ERGEBNISBAND

FREEMI

Fallmanagement zur Rückkehr in das Erwerbsleben bei EM-Rentenbezug mit Intervallreha

Modellprojekt ▪ Bundesprogramm rehapro ▪ Erster Förderaufruf

Projektverantwortlich:
Deutsche Rentenversicherung Rheinland

Gefördert durch:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

rehapro

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Der vorliegende Ergebnisband stellt das Modellprojekt FREEMI 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 FREEMI 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 6
1.4 Organisation/Beteiligte Akteure 7
1.4.1 Beteiligte Akteure 7
1.4.2 Organisatorischer Ablauf 8
1.5 Wissenschaftliche Begleitung 11

2 Ergebnisse des Modellprojekts 13
2.1 Formale Implementierung von FREEMI 13
2.1.1 Formale Strukturqualität 13
2.1.2 Formale Prozessqualität 13
2.1.3 Formale Ergebnisqualität 13
2.1.4 Gesamtbewertung der formalen Implementierung 14
2.2 Inhaltliche Umsetzung von FREEMI 14
2.2.1 Inhaltliche Strukturqualität 14
2.2.2 Inhaltliche Prozessqualität 16
2.2.3 Inhaltliche Ergebnisqualität 17
2.2.4 Gesamtbewertung der inhaltlichen Umsetzung 18
2.3 Erkenntnisse und Empfehlungen aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung 19

3 Erkenntnisse zu den innovativen (Teil-)Ansätzen und deren Wirkungen 21
3.1 Retrospektive Korrektur der zu Grunde gelegten Ausgangssituation 21
3.2 Herausforderung der Akquise von Projektteilnehmenden 22
3.3 Erkenntnisse zu den Teilinnovationen und Schlussfolgerungen 22

4 Verstetigung vor Ort 24
4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung 24
4.1.1 Fallmanagement nach EM-Rentenbescheid 24
4.1.2 Intervallreha während Rentenbezug 25
4.2 Verstetigung beim eigenen Rentenversicherungsträger 26

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung 27
5.1 Umgang mit EM-Renten 27
5.2 Wirkungen und Grenzen des Fallmanagements 27
5.3 Kooperation in der systemischen Weiterentwicklung 28

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

1 Darstellung des Modellprojekts

Das Projekt „Fallmanagement zur Rückkehr in das Erwerbsleben bei EM-Rentenbezug mit Intervallreha“ (FREEMI) wurde 2018 initiiert, um psychisch beeinträchtigte Versicherte in Erwerbsminderungsrente dabei zu unterstützen in das Erwerbsleben zurückzukehren.

1.1 Ausgangslage

Zwischen 2010 und 2016 stieg die Zahl der Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) von rund 1.572.000 auf 1.801.000 und damit um 14,5 %. Dabei beliefen sich die Ausgaben für EM-Renten im Jahr 2017 auf rund 18 Milliarden EUR zzgl. der von der Rentenversicherung zu tragenden Ausgaben für die Krankenversicherung der Rentenbeziehenden (DRV, 2016)[1]. Vor allem der Anteil der EM-Renten aufgrund von psychischen Erkrankungen nahmen zu. Renten aufgrund psychischer Erkrankungen sind mit 64,4 % überproportional häufig befristet (DRV, 2016)[1].

Zwar bestehen keine belastbaren Statistiken für die gesamte Rentenversicherung, in wie vielen Fällen eine Zeitrente aufgrund der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit tatsächlich endet, jedoch gingen die Schätzungen der Rentenversicherung zu Beginn der Projektplanung 2018 davon aus, dass dieser Anteil weniger als 5 % der Zeitrenten betrifft. Eine durchgeführte Auswertung für die EM-Rentenbeziehenden der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Rheinland im Jahr 2016 kommt zu einem Anteil der endenden EM-Renten ohne Wiederanweisung von ca. 2 %, gemessen an dem Zugang der befristeten EM-Renten des Jahres 2016. Somit ist festzustellen, dass in 98 % eine befristete EM-Rente das dauerhafte Ausscheiden aus dem Erwerbsleben bedeutet.

Regulär wird seitens des Rentenversicherungsträgers während der gesamten Dauer des EM-Rentenbezuges kein Kontakt zu Versicherten aufgenommen, um mit diesen über die Aktivitäten bzgl. der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zu sprechen und dabei zu motivieren, zu begleiten oder zu unterstützen. Die Durchführung von Rehabilitationsleistungen während eines befristeten EM-Rentenbezuges ist rechtlich möglich, wird jedoch nur sehr selten in Anspruch genommen. Den im Jahr 2016 neu zugegangenen 43.000 befristet gewährten EM-Renten wegen psychischer Erkrankung stehen lediglich 1.250 von EM-Rentenbeziehenden durchgeführte medizinische Reha-Leistungen wegen psychischen Erkrankungen gegenüber; dies entspricht einem Anteil von knapp 3 % (DRV, 2016)[1]. Bisher wird bei EM-Rentenanträgen immer der Grundsatz „Reha vor Rente“ geprüft. Dies gilt auch bei Rehabilitationsanträgen, die durch den Rentenversicherungsträger in einen Rentenantrag umgedeutet werden. Mit der Bewilligung einer befristeten EM-Rente stellt der Rentenversicherungsträger fest, dass eine Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zumindest möglich ist. Nicht geprüft wird dabei in aller Regel jedoch, ob die festgestellte Erwerbsminderung durch eine zeitnah beginnende Rehabilitationsleistung wieder behoben werden kann. Somit werden keine Maßnahmen seitens der Rentenversicherung unmittelbar geprüft und eingeleitet, mit denen die Prognose der möglichen Verbesserung der Erwerbsfähigkeit positiv beeinflusst werden könnte.

Das Durchschnittsalter bei den Zeitrenten aufgrund von psychischen Erkrankungen (ohne Suchterkrankungen) liegt bei 47 Jahren und 8 Monaten. Bis zum zukünftigen Regelaltersrentenbeginn liegen somit noch 19 Jahre und 4 Monate. Der durchschnittliche Rentenzahlbetrag bei diesen Zeitrenten beträgt mtl. 740,30 EUR (DRV, 2016)[2]. Bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze entstehen der Rentenversicherung hierdurch durchschnittliche Kosten für jede Zeitrente wegen psychischen Erkrankungen (ohne Suchterkrankungen) von rund 175.000 EUR, ohne Berücksichtigung von Rentenanpassungen. Hinzu kommen noch die von der Rentenversicherung zu tragenden Ausgaben zur Krankenversicherung der Rentenbeziehenden von weiteren rund 13.000 EUR.

[1] Zahlen entstammen hausinternen Statistikdaten der DRV Rheinland, 2016
[2] Zahlen entstammen hausinternen Statistikdaten der DRV Rheinland, 2016

1.2 Inhalte

Die DRV Rheinland hat sich der geschilderten Problematik angenommen und einen Projektplan mit den drei folgend dargestellten Teilinnovationen erstellt.

1. Prüfung der Rehabilitationsfähigkeit und -bedürftigkeit von Amts wegen

Die erste geplante Innovation lag darin, dass seitens der DRV Rheinland unmittelbar mit der Bewilligung einer befristeten EM-Rente wegen psychischer Erkrankung auch über den Rehabilitationsbedarf, die Rehabilitationsfähigkeit und die positive Reha-Prognose von Amts wegen entschieden werden sollte. Dadurch sollte ein Ansatzpunkt für den Versicherungsträger – Rehabilitationsleistungen anzubieten – bzw. ein Anreiz auf Seiten der Versichertengruppe – Rehabilitationsleistungen in Anspruch zu nehmen – geschaffen werden. Der beschriebene innovative Ansatz erlebte im Verlauf des Projekts eine Wandlung, da die Prüfung von Amts wegen aus medizinischen und verwaltungsorganisatorischen Gründen nicht realisierbar war. Dementsprechend wurde der ursprüngliche Ansatz im Mai 2021 angepasst und es wurde auf intrinsische Motivation der möglichen Projektteilnehmenden abgestellt.

2. Unterstützung durch spezialisierte Reha-Fallmanager:innen von Rentenbeginn bis zur Rückkehr ins Erwerbsleben

Die zweite Innovation des Projekts bestand darin, dass die Rentenversicherung als Kostenträger der EM-Rente den Versicherten ab der Renten-Bewilligung während des gesamten Prozesses über die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bis hin zur Rückkehr auf den allgemeinen Arbeitsmarkt bzw. bis zur Rückkehr in ein Beschäftigungsverhältnis durch Reha-Fallmanager:innen begleitet wird. Der Kontakt durch Reha-Fallmanager:innen basiert auf einem persönlichen Kontakt zwischen dem Rentenbeziehenden und den zuständigen Reha-Fallmanager:innen. Die Reha-Fallmanager:innen waren während des gesamten Prozesses Ansprechpartner:in für die Versicherten und klärte mit diesem zusammen die Perspektiven und Maßnahmen, die für die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und der Rückkehr ins Berufsleben notwendig sind und leitete die Maßnahmen ein. Zudem waren die Reha-Fallmanager:innen die Kontaktperson für die Leistungserbringenden und nahmen damit eine Schnittstellenfunktion im Projekt ein. Bei den Reha-Fallmanager:innen handelt es sich um Fallmanager:innen, welche im Rahmen des Projekts im Umgang mit dieser speziellen Versichertengruppe geschult wurden. Dieser Ansatz sollte die Verbindung zum Versicherten durch die individuelle Begleitung herstellen und eine wahrgenommene Unterstützung bis hin zur beruflichen Wiedereingliederung auf Seiten des Versicherten bieten. Dies wurde wie geplant bis zum Projektende eingehalten und stellte sich als ausschlaggebend heraus.

3. Intervallreha „Reha während Rente“ (RwR)

Als dritte Innovation wurde in Zusammenarbeit mit der Gelderland-Klinik, der Fachklinik Hochsauerland und der salus Klinik Hürth ein speziell an diesen Personenkreis angepasstes Rehabilitationskonzept in Form einer medizinischen Intervall-Rehabilitation (Intervallreha) entwickelt und angeboten. Der Konzeptentwurf ist multimodal und multiprofessionell aufgebaut. Er bezieht sich auf das bio-, psycho-, soziale Rehabilitationsmodell der DRV.

Für die meisten der betroffenen Versicherten wird zu diesem Zeitpunkt eine medizinische Rehabilitation nicht im Fokus ihrer Überlegungen stehen. Die zuvor „durchgestandene“ Rentenentwicklung mit langen Arbeitsunfähigkeitszeiten, zahlreichen Arzt- und Gutachterterminen etc. haben in der Rentengewährung „endlich“ einen vermeidlichen Schlusspunkt gefunden. Die EM-Rentenbeziehende werden auf der einen Seite erleichtert sein, nun nicht mehr arbeiten zu müssen, auf der anderen Seite wird sich bei einigen Versicherten durch den Verlust von Sinnhaftigkeit, Produktivität, Dazugehörigkeit und Autarkie ein Gefühl der Entwertung entwickeln. Hinzu kommen bei vielen Versicherten finanzielle Sorgen, die durch die häufig niedrigen Renten ausgelöst werden. Diese Situation wirkt sich vermutlich eher krankheitsverschärfend aus.

Durch die innovative Organisationsform der Intervallreha – Reha während Rente „RwR“ – wurden die Versicherten über einen längeren Zeitraum (als während einer üblichen Rehabilitationsleistung) begleitet und hatten die Möglichkeit, dass in der Klinik Erlernte im Alltag zu erproben. Zudem stellten die Rehabilitationskliniken im Rahmen von FREEMI ein medizinisches Fallmanagement zur Verfügung, durch welches eine langangelegte therapeutische Bindung zum Versicherten hergestellt wurde. Das medizinische Fallmanagement begleitete die Versicherten während der Phase der medizinischen Leistungserbringung und koordinierte die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Versorgung der Versicherten über alle Abteilungen der Klinik. Ebenso erfolgte eine enge Zusammenarbeit mit den zuständigen Reha-Fallmanager:innen der DRV Rheinland.

Die Rentenversicherung übernimmt so als Kostenträger der EM-Renten eine (Mit-)Verantwortung für die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit während des Zeitrentenbezuges. Dieser Ansatz geht deutlich über die bisherige reine Entscheidung zu einem gestellten EM-Rentenantrag oder eines während des Rentenbezuges gestellten Reha-Antrages hinaus. Damit fördert die Rentenversicherung eigenverantwortlich die vom Gesetzgeber mit der Befristung verfolgte Zielrichtung, die Dauer der Zeitrente u.a. durch Reha-Leistungen für die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zu nutzen.

