ERGEBNISBAND

SEMPRE

Steuern mit dem Rehakompass: Alle in einem Boot. Schnittstellenmanagement zur frühzeitigen Ermittlung des psychosomatischen Rehabilitationsbedarfs und rechtzeitigen Steuerung in die Psychosomatische Rehabilitation

Modellprojekt ▪ Bundesprogramm rehapro ▪ Erster Förderaufruf

Projektverantwortlich:
Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen

Gefördert durch:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

rehapro

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Der vorliegende Ergebnisband stellt das Modellprojekt SEMPRE 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 SEMPRE erläutert. Des Weiteren werden die Ergebnisse und Erkenntnisse zu den innovativen Ansätzen des Projekts sowie deren Wirkungen präsentiert. Außerdem werden Verstetigungsoptionen vor Ort sowie Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und bundesweiten Verstetigung dargestellt.

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

Inhaltsverzeichnis

1 Darstellung des Modellprojekts 4
1.1 Ausgangslage 4
1.2 Inhalte 5
1.3 Ziele 8
1.4 Organisation/Beteiligte Akteur:innen 8
1.5 Wissenschaftliche Begleitung 10
1.5.1 Teilstudie 1: Prä-Post-Studie 11
1.5.2 Teilstudie 2: Kontrollierte Prä-Post-Studie 11
1.5.3 Teilstudie 3: Qualitative Befragung 11
1.5.4 Teilstudie 4: Prozessdokumentation 11
1.5.5 Teilstudie 5: Teilnehmende Beobachtung 12

2 Ergebnisse des Modellprojekts 13
2.1 Prä-Post-Studie 13
2.2 Kontrollierte Prä-Post-Studie 15
2.3 Qualitative Befragungen 18
2.4 Prozessdokumentation 18
2.5 Teilnehmende Beobachtung 20

3 Erkenntnisse zu den innovativen (Teil-)Ansätzen und deren Wirkungen 21

4 Verstetigung vor Ort 23
4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung 23
4.2 Verstetigung im eigenen Rentenversicherungsträger 24

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung 25

6 Abschließendes Fazit 26

7 Anlagen 28
7.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt 28
7.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis 28
7.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen 28

1 Darstellung des Modellprojekts

1.1 Ausgangslage

Psychische und psychosomatische Erkrankungen sind in der Bevölkerung weit verbreitet (Jacobi et al., 2014) und gehen häufig mit einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität sowie der Teilhabe an sozialen, familiären, kulturellen und insbesondere beruflichen Lebensbereichen einher. Gerade die berufliche Leistungsfähigkeit ist bei vielen Betroffenen deutlich reduziert – bis hin zur vollständigen Arbeitsunfähigkeit oder einer Gefährdung bzw. Minderung der Erwerbsfähigkeit (Deutsche Rentenversicherung, 2014). Aufgrund der engen Wechselwirkung zwischen psychischer Gesundheit und beruflicher Teilhabe kommt der medizinischen Rehabilitation eine zentrale Rolle in der Versorgung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen zu.

Trotz eines ausdifferenzierten Versorgungssystems in Deutschland mit einem breiten Spektrum an stationären, tagesklinischen und ambulanten Behandlungsangeboten [Schulz et al., 2006; Wittchen & Jacobi, 2001), nehmen Betroffene diese Leistungen oft nicht in Anspruch. Nur etwa jede vierte psychisch erkrankte Frau und jeder neunte betroffene Mann nutzt überhaupt entsprechende Versorgungsangebote (Mack et al. 2014). Die Ursachen hierfür sind vielfältig: Häufig bleibt die psychische Erkrankung in der Regelversorgung unerkannt oder es erfolgt keine zeitnahe Weiterleitung in geeignete therapeutische Maßnahmen. Hinzu kommt, dass der Zugang zu Behandlungsangeboten durch vielfältige Barrieren erschwert wird. Infolgedessen werden viele psychisch erkrankte Personen entweder zu spät oder gar nicht behandelt (Mack et al., 2014, Kivelitz et al., 2015).

Diese Versorgungslücken zeigen sich auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation. Etwa jede fünfte bewilligte Rehabilitationsleistung geht auf eine psychische Erkrankung zurück. Auffällig ist dabei, dass viele Betroffene erst in einem fortgeschrittenen, häufig bereits chronifizierten Erkrankungsstadium rehabilitative Leistungen in Anspruch nehmen. Ein Drittel der Rehabilitand*innen war vor Beginn der Maßnahme länger als sechs Monate arbeitsunfähig; mehr als ein Fünftel wurde durch die Krankenkasse oder die Bundesagentur für Arbeit zur Antragstellung aufgefordert, da eine Gefährdung der Erwerbsfähigkeit bestand (Deutsche Rentenversicherung, 2014; Deutsche Rentenversicherung, 2025). Diese späte Inanspruchnahme psychosomatischer Rehabilitationsleistungen verringert die Erfolgsaussichten der Maßnahme zumeist erheblich (Dietrich et al., 2017).

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. veranschaulicht die Auswirkungen eines späten und eines frühzeitigen Zugangs in die Hilfen am Beispiel des Zugangs in die Rehabilitation.

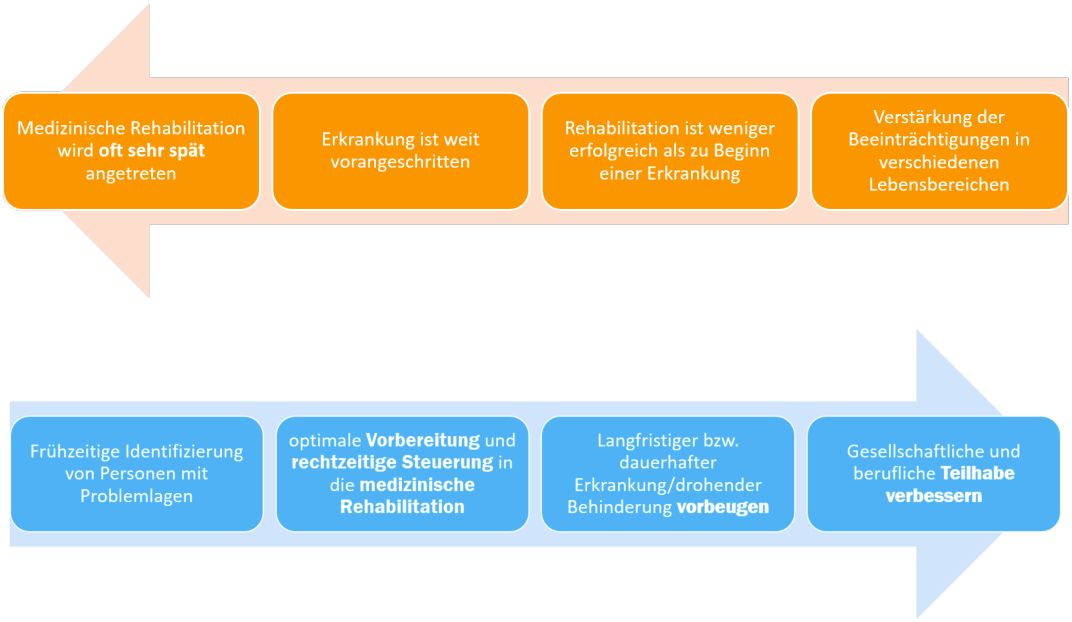


Abbildung 1: Auswirkungen eines späten und frühen Zugangs in die Rehabilitation.

Als wesentliche Ursachen für die verspätete Zuweisung gelten strukturelle Schnittstellenprobleme innerhalb des gegliederten Systems sozialer Sicherung sowie Unsicherheiten und Zurückhaltung potentieller Zuweisender. Vor diesem Hintergrund sind Maßnahmen erforderlich, die den Zeitraum zwischen dem Auftreten erster Symptome bzw. Teilhabestörungen und dem Beginn einer rehabilitativen Intervention verkürzen. Eine frühzeitige Erkennung psychisch bedingter Einschränkungen der Teilhabe sowie der niedrigschwellige Zugang zur psychosomatischen Rehabilitation sind dabei zentrale Stellgrößen zur Sicherung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit der Betroffenen (Dietrich et al., 2017).

