserhöhung der Reha-Integrativ bei marginaler Effektstärke (Tabelle 2.3 und Abbildung 2 im Anhang).

Weitere zusätzliche Untersuchungen (Z 2.2, Z 2.3) ergaben einen marginalen Dosiseffekt auf den Anstieg der retrospektiven und prospektiven Handlungsorientierung bei Entlassung. Dieser war in der Reha-Integrativ höher.

Symptomreduktion 1 Jahr nach Reha (H3). Die Regression ergab keinen Dosiseffekt. Der Rückgang der psychischen und somatoformen Beschwerden (gemessen mit HMA) unterschied sich nicht signifikant für die verschiedenen Bedingungen der klassischen bzw. der Integrativen Reha (Tabelle 3).

Beteiligung an Nachsorge- und weiteren psychotherapeutischen Maßnahmen 1 Jahr nach Reha (H4). Die hierarchischen logistischen Regressionen ergaben keinen Dosiseffekt der Integrativen Reha auf die Teilnahme an der Nachsorge (PsyRena). Weitere Untersuchungen ergaben eine etwa doppelt so große Wahrscheinlichkeit der Teilnahme an der PsyRena bei zum Aufnahmezeitpunkt schwer erkrankten Versicherten (Tabelle 4.1 im Anhang).

Die hierarchischen logistischen Regressionen ergaben keinen Dosiseffekt der Integrativen Reha auf die Teilnahme am psychosomatischen Fallmanagement, aber explorative Untersuchungen zeigten eine 4,7-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit der Teilnahme für Versicherte, die bei Aufnahme mehr als 3 Monate AU waren (Tabelle 4.2 im Anhang).

Die hierarchischen logistischen Regressionen ergaben keinen Dosiseffekt der Integrativen Reha auf die Teilnahme an ambulanter Gesprächspsychotherapie, aber weitere Untersuchungen ergaben eine 2,4-fach erhöhte Teilnahme für Versicherte, die bei Aufnahme mehr als 3 Monate AU waren und eine 5,2-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit der Teilnahme für Versicherte, die bei Aufnahme schwer erkrankt waren (Tabelle 4.3 im Anhang).

Reintegrationsquote 1 Jahr nach Reha (H5). Die Regression ergab keinen Dosiseffekt auf die Anzahl der Monate der sozialversicherungspflichtigen Beitragszahlungen. Diese unterschied sich nicht signifikant für die verschiedenen Bedingungen der klassischen bzw. der Integrativen Reha.

Zusätzliche Moderationsanalysen (Z 5.1) prüften, ob die Interaktion zwischen dem retrospektiven, bzw. prospektiven Handlungskontrollstil und der subjektiven Beeinträchtigung durch Kontextfaktoren zum Zeitpunkt der Aufnahme bzw. der Dosis die sozialversicherungspflichtigen Beitragsmonate im Jahr nach der Reha signifikant vor-hersagt Z 5.1). Die Gesamtmodelle bezogen auf die Beitragsmonate waren signifikant (F(5,391)=8,02 p= < 0,001 und F(5,392)=10,48; p= < 0,001) mit einer Varianzaufklärung von 9 Prozent bzw. 12 Prozent. Prospektive (aber nicht retrospektive) Handlungsorientierung und geringe Beeinträchtigung durch Kontextfaktoren jeweils bei Entlassung gingen mit mehr Beitragsmonaten einher. Retrospektive und prospektive Handlungsorientierung moderierte jeweils den Effekt zwischen der Beeinträchtigung durch Kontextfaktoren und den Beitragsmonaten (F(1,391)=12,20; p= < 0,001 und F(1,392)=10,71; p=0,001) mit einer inkrementellen Varianzaufklärung von 3 Prozent bzw. 2 Prozent.

Verringerung der AU 1 Jahr nach Reha (H6). Die Regression ergab keinen Dosiseffekt. Die Anzahl der Monate des Krankengeldbezugs unterschied sich nicht signifikant für die verschiedenen Bedingungen der klassischen bzw. der Integrativen Reha.

Zusätzliche Moderationsanalysen (Z 6.1) prüften, ob die Interaktion zwischen dem retrospektiven, bzw. prospektiven Handlungskontrollstil und der subjektiven Beeinträchtigung durch Kontextfaktoren zum Zeitpunkt der Aufnahme bzw. der Dosis die Krankengeldbezugsmonate im Jahr nach der Reha signifikant vorhersagt. Die Gesamtmodelle der zusätzlichen Moderationsanalysen bezogen auf den Krankengeld-bezug waren signifikant (F(5,391)=10,17 p= < 0,001 und F(5,392)=11,46; p= < 0,001) mit einer Varianzaufklärung von 12% bzw. 13%. Geringe Beeinträchtigung durch Kontextfaktoren bei Entlassung (aber nicht der Handlungskontrollstil) ging mit weniger Krankengeldbezugsmonaten einher. Der retro- bzw. prospektive Lageorientierung moderierte jeweils den Effekt zwischen der Beeinträchtigung durch Kontextfaktoren und den Monaten des Krankengeldbezugs (F(1,393)=7,27; p= 0,007 und F(1,392)=5,97; p=0,015) mit einer inkrementellen Varianzaufklärung von 2% bzw. 1%.

Ergebnisse aus den qualitativen Daten

Zur Berechnung der Intercoder-Übereinstimmung wurde auf Basis der Literaturempfehlung (Rädiker & Kuckartz, 2019) aufgrund des umfangreichen Datenmaterials eine zufällige Auswahl von jeweils 3 Interviews pro Gruppe getroffen, die von einer zweiten Person codiert wurden. Nach händischer Prüfung und Korrektur (Rädiker & Kuckartz, 2019) ergab sich eine prozentuale Übereinstimmung von 82 Prozent, bzw. ein sehr guter Kappa-Wert nach Brennen und Prediger von 0,82 (Brennan & Prediger, 1981). Die Auswertung der Interviews erfolgte quantitativ und qualitativ.

Themenfeld 1: Aufnahme der psychotherapeutischen, medizinischen und berufsorientierten Impulse

Die Antworten der Versicherte bei Entlassung aus der Reha und 1 Jahr nach der Reha zu Fragen der Qualität der Veränderung des Befindens wurden anhand der Codierung einerseits quantitativ nach Häufigkeiten (X2-Test), andererseits inhaltlich ausgewertet. Die quantitative Auswertung der qualitativen Kategorien ergab deskriptiv eine etwas höhere Verbesserung und eine leicht geringere Verschlechterung in der Reha-Integrativ gegenüber der klassischen Reha, allerdings waren diese Unterschiede statistische nicht signifikant.

Veränderung des Befindens zwischen Aufnahme und Entlassung. Aus der qualitativen Auswertung ging hervor, dass Teilnehmende an der klassischen Reha eine Verbesserung bei Entlassung auf räumlichen Abstand, Entspannung und Mitnahme von therapeutischen Impulsen zurückführten, während Teilnehmende an Reha-Integrativ ihre Verbesserung im Wesentlichen auf Lerneffekte zurückführten. Personen, die subjektiv keine Veränderung erfuhren, führten dies z.B. auf die eigene Unfähigkeit zur Ruhe zu kommen oder auf den Fortbestand ihrer Probleme.

Befinden bei Rückkehr aus der Reha. Versicherte, die sich bei der Rückkehr aus der Reha sehr gut oder gut fühlten, gaben in beiden Gruppen an, sich erholt, entspannt und motiviert zu fühlen, viel gelernt zu haben und Inhalte mitgenommen hätten. Während von Teilnehmenden an der klassischen Reha keine Person angab, sich weder gut noch schlecht bei Rückkehr aus der Reha zu fühlen, gaben einige Teil-nehmende der Reha-Integrativ an, sich unsicher, ungewohnt und ohne Routine gefühlt zu haben. Versicherte, die sich bei Rückkehr aus der Reha schlecht oder sehr schlecht fühlten, berichteten negative Kontexterlebnisse, z.B. mangelnde Unterstützung seitens der Klinik, Versterben naher Angehöriger, Arbeitsplatzprobleme.

Veränderung des Befindens seit Entlassung bis 1 Jahr nach der Reha. Versicherte, die 1 Jahr nach der Reha eine Verbesserung seit der Rückkehr aus der Reha erlebten, berichteten verbesserte Arbeitsplatzbedingungen und eigene Lerneffekte durch die Reha. Versicherte, die keine Veränderung erlebten, berichteten einen Ab-fall der bei Rückkehr aus der Reha empfundenen Motivation, bzw. einen Wegfall von Problemen, der durch das Auftauchen neuer Probleme keinen Effekt hatte und eine Belastung durch die damalige Corona-Situation. Versicherte, die eine Verschlechterung erlebten, gaben an, vom Alltag wieder eingeholt worden zu sein, sich überfordert zu fühlen und in alte Muster zurückzufallen. Eine Person kritisierte fehlende Nachsorgetermine. Versicherte, die eine wesentliche Verschlechterung erlebten, fühlten sich ähnlich, wie zum Beantragungszeitpunkt der Reha.

Veränderung des Befindens seit Antragstellung bis 1 Jahr nach der Reha. Versicherte, die 1 Jahr nach der Reha eine (wesentliche) Verbesserung seit der Rück-kehr aus der Reha erlebten, berichteten positive private und berufliche Kontextveränderungen, eine verbesserte Selbstwahrnehmung sowie die Sicherheit, durch das in der Reha Gelernte besser mit schwierigen Situationen umgehen zu konnten, sich besser abgrenzen zu konnten. Versicherte, die zum Befragungszeitpunkt 1 Jahr nach der Reha keine Veränderung ihres Befindens im Vergleich zum Zeitpunkt der Antrag-stellung erlebten, berichteten wiederkehrendes belastendes Erleben von bekannten Situationen, dem sie anfangs durch in der Reha erlernte Techniken gegensteuern konnten. Im Verlauf des Jahres habe die Kraft und Motivation nachgelassen, an der Regelmäßigkeit der Übungen festzuhalten. Eine Person berichtete eine Verschlechterung ohne dies näher auszuführen.

Themenfeld 2: Reframingprozesse von Person und Kontext bezogenen Hemmfaktoren als Folge der therapeutischen Intervention

Die Antworten der Versicherte bei Entlassung aus der Reha und 1 Jahr nach der Reha zu Fragen der Veränderung wurden anhand der Codierung teilweise nach Häufigkeiten, teilweise inhaltlich ausgewertet. Die ausführlichen inhaltlichen Ergebnisse der qualitativen Auswertung werden im Anhang unter 3.3.3 dargestellt.

Erleben der verschiedenen Therapiephasen (Abfrage in RH-I Gruppe). Innerhalb der RH-I Gruppe empfanden 75 Prozent der befragten Versicherten die 2-wöchige Intensivphase und die 3-wöchige Rehabilitationsphase unterschiedlich. Während davon etwa die Hälfte die festen Gruppen in der Intensivphase positiv erlebten, sich z.B. geborgener fühlten, es als Erleichterung empfanden, ihre Probleme nicht immer wie-der neu berichten zu müssen, empfand die andere Hälfte Einschränkungen

durch die Intensivphase, z.B. dadurch, dass in dieser Zeit bestimmte individuelle Angebote zu-gunsten der intensivierten Psychotherapie in geringerem Maße angeboten wurden. Im Falle negativer Gruppenerlebnisse wurde auch Erleichterung bei Öffnung der Reha-Integrativ-Gruppe berichtet. Keinen Unterschied der verschiedenen Therapie-phasen empfanden 25 Prozent der Versicherten.

Wahrgenommene Veränderungen bei Entlassung. Insgesamt wurden in beiden Gruppen von 91% der Befragten positive körperliche, kontextbezogene, kognitive und andere Veränderungen beschrieben. Keine Veränderungen berichteten 9 Prozent der Befragten. Dabei bezog sich eine Antwort auf die Kontextsituation, die sich zeitabhängig erst längerfristig verändern könne. Inhaltlich fielen insgesamt keine Gruppenunterschiede auf. In beiden Gruppen wurden Veränderungen zum Teil differenziert, zum Teil kurz und knapp beschrieben.

In beiden Gruppen wurden gleichermaßen körperliche Veränderungen geschildert: insbesondere zur Ruhe kommen, sich entspannter zu fühlen, bzw. entspannen zu konnten, ein besseres Körpergefühl, bzw. bessere körperliche Selbstwahrnehmung (hier wurde mehrfach als hilfreich das Biofeedback genannt), verbesserter Schlaf (sowohl in der Menge als in der Tiefe), verbesserte Fitness, körperliche und sportliche Aktivierung (sowohl durch die Therapieangebote als auch die Natur, die zum Wandern einlade), Gewichtsveränderungen .

Bei den kontextbezogenen Veränderungen nahmen in beiden Gruppen gleichermaßen arbeitsplatzbezogene Verbesserungen einen hohen positiven Stellenwert ein, z.B. Arbeitsplatzwechsel, Entlastung durch Einstellungen. Daneben wurde dem räumlichen Abstand zur häuslichen Situation eine hohe positive verändernde Bedeutung zugeschrieben.