1.3 Ziele

Primäres Ziel des Projekts FREEMI war es, die Erwerbsfähigkeit von Versicherten mit einer befristeten EM-Rente aufgrund einer psychischen Erkrankung wiederherzustellen.

Die Rückkehrquote aus der EM-Rente in die Erwerbstätigkeit lag 2016 bei 2 - 5 %. Das Projekt FREEMI hatte den Anspruch diese Quote zu erhöhen. Nach Ende der kontinuierlichen Betreuung durch die Reha-Fallmanager:innen sowie der Intervallreha inkl. medizinischem Fallmanagement wurde angestrebt, die Rückkehrquote aus der EM-Rente in die Erwerbstätigkeit auf 10 % zu erhöhen. Dabei handelte es sich um einen Wert, welcher von einer Expertengruppe der DRV erwartet wurde, wenn es zu einer verbesserten rehabilitativen Versorgung dieser Personengruppe kommt.

Darüber hinaus wurde im Sinne „weicher Zielkriterien“ angestrebt, die Lebenssituation des Versicherten zu verbessern. Hierzu wurde auf Ebene der individuellen Voraussetzungen überprüft, inwiefern der Versicherte sich hinsichtlich gesundheitlicher, psychosozialer, psychologischer und berufsbezogener Merkmale über die Betreuung der Reha-Fallmanager:innen und die Intervallreha (inkl. medizinisches Fallmanagement) hinweg verändert hat. Folgende weiche Zielkriterien wurden untersucht: gesundheitsbezogene Lebensqualität, Gesundheitszustand und Depressivität, (Reha-)Motivation, berufliche Selbstwirksamkeit, subjektive Prognose der Erwerbsfähigkeit sowie die soziale Teilhabe.

Um die Maßnahmen im Rahmen von FREEMI einer möglichst passgenauen Zielgruppe anbieten zu können, wurden von der DRV Rheinland gemeinsam mit den Projektpartnern klare Ein- und Ausschlusskriterien definiert und basierend auf im Projektverlauf gewonnenen Erfahrungswerten angepasst. Als Einschlusskriterien wurden seitens der DRV Rheinland folgende Punkte festgelegt:

- eine befristete Erwerbsminderungsrente (auch teilweise oder Weitergewährung),
- ICD-Indikationsgruppen F30-39 oder F40-48,
- Alter der Versicherten nicht höher als 58 Jahre,
- die Versicherten müssen vor Rentenbeginn noch einer versicherungspflichtigen Beschäftigung in den letzten fünf Jahren nachgegangen sein (kein zusammenhängender Zeitraum erforderlich).

Auf Grundlage einer ICD-spezifische Auswertung der DRV Rheinland bzgl. des Rentenzugangs 2017, wären demnach jährlich ca. 450 Versicherte potenziell anzusprechen gewesen. Es wurde angenommen, dass der Verbleib im Projekt bei ca. 50 % liegt. Somit wurde von einer Fallzahl von 200 Rehabilitanden, die die zur Verfügung stehenden Leistungsmodule in Anspruch nehmen, ausgegangen. 45 Personen müssten ins Erwerbsleben zurückgeführt werden, um 10 % Rückkehrquote zu erfüllen.

Während die Einschlusskriterien in den hausintern dokumentierten Vorgängen ersichtlich sind, sind die Ausschlusskriterien nicht Teil der Regeldokumentation. Wenn im Verlauf des Kontakts mit dem bzw. der Versicherten mindestens eine der folgenden Ausschlusskriterien bekannt wurde, sollte kein Projekteinschluss mehr erfolgen:

- Anhaltspunkte, welche die Reha-Fallmanager:innen darauf schließen ließen, dass eine Rückkehr in das Erwerbsleben oder eine Wiederherstellung der Rehabilitationsfähigkeit nicht mehr zu erwarten war,
- schwerwiegende behandlungsbedürfte Erkrankung (akute Suizidalität oder psychotisches Geschehen),
- ein BMI unter 17,
- ausgeprägte Störungen des Sozialverhaltens,
- ansteckende körperliche Krankheiten bei Versicherten, die eine Gefährdung für andere hätten darstellen können,
- Personen, die aufgrund einer Immunsuppression gegebenenfalls erheblich gefährdet waren.

Mit den innovativen Ansätzen und zusätzlichen Maßnahmen, welche durch die DRV Rheinland zur Unterstützung der Zielgruppe ergriffen wurden, wurde sich erhofft, dass der gesundheitliche Zustand der Projektteilnehmenden positiv beeinflusst und eine berufliche Wiedereingliederung erreicht werden kann.

1.4 Organisation/Beteiligte Akteure

1.4.1 Beteiligte Akteure

Antragsteller: DRV Rheinland

Von der DRV Rheinland sind insbesondere die Fachbereiche „Rehamanagement“ (Abteilung: Betriebswirtschaftliche Steuerung (BWS)) und „Service und Steuerung“ (Abteilung: Versicherung, Rente, Rehabilitation (VRR)) aktiv am Projekt beteiligt gewesen. Die Projektleitung war zuletzt im Fachbereich „Service und Steuerung“, Team „Rehabilitation“, angesiedelt. Das Team „Rehabilitation“ war auch für die Umsetzung auf Verwaltungsebene und die Betreuung der Reha-Fallmanager:innen verantwortlich. Eine Projektadministration wurde speziell für FREEMI eingestellt**,** ansässig im Fachbereich „Service und Steuerung“, welche insbesondere für die Mittelverwaltung zuständig war. Der Fachbereich **„**Rehamanagement“ war zuständig für die Betreuung und Zusammenarbeit mit den beteiligten Kliniken und der fachlichen Bewertung des medizinischen Rehabilitationskonzepts. Zudem erfolgte die Festlegung der Vergütungssätze durch den Fachbereich „Rehamanagement“. Die rehapro-Modellprojekte wurden durch die im Fachbereich „Rehamanagement“ ansässige rehapro-Umsetzungsberatung unterstützt. Die Umsetzungsberatung hatte eine koordinierende und beratene Funktion – sie beriet und unterstützte bei der Planung, Antragstellung und Durchführung.

Weiterhin wurden für das Projekt zwei Reha-Fallmanager:innen-Stellen in Vollzeit eingerichtet. Die Aufgaben der Reha-Fallmanager:innen waren:

- Identifikation potenzieller Projektteilnehmender, indem Recherchen zu den Aus-wertungen der Rentenneubewilligungen durchgeführt wurden,
- Kontaktaufnahme zu den potenziellen Projektteilnehmenden, Motivation zur Teilnahme an FREEMI und Bewilligung der Leistungen,
- Dauerhafte Begleitung und Beratung der Projektteilnehmenden, inkl. der Bewilligung weiterer Maßnahmen, nach Rücksprache mit den Beteiligten,
- Dokumentation aller Arbeitsschritte in der Tabelle für potenzielle Projektteil-nehmende, die Führung der Mastertabelle für Projektteilnehmende und den Bögen zur Erfassung des Arbeitsaufwands pro Versicherten,
- Hilfestellung für die wissenschaftliche Begleitung, durch direkten Kontakt und die Bearbeitung der Zwischenbeurteilungsbögen im Zusammenhang mit der Intervallreha,
- Teilnahme und Mitwirken in den regelmäßigen Treffen der Steuerungsgruppe.

Die Auswertung der Rentenneuanträge erfolgte durch das Team „Workflow und Statistik“ (Fachbereich „Service und Steuerung“). Die Kriterien für die Auswertung werden vom Team „Rehabilitation“ vorgegeben. Nach Projektänderungen im Mai 2021 wurden die Rollen des sozialmedizinischen Dienstes und der Rentenantragssachbearbeitung innerhalb des Projektes angepasst. Die Reha-Fallmanager:innen erhielten bei medizinischen Fragen ärztliche Beratung und die Rentensachbearbeitung

speicherten die Fallmanager:innen als Bevollmächtigte. Zudem verlängerten diese die Renten nach entsprechender Rückmeldung.

<u>Leistungserbringer:</u> Drei medizinische Rehabilitationseinrichtungen

Die Leistungserbringung der Intervallreha inkl. medizinischem Fallmanagement "Reha während Rente" wurde in der Gelderland-Klinik, der Johannesbad Fachklinik Hochsauerland und der salus Klinik Hürth durchgeführt. Bei Bedarf führten die Kliniken auch eine Informations- und Motivationsphasen vor Beginn der Reha durch. Außerdem konnten die Kliniken Versicherte für eine Projektteilnahme vorschlagen (vgl. 4.4). Die Kliniken standen in direktem Kontakt zu den beiden Reha-Fallmanager:innen. Es handelt sich um Vertragseinrichtungen, welche als Kooperationspartner innovative Leistungen erbringen.

<u>Letztempfänger:</u> Wissenschaftliche Begleitung

Die Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen (RWTH Aachen), Institut für Psychologie; Lehr- und Forschungsgebiet Gesundheitspsychologie, war für die wissenschaftliche Begleitung von FREEMI verantwortlich. Im Rahmen des Projektvorhabens übernahm die wissenschaftliche Begleitung eine Vielzahl unterstützender und evaluativer Aufgaben. Dazu gehörte u.a. die übergeordnete Unterstützung bei der Umsetzung des Projekts, etwa durch die Mitwirkung an der Konzeption, die Operationalisierung der Projektziele sowie die fortlaufende Dokumentation des Projektverlaufs, sowie einschließlich regelmäßiger Rückmeldungen an die Projektverantwortlichen.

1.4.2 Organisatorischer Ablauf

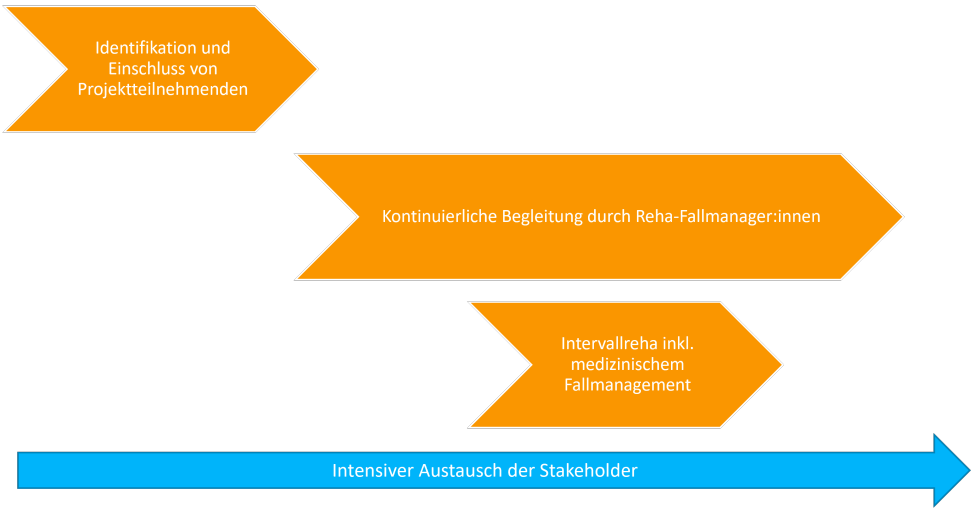


Abbildung 1: Anordnung der innovativen Teilansätze

1. Identifikation und Einschluss von Projektteilnehmenden

Es wurden Einschlusskriterien (u.a. ICD-Diagnosen, Alter der Versicherten) und Ausschlusskriterien (v.a. bzgl. des Krankheitsbildes) definiert (vgl. 1.3). Diese wurden mit zunehmender Erfahrung im Projektverlauf angepasst, um eine möglichst passgenaue Zielgruppe für das Projekt zu erreichen. Entgegen der ursprünglichen Projektplanung wurde der Sozialmedizinische Dienst nicht bei der Auswahl von potenziellen Projektteilnehmenden einbezogen. Stattdessen sichteten die Reha-Fallmanager:innen Akten kürzlich bewilligter EM-Renten bzgl. möglicher Eignung. Im Rahmen des Projekts forderte die Projektleitung alle zwei Monate eine Aufstellung der neuen Rentenbewilligungen an. Die maschinelle Auswertung berücksichtigte in diesem Zusammenhang die Ein- und Ausschlusskriterien,

soweit dies technisch möglich war. Um die Datenqualität zu erhöhen, ergänzte die Verwaltung der DRV Rheinland die automatisierte Auswertung durch manuell gesetzte Filter, sodass auch spezielle Fälle und individuelle Besonderheiten Beachtung fanden. Dieses mehrstufige Verfahren erwies sich als förderlich, um die Datensätze präzise auszuwerten und möglichst viele und passgenaue potenzielle Teilnehmende zu identifizieren.