1.2 Inhalte

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

Der Rehakompass-Workshop

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

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

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

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

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

Beratungsangebot

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

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

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

Die zweitägige Schnupper-Reha

Die Schnupper-Reha (offiziell „Psychosomatischer Rehakompass“/PRK) wurde während der Projektphase über zwei Tage ganztägig ambulant in zwei kooperierenden psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt: In der Rehaklinik RPK der zentegra gGmbH in Oldenburg (ursprünglich in der Klinik am Stadthafen Oldenburg des gleichen Unternehmens) und im AMEOS Psychosomatischen Reha Zentrum Bremen (Klinikname zu Projektbeginn: Zentrum für seelische Gesundheit Bremen).

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

An beiden Standorten wurde auf eine parallele Ausgestaltung der zwei Tage geachtet und das entsprechende Konzept war zwischen den Kliniken abgestimmt. Es handelt sich dabei um ein Gruppenangebot mit einer Gruppengröße von i.d.R. fünf bis sechs Teilnehmenden. Der abgestimmte Ablaufplan ist in Abbildung 2 und Abbildung 3 abgebildet. Dort sind sowohl die geplanten Zeiten als auch die zu beteiligenden Berufsgruppen angegeben. Die Reihenfolge der Angebote kann flexibel getauscht werden, sofern es organisatorisch notwendig und fachlich vertretbar ist. Nach der Teilnahme am Rehakompass bekommen die Lots*innen die Abschlussberichte und ggf. Antragsformulare von den Rehakompass-Einrichtungen zugesendet. Mit dem Rehakompass-Abschlussbericht, der den üblichen ärztlichen Befundbericht ersetzt hat, konnten die Teilnehmenden bis zu drei Monate nach dem PRK einen Rehabilitationsantrag stellen.

In einem telefonischen Abschlussgespräch konnten die Fragen des*der Teilnehmenden geklärt und die Empfehlungen für weitere Maßnahmen besprochen werden. Sollte noch kein Rehabilitationsantrag gestellt worden sein, wurde durch die Lots*innen weiter Motivationsarbeit geleistet oder weiter über die Rehabilitationsbehandlung im Allgemeinen informiert.

TAG 1: Zeit	Inhalt	Einzel (E) / Gruppe (G)	Berufsgruppe
08.30 – 09.30	Begrüßung: Vortrag „Wege zu einem gesunden und zufriedenstellenden Leben.“	G	Psycholog*in
09.45 – 11:00	Rundgang durch die Einrichtung	E bzw. G.	Pflege
10:00 – 12:30	Aufnahmegespräche– inkl. Zielerarbeitung	E	Arzt*Ärztin
10:00 – 12.30	Aufnahme	E	Psycholog*in
10.30 – 12:30	Aufnahme bei Bedarf	E	Physiotherapeut*in
12:30 – 13:00	Mittagspause*		
13:00 – 13:30	Progressive Muskelrelaxation (PMR)	G	Psycholog*in
13:30 – 14:00	Sozialanamnese (ggf. inklusive Beruf)	G	Psycholog*in/ Sozialarbeiter*in/-pädagog*in
14:40 – 14.45	Kreativgruppe (Ressourcenaktivierung und -wahrnehmung)	G	Ergotherapeut*in
14.45 – 15.30	Bewegungseinheit	G	Physiotherapeut*in
15.15 – 16.00	Erste Einführung in den Reha-Antrag, Verabschiedung	G	Sozialdienst

Abbildung 2: Ablaufplan Tag 1 der Psychosomatischen Schnupperreha.

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

TAG 2: Zeit	Inhalt	Einzel (E) / Gruppe (G)	Berufsgruppe
8.30 – 09.00	Ankommen und Begrüßung	G	Pflege
09.00 – 10.00	Vortrag zur Psychosomatik und mentalen Gesundheit	G	Psycholog*in
10.15 – 11.15	Lösungsorientierte Gruppe „Arbeit u. Beruf“	G	Psycholog*in/ Sozialarbeiter*in/-pädagog*in
11.30 – 12.00	Nordic Walking, Bewegungs- oder Entspannungsübung	G	Sporttherapeut*in
11.30 – 12:30	Team-Sitzung zur kollegialen Abstimmung und Besprechung der Einschätzung der Teilnehmenden	-	Arzt*Ärztin + Psycholog*in + Sozialarbeiter*in/-pädagog*in
12:30 – 13:00	Mittagspause*		
13.00 – 15.00	Ärztliches Abschlussgespräch	E	Arzt*Ärztin
13:00 – 15:30	Beratung Soziales/ Arbeit und Beruf (bei Bedarf)	E	Sozialdienst
13:00 – 15:30	Psychologisches Abschlussgespräch (inkl. Mitteilung der Auswertung Assessment und weitere Empfehlungen/ Verabschiedung)	E	Psycholog*in
13.30 – 15.30	Hilfe bei Stellung eines Reha-Antrages (b. Bedarf)	G	Pflegemitarbeiter*in Sozialdienst
15.30 – 16.00	Verabschiedung	G	z.B. Psycholog*in

Abbildung 3: Ablaufplan Tag 2 der Psychosomatischen Schnupperreha.

1.3 Ziele

Ein zentrales Problem der bisherigen Versorgung liegt in der oftmals verzögerten Vermittlung in eine medizinische Rehabilitation, obwohl der Antritt einer solchen Maßnahme für viele Betroffene dringend indiziert wäre. Lange Krankheitsverläufe, Motivationsbarrieren und strukturelle Hindernisse erschweren häufig den Zugang zur Behandlung und mindern den Behandlungserfolg. Der Rehakompass setzt hier an: Über systematische Netzwerkarbeit und personenzentrierte Lots*innenberatung sollte die Vermittlungsquote verbessert, der Zugang zur Rehabilitation erleichtert und die Behandlung nachhaltig unterstützt werden.

Der Rehakompass sollte demnach über eine komplexe Intervention erreichen, dass Betroffene früher eine psychosomatische Rehabilitationsleistung in Anspruch nehmen, als dies ohne den Rehakompass der Fall gewesen wäre. Das psychische Wohlbefinden und die berufliche und soziale Teilhabe sollten in einem klinisch relevanten Ausmaß verbessert werden bzw. erhalten bleiben.

Folgende Ziele wurden im Projekt konkret verfolgt:

1. Versicherte profitieren von der Teilnahme an SEMPRE: Sie haben weniger Arbeitsunfähigkeitszeiten, weniger Teilhabebeeinträchtigungen und eine höhere Lebensqualität und höheres psychisches Wohlbefinden als vor der Maßnahme. Sie sind mit der Maßnahme zufrieden.
2. Versicherte werden frühzeitig in die Rehabilitation gesteuert: Sie haben im Vergleich zu regulären Rehabilitand*innen eine kürzere Krankheitsdauer und weniger Teilhabeeinschränkungen und sind motivierter.
3. Die Rehabilitation verläuft für Teilnehmende erfolgreicher: Sie weisen weniger Arbeitsunfähigkeitstage, geringere Teilhabeeinschränkungen sowie einen höheren Anstieg im psychischen Wohlbefinden auf und sind bei Abschluss der psychosomatischen Rehabilitation zufriedener mit der Rehabilitation als reguläre Rehabilitand*innen.