Kognitive Veränderungen wurden von 80 Prozent der Versicherten in der RH-I und von 67 Prozent der Versicherten in der RH-KL genannt. Inhaltlich wurden in beiden Gruppen gleichermaßen positive Lerneffekte genannt, z.B. neue Handlungsoptionen und Perspektiven erlangt zu haben, das Selbstbewusstsein gestärkt zu haben und sich besser abgrenzen zu konnten, eigene Einstellungen wahrzunehmen, zu hinterfragen, zu verändern, Strukturen als hilfreich zu erkennen und sich besser zu strukturieren (sowohl im Handeln als auch im Denken).

Als weitere Veränderungen wurden z.B. emotionale (fröhlicher, weniger traurig, weniger ängstlich), motivationale (Bildung von Vorsätzen für zuhause, mehr Energie), Verhaltensänderungen (auf andere Menschen zugehen, Ernährungsumstellung), das Aufgehoben sein in einer Gruppe mit ähnlichen Problemen oder positives Feedback Dritter auf die erfolgte Veränderung einer Person geschildert.

Als subjektive Gründe der Veränderungen bei Entlassung wurde in beiden Gruppen sowohl internal als auch external attribuiert, also die Ursache der Veränderung einerseits der eigenen Person, als auch der Umgebung oder den Umständen zugeschrieben. Als internale Gründe für positive Veränderungen bei Entlassung wurden z.B. Perspektivwechsel, Eigenmotivation, Eigenverantwortung, Gewinn neuer Er-kenntnisse und Einstellungen genannt. Als externale Gründe für positive Veränderungen bei Entlassung wurde hauptsächlich räumlicher Abstand zur Problemumgebung genannt, daneben eine wertschätzende, teilhabende bzw. geschützte Umgebung und Atmosphäre, Impulse aus verschiedenen Therapien, Austausch unter (gleichgesinnten) Mitpatient*innen oder die Reha insgesamt.

Unter den als hilfreich empfundenen Behandlungen wurde am häufigsten die Einzeltherapie benannt, in der RH-KL von 53 Prozent in der RH-I von 70 Prozent der Teilnehmenden. Die Häufigkeiten der weiteren Therapien werden aus Gründen der Übersichtlichkeit tabellarisch berichtet:

Tabelle 1: Häufigkeiten hilfreicher und weniger hilfreicher Behandlungen

	RH-KL (n = 15)			**RH-I (n = 20)**	
Gestalt- Kreativtherapie	3	20		2	10
Sozialberatung	1	7		0	0
thematische Vorträge	1	7		4	20

	RH-KL (n = 15)			RH-I (n = 20)	
Tagesstruktur	0	0		1	5
Reha insgesamt	4	27		7	35
weniger hilfreich					
Einzeltherapie	1	7		0	0
Gruppentherapie	1	7		1	5
Atem und Entspannung	0	0		1	5
Sport	1	7		3	15
Gestalt-/Kreativtherapie	0	0		2	10

Hilfreich an der Einzeltherapie fanden die Versicherten, das gezielte und intensive Eingehen auf die individuelle Fragestellung. Hilfreich an den Gruppentherapien fan-den die Versicherten die Möglichkeit zum Perspektivwechsel durch Gespräche mit anderen oder die Relativierung ihrer eigenen Probleme. Insgesamt wurde die große Auswahl möglicher Therapien und der eigenverantwortliche Umgang damit (man durfte auch absagen) als hilfreich bewertet. Als nicht hilfreich wurden Therapien bei fehlender Passung mit dem/der Therapeut*in oder dem persönlichen Leiden empfunden.

In der RH-KL Gruppe gaben 40 Prozent an, dass ihnen im therapeutischen Angebot etwas gefehlt hat, in der RH-I Gruppe 35 Prozent. Zu wenig Zeit für Einzelgespräche durch organisatorische Klinikprozesse wurden in beiden Gruppen benannt. Teilweise wurde Vertiefung in spezifischen Themen oder Beachtung individueller Komorbidität vermisst.

Wahrgenommene Veränderungen 1 Jahr nach der Reha. Insgesamt wurden in beiden Gruppen positive und negative körperliche, kontextbezogene, kognitive und andere Veränderungen beschrieben. Keine Veränderungen berichteten in der RH-KL 26 Prozent und in der RH-I 15 Prozent der Befragten. Inhaltlich fiel auf, dass negative Veränderungen bezogen auf die Depressivität nur von Teilnehmenden der RH-KL, aber nicht in der RH-I beschrieben wurden.

Positive Körperliche Veränderungen wurden von 53 Prozent der an der RH-KL und von 60 Prozent der an der RH-I Teilnehmenden geschildert: z.B. sich entspannter zu fühlen, ruhiger geworden zu sein, sich körperlich fitter zu fühlen, Verbesserung des Schlafes, Gewichtsreduktion. In der RH-KL-Gruppe berichteten 13 Prozent (in der RH-I keine Person) eine Verschlechterung bezogen auf den Schlaf und die Mitnahme beruflicher Probleme nach Hause, nachdem sich dieses zuerst nach der Reha verbessert hatte.

Bei den kontextbezogenen Veränderungen wurden in beiden Gruppen sowohl positive (RH-KL 53%, RH-I 65%) als auch negative Veränderungen (RH-KL 40%, RH-I 30%) beschrieben. Den größten Stellenwert bei den positiven Kontextveränderungen hatten Arbeitsplatzbezogene Veränderung, die zu besseren subjektiven Arbeitsbedingungen für die Person führten. Als weitere positiv bewertete Kontextveränderungen wurden Veränderung des Lebensmittelpunktes, des Freundeskreises, oder der Partnersituation (wenn sie selbst initiiert war) sowie Aufnahme der PsyRENA oder einer Therapie genannt. Bei den negativen Kontextveränderungen wurden Trennungen vom Lebenspartner*in und belastende Pflegesituationen mit (Schwieger-)Eltern, als belastend empfundene Arbeitsbedingungen oder die Corona-Situation genannt.

Kognitive Veränderungen wurden gleichermaßen von 80 Prozent der Versicherten in bei-den Gruppen genannt, z.B. besseres Abgrenzen, Nein/Stop-Sagen, mehr Gelassenheit, weniger aufzuschieben, höheres Selbstwertgefühl, Anerkennung der eigenen Krankheit, mehr Optimismus, krankheitsbezogener Erkenntnisgewinn, Einstellungs-veränderungen (zum eigenen Pflichtbewusstsein oder in Bezug auf wichtige andere Personen).

Weitere Veränderungen wurden in beiden Gruppen gleichermaßen genannt, z.B. ein besseres Lebensgefühl, Änderung der Ernährungsgewohnheiten, neue Dinge anzufangen, Veränderungen der

Medikamentengaben, mehr Offenheit in Gesprächen mit wichtigen Menschen, Einführung einer Tagesstruktur. In der RH-KL Gruppe berichten 3 Personen eine Zunahme ihrer Depression im Jahr nach der Reha, in der RH-I Gruppe keine Person.

Als subjektive Gründe der Veränderungen 1 Jahr nach der Reha wurde in beiden Gruppen sowohl internal als auch external attribuiert, also die Ursache der Veränderung einerseits der eigenen Person, als auch der Umgebung oder den Umständen zugeschrieben. Als internale Gründe für positive Veränderungen im Jahr nach der Reha wurden z.B. die Eigenmotivation, Eigenverantwortung, Perspektivwechsel, eigene Erkenntnisse und Einstellungen genannt. Als externale Gründe für positive Veränderungen im Jahr nach der Reha wurden Impulse und Werkzeuge aus verschiedenen Therapien, die Reha an sich oder das Vergehen von Zeit genannt. Veränderte persönliche als auch globale sowie berufliche Kontextbedingungen wurden sowohl als Ursache für positive als auch für negative Veränderungen benannt.

Unter den als hilfreich empfundenen Impulsen, die im Alltag zur Anwendung kommen wurde am häufigsten die Atemtherapie benannt, in der RH-KL von 40 Prozent in der RH-I von 50 Prozent der Teilnehmenden. Insgesamt wurden von der RH-I Gruppe die Anwendung von Impulsen aus den Einzel- und Gruppentherapien deutlich häufiger genannt, während in der RH-KL Gruppe das Ausüben von Sport höher gewichtet wurde als Impulse aus den Einzel- oder Gruppentherapien. Die Häufigkeiten der weiteren Therapien werden aus Gründen der Übersichtlichkeit tabellarisch berichtet:

Tabelle 2: Häufigkeiten hilfreicher und weniger hilfreicher Impulse für den Alltag

	RH-KL (n = 15)		**RH-I (n = 20)**	
Impulse aus der Reha für den Alltag	**Anzahl**	**%**	**Anzahl**	**%**
hilfreich				
Inhalte Einzelgespräche	2	13	8	40
Inhalte Gruppengespräche	1	7	6	30
Atemübungen	6	40	10	50
Ausüben von Sport	5	33	6	30
Erhöhung des Selbstzugangs	4	27	2	10
Anwendung Strategien	4	27	6	30
weniger hilfreich				
Inhalte Einzelgespräche	1	7	0	0
Inhalte Gruppengespräche	2	13	2	10
Atemübungen	1	7	1	5
Ausüben von Sport	1	7	0	0
Erhöhung des Selbstzugangs	0	0	0	0
Anwendung Strategien	0	0	1	5

Hilfreich an den Atem- und Entspannungsübungen fanden die Versicherten die einfache Anwendung. In beiden Gruppen berichteten die Teilnehmenden, dass sie sich markante Sätze oder Themen aus den Einzel- oder Gruppentherapien bei Bedarf im Alltag vergegenwärtigen, gelernte Strategien anwenden oder Sport und Bewegung in ihren Alltag integriert habe, was sie jeweils als förderlich für ihr

Befinden beschrieben. Als nicht hilfreich wurden Impulse bei fehlender Passung mit dem/der Therapeut*in oder dem persönlichen Leiden empfunden.

In der RH-KL Gruppe gaben 33 Prozent an, dass ihnen im Jahr nach der Reha Impulse gefehlt haben, in der RH-I Gruppe 25 Prozent. Dies bezog sich in beiden Gruppen auf feh-lenden Zugang zur Nachsorge (PsyRENA) aufgrund von Kapazitäts- oder Entfernungsgründen oder wurde auf zu wenig Input während der Reha durch Therapieaus-fall oder persönliche Gründe zurückgeführt. Teilweise wurde Vertiefung in spezifischen Themen oder Beachtung individueller Komorbidität vermisst.

Themenfeld 3: Motiv-Ziel-Kongruenz hinsichtlich der beruflichen Reintegration

Die Antworten der Versicherte bei Entlassung aus der Reha und 1 Jahr nach der Reha zu Fragen der Motivation, der Bedürfnisse, der Erwartungen und Ziele wurden anhand der Codierung teilweise nach Häufigkeiten, teilweise inhaltlich ausgewertet. Die ausführlichen inhaltlichen Ergebnisse der qualitativen Auswertung werden in den Tabellen im Anhang unter 3.3.3 dargestellt.

Motivation zum Zeitpunkt der Entlassung und 1 Jahr nach der Reha. Während die Teilnehmenden an der RH-I überwiegend positiv gestimmt in ihren Alltag zurück-kehrten (70%) und die Hälfte die Situation in einem Jahr positiv bewertet, bewerteten die Teilnehmenden der RH-KL die Zukunft positiver als die Gegenwart. Ein Jahr nach der Reha war eine positive Sicht auf die Zukunft in beiden Gruppen abgefallen, wobei der Abfall in der RH-KL Gruppe deutlich höher lag. Die Häufigkeiten der weiteren Gedankenqualitäten werden aus Gründen der Übersichtlichkeit tabellarisch berichtet:

Tabelle 3: Häufigkeiten verschiedener Gedankenqualitäten zum Zeitpunkt der Entlassung und 1 Jahr nach der Reha

	RH-KL (n = 15)		**RH-I (n = 20)**	
Gedankenqualität	**Anzahl**	**%**	**Anzahl**	**%**
Bei Entlassung (T1)				
Zur Rückkehr in den Alltag				
positiv	7	47	14	70
negativ	2	13	0	0
ambivalent	13	87	12	60
keine	0	0	1	5
Zur Situation in einem Jahr				
positiv	11	73	10	50
negativ	1	7	0	0
ambivalent	7	47	8	40
keine	1	7	0	0
Nach einem Jahr (T2)	2	13	4	20
Zur Situation in einem Jahr				
positiv	8	53	9	45
negativ	0	0	3	15
ambivalent	10	70	10	50

	RH-KL (n = 15)		RH-I (n = 20)	
Gedankenqualität	**Anzahl**	**%**	**Anzahl**	**%**
keine	1	7	2	10

Als positive Gedanken zur Rückkehr in den Alltag wurde in beiden Gruppen die Möglichkeit mit Dingen zukünftig anders umgehen zu konnten, die Freude auf die Arbeitskollegen (bei guter Arbeitsatmosphäre) bzw. auf eine neue berufliche Perspektive (bei vorher schlechter Arbeitsatmosphäre), die Freude auf den Alltag und die Familie genannt. In der RH-I Gruppe wurde auch Neugier auf sich selbst genannt, bzw. wie man mit seiner erlebten Veränderung Kontexte anders gestalten konnte oder was man letztlich mitnehmen konnte aus der Reha. Die Teilnehmenden der RH-I berichten wesentlich differenzierter und ausführlicher ihre positiven Gedanken.