Das erste Anschreiben zur Projektteilnahme verschickte die DRV Rheinland 18 Monate vor EM-Rentenende. Dies sollte gewährleisten, dass das Ende eines potenziellen nächsten Intervalls zeitgleich mit dem EM-Rentenende bzw. anstehender Neuprüfung lag. So sollte das „Reha während Rente"-Konzept möglichst nahtlos umgesetzt und vermieden werden, dass im Rahmen von FREEMI bei Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit Lücken in der Leistungsbewilligung entstehen würden. Erhielt die DRV Rheinland nach dem ersten Anschreiben keine Rückmeldung, wurden im Abstand von je sechs Wochen zwei Erinnerungsschreiben versendet. Wurde weiterhin keine Rückmeldung erzielt, unternahm die DRV Rheinland keine weiteren Kontaktversuche.

Mit Kontaktaufnahme der Versicherten und der gezeigten Bereitschaft, sich wieder für eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt zu öffnen, motivierten die Reha-Fallmanager:innen diese aktiv zur Projektteilnahme. Es fanden Telefonate, persönliche Treffen und schriftliche Information statt, in denen über die Vorteile (z.B. kontinuierliche Begleitung durch Fallmanagement, bis zu drei zweiwöchige Intervallrehas) und Modalitäten (z.B. rehapro-Modellprojekt, Freiwilligkeit, Datenschutz, Aufrechterhaltung der EM-Rente während FREEMI, zu erwartender Aufwand) der Teilnahme informiert wurde. Erklärten sich die Versicherten bereit teilzunehmen, leitete die DRV Rheinland die Bewilligungsprozesse ein. Die Teilnahme am Projekt war an das Unterschreiben einer Einwilligungserklärung sowie einer Schweigepflichtsentbindung für den bzw. die Reha-Fallmanager:in gebunden. Mit ihrer Unterschrift erklärten sich die Studienteilnehmenden bereit, aktiv am Programm, der Evaluation durch die wissenschaftliche Begleitung sowie an der rehapro-Programmevaluation mitzuwirken. Der bzw. die Reha-Fallmanager:in stand den Versicherten dabei für alle Rückfragen bzgl. der Projektteilnahme zur Verfügung, sowohl im Aufklärungsgespräch als auch bei Bedarf im Nachgang.

2. Kontinuierliche Begleitung durch Reha-Fallmanager:innen

Der bzw. die. Reha-Fallmanager:in der DRV Rheinland nahm im FREEMI-Fallmanagement die Schlüsselposition ein. Gegenstand des Reha-Fallmanagements war es, gemeinsam mit den Versicherten mögliche Perspektiven und Hürden bei der Rückkehr ins Erwerbsleben zu thematisieren. Ziel war es, gemeinsam mit den Versicherten realistische Ziele zu definieren und individuelle Bedürfnisse bzgl. ihrer möglichen beruflichen Wiedereingliederung zu ermitteln. Dabei fungierte der bzw. die Reha-Fallmanager:in als Berater:in und Maßnahmensteuerer:in. Dies bedeutete, dass die Reha-Fallmanager:innen im engen Austausch mit dem medizinischem Fallmanagement der Kliniken standen und unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Situation der Versicherten mögliche Wege auf den ersten Arbeitsmarkt herausarbeiteten. Besonders wichtig waren in diesem Rahmen der Vertrauensaufbau und die Entwicklung einer persönlichen Beziehung. Zur Unterstützung der Versicherten war in Rahmen von FREEMI ein intensiver Austausch mit engmaschiger Betreuung durch das Reha-Fallmanagement der DRV Rheinland vorgesehen. Je nach individuellem Bedarf der Versicherten konnten die Reha-Fallmanager:innen auch spezifische Maßnahmen zur Förderung der beruflichen Reintegration einleiten (z.B. Einleitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bspw. in einem beruflichen Trainingszentrum).

3. Intervallreha inkl. medizinischem Fallmanagement

Die Projektteilnehmenden erhielten bis zu drei zweiwöchige Reha-Intervalle in einer der drei psychosomatischen Fachkliniken, die das Konzept „Reha während Rente" (RwR) für FREEMI entwickelt hatten. Die erste Phase sowie das erste Reha-Intervall dienten primär der gesundheitlichen Bestandsaufnahme, Stabilisierung der Versicherten und Motivierung bzw. Orientierung. In den weiteren Reha-Intervallen sollten dann verstärkt Themen des Berufslebens und einer möglichen Rückkehr auf den ersten Arbeitsmarkt adressiert werden. Das dritte Reha-Intervall war ausdrücklich optional und die Bewilligung richtete sich nach (begründetem) Bedarf der Versicherten und den Erfolgsaussichten für FREEMI (vgl. Abbildung 2).

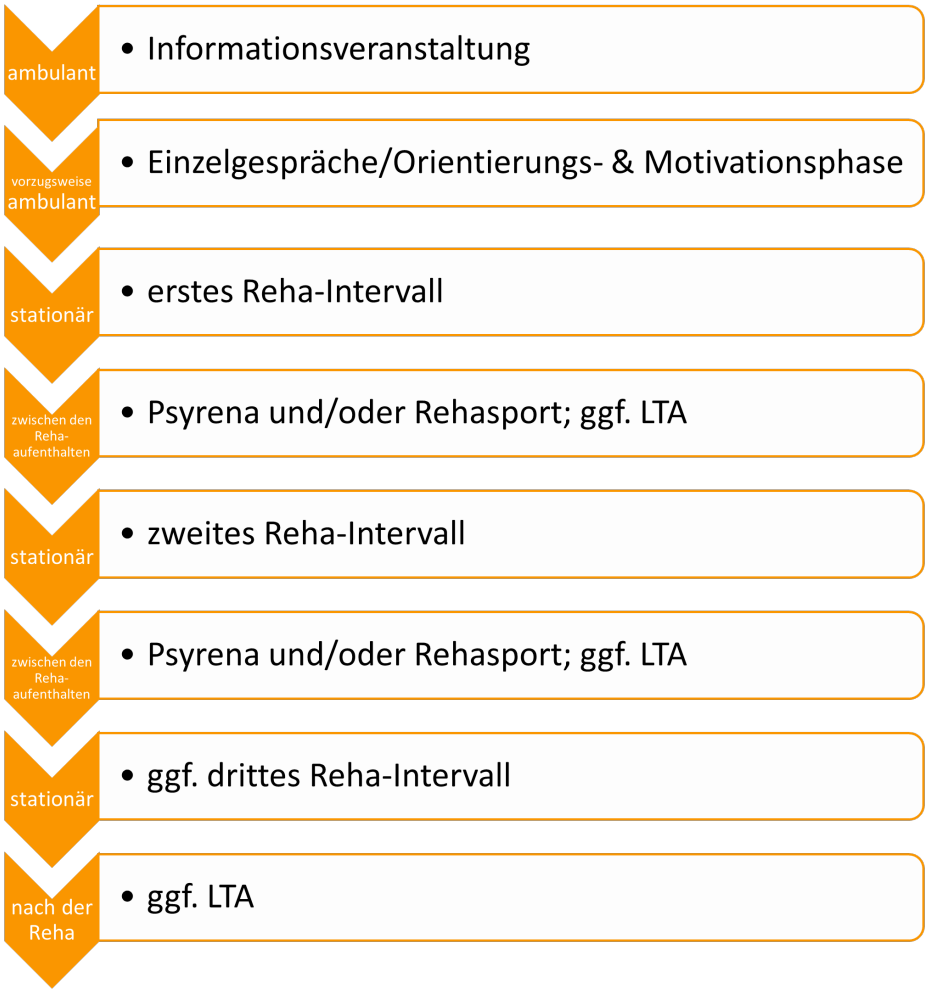


Abbildung 2: Ablaufskizze der Intervallreha

Ein wesentliches Element des medizinischen Fallmanagements bestand darin, dass die Projektteilnehmenden feste Ansprechpartner:innen in den Reha-Einrichtungen hatten, die sie über die verschiedenen Interventionen begleiteten. Das medizinische Fallmanagement der Kliniken führte Vorgespräche, informierte über das Konzept, förderte die Motivation und koordinierte das multiprofessionelle Team, das aus Ärzt:innen, Psycholog:innen, Sozialarbeiter:innen, Therapeut:innen sowie Pflegekräften bestand. Dadurch sollte eine engmaschige Betreuung sichergestellt werden, in der sozialmedizinische und berufsfördernde Elemente miteinander verzahnt sind, um den Teilnehmenden eine realistische Perspektive auf eine Rückkehr in die Arbeitswelt zu eröffnen. Während der stationären Intervalle wurden psychoedukative, psychotherapeutische, verhaltensmedizinische und erlebnisorientierte Methoden eingesetzt, um psychische Stabilisierung und Selbstwirksamkeit zu fördern.

Anhand eines integrativen Behandlungsansatzes berücksichtigen die Teams sowohl medizinische als auch soziale und psychologische Faktoren, wobei alle drei Kliniken bereits über große Erfahrung mit medizinisch-beruflich orientierten Rehamaßnahmen verfügen. Das Behandlungsziel bestand in der nachhaltigen Verbesserung von Teilhabe und Erwerbsfähigkeit: Die Teilnehmenden sollten lernen, einen gesundheitsförderlichen Lebensstil aufzubauen und wieder schrittweise Kontakt mit der Arbeitswelt zu knüpfen.

Durch den regelmäßigen Austausch zwischen medizinischem Fallmanagement und Reha-Fallmanager:in der DRV Rheinland sollte darüber hinaus sichergestellt werden, dass alle wichtigen Informationen vorlagen und die Maßnahmen eng abgestimmt waren. Die Informationen und Erkenntnisse aus der medizinischen Rehabilitation bzw. dem medizinischen Fallmanagement flossen wieder in die Ausgestaltung des Reha-Fallmanagements der DRV Rheinland zurück (z.B. Reflexion der aktuellen gesundheitlichen Situation und individuelle Belastbarkeit, Arbeitsfähigkeit).

1.5 Wissenschaftliche Begleitung

Die Evaluation des Vorhabens in seinen unterschiedlichen Phasen erfolgte stets vor dem Hintergrund der formulierten Zielsetzungen sowie in Abwägung mit der praktischen Umsetzung. Grundlage bildeten die Evaluationsstandards der Deutschen Gesellschaft für Evaluation (DeGEval, 2016). Das Konzept der wissenschaftlichen Begleitung umfasst – im Sinne von Mittag und Hager (2000) – ein summatives wie formatives Vorgehen. Unter Berücksichtigung des Ansatzes von Donabedian (1966) wurden drei zentrale Evaluationsebenen bzw. Qualitätsdimensionen vorgesehen: (1) Strukturqualität, (2) Prozessqualität und (3) Ergebnisqualität (vgl. Donabedian, 1966, Kirkpatrick, 1977).

Die *(1) Strukturqualität* bezieht sich auf die konzeptionellen und organisatorischen Rahmenbedingungen eines Programms oder Projekts. Neben der schriftlichen Ausarbeitung eines Projektantrags und FREEMI-spezifischen Unterlagen werden dabei auch infrastrukturelle und personelle Voraussetzungen betrachtet. Dazu zählen etwa die Zusammensetzung der Teilnehmenden (Zugangsvoraussetzungen, Auswahlverfahren) sowie die Qualifikation und fachliche Eignung des eingesetzten Personals im Hinblick auf die angestrebten Projektziele.

Die *(2) Prozessqualität* fokussiert auf die Umsetzung der vorgesehenen Maßnahmen im Projektverlauf. Im Mittelpunkt steht dabei das tatsächliche Handeln der beteiligten Akteure im Abgleich mit dem im Konzept formulierten Handlungsplan. Es wird geprüft, inwieweit die Projektaktivitäten kohärent, zielorientiert und methodisch angemessen umgesetzt werden.

Die *(3) Ergebnisqualität* schließlich bewertet den Grad der Zielerreichung (vgl. Kirkpatrick, 1977). Dabei werden sowohl subjektive Indikatoren wie die Verbesserung der psychologischen Situation, als auch „harte“ Kennzahlen, wie die Verbleibs- bzw. Reintegrationsquote als Erfolgsindikatoren herangezogen.

Die drei Evaluationsebenen nach Donabedian (1966) – Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität – wurden jeweils aus zwei unterschiedlichen konzeptionellen Blickwinkeln betrachtet und im Folgenden beurteilt. Während aus *organisationaler Perspektive* der Fokus auf der Integration des Modellprojekts in die bestehenden Strukturen der DRV Rheinland lag, richtete sich die *inhaltliche Perspektive* auf die konkrete Umsetzung des Vorhabens im Arbeitskontext der Reha-Fallmanager:innen der DRV Rheinland sowie im medizinischen Fallmanagement der drei beteiligten Kliniken. Beide Perspektiven wurden entlang der drei Qualitätsdimensionen nach Donabedian systematisch analysiert, um eine umfassende wissenschaftliche Begleitung des Modellprojekts sicherzustellen.