Ergänzend wurde der Implementierungsprozess untersucht, um Wirkmechanismen und Kontextfaktoren zu identifizieren. Dabei wurden folgende Zielvorstellungen benannt:

1. Die beteiligten Akteur*innen identifizieren Menschen mit psychischen Belastungen in ihrem jeweiligen Kontext. (Identifizierung)
2. Selbst- oder fremdidentifizierte Betroffene fühlen sich angemessen über die Maßnahme informiert und zur Teilnahme motiviert. (Lots*innen)
3. Bei teilnehmenden Betroffenen werden Rehabilitationsbedarf, -fähigkeit, und -motivation erkannt. (PRK)
4. Die beteiligten Akteure*innen sind zur Zusammenarbeit motiviert, nehmen regelmäßig an Netzwerktreffen teil. (Netzwerk)

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

1.4 Organisation/Beteiligte Akteur:innen

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

Der Bedarf wurde z.B. durch Institutionen wie den Jobcentern in Bremen, Bremerhaven und Oldenburg, Krankenkassen wie der AOK in Niedersachsen und Bremen-Bremerhaven sowie der hkk oder

der Psychotherapeutenkammer Bremen geäußert. Dies führte auch zur Entwicklung des Rehakompass.

Die Identifizierung geeigneter Netzwerkpartner*innen und beteiligter Akteur*innen erfolgte auf verschiedenen Wegen: Durch Vernetzung bei Veranstaltungen, bestehende Kontakte aus anderen Kontexten, eigene Analysen und Recherchen zu potenziellen Partner*innen etc. Die potenziellen Netzwerkpartner*innen wurden durch die Lots*innen kontaktiert (persönlich, telefonisch oder per E-Mail) und bei Interesse genauer informiert. Dies konnte durch bloße Übersendung des Informationsmaterials geschehen oder auch durch eine Projektvorstellung in der jeweiligen Institution, die als Videokonferenz oder persönlich stattfinden konnte. Schließlich gab es noch die Möglichkeit, bei Institutionen mit einem überwiegenden Anteil an Personen, die wenig mit den Themen Psyche und Sucht in Berührung kommen, einen der o.g. Workshops zu veranstalten. Die Netzwerkpflege bestand aus wiederkehrender Kontaktaufnahme sowie Weitergabe aktueller Informationen, z.B. durch einen E-Mail-Newsletter.

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

Zu Projektende bestand das Netzwerk aus über 150 Partner*innen wie z. B. Krankenkassen, Jobcentern, Arbeitsagenturen, Betrieben und Einrichtungen der Selbsthilfe im nordwestlichen Niedersachsen und Bremen (für eine Übersicht der Kategorien siehe Abbildung 4). Das Netzwerk ermöglichte es maßgeblich, den Rehakompass in der geplanten Form umzusetzen. Es konnten also Strukturen zur Identifizierung, Bedarfsfeststellung, Motivierung, Zielentwicklung und Unterstützung des Antragsverfahrens geschaffen und ein neuer und niedrigschwelliger Zugangsweg in die Rehabilitation bzw. Prävention erprobt werden.

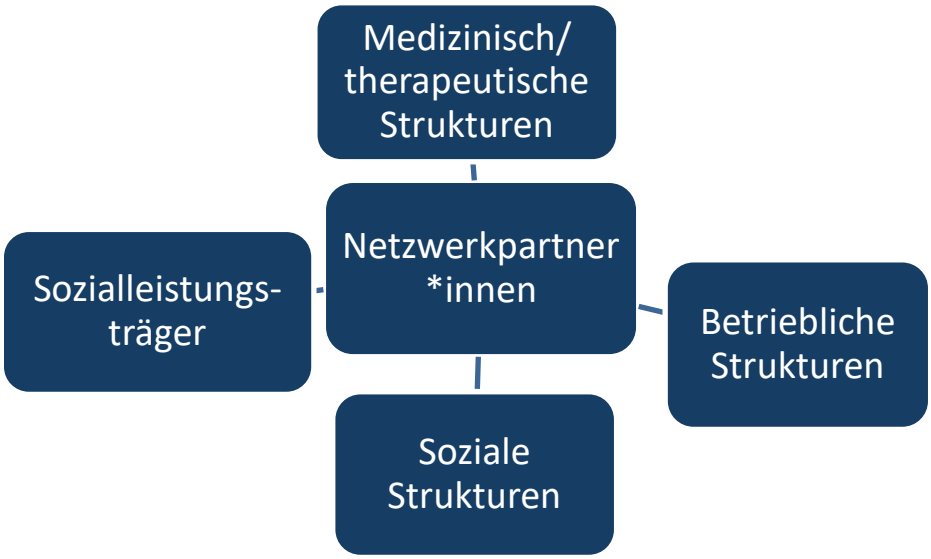


Abbildung 4: Netzwerkpartner*innen SEMPRE-Projekt

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

Neben der DRV Oldenburg-Bremen waren einige Institutionen als Projektpartner*innen unmittelbar an der Durchführung des Rehakompass beteiligt. Offizielle Kooperationspartner*innen im Sinne des Bundesprogramms rehapro waren die DRV Bund und die DRV Braunschweig-Hannover, deren Versicherte am Rehakompass teilnehmen konnten. Ebenso Kooperationspartner*innen waren die

Jobcenter Bremen, Bremerhaven und Oldenburg, die wie die Rentenversicherungsträger auch an der Projektplanung im Vorfeld beteiligt waren. Mit den Rentenversicherungsträgern und Jobcentern gab es regelmäßige Austauschformate in unterschiedlicher Frequenz.

Die wissenschaftliche Begleitung wurde im Projekt SEMPRE durch die Nachwuchsgruppe Rehabilitationswissenschaften der Carl-von-Ossietzky Universität Oldenburg übernommen. Die Universität Oldenburg war im Vorfeld an der Konzeption des Projekts maßgeblich beteiligt. In regelmäßigen Abständen fand während der gesamten Projektlaufzeit ein, meist digitaler, Austausch zwischen der DRV OL-HB und der Universität Oldenburg statt.

Weitere unmittelbare Projektpartner*innen waren die Rehaklinik RPK der zentegra gGmbH Oldenburg (bis zur Schließung im November 2022: Klinik am Stadthafen des gleichen Unternehmens) und das AMEOS Psychosomatische Reha Zentrum Bremen, welche die PRKs durchführten. In Form von regelmäßig stattfindenden Online-Quartalstreffen wurde der Kontakt zu den Einrichtungen während der gesamten Projektlaufzeit gehalten und ausgebaut.

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

Die Marbachtalklinik Bad Kissingen der DRV Oldenburg-Bremen wurde ebenso als kooperierende Einrichtung beteiligt. Hier wurden Teilnehmende nach Abschluss des Rehakompass priorisiert aufgenommen, um der Absicht Rechnung tragen zu können, ohne lange Wartezeiten die Rehabilitation beginnen zu können.

1.5 Wissenschaftliche Begleitung

Ziel der wissenschaftlichen Begleitung durch die Universität Oldenburg war die Überprüfung der Zielerreichung der Intervention (Ziele vgl. Abschnitt 1.3). Zu diesem Zweck wurden ursprünglich vier Teilstudien geplant, der Bedarf für eine fünfte Teilstudie ergab sich im Laufe des Projekts. Alle fünf Teilstudien wurden durchgeführt (für eine Übersicht siehe Abbildung 5), im Folgenden wird auf diese jeweils eingegangen.

