ERGEBNISBAND

AktiFAME

Aktiver Zugang, Beratung und Fallmanagement bei Versicherten mit hohem Risiko einer Erwerbsminderung

Modellprojekt ▪ Bundesprogramm rehapro ▪ Erster Förderaufruf

Projektverantwortlich:
Deutsche Rentenversicherung Nord

Gefördert durch:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

rehapro

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Der vorliegende Ergebnisband stellt das Modellprojekt AktiFAME 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 AktiFAME 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 Akteure 10
1.5 Wissenschaftliche Begleitung 10
1.5.1 Machbarkeitsstudie 11
1.5.2 Prozessevaluation 12
1.5.3 Randomisierte kontrollierte Studie 13

2 Ergebnisse des Modellprojekts 16
2.1 Ergebnisse der Machbarkeitsstudie 16
2.2 Ergebnisse der Prozessevaluation des Fallmanagements 17
2.3 Ergebnisse der randomisierten kontrollierten Studie 26

3 Erkenntnisse zu den innovativen (Teil-)Ansätzen und deren Wirkungen 38
3.1 Erreichung der Zielpopulation 38
3.2 Umsetzung der Intervention 38
3.3 Zwischenfazit: Erkenntnisse aus der Prozessevaluation 40
3.4 Wirksamkeit der Gesamtstrategie 40

4 Verstetigung vor Ort 43
4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung 43
4.2 Verstetigung bei der Deutschen Rentenversicherung Nord 44

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung 46

6 Anlagen 48
6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt 48
6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis 48
6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen 50

Vorbemerkung

Der vorliegende Ergebnisband wurde maßgeblich auf Basis des Abschlussberichtes der wissenschaftlichen Begleitung des Modellvorhabens AktiFAME erstellt (Autor*innen: Johanna Prehn, Prof. Dr. Matthias Bethge, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Sektion für Rehabilitation und Arbeit). Der Original-Abschlussbericht wurde von den Autor*innen der Uni Lübeck auf der Online-Plattform Open Science Framework unter: https://osf.io/y7sp8 hochgeladen und kann dort eingesehen werden.

1 Darstellung des Modellprojekts

1.1 Ausgangslage

Erwerbsarbeit ist eine zentrale Ressource für gesellschaftliche Teilhabe [1-3]. Sie sichert Einkommen, gewährleistet materielle Sicherheit und unterstützt eine selbstbestimmte Lebensgestaltung. Der Aufbau sozialversicherungspflichtiger Ansprüche reduziert zudem das Risiko einer Altersarmut. Erwerbsarbeit wirkt sinnstiftend, ermöglicht soziale Kontakte und bietet Raum für Selbstwirksamkeitserfahrungen [4, 5].

Chronische Erkrankungen und Behinderungen können zum Verlust der Arbeitsfähigkeit führen und erhebliche Auswirkungen auf die Lebensqualität haben [6]. Wenn Betroffene langfristig nicht mehr in der Lage sind, eine berufliche Tätigkeit auszuüben und die Regelaltersgrenze noch nicht erreicht ist, kann eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung Einkommensverluste reduzieren und den Lebensunterhalt sichern. Erwerbsminderungsrenten werden üblicherweise befristet bewilligt. Nach neun Jahren werden sie in unbefristete Renten umgewandelt. Nach aktuellsten Zahlen von 2023 beziehen in Deutschland rund 1,76 Millionen Versicherte der Deutschen Rentenversicherung eine Erwerbsminderungsrente. 95,4 % der Renten entfallen auf eine volle Erwerbsminderung, während 4,6 % als Teilerwerbsminderungsrenten gewährt werden [7]. Im Jahr 2023 wurden 164.364 neue Erwerbsminderungsrenten bewilligt, darunter 77.622 Männer und 86.742 Frauen. Das durchschnittliche Eintrittsalter lag bei rund 54 Jahren, also etwa 11 Jahre vor der Regelaltersgrenze. Frauen treten dabei tendenziell etwas früher in die Erwerbsminderungsrente ein als Männer [7]. Die häufigste Ursache für eine Erwerbsminderung ist eine psychische Erkrankung: Etwa vier von zehn neuen Fällen einer Erwerbsminderungsrente sind darauf zurückzuführen. Zudem spielen Krebserkrankungen (14,5 %) und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (10,4 %) eine wesentliche Rolle für den Bezug einer Erwerbsminderungsrente [8].

Der im sechsten Sozialgesetzbuch verankerte Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ (§ 9 Abs. 1 SGB VI) sieht vor, dass vor dem Bezug einer Erwerbsminderungsrente die Möglichkeit der Rehabilitation zu nutzen ist, um Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen und berufliche Teilhabe zu sichern. Zudem haben Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen und Behinderungen nach Artikel 27 Absatz 1 des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention) „das Recht auf die Möglichkeit, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen, die in einem offenen, integrativen und für Menschen mit Behinderungen zugänglichen Arbeitsmarkt und Arbeitsumfeld frei gewählt oder angenommen wird.“ Dies erfordert Hilfen beim Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt und die Förderung des beruflichen Wiedereinstiegs von Menschen mit Beeinträchtigungen.

In Deutschland stehen Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen vielfältige medizinische, arbeitsbezogene, finanzielle und soziale Unterstützungsleistungen zur Verfügung (§ 5 Abs. 1 SGB IX), um den Erhalt der Erwerbsfähigkeit zu unterstützen, die berufliche Wiedereingliederung zu erleichtern und die gleichberechtigte Teilhabe am Arbeitsmarkt zu fördern. Nicht selten werden mehrere dieser Leistungen benötigt, um dem vorzeitigen Ausstieg aus dem Erwerbsleben entgegenzuwirken. Zudem können mit der Rentenversicherung, den Jobcentern, der Agentur für Arbeit, den Sozialhilfeträgern und der Krankenversicherung verschiedene Leistungsträger involviert sein. Auch Arbeitgeber*innen, Betriebsärzt*innen, Hausärzt*innen oder Psychotherapeut*innen sind wichtige Akteure. Die Regelungen zur Zuständigkeit für Unterstützungsangebote sind jedoch komplex. Für Betroffene ist die selbstbestimmte Auswahl und Nutzung dieser Leistungen oft eine große Herausforderung,

denn viele wissen nicht, an wen sie sich für eine Beratung oder die Beantragung von Leistungen wenden können. Dies führt häufig dazu, dass notwendige Unterstützungsleistungen nicht in Anspruch genommen werden [9].

Um dieser Herausforderung zu begegnen, wurden in den vergangenen Jahren koordinierende und begleitende Interventionen zum Erhalt oder zur Wiederherstellung beruflicher Teilhabe umgesetzt [10-15]. Ein Blick auf bisherige Publikationen zeigt jedoch, dass es bislang keine hinreichende Evidenz gibt, um beurteilen zu können, ob ein Fallmanagement die Inanspruchnahme von Teilhabeleistungen und die Rückkehr in Arbeit günstig beeinflussen kann. Eine Übersicht von Vogel et al. [10] untersuchte 14 randomisierte Studien mit insgesamt 12.568 Beschäftigten, die wegen muskuloskelettaler oder psychischer Erkrankungen mindestens vier Wochen krankgeschrieben waren. Die Ergebnisse zeigten, dass die untersuchten Fallmanagementansätze keine signifikanten Vorteile für die Rückkehr in Arbeit hatten. Zudem waren die geringfügigen Verbesserungen in den von den Teilnehmenden berichteten Endpunkten (z. B. Schmerz und Funktionsfähigkeit) klinisch nicht von Bedeutung.

Die Qualität der Evidenz wurde aufgrund des Biasrisikos und der ungenauen Schätzer als gering bewertet. Die Übertragbarkeit dieser Ergebnisse ist aufgrund des niederschwelligen Einschlusses (mindestens vierwöchige Arbeitsunfähigkeitsdauer) und der hohen Variabilität der beschriebenen Interventionen eher gering [10]. Eine weitere Übersichtsarbeit [11] kommt zu ähnlichem Ergebnis und stellt fest, dass eine arbeitsspezifische Intervention allein die Krankheitsabwesenheit nicht reduziert. Die Ergebnisse deuten jedoch darauf hin, dass eine Kombination aus einer arbeitsspezifischen und einer klinischen Intervention das Potenzial hat, die Krankheitsabwesenheit zu verringern [11]. Multidimensionale Interventionen, die gesundheitsorientierte Maßnahmen mit Anpassungen am Arbeitsplatz verbinden, haben sich als signifikant wirksam erwiesen, um die Arbeitsunfähigkeitsdauer bei Menschen mit muskuloskelettalen Erkrankungen zu reduzieren [12]. Auch eine randomisierte kontrollierte Studie aus Dänemark zeigte bei Erreichung einer Zielgruppe mit erheblichen Beeinträchtigungen und einem klaren Bedarf an koordinierender Hilfe höhere Wiedereingliederungsquoten zugunsten der Interventionsgruppe [13]. Weitere Studien unterstreichen die Relevanz eines strukturierten Fallmanagements, um Teilhabe am Erwerbsleben zu ermöglichen [14, 15] und betonen, dass die direkte Kommunikation und Unterstützung durch eine koordinierende Fachkraft zur Verbesserung der Reintegration in den Arbeitsmarkt beigetragen haben [16].

Das Modellvorhaben AktiFAME griff die beschriebenen koordinierenden Ansätze auf und erprobte ein Fallmanagement für Menschen mit einem erhöhten Risiko eines Erwerbsminderungsrentenbezugs. Das erhöhte Risiko wurde anhand administrativer Daten der Deutschen Rentenversicherung Nord festgestellt [17]. Den identifizierten Personen wurde ein Beratungsgespräch angeboten, auf das ein individuell zugeschnittenes und bedarfsorientiertes Fallmanagement folgen konnte. Im Mittelpunkt standen dabei die frühzeitige Identifikation von Risiken, eine umfassende Beratung sowie der aktive Zugang zu Teilhabeleistungen. Ziel dieser komplexen Intervention war es, Betroffenen die notwendige und passgenaue Unterstützung zur Sicherung ihrer Erwerbsfähigkeit und beruflichen Integration zu bieten, damit sie langfristig im Erwerbsleben verbleiben und ein selbstbestimmtes Leben führen konnten.

1.2 Inhalte

Die Mehrkomponentenstrategie umfasste vier Module: Screening und postalische Kontaktaufnahme, telefonische Beratung, persönliches Erstgespräch und Fallmanagement.

Die Fallmanagements wurden von insgesamt sieben Fallmanager*innen von zwei Anbietern (Brücke Schleswig-Holstein GmbH und Berufsförderungswerk Stralsund) durchgeführt.

Die Interventionsbausteine und Durchführungsmaterialien von dem interdisziplinären Projektteam (Fallmanagementanbieter, Universität zu Lübeck, Deutsche Rentenversicherung Nord) im Jahr 2020 entwickelt und manualisiert. In den Manualen wurden die wichtigsten Schritte und Inhalte für den telefonischen Erstkontakt, das persönliche Erstgespräch und das Fallmanagement (Einstieg in das Fallmanagement einschließlich Bedarfsanalyse und Zielvereinbarung, Monitoring und Abschlussgespräch) festgelegt, um eine standardisierte Umsetzung zu gewährleisten (Tab. 1). Das Materialpaket und die Dokumente sind dem Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung angehängt. Tab. 1 beschreibt die Bausteine der Intervention in Anlehnung an die TIDieR-Checkliste (Template for Intervention Description and Replication) [18].

Tab. 1: Materialien und Dokumente der Interventionsdurchführung

	Titel des Dokuments	*Ziel des Dokuments*
Telefonischer Erstkontakt	Leitfaden zum telefonischen Erstkontakt	Unterstützung für die standardisierte Durchführung der telefonischen Beratung
	Dokumentationsvorlage: Telefonischer Erstkontakt	Unterstützung für die standardisierte Dokumentation der telefonischen Beratung
Persönliches Erstgespräch	Leitfaden zum Erstgespräch	Unterstützung für die standardisierte Durchführung des persönlichen Erstgespräches
	Dokumentationsvorlage: Erstgespräch	Unterstützung für die standardisierte Dokumentation des persönlichen Erstgespräches
	Medizinische Angaben für die Teilnahme an AktiFAME	Erhebung relevanter Informationen zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen zur Entscheidung über Teilnahme an AktiFAME
Fallmanagement	Leitfaden zum Einstieg ins Fallmanagement	Unterstützung für die standardisierte Durchführung des Einstiegs ins Fallmanagement zur Erarbeitung der aktuellen Problemlagen der/des Teilnehmenden, Erfassung von Ressourcen und Ableitung von Zielen für das kommende Fallmanagement
	Bedarfsanalyse und Zielvereinbarung	Unterstützung für die standardisierte Dokumentation der Bedarfsanalyse und gemeinsame Zielvereinbarung; Wiedervorlage zur Prüfung des aktuellen Standes und Fortschrittes
	Abgleich der Schwerpunkte aus der Bedarfsanalyse mit den Lebensbereichen aus dem ICF (Aktivitäten und Partizipation)	Unterstützung für die Durchführung der Bedarfsanalyse zum Abgleich der Bedarfe mit den Lebensbereichen aus dem ICF
	Leitfaden zum Abschlussgespräch	Unterstützung für die standardisierte Durchführung des Abschlussgespräches zum Fallmanagement

Screening und postalische Kontaktaufnahme

Für den postalischen Kontakt wurden potenzielle Teilnehmende der Fallmanagementintervention anhand des Risikoindexes Erwerbsminderungsrente identifiziert (Screening) [17]. Eine genauere Beschreibung des Ablaufs befindet sich in Kapitel 1.4.1 (Stichprobenziehung). Die Stichprobe wurde anschließend an die Deutsche Rentenversicherung Nord übermittelt, die die Versicherten postalisch anschrieb und über das Angebot und die Möglichkeit eines Fallmanagements informierte. Zudem wurde ein telefonisches Beratungsgespräch mit einer/einem regionalen Fallmanager*in vorgeschlagen.

Telefonischer Erstkontakt

Entschieden sich die Personen für eine Kontaktaufnahme mit dem/der Fallmanager*in, bot der telefonische Erstkontakt den potenziellen Teilnehmenden die Möglichkeit, erste Fragen zum

Fallmanagement zu klären. Obligatorische Inhalte der telefonischen Beratung waren ein Überblick über den Ablauf des Telefongesprächs, Informationen über Freiwilligkeit, Datenschutz und Vertraulichkeit, Ziele und Zweck der Fallmanagementintervention, Grund der Kontaktaufnahme sowie Ort und Zeitpunkt der Fallmanagementdurchführung. Die angeschriebene Person sollte am Ende des telefonischen Erstkontakts durch die bereitgestellten Informationen in der Lage sein, zu entscheiden, ob ein Fallmanagement für sie in Betracht kam. Das Telefonat sollte außerdem Informationen über ein mögliches persönliches Erstgespräch und die Entscheidung über ein solches Treffen enthalten.

Persönliches Erstgespräch

Im ersten persönlichen Gespräch wurden ein gegenseitiges Kennenlernen zwischen der Person und der Fallmanager*in ermöglicht und alle weiteren Fragen zum Fallmanagement, zur Studienteilnahme, zum Datenschutz, zur Schweigepflicht und zur Freiwilligkeit geklärt. Die Fallmanager*innen informierten u. a. über Dauer, Häufigkeit und Ort der Treffen mit den Fallmanager*innen, die Teilnahmevoraussetzungen, die Kostenfreiheit der Intervention, das Fehlen von Konsequenzen bei Nichtteilnahme und den Einbezug von Kolleg*innen und Angehörigen. Das Gespräch konnte entweder in der Wohnung der Teilnehmenden oder – falls erforderlich – außerhalb der Wohnung oder am Arbeitsplatz der Fallmanager*innen stattfinden. Den potenziellen Teilnehmenden wurde Raum gegeben, ihre eigenen Erwartungen, Wünsche und Ziele zu äußern. Ausgehend von den mitgeteilten gesundheitsbezogenen, persönlichen und biografischen Informationen sollten die Fallmanager*innen erste Ideen zu möglichen Teilhabeleistungen entwickeln, den geplanten Fallmanagementprozess beschreiben und die Anspruchsberechtigung der versicherten Person für das Modellprojekt klären. Für letzteres wurde gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung Nord ein kurzer Erfassungsbogen entwickelt. Die Teilnehmenden wurden außerdem über die wissenschaftliche Begleitung informiert und um Teilnahme gebeten. Am Ende des Gesprächs konnte sich die Person für oder gegen eine Teilnahme an AktiFAME entscheiden.

Fallmanagement

Bei Entscheidung für die Teilnahme an AktiFAME schloss sich an das Erstgespräch ein individuelles, bedarfsorientiertes Fallmanagement an. Das Fallmanagement war als personenzentrierte Einzelfallintervention konzipiert, um die vielfältigen im Modell der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) beschriebenen Wechselwirkungen von Gesundheitsproblem, Umwelt und Person individuell zu erfassen und darauf aufbauend eine gemeinsame Teilhabeplanung zu ermöglichen [19]. In der Anfangsphase umfasste das Fallmanagement bis zu drei Termine. Zunächst analysierten die Fallmanager*innen mit den Teilnehmenden die Hindernisse einer nachhaltigen beruflichen Integration, legten Ziele fest und führten eine Bedarfsanalyse durch. Darauf aufbauend wurden individuell angepasste Möglichkeiten der Unterstützung entwickelt. Diese umfassten u. a. Beratungen zu Gesundheits- und Sozialleistungen, Unterstützung bei der Beantragung weiterführender Leistungen, Gewinnung potenzieller neuer Arbeitgeber*innen oder Praktikumsplätze, Coaching zur Neuorientierung und Bewerbung sowie pädagogische und psychologische Interventionen. Die Inhalte des Fallmanagements leiteten sich aus den gemeinsam erarbeiteten Zielen ab und wurden individuell auf die Bedürfnisse der Teilnehmenden zugeschnitten. Eine gemeinsam entwickelte Toolbox mit verschiedenen Arbeitsmaterialien unterstützte die Arbeit zu den Themenschwerpunkten Teilhabeleistungen, Gesundheit sowie finanzielle und soziale Absicherung. Diese Materialien konnten direkt mit den Teilnehmenden verwendet oder zur Information und Weiterleitung an andere Stellen genutzt werden. In regelmäßigen Abständen fanden Gespräche zur Zwischenbilanzierung statt, in denen der Bedarf und die Ziele überprüft und gegebenenfalls aktualisiert wurden. Das Fallmanagement konnte pro Person 50 Stunden innerhalb eines Jahres beinhalten und wurde grundsätzlich persönlich und wohnortnah konzipiert. Das Fallmanagement dauerte entsprechend der individuellen Bedürfnisse der Teilnehmenden unterschiedlich lang und endete, wenn die angestrebte Rehabilitationsleistung in Anspruch genommen wurde, die Ziele der Teilnehmenden erreicht waren oder die Teilnehmenden weiteren Kontakt ablehnten. In den ersten beiden Fällen fand ein abschließendes Evaluationsgespräch statt, das das Ende des Fallmanagements markierte. Alle zwei Wochen fanden Videokonferenzen zwischen den Fallmanager*innen und der wissenschaftlichen Begleitung statt, um die Genauigkeit der Umsetzung prozessbegleitend zu unterstützen, die Toolbox und die Materialien zu diskutieren und Schwierigkeiten und Herausforderungen zu besprechen.