Ergänzend zur differenzierten Anwendung des Donabedian-Ansatzes wurde FREEMI gemäß dem Evaluationsverständnis von Mittag und Hager (2000) sowohl *formativ* als auch *summativ* begleitet (vgl. Abbildung 3). Dabei ging es nicht allein um die nachträgliche Bewertung von Erfolgs- oder Misserfolgskriterien. Vielmehr wurde eine kontinuierliche Reflexion und Anpassung im Projektverlauf gewährleistet.

Dies bedeutet, dass die wissenschaftliche Begleitung über eine rein beobachtende Rolle hinausging: Sie trug aktiv zur Prozessoptimierung bei, indem sie laufend Rückmeldungen an die beteiligten Akteure liefert. Die Bewertung der Prozessqualität wurde somit durch dialogische Elemente ergänzt, um auf notwendige Anpassungen bereits während der Durchführung reagieren zu können. In diesem Sinne erfolgte die Mitwirkung der wissenschaftlichen Begleitung über das „periodische Rückfließen von Analyse- und Beratungsleistungen in den untersuchten Prozess“ (Badura und Siegrist, 2002, S. 49).

Qualitätsebene		Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
Implementierung	Inhalt	Konzeption der Implementierung	Umsetzung der Implementierung	Zufriedenheit mit der Implementierung
	Kernaspekt	...	...	...
	Methode bzw. Zugang	...	...	...
Umsetzung	Inhalt	Konzeption der inhaltlichen Umsetzung	Umsetzung der Konzeption in Beratung	Zufriedenheit mit der Beratungsleistung
	Kernaspekt	...	...	...
	Methode bzw. Zugang	...	...	...

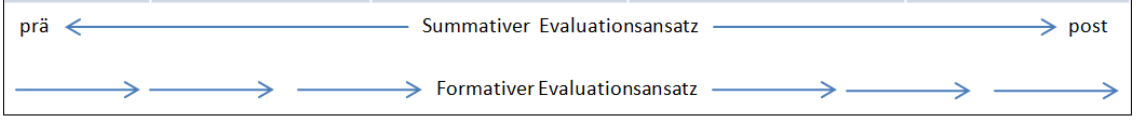


Abbildung 3: Darstellung des Evaluationskonzeptes der RWTH Aachen für FREEMI

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung kamen verschiedene methodische Elemente zum Einsatz. Dazu zählten die Auswertung von Aktenunterlagen, standardisierte Erhebungsinstrumente im geschlossenen Format (z. B. validierte Fragebögen) sowie offene Freitextangaben. Ergänzend flossen auch die qualitativen Eindrücke und Rückmeldungen aus den regelmäßig stattfindenden Steuerungsgruppentreffen in die wissenschaftliche Analyse und Bewertung ein.

2 Ergebnisse des Modellprojekts

Die formale Implementierung war für FREEMI essenziell, um klare Strukturen, Zuständigkeiten und Abläufe festzulegen, die eine verlässliche Umsetzung ermöglichen. Sie schaffte die Grundlage für Transparenz und Qualitätssicherung im Rahmen von FREEMI und stellte die Basis für die systematische Evaluation der inhaltlichen Umsetzung dar. Analog sind die formale Implementierung sowie inhaltliche Umsetzung im Folgenden in die drei vorgestellten Evaluationsebenen gegliedert (vgl. 1.5).

2.1 Formale Implementierung von FREEMI

2.1.1 Formale Strukturqualität

Es lagen konsistente, aufeinander abgestimmte Konzepte für die Implementierung und Umsetzung von FREEMI vor. Dies gilt sowohl für den Projektplan der DRV Rheinland (rehapro-Antrag für FREEMI, laufend aktualisierte Verfahrensbeschreibung für die interne Arbeit bei der DRV Rheinland als solches als auch für das klinikspezifische „Reha während Rente“-Konzept zur Umsetzung der medizinischen Intervall-Rehabilitationen und dem zugehörigen medizinischen Fallmanagement. Auch für die Aufschulung der beiden Reha-Fallmanager:innen, welche vom Institut für Weiterbildung „Christliches Jugenddorfwerk Deutschlands“ (CJD) in Nordrhein-Westfalen durchgeführt wurde, lag ein nachvollziehbares Konzept vor. Es adressiert gezielt die Bedürfnisse psychisch erkrankter Versicherter und bietet eine fundierte Grundlage für die Tätigkeit der Reha-Fallmanager:innen, insbesondere adressat:innengerechter Kommunikation in FREEMI.

Die initiale Information aller beteiligten Akteure (Steuerungsgruppe) wurde durch einen gemeinsamen Kick-off sichergestellt, der gleichzeitig als Ausgangspunkt für die Identifikation von Abstimmungsbedarf und den Aufbau eines kontinuierlichen Austauschs diente.

2.1.2 Formale Prozessqualität

Auch im weiteren Projektverlauf wurde FREEMI aus formaler Sicht nachvollziehbar und angemessen umgesetzt. Durch regelmäßige Steuerungsgruppensitzungen sowie bilaterale Abstimmungen waren alle relevanten Akteure jederzeit über aktuelle Entwicklungen, anstehende Maßnahmen und prioritäre Themen informiert.

Das Engagement der Projektpartner:innen wurde fortlaufend beobachtet. Bereits zu Projektbeginn zeigte sich ein hohes Maß an Konsens und Bereitschaft zur Zusammenarbeit, das über die gesamte Laufzeit hinweg stabil blieb. Dieses kontinuierliche Commitment bildete eine verlässliche Grundlage für die erfolgreiche Umsetzung des Modellprojekts.

2.1.3 Formale Ergebnisqualität

Bereits zu Projektbeginn zeigte sich ein hohes Commitment der Projektpartner:innen hinsichtlich der Zielsetzungen und des Vorgehens, welches die erfolgreiche Umsetzung des FREEMI-Modellvorhabens absicherte. Im Hinblick auf die Umsetzung des Projektes wurde geprüft, ob die im Modellprojekt entwickelten Strukturen in die bestehenden Organisationsstrukturen der DRV Rheinland sowie der beteiligten Kliniken integriert werden konnten. Die Evaluation bestätigt den Erfolg der Implementierung: Es wurden verbindliche Kommunikations- und Koordinationsprozesse etabliert, Schnittstellenrollen organisatorisch verankert und zentrale Steuerungsmechanismen in die Regelstrukturen überführt.

2.1.4 Gesamtbewertung der formalen Implementierung

Auf Basis der Teilbewertungen von formaler Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität lässt sich aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung für die formale Implementierung von FREEMI ein positives Urteil fällen (vgl. Abbildung 4).

Qualitätsebene		Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
Implementierung	Inhalt	Konzeption der Implementierung	Umsetzung der Implementierung	Zufriedenheit mit der Implementierung
		✓	✓	✓

Abbildung 4: Zusammenfassung der formalen Implementierung von FREEMI

2.2 Inhaltliche Umsetzung von FREEMI

2.2.1 Inhaltliche Strukturqualität

Die DRV Rheinland hat insgesamt 7.045 Fälle gesichtet, um potenziell geeignete Versicherte für FREEMI zu identifizieren. Dabei wurden 901 Fälle als potenziell geeignet identifiziert und die betreffenden Personen angeschrieben. Mit 711 Rückmeldungen lag die Rücklaufquote bei nahezu 80 %. Laut Kostenträger gaben viele der Rückmeldenden an, aufgrund ihrer als zu belastend empfundenen gesundheitlichen Situation keine Perspektive im FREEMI-Angebot zu sehen. Letztlich erklärten sich im Laufe des Modellprojekts 134 Personen (18,8 % der Rückmeldenden) zur Teilnahme bereit. Dies macht deutlich, dass die Identifikation potenzieller Teilnehmer:innen, nicht zuletzt bedingt durch die manuelle Sichtung der Akten hinsichtlich der Einschlusskriterien, mit erheblichem Aufwand verbunden war und die Teilnahmebereitschaft trotz günstiger Rahmenbedingungen relativ zurückhaltend ausfiel.

Da die FREEMI-Fälle zeitlich recht lange Laufzeiten hatten (z.T. mit längeren Unterbrechungen wegen gesundheitlichen Problemen), legte die DRV Rheinland in Abstimmung mit der Steuerungsgruppe im Projektverlauf die „Beendigung der Abklärung von LTA-Bedarf“ als individuelles Projektende fest. Die Rationale hierfür war, dass für entsprechende Fälle eine erste Perspektive für die berufliche Wiedereingliederung herausgearbeitet werden konnte. Als Projektabbrechende galten demgegenüber diejenigen Teilnehmenden, die die Projektteilnahme selbst beendeten bzw. für die die betreuende Instanz (Reha- bzw. medizinisches Fallmanagement) keine sinnvolle Möglichkeit einer beruflichen Reintegration sahen. Gründe hierfür konnten bspw. gesundheitlicher oder motivationaler Natur sein. Hinsichtlich des Projektendes zeigte sich, dass lediglich 28 der 134 FREEMI-Teilnehmer:innen eine Abklärung zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) abschließen konnten (FREEMI-Absolvent:innen), während 106 Personen einen Projektabbruch ohne Abschluss der LTA-Abklärung verzeichneten (vgl. Abbildung 5).

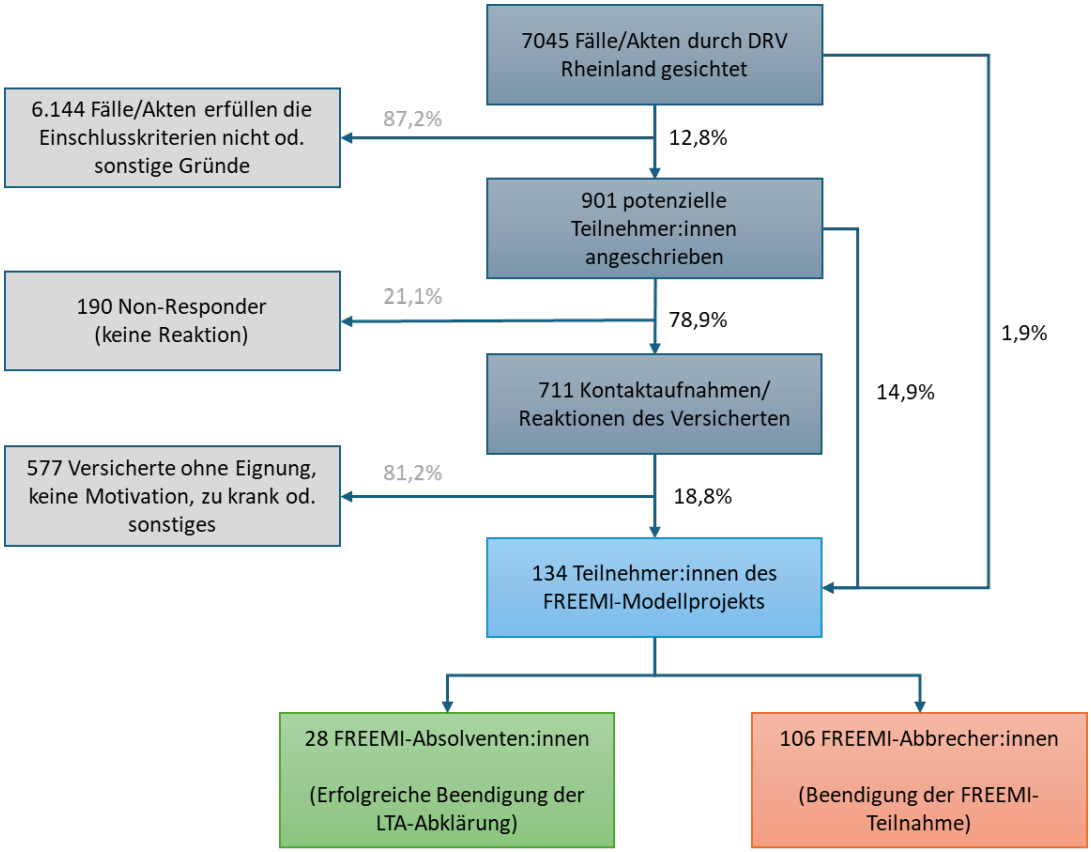


Abbildung 5: Flowchart von Identifikation bis Einschluss und Projekterfolg der FREEMI-Teilnehmer:innen

Von den 134 im Projekt eingeschlossenen Personen nahmen 106 Personen an einer Intervall-Rehabilitation teil, 55 Personen absolvierten zwei und 20 Personen drei medizinische Intervall-Rehabilitationen. Insgesamt wurden somit 181 medizinische Intervall-Reha-Maßnahmen im Rahmen von FREEMI durchgeführt. Die Aufteilung der FREEMI-Teilnehmer:innen auf die drei Kliniken ist in Tabelle 1 dargestellt.