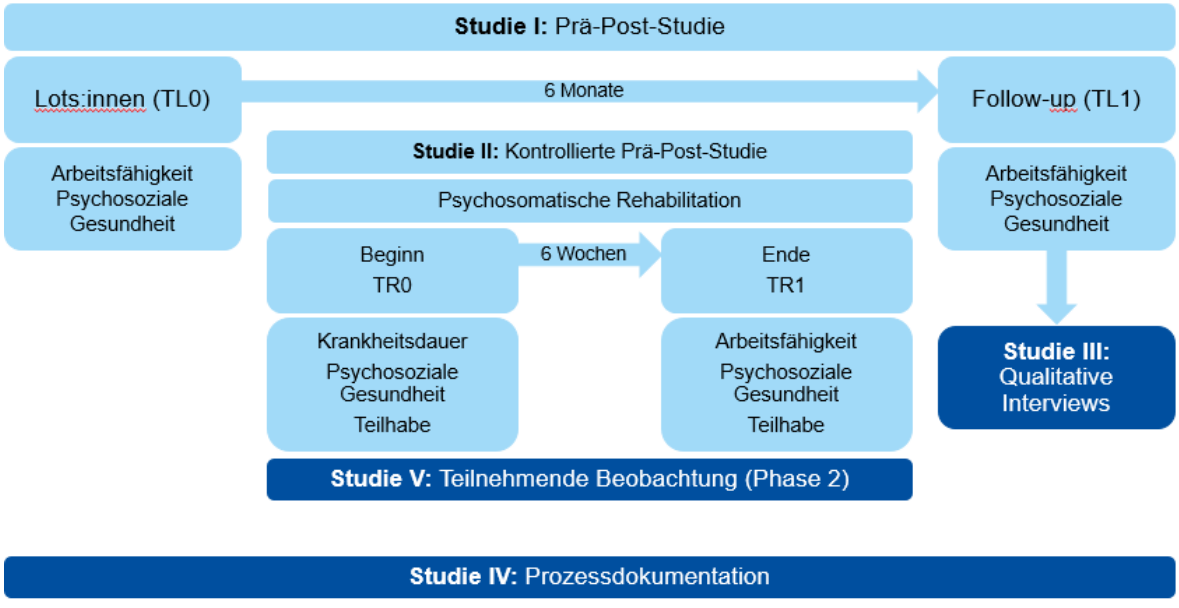


Abbildung 5: Übersicht über die Datenerhebung durch die Universität Oldenburg

1.5.1 Teilstudie 1: Prä-Post-Studie

In dieser Längsschnittstudie wurden Teilnehmende sowohl im Anschluss an das Beratungsgespräch bei den Rehakompass-Lots*innen (Zeitpunkt TL0) als auch sechs Monate danach (TL1) mit einem standardisierten Fragebogen schriftlich befragt. Dabei wurden neben soziodemografischen Daten (z.B. Geschlecht, Alter, Bildungsabschluss) und einigen allgemeinen Anamnesefragen (z.B. Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage, bisherige psychische/psychosomatische Diagnosen) auch eine Reihe an standardisierten und validierten Instrumenten abgefragt, und zwar:

- Fragebogen zur beruflichen und sozialen Teilhabe: Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe nach IMET (Deck et al., 2011: 9 Items)
- Fragebogen zum psychischen Wohlbefinden: Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis HEALTH-49 (Rabung et al., 2007: 49 Items)
- Gesundheitsbezogene Lebensqualität: Short Form-8 Health Survey SF-8 (dt. Version von Ellert et al., 2005: 8 Items)
- Kurzskala zur allgemeine Lebenszufriedenheit: L-1 (Beierling et al., 2014: 1 Item)
- Fragebogen zur Kontrollüberzeugung: IE-4 (Kovaleva et al., 2012: 4 Items)

Die quantitativen Daten aus den Fragebögen wurden im Anschluss mit verschiedenen statistischen Methoden ausgewertet und interpretiert.

1.5.2 Teilstudie 2: Kontrollierte Prä-Post-Studie

Die zweite Längsschnittstudie fand mit Rehabilitand*innen in den kooperierenden psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen statt. Dabei wurden die Ergebnisse der Interventionsgruppe (Rehabilitand*innen, die vorher den Rehakompass durchlaufen hatten) verglichen mit denen einer Kontrollgruppe (Rehabilitand*innen, die den Rehakompass nicht vorher durchlaufen hatten). Es fanden dabei Befragungen zu zwei Zeitpunkten statt: Rehabilitationsanfang (TR0) und -ende (TR1), also i.d.R. fünf bis sieben Wochen später.

Die Fragebögen enthielten im Wesentlichen die gleichen Items wie jene in der Teilstudie 1. Nicht abgefragt wurde der Fragebogen zur Kontrollüberzeugung (Kovaleva et al., 2012). Stattdessen wurde zu TR1 die Zufriedenheit mit der zurückliegenden Rehabilitation abgefragt.

1.5.3 Teilstudie 3: Qualitative Befragung

In dieser qualitativen Teilstudie wurden zu verschiedenen Zeitpunkten Interviews mit mehreren Gruppen von Interessensträger*innen durchgeführt. Diese Gruppen waren die Rehakompass-Lots*innen, diverse Netzwerkpartner*innen (z.B. Jobcenter, Krankenkassen, Hausärzt*innen) sowie Teilnehmende. Die Zeitpunkte waren zum Ende der Innovationsphase 1 sowie der Innovationsphase 2 (Übersicht der Projektphasen siehe Kapitel 2). Die Befragungen wurden überwiegend als leitfadengestützte Einzelinterviews entweder persönlich, telefonisch oder per Videokonferenz durchgeführt. Die Interviews mit den Lots*innen wurden gemeinsam persönlich in zwei Fokusgruppen zum Ende der jeweiligen Innovationsphase geführt.

In den Befragungen ging es im Kern um die Zufriedenheit mit SEMPRE aus den verschiedenen Blickwinkeln sowie um mögliche Verbesserungsvorschläge.

Ausgewertet wurden die Interviews mit der qualitativen, inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016).

1.5.4 Teilstudie 4: Prozessdokumentation

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

1.5.5 Teilstudie 5: Teilnehmende Beobachtung

Im Laufe des Projekts wurde der Bedarf, die konkrete Umsetzung der Schnupper-Rehas (PRK) wissenschaftlich genauer zu betrachten, deutlich. Aus diesem Grund wurde die Teilnehmende Beobachtung als weitere Teilstudie ergänzt. Hier sollte in erster Linie überprüft werden, inwiefern der PRK wie geplant umgesetzt wurde (sowohl inhaltlich und zeitlich als auch personell) und an welchen Stellen ggf. praxisbedingte Modifikationen stattgefunden hatten. Dabei nahm die Universität Oldenburg an je einem Durchgang pro Einrichtung teil und erhob anhand eines teilstrukturierten Beobachtungsprotokolls Daten, die sie im Anschluss sowohl qualitativ als auch quantitativ auswertete.

2 Ergebnisse des Modellprojekts

Die Teilnehmenden-Zielzahlen wurden im Projekt SEMPRE nicht erreicht. Dafür gab es mehrere Ursachen. Zum einen fiel der Projektbeginn in die Zeit der Corona-Pandemie. Deshalb konnte zunächst ein großer Teil der für die Rekrutierung notwendigen Netzwerkarbeit gar nicht oder nur online durchgeführt werden. Ebenso verzögerte sich der Start der Rekrutierung. Eine aufgrund dieser Umstände gewährte Projektverlängerung um ein halbes Jahr konnte diese Effekte nur teilweise kompensieren. Die genannten Umstände machten eine Umplanung der Projektphasen erforderlich. Das Ergebnis ist in Tabelle 1 abgebildet. Die Überarbeitungsphase wurde dabei parallel zur Innovationsphase I durchgeführt, da befürchtet wurde, dass die ursprünglich geplante Unterbrechung sich möglicherweise zusätzlich negativ auf die Rekrutierung auswirken könnte.

Im weiteren Verlauf gab es zu mehreren Zeitpunkten Herausforderungen, insb. durch interne Veränderungen in den durchführenden Rehaeinrichtungen. Deshalb konnte der PRK nicht durchgehend an beiden Standorten angeboten werden. Im Jahr 2022 kam es sogar zu einem etwa zweimonatigen, vollständigen Rekrutierungsstopp. Nach Überwindung dessen konnten ab ca. Mitte 2023 mit einer hohen Auslastung Schnupper-Rehas an beiden Standorten durchgeführt werden. So konnten die Teilnehmendenzahlen bis zum Projektende verbessert, nicht aber aufgeholt werden.