1.3 Ziele

Vor Projektstart wurden Ziele in Bezug auf die Sicherung beruflicher Teilhabe sowie in Bezug auf die Qualität der Intervention formuliert.

Ziele zur Sicherung beruflicher Teilhabe

Ziel 1: Sicherung einer nachhaltigen beruflichen Integration bei Versicherten mit hohem Erwerbsminderungsrisiko und komplexer Problemlage. Der Anteil versicherungspflichtig beschäftigter Personen ist 12 Monate nach randomisierter Zuweisung in die Gruppe, die über die Möglichkeit des Fallmanagements informiert wurde, 4 Prozentpunkte höher als in der Kontrollgruppe, die nicht über das Fallmanagement informiert wurde.

Ziel 2: Leistungen zur Teilhabe der Deutschen Rentenversicherung Nord werden bedarfsgerecht in Anspruch genommen: Mindestens 50 % der Versicherten, die das Fallmanagement in Anspruch nehmen, beginnen innerhalb von 12 Monaten nach randomisierter Zuweisung in die Interventionsgruppe eine oder mehrere Leistungen zur Teilhabe der Deutschen Rentenversicherung. Der Anteil der Versicherten, die Leistungen zur Teilhabe durchführen, ist in der Interventionsgruppe statistisch höher als in der Kontrollgruppe.

Ziel 3: Personen, die über das Fallmanagement informiert wurden, haben ein Jahr nach randomisierter Zuweisung im Vergleich zu Personen, die nicht über das Fallmanagement informiert wurden, auf auch weiteren Zielkriterien günstigere Werte (selbsteingeschätzte Arbeitsfähigkeit, subjektive Erwerbsprognose, Depressivität, Angst, Lebensqualität und selbsteingeschätzte Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen). Eine detaillierte Beschreibung der Zielkriterien und zur Erhebung verwendeten Messinstrumente ist dem Kapitel 1.3.4 sowie dem Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zu entnehmen.

Ziel 4: Personen, die über das Fallmanagement informiert wurden, sind ein Jahr nach randomisierter Zuweisung im Vergleich zu Personen, die nicht über das Fallmanagement informiert wurden, besser über Teilhabeleistungen informiert und wissen eher, an wen sie sich bei gefährdeter Erwerbsfähigkeit wenden können.

Ziele in Bezug auf die Qualität der Intervention

Implementierung eines Screenings administrativer Daten zur Identifizierung von Personen mit einem hohen Risiko einer Erwerbsminderungsrente

Ziel 5: Der von Bethge entwickelte Algorithmus zur Berechnung des individuellen Risikos für eine Erwerbsminderungsrente [17] lässt sich unter Praxisbedingungen innerhalb der Deutschen Rentenversicherung Nord anwenden.

Ziel 6: Das in der Deutschen Rentenversicherung Nord notwendige Vorgehen zur Berechnung des Risikoindex ist in einem Manual dokumentiert.

Ziele in Bezug auf Entwicklung und Implementierung eines Fallmanagements

Ziel 7: Am Ende der Entwicklungsphase liegen erste Manuale für Erstberatungsgespräche und Fallmanagement vor, die in der Pilotierungsphase erprobt werden können.

Ziel 8: Am Ende der Pilotierungsphase liegen überarbeitete Manuale zur Durchführung von Erstgesprächen und Fallmanagement vor.

Ziel 9: Am Ende des Projektes liegen detaillierte Informationen zur erbrachten Behandlungsdosis und zu den Inhalten des Fallmanagements vor.

Ziele in Bezug auf die Akzeptanz des Fallmanagements

Ziel 10: 30 % der Versicherten mit einem identifizierten hohen Risiko nehmen an einem Erstberatungsgespräch teil.

Ziel 11: 15 % der Versicherten mit einem identifizierten hohen Risiko für eine Erwerbsminderungsrente treten das Fallmanagement an.

Ziel 12: Die Quote der Abbrüche des Fallmanagements liegt unter 10 %.

Ziel 13: Die Bewertung, ob das Fallmanagement hilfreich war, liegt bei den Teilnehmern im Durchschnitt unter 2 (Schulnoten von 1-5).

Weitere Ziele bezogen sich auf den Transfer und beinhalteten Themen wie das Abhalten einer Abschlussveranstaltung sowie die Erstellung einer Projektwebsite, eines Projektflyers sowie das Vorliegen eines überarbeiteten Manuals zu Projektende.

Erhobene Zielkriterien

Abgeleitet von den vorab formulierten Zielen erhob die wissenschaftliche Begleitung Zielkriterien.

Im Rahmen der Machbarkeitsstudie und der Prozessevaluation wurde das Prozessbewertungsmodell von Linnan und Steckler [20] verwendet, um folgende Aspekte der neu eingeführten mehrkomponentigen Strategie zu untersuchen:

- die Reichweite (Anteil der erreichten Personen im Verhältnis zur Gesamtzahl der kontaktierten Personen),
- die verabreichte Dosis (Anzahl der geplanten Interventionseinheiten, die tatsächlich von den Fallmanager*innen an die Teilnehmenden vermittelt wurden; Dokumentation der Fallmanager*innen),
- die Umsetzungstreue (Dokumentation über tatsächlich durchlaufene verpflichtende Bestandteile des Telefonats, des Erstgesprächs und des Fallmanagements)
- die erhaltene Dosis (tatsächlich erhaltene Interventionselemente; Befragung der Teilnehmenden),
- die Zufriedenheit (Bewertung verschiedener Aspekte der Intervention durch die Teilnehmenden) sowie
- die Auswirkungen auf Beschäftigung, Gesundheit und Teilhabe. Neben demografischen Daten wurden dafür verschiedene Indikatoren für Beschäftigung, Gesundheit und Teilhabe erfasst. Zur Beschreibung der Beschäftigungssituation wurde der Beschäftigungsstatus, ein aktueller Krankenstand, die Dauer der krankheitsbedingten Fehlzeiten in den letzten zwölf Monaten, die selbsteingeschätzte Prognose der Beschäftigungsfähigkeit [21] und die selbsteingeschätzte Arbeitsfähigkeit [22] abgefragt. Um die Beeinträchtigungen in wichtigen Lebensbereichen zu beschreiben, wurde nach alltäglichen Beeinträchtigungen gefragt [23]. Zusätzlich wurden Depressionen, Ängste und Interaktionsschwierigkeiten [24] und wahrgenommener Stress [25] erhoben. Es wurde zudem die gesundheitsbezogene Lebensqualität erfasst [26]. Des Weiteren wurde nach sozialer Unterstützung gefragt [27] sowie der Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen [28].

Hierzu wurden die Teilnehmenden zu Beginn der Fallmanagementintervention sowie am Ende im letzten Abschlussgespräch mittels Fragebögen schriftlich befragt. Darüber hinaus dokumentierten die Fallmanager*innen die Durchführung der telefonischen Beratung, des persönlichen Gesprächs sowie der Fallmanagementintervention (einschließlich der Beantragung und Bewilligung von Rehabilitationen) in standardisierten und elektronischen Tabellen. Eine detaillierte Beschreibung der Zielkriterien sowie die verwendeten Fragebögen lassen sich dem Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung entnehmen (siehe Anhang E).

Im Rahmen der randomisierten kontrollierten Studie wurden vorrangig administrative Daten der Deutschen Rentenversicherung Nord genutzt, um die primären und sekundären Endpunkte zu abzubilden. Diese Daten wurden von der Deutschen Rentenversicherung Nord elektronisch, verschlüsselt und pseudonymisiert an die Universität zu Lübeck übermittelt. Darüber hinaus wurden alle Personen ein Jahr nach randomisierter Zuweisung (postalische Information zum Fallmanagement oder stille

Kontrolle) von der Deutschen Rentenversicherung Nord angeschrieben, über die Studie informiert und um Teilnahme an einer postalischen Befragung gebeten, um verschiedene tertiäre Zielkriterien zu erfassen. Eine vollständige Liste aller gemessenen Konstrukte und Messzeitpunkte der randomisierten kontrollierten Studie ist dem Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zu entnehmen (siehe Anhang E). Zielkriterien der randomisierten Studie waren bewilligte Teilhabeleistungen der Deutschen Rentenversicherung (medizinische Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) im Jahr nach randomisierter Zuweisung. Des Weiteren wurde die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung, Arbeitslosengeldbezug und Krankengeldbezug sowie bewilligte Erwerbsminderungsrenten ein Jahr nach randomisierter Zuweisung betrachtet.

Weitere tertiäre Zielkriterien, die durch die Befragung erhoben wurden, waren: Arztbesuche, [31] Aspekte psychosozialer Gesundheit [24], selbstberichtete Prognose der Erwerbsfähigkeit [21], Einschränkungen der Teilhabe [23], fünf Dimensionen des allgemeinen Gesundheitszustands [26,32] (Mobilität, Selbstversorgung, übliche Aktivitäten, Schmerzen/Unwohlsein und Angst/Depression), Wahrgenommener Stress [25], Soziale Unterstützung [27], Lebenszufriedenheit [28], Informiertheit über unterstützende Teilhabeleistungen, selbstberichtete Arbeitsfähigkeit (wurde mittels Work Ability Score [22] abgefragt, welcher stark mit dem gesamten Work Ability Index korreliert [33, 34]), Arbeitsbeteiligung, krankheitsbedingte Fehlzeiten am Arbeitsplatz sowie weitere soziodemografische Daten wie Muttersprache, Partnerschaft, Kinder und Bildungsniveau.

1.4 Organisation / Beteiligte Akteure

Die Deutsche Rentenversicherung Nord (DRV Nord) ist als Regionalträger der gesetzlichen Rentenversicherung in den Ländern Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern und Hamburg für rund 2,2 Millionen Versicherte verantwortlich. Neben der Zahlung von Renten umfasst ihr Aufgabenbereich auch Prävention und Rehabilitation. Im Rahmen von AktiFAME ist die DRV Nord Hauptantragsteller des Modellvorhabens, sie übernahm die Gesamtverantwortung und fungierte als Koordinatorin für alle beteiligten Partner*innen.

Die Arbeitsgruppe Rehabilitation und Arbeit des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie an der Universität zu Lübeck erforscht, wie Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen effektiv bei der Sicherung ihrer beruflichen Teilhabe unterstützt werden können. Sie hat außerdem den Risikoindex entwickelt, der zur Auswahl der teilnehmenden Personen genutzt wird. Im Rahmen von AktiFAME übernahm die Universität zu Lübeck die wissenschaftliche Begleitung, um die Umsetzung und Wirksamkeit des Projekts zu evaluieren. Sie hatte außerdem die operative Projektleitung außerhalb der DRV Nord inne.

Das Berufsförderungswerk Stralsund GmbH ist ein sozialer Dienstleister im Bereich der beruflichen Rehabilitation Erwachsener, die aus gesundheitlichen Gründen ihren erlernten Beruf bzw. die ausgeübte Tätigkeit nicht mehr fortführen können und sich beruflich neu orientieren müssen. Für AktiFAME übernahm es das Fallmanagement für Versicherte der DRV Nord in Mecklenburg-Vorpommern. Das Berufsförderungswerk Stralsund war zudem in der Erprobungsphase maßgeblich an der Entwicklung der Intervention beteiligt und hat in allen Projektphasen an der Weiterentwicklung der Maßnahme und der Erstellung von Materialien mitgewirkt.

Die Brücke Schleswig-Holstein gGmbH ist ein landesweit tätiges gemeinnütziges Unternehmen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft mit über 30 Jahren Erfahrung in der Vermittlung in Arbeit und Beschäftigung sowie Einzelbegleitung in schwierigen Beschäftigungssituationen. Im Rahmen von AktiFAME übernahm sie das Fallmanagement für Versicherte der DRV Nord in Schleswig-Holstein. Sie war zudem in der Erprobungsphase maßgeblich an der Entwicklung der Intervention beteiligt und hat in allen Projektphasen an der Weiterentwicklung der Maßnahme und der Erstellung von Materialien mitgewirkt.

1.5 Wissenschaftliche Begleitung

Das Modellvorhaben AktiFAME wurde unter der Leitung von Prof. Matthias Bethge, Leiter der Sektion Arbeit und Rehabilitation am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität Lübeck, wissenschaftlich begleitet. Die Implementierung und Machbarkeit des Modellvorhabens

untersuchte das Team der wissenschaftlichen Begleitung während einer einjährigen Erprobungsphase mit einer Machbarkeitsstudie. Es wurde außerdem eine Prozessevaluation sowie zur Bewertung der Wirksamkeit der Gesamtstrategie eine randomisierte kontrollierte Studie mit 10.600 Personen durchgeführt.

1.5.1 Machbarkeitsstudie

Die Studie, die die Entwicklung und Implementierung des Modellvorhabens begleitete, wurde als beobachtende Mixed-Methods-Studie durchgeführt. Im Rahmen der Studie wurden Befragungsdaten sowie Daten aus einer Interventionsdokumentation ausgewertet. Die Machbarkeitsstudie wurde im Deutschen Register für Klinische Studien (DRKS00022468) registriert. Die Ethikkommission der Universität zu Lübeck prüfte das Vorhaben und äußerte keine ethisch-rechtlichen Bedenken. Alle Teilnehmenden willigten nach einer Aufklärung schriftlich in die Studienteilnahme ein und erklärten sich mit den Datenerhebungen einverstanden.

Folgende Fragestellungen wurden in der Machbarkeitsstudie untersucht:

- Wie viele und welche Personen nahmen am Erstgespräch und am sich anschließenden Fallmanagement teil?
- Wie wurde die Intervention umgesetzt?
- Welche Veränderungen von Gesundheit und Teilhabe wurden für Teilnehmende des Fallmanagements beobachtet?
- Wie viele Menschen nahmen nach Beginn eines Fallmanagements eine oder mehrere Leistungen zur Teilhabe der Deutschen Rentenversicherung in Anspruch?

Stichprobenziehung

Für die Erprobungsphase wurden Personen im Alter von 18 bis 65 Jahren kontaktiert, die im Jahr 2019 Krankengeld bezogen hatten und für die mit dem standardisierten und validierten Risikoindex Erwerbsminderungsrente (RI-EMR) ein erhöhtes Risiko für den Bezug einer Erwerbsminderungsrente festgestellt wurde [17]. Um Personen über den Risikoindex zu identifizieren, übertrug die Deutsche Rentenversicherung Nord pseudonymisierte Verwaltungsdaten als Excel-Datensatz an die Universität Lübeck. Neben einer persönlichen Identifikationsnummer enthielt dieser Datensatz Alter, Geschlecht, Nationalität sowie über drei Jahre kumulierte Daten zur Einkommenshöhe und der Bezugsdauer von Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II und Krankengeld von Personen aus ausgewählten Landkreisen von Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern. Zur Berechnung der Risikowerte wurden diese Daten gewichtet addiert, in Wahrscheinlichkeitswerte transformiert und in T-Werte überführt. In die Stichprobe wurden Personen mit einem Risikowert von mindestens 60 Punkten aufgenommen. Diese Personen haben ein 17-fach höheres Risiko, eine Erwerbsminderungsrente zu beziehen, als Personen mit einem niedrigen Risikowert [17]. Alle einbezogenen Personen hatten im Jahr 2019 für mindestens 180 Tage aufgrund von Erwerbstätigkeit oder durch den Bezug von Arbeitslosengeld oder anderen Leistungen Sozialversicherungsbeiträge an die Deutsche Rentenversicherung Nord entrichtet. Ausgeschlossen wurden Personen, die bereits eine Erwerbsminderungsrente bezogen. Ebenso ausgeschlossen waren Personen, die in den letzten drei Jahren Rehabilitationsleistungen erhalten hatten, da eine Wiederholung einer Rehabilitation durch die Deutsche Rentenversicherung in der Regel erst nach drei Jahren möglich ist. Eine Fallmanagementintervention wurde zudem nicht eingeleitet, wenn aufgrund einer akuten Erkrankung oder Sucht zunächst eine medizinische Versorgung erforderlich war. Im Fall von Suchterkrankungen wurde eine ambulante Unterstützung bereits durch Suchtberatungsstellen angeboten.

Die Universität zu Lübeck ermittelte nach dem oben beschriebenen Vorgang den Risikoindex in insgesamt vier Landkreisen (Vorpommern-Rügen, Vorpommern-Greifswald, Herzogtum Lauenburg, Landkreis Steinburg) für alle aktiv bei der Deutschen Rentenversicherung Nord versicherten Personen. Es wurde zunächst eine Stichprobe von 300 Personen gezogen; davon sollten 30 Teilnehmende für das Fallmanagement rekrutiert werden, um die Umsetzung der Intervention zu erproben.

Datenerhebung

Die in Kapitel 1.3.4 benannten Zielkriterien wurden mittels einer Fragebogenerhebung und der Dokumentation der Fallmanager*innen ermittelt.

Statistische Analysen der Machbarkeitsstudie

Die Stichprobenkennwerte sowie die Kennwerte der Interventionsdokumentation wurden deskriptiv dargestellt. Veränderungen, die im Verlauf der Intervention beobachtet wurden, wurden für kontinuierliche Variablen mit dem t-Test für abhängige Stichproben und für binäre Variablen mit dem McNemar-Test geprüft. Um die erreichte Zielgruppe vergleichend zu beschreiben, wurde diese anhand der zur Verfügung gestellten administrativen Daten der Deutschen Rentenversicherung Nord (u. a. Risikoindex Erwerbsminderungsrente) den Personen gegenübergestellt, die nicht am Fallmanagement teilnahmen. Dafür wurden Tests für unabhängige Stichproben verwendet. Die statistischen Testergebnisse wurden als signifikant betrachtet, wenn die zweiseitige Irrtumswahrscheinlichkeit unter 0,05 lag. Alle Berechnungen wurden mit Stata, Version 16, durchgeführt.