	Erstes Intervall	**Zweites Intervall**	**Drittes Intervall**	**gesamt**
2021	13	-	-	13
2022	42	20	2	64
2023	42	15	9	66
2024	9	20	9	38
gesamt	106	55	20	**181**

Tabelle 1: Verteilung der verschiedenen med. Intervall-Rehabilitationen auf die Projektjahre

Die Überprüfung der 134 FREEMI-Versicherten bestätigt, dass die festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien eingehalten wurden. Die Stichprobe umfasst charakteristische EM-Rentenbeziehende, die durch eine hohe komorbide Krankheitslast geprägt sind. Sowohl die Absolvent:innen als auch die Abbrecher:innen wiesen mindestens eine, im Mittel ein bis zwei F-Diagnosen auf. Am häufigsten traten affektive Störungen auf – in ca. 70 % der Absolvent:innen und 80 % der Abbrecher:innen – gefolgt von neurotischen und Belastungsstörungen, die etwa ein Drittel der Fälle betrafen.

Zudem berichteten über 75 % der Teilnehmenden von durchschnittlich zwei weiteren körperlichen Einschränkungen, wobei Muskel-Skelett-Erkrankungen am häufigsten genannt wurden. Diese

Ergebnisse verdeutlichen, dass die Zielgruppe mit komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu kämpfen hat.

Bereits vor Teilnahme an FREEMI hatte der Großteil beider Gruppen (>85 %) zumindest einmal eine medizinische Rehabilitationsleistung (LMR) in Anspruch genommen, wobei die letzte Maßnahme überwiegend im Jahr 2021 abgeschlossen wurde. Trotz der LMR blieben die gesundheitlichen Grundprobleme in den meisten Fällen vollständig oder teilweise bestehen, was auf eine schwere gesundheitliche Beeinträchtigung hinweist. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) wurden hingegen nur von 7 % der Absolvent:innen und 15 % der Abbrecher:innen in Anspruch genommen.

Die Reha-Fallmanager:innen der DRV Rheinland verfügen über jahrzehntelange Erfahrung in der beruflichen Rehabilitation und an der Schnittstelle zur medizinischen Rehabilitation, was ihnen ein tiefgreifendes Wissen über institutionelle Abläufe und gesetzliche Grundlagen verleiht. Ihre umfassende Expertise im Beratungsalltag mit psychisch erkrankten Versicherten befähigt sie, komplexe Fallkonstellationen adäquat einzuschätzen und individuelle Reha-Wege zu entwickeln. Durch gezielte fachliche Weiterbildungen (CJD-Schulung) wurde ihr bereits fundiertes Know-how weiter vertieft, sodass sie als tragende Säule im FREEMI-Projekt agierten.

Die medizinischen Fallmanager:innen der beteiligten Kliniken brachten mehrere Jahre Erfahrung im Umgang mit psychisch belasteten Versicherten mit und wirkten maßgeblich an der Planung, Koordination und Qualitätssicherung der Intervall-Rehabilitationsmaßnahmen mit. Als ausgebildete Sozialarbeiter:innen oder Psycholog:innen verfügen sie über fundiertes theoretisches und praktisches Wissen in Beratung, Fallanalyse und Krisenintervention, was eine strukturierte und empathische Betreuung der Versicherten gewährleistete.

2.2.2 Inhaltliche Prozessqualität

Die Ergebnisse der inhaltlichen Prozessqualität belegen, dass die Reha-Fallmanager:innen im Rahmen des Projekts ihre beratungsbezogenen Aktivitäten systematisch erfasst haben. Mittels standardisierter Dokumentationsverfahren konnten sowohl die Kontakthäufigkeit als auch der damit verbundene Zeitaufwand transparent abgebildet werden, was auf eine intensive Betreuung und eine enge Verzahnung mit den kooperierenden Kliniken sowie weiteren externen Partnern hinweist. Regelmäßige Zwischenbeurteilungen ermöglichten eine fortlaufende, fallbezogene Einschätzung, sodass der aktuelle Status und das Commitment der Teilnehmenden aus Sicht des Fachpersonals differenziert erfasst wurden.

Die Analyse der Aufwandsdokumentation der Reha-Fallmanager:innen der DRV Rheinland zeigte: Der Austausch mit den Kliniken, die Kommunikation mit den Teilnehmer:innen über verschiedene Kanäle, sowie DRV-interne Arbeitsprozesse war mit viel Arbeit verbunden. Telefonate wurden besonders häufig geführt (durchschnittlicher Zeitaufwand von bis zu 15 Minuten, nur in Ausnahmefällen länger als eine halbe Stunde). Ähnlich verhielt es sich hinsichtlich des geführten Schriftverkehrs und des Austauschs mit den Kliniken. Der zeitliche Aufwand für die vielen DRV-internen Arbeitsprozesse fiel heterogener aus, umfasste aber meistens ebenfalls circa eine halbe Stunde. Mit Blick auf die persönliche Beratung zeigt sich eine andere Schwerpunktsetzung: Die Gespräche waren relativ lang und nahmen meistens mehr als 30 Minuten in Anspruch.

Sowohl die Reha- als auch die medizinischen Fallmanager:innen:innen berichteten überwiegend von einer hohen Kooperationsbereitschaft und Motivation der FREEMI-Teilnehmer:innen, was das grundlegende Engagement der FREEMI-Teilnehmer:innen zur aktiven Mitwirkung am Modellprojekt unterstrich.

Die konsistente Anwendung standardisierter Beurteilungsinstrumente in Verbindung mit einer transparenten Falldokumentation bestätigt, dass der intensive Austausch zwischen den Projektbeteiligten und die strukturierte Erfassung fallbezogener Informationen maßgeblich zur Umsetzung des Modellprojekts beigetragen haben.

2.2.3 Inhaltliche Ergebnisqualität

Die Zielerreichung im Rahmen der Fallsteuerungsprozesses wurde von den medizinischen Fallmanager:innen systematisch nach jeder Intervall-Rehabilitation evaluiert. Dabei ergab sich, dass in Fällen eines erfolgreichen Abschlusses die Rehabilitationsziele überwiegend erreicht wurden, wohingegen vorzeitige Abbrüche zumeist mit einer unzureichenden Zielerreichung einhergingen. Ergänzend dazu wurde der Umfang der Reha-Maßnahmen beurteilt: Obwohl der zeitliche Rahmen der medizinischen Intervall-Rehabilitation grundsätzlich als angemessen angesehen wurde, wurde er insbesondere für Personen mit stark eingeschränktem Gesundheitszustand als zu knapp empfunden, um über die Stabilisierung gesundheitlicher Probleme hinaus auch Themen der beruflichen Reintegration zu thematisieren.

Der individuelle Projektabschluss unterteilt sich in FREEMI-Absolvent:innen, bei denen eine abschließende LTA-Bedarfsklärung erreicht werden konnte, und Abbrecher:innen, deren Teilnahme vorzeitig beendet wurde. Bei den Absolvent:innen war es überwiegend erforderlich, mehrere Intervall-Rehabilitationen durchzuführen, um die nötige Stabilisierung zu erzielen (vgl. Tabelle 2: Zeitpunkt zur Beendigung der LTA-Abklärung). Über den gesamten Projektverlauf hinweg differenzierte die von beiden Fallmanager:innen-Gruppen abgegebene Reintegrationsprognose klar zwischen den erfolgreichen Fällen und jenen, die vorzeitig abgebrochen wurden.

Zeitpunkt	**Beendigung der LTA-Abklärung**
nach 1. Intervall	5
nach 2. Intervall	11
nach 3. Intervall	12
gesamt	28

Tabelle 2: Zeitpunkt zur Beendigung der LTA-Abklärung

FREEMI-Abbrüche waren überwiegend gesundheitlich bedingt und erfolgten entweder auf Initiative der Versicherten oder in Abstimmung mit der betreuenden Instanz. Die meisten Abbrüche ereigneten sich in einem frühen Stadium von FREEMI: 28 Fälle traten noch vor dem ersten med. Reha-Intervall auf, weitere 46 nach diesem (vgl. Tabelle 3. Dass bereits vor der ersten medizinischen Intervall-Rehabilitation Abbrüche verzeichnet wurden, deutet darauf hin, dass das FREEMI-Angebot nicht pauschal bereitgestellt wurde. Vielmehr wurde im Verlauf kontinuierlich geprüft, ob die Versicherten tatsächlich von der Maßnahme profitieren konnten.

Zeitpunkt	**Abbruch durch Teilnehmende**	**Abbruch durch Instanz**	**gesamt**
vor 1. Intervall	17	11	28
nach 1. Intervall	13	33	46
nach 2. Intervall	2	22	24
nach 3. Intervall	1	7	8
gesamt	33	73	**106**

Tabelle 3: Abbrüche im zeitlichen Verlauf von FREEMI

Die abschließenden Bewertungen der Reha-Fallmanager:innen dokumentieren eine insgesamt positive Wirkung der Maßnahme auf teilhaberelevante Aspekte bei den Absolvent:innen. Insbesondere konnten Verbesserungen in der Beschäftigungsfähigkeit, der Erwerbsbeteiligung, im

gesundheitlichen Bereich sowie in der sozialen Teilhabe und Alltagsstrukturierung festgestellt werden. Im Vergleich dazu zeigten die Abbrecher:innen weniger positive Effekte, sodass diese Gruppe insgesamt geringer von FREEMI profitierte.

Der primäre Outcome des Projekts fokussiert die Rückkehr in eine versicherungspflichtige Beschäftigung. Eine detaillierte Analyse ergab, dass nur ein kleiner Anteil der FREEMI-Teilnehmer:innen zum Zeitpunkt der Auswertung ihren Rentenbezug beendet hatte (Stichtag der Auswertung: 31.03.2025): Bei sieben der 28 Absolvent:innen und 14 der 106 Abbrecher:innen war ein Rentenende dokumentiert – dies bedeutet aber nicht, dass ein festgelegtes Rentenende einer Wiederaufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung gleichzusetzen ist.

Unter den sieben Absolvent:innen kehrten vier in versicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse zurück und zwei nahmen an einer LTA-Maßnahme teil, während in einem Fall die Rentenzahlung wieder aufgenommen bzw. verlängert wurde. Das entspricht 2,98 % aller 134 FREEMI-Teilnehmer:innen bzw. 14,3 % der 28 Absolvent:innen, die in eine versicherungspflichtige Beschäftigung zurückkehrten. Bei den 14 Abbrecher:innen wurde in sieben Fällen die Rentenzahlung zeitnah wieder aufgenommen und in vier Fällen lief ein Widerspruchsverfahren. Zudem war eine Person aus der Abbrecher:innengruppe in versicherungspflichtiger Beschäftigung tätig, eine weitere nahm an einer LTA-Maßnahme teil. Eine Person verstarb während der Projektlaufzeit. Inklusive Abbrecher:innen entspricht das 5,3 % der insgesamt 106 Projektteilnehmenden an mindestens einem Reha-Intervall, die in eine versicherungspflichtige Beschäftigung zurückkehrten.

Bei den sekundären Outcome-Kriterien zeigte sich, dass sich die subjektive Wahrnehmung des Gesundheitszustandes während der ersten Intervall-Rehabilitation tendenziell verbesserte, während andere berufs- und gesundheitsbezogene psychologische Parameter wie Erwerbs- und Reintegrationsfähigkeit, Selbstwirksamkeit, allgemeine Lebenszufriedenheit sowie soziale Teilhabe weitgehend stabil auf einem eher niedrigen Niveau blieben. Veränderungen in Motivation und Erwartungen deuten darauf hin, dass unterschiedliche Antriebskräfte bei den Absolvent:innen und Abbrecher:innen wirksam wurden: Während bei den erfolgreichen Teilnehmenden vor allem die Aussicht auf Rehabezogene Informationen und Erholung im Vordergrund stand, fokussierten die Abbrecher:innen stärker auf gesundheitliche Verbesserungen.

2.2.4 Gesamtbewertung der inhaltlichen Umsetzung

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die strukturellen Rahmenbedingungen, unter anderem die Qualifikation des Fachpersonals, erfüllt waren. Die FREEMI-Stichprobe umfasste eine gesundheitlich stark belastete Gruppe mit ausgeprägten komorbiden Problemlagen, wobei die psychologische Selbsteinschätzung deutlich ungünstiger ausfiel als in anderen Studien zu beruflichen Rehabilitanden. Dies ist ein Ergebnis, das insbesondere bei den im Projektverlauf bestätigten Abbrecher:innen zu beobachten war.