Tabelle 1: Phasen des Projekts SEMPRE (ursprünglich geplant und tatsächlich durchgeführt)

Projektphasen	**Ursprüngliche Planung**	**Tatsächliche Durchführung**
1. Konzeptionsphase	01.01.2020 – 30.09.2022	01.01.2020 – 14.03.2021
2. Innovationsphase I	01.10.2020 - 30.09.2021	15.03.2021 – 14.06.2022
3. Überarbeitungsphase	01.10.2021 – 31.03.2022	03.02.2022 – 14.06.2022
4. Innovationsphase II	01.04.2022 – 31.03.2024	15.06.2022 – 31.03.2025
5. Evaluations- und Transferphase	01.04.2024 – 31.12.2024	01.04.2025 – 30.06.2025

2.1 Prä-Post-Studie

Die erste Teilstudie ergab, dass die Mehrheit der Personen, die mindestens den ersten Fragebogen ausgefüllt hatten, formal in einer Beschäftigung standen. Dennoch sah sich ein Großteil in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Die Charakteristika der Studienpopulation sind in Tabelle 2 abgebildet.

Tabelle 2: Charakteristika der Studienpopulation zu Befragungszeitpunkt TL0

Merkmal	**Ausprägung**	**TL0** (n=333)
Alter, Mittelwert M (Standardabweichung SD)		**46,68 Jahre (10,951)**
Geschlecht, Anzahl n (%)		**333 (100)**
	Weiblich	197 (59,2)
	Männlich	132 (39,6)
	divers	4 (1,2%)
		330 (100)

Merkmal	**Ausprägung**	**TL0** (n=333)
Deutsche Staatsangehörigkeit n (%)	*Ja*	323 (97,9)
	Nein	7 (2,1)
Deutschkenntnisse, wenn deutsch nicht Muttersprache n (%)		**29 (100)**
	Sehr schlecht, schlecht	0 (0)
	Mittelmäßig	2 (6,9)
	gut	12 (41,4)
	Sehr gut	15 (51,7)
Familienstand n (%)		**307 (100)**
	Verheiratet oder eingetragene Lebenspartnerschaft	143 (46,6)
	Ledig	117 (38,1)
	Geschieden oder aufgehobene Lebenspartnerschaft	44 (14,3)
	*Verwitwet oder eingetragene*r Lebenspartner*in verstorben*	3 (1,0)
Haushaltsgröße (inkl. befragter Person), n (%)		**326 (100)**
	1	106 (32,5)
	2	115 (35,3)
	3	58 (17,8)
	4	39 (12,0)
	5	6 (1,8)
	>5	2 (0,6)
Höchster Bildungsabschluss, n (%)		**323 (100)**
	Ohne Schulabschluss	1 (0,3)
	Volksschulabschluss	16 (5,0)
	Hauptschulabschluss	83 (25,7)
	Mittlere Reife / Polytechnische Oberschule (DDR)	105 (32,5)
	Fachhochschulreife	20 (6,2)
	Allgemeine Hochschulreife	87 (26,9)
	Sonstiges	11 (3,4)
Erwerbssituation		**327 (100)**

Merkmal	Ausprägung	**TL0** (n=333)
	Vollzeit (30h+/Woche)	209 (63,9%)
	Teilzeit (15-<30h/Woche)	53 (16,2%)
	Minijob (<15h/Woche)	2 (0,6%)
	Nicht erwerbstätig	63 (19,3%)

Im Vergleich zwischen TL0 (Zeitpunkt unmittelbar nach der Lots*innenberatung) und TL1 (Zeitpunkt 6 Monate nach der Lots*innenberatung) zeigte sich, dass die Teilnehmenden signifikant mehr Arbeitsunfähigkeitstage zum zweiten Zeitpunkt angaben. Dieser unerwartete Effekt ist vermutlich dadurch zu erklären, dass die Zeit während der Rehabilitationsmaßnahme selbst, die inzwischen durchgeführt wurde, das Ergebnis hin zu einer höheren Arbeitsunfähigkeitszeit verzerrt. Dafür spricht auch, dass die Teilnehmenden ihre Arbeitsfähigkeit subjektiv signifikant besser einschätzten.

Ebenso verbessert zeigten sich die Teilnehmenden im Bereich der sozialen und beruflichen Teilhabe sowie im psychischen Wohlbefinden, was in Abbildung 6 dargestellt ist.

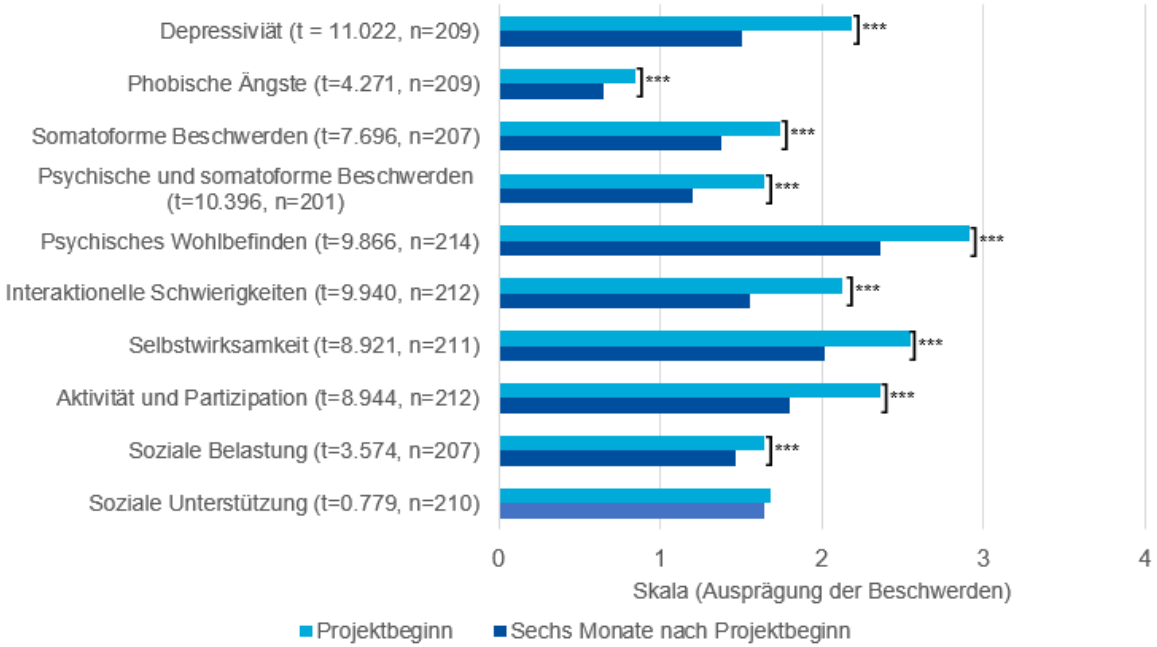


Abbildung 6: Skalenwerte des HEALTH49 der Studienteilnehmenden zu Projektbeginn und sechs Monate nach Projektbeginn[1].

2.2 Kontrollierte Prä-Post-Studie

Die Interventionsgruppe aus Rehabilitand*innen, die den Rehakompass durchlaufen hatten, unterschied sich zu Reha-Beginn in den meisten zu TR0 erfassten Merkmalen nicht signifikant von der Kontrollgruppe, die den Rehakompass nicht durchlaufen hatte. Lediglich der Mittelwertvergleich der Angaben zu Personen im Haushalt zwischen IG und KG ergab, dass die Haushaltsgröße der IG (M=2.47, SD=1.167, n=57) signifikant größer ist als die der KG (M=2.04, SD=.955, n=184) [t(239)=-2.566, p=.012]. Die soziodemografischen Charakteristika der Stichproben findet sich in Tabelle 3.