1.5.2 Prozessevaluation

In der Hauptstudienphase wurde die Ausweitung des Fallmanagements durch eine Prozessevaluation begleitet. Die Prozessevaluation nutzte u. a. eine Beobachtungsstudie, die die am Fallmanagement teilnehmenden Personen einschloss, und sollte die Umsetzung der Mehrkomponentenstrategie transparent darstellen. Für die Prozessevaluation wurden Befragungsdaten und Daten aus der Dokumentation der Intervention ausgewertet. Die Studie wurde ebenfalls im Deutschen Register für Klinische Studien registriert [29] und erhielt ein positives Votum durch die Ethikkommission der Universität zu Lübeck.

Folgende Fragen wurden im Rahmen der Prozessevaluation untersucht:

- Wie viele und welche Personen nahmen am Erstgespräch und am sich anschließenden Fallmanagement teil?
- Wie wurde das Fallmanagement von Teilnehmenden bewertet?
- Wie gut wurde die Intervention umgesetzt? Wie hoch war die Behandlungsdosis? Wurden alle wichtigen Kernelemente des Fallmanagements umgesetzt?
- Wie viele Menschen nahmen nach Beginn eines Fallmanagements eine oder mehrere Leistungen zur Teilhabe der Deutschen Rentenversicherung in Anspruch?

Stichprobenziehung

Die Ziehung erfolgte auf Basis administrativer Daten der Deutschen Rentenversicherung Nord – auf die gleiche Weise wie in der Machbarkeitsstudie beschrieben – allerdings dieses Mal in zwei Wellen (Frühjahr 2021 und Frühjahr 2022) und mit einer Ausweitung auf 206 Postleitzahlbezirken in den Landkreisen Vorpommern-Rügen, Vorpommern-Greifswald, dem Stadt- und Landkreis Rostock sowie den Landkreisen Herzogtum-Lauenburg, Steinburg, Stormarn und Pinneberg.

Die Erprobungsphase hatte gezeigt, dass 5 % der informierten Personen an einem Fallmanagement teilnehmen [30]. Es sollten insgesamt 4500 Personen postalisch kontaktiert und somit 225 Teilnehmende für das Fallmanagement rekrutiert und in die Beobachtungsstudie aufgenommen werden, um die Umsetzung unserer Intervention zu evaluieren. Die Stichprobe wurde von der Deutschen Rentenversicherung Nord in mehreren Wellen über die Fallmanagementintervention informiert.

Inhalte

Die Intervention wurde gemäß der in der Erprobungsphase getesteten Vorgehensweise umgesetzt, wobei die entwickelten Manuale zur Durchführung der Interventionsbausteine zur Verfügung standen. Im Verlauf und nach Abschluss der Erprobung erfolgten auf Grundlage der Erfahrungen mit den ersten 57 Teilnehmenden verschiedene Anpassungen bei den Manualen, um die Arbeit der

Fallmanager*innen gezielt zu unterstützen. Zudem wurde die Toolbox-Dokumentation weiterentwickelt. Die grundlegenden Themen blieben erhalten, jedoch wurde die Auswahl zwischen Information und Beratung, Antragstellung sowie der eigenständigen Antragstellung präzisiert.

Das Fallmanagement wurde von insgesamt sieben Fallmanager*innen von zwei externen Fallmanagementanbietern, der Brücke Schleswig-Holstein GmbH und dem Berufsförderungswerk Stralsund, durchgeführt. Eine detaillierte Beschreibung der einzelnen Interventionsbausteine ist bereits in Kapitel 1.2 zu finden.

Datenerhebung

Die erhobenen Zielkriterien entsprachen vollständig denen der Erprobungsphase (siehe auch Kapitel 1.3.4). Auch die Methoden zu deren Erhebung blieben unverändert (Fragebögen sowie standardisierte und computergestützte Dokumentation).

Statistische Analysen

Für die Darstellung der erreichten Stichprobe, der verabreichten Dosis, der Umsetzungstreue, der erhaltenen Dosis und der Zufriedenheit der Teilnehmenden wurden deskriptive Kennwerte wie Häufigkeiten, Mittelwerte und Standardabweichungen bestimmt. Veränderungen, die im Verlauf der Intervention beobachtet wurden, wurden für kontinuierliche Variablen mit dem t-Test für abhängige Stichproben und für binäre Variablen mit dem McNemar-Test geprüft. Die statistischen Testergebnisse wurden als signifikant betrachtet, wenn die zweiseitige Irrtumswahrscheinlichkeit unter 0,05 lag. Alle Berechnungen wurden mit Stata, Version 16, durchgeführt.

1.5.3 Randomisierte kontrollierte Studie

Die Studie, die die Wirksamkeit der multimodalen Teilhabestrategie überprüfte, wurde als randomisierte kontrollierte Studie mit zwei parallelen Gruppen durchgeführt. Im Rahmen der Studie wurden administrative Daten der Deutschen Rentenversicherung Nord sowie Befragungsdaten ausgewertet. Die Registrierung der Studie erfolgte im Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS00024648). Das Vorhaben wurde von der Ethikkommission der Universität zu Lübeck geprüft. Sie äußerte keine ethisch-rechtlichen Bedenken (Nr. 21-073). Die Datenschutzbeauftragte der Deutschen Rentenversicherung Nord führte eine unabhängige datenschutzrechtliche Prüfung des Vorhabens durch.

Folgende Fragestellungen wurden in der randomisierten kontrollierten Studie untersucht:

- Haben Personen, die über das Fallmanagement informiert wurden, innerhalb von zwölf Monaten nach randomisierter Zuweisung eher eine Teilhabeleistung der Deutschen Rentenversicherung Nord in Anspruch genommen als Personen, die nicht über das Fallmanagement informiert wurden?
- Ist der Anteil versicherungspflichtig beschäftigter Personen in der Gruppe, die über das Fallmanagement informiert wurde, zwölf Monate nach randomisierter Zuweisung höher als in der Kontrollgruppe, die nicht über das Fallmanagement informiert wurde?
- Sind Personen, die über das Fallmanagement informiert wurden, zwölf Monate nach randomisierter Zuweisung besser über Teilhabeleistungen informiert als Personen, die nicht über das Fallmanagement informiert wurden?
- Bewerten Personen, die über das Fallmanagement informiert wurden, zwölf Monate nach randomisierter Zuweisung ihre subjektive Arbeitsfähigkeit, psychische Gesundheit und selbst eingeschätzte Teilhabe günstiger als Personen, die nicht über das Fallmanagement informiert wurden?

Stichprobenziehung

Diese Stichprobenziehung erfolgte wie in der Prozessevaluation beschrieben. Die angewendeten Ein- und Ausschlusskriterien blieben gleich. Zusätzlich wurde für die randomisierte Studie eine Kontrollgruppe auf dieselbe Weise wie die Interventionsgruppe identifiziert. Die Ziehung erfolgte zweimalig:

4500 Personen sollten im Jahr 2021 und weitere 4500 Personen im Jahr 2022 identifiziert werden. Die geplante Gesamtstichprobe sollte 9000 Personen umfassen.

Behandlungsarm Intervention

Lediglich die Teilnehmenden der Interventionsgruppe (IG) wurden nach randomisierter Zuweisung von der Deutschen Rentenversicherung Nord postalisch angeschrieben und über die Möglichkeit eines Fallmanagements bei einer regionalen Fallmanager*in informiert. Die vier Komponenten der Intervention wurden, wie in Kapitel 1.2 beschrieben, durchgeführt. Es gab keine Einschränkungen hinsichtlich gleichzeitiger Behandlungen und Interventionen während der Studie.

Behandlungsarm Kontrollgruppe

Die Kontrollgruppe war eine stille Kontrollgruppe (KG), die nicht über die Möglichkeit eines Fallmanagements informiert wurde. Die Kontrollgruppe spiegelte somit das übliche Vorgehen wider, bei dem Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen ihre Leistungen zur Erhaltung der Erwerbsfähigkeit eigenständig koordinieren müssen – ohne zuvor systematisch und umfassend von der Deutschen Rentenversicherung Nord über Unterstützungsangebote zur Teilhabe informiert worden zu sein.

Datenerhebung

Die Wirksamkeit der mehrkomponentigen Strategie wurde vorrangig mit administrativen Daten der Deutschen Rentenversicherung Nord überprüft. Zusätzlich wurden alle Personen ein Jahr nach randomisierter Zuweisung (postalische Information zum Fallmanagement oder stille Kontrolle) von der Deutschen Rentenversicherung Nord angeschrieben, über die Studie informiert und um Teilnahme an einer postalischen Befragung gebeten. Die Beschreibung der betrachteten Zielkriterien befindet sich im Kapitel 1.3.4.

Fallzahlberechnung

Geplant wurde die Rekrutierung von 9000 Personen (IG: n = 4500; KG: n = 4500). Es wurde angenommen, dass 10 % der Kontrollgruppe eine Teilhabeleistung in Anspruch nehmen würden und die Inanspruchnahme in der postalisch informierten Interventionsgruppe um zwei Prozentpunkte steigen würde (zweiseitige Irrtumswahrscheinlichkeit: 5 %, Teststärke: 80 %). Die Erprobungsphase hatte gezeigt, dass 5 % der in der Interventionsgruppe informierten Personen am Fallmanagement teilnahmen und davon die Hälfte eine Teilhabeleistung in Anspruch nahm.

Randomisierung und Verblindung

Die ausgewählten Personen mit einem Risikoindex von mindestens 60 Punkten (eine im Jahr 2021 und eine im Jahr 2022) wurden mithilfe eines computergenerierten Zufallsverfahrens gleichmäßig entweder der Interventions- oder der Kontrollgruppe zugewiesen. Die Randomisierung wurde durch den Studienleiter, Prof. Matthias Bethge, durchgeführt. Die Stichprobenauswahl und die zufällige Zuweisung wurden durch ihn anhand eines pseudonymisierten Datensatzes durchgeführt, der von der Deutschen Rentenversicherung Nord elektronisch bereitgestellt wurde. Nach der Randomisierung übermittelte der Studienleiter die Pseudonyme und die Gruppenzuweisung elektronisch an die Deutsche Rentenversicherung Nord. Nur die Rentenversicherung konnte die Pseudonyme den tatsächlichen Personen zuordnen, um sie über die Intervention zu informieren, primäre und sekundäre Zielkriterien aus Verwaltungsdaten zu erheben und die Teilnehmenden zu kontaktieren, um ihnen den Fragebogen zur Erfassung tertiärer Zielkriterien zuzusenden.

Teilnehmende des Fallmanagements waren sich ihrer Gruppenzugehörigkeit vollständig bewusst, sobald sie aufgefordert wurden, Kontakt zu den Fallmanager*innen aufzunehmen. Die Teilnehmenden der Kontrollgruppe erfuhren ihre Gruppenzuweisung erst, als sie gebeten wurden, die Fragebögen zur Erhebung tertiärer Endpunkte auszufüllen. Eine vorzeitige Information der Kontrollgruppe über

ihre Gruppenzugehörigkeit vor der Erhebung tertiärer Endpunktdaten war nicht vorgesehen. Die Daten zu primären und sekundären Endpunkten wurden von der Datenabteilung der Rentenversicherung Nord ohne Kenntnis der Gruppenzugehörigkeit ausgelesen. Der Studienleiter sowie die Personen, die die Datenanalysen durchführten, hatten bei der Datenauswertung jedoch Kenntnis über die Gruppenzuweisungen. Auch die Fallmanager*innen, die die Intervention durchführten, waren nicht verblindet. Sie erfuhren die Gruppenzugehörigkeit der Teilnehmenden, sobald diese sie kontaktierten.

Statistische Analysen

Die randomisierte kontrollierte Studie wurde nach dem Intention-to-treat-Ansatz analysiert. Für die Analyse des primären Zielkriteriums wurde eine Cox-Regression gerechnet. Cox-Regressionen wurden auch für die Analyse bewilligter Erwerbsminderungsrenten genutzt. Die Ergebnisse der Cox-Regressionen wurden als Hazard Ratios mit 95 %-Konfidenzintervallen berichtet. Negativ binomiale Regressionen mit Kontrolle der Ausgangswerte wurden berechnet, um Inzidenzratenverhältnisse und 95 %-Konfidenzintervalle für die kontinuierlichen sekundären Zielkriterien zu schätzen. Für die binären sekundären Zielkriterien wurden logistische Regressionen gerechnet. Lineare Regressionen wurden zur Analyse der kontinuierlichen tertiären Zielkriterien eingesetzt. Die Interventionsbedingung wurde als unabhängige Indikatorvariable berücksichtigt. Subgruppenanalysen prüften ergänzend, die Effektschätzer getrennt für die erste und die zweite generierte Stichprobe.

Da administrative Daten genutzt wurden, war die Analyse der primären und sekundären Zielkriterien unbeeinflusst von fehlenden Antworten oder dem Rücktritt von Teilnehmenden. Tertiäre Zielkriterien konnten jedoch aufgrund von fehlenden oder unvollständigen Antworten auf dem 12-Monats-Follow-up-Fragebogen unvollständig sein. Unvollständige Antworten wurden mehrfach imputiert. Um Verzerrungen durch konfundierte Effektschätzungen zu vermeiden, wurden alle relevanten Kovariablen in die Modelle aufgenommen. Die statistischen Testergebnisse wurden als signifikant betrachtet, wenn die zweiseitige Irrtumswahrscheinlichkeit unter 0,05 lag. Alle Berechnungen wurden mit Stata, Version 18, durchgeführt.

2 Ergebnisse des Modellprojekts

2.1 Ergebnisse der Machbarkeitsstudie

Die Machbarkeitsstudie diente der Erprobung des entwickelten Vorgehens der Identifikation und Ansprache von Versicherten und sowie der Erprobung der entwickelten Materialien. Die ausführlichen Ergebnisse der Machbarkeitsstudie, mit Flussdiagramm, Merkmalen der Teilnehmenden, umgesetzten Themen des Fallmanagements sowie Veränderungen der Teilnehmenden hinsichtlich der untersuchten Zielkriterien kann dem Bericht der Wissenschaftlichen Begleitung entnommen werden. Zu Gunsten der ausführlichen Darstellung der Ergebnisse der Hauptstudienphase soll an dieser Stelle nur ein Einblick in die Ergebnisse der Machbarkeitsstudie erfolgen.

Beschreibung der Stichprobe

Im Rahmen der Machbarkeitsstudie wurden zwischen dem 27.07.2020 und dem 21.01.2021 statt der ursprünglich geplanten 300 Personen insgesamt 1074 Personen mit hohen Risikowerten postalisch kontaktiert. Daraus resultierten 134 Anrufe potenzieller Teilnehmender (12,5 % der kontaktierten Personen) und 72 Erstgespräche (53,7 % der telefonischen Erstkontakte). Für 57 Personen wurde ein Fallmanagement eingeleitet (79,2 % der Erstgespräche und 5,3 % der kontaktierten Personen), von denen 36 Personen (63,2 %) an der Befragung am Ende des Fallmanagements teilnahmen.

Insgesamt waren 33,3 % der Teilnehmenden weiblich und das durchschnittliche Alter betrug 51,5 Jahre (SD = 6,9). Der durchschnittliche Risikowert der 57 Teilnehmenden lag bei 79,3 Punkten (SD = 21,0). Zu Beginn der Untersuchung gaben 33 Personen an, eine bis drei ärztlich diagnostizierte Erkrankungen zu haben, während 24 Personen von vier bis sieben Erkrankungen berichteten. Die durchschnittliche Dauer der Krankschreibung in den letzten sechs Monaten lag bei 7,1 Wochen (SD = 9,4). Zudem waren 52 von 57 Personen (91,2 %) zu Beginn der Intervention erwerbstätig. Die Selbsteinschätzung der aktuellen Arbeitsfähigkeit im Vergleich zur besten jemals erreichten Arbeitsfähigkeit (Work Ability Score) war zu Beginn niedrig und lag im Durchschnitt bei 4,7 von 10 Punkten (SD = 2,5). 63,0 % der Teilnehmenden berichteten über eine geringe Arbeitsfähigkeit (0 bis 5 Punkte). Ähnlich starke Einschränkungen gaben die Teilnehmenden auch für die selbst eingeschätzte Prognose der Erwerbsfähigkeit an: 32 von 55 Personen (58,2 %) erreichten mindestens zwei Punkte (ungünstige Prognose).

Verabreichte Dosis / Umsetzungstreue / erhaltene Dosis

Bei den telefonischen Erstkontakten zeigte sich, dass acht der zehn verpflichtenden Inhalte mit mindestens 60 % der Teilnehmenden besprochen wurden. Im persönlichen Erstgespräch wurden 13 von den 14 verpflichtenden Themen in mindestens 80 % der Gespräche besprochen und dokumentiert.

Das Instrument Bedarfsanalyse sowie deren Überprüfung wurden in weniger als 10 % der Fallmanagements dokumentiert. Die Nutzung der Toolbox wurde für alle Teilnehmenden erfasst und das Abschlussgespräch wurde bei 68,4 % der Teilnehmenden dokumentiert. Im Durchschnitt dauerte das Fallmanagement 188 Tage (SD = 88,9).

Aus Sicht der Teilnehmenden wurden im Fallmanagement Themen wie Arbeitsfähigkeit (100 %), Rehabilitationen und deren Beantragung (97,2 %), Erfassung von Problemen und Bedarfen (97,2 %) sowie Unterstützung bei Anträgen (94,4 %) besprochen und/oder umgesetzt. Das Wissen über Rehabilitation und Unterstützungsangebote zur sozialen Teilhabe verbesserte sich signifikant.

43 der 57 Teilnehmenden (75,4 %) stellten einen Antrag auf Rehabilitation, vor allem auf medizinische Rehabilitation (35 von 43 Anträgen). Von diesen 35 Anträgen wurden 29 bewilligt und vier abgelehnt. Für zwei Anträge lagen keine abschließenden Informationen vor. Acht Teilnehmende beantragten eine berufliche Rehabilitation, wovon fünf Anträge bewilligt wurden.

Zufriedenheit der Teilnehmenden

Mehr als 90 % der 36 Teilnehmenden bewerteten das telefonische Gespräch, das persönliche Interview, ihre Fallmanager*in sowie die individuelle Bedarfsanalyse als gut oder sehr gut. Etwa 90 % bewerteten die Informationen und Beratung sowie die Unterstützung bei Anträgen und den Kontakt zu externen Stellen ebenfalls als gut oder sehr gut.