Die inhaltliche Umsetzung von FREEMI erfolgte grundsätzlich konzeptgemäß: Eine nachvollziehbare Falldokumentation belegt den intensiven Einsatz des Fachpersonals zur Unterstützung der Teilhabe der Versicherten. Dennoch zeigt sich eine klare Trennung zwischen FREEMI-Absolvent:innen und -Abbrecher:innen: Erstere profitieren wesentlich stärker von der Betreuung durch die Reha-Fallmanager:innen der DRV Rheinland und der integrierten medizinischen Fallmanagement-Begleitung in den Intervall-Rehabilitationsmaßnahmen.

Zusammenfassend gilt für die inhaltliche Ergebnisqualität: EM-Rentenbeziehende aufgrund einer psychischen Diagnose sind (erwartungskonform) eine besonders herausfordernde Zielgruppe. Die Anzahl der Absolvent:innen ist dabei deutlich geringer als die der Abbrecher:innen, was darauf hindeutet, dass gravierende gesundheitliche Hürden einer erfolgreichen Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt im Wege stehen. So gelang es nur in Einzelfällen, den Übergang zurück in den ersten Arbeitsmarkt zu realisieren. Dennoch besteht langfristig für einige Absolvent:innen die Möglichkeit, über LTA-Maßnahmen den Anschluss an eine versicherungspflichtige Beschäftigung zu finden – eine Perspektive, die im vorliegenden Beobachtungszeitraum allerdings noch nicht abschließend beurteilt werden kann.

Qualitätsebene		Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
Umsetzung	Inhalt	Konzeption der inhaltlichen Umsetzung	Umsetzung der Konzeption in Beratung	Outcomes
				

Abbildung 6: Zusammenfassung der Bewertung zur inhaltlichen Umsetzung von FREEMI

2.3 Erkenntnisse und Empfehlungen aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung

Aus Sicht der RWTH Aachen ergeben sich auf Basis der wissenschaftlichen Begleitung von FREEMI folgende zentrale Erkenntnisse und Empfehlungen:

1. **Zielgruppenspezifische Belastung:** Die Ergebnisse des FREEMI-Projekts belegen, dass EM-Renten aufgrund einer psychischen Diagnose angesichts der erheblichen gesundheitlichen Belastungen und komorbiden Problemlagen der Versicherten in der Regel gerechtfertigt sind. Es wird deutlich, dass eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung nicht für alle Betroffenen realisierbar ist.
2. **Psychologisches Monumentum des Labels „Erwerbsminderungs-Rente“:** Aus psychologischer Sicht ist das Label „EM-Rente“ als solches insofern problematisch. Einerseits wird von den Betroffenen erwartet, dass sie sich um ihre Wiedereingliederung bemühen, andererseits wird ihnen durch das Label signalisiert, dass sie bereits als langfristig eingeschränkt gelten. Diese innere Zerrissenheit kann zu Konflikten und erhöhter psychischer Belastung führen, da die Betroffenen möglicherweise das Gefühl haben, zwischen der Erwartung der Rückkehr in den Arbeitsmarkt und der Wahrnehmung ihrer eigenen Einschränkungen hin- und hergerissen zu sein.
3. **Dauer der medizinischen Rehabilitation:** An den ersten Punkt anschließend ist die Dauer eines medizinischen Reha-Intervalls von zwei Wochen möglicherweise zu kurz (vgl. Analyse der sekundären Outcomes). Dieser Zeitrahmen reicht vermutlich nicht aus, um sowohl zu einer gesundheitlichen Stabilisierung als auch zu einer Öffnung gegenüber einer neuen beruflichen Perspektive beizutragen.
4. **Notwendigkeit eines frühzeitigen Eingreifens:** Die Erkenntnisse aus FREEMI machen einmal mehr klar, dass rehabilitative Maßnahmen idealerweise noch vor Eintritt in die EM-Rentenphase beginnen sollten („Reha vor Rente“). Da bislang nur wenige FREEMI-Teilnehmende vor Renteneintritt eine LTA-Maßnahme in Anspruch nahmen, sollte dieses Ergebnis genutzt werden, um zukünftig verstärkt in präventive und frühzeitige Rehabilitationsmaßnahmen zu investieren. Den Leitsatz „Reha vor Rente“ gilt es hierbei konsequent umzusetzen.
5. **Bedeutung des Reha-Fallmanagements:** Das Reha-Fallmanagement hat sich in FREEMI als zentrales Instrument erwiesen. Eine weitergehende Professionalisierung und Ausweitung, etwa durch gezielte Schulungen und die Implementierung von Best-Practice-Modellen, erscheint für die DRV Rheinland als sinnvoll. Zur Verbesserung der Unterstützungsqualität empfiehlt es sich, das Reha-Fallmanagement systematisch mit einem Case-Management-orientierten Ansatz auszubauen
6. **Ausweitung der Kooperation:** Es wird über FREEMI hinaus angeregt, die Zusammenarbeit zwischen der DRV Rheinland und den Kliniken weiter zu intensivieren, um das Reha-Fallmanagement und das medizinische Fallmanagement eng zu vernetzen. Ein integrativer Ansatz, unterstützt durch standardisierte Kommunikations- und Informationsprozesse sowie regelmäßige gemeinsame Schulungen und Koordinationssitzungen, kann zu einer effizienteren Fallbearbeitung und nachhaltig verbesserten Versorgungsqualität führen. Diese Maßnahme ist nicht nur im EM-Rentenkontext relevant, sondern auch für den Übergang von der medizinischen zur beruflichen Rehabilitation und die Gestaltung entsprechender Schnittstellen.

Obwohl FREEMI einen vielversprechenden Ansatz darstellt, weist die Evaluation darauf hin, dass eine Weiterführung in der aktuell bestehenden Form kritisch hinterfragt und gegebenenfalls modifiziert werden sollte. Angesichts der gewonnenen Erkenntnisse wird empfohlen, das FREEMI-Konzept in

seiner derzeitigen Ausgestaltung nicht fortzuführen, sondern die Erfahrungswerte sinnvoll in den LTA-Kontext für gesundheitlich besonders herausgeforderte Versicherungsgruppen zu überführen.

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

Rückblickend lässt sich feststellen, dass einige der im Projekt FREEMI zugrunde gelegten Annahmen in der praktischen Umsetzung und im Lichte der wissenschaftlichen Begleitung nicht bestätigt werden konnten. Dies betrifft insbesondere die Einschätzung der Zielgruppe in Hinblick auf Beratungs- und Reintegrationsfähigkeit sowie die durch medizinisches und Reha-Fallmanagement erwartete Steigerung der Rückkehrquote in das Erwerbsleben. Gleichzeitig haben sich aus FREEMI wertvolle Erkenntnisse über die besonderen Belastungen der Zielgruppe, die Machbarkeit einzelner Interventionskomponenten und die strukturellen Voraussetzungen für erfolgreiche Rehabilitationsverläufe ergeben.

3.1 Retrospektive Korrektur der zu Grunde gelegten Ausgangssituation

Durch die im Projektverlauf gewonnenen Erfahrungen und die mittlerweile erweiterten Auswertungsmöglichkeiten innerhalb des Verwaltungssystems der DRV konnten Annahmen aus der ursprünglichen Projektplanung differenzierter betrachtet werden. Nach heutigem Stand sind folgende Anpassungen der ursprünglichen Annahmen notwendig:

- Die angenommene Rückkehrquote von 2 - 5 % bezog sich auf alle EM-Renten; eine Differenzierung nach Indikationen war zum Projektstart nicht möglich.
- Die herangezogenen Statistiken bildeten Einstellungen von Rentenzahlungen, nicht tatsächliche Rückkehrbewegungen in Erwerbstätigkeit, ab – dies wurde in der ursprünglichen Planung jedoch gleichgesetzt.

Aktuell verfügbare Auswertungen und die durch die DRV Rheinland im Rahmen von FREEMI durchgeführte Aktenanalyse deuten darauf hin, dass die tatsächliche Rückkehrquote bei psychischen Erkrankungen deutlich unterhalb der ursprünglich angenommenen Werte liegt. Die Sichtung zahlreicher Versichertenakten zeigte, dass Renteneinstellungen nur selten auf eine tatsächliche Wiederaufnahme von Erwerbstätigkeit zurückzuführen sind. Häufige Gründe waren:

- Trägerwechsel infolge eines Umzugs, wodurch zwar die Rentenzahlung der DRV Rheinland endete, die Rentenzahlung insgesamt aber fortgesetzt wurde;
- versäumte Weitergewährungsanträge, die statistisch als Rentenende erscheinen, sich jedoch häufig im Zuge eines Rechtsstreits rückwirkend fortsetzen;
- fehlende Rückmeldungen der Versicherten, bei denen später Sozialhilfe oder Bürgergeldbezug erkennbar wird.

Nach Abschluss des Projekts lassen die Befunde den Schluss zu, dass die im Projektziel formulierte Annahme, 10 % der Teilnehmenden könnten eine Rückkehr ins Erwerbsleben erreichen, retrospektiv als nicht realistisch einzuschätzen ist. Nicht zuletzt mit den Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitung zeigte sich, dass das Projekt eine bedürftige, aber anspruchsvolle Zielgruppe gekennzeichnet durch komplexe Krankheitsbilder, hohe Komorbidität und häufig langjährige Krankheitsverläufe handelt. In der Arbeit mit dieser Zielgruppe wurde deutlich, dass eine berufliche Reintegration im Projektzeitraum nur in Einzelfällen realistisch ist. Ein sinnvolles Zwischenziel kann vielmehr in der Wiederherstellung der Beratungs- und Entscheidungsfähigkeit der Versicherten gesehen werden. Der wissenschaftliche Erkenntnisfortschritt zu EM-Renten bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen liefert eine präzisere Grundlage für die Einordnung der Projektergebnisse.

3.2 Herausforderung der Akquise von Projektteilnehmenden

Die Akquise geeigneter Teilnehmender war von zentraler Bedeutung und gleichzeitig besonders herausfordernd. Das im Antrag formulierte Ziel – jährlich 200 Teilnehmende aus 450 potenziellen Versicherten zu gewinnen und hiervon 45 Personen in Erwerbstätigkeit zu reintegrieren – stellte sich als ambitioniert heraus.

Schon in den ersten Monaten der Projektumsetzung wurde deutlich, dass sich die Akquise der Projektteilnehmenden wesentlich anspruchsvoller gestaltete, als im Vorhinein bei der Projektplanung erwartet. Im Projekt wurde darauf reagiert, indem der Zulauf der potenziellen Teilnehmenden geändert wurde: Statt eine Identifikation über den sozialmedizinischen Dienst und der Rentensachbearbeitung, wurde nach Berücksichtigung einiger Ausschlusskriterien auf die intrinsische Motivation abgestellt und alle Rentenneuzulassungen mit den festgelegten Indikationen angeschrieben.

Um die Chancen auf eine Rückkehr ins Arbeitsleben zusätzlich zu steigern, wurde auch die Option geschaffen, dass die teilnehmenden Partnerkliniken potenzielle Projektteilnehmende empfehlen können. Hierbei handelte es sich um Versicherte, bei denen sich während der Reha ein möglicher Anspruch auf eine EM-Rente herauskristallisierte, bei denen die Klinik aber dennoch das Potential sah, dass der mögliche Rentenbezug vorzeitig beendet werden könnte. Im Nachgang zeigte sich aber kein signifikanter Unterschied zwischen akquirierten Versicherten der beiden Wege des Projekteinschlusses.

Die Quote der Rückmeldungen war überraschend hoch, von 901 im Projekt angeschriebenen potenziellen Teilnehmenden nahmen 711 Kontakt zu der DRV Rheinland auf, doch die Lebenssituation der überwiegenden Mehrheit war nicht stabil genug für eine Projektteilnahme, so dass 134 Versicherte für FREEMI gewonnen werden konnten. Hiervon brachen 28 Versicherte vor dem ersten Reha-Intervall ab, so dass für 106 Teilnehmende mindestens ein Reha-Intervall initiiert werden konnte. 28 Teilnehmende absolvierten das gesamte Projektprogramm mit 3 Reha-Intervallen.

Diese Ergebnisse verdeutlichen die Instabilität der Lebenssituation vieler Betroffener und stützen die Erkenntnis, dass eine Intervention möglichst frühzeitig ansetzen sollte – idealerweise vor dem Eintritt in die EM-Rente („Reha vor Rente“). Nur wenige FREEMI-Teilnehmende (7 % der Absolvent:innen und 15 % der Abbrecher:innen) hatten zuvor eine LTA-Maßnahme in Anspruch genommen. Hieraus ergibt sich die Empfehlung, präventive und interdisziplinär vernetzte Maßnahmen zu stärken, um drohende EM-Renten zu vermeiden.