Als negative Gedanken zur Rückkehr in den Alltag gab eine Person aus der RH-KL, Sorge vor der Rückkehr in die Arbeit an, eine andere Person hatte durch einen Unfall in der Reha, durch den sie weniger teilhaben konnte als gewollt, nicht das Gefühl einer Verbesserung und sorgte sich vor der Rückkehr in den Alltag.

Als ambivalente Gedanken zur Rückkehr in den Alltag wurde in beiden Gruppen Zweifel geäußert, ob die gewonnenen Erkenntnisse oder Veränderungswünsche vor dem Hintergrund schwer einschätzbarer oder wenig veränderbarer Kontextfaktoren umsetzbar sind. Als problematische Kontexte wurden vor allem das berufliche Um-feld und schwierige Beziehung mit dem/der Lebenspartner*in oder zu pflegenden Eltern genannt.

Die Person aus der RH-I, die sich keine Gedanken zur Rückkehr in den Alltag machte, begründetet dies mit dem Genuss des Augenblicks, der nicht von Gedanken an die Arbeit gestört werden sollte.

Als positive Gedanken zur Situation in 1 Jahr wurde bei Entlassung in beiden Gruppen die Überzeugung genannt, sich aufgrund der in der Reha erworbenen Techniken oder veränderter Einstellungen oder des eigenen Verhaltens, zukünftig schwierigen Situationen im Arbeitsleben oder im privaten Umfeld besser gewappnet zu fühlen, bzw. sich selbst mehr in den Blick zu nehmen und sportlich aktiver sein zu wollen.

Als negative Gedanken zur Situation in 1 Jahr wurde bei Entlassung von derselben Person, die sich bereits negativ zur Rückkehr in ihren Berufsalltag in der Pflege geäußert hatte, die Angst vor Überforderung aufgrund eigener Gutmütigkeit und Pflichtbewusstsein und die zusätzliche Belastung durch die Corona-Situation genannt.

Als ambivalente Gedanken zur Situation in 1 Jahr wurde bei Entlassung in beiden Gruppen die Unsicherheit genannt, inwiefern das in der Reha Gelernte in die tatsächliche Anwendung gebracht werden konnte, bzw. wie sich berufliche oder private Kontextbedingungen verändern könnten.

Die Personen, die sich keine Gedanken zur Situation in 1 Jahr bei Entlassung machten, begründeten dies damit so weit in die Zukunft nicht schauen zu konnten oder zu wollen.

Als positive Gedanken zur Situation in 1 Jahr wurden 1 Jahr nach der Reha in beiden Gruppen angenehme (zum Teil aktiv veränderte) Arbeits- Wohn- und Beziehungs-bedingungen genannt, sowie körperliche Wohlbefinden durch Aktivität und Hoffnung auf therapeutische Anbindung.

Als negative Gedanken zur Situation in 1 Jahr wurden 1 Jahr nach der Reha von Teilnehmenden der RH-I die Sorge, den beruflichen Anforderungen nicht mehr genügen zu konnten und eine „bedrückende Weltlage“ genannt.

Als ambivalente Gedanken zur Situation in 1 Jahr wurden 1 Jahr nach der Reha in beiden Gruppen die Hoffnung geschildert, mit mehr eigener Gelassenheit zu agieren oder die Unsicherheit, inwiefern sich momentan als positiv empfundene berufliche oder private Kontextbedingungen sich negativ verändern könnten.

Bedürfniserfüllung durch die Behandlung zum Zeitpunkt der Entlassung und 1 Jahr nach der Reha. Es gab zwischen den Gruppen keine Unterschiede in der Einschätzung, inwiefern Bedürfnisse durch die Behandlung erfüllt wurden. In beiden Gruppen gaben fast alle Teilnehmenden bei Entlassung an, ihre Bedürfnisse durch die Behandlung erfüllt zu sehen. Etwa ein Viertel der Personen sahen einige Bedürfnisse als nicht erfüllt an. In beiden Gruppen sahen 1 Jahr nach der Reha deutlich weniger Personen ihre Bedürfnisse als befriedigt an, dabei war der Rückgang in der RH-I etwas höher (30%) als in der RH-KL (20%). Die Häufigkeiten werden aus Gründen der Übersichtlichkeit tabellarisch berichtet.

Tabelle 4: Bedürfniserfüllung zum Zeitpunkt der Entlassung und 1 Jahr nach der Reha

	RH-KL (n = 15)		**RH-I (n = 20)**	
Bedürfnisse	**Anzahl**	**%**	**Anzahl**	**%**
Bei Entlassung (T1)				
erfüllt	13	87	18	90
Nicht erfüllt	4	27	5	25
Unklare Bedürfnisse	3	20	4	20
Nach einem Jahr (T2)				
erfüllt	10	67	12	60
Nicht erfüllt	9	60	10	50
Unklare Bedürfnisse	1	7	1	5

Als erfüllte Bedürfnisse wurde bei Entlassung in beiden Gruppen gleichermaßen genannt: Entspannung zu finden, die körperliche Fitness zu verbessern, bezüglich der Krankheit Antworten zu finden und Erkenntnis zu gewinnen, Zeit für sich zu haben.

Als nicht erfüllte Bedürfnisse wurde bei Entlassung in der RH-KL Gruppe mehr Tiefe in bestimmten Themen und ein zu enger Zeitplan genannt. In der RH-I Gruppe wurde trotz doppelter Psychotherapiedosis von einer Person mangelnde Tiefe bei der Verarbeitung persönlicher Themen aus der Vergangenheit vermisst. In beiden Gruppen empfand jeweils eine Person die Behandlungen nicht auf die Bedürfnisse abgestimmt.

In beiden Gruppen berichteten Personen, die bei Entlassung unklare Bedürfnisse angaben, dass ihnen ihre Bedürfnisse durch die zugewiesenen Behandlungen teilweise erst bewusst geworden sind.

Als erfüllte Bedürfnisse wurde 1 Jahr nach der Reha in beiden Gruppen gleichermaßen genannt: Positiv empfundene berufliche und private Kontextveränderungen, veränderte eigene Einstellungen zu bestimmten Themen, verbesserte Abgrenzung.

Als nicht erfüllte Bedürfnisse wurde 1 Jahr nach der Reha in beiden Gruppen gleichermaßen genannt: Negativ empfundene berufliche und private (hier insbesondere Belastungen durch zu pflegende Angehörige) Kontextveränderungen, Verschlechterung der eigenen Erkrankung, mangelnde gesellschaftliche Anerkennung psychischer Erkrankungen.

In beiden Gruppen berichteten Personen, die 1 Jahr nach der Reha unklare Bedürfnisse angaben, dass es ihnen weiterhin schwerfällt, ihre Bedürfnisse selbst wahrzunehmen und selbst für ihre Erfüllung zu sorgen.

Erfüllung der Erwartungen an die Reha zum Zeitpunkt der Entlassung und 1 Jahr nach der Reha. In beiden Gruppen überwog zum Zeitpunkt der Entlassung der Anteil der Personen, die ihre Erwartungen an die Reha erfüllt sahen. Während 1 Jahr nach der Reha deutlich mehr Personen ihre Erwartung als nicht erfüllt vs. erfüllt beschrieben, gaben in der RH-I Gruppe gleich viele Personen erfüllte und

nicht erfüllte Erwartungen an. Die Häufigkeiten werden aus Gründen der Übersichtlichkeit tabellarisch berichtet.

Tabelle 5: Erwartungserfüllung zum Zeitpunkt der Entlassung und 1 Jahr nach der Reha

	RH-KL (n = 15)		**RH-I (n = 20)**	
Erwartungen	**Anzahl**	**%**	**Anzahl**	**%**
Bei Entlassung (T1)				
erfüllt	10	67	11	55
Nicht erfüllt	4	27	6	30
Keine Erwartungen	7	47	8	40
Nach einem Jahr (T2)				
erfüllt	3	20	5	25
Nicht erfüllt	8	53	5	25
Keine Erwartungen	5	33	7	35

Als erfüllte Erwartungen wurde bei Entlassung in beiden Gruppen genannt: Hilfe und Unterstützung zu bekommen, Erholung zu finden, Eingehen der Behandler*innen auf die Person.

Als nicht erfüllte Erwartungen wurde bei Entlassung in der RH-KL mangelndes Eingehen der Behandler*innen auf die Person und Enttäuschung über Nicht-Genesung von Begleiterkrankungen, in der RH-I Gruppe Enttäuschung über zu kleinen Fortschritt der Genesung der psychischen Erkrankung durch zu hohe eigene Erwartungen genannt.

In beiden Gruppen berichteten Personen, die bei Entlassung keine Erwartungen an die Reha angaben, dass sie entweder über keine Referenzerfahrung verfügen oder sich dadurch eine Enttäuschung i.S. nicht erfüllter Erwartungen ersparen möchten.

Als erfüllte Erwartungen wurde 1 Jahr nach der Reha in beiden Gruppen Verbesserungen bezüglich des Umgangs mit beruflichen Themen und Verbesserung der eigenen Befindlichkeit genannt.

Als nicht erfüllte Erwartungen wurde 1 Jahr nach der Reha in beiden Gruppen negativ empfundene private (Beziehung zum/r Lebenspartner*in) und berufliche Kontextveränderungen bzw. Nicht-Veränderungen und die als nicht ausreichende Um-setzung der in der Reha erhaltenen Impulse genannt. In der RH-KL Gruppe wurden zusätzlich Schwierigkeiten mit der Nachsorge PsyRENA berichtet, an der letztlich trotz eigenem Bemühen nicht teilgenommen werden konnte.

In beiden Gruppen berichteten Personen, die 1 Jahr nach der Reha keine Erwartungen an die Zeit nach der Reha angaben, dass sie sich selbst nicht unter Druck setzen wollten.

Ziele und Zielerreichung zum Zeitpunkt der Entlassung und 1 Jahr nach der Reha. Während in der RH-KL Gruppe keine Person Ziele für die Zeit der Reha an-gab, taten dies in der RH-I Gruppe ein Fünftel der Personen. Auffällig ist in beiden Gruppen, dass für die Zeit nach der Reha bei dem überwiegenden Teil der Rehabilitand*innen (70% bzw. 93%) eine Zielvorstellung für die Zeit nach der Reha bestand, während dies für die Zeit der Reha nur bei 4 Prozent der Versicherte zutraf. Die Häufigkeiten werden aus Gründen der Übersichtlichkeit tabellarisch berichtet

Tabelle 6: Ziele und Zielerreichung zum Zeitpunkt der Entlassung und 1 Jahr nach der Reha

	RH-KL (n = 15)		RH-I (n = 20)	
Zielerreichung	**Anzahl**	**%**	**Anzahl**	**%**
Bei Entlassung (T1)				
Ziele für die Reha	0	0	4	20
Unterstützende Aspekte	5	33	0	0
Hemmende Aspekte	3	20	3	15
Nach einem Jahr (T2)				
Ziele für die Zeit nach Reha	14	93	14	70
Unterstützende Aspekte	8	40	13	65
Hemmende Aspekte	10	67	12	60

Als Ziele für die Zeit der Reha wurden von Teilnehmenden an der RH-I genannt, Sport zu treiben, ins Arbeitsleben zurückzufinden, bessere Emotionsregulation oder Gewichtsreduzierung.

Als unterstützende Aspekte bei der Zielerreichung wurden bei Entlassung von Teilnehmenden an der RH-KL genannt: Freiwilligkeit und Mitsprache bei der Teilnahme an Leistungen, kein Leistungszwang, Hilfe bei Antragsstellung, Gespräche mit anderen.

Als hemmende Aspekte bei der Zielerreichung wurden bei Entlassung von Teilnehmenden an der RH-KL ein zu enger Terminplan, ein schlechtes Patient-Therapeuten-Verhältnis und die Corona-Situation genannt, die Teilnehmenden an der RH-I nannten mehrfachen Therapeutenwechsel, Kontaktabbruch der Tochter und Angstzustände.

Als Ziele für die Zeit nach der Reha wurden in beiden Gruppen genannt: proaktive berufliche oder private Kontextveränderungen, berufliche oder private Abgrenzung, Teilnahme an der Nachsorge, Medikamentenreduzierung, regelmäßige Bewegung und Entspannung.

Als unterstützende Aspekte bei der Zielerreichung wurden 1 Jahr nach der Reha in beiden Gruppen genannt: Hilfe durch Erinnern von Inhalten der Reha, Rückhalt bei Familie, Freunden, Bekannten und Kolleg*innen, Nachsorge bzw. Psychotherapeutische Anbindung, positive berufliche Kontextbedingungen, Eingliederung, Fallmanagement, Bewegung, Lesen und Gespräche.

Als hemmende Aspekte bei der Zielerreichung wurden 1 Jahr nach der Reha in beiden Gruppen genannt: hohe Belastung durch Kümmern um Angehörige, die Corona-Situation, mangelnde Angebote oder Erreichbarkeit bei Nachsorge, Therapie und Sport, finanzielle Lage, Grenzen der eigenen Motivation, zu hoch gesetzte Ziele.