Alle Teilnehmenden gaben an, dass ihre Fallmanager*in zuverlässig, offen und interessiert, kompetent und rechtlich informiert war. Sie berichteten auch, dass ihre Fallmanager* in Orientierung im Gesundheits- und Sozialsystem gab und den Standpunkt der Teilnehmenden berücksichtigte. Über 90 % der Teilnehmenden empfanden ihre Teilnahme am Fallmanagement als lohnenswert.

Ergebnisse der Machbarkeitsstudie zu Beschäftigung, Gesundheit und Teilhabe

Von den 36 Teilnehmenden, die sowohl den Fragebogen zu Beginn als auch den Folgebogen am Ende des Fallmanagements ausfüllten, waren 33 zu beiden Zeitpunkten erwerbstätig (91,7 %). Drei Personen waren am Ende der Fallmanagementintervention nicht mehr erwerbstätig. Die Dauer der Krankschreibung in den letzten 6 Monaten verringerte sich am Ende des Fallmanagements leicht im Vergleich zum Beginn. Gesundheitliche, Teilhabe- und andere Ergebnisse änderten sich während der Fallmanagementintervention nicht signifikant.

2.2 Ergebnisse der Prozessevaluation des Fallmanagements

Reichweite und Beschreibung der Stichprobe

Aufgrund der verfügbaren Beratungskapazitäten der kooperierenden Fallmanager*innen konnten zwischen Juni 2021 und Februar 2023 statt der ursprünglich geplanten 4500 Personen mit hohen Risikoindexwerten insgesamt 5300 Personen postalisch von der Deutschen Rentenversicherung Nord kontaktiert werden (Abb. 1). Das führte zu 570 Telefonkontakten (10,8 % aller kontaktierten Personen), 359 Erstgesprächen (63,0 % der telefonischen Erstkontakte) und 277 Fallmanagements (77,2 % der Erstgespräche). Von den angeschriebenen Personen begannen somit 5,2 % ein Fallmanagement. 250 Personen füllten den ersten Fragebogen zu Beginn des Fallmanagements aus. Von diesen bearbeiteten 179 Personen zusätzlich den Fragebogen am Ende des Fallmanagements.

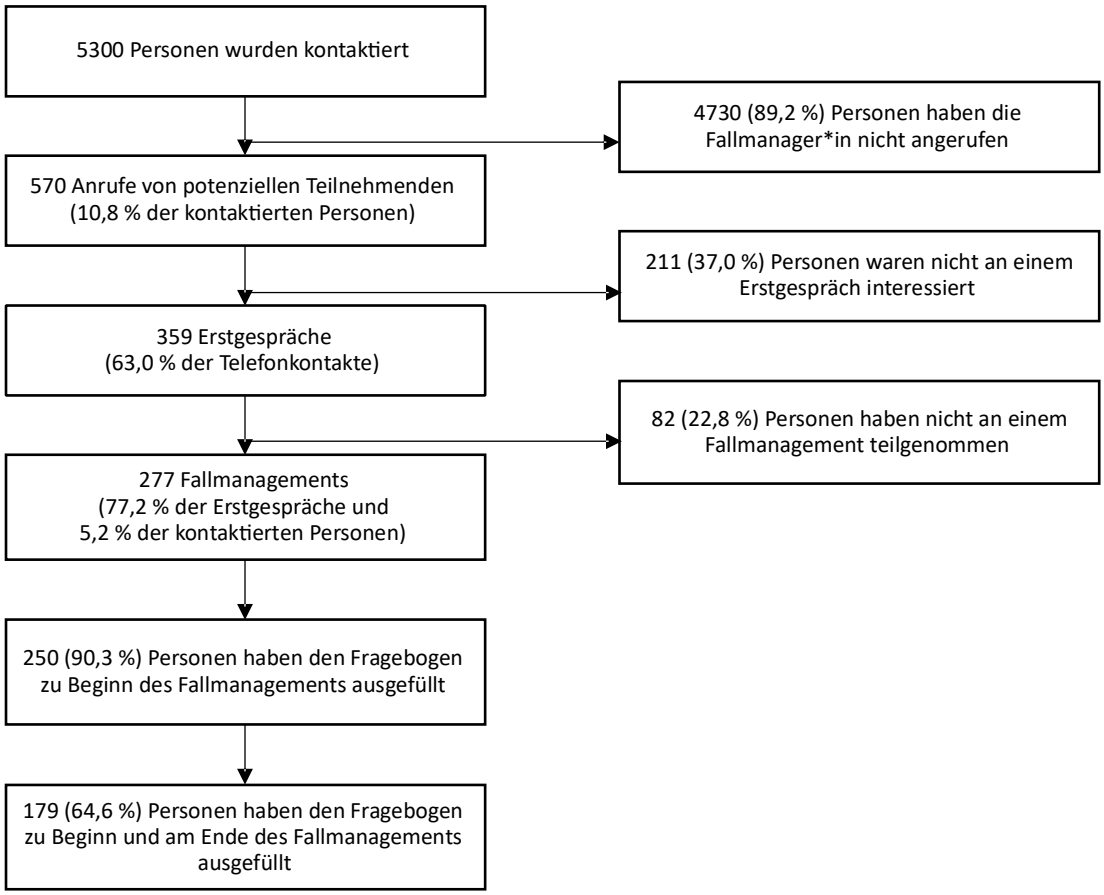


Abb. 1: Flussdiagramm der Prozessevaluation

Insgesamt waren 48,8 % der Teilnehmenden der ersten Befragung weiblich und das mittlere Alter betrug 51,6 Jahre (SD =7,2). Der mittlere Risikoindex der Teilnehmenden betrug 80,5 (SD = 20,8, n = 250). Entsprechend waren die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der begleiteten Personen erheblich: 44,0 % der Teilnehmenden gaben zu Beginn der Intervention ein bis drei ärztlich diagnostizierte Erkrankungen und 56,0 % sogar mindestens vier ärztlich diagnostizierte Erkrankungen an. 80,4 % der Teilnehmenden berichteten Muskel-Skelett-Erkrankungen und 59,6 % der Teilnehmenden psychische Erkrankungen (Mehrfachnennungen waren möglich). Die mittlere kumulierte Arbeitsunfähigkeitsdauer der Stichprobe betrug im Jahr vor Beginn des Fallmanagements 20,2 Wochen (SD = 19,1). Ein Viertel der Teilnehmenden gab an, eine Woche bis sechs Wochen und 13,6 % sieben bis zwölf Wochen krankgeschrieben gewesen zu sein. 51,1 % der am Fallmanagement teilnehmenden Personen berichteten eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 13 Wochen. Nur 10,2 % berichteten, dass sie nicht krankgeschrieben waren. Die subjektiv eingeschätzte Arbeitsfähigkeit der Teilnehmenden im Vergleich zur besten im Leben erlebten Arbeitsfähigkeit (Work Ability Score) lag zu Beginn der Intervention bei durchschnittlich 4,4 von 10 Punkten (SD = 2,5). 63,7 % der Teilnehmenden erreichten Punktwerte von maximal fünf Punkten. Dieser Wertebereich gilt als schlechte Arbeitsfähigkeit und ist ein gut etablierter prognostischer Faktor für den späteren Bezug einer Erwerbsminderungsrente. Rund drei Viertel der Personen waren am Beginn des Fallmanagements erwerbstätig. Ausgewählte Merkmale der 250 Teilnehmenden, die ein Fallmanagement begannen, sind in Tab. 2 dargestellt.

Tab. 2: Ausgewählte Merkmale der Teilnehmenden bei der Ersterhebung

N, Anzahl der Fälle; M, Mittelwert; SD, Standardabweichung; 1 ISCED 2011, International Standard Classification of Education 2011.

	n	*% oder M (SD)*
Geschlecht	250	
Männlich	128	51,2 %
Weiblich	122	48,8 %
Alter	250	51,6 (7,3)
Bildungsstand[*1]	237	
Niedrig	19	8,0 %
Mittel	177	74,7 %
Hoch	41	17,3 %
Diagnostizierte Erkrankungen	250	
1 bis 3 Erkrankungen	110	44,0 %
4 bis 7 Erkrankungen	140	56,0 %
Art der diagnostizierten Erkrankungen (Mehrfachantworten)	250	
Muskel-Skelett-Erkrankungen	201	80,4 %
Psychische Erkrankungen	149	59,6 %
Erwerbstätigkeit	250	
Erwerbstätig	187	74,8 %
Nicht erwerbstätig	63	25,2 %
Dauer der Krankschreibung in den letzten zwölf Monaten (in Wochen)	235	20,2 (19,1)
Keine Woche	24	10,2 %
1 bis 6 Wochen	59	25,1 %
7 bis 12 Wochen	32	13,6 %
Mehr als 13 Wochen	120	51,1 %
Aktuelle Arbeitsunfähigkeit	244	
Ja	81	33,2 %
Nein	163	66,8 %

	n	*% oder M (SD)*
Work Ability Score	240	4,4 (2,5)
Maximal 5 Punkte	153	63,7 %
6 oder 7 Punkte	60	25,0 %
8 bis 10 Punkte	27	11,3 %

Teilnehmende des Fallmanagements unterschieden sich in mehreren Aspekten von Nicht-Teilnehmenden (Tab. 3). Sie waren etwas älter und häufiger deutsche Staatsangehörige. Ihr kumuliertes Entgelt war höher. Zudem bezogen sie seltener langanhaltend Arbeitslosengeld II, jedoch häufiger mindestens 30 Tage Krankengeld. Darüber hinaus hatten Teilnehmende des Fallmanagements eine kürzere durchschnittliche Beschäftigungsdauer im Monat der Randomisierung und bezogen in diesem Zeitraum häufiger Krankengeld. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Teilnehmenden des Fallmanagements stärker belastet waren, da sie weniger beschäftigt waren und längere Krankengeldbezüge hatten.

Tab. 3: Vergleich von Teilnehmenden und Nicht-Teilnehmenden des Fallmanagements

N, Anzahl der Fälle; M, Mittelwert; SD, Standardabweichung; RI-EMR, Risikoindex Erwerbsminderungsrente; * Kumulierter Wert der drei vorangegangenen Kalenderjahre.

	Teilnehmende (n = 277)		*Nicht-Teilnehmende (n = 5023)*		
	n	*% oder M (SD)*	*n*	*% oder M (SD)*	*p*
RI-EMR		80,5 (20,2)		80,8 (23,2)	0,82
Geschlecht					0,32
Weiblich	134	48,4 %	2276	45,3 %	
Männlich	143	51,6 %	2747	54,7 %	
Alter		51,5 (7,4)		50,8 (8,4)	0,19
Staatsangehörigkeit					0,045
Deutsch	268	96,8 %	4712	93,8 %	
Nicht-deutsch	9	3,2 %	311	6,2 %	
Beschäftigungsdauer im Monat der Randomisierung		18,6 (14,5)		20,8 (13,7)	0,011
Bezugsdauer von Krankengeld im Monat der Randomisierung		7,6 (12,6)		3,9 (9,8)	< 0,001

	Teilnehmende (n = 277)		*Nicht-Teilnehmende (n = 5023)*		
	n	*% oder M (SD)*	*n*	*% oder M (SD)*	*p*
Bezugsdauer von Arbeitslosengeld im Monat der Randomisierung		3,0 (8,7)		2,6 (8,3)	0,54
Entgelt in Euro*		70.985 (37.087)		64.441 (36.867)	0,004
Bezugsdauer von Krankengeld*					0,008
1-29 Tage	7	2,5 %	325	6,5 %	
Mindestens 30 Tage	270	97,5 %	4698	93,5 %	
Bezugsdauer von Arbeitslosengeld*					0,34
Keine	208	75,1 %	3623	72,1 %	
1-130 Tage	33	11,9 %	579	11,5 %	
Mindestens 131 Tage	36	13,0 %	821	16,3 %	
Bezugsdauer von Arbeitslosengeld II*					< 0,001
Keine	230	83,0 %	3932	78,3 %	
1-624 Tage	41	14,8 %	668	13,3 %	
Mindestens 625 Tage	6	2,2 %	423	8,4 %	

Verabreichte Dosis, Umsetzungstreue und erhaltene Dosis

Verabreichte Dosis: Bei den telefonischen Kontakten wurden besonders häufig die Entscheidung, ob ein Erstgespräch folgen sollte (98,9 %), der Grund für das Anschreiben der DRV Nord (91,8 %) und was ein Fallmanagement ist (91,1 %), thematisiert. Abweichungen vom Leitfaden traten vor allem dann auf, wenn frühzeitig erkennbar war, dass das Angebot für die anrufenden Personen nicht relevant war. In diesen Fällen wurden insbesondere organisatorische Details wie die örtliche und zeitliche Ausgestaltung des Fallmanagements (69,6 %) seltener thematisiert sowie die „Vorbereitung auf das persönliche Gespräch“ (75,3 %) weniger häufig dokumentiert. Die Gespräche dauerten durchschnittlich 14 Minuten.

Im persönlichen Erstgespräch wurden 13 der 14 vorgeschriebenen Inhalte in mindestens 80 % der Fälle besprochen und dokumentiert. Nur die Einbindung von Kolleg*innen und Angehörigen fand mit 66,6 % der Gespräche seltener Erwähnung. Erstgespräche wurden in durchschnittlich 73 Minuten durchgeführt.

Im Rahmen des Fallmanagements wurde für 81,9 % der Fälle die Bedarfsanalyse dokumentiert. Eine erneute Bedarfsanalyse wurde mit 58,8 % seltener umgesetzt. Die Toolbox wurde in nahezu allen

Fällen genutzt (99,6 %). Ein Abschlussgespräch wurde für 81,2 % der Fälle dokumentiert. Die Fallmanagements erstreckten sich über rund 35 Wochen und beanspruchten durchschnittlich 11 Stunden (ohne Fahrzeiten) bzw. 15 Stunden (mit Fahrzeiten).

Die zehn häufigsten besprochenen Themen sind in Tab. 4 aufgeführt.

Tab. 4: Häufigste besprochene Themen, die von den Fallmanager*innen für die 277 Teilnehmenden dokumentiert wurden

N, Anzahl der Fälle.

Thema	*n (%)*
Unterstützung bei der Antragstellung für medizinische Rehabilitation	216 (78,0)
Antragstellung auf Feststellung des Grades der Behinderung oder Gleichstellung	167 (60,3)
Information und Beratung zu Ressourcen und Belastungen	123 (44,4)
Unterstützung bei der Überweisung an Fachärzt*innen	103 (37,2)
Unterstützung bei der Überweisung an Psychotherapie	89 (32,1)
Information und Beratung zu Krankheitsakzeptanz	82 (29,6)
Unterstützung bei der beruflichen Orientierung	80 (28,9)
Unterstützung bei der Antragstellung für berufliche Rehabilitation	66 (23,8)
Information und Beratung zu Resilienz	65 (23,5)
Unterstützung bei der Identifizierung von Ressourcen und Kompetenzen	61 (22,0)

Umsetzungstreue: Die Genauigkeit in der Umsetzung der festgelegten Inhalte des telefonischen Erstkontakts und des Erstgesprächs durch die Fallmanager*innen war mit durchschnittlich 83,9 % und 91,6 % sehr hoch. Für die Fallmanagements lag die Genauigkeit der Umsetzung bei durchschnittlich 80,4 %.

Erhaltene Dosis: Aus Sicht der Teilnehmenden waren die häufigsten Themen, die im Fallmanagement besprochen bzw. umgesetzt wurden: Erfassung von Problemen/Bedürfnissen (100 %), Arbeitsfähigkeit (97,8 %), Rehabilitation und deren Beantragung (93,8 %) sowie Rechte und Pflichten im Krankheitsfall (91,3 %). Die besprochenen Themen sind in Tab. 5 aufgeführt. Als besprochen galten Themen, die von den Teilnehmenden mit „stimmt eher“ oder „stimmt genau“ bewertet wurden.

Tab. 5: Besprochene und umgesetzte Themen im Fallmanagement aus Sicht der Teilnehmenden

N, Anzahl der Fälle; M, Mittelwert; SD, Standardabweichung; Wertebereich: 1 = stimmt nicht bis 4 = stimmt genau.

	n	*M (SD)*	*%*
Erfassung von Problemen und Bedürfnissen	178	3,9 (0,3)	100
Arbeitsfähigkeit	177	3,8 (0,5)	97,8
Rechte und Pflichten als Arbeitnehmer im Krankheitsfall	171	3,6 (0,7)	91,3
Teilhabeleistungen und Beantragung	178	3,6 (0,7)	93,8

	n	*M (SD)*	*%*
Unterstützung bei Beantragung von Teilhabeleistungen	171	3,6 (0,8)	88,3
Hilfreiche Anlaufstellen	176	3,3 (0,9)	81,8
Rechte und Pflichten des Arbeitsgebers	171	3,2 (0,9)	78,3
Nutzung und Aktivierung von Ressourcen	174	3,3 (0,9)	82,7
Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit	173	3,4 (0,8)	87,3

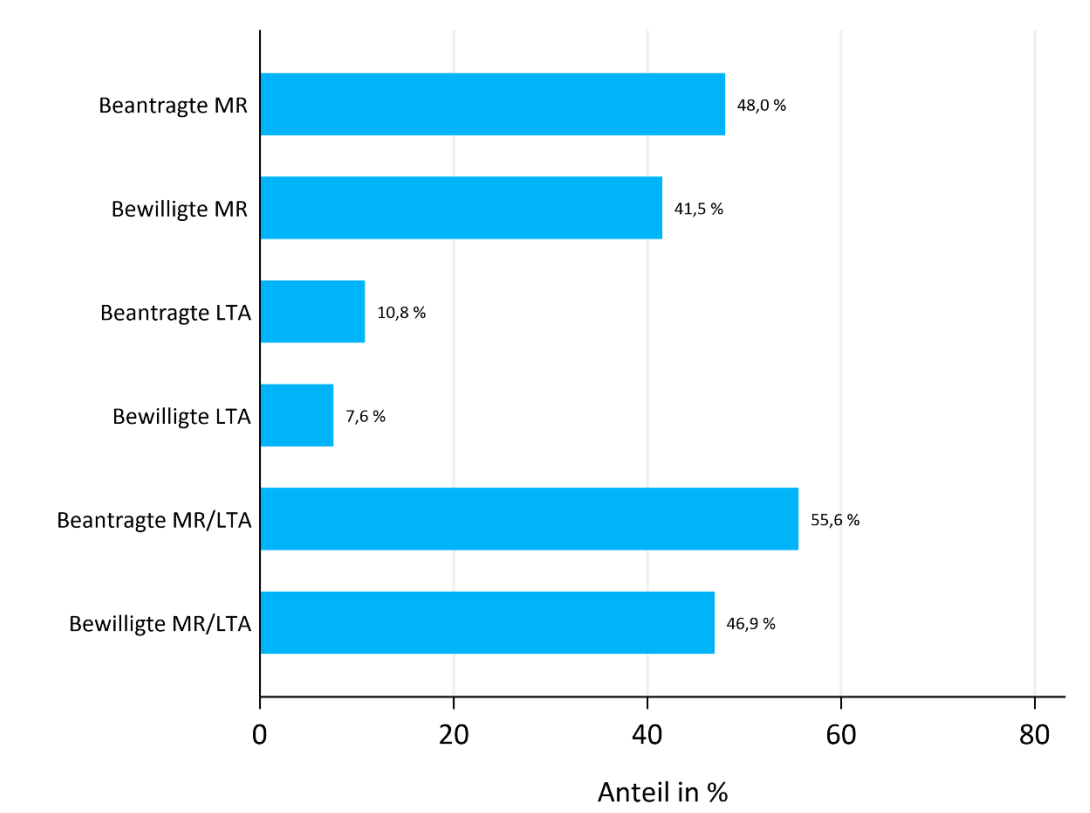
Die Informiertheit der Teilnehmenden über medizinische Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur Teilhabe an der Gesellschaft und unterhaltssichernde Leistungen verbesserte sich im Verlauf des Fallmanagements signifikant um etwa 1 bis 1,5 Skalenpunkte. Am deutlichsten war der Wissenszuwachs für die medizinische Rehabilitation und die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Tab. 6).