[1] Ein niedrigerer Skalenwert bedeutet eine niedrigere Ausprägung der Beschwerden (0-4). Ein Signifikanzniveau von p<0,05 ist mit *, p<0,01 mit ** und p<0,001 mit *** gekennzeichnet.

Im Zielbereich der frühzeitigen Identifizierung konnte zwischen den Gruppen zu Reha-Beginn kein Unterschied festgestellt werden, d.h. die Interventionsgruppe war auf den verschiedenen Skalen nicht weniger belastet als die Kontrollgruppe. Allerdings hatte die Interventionsgruppe weniger Reha-Erfahrung als die Kontrollgruppe, ebenso war sie signifikant weniger skeptisch ggü. der anstehenden Rehabilitation.

Tabelle 3: Charakteristika der Interventions- und Kontrollgruppe zu Befragungszeitpunkt TR0

Merkmal	**Ausprägung**	**IG (TR0)** (n=60)	**KG (TR0)** (n=189)
Alter, Mittelwert M (Standardabweichung SD), Anzahl (n)		**47,56 (10,166) (59)**	**47,84 (11,500) (186)**
Geschlecht, n (%)		**58 (100)**	**184 (100)**
	Weiblich	26 (44,8)	110 (59,8)
	Männlich	30 (51,7)	72 (39,1)
	Divers	2 (3,5)	2 (1,1)
Deutsche Staatsangehörigkeit n (%)		**59 (100)**	**185 (100)**
	Ja	57 (96,6)	181 (97,8)
	Nein	2 (3,4)	4 (2,2)
Deutschkenntnisse, wenn deutsch nicht Muttersprache n (%)		**5 (100)**	**16 (100)**
	Sehr schlecht, schlecht	0 (0)	0 (0)
	Mittelmäßig	2 (40)	2 (12,5)
	Gut	0 (0)	6 (37,5)
	Sehr gut	3 (60)	8 (50)
Familienstand n (%)		**54 (100)**	**173 (100)**
	Verheiratet oder eingetragene Lebenspartnerschaft	37 (68,5)	95 (54,9)
	Ledig	10 (18,5)	52 (30,1)
	Geschieden oder aufgehobene Lebenspartnerschaft	5 (9,3)	21 (12,1)
	*Verwitwet oder eingetragene*r Lebenspartner*in verstorben*	2 (3,7)	5 (2,9)
Haushaltsgröße (inkl. befragter Person), n (%)		**57 (100)**	**184 (100)**
	1	12 (21,1)	56 (30,4)
	2	20 (35,1)	86 (46,7)
	3	15 (26,3)	24 (13,0)

Merkmal	**Ausprägung**	**IG (TR0)** (n=60)	**KG (TR0)** (n=189)
	4	7 (12,3)	15 (8,2)
	5	2 (3,5)	3 (1,6)
	>5	1 (1,8)	0 (0)
Höchster Bildungsabschluss, n (%)		**59 (100)**	**186 (100)**
	Ohne Schulabschluss	1 (1,7)	2 (1,1)
	Volksschulabschluss	4 (6,8)	23 (12,4)
	Hauptschulabschluss	14 (23,7)	49 (26,3)
	Mittlere Reife / Polytechnische Oberschule (DDR)	14 (23,7)	54 (29,0)
	Fachhochschulreife	4 (6,8)	12 (6,5)
	Allgemeine Hochschulreife	22 (37,3)	41 (22,0)
	Sonstiges	0 (0)	5 (2,7)
Erwerbssituation		**60 (100)**	**185 (100)**
	Vollzeit (30h+/Woche)	37 (61,7)	99 (54,5)
	Teilzeit (15-<30h/Woche)	8 (13,3)	32 (17,3)
	Minijob (<15h/Woche)	0 (0)	3 (1,6)
	Nicht erwerbstätig	15 (25,0)	51 (27,6)

Im Vergleich zwischen Zeitpunkt TR0 (Beginn der Rehabilitation) und TR1 (Ende der Rehabilitation) zeigten sich in den meisten überprüften Skalen keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Allerdings war die Interventionsgruppe zum Ende der Rehabilitation signifikant zufriedener mit dieser als die Kontrollgruppe. Ausgewählte Ergebnisse von t-Tests zur Überprüfung von Mittelwertunterschieden finden sich in Tabelle 4.

Tabelle 4: Ausgewählte Unterschiede zwischen Interventionsgruppe (IG) und Kontrollgruppe (KG).[2]

	Krankheitsdauer zu Rehabeginn	**Teilhabeeinschränkungen zu Rehabeginn (IMET)**	**Zufriedenheit zu Reha-Ende**
IG	13,8 Wochen (SD=9,487, n=51)	M= 45,42 (SD=18,85, n=57)	M=7,76 (SD=2,07, n=45)

[2] Ein Signifikanzniveau des t-Werts von p<0,05 ist mit *, p<0,01 mit ** und p<0,001 mit *** gekennzeichnet.

	Krankheitsdauer zu Rehabeginn	Teilhabeeinschränkungen zu Rehabeginn (IMET)	Zufriedenheit zu Reha-Ende
KG	16,2 Wochen (SD= 8,393, n=164)	M= 46,96 (SD= 19,00, n=181)	M=6,48 (SD=2,73, n=104)
t-Wert	1,73	0,53	**2,18****

2.3 Qualitative Befragungen

Die Interviews und Fokusgruppen weisen darauf hin, dass der Rehakompass sowohl von Lots*innen als auch von Teilnehmenden und Netzwerkpartner*innen als wirksam und hilfreich erlebt wurde. Gerade für Teilnehmende habe der Rehakompass den Zugang zur Rehabilitation deutlich erleichtert. Der Aufbau des Netzwerks und der Austausch in diesem wurden als sehr wertschätzend und konstruktiv wahrgenommen. Dabei bestand auch der Wunsch, das Netzwerk trotz des Ressourcenaufwands auch nach Projektende aufrechtzuerhalten.

2.4 Prozessdokumentation

Im Rahmen der Evaluation der Prozessdokumentation konnte der Verlauf bzw. Verbleib der Teilnehmenden im Projekt nachverfolgt werden, vom Erstkontakt mit den Verwaltungskräften bis zum Antritt einer potenziellen Rehabilitation. Die Ergebnisse finden sich in Tabelle 5.

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

Tabelle 5: Verbleib der Teilnehmenden über den Projektverlauf

Verbleibstufe	Teilnehmendenzahl	Anteil an Erstkontakt
Erstkontakt	646	100,0 %
Beratungsgespräch	507	78,5 %
Erfolgreiche PRK-Teilnahme	352	54,5 %
Reha-Antrag	272	42,1 %
Reha-Antritt	205	31,7 %

Bereits diese Zahlen zeigen aber, dass ca. ein Drittel der Betroffenen, die ursprünglich Kontakt zum Rehakompass aufgenommen hatten, am Ende des Prozesses tatsächlich eine medizinische Rehabilitation in Anspruch genommen hat. Auf dem Weg dorthin ebenso bemerkenswert ist u.a., dass die große Mehrheit derjenigen, die am PRK teilgenommen haben, am Ende auch eine Rehabilitation beantragte (77,3 Prozent).

Ebenso konnte in der Evaluation der Prozessdokumentation gezeigt werden, wie breit das Netzwerk war, welches durch die Lots*innen aufgebaut und aufrechthalten wurde und aus dem die Teilnehmenden für den Rehakompass rekrutiert wurden. Tabelle 6 zeigt eine Übersicht zu den verschiedenen Zugangssettings und wie effektiv die Ansprache der Betroffenen war, in dem die Anteile der Reha-Anträge dargestellt sind, die aus den Erstkontakten der jeweiligen Zugangssettings resultierten.