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

Die Ergebnisse der quantitativen Analysen haben gezeigt, dass eine Dosissteigerung bei vorgegebener Behandlungsdauer nicht automatisch zu höherer Wirksamkeit der psychosomatischen Rehabilitation bezüglich der Symptomreduktion (unmittelbarer) und sozialmedizinischer Parameter (mittelbarer Reha-Erfolg) führt. Nicht jede Therapieform ist für alle Personen gleichermaßen geeignet. Vielmehr könnte eine differenzierte Einbeziehung der Eingangsvoraussetzungen (AU-Dauer vor der Reha, Krankheitsschwere bei Aufnahme) sowie der Reaktivität der Versicherten (z.B. durch wöchentliche Messung der Symptomschwere) zu einer individualisierten Bewertung von Interventionsdauer und -intensität genutzt werden. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie lassen darauf schließen, dass weniger schwer Erkrankte, die innerhalb der ersten drei Monate einer AU eine intensivierte Reha durchlaufen, gute Chancen auf eine reliable Verbesserung ihrer Symptomatik haben, während bei fortschreitender AU bzw. Erkrankungsschwere dies eher nicht zu erwarten ist. Eine frühzeitige (innerhalb der ersten drei Monate einer AU) und ggf. kürzere Intervention als die Regelversorgung könnte als Präventionsmaßnahme im frühen Stadium einer affektiven Störung (wenn die Symptombelastung noch nicht schwerwiegend ist) gleichermaßen Menschen in ihrem persönlichen Leiden entlasten sowie Chronifizierung und Teilhabehemmnissen vorbeugen. Entscheidend ist die rechtzeitige und zuverlässige Identifizierung infrage kommender Versicherter.

Diese Erkenntnisse konnten durch die quantitativen Analysen der Interviews mit einer randomisierten Teilstichprobe gestützt werden, wo sich ebenfalls keine Dosiseffekte zeigen lassen konnten. Gleichwohl lässt sich aus den qualitativen Analysen ableiten, dass Kontextveränderungen, Nachsorge oder individuelle Kontrollüberzeugungen Einfluss auf die Genesung oder die Rückkehr in die Arbeit haben konnten. Fraglich wäre, inwiefern günstige Kontrollüberzeugungen oder Steigerung der Resilienz Personen in ihrer Bewältigung schwieriger Kontextfaktoren unterstützt und inwiefern dies durch Therapiedosiserhöhung gesteigert werden könnte.

Während vor der Reha berufliche Probleme für viele Versicherte ein hohes Gewicht hatten, hatten ein Jahr nach der Reha Belastungen durch Kümmern um Angehörige ein hohes Gewicht, während berufliche Probleme weniger genannt wurden. Die Unterstützung der Versicherte im Bereich der beruflichen Thematiken scheint durch die bestehenden Reha-Konzepte gut umgesetzt zu werden. Vor dem Hintergrund einer alternden Gesellschaft bei gleichzeitigem Fachkräftemangel ist zukünftig eine noch höhere Belastung durch Pflegesituationen zu rechnen. Es wäre zu überlegen, ob im Bereich anderer Kontextfaktoren, insbesondere bei Belastungen durch Beziehungsprobleme oder Pflegesituationen die Versicherte durch neue zu entwickelnde Reha-Konzepte mehr Unterstützung erhalten könnten.

Obwohl es in Deutschland eine große Auswahl an effektiven traditionellen therapeutischen Maßnahmen zur Förderung, Prävention, Behandlung und Rückfallprävention des breiten Spektrums an psychischen Störungen existieren, erreichen diese im Vergleich nur wenig Hilfesuchende und Betroffene. Besonders alarmierend ist vor allem, dass etwa zwei Drittel der Betroffenen (61,6%) keinen Zugang zur klassischen Versorgung findet, also unbehandelt bleibt (Fehlzeitenreport der AOK, 2025). Neben der Erfahrung, keinen Behandlungsplatz finden zu können, geben nicht versorgte Versicherte sehr häufig an, ihre Probleme zunächst selbst lösen zu wollen. Nicht selten glauben die Betroffenen auch, dass ihnen eine psychotherapeutische Behandlung nicht helfen könne oder dass Menschen in ihrer sozialen Umgebung schlecht über sie denken könnten.

Ein Grundproblem der ambulanten Versorgung von psychisch erkrankten Versicherten besteht laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes in der vergleichsweisen langen Wartezeit von durchschnittlich vier bis sechs Monaten und der unterschiedlichen Versorgungsdichte in städtischen und ländlichen Räumen. Diese Defizite sind für etwa 50 Prozent aller Patienten, die sich telefonisch um einen Psychotherapieplatz bemühen, Grund genug, die Suche nach einem geeigneten Therapieplatz bereits nach wenigen Versuchen abzubrechen, wobei ungünstige Faktoren wie z.B. niedriger Sozial- und Berufsstatus oder geringe Bildung das Finden eines geeigneten Therapeuten oder einer Therapeutin zusätzlich sehr erschweren.

Selbst wenn schließlich eine ambulante Psychotherapie zustande kommt, sind viele Therapeutinnen und Therapeuten mit sozialmedizinisch relevanten Aspekten nicht ausreichend vertraut und berücksichtigen diese in der Behandlung entsprechend weniger. In der Praxis heißt das, dass trotz ambulanter Psychotherapie die Wiederherstellung oder Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit wenig im Fokus der Behandlung steht und die Dauer einer bestehenden Krankschreibung nicht wesentlich verkürzt wird. Diese Konstellation schwächt bei vielen Patientinnen und Patienten die ohnehin oft instabile Motivation zur Rückkehr an den Arbeitsplatz und führt bei ungünstigen Therapieverläufen dazu, dass sich ein chronifiziertes Vermeidungsverhalten („Arbeitsplatzphobie“) entwickelt. Neben dem Problem der Versorgung gibt es daher auch das Problem der nachhaltigen Behandlung mit dem Ziel der dauerhaften Teilhabe am Erwerbsleben.

Die ungenügende psychotherapeutische Versorgungslage, aber auch das häufig zu spät einsetzende Hilfesuchverhalten durch von psychischen Krisen betroffener Menschen führt mutmaßlich zu einer Aggravation der sich schleichend entwickelnden psychischen Erkrankung.

So haben Erschöpfung und Burn-Out in den letzten Jahren eine besondere Renaissance und Neubewertung erfahren. Mit der Verankerung in einem bestehenden Beschäftigungsverhältnis ist es eine anspruchsvolle Aufgabe, eigenständig präventiv in sich dynamisch verändernden und durch die Digitalisierung beschleunigten Arbeitswelt für sich und sein oder ihr Befinden aufmerksam zu handeln, die Besonderheit einer Gefährdung auszumachen und für sich anzuerkennen. Alle Beschäftigten sind gefordert und auch oft überfordert, noch vorhandene Ressourcen anzuwenden, aber sich auch neue und möglicherweise bisher nicht vorhandene Persönlichkeitseigenschaften wie Flexibilität, Neues sowie Unsicherheits- und Fehlertoleranz anzueignen (Reckwitz, 2017).

Es war aus den Gründen der frühzeitigen Identifikation und des Adressierens eines Versorgungsmangels im Projekt geplant, beides über Kooperationen mit Krankenkassen und Betrieben zu erreichen. Es hätten so die Erkenntnisse, welche sich im Projekt gezeigt haben, bereits wirksam umgesetzt werden können. Die Umsetzung der frühzeitigen Identifikation und des Adressierens konnte jedoch nicht voll umgesetzt werden, auch wenn in Gesprächen der Bedarf als gegeben und die Intervention als sinnvoll erachtet wurden. Immerhin ist bekannt, dass etwa 23 Prozent der Versicherten mit einer behandlungsrelevanten Depressionsdiagnose keine Behandlung erhalten. Trotz der nachgewiesenen Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen werden jährlich etwa 67.000 Menschen in Deutschland wegen Erwerbsminderung, Tendenz steigend, aufgrund einer psychischen Erkrankung berentet. Sowohl Krankenkassen und Betriebe konnten keine Anschlussmöglichkeiten zum Rehabilitationsangebot der Deutschen Rentenversicherung herstellen und präferierten zum Beispiel kürzere Angebote oder die Möglichkeit zur Direkteinweisung, was nicht den Rahmenbedingungen entspricht. Um die Chronifizierung psychischer Erkrankung und damit auch das Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt möglichst zu verhindern, war, wie oben schon dargestellt, eine deutlich höhere Psychotherapiedosis notwendig, die die Kosten für die gesamte Rehabilitationsbehandlung deutlich erhöhten.

Das führt zu der Erkenntnis, dass ein zukünftiges Angebot überwiegend nur auf dem Versichertenpool der Deutschen Rentenversicherung basieren kann und hierin die frühzeitige Identifikation stattfindet.

5 Verstetigung vor Ort

5.1 Ausgangslage

Medizinisch-psychosomatische Rehabilitationsmaßnahmen folgen einer weitgehend durch Therapiestandards bzw. durch die Klassifikation therapeutischer Leistungen vorgegebenen Behandlungsroutine, die wenig Spielraum für einen individuellen, zielgruppengerechten Behandlungsfokus zulassen. So ist zwar durch die Einführung der medizinisch-beruflichen Rehabilitation ein Behandlungszweig entstanden, der sich insbesondere mit der Wiedereingliederung ins Erwerbsleben beschäftigt, allerdings zeigen Evaluationsarbeiten, dass nur ein geringer Zusammenhang zwischen der klinischen Effektivität einer medizinischen Heilbehandlung und der beruflichen Wiedereingliederung besteht.

Insbesondere bei sozialmedizinisch problematischen Patientinnen und Patienten, die im Indikationsbereich Psychosomatik einen Anteil von 30 – 40 Prozent haben, kommt es auf individuelles Fallmanagement an, vor allem dann, wenn noch keine psychotherapeutische Vorbehandlung stattgefunden hat. Die traditionell vorgegebene Therapiedosis ist aber nach unserer Einschätzung gerade bei dieser Gruppe von Patientinnen und Patienten zu gering, um tatsächlich eine Verbesserung der beruflichen Wiedereingliederungsquote zu erreichen. Die betroffenen Versicherten sind häufig noch zu sehr mit dem Hintergrund und den Entstehungsbedingungen ihrer Erkrankung beschäftigt, um sich ausreichend um die Perspektive einer Wiedereingliederung ins Erwerbsleben zu kümmern.

In unserem Projektansatz sollte daher die teilhabebehindernden Krankheitsfolgen in den ersten zwei Wochen der Behandlung im Mittelpunkt der Behandlung stehen, um erstmal eine Basis für die weiteren Integrationsbemühungen zu schaffen.

5.2 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung

Eine Fortführung des Angebots als Teil einer psychosomatischen Rehabilitation ist nicht beabsichtigt, weil die Wirksamkeit der Intervention nicht gleichermaßen für alle teilnehmenden Versicherten gegeben war. Die Mehrzahl der Teilnahmenden profitierte zwar vom Angebot, aber nicht in einem Umfang, dass es nur einer intensivierten Intervention bedurft hätte, um die Teilhabe wiederherzustellen. Wie bereits erwähnt, waren eher die Frühzeitigkeit und die Schwere der Belastung ausschlaggebend für die Wirksamkeit. Das Angebot könnte zudem auch vor dem Hintergrund der Einheitlichkeit der Vergütung und der strukturellen bzw. therapeutischen Rahmenbedingungen für eine psychosomatische Rehabilitation ohne weitere Anpassungsprozesse nicht erbracht werden. Eine Übertragung von anderen Kliniken ist somit faktisch zunächst auch ausgeschlossen.

5.3 Verstetigung im eigenen Jobcenter/Rentenversicherungsträger

Es wird daher derzeit der im Rahmen des Projekts entwickelte intensivierte, teilhabeorientierte Ansatz als erweiterte Präventionsleistung in Anlehnung an RV-Fit erprobt, um über diesen Weg eine zeitnahe Versorgung innerhalb der ersten drei Krankheitsmonate der Betroffenen eine wichtige Komponente für die Erhaltung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu erreichen. Gerade bei psychischen Belastungen ist der Zeitpunkt für eine rechtzeitige Behandlung schwer zu bestimmen, da der Übergang von einer einfachen Stressreaktion zu einer Anpassungsstörung kontinuierlich erfolgt.

Mit einer Prävention könnte der Übergang verlangsamt bzw. unterbrochen werden, in dem beginnende oder sich bereits aufgetürmte arbeits- und berufsbezogene Problemlagen berücksichtigt werden. Mit dem multimodalen Ansatz von RV-Fit, der ähnlich einer Rehabilitation ist, können neben ergonomischen Aspekten, die sich aus den bio-mechanischen Belastungen und sensumotorischen Anforderungen der Arbeitstätigkeit ergeben, gerade zur Vermeidung psychischer Belastungen interaktionelle Probleme und Konflikte am Arbeitsplatz, aber auch die durch persönlichkeitsstrukturelle bzw. durch den sozialen Kontext bedingte Defizite in der Stressverarbeitung oder im Erleben und

Verarbeiten von Arbeitsplatzanforderungen, die dann im weiteren Verlauf zu erschöpfungsassoziierten Erkrankungen führen können, berücksichtigt werden.

Die mangelnde Bewältigung der psychischen Funktionsstörungen, beispielsweis bei einer beginnenden Erschöpfung (s.o.), führt zu Einschränkungen der interaktionellen Fähigkeiten, der Urteilsbildung, Selbstbehauptung und Strukturierungsfähigkeit, aber vor allem auch zu einer störungsbedingten Reduktion beruflicher Fertigkeiten und Fähigkeiten. Die Einschränkung der sozialen und beruflich-technischen Fertigkeiten führt weiterhin zu einer Einschränkung der Teilhabe am sozialen, familiären und sozialen Leben. Die Wechselwirkungen zwischen krankheitsbedingten psychischen und somatischen Funktionsstörungen, Aktivität und Teilhabe werden daher zusätzlich durch Kontextfaktoren determiniert, die sich in Umwelt- und personenbezogene Faktoren unterscheiden lassen.