Tab. 6: Veränderung der Informiertheit während des Fallmanagements

N, Anzahl der Fälle; M, Mittelwert; SD, Standardabweichung.

		Baseline	*Follow-up*	
	n	*M (SD)*	*M (SD)*	p
Medizinische Rehabilitation	173	2,8 (1,6)	4,2 (1,3)	< 0,001
Berufliche Rehabilitation	172	2,3 (1,6)	3,7 (1,5)	< 0,001
Soziale Teilhabe	166	1,8 (1,8)	3,0 (1,8)	< 0,001
Finanzielle Unterstützung	173	3,3 (1,5)	4,1 (1,3)	< 0,001

Eine medizinische Rehabilitation beantragten 133 von 277 Personen (48,0 %). Für 115 Personen wurden Anträge bewilligt. Das entspricht 41,5 % der begleiteten Personen. Einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben stellten 30 von 277 Personen (10,8 %) und für 21 Personen wurden die Anträge bewilligt (7,6 %) (Abb. 2).



MR, Medizinische Rehabilitation; LTA, Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben

Abb. 2 : Beantragte und bewilligte medizinische und berufliche Rehabilitationen (n = 277)

Zufriedenheit der Teilnehmenden

Einzelne Komponenten: Zur Bewertung der Fallmanagementkomponenten standen den teilnehmenden Personen Schulnoten von eins für sehr gut bis fünf für mangelhaft zur Verfügung. Über 90 % der Befragten bewerteten den Telefonkontakt, das Erstgespräch, ihre*n Fallmanager*in und die Bedarfsermittlung mit gut oder sehr gut. Die Bereitstellung von Informationen und Beratungsdiensten sowie die Unterstützung bei Anträgen und der Kontaktaufnahme mit verschiedenen externen Anlaufstellen wurden von mehr als 80 % der Teilnehmenden ebenfalls mit gut bis sehr gut bewertet.

Bedarfe und Ziele: Jeweils mindestens 85 % der Teilnehmenden stimmten eher oder genau zu, dass bei der Zielfestlegung die eigenen Bedürfnisse eine zentrale Rolle spielten, Ziele selbstbestimmt, nachvollziehbar und passgenau festgelegt wurden und die Möglichkeit gegeben wurde, die Ziele ggf. jederzeit der Situation anzupassen.

Beziehung zur Fallmanager*in und deren Kompetenz: Alle Teilnehmenden (100 %) empfanden ihre Fallmanager*in als offen und interessiert. Mindestens 95 % der Teilnehmenden fühlten sich nicht mehr allein mit ihren Problemen, konnten sensible Themen im Fallmanagement ansprechen und fühlten sich in ihrem Standpunkt berücksichtigt. Ebenso schätzten nahezu alle Teilnehmenden (99,5 %) ihre Fallmanager*in als verlässlich ein.

Ebenso positiv wurde die Sachkompetenz der Fallmanager*innen bewertet. 97,1 % der Teilnehmenden empfanden das Vorgehen der Fallmanager*innen als strukturiert. 90,2 % der Teilnehmenden gaben an, dass die Fallmanager*innen Licht ins Wirrwarr bringen konnte und 98,3 % der Teilnehmenden, dass die Fallmanager*innen rechtlich gut informiert war.

Zielerreichung: 92,4 % der Teilnehmenden empfanden ihre Teilnahme an AktiFAME als lohnenswert. Mindestens 85 % der Teilnehmenden konnten durch die Unterstützung der Fallmanager*innen ihre eigenen Gesundheitsprobleme zum Ende des Fallmanagements besser verstehen, sahen ihre persönlichen Ziele als erreicht an und konnten durch das Fallmanagement Erkenntnisse gewinnen, wie sie in

Zukunft schneller Hilfe organisieren können. Rund 81 % gaben an, dass die Fallmanager*innen ihnen Orientierung im Gesundheits- und Sozialsystem bot. Die vollständige Bewertung des Fallmanagements aus Sicht der Teilnehmenden ist in Tab. 7 dargestellt.

Tab. 7: Bewertung des Fallmanagements

N, Anzahl der Fälle; M, Mittelwert; SD, Standardabweichung; a Wertebereich: 1 = sehr gut bis 5 = schlecht; b Wertebereich: 1 = stimmt nicht, 2 = stimmt kaum, 3 = stimmt eher, 4 = stimmt genau.

	n	*M (SD)*
Einzelne Komponenten[a]		
Telefonkontakt	178	1,4 (0,8)
Persönlicher Erstkontakt	179	1,3 (0,8)
Fallmanager*in	173	1,3 (0,8)
Individuelle Bedarfsermittlung	178	1,6 (0,9)
Information und Beratung	177	1,7 (1,0)
Unterstützung bei Anträgen und Kontaktaufnahme	177	1,8 (1,1)
Bedarfe und Ziele[b]		
Eigene Bedürfnisse zentrale Rolle bei Zielfestlegung	171	3,7 (0,6)
Selbstbestimmte Ziele	170	3,6 (0,6)
Nachvollziehbarkeit	167	3,5 (0,7)
Passgenauigkeit	165	3,5 (0,8)
Änderungsmöglichkeiten	164	3,6 (0,7)
Beziehung zur Fallmanager*in[b]		
Offene und interessierte Fallmanager*in	176	3,9 (0,2)
Gefühl, nicht mehr alleine mit Problemen zu sein	174	3,8 (0,5)
Heikle und unangenehme Themen	174	3,8 (0,5)
Berücksichtigung meines Standpunkts	173	3,9 (0,3)
Verlässlich	176	3,9 (0,3)
Sachkompetenz der Fallmanager*in[b]		
Strukturiertes Vorgehen	172	3,7 (0,5)
Orientierung im Gesundheits- und Sozialsystem	174	3,5 (0,8)
Rechtlich gut informiert	172	3,7 (0,5)
Zielerreichung[b]		

	n	*M (SD)*
Lohnenswerte Teilnahme	172	3,6 (0,7)
Verstehen eigener Gesundheitsprobleme	172	3,3 (0,8)
Besser im Gesundheits- und Sozialsystem zurechtfinden	173	3,2 (0,9)
Eigene Hilfeorganisation	171	3,3 (0,8)
Persönliche Zielerreichung	170	3,2 (0,8)

2.3 Ergebnisse der randomisierten kontrollierten Studie

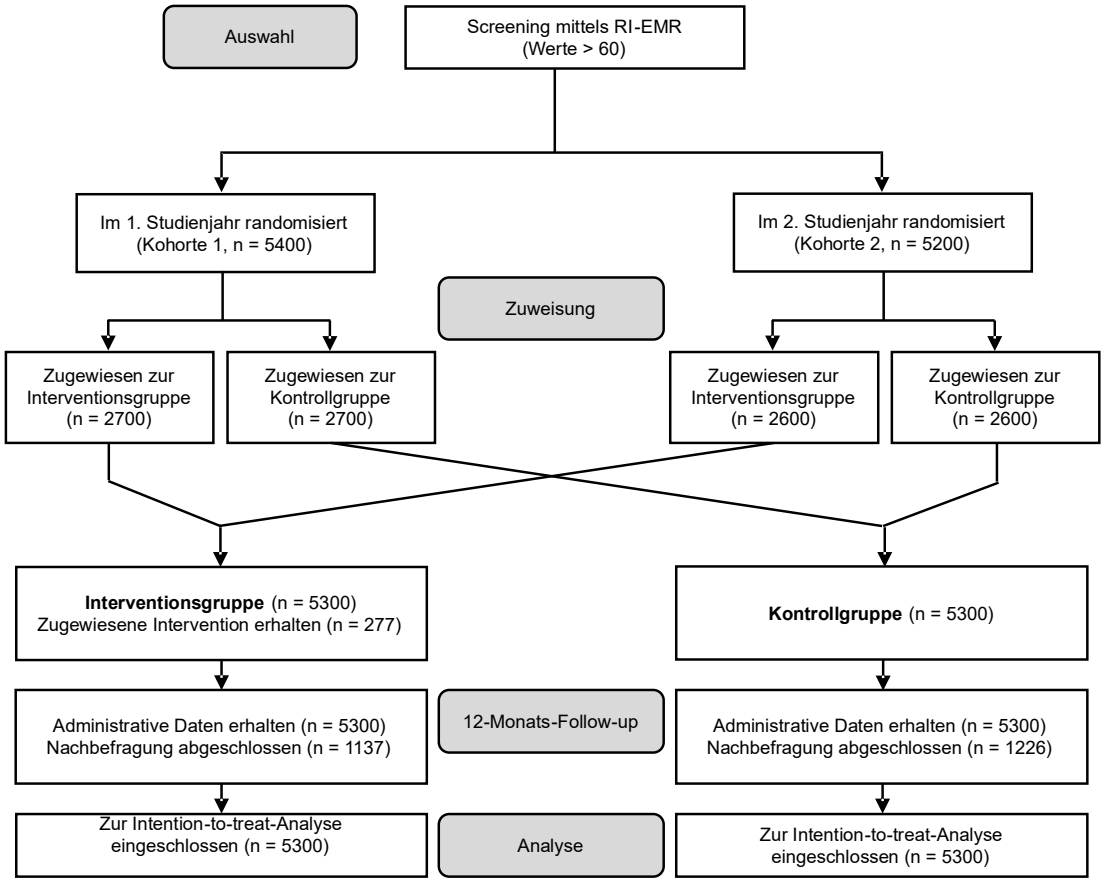


Abb. 3: Flussdiagramm der randomisierten kontrollierten Studie

Die Interventionsgruppe und die Kontrollgruppe umfassten insgesamt jeweils 5300 Personen und waren hinsichtlich zentraler Merkmale sehr ähnlich. Das durchschnittliche Alter lag in beiden Gruppen bei rund 51 Jahren. Etwa 55 % der eingeschlossenen Personen waren Männer. Mit deutlich über 90 % besaß die Mehrheit der Studienteilnehmenden die deutsche Staatsangehörigkeit. Die durchschnittliche Beschäftigungsdauer lag im Monat der Randomisierung in beiden Gruppen vergleichbar bei etwa 21 Tagen. Die Studienteilnehmenden erhielten in dem Monat durchschnittlich 2,5 Tage Krankengeld. Der einzige signifikante Unterschied zwischen den Gruppen bestand in der Bezugsdauer von Arbeitslosengeld. Diese war in der Interventionsgruppe gering höher (IG: 3,0 Tage; KG: 2,7 Tage; p = 0,042). Das durchschnittliche über drei Jahre kumulierte Entgelt sowie die kumulierte Bezugsdauer von Krankengeld, Arbeitslosengeld und Arbeitslosengeld II beider Gruppen waren vergleichbar. Fast alle Studienteilnehmenden (93 %) hatten in diesem Zeitraum mindestens 30 Tage Krankengeld bezogen. Über ein Viertel der Stichprobe hatte in den vorangegangenen Jahren Arbeitslosengeld bezogen. Zudem hatte ein Großteil der Studienteilnehmenden keinen Bezug von Arbeitslosengeld II. Die Stichprobenmerkmale beider Gruppen sind in Tab. 8 dargestellt.

Tab. 8: Stichprobenbeschreibung randomisierte kontrollierte Studie

	IG (n = 5300)		*KG (n = 5300)*		
	n	*% oder M (SD)*	*n*	*% oder M (SD)*	*p*
RI-EMR	5300	80,8 (23,0)	5300	80,6 (24,0)	0,66
Geschlecht	5300		5300		0,51
Weiblich	2410	45,5 %	2376	44,8 %	
Männlich	2890	54,5 %	2924	55,2 %	
Alter	5300	50,9 (8,4)	5300	50,9 (8,5)	0,91
Staatsangehörigkeit	5300		5300		0,17
Deutsch	4980	94,0 %	5012	94,6 %	
Nicht-deutsch	320	6,0 %	287	5,4 %	
Beschäftigungsdauer im Monat der Randomisierung	5300	20,6 (13,8)	5300	20,7 (13,7)	0,69
Bezugsdauer von Krankengeld im Monat der Randomisierung	5300	4,0 (9,9)	5300	4,1 (10,0)	0,67
Bezugsdauer von Arbeitslosengeld im Monat der Randomisierung	5300	3,0 (8,8)	5300	2,7 (8,3)	0,042
Entgelt in Euro*	5300	64.783 (36.904)	5300	65.202 (37.029)	0,56
Bezugsdauer von Krankengeld*	5300		5300		0,22
1–29 Tage	332	6,3 %	363	6,8 %	
Mindestens 30 Tage	4968	93,7 %	4937	93,2 %	
Bezugsdauer von Arbeitslosengeld*	5300		5300		0,56
Keine	3831	72,3 %	3875	73,1 %	
1–130 Tage	612	11,5 %	581	11,0 %	
Mindestens 131 Tage	857	16,2 %	844	15,9 %	
Bezugsdauer von Arbeitslosengeld II*	5300		5300		0,21

	IG *(n = 5300)*		*KG* *(n = 5300)*		
	n	*% oder M (SD)*	*n*	*% oder M (SD)*	*p*
Keine	4162	78,5 %	4125	77,8 %	
1–624 Tage	709	13,4 %	695	13,1 %	
Mindestens 625 Tag	429	8,1 %	480	9,1 %	

Entwicklung bewilligter Teilhabeleistungen

Abb. 4 zeigt, wie sich die bewilligten Teilhabeleistungen in beiden Gruppen seit Studieneinschluss entwickelt haben. In der Interventionsgruppe wurde für 6,9 % der Teilnehmenden eine Rehabilitation bewilligt, in der Kontrollgruppe für 5,4 %. Durch die Gesamtstrategie stieg die Wahrscheinlichkeit für eine bewilligte Rehabilitation in der Interventionsgruppe innerhalb eines Jahres statistisch signifikant um 1,5 Prozentpunkte (p = 0,001). Dies entspricht einer knapp 30-prozentigen Erhöhung des Risikos bzw. einem Hazard Ratio (HR) von 1,28 (95-%-KI: 1,10 bis 1,50) (Tab. 9).

Die Betrachtung nach Kohorten zeigt, dass der beobachtete Unterschied zwischen den Gruppen vor allem auf die erste Kohorte zurückzuführen ist, in der die Interventionsgruppe mit 6,3 % bewilligten Rehabilitationen einen größeren Unterschied zur Kontrollgruppe mit 4,3 % bewilligten Rehabilitationen aufwies. In der zweiten Kohorte war der Unterschied hingegen weniger ausgeprägt und statistisch nicht signifikant. Zusätzlich wurden relative Risiken berechnet. Diese waren vergleichbar. Detailliertere Darstellungen nach Kohorten sind dem Anhang des Abschlussberichtes der wissenschaftlichen Begleitung zu entnehmen.

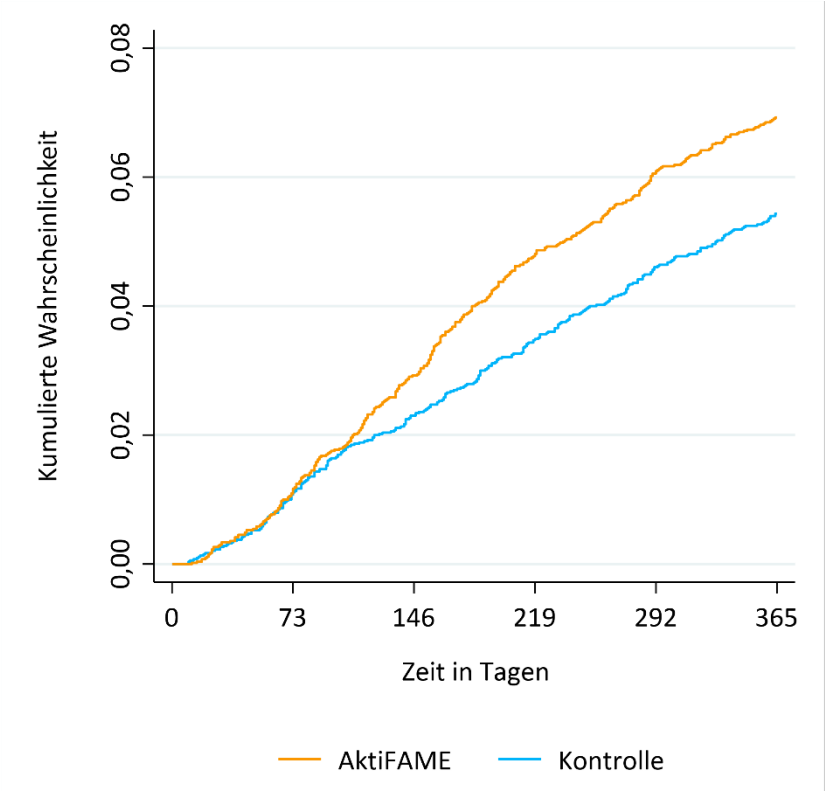


Abb. 4: Kumuliertes Risiko einer bewilligten Teilhabeleistung bis zu zwölf Monate nach randomisierter Zuweisung

Tab. 9: Absolute Risiken einer bewilligten Teilhabeleistung und Erwerbsminderungsrente bis zu 12 Monate nach randomisierter Zuweisung für Interventionsgruppe und Kontrollgruppe sowie Hazard Ratios

Gesamtstichprobe: n = 10.600; IG, Interventionsgruppe; KG, Kontrollgruppe; SE, Standardfehler; HR, Hazard Ratio; KI, Konfidenzintervall.