Tabelle 6: Anzahl an Erstkontakten und Anteil resultierender Reha-Anträge nach Zugangssetting

Zugangssetting	**Anzahl Erstkontakte**	**Anteil Reha-Anträge/ Erstkontakte**
Betrieblicher Kontext	140	55,0 %
Jobcenter / Bundesagentur	140	24,3 %
Krankenkassen	92	43,5 %
Persönliches Umfeld	69	65,2 %
(Haus-)Ärzt*innen / Psychotherapeut*innen	65	56,9 %
Flyer / Zeitung / Internet	41	39,0 %
Reha-Einrichtungen	32	50,0 %
Ambulante bzw. Kommunale Versorgung	30	46,7 %
Selbsthilfe	7	57,1 %
DRV Oldenburg-Bremen	3	66,7 %
(Bildungs-) Maßnahmen	3	0 %
Suchtberatungsstellen	2	0 %
Nicht erfasst	22	0 %

Hier zeigt sich, dass die Zugangssettings, aus denen am meisten Personen dem Rehakompass zugewiesen wurden, der betriebliche Kontext, das Jobcenter bzw. die Bundesagentur sowie die Krankenkassen waren. Dagegen waren die effektivsten Zugangssettings das persönliche Umfeld, niedergelassene Ärzt*innen bzw, Psychotherapeut*innen sowie der betriebliche Kontext. Der hohe Prozentsatz bei der direkten Ansprache durch Mitarbeiter*innen der DRV Oldenburg-Bremen wird durch die sehr geringe Fallzahl relativiert. Interessant ist auch die geringe Effektivität bei Vermittlung durch Jobcenter und Bundesagentur, die wiederum die hohen Gesamtvermittlungszahlen relativieren.

Da ein Ziel des Rehakompasses neben der Vereinfachung des Antragsprozesses auch ein zügiger Weg durch den Prozess war, wurden durch die wissenschaftliche Begleitung auch die Zeiten, die die Teilnehmenden für die Übergänge zwischen den Projektteilen benötigten, ausgewertet. Die Ergebnisse zu den Medianzeiten etc. finden sich in Tabelle 7.

Tabelle 7: Zeiten zwischen den Prozessübergängen (in Tagen)

Prozessübergang	**Median**	**Min - Max**
Erstkontakt - Beratung	5	0 - 63
Beratung – PRK	53	5 - 292
PRK - Reha-Antritt	106	27 - 440

2.5 Teilnehmende Beobachtung

Die Teilnehmenden Beobachtungen in den Einrichtungen während der Durchführung des PRK zeigten, dass die Schnupper-Rehas im Wesentlichen so durchgeführt wurden, wie dies geplant wurde. Vereinzelt sei das Programm durch die durchführenden Kliniken modifiziert worden, um die Durchführung vor Ort zu ermöglichen. So wurden einzelne Module aus personellen Gründen von verwandten Berufsgruppen durchgeführt oder Module durch gleichwertige Angebote ersetzt. Trotz des zwischenzeitlichen Durchführungsstopps in Bremen und des Einrichtungswechsels in Oldenburg konnte die Qualität der Schnupper-Rehas so gehalten werden.

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

In Bezug auf die drei primären Ziele (vgl. Abschnitt 1.3) fällt die Bilanz des Rehakompass gemischt aus, wie sich aus den oben genannten Projektergebnissen ableiten lässt.

So waren Rehabilitand*innen, die zuvor den PRK durchlaufen hatten, zu Beginn der Rehabilitation nicht weniger chronifiziert als solche, die dies vorher nicht getan hatten. Zwar hatte die Interventionsgruppe aus Rehakompass-Teilnehmenden weniger Rehabilitationserfahrung, es konnten aber keine signifikant kürzere Krankheitsdauer und auch nicht signifikant weniger Teilhabebeeinträchtigungen gemessen werden als bei der Kontrollgruppe.

Auch war die Rehabilitation nur teilweise erfolgreicher für die Interventionsgruppe. Es konnten im Anstieg des psychischen Wohlbefindens im Verlauf der Rehabilitation keine Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden. Jedoch war die Interventionsgruppe bei Abschluss der Rehabilitation zufriedener mit dieser. Dies könnte darauf hindeuten, dass die Rehakompass-Teilnehmenden, beeinflusst durch die gute Vorbereitung, mit einer realistischeren Erwartungshaltung und Zielsetzung die Rehabilitation absolvierten.

Grundsätzlich erreicht werden konnte das Ziel, dass Teilnehmende sechs Monate nach dem Gespräch bei den Lots*innen weniger Teilhabebeeinträchtigungen und ein höheres psychisches Wohlbefinden hatten als zum Zeitpunkt des Gesprächs. Nicht signifikant dagegen sank die Arbeitsunfähigkeit in den letzten sechs Monaten, im Gegenteil stieg diese sogar (bzgl. möglicher Verzerrungen siehe Abschnitt 2.1). Dafür stieg die subjektive Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit signifikant an.

In Bezug auf die primären Projektziele lässt sich zusammenfassend sagen, dass der Rehakompass die ursprünglich anvisierte Zielgruppe der gering Chronifizierten nicht erreicht hat. Es gibt aber Hinweise darauf, dass die erreichte Gruppe bislang weniger mit dem Hilfe- bzw. Rehabilitationssystem in Berührung gekommen ist. Es handelt sich also wahrscheinlich um eine unterversorgte Gruppe, die durch die Netzwerkarbeit in die Lebenswelt der Menschen hinein angesprochen werden konnte. Durch den Rehakompass dürfte vielen von ihnen die medizinische Rehabilitation als Option, die eigene Gesundheit bzw. Erwerbsfähigkeit zu verbessern, überhaupt erst bekannt gemacht worden sein.

Die weiteren Projektziele wurden überwiegend erreicht. So kann die intensive Netzwerkarbeit als Erfolg angesehen werden. Sie war entscheidend für die Teilnehmendenrekrutierung. Das Netzwerk erstreckte sich auf über 150 Institutionen (z.B. Jobcenter, Krankenkassen oder Betriebe) und zeigte sich weit überwiegend zufrieden mit dem Kontakt zu den Lots*innen und der Deutschen Rentenversicherung. In einigen Bereichen, insb. bei den niedergelassenen Ärzt*innen, funktionierte die Vernetzung trotz des erheblichen Zeitaufwands kaum, in den meisten anderen aber gut. Im Projekt SEMPRE konnte somit gezeigt werden, dass intensive Netzwerkarbeit funktioniert - und sich auch lohnt. Ein enger Kontakt zu den verschiedenen Institutionen kann nicht nur helfen, Teilnehmende für Maßnahmen zu rekrutieren, sondern auch mögliche Fragen in der Zusammenarbeit auf schnellem Wege zu beantworten. Ebenso können Strukturen geschaffen und aufrechterhalten werden, die über die Projektlaufzeit hinausgehen. So können weitere Projekte gemeinsam geplant und durchgeführt oder die Zusammenarbeit im Alltag verbessert werden. All dies ist umso bedeutender, da der Projektstart und damit auch die Vernetzungsbemühungen zunächst durch die Coronapandemie negativ beeinträchtigt wurden. Durch telefonischen Kontakt und digitale Lösungen konnten diese Hindernisse überwunden werden.

Ein Teilaspekt der Netzwerkarbeit ist auch die enge Zusammenarbeit mit den Rehabilitationseinrichtungen, die eine Voraussetzung für die erfolgreiche Durchführung der Schnupper-Rehas war. Durch den regelmäßigen Austausch, aber auch zahlreiche situationsbedingte Zwischenkontakte, konnte die nötige Kooperation im Hinblick auf die Durchführung der PRKs erfolgen. Auch konnten dadurch stets Lösungen für die zahlreichen Herausforderungen, die im Laufe der Projektzeit auftraten, gefunden werden. Wie sich gezeigt hat, erfordert das Gelingen einer komplexen Intervention also ein enges, kommunikationsreiches und vertrauensvolles Miteinander der wichtigsten Projektpartner*innen.