Für eine belastbare Arbeitsfähigkeit ist der Umweltfaktor Arbeitsplatz von entscheidender Bedeutung. Den Arbeitnehmerinnen und Arbeitsnehmern werden besondere Anpassungsfähigkeit und Flexibilität abverlangt, gleichzeitig aber auch die Bereitschaft zu ständiger Weiterbildung und zur Übernahme von über die eigenen Leistungsgrenzen hinausgehenden Tätigkeiten durch veränderte Arbeitszeitmodelle und hohen qualitativen und quantitativen Anforderungen, die Fähigkeit zur simultanen Bearbeitung miteinander konkurrierender Arbeitsaufträge, Selbstinitiative, Kreativität und vereinzelt ständige Verfügbarkeit erwartet. Das setzt beim Arbeitnehmer oder der Arbeitnehmerin hohe persönlichkeitsstrukturelle Fähigkeiten wie Frustrations– und Unsicherheitstoleranz, Kompromiss- und Anpassungsfähigkeit sowie eine hohe Problemlösungskompetenz, Konfliktfähigkeit und Belastbarkeit voraus.

Ein Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und Belohnungen am Arbeitsplatz erhöht das Risiko, eine Depression zu entwickeln und erschwert damit die Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit. Dabei sind vor allem das Ausmaß und die Länge des Ungleichgewichts entscheidend. Auch der wahrgenommene Handlungs- und Entscheidungsspielraum ist bedeutsam für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung durch die Arbeitsplatzverhältnisse. Gerade bei schwelenden Arbeitsplatzkonflikten gerät sowohl das Verhältnis zwischen Anforderungen und Handlungs- und Entscheidungsspielraum, sowie das Verhältnis zur subjektiv empfundenen Gratifikation ins Ungleichgewicht, wobei personenbezogene Faktoren wie mangelnde Belastbarkeit und Bewältigungstechniken, mangelnde Kränkungs- und Unsicherheitstoleranz sowie mangelnde Konfliktfähigkeit auf der Seite des Arbeitnehmers oder der Arbeitnehmerin konflikthafte Arbeitsplatzsituationen zusätzlich verschärfen. Erschwerend kommt hinzu, dass Menschen, die sich bereits in einem Zirkel aus kontextuellen Belastungen, Arbeitsplatzanforderungen und Erschöpfung befinden, objektiv vorhandene Handlungsspielräume nicht ausreichend wahrnehmen. Somit ist die Bewertung von Konfliktlagen am Arbeitsplatz stets der individuellen subjektiven Wahrnehmung und Interpretation unterworfen.

Mit dem Ansatz einer Prävention könnte die Innovation auf Grundlage der Erkenntnisse weiterentwickelt werden. Betroffene Versicherte mit psychischen Belastungen werden frühzeitig identifiziert und unbürokratisch einer gestuften stationären Präventionsleistung zugeführt, die nicht nur ein Schulungsprogramm mit ersten praktischen Übungen anbietet, wie es aktuell im RV-Fit Konzept für 5-tägige stationäre Maßnahmen vorgesehen. An den ersten beiden Tagen der innovativen Prävention erfolgt eine ausführliche diagnostische Orientierung über die individuellen Behandlungs- und Unterstützungsbedarfe des oder der Versicherten. Die konventionelle, siebentägige (Kalendertage) Präventionsleistung der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig Hannover wird bei einem entsprechend festgestellten Bedarf auf eine vierzehntägige Prävention-Intensiv-Leistung (rehapro Projekt Prävensiv, *„Prävention-Intensiv“*) erweitert.

In die *Prävention-Intensiv*-Leistung, die sich an Reha-Integrativ orientieren soll, sollen Versicherte insbesondere dann gesteuert werden,

- wenn die gesundheitlichen Teilhabeeinschränkungen mit einem allgemein gehaltenen Präventionsprogramm nicht mehr ausreichend aufgefangen werden können,
- eine ambulante Behandlung nicht zeitnah zu erhalten ist und
- eine medizinische bzw. medizinisch-psychosomatische Rehabilitation nicht oder noch nicht indiziert ist.

Die Versicherten werden in der Startphase durch ein strukturiertes Schulungs- und Bewegungsprogramm geführt. Im ärztlichen und psychologischen Aufnahmegespräch werden physiologische Trainingsschwerpunkte sowie psychologische Kernthemen erfragt und im Sinne smarter Zielformulierung mit jedem Teilnehmer besprochen und festgelegt. In interaktionell geführten Kurzseminaren werden

wichtige und hilfreiche Informationen zu den Themen Stressbewältigung, Ernährung, psychische Resilienz und Ressourcen sowie Achtsamkeit vermittelt, wobei insbesondere auf die individuellen Bedürfnisse der Präventandinnen und Präventanden eingegangen wird. Ein weiteres Kurzseminar beschäftigt sich mit Fragen rund um sozialmedizinische Themen. Weitere interaktiv geführte Seminare behandeln die Einführung in die Bewegungstherapie (Bewegung und körperliches Training), vermitteln individuelle Informationen zur Ergonomie am Arbeitsplatz, unterstützen bei der Erstellung eines individuellen Trainingsplans (Ausdauer, Kraft, Bewegung, Koordination) oder führen in ein Entspannungstraining und in die medizinische Trainingstherapie ein. Insbesondere wird der Trainingsplan für die Aktivitätsphase vorbereitet.

In der Eingangsdiagnostik werden soziodemographische Daten, Krankheitsbelastungen, Daten zur Persönlichkeitsstruktur, zur Arbeitsmotivation und zur Belastung durch Kontextfaktoren aller Teilnehmenden erhoben. Neben Alter, Geschlecht, subjektive Prognose der Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeitszeiten werden Bildungs- und Ausbildungshintergrund sowie Migrationsstatus mittels einer PC-gestützten testpsychologischen Untersuchung zu Beginn der Startphase erhoben. Nach 6 Monaten, zum Abschluss des Programms, erfolgt eine weitere online-gestützte Befragung.

In der dreimonatigen Aktivitätsphase nimmt die geschlossene Gruppe an insgesamt 12 wöchentlich angebotenen Gruppensitzungen teil, in denen die oben bereits beschriebenen Themen vertieft bzw. fortgeführt werden. Zusätzlich erhalten die Präventandinnen und Präventanden zwei Einzelgespräche pro Monat (insgesamt 6). Zudem werden den Teilnehmerinnen und Teilnehmern 12 Sporteinheiten in dieser Zeit angeboten, die entweder als MTT-Training oder als Rehasport im ambulanten Präventionszentrum Hannover wahrgenommen werden können. Alternativ können sich die Versicherten einem Rehasportangebot anschließen. In den darauffolgenden drei Monaten trainieren die Versicherten selbstständig weiter. Alternativ gibt es die Möglichkeit, am Rehasport teilzunehmen. Die Bearbeitung psychologischer Themen kann durch die Anmeldung bei verschiedenen E-Mental-Health-Programmen, die von der Krankenkasse finanziert werden (Novego, Moodgym), weitergeführt werden. Die Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie wird ebenfalls als Eigenaktivität anerkannt. Zum Abschluss des Präventionsprogramms für Menschen mit psychischen Belastungen kommt die Gruppe letztmalig zu einem Gruppengespräch im Präventionszentrum zusammen, um sich gemeinsam über das Gelernte und Erlebte einerseits und über die zukünftige Aktivität andererseits auszutauschen.

Eine zusätzliche Option ist die Übertragung des Reha-Integrativ Ansatzes auch auf ein ambulantes Präventionssetting für psychisch belastete Versicherte. Es bestünde hier noch eine weitere, niedrigschwelligere Möglichkeit für Personen, eine Prävention in Anspruch zu nehmen, da sie das Angebot berufsbegleitend wahrnehmen könnten. Es könnte insbesondere auch als spezifischen Firmenangebot genutzt werden, wenn eine stationäre Präventionsleistung ausgeschlossen wird. Ähnlich wie in Reha-Integrativ und der Erprobung in Prävention-Intensiv könnte auch in einem ambulanten Setting der Anteil von Modulinhalten mit Bezug auf Psyche erhöht werden.

Die Wirksamkeit der Intervention würde erhöht werden, da eine Präventionsmaßnahme aufgrund anderer versicherungsrechtlicher Voraussetzungen frühzeitiger als eine Rehabilitation eingeleitet werden kann. Anders als eine Rehabilitation setzt die Prävention im Sinne der Rentenversicherung eine bestehende Beschäftigung voraus und kann beantragt werden, wenn erste, aber noch nicht unbedingt dauernde gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen. Es können so Menschen mit psychischen Belastungen aufgrund von Problemen oder Belastungen am Arbeitsplatz oder aufgrund von interaktionellen oder kontextuell bedingten Teilhabeproblemen besser erreicht werden, um sich weiter auftürmende Teilhabehindernisse zu verhindern. Das Versorgungsproblem, welches bei dauernde gesundheitlichen bzw. psychischen Beeinträchtigen besteht, würde hiermit einen anderen Stellenwert erhalten. Es sollte dann möglich sein, Teilnehmende auf den weiteren Verlauf der Versorgungskette, inklusive potentieller Verzögerungen und Rahmenbedingungen, vorzubereiten und die Tendenz des Aufgebens von Bemühungen um einen Therapieplatzes oder eines vorzeitigen Abbruchs der Versorgung minimieren. Eine Kooperation mit Krankenkassen oder Betrieben kann dann ein weiterer Baustein sein.

Es konnte im Projekt gezeigt werden, dass eine Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als drei Monaten als kritischer Wert für die berufliche Wiedereingliederung gelten kann. Der daraus folgenden Chronifizierung, die möglicherweise auch in dem Wunsch endet, eine Rente wegen Erwerbsminderung zu beantragen, soll durch die Präventionsleistungen mit dem Intensiv-Ansatz von Reha-Integrativ entgegengewirkt werden. Es würde somit ebenfalls das Ziel von Reha-Integrativ verfolgt werden, die hohe

Zahl von mehr als 40 Prozent von Zugängen zu Renten wegen Erwerbsminderung aufgrund einer psychischen Erkrankung zu senken.

6 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung

Die hohen Kosten und die Struktur der intensivierten Rehabilitation in Reha-Integrativ steht nach unserer Erfahrung aktuell einer bundesweiten Verstetigung in ihrer im Projekt erprobten Form entgegen. Die Rehabilitation liegt aktuell über dem regulären Vergütungssatz und es wäre kein Sondermerkmal vorhanden, welches die Mehrkosten decken würde. Die intensivierte Rehabilitation müsste zudem vorzugsweise im Gruppensetting, mit angepassten Inhalten und einem Antragsverfahren zur Zusteuerung von Teilnehmenden erbracht werden. Dies stellte bereits in der Projektumsetzung eine Herausforderung dar und nicht für eine Verstetigung aufgelöst werden können.

Die in *Prävention Intensiv* erprobte Fortführung von Rhea-Integrativ als Präventionsleistung wäre voraussichtlich bundesweit verstetigbar, da die Anforderungen an Präventionsleistungen sich von Rehabilitationsleistungen unterscheiden. Es besteht ein Rahmenkonzept innerhalb welchem eine individuelle Ausgestaltung in Ansätzen möglich ist. Das Konzept setzt auf ein Gruppensetting, in welchem die Teilnehmenden gleiche Module absolvieren. Die Präventionsleistung kann auch grundsätzlich zu festen Terminen geplant werden, so dass eine aktive Zusteuerung möglich ist.

Die Verstetigung des Reha-Integrativ-Ansatzes als Präventionsleistung setzt jedoch voraus, dass das Rahmenkonzept für Präventionsleistungen zeitliche Flexibilisierungen zulässt. So könnte der Reha-Integrativ-Ansatz als frühzeitige, im Vergleich zu medizinisch-psychosomatischen Rehabilitationsleistungen kürzere Intervention Versicherte mit beginnenden psychischen Belastungen unterstützen und bei Erfolg später aufkommende Rehabilitationsbedarfe reduzieren helfen. Prognostisch könnten durch die zeitlich erweiterte Präventionsleistung für psychisch belastete Versicherte die Rehabilitationskliniken mit psychosomatischem Indikationsschwerpunkt entlastet werden.

Tabellenanhang

Tabelle 1.1 Mittelwerte und Standardabweichungen für prä-post-Werte (T0/T1) und Reliable Change Index (RCI) der Depressivität (DEP) und Häufigkeiten und Prozentwerte der potenziellen Arbeitsfähigkeit nach 2 Wochen (AF 2 Wo) der Gruppen und der Gesamtstichprobe.

Anmerkung. N=494 (RCI); RCI=[-1,96; +1,96] „unverändert“, RCI < - 1,96 „reliabel verbessert“, RCI > 1,96 „reliabel verschlechtert“ (Cohen, 2013); *N*=214 (AF 2 WO); Messung AF 2 Wo in den Kohorten 25-38; 1= Depressionsschwere bei Aufnahme unterhalb klinischem Cut-off; 2= Depressionsschwere bei Aufnahme oberhalb klinischem Cut-off.