	IG	*KG*			
	% (SE)	*% (SE)*	*HR*	*95-%-KI*	*p*
Teilhabeleistung	6,9 (0,3)	5,4 (0,3)	1,28	1,10 bis 1,50	0,001
Erwerbsminderungsrente	2,7 (0,2)	2,8 (0,2)	0,95	0,76 bis 1,20	0,68

Entwicklung von Erwerbsminderungsrenten

In Abb. 5 ist dargestellt, wie sich die bewilligten Erwerbsminderungsrenten entwickelten. Am Ende des einjährigen Nachbeobachtungszeitraums unterschieden sich die Wahrscheinlichkeiten für eine Erwerbsminderungsrente zwischen den beiden Gruppen nicht. In der Interventionsgruppe wurde für 2,7 % der Teilnehmenden eine Erwerbsminderungsrente bewilligt, in der Kontrollgruppe für 2,8 % (HR = 0,95; 95-%-KI: 0,76 bis 1,20; p = 0,68) (Tab. 10).

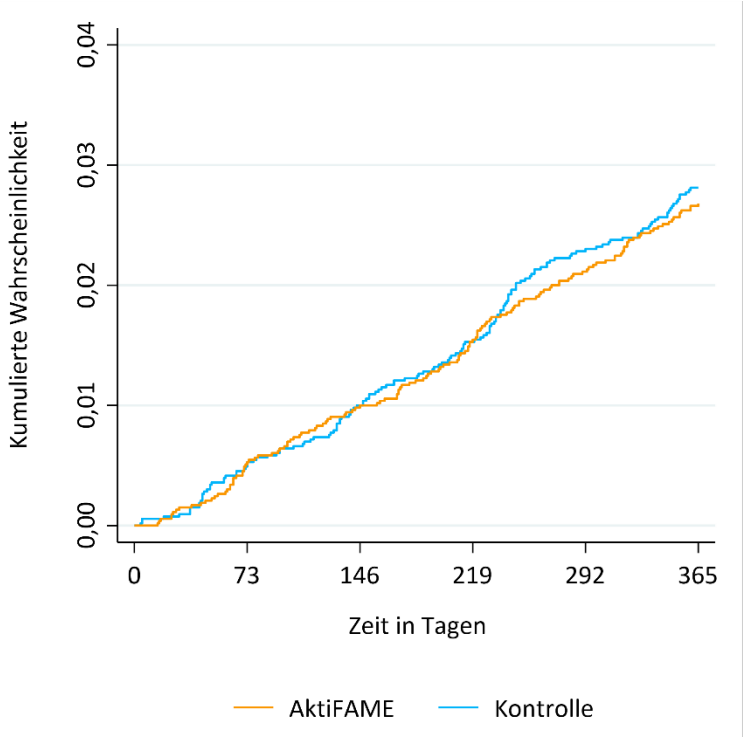


Abb. 5: Kumuliertes Risiko einer Erwerbsminderungsrente bis zu zwölf Monate nach randomisierter Zuweisung

In der ersten Kohorte wurde eine Reduktion des Risikos für eine bewilligte Erwerbsminderungsrente um rund 20 % bzw. 0,4 Prozentpunkte beobachtet. Der Unterschied war jedoch nicht statistisch signifikant. In der Interventionsgruppe wurde für 1,8 % der Teilnehmenden eine Erwerbsminderungsrente bewilligt, in der Kontrollgruppe für 2,2 %. In der zweiten Kohorte waren die Bewilligungsraten für Erwerbsminderungsrenten in beiden Gruppen nahezu gleich. Die berechneten relativen Risiken waren ähnlich.

Tab. 10: Monatliche Beschäftigungstage sowie Bezugsdauer von Arbeitslosengeld und Krankengeld 12 Monate nach randomisierter Zuweisung für Interventionsgruppe und Kontrollgruppe sowie Inzidenz Rate Ratios

Gesamtstichprobe: n = 10.600; Schätzung erfolgte mit negativ binomialer Regression und kontrollierte den Ausgangswert. IG, Interventionsgruppe; IRR, Inzidenz Rate Ratio; KG, Kontrollgruppe; KI, Konfidenzintervall; M, Mittelwert; SD, Standardabweichung.

	IG	*KG*			
	M (SD)	*M (SD)*	*IRR*	*95-%-KI*	*p*
Beschäftigung in Tagen	20,1 (14,0)	20,2 (13,9)	0,98	0,93 bis 1,03	0,42
Krankengeldbezug in Tagen	2,3 (7,6)	2,2 (7,5)	1,02	0,79 bis 1,30	0,90
Arbeitslosengeldbezug in Tagen	2,7 (8,5)	2,9 (8,7)	0,98	0,77 bis 1,26	0,89

Auch für die weiteren sekundären Zielkriterien wurden keine relevanten Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe innerhalb des Nachbeobachtungszeitraumes beobachtet. Nach zwölf Monaten zeigten sich in beiden Gruppen nahezu identische Werte für die durchschnittlichen Beschäftigungstage, die Bezugsdauer von Krankengeld sowie die Bezugsdauer von Arbeitslosengeld (Tab. 11). Die für die beiden Kohorten getrennten Analysen der Kohorten bestätigten dies.

Tertiäre Zielkriterien

Insgesamt bearbeiteten 2363 Personen den Fragebogen zur Nacherhebung, davon 1137 aus der Interventionsgruppe und 1226 aus der Kontrollgruppe. Die an der Befragung teilnehmenden Personen waren im Vergleich zu den Nicht-Teilnehmenden signifikant älter, häufiger weiblich und vermehrt deutsche Staatsangehörige. Zudem wiesen die Befragungsteilnehmenden insgesamt günstigere Werte beim Einkommen, der Beschäftigungsdauer und der Arbeitslosengeldbezugsdauer im Monat der Randomisierung auf. Sie bezogen in den letzten drei Jahren durchschnittlich auch für einen kürzeren Zeitraum Arbeitslosengeld I und II. Die durchschnittliche Bezugsdauer von Krankengeld in den letzten drei Jahren und im Monat der Randomisierung war bei den Teilnehmenden der Befragung allerdings signifikant höher. Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe, die an der Befragung teilnahmen, waren im Vergleich zu den Teilnehmenden der Kontrollgruppe, die an der Befragung teilgenommen hatten, gesundheitlich und wirtschaftlich etwas vulnerabler. Sie waren häufiger weiblich und hatten einen höheren RI-EMR-Wert, ein niedrigeres Einkommen und eine kürzere Beschäftigungsdauer im Monat der Randomisierung. Zudem bezogen sie in den letzten drei Jahren häufiger mit moderater Bezugsdauer Arbeitslosengeld.

Ein Jahr nach der randomisierten Zuweisung berichteten Teilnehmende der Interventionsgruppe eine signifikant höhere Informiertheit über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe an der Gesellschaft (Tab. 12). Diese Unterschiede waren allerdings gering. In den übrigen Bereichen, einschließlich Arbeitsfähigkeit, psychischer Gesundheit, Lebensqualität und Arztbesuchen, gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. In Bezug auf die Erwerbstätigkeit war der Anteil der Erwerbstätigen nach zwölf Monaten in beiden Gruppen nahezu gleich. Auch der Anteil von krankgeschriebenen Personen war in beiden Gruppen ähnlich. Die vollständigen Ergebnisse sind dem Anhang des Berichtes der wissenschaftlichen Begleitung zu entnehmen.

Tab. 11: Tertiäre kontinuierliche Zielkriterien zwölf Monate nach randomisierter Zuweisung für Interventionsgruppe und Kontrollgruppe sowie Mittelwertdifferenz (adjustierte Analyse mit mehrfach imputierten Daten)

	IG *(n = 1137)*	*KG* *(n = 1226)*			
	AAP (SE)	*AAP (SE)*	*MD*	*95-%-KI*	*p*
Informiertheit über medizinische Rehabilitation	3,0 (0,05)	2,9 (0,05)	0,06	−0,08 bis 0,20	0,43
Informiertheit über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	2,8 (0,05)	2,6 (0,05)	0,22	0,07 bis 0,36	0,003
Informiertheit über unterhaltssichernde Leistungen	3,5 (0,05)	3,4 (0,05)	0,07	−0,06 bis 0,20	0,28
Informiertheit über Leistungen zur Teilhabe an der Gesellschaft	2,4 (0,05)	2,2 (0,05)	0,19	0,04 bis 0,33	0,012
Work Ability Score	5,5 (0,08)	5,4 (0,08)	0,12	−0,11 bis 0,35	0,29
Gefährdung der Erwerbstätigkeit	1,5 (0,03)	1,6 (0,03)	−0,07	−0,16 bis 0,02	0,13
Arbeitsunfähigkeit in Wochen	12,1 (0,44)	11,8 (0,43)	0,32	−0,90 bis 1,53	0,61
Arztbesuche	10,4 (0,35)	10,7 (0,34)	−0,29	−1,26 bis 0,68	0,56

	IG *(n = 1137)*	*KG* *(n = 1226)*			
	AAP (SE)	*AAP (SE)*	*MD*	*95-%-KI*	*p*
Beeinträchtigungen der Teilhabe	23,6 (0,59)	24,3 (0,57)	−0,63	−2,25 bis 0,98	0,44
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	0,7 (0,01)	0,7 (0,01)	0,01	−0,01 bis 0,03	0,48
Depressivität	0,9 (0,03)	1,0 (0,03)	−0,05	−0,13 bis 0,03	0,20
Phobische Ängste	0,5 (0,02)	0,6 (0,02)	−0,05	−0,12 bis 0,01	0,12
Interaktionelle Schwierigkeiten	1,1 (0,03)	1,1 (0,03)	−0,07	−0,15 bis 0,02	0,12
Stresserleben	18,3 (0,23)	18,6 (0,22)	−0,29	−0,92 bis 0,33	0,36
Soziale Unterstützung	3,8 (0,03)	3,9 (0,03)	−0,03	−0,10 bis 0,05	0,46
Zufriedenheit: Gesundheit	4,5 (0,08)	4,5 (0,08)	0,02	−0,20 bis 0,25	0,84
Zufriedenheit: berufliche Situation	4,9 (0,10)	5,1 (0,09)	−0,14	−0,40 bis 0,13	0,32
Zufriedenheit: finanzielle Situation	4,9 (0,09)	5,1 (0,08)	−0,14	−0,38 bis 0,10	0,24
Zufriedenheit: Wohnsituation	7,5 (0,08)	7,6 (0,08)	−0,14	−0,37 bis 0,09	0,23
Zufriedenheit: Familienleben	7,5 (0,09)	7,4 (0,09)	0,05	−0,19 bis 0,30	0,66
Zufriedenheit: Freundes- und Bekanntenkreis	7,1 (0,08)	7,1 (0,08)	0,04	−0,19 bis 0,27	0,72
Zufriedenheit: Freizeit	6,1 (0,09)	6,1 (0,09)	0,01	−0,23 bis 0,25	0,94
Allgemeine Lebenszufriedenheit	6,2 (0,08)	6,1 (0,07)	0,13	−0,07 bis 0,34	0,21

Schätzung erfolgte mit mehrfach imputierten Daten für alle teilnehmenden Personen der Nachbefragung. Das Team der wissenschaftlichen Begleitung nutzte lineare Regressionen und kontrollierte für alle administrativen Daten zur Stichprobenbeschreibung. AAP, Average adjusted prediction (vorhergesagte Wahrscheinlichkeit); IG, Interventionsgruppe; KG, Kontrollgruppe; KI, Konfidenzintervall; SE, Standardfehler; MD, Mittelwertdifferenz.

Tab. 12: Tertiäre binäre Zielkriterien zwölf Monate nach randomisierter Zuweisung für Interventionsgruppe und Kontrollgruppe (adjustierte Analyse mit mehrfach imputierten Daten)

	IG *(n = 1137)*	*KG* *(n = 1226)*			
	AAP (SE)	*AAP (SE)*	*RD*	*95-%-KI*	*p*
Erwerbstätig: ja	76,2 (1,1)	76,0 (1,1)	0,21	−2,76 bis 3,18	0,89
Arbeitsunfähigkeit: ja	26,6 (1,3)	26,0 (1,2)	0,56	−2,98 bis 4,10	0,76

Schätzung erfolgte mit mehrfach imputierten Daten für alle teilnehmenden Personen der Nachbefragung. Das Team der wissenschaftlichen Begleitung nutzte logistische Regressionen und kontrollierte für alle administrativen Daten zur Stichprobenbeschreibung. AAP, Average adjusted prediction (vorhergesagte Wahrscheinlichkeit); IG, Interventionsgruppe; KG, Kontrollgruppe; KI, Konfidenzintervall; SE, Standardfehler; MD, Mittelwertdifferenz.

Per-Protocol-Analyse

Zusätzlich zur Intention-to-treat-Analyse wurde eine Per-Protocol-Analyse für das primäre Zielkriterium durchgeführt, um die Effekte der Intervention gezielt bei den Teilnehmenden zu untersuchen, die tatsächlich ein Fallmanagement in Anspruch genommen hatten. Der Vergleich der beiden Gruppen anhand der vor Beginn der Intervention verfügbaren administrativen Daten identifizierte mehrere signifikante Unterschiede zwischen den Teilnehmenden des Fallmanagements und der Kontrollgruppe (Tab. 13). Die Beschäftigungsdauer im Monat der Randomisierung war in der Fallmanagementgruppe mit durchschnittlich 18,6 Tagen kürzer als in der Kontrollgruppe mit 20,6 Tagen. Zudem bezogen die Teilnehmenden des Fallmanagements in diesem Monat deutlich länger Krankengeld. Auch über die letzten drei Jahre hinweg wurde für die Teilnehmenden des Fallmanagements ein längerer Krankengeldbezug beobachtet: Sie bezogen häufiger mindestens 30 Tage Krankengeld als die Kontrollgruppe. Das kumulierte Einkommen der letzten drei Jahre war in der Fallmanagementgruppe höher. Der Anteil der Personen, die in diesem Zeitraum mindestens 625 Tage Arbeitslosengeld II bezogen hatten, war geringer als in der Kontrollgruppe.

Tab. 13: Vergleich von Teilnehmenden des Fallmanagements und Kontrollgruppe

IG, Interventionsgruppe; KG, Kontrollgruppe; RI-EMR, Risikoindex Erwerbsminderungsrente; * Kumulierter Wert der drei vorangegangenen Kalenderjahre.

	Fallmanagement *(n = 277)*		*KG* *(n =5300)*		
	n	*% oder M (SD)*	*n*	*% oder M (SD)*	*p*
RI-EMR	277	80,5 (20,2)	5300	80,6 (24,0)	0,94
Geschlecht	277		5300		0,25
Weiblich	134	48,4 %	2376	44,8 %	
Männlich	143	51,6 %	2924	55,2 %	

	Fallmanagement (n = 277)		*KG* (n =5300)		
	n	*% oder M (SD)*	*n*	*% oder M (SD)*	*p*
Alter	277	51,5 (7,4)	5300	50,9 (8,5)	0,23
Staatsangehörigkeit	277		5300		0,12
Deutsch	268	96,8 %	5013	94,6 %	
Nicht-deutsch	9	3,2 %	287	5,4 %	
Beschäftigungsdauer im Monat der Randomisierung	277	18,6 (14,5)	5300	20,6 (13,8)	0,023
Bezugsdauer von Krankengeld im Monat der Randomisierung	277	7,6 (12,6)	5300	4,0 (9,9)	< 0,001
Bezugsdauer von Arbeitslosengeld im Monat der Randomisierung	277	3,0 (8,7)	5300	3,0 (8,7)	0,94
Entgelt in Euro*	277	70.985 (37.087)	5300	65.202 (37.029)	0,011
Bezugsdauer von Krankengeld*	277		5300		0,005
1–29 Tage	7	2,5 %	363	6,8 %	
Mindestens 30 Tage	270	97,5 %	4937	93,2 %	
Bezugsdauer von Arbeitslosengeld*	277		5300		0,41
Keine	208	75,1 %	5300	73,1 %	
1–130 Tage	33	11,9 %	581	11,0 %	
Mindestens 131 Tage	36	13,0 %	844	15,9 %	
Bezugsdauer von Arbeitslosengeld II*	277		5300		< 0,001
Keine	230	83,0 %	5300	77,8 %	
1–624 Tage	41	14,8 %	695	13,1 %	
Mindestens 625 Tage	6	2,2 %	480	9,1 %	

Das absolute Risiko einer Teilhabeleistung lag für die an der Fallmanagementintervention teilnehmenden Personen in der Per-Protocol-Analyse bei 35,7 % statt den 5,4 %, die in der Kontrollgruppe

beobachtet wurden. Die Risikodifferenz zwischen beiden Gruppen betrug 30,3 Prozentpunkte (95-%-KI: 24,6 bis 35,9). Das Risiko für eine bewilligte Teilhabeleistung erhöhte sich für die Teilnehmenden des Fallmanagements um das 8-Fache (HR = 7,80; 95-%-KI: 6,21 bis 9,81; p < 0,001) bzw. bei vollständiger Kontrolle verfügbarer administrativer Variablen um das 6-Fache (HR = 5,65; 95-%-KI: 4,46 bis 7,14; p < 0,001). Die Entwicklung der kumulierten Risiken für beide Gruppen ist in Abb. 6 dargestellt.