Auch über die Netzwerkarbeit hinaus war die Arbeit der Lots*innen von großer Wichtigkeit. Die Teilnehmenden nahmen die Beratung und Begleitung der Lots*innen fast ausschließlich sehr positiv wahr. Sie fühlten sich gut informiert und konnten nach dem Gespräch mit großer Motivation in die Schnupper-Reha starten.

Das Programm der Schnupper-Reha selbst wurde von den meisten der interviewten Teilnehmenden sehr positiv gesehen. Es sei eine gut durchdachte Einführung in das Angebot einer Rehabilitation gewesen und habe ihnen eine Übersicht über die Inhalte gegeben. Dabei sei die Wissensvermittlung passend und angenehm gewesen. Es hätten realistische Erwartungen an die Rehabilitation entwickelt werden können. Gleichzeitig hätten die meisten Befragten das Programm aber auch als anstrengend wahrgenommen, da es aus ihrer Sicht sehr eng getaktet gewesen sei. Schließlich wurde die Unterstützung bei der Antragstellung, inkl. der Einschätzung der Rehafähigkeit und des Rehabedarfs, als sehr hilfreich wahrgenommen.

Der Rehakompass als Gesamtes hat als alternativer Weg der Antragstellung den Prozess für die Teilnehmenden vereinfacht. Ebenso deutet der hohe Anteil an Teilnehmenden, die eine Rehabilitation beantragt haben, darauf hin, dass der Aufwand, der individuell betrieben wurde, sich positiv auf die Bereitschaft ausgewirkt hat, einen Antrag zu stellen und die Gesundheit bzw. Erwerbsfähigkeit zu verbessern. Auch hier wird deutlich, dass Ressourcen notwendig sind, dies aber mit einer erhöhten wahrgenommenen Unterstützung durch die Teilnehmenden einhergeht.

Es ist wahrscheinlich, dass noch mehr Personen am Projekt SEMPRE hätten teilnehmen wollen. Die Nachfrage war hoch, voraussichtlich zusätzlich befeuert durch lange Wartelisten in Praxen für ambulante Psychotherapie. Das Angebot, zunächst in einem Beratungsgespräch eine Einordnung ihrer Beschwerden und im Anschluss sowohl ausführlich in eine Rehabilitation reinzuschnuppern zu können sowie eine im Vergleich zum herkömmlichen Antragsverfahren ausführliche psychologische Diagnostik zu bekommen und schließlich vor Ort mit Unterstützung einen Antrag auf medizinische Rehabilitation zu stellen, ist nicht nur für viele Betroffene attraktiv, sondern stößt auch in eine Versorgungslücke in der psychotherapeutischen Versorgung. Der Rehakompass hat somit ganz grundsätzlich die Erkenntnis unterstützt, dass diese Versorgung deutlich ausgebaut werden muss.

4 Verstetigung vor Ort

4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung

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

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

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

Variante 1: Wesentliche Fortführung des bisherigen Konzepts mit verringertem Personal

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

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

Zusätzlich bestand die Sorge, dass die zum Zeitpunkt der Verstetigungsdiskussionen vorliegenden langen Wartezeiten auf eine Psychosomatische Rehabilitation im Routinebetrieb nicht mit dem Ziel der Schaffung eines rechtzeitigen Zugangs in die Rehabilitation vereinbar sei.

Variante 2: Angepasstes Konzept mit Durchführung durch bereits angestelltes Regelpersonal

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

Bei dieser Variante gab es in der Phase der Umkonzeptionierung bereits erhebliche Schwierigkeiten. Zudem wurde sie schließlich von den für die Fortführung notwendigen Netzwerkpartner*innen als

nicht tragbar bewertet, da diese die Rolle der Lots*innen im Rehakompass als absolut notwendig sahen.

4.2 Verstetigung im eigenen Rentenversicherungsträger

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

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

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

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung

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

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

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

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

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

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

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

6 Abschließendes Fazit

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

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

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

Literatur

Beierlein, C., Kovaleva, A., László, Z., Kemper, C.J. & Rammstedt, B. (2014). *Eine Single-Item-Skala zur Erfassung der Allgemeinen Lebenszufriedenheit: Die Kurzskala Lebenszufriedenheit-1 (L-1)* GESIS-Working Papers, 33.

Brähler, E., Schumacher, J., & Strauß, B. (2002). *HEALTH-49. Ein Fragebogen zur Erfassung des psychischen Befindens auf der Basis der ICF.* Göttingen: Hogrefe.

Deck, R., Mittag, O., Hüppe, A., Muche-Borowski, C. & Raspe, H. (2011). IMET. Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe [Verfahrensdokumentation aus PSYNDEX Tests-Nr. 9005870 und Fragebogen]. In Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID) (Hrsg.), Elektronisches Testarchiv. Trier: ZPID. https://doi.org/10.23668/psycharchives.381

Deutsche Rentenversicherung (2025). Reha-Bericht 2024. Im Internet: *https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2024.html* (Letzter Zugriff: 18.12.2025)

Deutsche Rentenversicherung (2014). Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung. Im Internet: *https://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/339288/publicationFile/64601/pospap_psych_Erkrankung.pdf* (Letzter Zugriff: 30.10.2025)

Dietrich, S., Mergl, R., & Rummel-Kluge, C. (2017) Von den ersten Symptomen bis zur Behandlung einer Depression. Wann und bei wem suchen Menschen mit Depression Hilfe? Welche Rolle spielt Stigmatisierung? *Psychiatrische Praxis, 44*, 461-468

Ellert, U., Lampert, T. & Ravens-Sieberer, U. (2005) Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-8. Eine Normstichprobe für Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 48*: 1330–1337.

Jacobi, F., Hofler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A. et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt, 85,* 77-87

Kivelitz L., Watzke B., Schulz H., Härter, M. & Melchior H. (2015). Versorgungsbarrieren auf den Behandlungswegen von Patienten mit Angst-und depressiven Erkrankungen–Eine qualitative Interviewstudie. *Psychiatrische Praxis, 42,* 424-429

Kovaleva, A., Beierlein, C., Kemper, C.J., Rammstedt, B. (2012) *Eine Kurzskala zur Messung von Kontrollüberzeugung: Die Skala Internale-Externale-Kontrollüberzeugung-4 (IE-4).* GESIS Working Papers, 19.

Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse, Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim: Beltz.

Mack, S., Jacobi, F., Gerschler, A., Strehle, J., Höfler, M. et al. (2014). Self-reported utilization of mental health services in the adult German population--evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *International journal of methods in psychiatric research, 23*, 289-303

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

Rabung, S., Harfst, T., Kawski, S., Koch, U., Wittchen, H.U., & Schulz, H. (2009). Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der "Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis" (HEALTH-49). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 55* (2): 162-79.

Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T., Dirmaier, H., Watzke, B. & Koch, U. (2006) Versorgungsforschung in der psychosozialen Medizin. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 49*, 175-187.

Wittchen, H.-U., Jacobi, F.. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 44*, 993-1000.

7 Anlagen

7.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt

Übersichtskasten

Projekttitel	Steuern mit dem Rehakompass: Alle in einem Boot. Schnittstellenmanagement zur frühzeitigen Ermittlung des psychosomatischen Rehabilitationsbedarfs und rechtzeitigen Steuerung in die Psychosomatische Rehabilitation
Akronym	SEMPRE
Zuwendungsempfänger	Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen
Projektbeteiligte	Deutsche Rentenversicherung Bund
	Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover
	Jobcenter Bremen
	Jobcenter Bremerhaven
	Jobcenter Oldenburg
Förderaufruf	Erster Förderaufruf
Projektzeitraum	01.01.2020 – 30.06.2025

7.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis

/

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