	RH-I			RH-KL			AU < 3 Monate			AU > 3 Monate			Gesamt		
Variable	*M*	*SD*	*n*	*M*	*SD*	*n*	*M*	*SD*	*n*	*M*	*SD*	*n*	*M*	*SD*	*n*
DEP T0	20,72	9,56	243	20,31	11,10	251	18,42	9,98	337	24,99	9,77	157	20,51	10,37	494
DEP T1	8,09	9,55	243	8,63	9,42	251	6,74	8,46	337	11,85	10,59	157	8,36	9,48	494
RCI-DEP	-2,86	2,07	243	-2,65	2,15	251	-2,65	1,96	337	-2,98	2,39	157	-2,76	2,11	494
leicht Erkrankte RCI-DEP[1]	-1,84	1,14	102	-1,54	1,13	113	-1,61	1,12	175	-2,03	1,18	40	-1,68	1,14	215
schwer Erkrankte RCI-DEP[2]	-3,61	2,27	141	-3,56	2,35	138	-3,78	2,04	162	-3,31	2,61	117	-3,58	2,31	279
	n	%		*n*	%		*n*	%		*n*	%		*n*	%	
AF 2 Wo	39	38		36	33		69	45		6	10		75	35	
leicht Erkrankte AF 2 Wo[1]	25	50		20	46		41	52		4	27		45	48	
schwer Erkrankte AF 2 Wo[2]	14	26		16	24		28	37		2	4		30	25	

Tabelle 1.2. Zusammenfassung der logistischen Regressionsanalysen zur Vorhersage der potenziellen Entlassung nach 2 Wochen (H1).

Anmerkung. KI=Konfidenzintervall für odds ratio (OR); R^2 nach Nagelkerke; DEP T0=Depressionsschwere bei Aufnahme; Dosis=Reha-klassisch vs. Reha-Integrativ; [1] N=214; [2] n=94; [3] n=120; α=0.5.

		Potenzielle Entlassung nach 2 Wochen						
Modell	Prädiktor	*B*	*SE*	*OR*	*95% KI*	Wald	*p*	R^2
alle Erkrankten: Alle Rehabilitand*Innen der Kohorten 25-38[1]								
1	AU vor Reha	-1,99	0,46	0,14	[0,06; 0,34]	18,70	< 0,001	0,160
2	AU vor Reha	-1,99	0,46	0,14	[0,06; 0,34]	18,48	< 0,001	
	Dosis	0,10	0,30	1,11	[0,61; 2,01]	0,11	0,737	
3	AU vor Reha	-1,82	0,47	0,16	[0,07; 0,40]	15,23	< 0,001	
	Dosis	0,05	0,31	1,05	[0,57; 1,92]	0,02	0,884	
	DEP T0	-0,77	0,31	0,47	[0,25; 0,86]	6,07	0,014	
leicht Erkrankte: Subgruppe 1: Depressionsschwere bei Aufnahme (DEP T0) unterhalb klinischem Cut-off[2]								
1	AU vor Reha	-1,09	0,63	0,34	[0,10; 1,15]	3,02	0,082	0,047
2	AU vor Reha	-1,07	0,63	0,34	[0,10; 1,17]	2,91	0,088	
	Dosis	0,10	0,42	1,11	[0,48; 2,54]	0,06	0,811	
schwer Erkrankte: Subgruppe 2: Depressionsschwere bei Aufnahme (DEP T0) oberhalb klinischem Cut-off[3]								
1	AU vor Reha	-2,55	0,76	0,08	[0,02;0,35]	11,21	< 0,001	0,222
2	AU vor Reha	-2,55	0,76	0,08	[0,02; 0,35]	11,19	< 0,001	
	Dosis	0,02	0,46	1,02	[0,42; 2,48]	0,02	0,968	

Tabelle 2.1. 2-faktorielle (Dosis und AU vor Reha) ANOVA für Symptomreduktion der Depression (RCI-DEP) (H2).

Anmerkung. N=494; [1]= Depressionsschwere bei Aufnahme unterhalb klinischem Cut-off; [2]= Depressionsschwere bei Aufnahme oberhalb klinischem Cut-off; α=0.5.

alle Erkrankten

leicht Erkrankte

schwer Erkrankte

Variable und Bedingung	*df*	*MS*	*F*	*p*	η^2
RCI-DEP					
Dosis	1	5,05	1,14	0,287	0,002
AU vor Reha	1	12,54	2,82	0,094	0,006
Dosis x AU vor Reha	1	0,26	0,06	0,810	< 0,001
Fehler	490	4,45			
RCI-DEP[1]					
Dosis	1	4,96	3,89	0,050	0,018
AU vor Reha	1	6,30	4,95	0,027	0,023
Dosis x AU vor Reha	1	0,67	0,52	0,470	0,002
Fehler	211	1,27			
RCI-DEP[2]					
Dosis	1	0,01	< 0,01	0,989	< 0,001
AU vor Reha	1	14,97	2,81	0,095	0,010
Dosis x AU vor Reha	1	0,22	0,04	0,839	< 0,001
Fehler	275	5,33			

Tabelle 2.2. 2-faktorielle (Dosis und AU vor Reha) ANOVA für Symptomreduktion der psychischen und somatoformen Beschwerden (RCI-PSB) bei Entlassung. (H2).

Anmerkung: N=494; [3]= psychische und somatoforme Beschwerden bei Aufnahme unterhalb vs. [4]= oberhalb klinischem Cut-off; α=0,5.

alle Erkrankten

leicht Erkrankte

schwer Erkrankte

Variable und Bedingung	*df*	*MS*	*F*	*p*	η^2
RCI-PSB prä-post					
Dosis	1	0,01	0,72	0,398	0,001
AU vor Reha	1	0,03	3,09	0,079	0,006
Dosis x AU vor Reha	1	0,01	0,67	0,411	0,001
Fehler	487	0,01			
RCI-PSB[3] prä-post					
Dosis	1	< 0,01	0,85	0,357	0,008
AU vor Reha	1	< 0,01	0,01	0,924	< 0,001
Dosis x AU vor Reha	1	< 0,01	0,34	0,559	0,003
Fehler	109	< 0,01			
RCI-PSB[4] prä-post					
Dosis	1	< 0.01	0,01	0,971	< 0,001
AU vor Reha	1	0,01	0,41	0,524	0,001
Dosis x AU vor Reha	1	0,01	0,761	0,384	0,002
Fehler	339	0,01			

Tabelle 2.3. Zusätzliche Moderationsanalysen zur Vorhersage der Depressionsreduktion bei Entlassung durch die Wechselwirkung zwischen Handlungs- vs. Lageorientierung und subjektiver Beeinträchtigung durch Kontextfaktoren (KT) bzw. Psychotherapiedosis (Z 2.1).

Anmerkung. [a]alle kontinuierlichen Variablen wurden zentriert; HOM-LOM=retrospektive Handlungs- vs. Lageorientierung nach Misserfolgserfahrung; HOP-LOP=prospektive Handlungs- vs. Lageorientierung bei der Handlungsplanung; Dosis: 0=klassische Reha; 1=Reha-Integrativ; T0=Aufnahme, T1=Entlassung; BootCI=durch Bootstrapping berechnete 95%-Konfidenzintervalle; α=0,5.

								Symptomreduktion (RCI-BDI) bei Entlassung
	Schritt	Prädiktor	*n*	ΔR^2	*B*	*SE B*	*t*	*p*	*BootCI*
retrospektive Lageorientierung bei Aufnahme	1		405	0,13				< 0,001	
		HOM-LOM $_{T0}$			1,63	0,311	5,17	0,001	[1,086; 2,191]
		KT $_{T0}$			-0,26	0,15	-1,66	0,097	[-0,594; 0,057]
		Dosis			0,23	0,26	0,88	0,377	[-0,331; 0,787]
retrospektive Handlungsorientierung bei Aufnahme	2			0,01				0,076	
		HOM-LOM $_{T0}$ x KT[a] $_{T0}$		< 0,01	-0,18	0,23	-0,78	0,436	[-0,587; 0,237]
		HOM-LOM $_{T0}$ x Dosis		0,01	-0,89	0,42	2,11	0,036	[-1,672; -0,135]
prospektive Lagesorientierung bei Aufnahme	1		405	0,11				< 0,001	
		HOP-LOP $_{T0}$			1,13	0,34	3,36	< 0,001	[0,505; 1,733]
		KT $_{T0}$			-0,18	0,16	-1,12	0,263	[-0,509; 0,156]
		Dosis			-0,06	0,26	-0,24	0,814	[-0,592; 0,481]
	2			< 0,01				0,184	
		HOP-LOP $_{T0}$ x KT[a] $_{T0}$		< 0,01	-0,41	0,24	-1,70	0,089	[-0,849; 0,015]
		HOP-LOP $_{T0}$ x Dosis		< 0,01	-0,24	0,44	-0,56	0,578	[-1,042; 0,542]

Abbildung 2. Moderatoreffekte zur Vorhersage der Symptomreduktion bei Entlassung (Z 2.1).

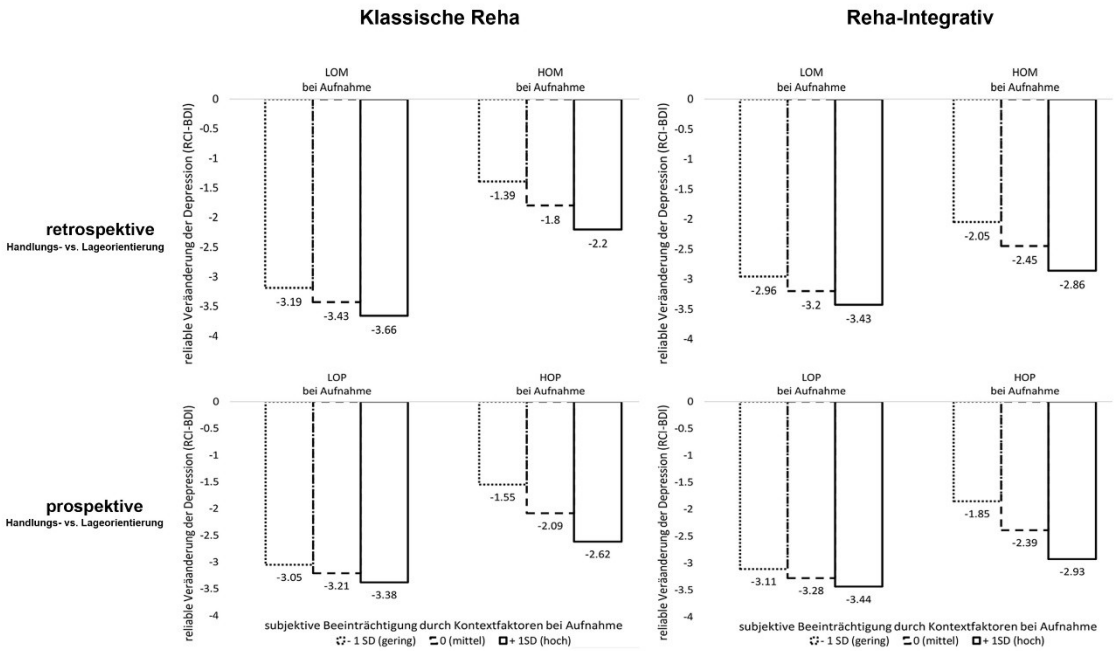


Tabelle 3. 2-faktorielle ANOVA (Dosis und AU vor Reha) für Symptomreduktion der psychischen und somatoformen Beschwerden (RCI-PSB) 1 Jahr nach der Reha (H3).

Anmerkung. N=494; [3]= psychische und somatoforme Beschwerden bei Aufnahme unterhalb vs. [4]= oberhalb klinischem Cut-off; α=0,5.

Variable und Bedingung	*df*	*MS*	*F*	*p*	η^2
alle Erkrankten					
RCI-PSB prä-kat					
Dosis	1	0,03	2,26	0,134	0,007
AU vor Reha	1	0,09	7,36	0,007	0,022
Dosis x AU vor Reha	1	< 0,01	0,08	0,781	< 0,001
Fehler	334	0,01			
leicht Erkrankte					
RCI-PSB[3] prä-kat					
Dosis	1	< 0,01	0,65	0,424	0,007
AU vor Reha	1	< 0,01	0,01	0,932	< 0,001
Dosis x AU vor Reha	1	0,01	0,92	0,340	0,010
Fehler	87	0,01			
schwer Erkrankte					
RCI-PSB[4] prä-kat					
Dosis	1	0,01	0,54	0,464	0,002
AU vor Reha	1	0,03	2,47	0,117	0,010
Dosis x AU vor Reha	1	< 0,01	0,14	0,714	0,001
Fehler	245	0,01			

Tabelle 4.1 Zusammenfassung der logistischen Regressionsanalysen zur Vorhersage der Teilnahme an Nachsorgeangeboten im Jahr nach der Reha (H4).

Anmerkung. KI=Konfidenzintervall für odds ratio (OR); R^2 nach Nagelkerke; Dosis: 0=Reha-klassisch vs. 1=Reha-Integrativ; AU vor Reha: 0=kleiner vs. 1=größer 3 Monate; DEP T0: 0=BDI-Score unterhalb vs. 1=oberhalb klinischem Cutoff; [1] *n*=360; [2] *n*=347; [3] *n*=358; α=0,5.