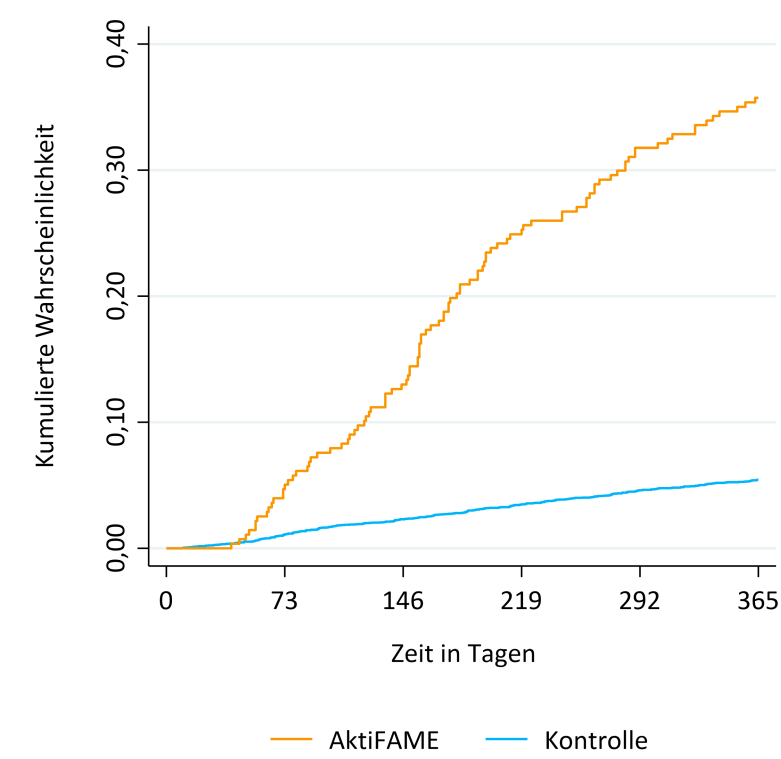


Abb. 6: Kumuliertes Risiko einer bewilligten Teilhabeleistung innerhalb von zwölf Monaten (Per-Protocol-Analyse)

Prä-Post-Analyse der Teilnehmenden am Fallmanagement

Die Veränderungen für die Teilnehmenden des Fallmanagements zwischen der Ersterhebung und dem 12-Monats-Follow-up sind in Tab. 14 ausgewiesen. Es konnten keine signifikanten Veränderungen hinsichtlich der Erwerbstätigkeit und der aktuellen Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden. Der Krankengeldbezug reduziert sich statistisch signifikant um knapp drei Tage im Monat. Bei den tertiären Zielkriterien zeigte sich ein signifikanter Anstieg der Informiertheit über Teilhabeleistungen in allen abgefragten Bereichen. Darüber hinaus wurde im Verlauf der zwölf Monate eine signifikante Verbesserung bei der Depressivität und dem Stresserleben sowie eine verschlechterte finanzielle Zufriedenheit festgestellt. Für alle weiteren untersuchten Zielgrößen konnten keine statistisch signifikanten Veränderungen beobachtet werden.

Tab. 14: Veränderungsergebnisse zu Beschäftigung, sekundären und tertiären Zielkriterien

N, Anzahl der Fälle; M; Mittelwert; MD; Mittelwertdifferenz; SE, Standardfehler.

	Baseline		*12-Monats-Follow-up*			
	n	*% oder M (SE)*	*n*	*% oder M (SE)*	*MD*	*p*
Beschäftigungsergebnisse						
Erwerbstätigkeit	259					0,22

	Baseline		*12-Monats-Follow-up*			
	n	*% oder M (SE)*	*n*	*% oder M (SE)*	*MD*	*p*
Ja	194	74,9 %	184	70,9 %		
Nein	65	25,1 %	75	29,1 %		
Aktuelle Arbeitsunfähigkeit	256					0,60
Ja	84	33,0 %	91	35,5 %		
Nein	172	67,0 %	165	64,5 %		
Sekundäre Zielkriterien						
Beschäftigung in Tagen	277	18,6 (0,9)		17,6 (0,9)	1,0	0,19
Krankengeldbezug in Tagen	277	7,6 (0,8)		4,8 (0,7)	2,7	0,003
Arbeitslosengeldbezug in Tagen	277	3,0 (0,5)		4,4 (0,6)	−1,4	0,07
Tertiäre Zielkriterien						
Informiertheit über medizinische Rehabilitation	254	2,8 (0,1)		3,7 (0,12)	0,95	< 0,001
Informiertheit über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	256	2,3 (0,1)		3,3 (0,12)	0,97	< 0,001
Informiertheit über unterhaltssichernde Leistungen	255	3,3 (0,09)		3,9 (0,11)	0,63	< 0,001
Informiertheit über Leistungen zur Teilhabe an der Gesellschaft	255	1,9 (0,11)		2,9 (0,13)	1,00	< 0,001
Work Ability Score	253	4,4 (0,17)		4,6 (0,20)	0,13	0,51
Gefährdung der Erwerbstätigkeit	253	1,8 (0,06)		1,7 (0,08)	−0,11	0,19
Arbeitsunfähigkeit in Wochen	254	20,1 (1,35)		20,3 (1,35)	0,18	0,92
Arztbesuche	260	15,4 (0,92)		15,1 (0,92)	−0,24	0,84
Beeinträchtigungen der Teilhabe	259	31,3 (1,17)		29,6 (1,33)	−1,70	0,16
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	256	0,6 (0,02)		0,6 (0,02)	0,00	0,83

	Baseline		*12-Monats-Follow-up*			
	n	*% oder M (SE)*	*n*	*% oder M (SE)*	*MD*	*p*
Depressivität	258	1,3 (0,06)		1,2 (0,07)	−0,16	0,018
Phobische Ängste	258	0,7 (0,05)		0,6 (0,06)	−0,06	0,16
Interaktionelle Schwierigkeiten	259	1,4 (0,07)		1,3 (0,07)	−0,06	0,36
Stresserleben	257	21,5 (0,47)		19,9 (0,53)	−1,63	0,002
Soziale Unterstützung	260	3,7 (0,06)		3,8 (0,07)	0,05	0,40
Zufriedenheit: Gesundheit	259	3,6 (0,16)		3,7 (0,19)	0,12	0,57
Zufriedenheit: berufliche Situation	257	3,6 (0,20)		3,8 (0,20)	0,12	0,61
Zufriedenheit: finanzielle Situation	259	4,7 (0,19)		4,2 (0,19)	−0,50	0,010
Zufriedenheit: Wohnsituation	258	7,4 (0,18)		7,1 (0,18)	−0,25	0,21
Zufriedenheit: Familienleben	258	7,2 (0,18)		7,1 (0,18)	−0,03	0,86
Zufriedenheit: Freundes- und Bekanntenkreis	257	6,8 (0,17)		6,6 (0,17)	−0,20	0,32
Zufriedenheit: Freizeit	258	5,7 (0,17)		5,8 (0,17)	0,05	0,83
Allgemeine Lebenszufriedenheit	257	5,5 (0,15)		5,6 (0,15)	0,11	0,53

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

3.1 Erreichung der Zielpopulation

Die Erreichung der Zielpopulation einer Intervention ist ein wichtiger Indikator für eine erfolgreiche Umsetzung [20]. Unterschiede zwischen intendierter und erreichter Zielgruppe können die Wirksamkeit einer Intervention beeinträchtigen [13, 35, 36]. Die an der Intervention teilnehmenden Personen waren sowohl in ihrer Gesundheit als auch in ihrer Arbeitsfähigkeit stark beeinträchtigt. Dies äußerte sich u. a. in einer als sehr ungünstigen selbsteingeschätzten Arbeitsfähigkeit, langen Fehlzeiten und überwiegend schlechter allgemeiner und funktionaler Gesundheit der Teilnehmenden. Viele Teilnehmende berichteten über multiple Beeinträchtigungen. Auch im Vergleich zu Nicht-Teilnehmenden zeigten sich diese Unterschiede deutlich: Die Personen, die sich für ein Fallmanagement entschieden, hatten eine längere Krankengeldbezugsdauer und eine kürzere vorherige Beschäftigungszeit. Die gelungene Ansprache und Erreichung der Zielgruppe, für die die Intervention ursprünglich entwickelt wurde, weist auf eine erfolgreiche Implementierung und Umsetzung der Strategie hin [20].

Die Rücklaufquote auf die erste postalische Einladung in der Erprobungsphase von etwa 10 % war gering, aber im erwarteten Bereich. Die geringe Antwortrate ist darauf zurückzuführen, dass der Risikoindex Erwerbsminderungsrente zwar ein erhöhtes Risiko für den Bezug einer Erwerbsminderung anzeigt, dies aber nicht gleichbedeutend mit einer tatsächlichen gesundheitlichen Einschränkung oder verringerter Arbeitsfähigkeit ist. Nicht alle kontaktierten Personen hatten damit notwendigerweise einen aktuellen Bedarf an unterstützenden Leistungen.

Für die randomisierte kontrollierte Studie wurden die Informationsmaterialien überarbeitet. Das Informationsmaterial wurde vereinfacht, klarer an der Selbstbestimmungstheorie ausgerichtet und ansprechender gestaltet [37]. Die Rücklaufquoten nach dem Telefonanruf und dem Erstgespräch waren akzeptabel.

Im Rahmen der Hauptstudie wurden 5300 Personen über AktiFAME informiert und für 277 Personen wurde ein Fallmanagement realisiert. Angesichts des Vorhersagewerts von rund 10 % für den Bezug einer Erwerbsminderungsrente bei hohen Risikoindexwerten, wurde der Anteil von 5,2 % der kontaktierten Personen, die tatsächlich ein Fallmanagement erhielten, als angemessen bewertet, denn: Das proaktive Fallmanagement erreicht – wie in den Ergebnissen dargestellt - nachweislich eine besonders belastete Gruppe.

3.2 Umsetzung der Intervention

Neben der Erreichung der Zielgruppe ist auch der Umfang, in dem der Inhalt einer Intervention umgesetzt wurde, eine wichtige Größe zur Beurteilung der Implementierung [20]. Frühere Studien haben Face-to-Face-Kontakte mit Personen, die die Rückkehr in Arbeit koordinieren (z. B. Fallmanager*innen), die gemeinsame Identifikation von Barrieren und unterstützenden Faktoren als wichtige Förderfaktoren für die Rückkehr zur Arbeit identifiziert [16]. Die Teilnehmenden waren sehr zufrieden mit den Fallmanager*innen sowohl mit der Beziehung zu ihnen als auch mit ihrer Kompetenz. Darüber hinaus verweist eine Übersichtsstudie von Soler-Font et al. [38] darauf, dass in Fallmanagementstudien die am häufigsten beschriebenen Aufgaben von Fallmanager*innen eine gemeinsame Zielentwicklung und die Planung der Rückkehr zur Arbeit sind. Dies waren auch wichtige Bestandteile dieses Fallmanagements, das von den Teilnehmenden fast ausnahmslos als gut umgesetzt bewertet wurde.

Erkenntnisse aus der Erprobungsphase

Die Prozessevaluation der Erprobungsphase zeigte jedoch auch, dass die Bedarfsanalyse gemäß der International Classification of Functioning, Disability and Health, die zu Beginn des Fallmanagements durch die Fallmanager*innen hätte durchgeführt werden sollen, nur selten dokumentiert wurde.

Eine gemeinsame Diskussion dieses Ergebnisses mit den Fallmanager*innen ergab, dass in vielen Fällen die Bedarfsanalyse und Zielsetzung weniger formalisiert durchgeführt wurden. In einigen Fällen verwendeten die Fallmanager*innen nicht die standardisierten Vorlagen, die im Projekt gemeinsam entwickelt wurden. Sie dokumentierten daher auch nicht deren Anwendung. Dies reduzierte die im Projekt bestimmte Umsetzungstreue. Nichtsdestotrotz bestätigten die Teilnehmenden in den Fragebögen, dass Bedarfsanalyse und Zielsetzung hervorragend durchgeführt wurden.

Aus den behandelten Themen ging hervor, dass sich die Teilnehmenden hauptsächlich auf Informationen und Beratung zur medizinischen Rehabilitation, Unterstützung bei der Beantragung von medizinischer Rehabilitation sowie Informationen und Beratung zur Rückkehr zur Arbeit oder der Arbeitsfähigkeit konzentrierten. Eine detailliertere Beurteilung, wie das ICF-Core-Set für berufliche Rehabilitation [39], hätte möglicherweise zusätzliche Herausforderungen und Schwierigkeiten identifiziert, die im Fallmanagement hätten angesprochen werden können.

Die Analyse der während der Erprobungsphase erbrachten Dosis zeigte auch, dass bei knapp einem Drittel der Teilnehmenden das Abschlussgespräch nicht durchgeführt wurde. In Übereinstimmung mit den besprochenen und dokumentierten Themen berichteten die Fallmanager*innen, dass einige Teilnehmende das Fallmanagement nur in Anspruch nahmen, um bei der Beantragung von Rehabilitationsleistungen unterstützt zu werden. Auch fehlende zeitliche Ressourcen aufgrund von Vollzeitarbeit der Teilnehmenden wurden als Gründe dafür benannt, dass kein Abschlussgespräch stattfand. In diesen Fällen endete die Intervention unmittelbar nach der Bewilligung und dem Beginn der Rehabilitation. Obwohl die erbrachte Dosis für diese Personen nicht zufriedenstellend war, wurde dennoch ein wichtiges Ziel des Fallmanagements erreicht. Insgesamt konnte davon ausgegangen werden, dass die gemeinsame Entwicklung des Inhalts, der Materialien und der Dokumentation den Rahmen des Fallmanagements angemessen und transparent definierte. Dies ermöglichte es, Umsetzungsfehler und Probleme aufzudecken und diese für die randomisierte kontrollierte Studie anzupassen. Der regelmäßige Austausch mit den Fallmanager*innen alle zwei Wochen half dabei, mögliche Umsetzungsprobleme frühzeitig zu identifizieren und Lösungen für eine praktikable Umsetzung zu erarbeiten.

Umsetzung der Inhalte des Fallmanagements in der Hauptstudienphase

Die Fallmanager*innen gaben an, dass in den Fallmanagements am häufigsten die Beantragung medizinischer Rehabilitation, Strategien zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt oder Arbeitsplatzsicherung sowie Beratung zu unterstützenden Ressourcen thematisiert wurden. Diese Themen deckten sich mit den Angaben der Teilnehmenden zu den erhaltenen Informationen und spiegeln den bedarfsgerechten Zuschnitt der Intervention wider. Auch auf Umsetzungsebene zeigte sich eine hohe Qualität: Die Fallmanager*innen setzten die Interventionsbausteine präzise um. Mit einer durchschnittlichen Umsetzungstreue von mindestens 80 % bei telefonischen Kontakten, Erstgesprächen und dem Fallmanagement war die Umsetzungstreue im Vergleich zur Machbarkeitsstudie nochmals verbessert [30].

Die multimodale Intervention wurde von den Teilnehmenden durchweg positiv bewertet. Die Bewertungen in der Hauptstudie liegt in allen Bereichen tendenziell etwas höher als in der Erprobungsphase [30], was auf eine verbesserte Umsetzung und ein insgesamt verbessertes Fallmanagement hinweist. Mehr als 92 % empfanden ihre Teilnahme an AktiFAME als lohnenswert. Die positive Bewertung durch die Teilnehmenden unterstreicht die Relevanz und Passgenauigkeit der Intervention für die erreichte Zielgruppe. Das hohe Maß an Zufriedenheit lässt sich zum einen auf den individualisierten Ansatz des Fallmanagements und die zu Beginn durchgeführte mehrdimensionale Bedarfsanalyse zurückführen. Zum anderen spielt die positiv bewertete Beziehung zu den Fallmanager*innen eine entscheidende Rolle. Studien belegen die Bedeutung einer vertrauensvollen und unterstützenden Beziehung zwischen Fachkräften wie Fallmanager*innen und Betroffenen für den Erfolg von Interventionen [5, 16, 41]. Es kann davon ausgegangen werden, dass die positive Wahrnehmung nicht nur durch die fachliche Kompetenz der Fallmanager*innen, sondern auch durch die Möglichkeit, individuelle Fragen zu stellen und Lösungen zu erarbeiten, gefördert wurde. Die Teilnehmenden wurden von Beginn an in den Entscheidungsprozess eingebunden und konnten konkrete, auf ihre Lebensrealität abgestimmte Handlungsschritte entwickeln. Dies deckt sich mit Implikationen der Selbstbestimmungstheorie, die Autonomie, Kompetenz und soziale Eingebundenheit als entscheidende Determinanten intrinsischer Motivation beschreibt [37].

Die Intervention hatte einen signifikanten Einfluss auf das Wissen der Teilnehmenden über sozialrechtliche Leistungen und Möglichkeiten der Rehabilitation. Dies förderte frühzeitige und informationsbasierte Entscheidungen und führte dazu, dass über die Hälfte der Teilnehmenden tatsächlich Leistungen wie medizinische oder berufliche Rehabilitation in Anspruch nahm. Auch diese Ergebnisse decken sich mit den Erkenntnissen aus der Machbarkeitsstudie [30]. Die verbesserte Informiertheit ist besonders mit Blick auf langfristige Teilhabe und Eigenverantwortung im Umgang mit Gesundheitsproblemen relevant und deutet darauf hin, dass die proaktive, frühe Intervention den Zugang zu wesentlichen Rehabilitations- und Gesundheitsdiensten für chronisch kranke Menschen verbessert haben könnte. Auch die subjektive Zielerreichung wurde von den Teilnehmenden hoch eingeschätzt – ein Indikator, der in der Literatur für die gelungene und zielgerichtete Umsetzung der Intervention spricht und einen entscheidenden Einfluss auf die Wirksamkeit von Interventionen haben kann [20].

3.3 Zwischenfazit: Erkenntnisse aus der Prozessevaluation

Zusammengefasst zeigten die Ergebnisse der Prozessevaluation, dass die Umsetzung der Strategie in der Praxis erfolgreich war, insbesondere in Bezug auf die Erreichung der intendierten Zielgruppe, die hohe Umsetzungstreue der definierten Inhalte der Maßnahme durch die Fallmanager*innen, die hohe Zufriedenheit der Teilnehmenden und die Verbesserung der Informiertheit der Teilnehmenden über relevante Unterstützungsangebote. Dadurch konnte die Beantragung von Rehabilitationen wahrscheinlich unterstützt werden. Ein kausaler Schluss auf durch das Fallmanagement zusätzlich durchgeführte Rehabilitationen in der erreichten Gruppe und auf langfristige Effekte wie die Verbesserung der Erwerbsfähigkeit und die Reduktion von Fehlzeiten bedarf allerdings einer Klärung, durch die ergänzend durchgeführte randomisierte kontrollierte Studie [29]. Im Rahmen der Prozessevaluation stand die Umsetzbarkeit der Intervention im Vordergrund.

Trotz dieser Einschränkung weist die Studie mehrere Stärken auf. Erstens wurden die in der Machbarkeitsstudie identifizierten Limitationen, wie etwa die Stichprobengröße, das Studiendesign und die Umsetzungstreue des Fallmanagements, erfolgreich adressiert. Dies stärkt die Validität der Ergebnisse. Zweitens trugen die individualisierte Bedarfsanalyse zu Beginn des Fallmanagements und die vertrauensvolle Beziehung zu den Fallmanager*innen maßgeblich zur außergewöhnlich hohen Zufriedenheit der Teilnehmenden bei. Drittens ermöglichte auch der weitere kontinuierliche Austausch mit den Fallmanager*innen eine fortlaufende Anpassung und Verbesserung der Interventionsstrategie.