3.3 Erkenntnisse zu den Teilinnovationen und Schlussfolgerungen

Fallbezogen wurde mehrfach die Erfahrung gemacht, dass das erbrachte Fallmanagement die Lebenssituation der Versicherten subjektiv nachhaltig verbesserte. Entsprechend bestätigen sich hierdurch die positiven Aspekte des Fallmanagements, welche auch die wissenschaftliche Begleitung in der Darstellung ihrer Ergebnisse herausgestellt hat. Übereinstimmend mit den Projektpartnern vertritt die DRV Rheinland in diesem Zusammenhang jedoch die Ansicht, dass das Fallmanagement vorwiegend dazu eingesetzt werden sollte, den Weg in die EM-Rente vorzubeugen. Die Hilfestellung individuelle Lösungsansätze zu finden und diese bürokratiearm einzuleiten, erscheint hier als erfolgsversprechend.

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung liefern Anzeichen für eine Verbesserung des subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustands bei Projektteilnehmenden nach dem ersten Reha-Intervall. Diese Effekte zeigen sich jedoch nicht im weiteren Verlauf, d.h. über die folgenden Reha-Intervalle hinweg konnte keine Verbesserung erzielt werden. Die Umsetzung eines innovativen medizinischen Konzepts war erfolgreich im Sinne des Konzepts, aber es zeigen sich keine belastbaren Effekte durch das medizinische Fallmanagement und die Durchführungsform in Intervallen. Die beteiligten Kliniken und die Reha-Fallmanager:innen der DRV Rheinland sprachen sich dafür aus, die Aufenthalte in den Kliniken länger als nur zwei Wochen zu gestalten. Entsprechend kann der Schritt zu

einer Individualisierung der Reha durch das Fallmanagement als positiv betrachtet werden, wobei die Dauer der Leistung oder der Leistungsintervalle mit zwei Wochen zu kurz erscheint.

Als Erhebungszeitpunkt der Zielerreichung wurde der 31.01.2025, welches auch das Ende der durchgehenden Betreuung durch die Reha-Fallmanager:innen im Projekt darstellt, festgelegt. Neben einigen Versicherten, die kurz nach dem Projektende auf den ersten Arbeitsmarkt zurückgekehrt waren, wurden anderen LTA-Leistungen empfohlen (Abklärung des LTA-Bedarfs am Ende des letzten Reha-Intervalls). Dies wird grundsätzlich als ersten Schritt in den Arbeitsmarkt angesehen und damit als Erfolg definiert, auch wenn es nicht auf die Rückkehrquote im Sinne des Projektziels einzahlt.

Außerdem darf der Rückschluss gezogen werden, dass die überwältigende Mehrheit der Rentenbescheide korrekt ist. Etwaige Abweichungen scheinen primär auf eine tendenziell optimistische ärztliche Einschätzung zurückzuführen zu sein, insbesondere hinsichtlich der Annahme, dass es sich nicht von Beginn an um eine Dauerrente handelt. Das spricht für die Arbeit der DRV Rheinland in Form von Beurteilungsprozessen und -instanzen sowie letztlich der Gewährung von EM-Renten.

Gleichwenn die definierten Projektziele nicht erreicht werden konnten, kann FREEMI vor dem Hintergrund der Evaluation und des praktischen Erkenntnisgewinns als durchaus innovativer und lernwirksamer Ansatz gewertet werden, der wertvolle Impulse für zukünftige Reha- und Teilhabeprojekte geliefert hat.

Die Erkenntnisse lassen sich auf folgende Schlussfolgerungen herunterbrechen:

1. **Realistische Erwartungshaltung:** Die Rückkehr in Erwerbstätigkeit ist bei psychisch erkrankten EM-Rentner:innen nur in einem begrenzten Umfang erreichbar; zukünftige Projekte sollten stärker auf Zwischenschritte wie Stabilisierung, Lebensqualität und soziale Teilhabe eingehen.
2. **Angepasste Intervention:** Rehabilitative Maßnahmen sollten bestenfalls vor Rentenbeginn einsetzen („Reha vor Rente“) bzw. das Intervallreha-Konzept („Reha während Rente“) muss im Sinne der Individualisierung angepasst und weiterentwickelt werden; längere Aufenthalte oder flexible Zeitmodule sind notwendig, um nachhaltige Effekte zu erzielen.
3. **Schnittstellen bilden und stärken:** Eine institutionell verankerte Vernetzung von DRV, Kliniken und Leistungsträgern ist entscheidend für eine effiziente Schnittstellenarbeit; Fallmanagement sollte etabliert und professionalisiert werden.

Die gewonnenen Erkenntnisse sollten in den Kontext von LMR und LTA überführt werden, um dort für gesundheitlich besonders belastete Versichertengruppen wie die in FREEMI eine adäquate Unterstützung anbieten zu können.

4 Verstetigung vor Ort

Eine identische Fortführung des Projekts wird nicht angestrebt; stattdessen erfolgt ein gezielter Ausbau einzelner Komponenten.

4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung

4.1.1 Fallmanagement nach EM-Rentenbescheid

Die Rückmeldungen zu dem Fallmanagement im Projekt FREEMI sind äußerst positiv gewesen. Die überwiegende Mehrheit der Versicherten nahm den direkten Kontakt gerne an und meldeten hierdurch subjektive Verbesserungen ihrer Lebensumstände zurück. Die Kliniken lobten die Reha-Fallmanager:innen durchgehend – insbesondere wegen des unkomplizierten und unbürokratischen Kontakts. Auch innerhalb der Rentenversicherung liefen alle Prozesse, an denen die Reha-Fallmanager:innen beteiligt waren (Rentenverlängerung, Leistungsbewilligung, Klärung von Fragen etc.) deutlich schneller ab. Daher kann nur dringend empfohlen werden das Fallmanagement der DRV weiter auszubauen.

Auf Grundlage der im Projekt gewonnenen Erkenntnisse erscheint es grundsätzlich sinnvoll, Fallmanagement gezielt einzusetzen, um Versicherten den Weg aus dem EM-Rentenbezug zu erleichtern. Da dies jedoch nur für einen Teil der Versicherten realistische Erfolgschancen verspricht, bedarf es einer differenzierten Hilfestellung seitens der DRV. Neben Krankheitsverlauf und psychosoziale Stabilität hat sich die individuelle Motivation als ausschlaggebend für den Erfolg der Intervention erwiesen.

Ein zukünftig denkbares Vorgehen wäre, dass alle Versicherten einige Wochen nach Erhalt ihres EM-Rentenbescheides automatisch ein Informationsschreiben erhalten (vgl. Abbildung 7). Darin könnte auf die Möglichkeit hingewiesen werden, freiwillig ein Fallmanagement mit ergänzenden medizinischen oder beruflichen Leistungen in Anspruch zu nehmen. Dieses Verfahren würde die Eigeninitiative der Versicherten stärken und die intrinsische Motivation herausfiltern. Da sich die Motivation als ein wichtiger Indikator für eine erfolgreiche Rückkehr in Erwerbstätigkeit herausgestellt hat, könnten so die Erfolgschancen erhöht werden. Ggf. müsste dafür eine Servicestelle bei der DRV eingerichtet werden. Eine Motivationsphase könnte bei Leistungserbringenden stattfinden.

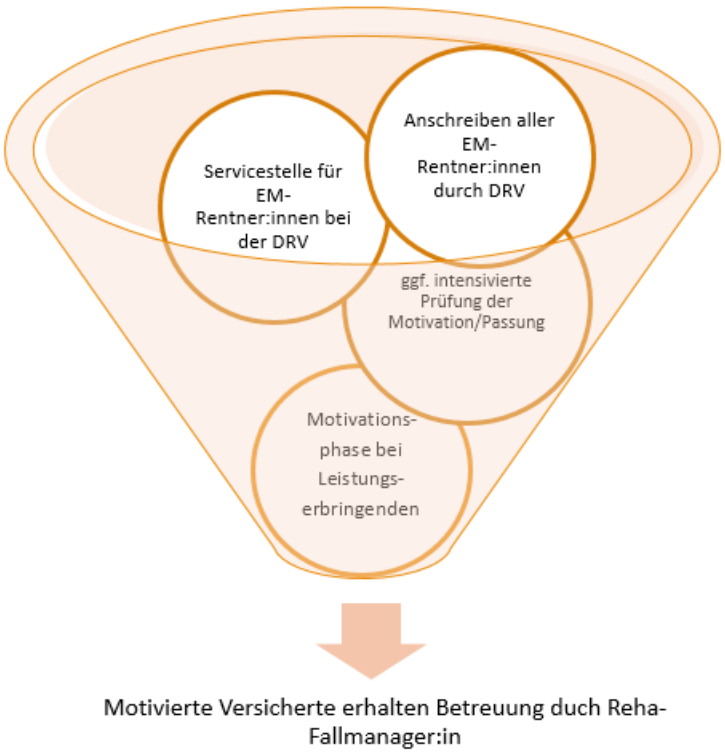


Abbildung 7: Verstetigungsoption des Reha-Fallmanagements

Die Erfahrung aus dem Fallmanagement im Rahmen von FREEMI zeigte, dass die erfolgreichen Projektteilnehmenden häufig nicht dauerhaft eine Rente anstrebten, sondern eher ungewollt in diese Situation geraten waren („reingeschlittert sind“ oder „hingeschoben wurden“). Indem sich das Angebot vorrangig an jene richtet, die aktiv eine Veränderung anstreben, kann die Zielgenauigkeit und Erfolgsquote erhöht werden. Die Selbstselektion könnte den Ressourceneinsatz deutlich effizienter gestalten. Damit wäre zu erwarten, dass zwar insgesamt weniger Versicherte in ein Anschlussprogramm aufgenommen würden, doch dürfte es durch die effizientere Gestaltung zu einem besseren Kosten-Nutzen-Verhältnis führen. Die Projektergebnisse lassen den Schluss zu, dass ein solches Ziel erreichbar ist, sofern die Auswahl der Versicherten gezielt auf besonders motivierte Personen ausgerichtet wird. Um die langfristige Wirtschaftlichkeit zu prüfen, würde eine Erhebung zum Kosten-Nutzen-Verhältnis einige Jahren nach Umsetzung des Vorgehens Aufschluss bieten.

Der zukünftige Schwerpunkt des Reha-Fallmanagements sollte dabei vorwiegend präventiv ausgerichtet sein: Vermeidung des langfristigen EM-Rentenbezugs durch frühzeitige Interventionen. Dies könnte insbesondere durch eine engere Zusammenarbeit mit Reha-Kliniken, Arbeitgebern und anderen Leistungsträgern erreicht werden.

4.1.2 Intervallreha während Rentenbezug

Das für FREEMI entwickelte RwR-Konzept wurde entwickelt, um gemeinsam mit den weiteren innovativen Inhalten dem Entstehen eines „Rentenbewusstseins“ entgegenzuwirken und neue Perspektiven zu eröffnen.

In der Motavtionsphase fand eine Informationsveranstaltung statt, welche dem Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung diente, um Ambivalenzen und Ängste gegenüber weiterer Begutachtung oder Reha abzubauen. Im Anschluss folge die Intervallreha mit kontinuierlichem medizinischen Fallmanagement zur zusätzlichen Unterstützung beim Aufbau eines gesundheitsförderlichen Lebensstils und beruflicher Perspektiven unter anderem durch Verbesserung des motivationalen

Selbstbildes, kognitive Stabilisierung (Aufmerksamkeit, Gedächtnis etc.), Ressourcenorientierung, Empowerment, Selbstwirksamkeit, körperliche Aktivierung als kognitiver Verstärker.

Im Projekt zeigten sich die Zeiträume der zweiwöchigen Reha-Intervalle als zu kurz, um therapeutische Tiefe, Milieubildung oder nachhaltige Verhaltensänderung zu erreichen. Der Aufbau tragfähiger Beziehungen gilt aber als zentrale Voraussetzung für den Erfolg des Konzepts. Zudem lagen zwischen den Intervallen teils mehrere Monate – bei kurzen stationären Phasen ist die Gefahr groß, dass Fortschritte verloren gehen. Sowohl die Kliniken als auch die Reha-Fallmanager:innen bewerteten die vorgesehenen zweiwöchigen Reha-Intervalle als nicht ausreichend, um nachhaltige Wirkungen zu erzielen. Von einer unveränderten Fortführung dieses Konzepts sollte daher abgesehen werden.

Falls der Ansatz eines Fallmanagements nach Rentenbescheid weiterverfolgt wird, wäre es jedoch sinnvoll, spezialisierte Kliniken oder Anbieter einzubinden, die auf die Behandlung und Begleitung von EM-Rentenbeziehenden ausgerichtet sind. Hierfür müsste das bestehende Interventionskonzept überarbeitet oder vollständig neu konzipiert werden, um die spezifischen Bedürfnisse dieser Zielgruppe besser zu berücksichtigen.