		Teilnahme an der PsyRena[1]						
Modell	Prädiktor	*B*	*SE*	*OR*	*95% KI*	Wald-statistik	*p*	R^2
1	AU vor Reha	0,41	0,27	1,51	[0,89; 2,56]	2,31	0,128	0,01
2	AU vor Reha	0,40	0.27	1,49	[0,88; 0,24]	2,22	0,137	0,01
	Dosis	-0,23	0,26	0,80	[0,48; 1,32]	0,78	0,377	
3	AU vor Reha	0,23	0,28	1,26	[0,73; 2,17]	0,67	0,414	0,04
	Dosis	-0,27	0,26	0,76	[0,46; 1,28]	1,07	0,302	
	DEP T0	0,73	0,28	2,07	[1,18; 3,61]	6,53	0,011	

schwer Erkrankte

Tabelle 4.2 Zusammenfassung der logistischen Regressionsanalysen zur Vorhersage der Teilnahme an Nachsorgeangeboten im Jahr nach der Reha (H4).

Anmerkung. KI=Konfidenzintervall für odds ratio (OR); R^2 nach Nagelkerke; Dosis: 0=Reha-klassisch vs. 1=Reha-Integrativ; AU vor Reha: 0=kleiner vs. 1=größer 3 Monate; DEP T0: 0=BDI-Score unterhalb vs. 1=oberhalb klinischem Cutoff; [1] *n*=360; [2] *n*=347; [3] *n*=358; α=0,5.

Lange AU vor Reha

		Teilnahme an psychosomatischem Fallmanagement[2]						
Modell	Prädiktor	*B*	*SE*	*OR*	*95% KI*	Wald-statistik	*p*	R^2
1	AU vor Reha	1,68	0,43	5,36	[2,32; 12,37]	15,44	< 0,001	0,11
2	AU vor Reha	1,67	0,43	5,33	[2,31; 12,32]	15,33	< 0,001	0,11
	Dosis	-0,13	0,41	0,88	[0,39; 1,98]	0,10	0,758	
3	AU vor Reha	1,55	0,44	4,72	[2,00; 11,15]	12,54	< 0,001	0,12
	Dosis	-0,13	0,41	0,88	[0,39; 1,98]	0,10	0,752	
	DEP T0	0,55	0,47	1,73	[0,69; 4,37]	1,35	0,245	

Tabelle 4.3 Zusammenfassung der logistischen Regressionsanalysen zur Vorhersage der Teilnahme an Nachsorgeangeboten im Jahr nach der Reha (H4).

Anmerkung. KI=Konfidenzintervall für odds ratio (OR); R^2 nach Nagelkerke; Dosis: 0=Reha-klassisch vs. 1=Reha-Integrativ; AU vor Reha: 0=kleiner vs. 1=größer 3 Monate; DEP T0: 0=BDI-Score unterhalb vs. 1=oberhalb klinischem Cutoff; [1] *n*=360; [2] *n*=347; [3] *n*=358; α=0,5.

Lange AU vor Reha

schwer Erkrankte

		Teilnahme an ambulanter Gesprächspsychotherapie[3]						
Modell	Prädiktor	*B*	*SE*	*OR*	*95% KI*	Wald-statistik	*p*	R^2
1	AU vor Reha	0,91	0,27	2,48	[1,47; 4,16]	11.70	< 0,001	0,05
2	AU vor Reha	0,92	0,27	2,50	[1,49; 4,22]	11.92	< 0,001	0,05
	Dosis	0,23	0,26	1,26	[0,75; 2,10]	0,45	0,387	
3	AU vor Reha	0,63	0,28	1,08	[1,08; 3,25]	5,04	0,025	0,17
	Dosis	0,18	0,27	1,19	[0,70; 2,05]	0,42	0,517	
	DEP T0	1,67	0,34	5,28	[2,71; 10,30]	23,86	< 0,001	

Tabelle 5.1 Regressionen (N = 483) für den Dosiseffekt auf den mittelbaren Reha-Erfolg (H5, H6) und zusätzliche Untersuchungen (Z) des Dosiseffekts auf die Veränderung des Handlungskontrollstils bei Entlassung/im Jahr nach der Reha und die Veränderung der subjektiven Belastung durch Kontextfaktoren bei Entlassung.

Anmerkung. RCI=reliable Veränderung; B=sozialversicherungspflichtige Beitragsmonate, K=Krankengeldbezugsmonate; T0=Aufnahme; T1=Entlassung; T2=1 Jahr nach der Reha; Dosis: 0=klassische Reha; 1=Reha-Integrativ; Z=zusätzliche Hypothesentests; HOM = retrospektive Handlungs-/Lageorientierung nach Misserfolgserfahrung; HOP = prospektive Handlungs-/Lageorientierung bei der Handlungsplanung; α = 0,5.

Anstieg **retrospektive Handlungs**orientierung bei Entlassung

Anstieg **prospektive Handlungs**orientierung bei Entlassung

Hypothese	Variable	*B*	*SE B*	β	ΔR^2	*p*
5	B_{T2}	0,13	0,45	0,01	< 0,01	0,770
6	K_{T2}	0,09	0,28	0,02	< 0,01	0,747
Z 2.2	RCI HOM $_{T1\text{-}T0}$	0,46	0,13	0,17	0,03	< 0,001
Z 2.3	RCI HOP $_{T1\text{-}T0}$	0,25	0,14	0,09	0,01	0,038
Z 2.4	RCI KT $_{T1\text{-}T0}$	-0,10	0,13	-0,04	< 0,01	0,223
Z 3.1	RCI HOM $_{T2\text{-}T0}$	0,10	0,17	0,03	< 0,01	0,273
Z 3.2	RCI HOP $_{T2\text{-}T0}$	0,12	0,18	0,04	< 0,01	0,250

Tabelle 5.2. Zusätzliche Moderationsanalysen zur Vorhersage der sozialversicherungs-pflichtigen Beitragsmonate im Jahr nach der Reha durch die Wechselwirkung zwischen Handlungs- vs. Lageorientierung und subjektiver Beeinträchtigung durch Kontextfaktoren (KT) bzw. der Psychotherapiedosis Z 5.1).

Anmerkung. alle kontinuierlichen Variablen wurden zentriert; HOM-LOM=retrospektive Handlungs- vs. Lageorientierung nach Misserfolgserfahrung; HOP-LOP=prospektive Handlungs- vs. Lageorientierung bei der Handlungsplanung; Dosis: 0=klassische Reha; 1=Reha-Integrativ; T0=Aufnahme, T1=Entlassung; BootCI=durch Bootstrapping berechnete 95%-Konfidenzintervalle; α=0,5.

	Sozialversicherungspflichtige Beitragsmonate (B) im Jahr nach der Reha						
Prädiktor	*n*	ΔR^2	*B*	*SE B*	*t*	*p*	*BootCI*
	397	0,09				< 0,001	
HOM-LOM $_{T1}$			0,55	0,70	0,78	0,434	[-0,765; 1,875]
KT $_{T1}$			-1,97	0,34	-5,84	< 0,001	[-2,684; -1,234]
Dosis			-0,12	0,66	-0,18	0,860	[-1,474; 1,194]
		0,03				0,003	
HOM-LOM $_{T1}$ x KT^a $_{T1}$		0,03	1,73	0,49	3,49	< 0,001	[0,690; 2,722]
HOM-LOM $_{T1}$ x Dosis		< 0,01	-0,05	0,95	-0,05	0,958	[-1,866; 1,807]
	398	0,12				< 0,001	
HOP-LOP $_{T1}$			2,03	0,69	2,92	0,004	[0,744; 3,307]
KT $_{T1}$			-1,77	0,33	-5,41	< 0,001	[-2,435; -1,101]
Dosis			0,03	0,64	0,04	0,964	[-1,294; 1,364]
		0,02				0,004	
HOP-LOP $_{T1}$ x KT^a $_{T1}$		0,02	1,59	0,49	3,27	0,001	[0,578; 2,539]
HOP-LOP $_{T1}$ x Dosis		< 0,01	-0,54	0,93	-0,58	0,560	[-2,361; 1,191]

geringe Beeinträchtigung durch **Kontextfaktoren** bei Entlassung → 2,4 Monate mehr (im Mittel)

Retrospektive Lageorientierung bei Entlassung, hohe Kontextbelastung → 3 Monate weniger (im Mittel)

prospektive Handlungsorientierung bei Aufnahme → 2,2 Monate mehr (im Mittel)

geringe Beeinträchtigung durch **Kontextfaktoren** bei Entlassung → 2,4 Monate mehr (im Mittel)

Prospektive Lageorientierung bei Entlassung, hohe Kontextbelastung → 4 Monate weniger (im Mittel)

Abbildung 3. Moderatoreffekte zur Vorhersage der sozialversicherungspflichtigen Beitragszeiten (Z 5.1).

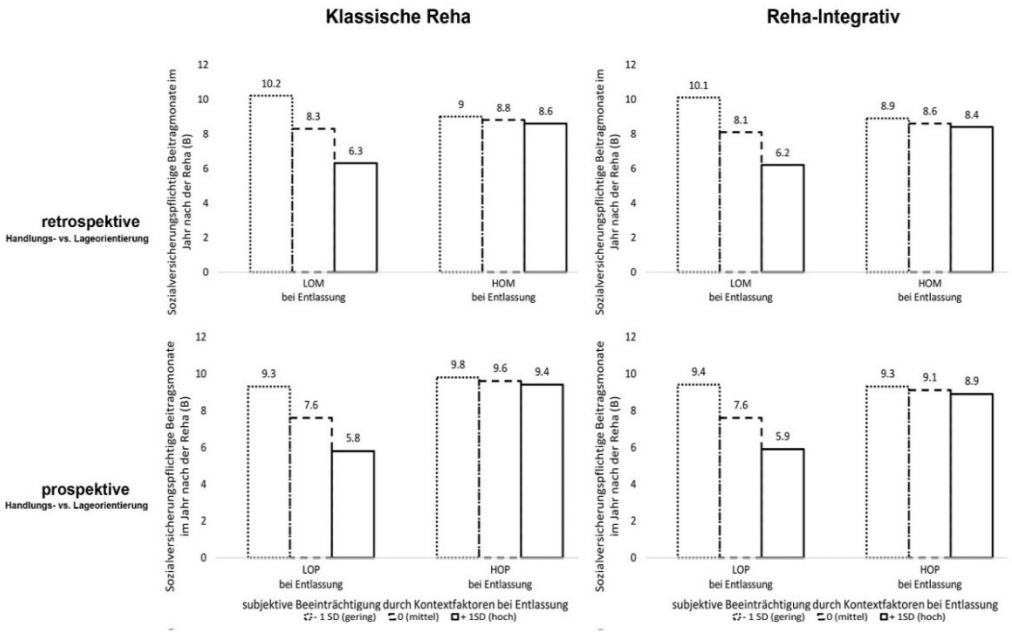


Tabelle 5.3. Zusätzliche Moderationsanalysen zur Vorhersage der Zeiten des Krankengeldbezugs im Jahr nach der Reha durch die Wechselwirkung zwischen Handlungs- vs. Lageorientierung und subjektiver Beeinträchtigung durch Kontextfaktoren (KT) bzw. der Psychotherapiedosis (Z 6.1).

Anmerkung. alle kontinuierlichen Variablen wurden zentriert; HOM-LOM=retrospektive Handlungs- vs. Lageorientierung nach Misserfolgserfahrung; HOP-LOP=prospektive Handlungs- vs. Lageorientierung bei der Handlungsplanung; Dosis: 0=klassische Reha; 1=Reha-Integrativ; T0=Aufnahme, T1=Entlassung; BootCI=durch Bootstrapping berechnete 95%-Konfidenzintervalle; α=0,5.

Tabelle 5.4. Gruppenvergleich der Häufigkeiten in der Qualität der Veränderung des Befindens seit Aufnahme bis Entlassung, sowie seit Entlassung bzw. Aufnahme bis 1 Jahr nach der Reha (Themenfeld 1, quantitative Auswertung).

Themenfeld 1 (Aufnahme der Therapie)						
	Dosis RH-KL		**Dosis RH-I**			
Qualität der Veränderung	*n*	%	*n*	%	X^2	*p*
Veränderung des Befindens seit Aufnahme bis Entlassung						
T1 wesentliche Verbesserung	5	8,3	9	11,4	0,486	0,486
T1 Verbesserung	7	11,7	8	10,1	0,156	0,693
T1 keine Veränderung	2	3,3	3	3,8	0,019	0,889
T1 verschlechtert	1	1,7	0	0	1,373	0,241
Befinden nach Rückkehr aus Reha						
T2 sehr	5	8,3	4	5,1	0,798	0,372
T2 gut	8	13,3	9	11,4	0,238	0,625
T2 weder schlecht noch gut	0	0	5	6,3	4,375	0,037
T2 schlecht	1	1,7	1	1,3	0,044	0,834
T2 sehr schlecht	1	1,7	1	1,3	0,044	0,834
Veränderung des Befindens seit Entlassung bis 1 Jahr nach der Reha						
T2 wesentliche Verbesserung	0	0	0	0	0	-
T2 Verbesserung	2	3,3	6	7,6	1,350	0,245
T2 keine Veränderung	4	6,7	6	7,6	0,047	0,829
T2 verschlechtert	6	10,0	6	7,6	0,380	0,537
T2 wesentlich verschlechtert	3	5,0	1	1,3	1,905	0,168
Veränderung des Befindens seit Antragstellung bis 1 Jahr nach der Reha						
T2 wesentliche Verbesserung	5	8,3	7	8,9	0,011	0,918
T2 Verbesserung	7	11,7	10	12,7	0,038	0,845
T2 keine Veränderung	3	5,0	2	2,5	0,700	0,403

T2 verschlechtert	0	0	1	1,3	0,772	0,380
T2 wesentlich verschlechtert	0	0	0	0	0	-
Dokumente	15	100	20	100		

Literaturverzeichnis Ergebnisband

Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2018). Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung (15., vollst. überarb. Auflage 2018). Springer Berlin Heidelberg.