Bspw. eine Ausweitung der stationären Intervalldauer auf 3 - 4 Wochen, um ein therapeutisches Milieu zu etablieren, intensivere Diagnostik, Beziehungsarbeit und störungsspezifische Interventionen zu ermöglichen und genug Zeit für interdisziplinäre Abstimmungen und sozialmedizinische Klärungen zu schaffen. Auch eine stabilere Sequenzierung und Harmonisierung durch kürzere Abstände zwischen den Intervallen oder Ergänzung durch verbindliche strukturierte Zwischenmodule (z. B. digitales Coaching, gruppenbasierte ambulante Module) wären im Rahmen einer Verstetigung denkbar.

4.2 Verstetigung beim eigenen Rentenversicherungsträger

Es wurde sich gegen eine aktive Weiterführung der Intervallreha-Leistungen – so wie sie das Konzept in FFREEMI vorsah – entschieden. Die DRV Rheinland beabsichtigt jedoch vor dem Hintergrund der gemachten Erfahrungen in FREEMI die Ausgestaltung der Intervallreha-Leistungen zu optimieren. Diese Entscheidung beruht ganz besonders auf den Aussagen der an FREEMI beteiligten Kliniken, welche die Interventionsdauer als zu kurz ansahen, um Effekte zu erzielen. Das zusätzliche und anerkannte Produkt Intervallreha-Leistung in den Kliniken soll proaktiv angepasst, ausgebaut und etabliert werden.

Die gesammelten Erfahrungen im Bereich des Fallmanagements werden als vielversprechend wahrgenommen. Die DRV Rheinland plant diesen Bereich neu auszurichten. Die Vernetzungsaktivitäten zwischen den verschiedenen Bereichen wie Rente, Reha, Sozialmedizinischer Dienst und Kliniken sollen gezielt intensiviert werden.

Das „Fallmanagement“ mit der intensiven Betreuung und Begleitung durch Reha-Fallmanager:innen sollte zukünftig früher installiert werden, da der Interventionszeitpunkt in FREEMI als zu spät bewertet wird. Mit Blick auf ein Kosten-Nutzen-Verhältnis erscheint es effektiver EM-Renten zu verhindern, als an einer Rückkehr aus ebendieser zu arbeiten. Beispielhaft für einen früheren Ansatz für Fallmanagement wären nach Abschluss einer medizinischen Rehabilitation/ LMR und während eines laufenden Prozesses einer Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben/ LTA.

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung

Die Übertragbarkeit des FREEMI-Ansatzes auf andere Regionen oder Zielgruppen hängt maßgeblich davon ab, ob entsprechende strukturelle und institutionelle Rahmenbedingungen gegeben sind. Dazu zählen Zuständigkeiten, Kommunikationsstrukturen zwischen Trägern und Kliniken sowie Ressourcen für individuelle Betreuung. Vielmehr sollte jedoch an den im Projekt gewonnenen Erkenntnissen angesetzt und Komponenten weiterentwickelt werden, um diese schließlich in bestehende Reha- und Teilhabeprozesse zu integrieren. Anstatt einer starren Projektfortführung wird der Wissenstransfer und die nachhaltige Nutzung bewährter Komponenten fokussiert. Im Folgenden wird abschließend auf den allgemeinen Umgang mit EM-Renten, speziell das Fallmanagement und die systemische Weiterentwicklung eingegangen.

5.1 Umgang mit EM-Renten

Die Ergebnisse des Modellprojekts FREEMI verdeutlichen, dass die Rückkehr aus einer EM-Rente auf den ersten Arbeitsmarkt unter bestimmten Bedingungen grundsätzlich möglich ist. Dies ist insbesondere bedeutsam, da eine EM-Renteneinstellung nicht gleichbedeutend mit der Rückkehr auf den ersten Arbeitsmarkt ist und die realen Rückkehrquoten wohl niedriger sind als angenommen (vgl. 3.1). Allerdings hat sich auch gezeigt, dass die überwiegende Mehrheit der EM-Rentenbeziehenden zu belastet und dementsprechend nicht empfänglich für Reintegrationsmaßnahmen ist (vgl. 4.1.1). Eine relativ stabile gesundheitliche Situation, Motivation der Versicherten sowie passgenaue Unterstützung durch ein engagiertes Fallmanagement sind entscheidend. Diese Gegebenheiten konnten jedoch nur bei einem geringen Anteil der gescreenten EM-Rentenbeziehenden ineinandergreifen.

Da die DRV aufgrund ihrer Vielzahl an zu betreuenden Versicherten auf effektive Prozesse angewiesen ist, stellen diese förderlichen Bedingungen eine unabdingbare Voraussetzung für den Reintegrationserfolg dar. Zwar kann die Arbeit mit dem Fallmanagement lohnenswert sein, um einige Versicherte aus der EM-Rente herauszuführen, dennoch sollte der Schwerpunkt darauf liegen EM-Renten zu verhindern. Der Austausch mit verschiedenen Beteiligten führt hierbei immer wieder auf drei Leistungen der DRV zurück: Prävention und (frühzeitige) Leistungen – LMR und LTA.

5.2 Wirkungen und Grenzen des Fallmanagements

Im Projektverlauf stellte sich heraus, dass die Ergebnisse des Fallmanagements teilweise anders ausfallen können als erwartet. Hierfür muss zwischen der Rückkehr ins Erwerbsleben und EM-Renteneinstellungen im Allgemeinen differenziert werden. Renteneinstellungen können viele Gründe haben, doch oft haben diese keine positive Auswirkung auf die Sozialversicherung, da die Versicherten in den Bürgergeldbezug kommen oder die Rentenzahlungen nach einem Rechtsstreit wieder aufgenommen werden (vgl. 3.1). Durch das Fallmanagement in FREEMI konnten einige Teilnehmende in das Erwerbsleben zurückgeführt werden, gleichzeitig wurden jedoch auch mehr EM-Renten (frühzeitig, aber auch kostengünstiger) weiterbewilligt. Ein wichtiger zusätzlicher Lernpunkt aus FREEMI ist demnach, dass Fallmanagement nicht immer zur Rückkehr in Arbeit führt, sondern in manchen Fällen auch dazu beiträgt, berechtigte Leistungsansprüche auf eine EM-Rente korrekt zu sichern. Diese Ergebnisse sind als ebenso wertvoll zu bewerten, da sie Rechtsfrieden schaffen und zur Transparenz im Leistungsprozess beitragen.

Die Erfahrungen aus FREEMI zeigen, dass ein persönliches, ressourcenorientiertes Fallmanagement zu nachweislich besseren Ergebnissen führen kann als eine rein administrative Bearbeitung. Zeit, Vertrauen und individuelle Lösungsorientierung wirken sich positiv auf Motivation, Stabilisierung und in Einzelfällen auch auf die berufliche Reintegration aus. Dieses Prinzip gilt unabhängig von der Region und kann bei entsprechender Anpassung auch auf andere Kontexte und Zielgruppen wie Langzeiterkrankte in LMR-Maßnahmen übertragen werden. Ein bundesweiter Einsatz des Fallmanagements kann positive Effekte erzielen. Dabei ist jedoch eine realistische Erwartungshaltung

erforderlich: Fallmanagement kann Prozesse verbessern und Einzelfälle positiv beeinflussen, aber keine strukturellen Ursachen von Erwerbsminderung allein beheben.

Unabhängig von den Erfahrungen zum Fallmanagement in FREEMI haben sich in anderen Projekten zum Fallmanagement (insb. in „KiT – Koordination individueller Teilhabe: Bedarfsermittlung und Leistungserbringung wie aus einer Hand“) die positiven Effekte in Hinblick auf die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben bei Versicherten mit unterschiedlich besonderen Problemlagen nachweislich herausgestellt.

5.3 Kooperation in der systemischen Weiterentwicklung

Die kooperative Zusammenarbeit und der kontinuierliche Austausch mit allen Projektbeteiligten erwiesen sich als ausschlaggebend für den strukturellen Ablauf. Besonders der Dialog zwischen der DRV, den Reha-Kliniken, wissenschaftlicher Begleitung und insbesondere dem Fallmanagement führte zu einer hohen inhaltlichen Qualität und praxistauglichen Erkenntnissen. Für eine übertragbare und nachhaltige Verstetigung ist dieser Austausch ebenso zentral wie die gemeinsame Weiterentwicklung von Verfahren und Standards. Durch die Bündelung unterschiedlicher Perspektiven lassen sich passgenaue und zielgruppenorientierte Leistungen wie flexible Rehabilitationsformate zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation neugestalten.

Die Berichte aus FREEMI bestätigen eine zunehmende Bedeutung psychischer Erkrankungen als Ursache für Erwerbsminderung und unterstreichen den Bedarf an innovativen Unterstützungsformen wie es die Intention in diesem Projekt war. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der sich verschiebenden Altersstruktur der Versichertengemeinschaft gewinnt der präventive und rehabilitative Auftrag der DRV weiter an Bedeutung. Eine bundesweite Verstetigung von Ansätzen wie FREEMI kann somit einen Beitrag leisten, um das Gleichgewicht zwischen Beitragszahlenden und Leistungsempfangenden langfristig zu stabilisieren.

FREEMI war ein ambitioniertes Modellprojekt, das die klassische Verwaltungslogik der Rentenversicherung herausgefordert hat. Das rehapro-Modellprojekt hat neue Konzepte der individuellen Unterstützung erprobt, wertvolle Einblicke in die Lebenslagen psychisch erkrankter Versicherter geliefert und gezeigt, wie Kooperation und Fallmanagement wirken können. Das Projekt hat bestätigt, dass Teilhabe am Arbeitsleben für viele Betroffene nur über Stabilisierung, Motivation und schrittweisen Reintegration erreichbar ist und dass diese Prozesse Zeit, Kontinuität und personelle Zuwendung erfordern. FREEMI hat so den Weg für eine zukunftsorientierte, menschlichere und lernende Rehabilitationspraxis in der gesetzlichen Rentenversicherung mitgezeichnet. Ziel muss es nun sein, gewonnene Erkenntnisse in dauerhafte Strukturen zu überführen, letztlich ein vernetztes Reha- und Teilhabesystem zu gestalten, das nicht erst im Rentenbezug ansetzt, sondern frühzeitig interveniert und interprofessionell zusammenarbeitet. Die Rahmenbedingungen von rehapro haben es ermöglicht die Machbarkeit und Notwendigkeit zu veranschaulichen.

Literaturverzeichnis

Badura, B. & Siegrist, J. (2002). Evaluation im Gesundheitswesen: Ansätze und Ergebnisse (Gesundheitsforschung). München: Beltz Juventa.

Deutsche Gesellschaft für Evaluation e.V. (2016). Standards für Evaluation (Erste Revision 2016). Abgerufen am 07.06.2018 von https://www.degeval.org/fileadmin/Publikationen/DeGEval-Standards_fuer_Evaluation.pdf

Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly, 44*, 166-206.

Kirkpatrick, D. L. (1977). Evaluating training programs: The four levels. *Training and Development Journal*, 31(11), 22-27.

Mittag, W. & Hager, W. (2000). Ein Rahmenkonzept zur Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen. In W. Hager, J.-L. Patry & H. Brezig, *Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen* (S. 102-128). Bern: Verlag Hans Huber.

6 Anlagen

6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt

Übersichtskasten

Projekttitel	Fallmanagement zur Rückkehr in das Erwerbsleben bei EM-Rentenbezug mit Intervallreha
Akronym	FREEMI
Zuwendungsempfänger	Deutsche Rentenversicherung Rheinland
Projektbeteiligte	RWTH Aachen (Institut für Psychologie) / salus Klinik Hürth / Gelderland-Klinik / Johannesbad Fachklinik Hochsauerland
Förderaufruf	Erster Förderaufruf
Projektzeitraum	01.01.2020 bis 30.06.2025

6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis

Anhang B: Projektflyer

6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen

Knispel, J., Kahlhofer, F. & Arling, V. (2025). Wie unterscheidet sich die psychologische Ausgangslage von Abbrechern und Programm-Absolventen im rehapro-Projekt FREEMI? In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), 34. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Bd. 131 (S. 39-41). Nürnberg: DRV-Schriften.

Knispel, J. & Arling, V. (2024). Veränderung der subjektiven Reintegrationsprognose im Verlauf des ersten Intervalls der medizinischen Rehabilitation im rehapro-Projekt FREEMI. In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), 33. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Bd. 130 (S. 554-557). Bremen: DRV-Schriften.

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