Bassler, M. (2016). Laufendes Rentenverfahren und Psychotherapie – Aspekte der Beziehungsgestaltung. In: PID 17 (2), 74-77.

Brennan, R. L. & Prediger, D. J. (1981). Coefficient kappa: Some uses, misuses, and alternatives. Educational and psychological measurement, 41(3), 687–699.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales & Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2016). Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2014. Dortmund/Berlin/Dresden: BMAS, BAuA.

Bülau, N. I., Kessemeier, F., Petermann, F., Bassler, M. & Kobelt, A. (2016). Evaluation von Kontextfaktoren in der psychosomatischen Rehabilitation [Evaluation of Contextual Factors in Psychosomatic Rehabilitation]. Die Rehabilitation, 55(6), 381–387. https://doi.org/10.1055/s-0042-119897

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. (2017). Jahresbericht 2016. https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Intern/Jahresbericht-2016.pdf?__blob=publicationFile&v=3

Cohen, J. (2013). Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. Elsevier Science.

Deutsche Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung) Bund. (2016). Reha-Therapiestandards Depressive Störungen. https://www.deutsche-rentenversiche-rung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/quali_rehatherapiestandards/Depression/rts_depression_download.html

Deutscher Bundestag. (2018). Drucksache 18/8587: Arbeitsbedingungen und psychische Belastungen. https://dserver.bundestag.de/btd/18/085/1808587.pdf

Diefendorff, J. M., Hall, R. J., Lord, R. G. & Strean, M. L. (2000). Action-state orien-tation: Construct validity of a revised measure and its relationship to work-related variables. Journal of Applied Psychology, 85(2), 250–263. https://doi.org/10.1037//0021-9010.85.2.250

Eid, M. (2015). Statistik und Forschungsmethoden: Lehrbuch; mit Online-Material (Deutsche Erstausgabe, 4., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Beltz Verlagsgruppe. https://content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783621282482

Hautzinger, M. (2008). BDI II. In J. Bengel (Hrsg.), Diagnostik für Klinik und Praxis: Bd. 5. Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation (S. 206–209). Hogrefe.

Hayes, A. F [A. F.]. (2022). Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach (3. Aufl.). The Guilford Press.

Hees, H. L., Koeter, M. W. J. & Schene, A. H. (2012). Predictors of long-term return to work and symptom remission in sick-listed patients with major depression. The Journal of clinical psychiatry, 73(8), e1048-55. https://doi.org/10.4088/JCP.12m07699

Heiberger, R. M. & Holland, B. (2015). Statistical Analysis and Data Display. Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2122-5

Huber, P. J. (1981). Robust statistics. Wiley series in probability and mathematical statistics. Wiley.

Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. J Consult Clin Psychol, 59(1), 12–19. https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12

Klemm, A.-K., Knieps, F. & H. Pfaff (Hrsg.; 2024). Spurwechsel Prävention. BKK Gesundheitsreport 2024.

Knappertsbusch, F. (2017). Ökologische Validität durch Mixed-Methods-Designs. KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 69(S2), 337–360. https://doi.org/10.1007/s11577-017-0467-9

Kobelt, A., Worringen, U., Widera, T. & Muschalla, B. (2018). Psychosomatische Nachsorge nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation (PsyRENA). Ärztliche Psychotherapie, 13(1), 30–34. https://elibrary.klett-cotta.de/article/99.120110/aep-13-1-30

Köllner, V. & Schauenburg, H. (2012). Diagnostik und Evaluation: PiD - Psychotherapie im Dialog (1. Auflage). Thieme. http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:24-epflicht-1918934

Kuhl, J., Kazén, M. (2003). Handlungs- und Lageorientierung: Wie lernt man, seine Gefühle zu steuern? In J. Stiensmeier-Pelster & F. Rheinberg (Hrsg.), Tests und Trends: N.F., Bd. 2. Diagnostik von Motivation und Selbstkonzept (S. 201–219). Hogrefe.

Langens, T. A. (2020). Kontinuität von psychosomatischer Rehabilitation und psycho-therapeutischer Nachsorge (PsyRENA). In D. Mattke & M. Pröstler (Hrsg.), Formen ambulanter Gruppentherapie (S. 215–224). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-59092-8_18

Meyer, M., Wiegand, S. & Schenkel, A. (2020). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2019. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2020 (S. 365–444). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61524-9_23

Mittag, O., Meyer, T., Glaser-Möller, N., Matthis, C. & Raspe, H. (2006). Vorhersage der Erwerbstätigkeit in einer Bevölkerungsstichprobe von 4225 Versicherten der LVA über einen Prognosezeitraum von fünf Jahren mittels einer kurzen Skala (SPE-Skala). Gesundheitswesen (Bundesverband der Arzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany), 68(5), 294–302. https://doi.org/10.1055/s-2006-926781

Muschalla, B., Bengel, J., Morfeld, M. & Worringen, U. (2018). Perspektiven einer Teilhabeorientierten Psychotherapie in Anlehnung an Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW). Die Rehabilitation, 57(4), 233–238. https://doi.org/10.1055/s-0043-102553

Nachtigall, C. & Suhl, U. (2005). Evaluation intraindividueller Veränderung. Z Klin Psychol Psychother (Gott), 34(4), 241–247. https://doi.org/10.1026/1616-3443.34.4.241

Nielsen, M. B. D., Bültmann, U., Amby, M., Christensen, U., Diderichsen, F. & Rugulies, R. (2010). Return to work among employees with common mental disorders: Study design and baseline findings from a mixed-method follow-up study. Scandinavian journal of public health, 38(8), 864–872. https://doi.org/10.1177/1403494810384424

Nosper, M. (2008). Die Dauer psychosomatischer Rehabilitation-Regelungen, Einflussfaktoren und Empfehlungen. Die Rehabilitation, 47(01), 8–13. https://doi.org/10.1055/s-2007-1004605

Nübling, R., Kaluscha, R., Krischak, G., Kriz, D., Martin, H., Müller, G., Renzland, J., Reuss-Borst, M., Schmidt, J., Kaiser, U. & Toepler, E. (2016). Return to Work nach stationärer Rehabilitation – Varianten der Berechnung auf der Basis von Patientenangaben und Validierung durch Sozialversicherungs-Beitragszahlungen. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, 26(06), 293–302. https://doi.org/10.1055/s-0042-117282

Oster, J., Müller, G. & Wietersheim, J. von (2009). "Wer profitiert?"- Patientenmerkmale als Erfolgsprädiktoren in der psychosomatischen Rehabilitation. Die Rehabilitation, 48(2), 95–102. https://doi.org/10.1055/s-0029-1214411

Passier, I. & Kobelt-Pönicke, A. (2023). Beeinträchtigung durch Kontextfaktoren: Fremd- und Selbstbeurteilung von Rehabilitand:innen in der psychosomatischen Rehabilitation [Impairment due to Contextual Factors: External Assessment and Self-Assessment of Rehabilitants in Psychosomatic Rehabilitation]. Die Rehabilitation. Vorab-Onlinepublikation. https://doi.org/10.1055/a-1964-7362

Preacher, K. J., Rucker, D. D. & Hayes, A. F [Andrew F.] (2007). Addressing Moderated Mediation Hypotheses: Theory, Methods, and Prescriptions. Multivariate behavioral research, 42(1), 185–227. https://doi.org/10.1080/00273170701341316

Rabung, S., Harfst, T., Koch, U., Wittchen, H. U. & Schulz, H. (2007). „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH)"-psychometrische Überprüfung eines neuen Selbstbeurteilungsinstruments zur multidimensionalen Erfassung psychosozialer Gesundheit. Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin, 17(03), 133–140.

Rädiker, S. & Kuckartz, U. (2019). Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA: Text, Audio und Video. Lehrbuch. Springer Versicherte. http://www.springer.com/ https://doi.org/10.1007/978-3-658-22095-2

Renner, K.-H. & Jacob, N.-C. (2020). Das Interview. Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-60441-0

Robert Koch-Institut. (2015). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. https://doi.org/10.17886/rkipubl-2015-003

Rotter, K., Lambrecht, A., Koch, B. & Kobelt-Pönicke, A. (2023). Reha-Erfolg nach psychosomatischer Rehabilitation in Abhängigkeit von Symptombelastung und Arbeitsunfähigkeitsdauer [Rehabilitation Success After Psychosomatic Rehabilitation as a Function of Symptomatic Load and Duration of Incapacity to Work]. Psychother Psychosom Med Psychol, 73, 300–307. https://doi.org/10.1055/a-1996-1062

Schreier, M. & Odag, Ö. (2020). Mixed Methods. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie (2. Aufl., S. 159–184). Springer Fachmedien Wiesbaden.

Schuntermann, M. F. (2009). Einführung in die ICF: Grundkurs - Übungen - offene Fragen (3., überarb. Aufl.). Ecomed Medizin.

Statistisches Bundesamt. Krankheitskosten 2015 für Deutschland nach Krankheitskapiteln. www.gbe-bund.de; www.destatis.de

Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W. W. & Nübling, R. (2007). Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation: Mesta-Studie. Hans Huber.

7 Anlagen

7.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt

Übersichtskasten

Projekttitel	Integrative stationäre Behandlung von Versicherten mit besonderen beruflichen Problemlagen
Akronym	Reha-Integrativ
Zuwendungsempfänger	Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover
Projektbeteiligte	Rehazentrum Oberharz Clausthal-Zellerfeld
Förderaufruf	Erster Förderaufruf
Projektzeitraum	1.10.2019 bis 30.9.2024

7.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis

Datum	Titel	Art	Ort	Autor*Innen	Nachweis
25.11.2020	Reha-Integrativ *Forschungsdesign*	PPP Vortrag	rehapro Online-Forum	Rotter, K.; Koch, B.; Lambrecht, A.; Kobelt-Pönicke, A.	https://programme-valuation-reha-pro.de/veranstaltungen/online_foren_2020/ii_online_forum
22.03.2021	Reha-Integrativ *Online-Poster*	Poster	31. Reha Kolloquium, Online	Rotter, K.; Koch, B.; Lambrecht, A.; Kobelt-Pönicke, A.	https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DeutscheRentenversicherung/DE/Experten/Reha-Wissenschaften/Wissensaustausch_Veranstaltungen/Reha-Kolloquium/Reha-Kolloquium-alte/alte_kolloquien_index.html
14.06.2023	Reha-Integrativ *Aktueller Forschungsstand*	PPP Vortrag	rehapro Vernetzungstreffen, HCC Hannover	Rotter, K.; Kobelt-Pönicke, A.	Tagungsdokumentation

Datum	Titel	Art	Ort	Autor*Innen	Nachweis
15.03.2024	Reha-Erfolg in Abhängigkeit der Therapiedosis	PPP Vortrag	rehapro 2. Fachkonferenz, Duisburg	Rotter, K.; Koch, B.; Lambrecht, A.; Kobelt-Pönicke, A.	https://programme-valuation-reha-pro.de/veranstaltungen/zweite_fachkonferenz_2024/
20.03.2024	Reha-Erfolg in Abhängigkeit der Therapiedosis	PPP Vortrag	33. Reha Kolloquium, Bremen	Rotter, K.; Koch, B.; Lambrecht, A.; Kobelt-Pönicke, A.	Kurzbeitrag in Deutsche Rentenversicherung-Schriften Band 130, S. 183-185 https://www.reha-dat-literatur.de/literatur-beziehen/index.html?filter=sammelwerk_reihe_string_lit%3A%22DRV-Schriften%3A+Rehabilitationswissenschaftliches+Kolloquium%22&reloaded&sort=erscheinungsjahr_lit+desc&page=1&query=%22DRV-Schriften%3A+Rehabilitationswissenschaftliches+Kolloquium%22&mode=detail&listtitle=
25.04.2024	Reha-Erfolg in Abhängigkeit der Therapiedosis	PPP Vortrag	Fokusveranstaltung SGB VI, BMAS, Berlin	Rotter, K.; Koch, B.; Lambrecht, A.; Kobelt-Pönicke, A.	Veranstaltungsdokumentation
22.05.2024	Reha-Erfolg nach psychosomatischer Rehabilitation in Abhängigkeit von der Psychotherapiedosis	Artikel	Bundesgesundheitsblatt, Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2024	Rotter, K.; Koch, B.; Lambrecht, A.; Kobelt-Pönicke, A.	https://doi.org/10.1007/s00103-024-03898-2

7.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen

/

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