3.4 Wirksamkeit der Gesamtstrategie

Mithilfe des Risikoindex Erwerbsminderungsrente konnten insgesamt 10.600 Personen mit wahrscheinlich gefährdeter Erwerbsfähigkeit in die randomisierte kontrollierte Studie der Universität zu Lübeck eingeschlossen werden, die die Wirksamkeit der Gesamtstrategie prüfte. Die in die Studie eingeschlossenen Personen waren im Vergleich zur Gesamtbevölkerung gesundheitlich und arbeitsmarktbezogen deutlich eingeschränkt. Ein hoher Anteil bezog zum Zeitpunkt der Randomisierung Krankengeld, viele Teilnehmende hatten bereits Erfahrung mit Arbeitslosigkeit und über 93 % hatten in den letzten drei Jahren mindestens 30 Tage Krankengeld bezogen. Die Interventions- und Kontrollgruppe waren dabei hinsichtlich zentraler soziodemografischer und arbeitsmarktbezogener Merkmale vergleichbar.

Die randomisierte kontrollierte Studie sollte klären, ob die implementierte Mehrkomponentenstrategie die Inanspruchnahme von Rehabilitationen bei Personen steigern kann, die ein erhöhtes Risiko für den Bezug einer Erwerbsminderungsrente hatten. Die Ergebnisse zeigen, dass die Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit einer bewilligten Rehabilitation hatte. Die Intervention führte zu einem signifikanten Anstieg innerhalb eines Jahres um 1,5 Prozentpunkte (von 5,4 % auf 6,9 %). Im Kontext bevölkerungsbezogener Public-Health-Maßnahmen kann dies als ein relevanter Effekt gewertet werden [42]. Dies gilt umso mehr, als dass sich dieser Effekt aufgrund des Studiendesigns unter realen Bedingungen zeigte. Der Befund bestätigt, dass eine gezielte Informations- und Unterstützungsstrategie wirksam sein kann, um Zugangsbarrieren zur Rehabilitation zu reduzieren. Das Modellprojekt AktiFAME unterstützte damit nachweislich das sozialpolitische Ziel „Rehabilitation vor Rente“ (§ 9 Abs. 1 SGB VI) und erreichte ein zentrales Ziel des Bundesförderprogramms rehapro: die Stärkung der Rehabilitation.

Besonders deutlich zeigte sich die Wirksamkeit in der Per-Protocol-Analyse bei jenen Personen, die tatsächlich am Fallmanagement teilgenommen hatten. Für diese erhöhte sich die Wahrscheinlichkeit einer bewilligten Rehabilitation um mehr als 30 Prozentpunkte. Dieser sehr starke Effekt unterstreicht, dass das Fallmanagement – als eine zentrale Komponente der Intervention – besonders wirksam ist. Dieses Ergebnis ist konsistent mit den Ergebnissen anderer aktueller Studien, die die Bedeutung und Wirksamkeit von Fallmanagementinterventionen im Kontext der beruflichen Wiedereingliederung und Arbeitsplatzsicherung untersuchten und die Notwendigkeit eines frühzeitigen und koordinierten, maßgeschneiderten Unterstützungssystems nahelegen [14, 15]. Zack et al. [14] zeigten klare Unterschiede hinsichtlich des Ausmaßes der beruflichen Wiedereingliederung zugunsten einer frühen Fallmanagementintervention nach einem Herzinfarkt. Das Fallmanagement war individuell auf die Bedürfnisse der Teilnehmenden abgestimmt und unterstützte mit verschiedenen Komponenten die berufliche Wiedereingliederung. Die Kontrollgruppe erhielt die übliche akutmedizinische und rehabilitative Standardbehandlung nach einem Herzinfarkt. Die Intervention erhöhte kurz- und mittelfristig die Wahrscheinlichkeit, die bisherige berufliche Tätigkeit aufrechtzuerhalten [14]. Ähnliche Ergebnisse wurden von Choi et al. [15] in einer randomisierten kontrollierten Studie berichtet, die in 22 deutschen Unternehmen ein koordinierendes Fallmanagement mit einer Selbstmanagementkontrollgruppe verglich. Die Gruppe mit koordiniertem Fallmanagement hatte bei der Nachuntersuchung im Vergleich zur Selbstmanagementkontrollgruppe geringere Beeinträchtigungen und reduzierte Schmerzintensitäten [15].

Im Gegensatz zu den berichteten Studienergebnissen, wurden in der vorliegenden Analyse der Zielkriterien keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich durchschnittlicher Indikatoren zur Erwerbsintegration (Beschäftigungstage, Bezugsdauer von Krankengeld oder Arbeitslosengeld) beobachtet. Dies deutet darauf hin, dass die Intervention keine kurzfristigen Effekte auf die Erwerbstätigkeit hatte. Auch hinsichtlich des Zielkriteriums Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente zeigte sich nach zwölf Monaten kein signifikanter Gruppenunterschied. Naheliegend ist jedoch, dass bei einer durchschnittlich 35-wöchigen komplexen Intervention erst eine längere Nachbeobachtung aufzeigen kann, ob die Intervention langfristige Veränderungen dieser Zielkriterien erreichen kann [40].

Gleiches zeigte sich für die patientenberichteten arbeitsbezogenen, gesundheitlichen und psychosozialen Zielkriterien (tertiäre Zielkriterien). Einzig die Informiertheit über Teilhabeleistungen war bei der Interventionsgruppe signifikant erhöht im Vergleich zur Kontrollgruppe. Allerdings waren diese Effekte gering und hatten keinen Einfluss auf andere gesundheitsbezogene oder arbeitsmarktbezogene Ergebnisse. Dennoch zeigten sich in der Interventionsgruppe bei vielen Parametern – wenn auch nur geringfügig – positive Veränderungen in die gewünschte Richtung im Vergleich zur Kontrollgruppe. Auch wenn diese Effekte keine statistische Signifikanz erreichten, erscheinen die beobachteten Unterschiede zwischen den Gruppen erwähnenswert. Sie könnten auf erste Anzeichen langfristiger Veränderungsprozesse hinweisen.

Geringfügige Verbesserungen bei Depressivitätswerten und Stresserleben im Prä-Post- Vergleich für die Personen, die am Fallmanagement teilgenommen hatten, deuten auf mögliche positive Effekte auf gesundheitsbezogene Faktoren hin, sollten jedoch nicht kausal interpretiert werden. Auch der signifikant geringere Krankengeldbezug nach zwölf Monaten weist in diese Richtung. Zudem zeigte sich bei den Teilnehmenden des Fallmanagements eine deutlichere Steigerung des Wissens über Teilhabeleistungen – und zwar signifikant für alle vier abgefragten Leistungsarten. Dennoch bleibt offen, warum trotz der intensiven Begleitung keine signifikanten Verbesserungen der gesundheits- und arbeitsbezogenen Zielkriterien und sogar eine signifikant verschlechterte Zufriedenheit mit der finanziellen Situation beobachtetet wurden. Zum einen ist auffällig, dass insbesondere Personen mit längeren Krankengeldbezügen und weniger Beschäftigungstagen im Vergleich zur restlichen Interventionsgruppe ein Fallmanagement begannen. Dies weist auf eine starke gesundheitliche Belastung hin. Zum anderen könnte die intensive Auseinandersetzung mit individuellen Problemlagen im Fallmanagement zu einem differenzierten Bewusstsein für eigene gesundheitliche und psychosoziale Herausforderungen geführt haben, wodurch bislang ausgeblendete Belastungen stärker wahrgenommen wurden. Dies unterstreicht nochmals die komplexe Wechselwirkung zwischen der Inanspruchnahme von Leistungen und dem subjektiven Erleben. Auch könnten angestoßene Leistungen wie die medizinische Rehabilitation oder eine berufliche Neuorientierung, zu der u. a. die Auflösung des Arbeitsverhältnisses zählt, in manchen Fällen zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht abgeschlossen gewesen sein.

Zusammenfassung Wirksamkeit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die komplexe Intervention in der Lage war, die Rehabilitationsinanspruchnahme bei einer gefährdeten Personengruppe signifikant zu steigern. Die randomisierte kontrollierte Studie belegte dabei den zusätzlichen Effekt der Projektstrategie. Primär zeigt sich also eine Wirksamkeit bezogen auf dieses definierte Ziel. Die Ergebnisse legen nahe, dass insbesondere die zielgerichtete, persönliche Begleitung durch das Fallmanagement ein wirksames Element der Gesamtstrategie darstellt. Effekte auf Erwerbsverläufe oder weitere sekundäre und tertiäre gesundheitsbezogene Zielkriterien blieben im Beobachtungszeitraum allerdings aus.

Die Ergebnisse der Studie sind unter Berücksichtigung folgender Limitationen zu bewerten. Erstens konnten die Effekte nur im Rahmen des Beobachtungszeitraums von zwölf Monaten ab Studieneinschluss bewertet werden. Zwar lag die komplexe Intervention selbst mit einer durchschnittlichen Dauer von 35 Wochen innerhalb dieses Zeitfensters, für eine Beurteilung der Effekte, vor allem auf die Erwerbsfähigkeit und den Übergang in Rente, sind jedoch Analysen mit längeren Nachbeobachtungszeiträumen erforderlich. Zukünftige Studien sollten daher einen erweiterten Nachbeobachtungszeitraum berücksichtigen. Zweitens erhielt nur ein Teil der Teilnehmenden in der Interventionsgruppe tatsächlich die vorgesehene Fallmanagementintervention. Die Teilnahme war freiwillig und nur ein Zwanzigstel der angeschriebenen Personen nutzte das Angebot. Zwar war eine Selbstselektion der Teilnehmenden intendiert, allerdings verdünnte dies den Effekt, der in der Gesamtpopulation beobachtet wurde, sehr deutlich. Drittens sind insbesondere bei der Interpretation der Befunde zu den tertiären Zielkriterien Verzerrungen wahrscheinlich, da sich die Teilnehmenden der Nachbefragung systematisch von den Nicht-Teilnehmenden unterschieden. Die wissenschaftliche Begleitung versuchte diesem durch statistische Adjustierung zu begegnen, konnte damit aber das Risiko verzerrter Schätzer für die tertiären Zielkriterien allenfalls reduzieren, nicht aber beseitigen.

Die Studie hat jedoch auch einige Stärken, die ihre Relevanz für die Versorgungsforschung unterstreichen. Besonders hervorzuheben sind erstens der große Stichprobenumfang sowie zweitens das gewählte Studiendesign, das eine Einschätzung der Wirksamkeit im tatsächlichen Versorgungskontext ermöglichte und daher die externe Validität der Ergebnisse stärkte [43]. Drittens konnte die Kontrollgruppe eingeschlossen werden, ohne über ihre Teilnahme an der Studie informiert zu sein. Dies vermeidet Placeboeffekte. Viertens ermöglichte die Verwendung administrativer Daten eine Analyse mit vollständigen Datensätzen für die primären und sekundären Zielkriterien.

4 Verstetigung vor Ort

4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung

Im Rahmen von AktiFAME haben sich mehrere Innovationen als besonders erfolgreich herausgestellt und die Implementierung, Umsetzung und Wirksamkeit der Maßnahme maßgeblich geprägt. Diese Ansätze bildeten zentrale Erfolgsfaktoren für das Modellvorhaben und können auch als richtungsweisend für zukünftige Maßnahmen betrachtet werden.

Innovation proaktiver Zugang

Erstens wurde in dem Modellvorhaben proaktiv auf eine gefährdete Zielgruppe zugegangen. Es konnte gezeigt werden, dass es mit dem Risikoindex möglich ist, gezielt Menschen mit wahrscheinlich gefährdeter Erwerbsfähigkeit gezielt anzusprechen und frühzeitig Unterstützung anzubieten. Es wurde nicht gewartet, bis Versicherte Anträge stellen, sondern über den Risikoindex Erwerbsminderungsrente Personen mit potenziellem Beratungsbedarf identifiziert und kontaktiert.

Mehrkomponentenansatz

Zweitens konnte durch den Mehrkomponentenansatz – einer Kombination von Datenscreening, Telefonkontakt und persönlichem Erstgespräch – die Zielgruppe präzise ausgewählt werden. Damit wurde genau die belastete und stark in ihrer beruflichen Teilhabe gefährdete Population erreicht, für die das Fallmanagement entwickelt wurde.

Individuelles Fallmanagement

Drittens zeichnete sich AktiFAME durch ein individuell zugeschnittenes Fallmanagement aus. Anstatt auf fragmentierte Unterstützung zurückzugreifen, erhielten die Teilnehmenden über einen Zeitraum von bis zu einem Jahr eine kontinuierliche, rechtskreisübergreifende Begleitung durch eine persönliche Fallmanager*in. Gemeinsam analysierten sie, was einer nachhaltigen beruflichen Integration im Wege stand, setzten individuelle Ziele und vereinbarten Lösungswege. Die Fallmanager*innen koordinierten die verschiedenen Leistungen und halfen bei den Anträgen. Bis zu 50 Stunden standen dafür zur Verfügung.

Zentrale Merkmale des Fallmanagements waren: Personenzentrierung, Sozialraumorientierung, Ganzheitlichkeit und vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Personenzentrierung: Zu Beginn des Fallmanagements wurde eine ganzheitliche mehrdimensionale Bedarfsanalyse durchgeführt, die auf die individuelle Situation und die individuellen Ziele des Versicherten einging. Neben der Vermittlung in Regelleistungen konnten auch andere Themen bearbeitet werden, die die Erwerbsfähigkeit gefährdeten.

Sozialraumorientierung: Der Ansatz orientierte sich an der Lebenswelt und dem Sozialraum der teilnehmenden Personen. Das Fallmanagement richtet sich gezielt an den Lebensrealitäten der Teilnehmenden aus. Alle Teilnehmenden erhielten eine persönliche Ansprechperson bei einem Fallmanagementanbieter in der jeweiligen Region. Die Fallmanager*innen waren mit den lokalen Unterstützungsangeboten vertraut und konnten so passgenaue Hilfe leisten. Durch die aufsuchende Arbeitsweise wurde gezielt auf das individuelle Umfeld der Teilnehmenden eingegangen.

Ganzheitlichkeit: In den Fallmanagements wurde eine große Vielfalt an Themen bearbeitet. Das Fallmanagement ging weit über die Beratung zu Rehabilitationsanträgen hinaus und umfasste auch fachärztliche und psychotherapeutische Anbindung, Krankheitsbewältigung sowie berufliche und gesellschaftliche Teilhabe. Die Fallmanager*innen folgten einem ganzheitlichen Ansatz, der die Menschen in den Mittelpunkt stellte und darauf abzielte, auf vielfältige Weise Unterstützung zu leisten – sei es im gesundheitlichen, beruflichen, sozialen oder finanziellen Bereich.

Vertrauensvolle Zusammenarbeit: Die vertrauensvolle und kooperative Arbeitsweise trug dazu bei, dass das Fallmanagement auf Augenhöhe stattfand. Individuelle Ziele wurden in der Bedarfsanalyse abgefragt und einbezogen. Durch die Zusammenarbeit mit externen Fallmanagementanbietern agierten die Fallmanager*innen als neutrale Gesprächspartner*innen außerhalb der Institution Rentenversicherung.

Enge Zusammenarbeit Projektbeteiligter

Viertens war die enge Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure ein wesentliches Kennzeichen von AktiFAME. Diese kooperative Arbeitsweise mit regelmäßigem Austausch aller Beteiligten ermöglichte eine kontinuierliche Abstimmung und schnelle Problemlösungen, die für die erfolgreiche Umsetzung des Fallmanagements unerlässlich waren. Herausforderungen ergaben sich vor allem durch die COVID-19-Pandemie, die persönliche Kontakte einschränkte und flexible Anpassungen erforderte. Alternative Kommunikationsformen wie Telefonate und Videotelefonie sicherten dennoch eine stabile Betreuung und bieten auch zukünftig eine wertvolle Ergänzung für eine flexible und bedarfsgerechte Umsetzung.

4.2 Verstetigung bei der Deutschen Rentenversicherung Nord

Bereits während der Projektlaufzeit begann das Projektteam, ausgehend von den positiven Zwischenergebnissen der Prozessevaluation, das Thema der Verstetigung mitzudenken. Im März 2023 fand eine Präsentation bei der Geschäftsführung der Deutschen Rentenversicherung Nord statt, bei der die Verstetigung des Projekts AktiFAME thematisiert wurde. Dabei wurde seitens der Geschäftsführung betont, dass eine Verstetigung grundsätzlich erwünscht ist. Für eine abschließende Entscheidung sollten jedoch die Endergebnisse abgewartet werden, zudem wurde als Voraussetzung genannt, dass die gesetzliche Grundlage für die Erbringung von AktiFAME als Regelleistung geklärt werden müsse. Eine interne juristische Bewertung kam zu dem Ergebnis, dass derzeit keine gesicherte Rechtsgrundlage zur Durchführung einer Leistung wie AktiFAME besteht.

Begründet wurde dies damit, dass eine solche Leistung wie AktiFAME (frühzeitiger proaktiver Zugang, ganzheitliches Fallmanagement durch externe Anbieter, ohne zwingenden Bezug zu Regelleistungen der DRV) von den §§ 14, 15, 15a, 16 und 17 des Sechsten Sozialgesetzbuches nicht umfasst ist. Es erfolgte allerdings die Eischätzung, dass eine solche Leistung prinzipiell unter § 31 Abs. 1 Satz 1 SGB VI als Leistung(en) zur Eingliederung von Versicherten in das Erwerbsleben erbracht werden könnte. Welche Leistungen hierunter zu verstehen sind, ist in der Eingliederungsrichtlinie beschrieben. So sieht die aktuelle Eingliederungsrichtlinie vor, dass sonstige Leistungen zur Rehavorbereitung oder -Nachsorge dienen oder erforderlich sein müssen, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern. Die Leistungen müssen demnach in Zusammenhang mit einer Regelleistung stehen. Da das AktiFAME-Fallmanagement einer Antragstellung vorangeht und in 50% der Fälle unabhängig von einer Regelleistung der DRV erbracht wird, müsste hier eine Anpassung der Eingliederungsrichtlinie erfolgen, die ermöglicht, ein frühzeitiges Fallmanagement als eigenständige Leistung zu erbringen.

Des Weiteren wurde auch die Anpassung des SGB mit einem eigenen Paragraphen zur Erbringung von Fallmanagement als Lösung skizziert.

Beide Varianten lagen außerhalb des Handlungsfeldes der DRV Nord. Daher brachte die DRV Nord die Erfahrungen und Zwischenergebnisse in entsprechende Projekt- und Expertengruppen der Deutschen Rentenversicherung, der Kontaktstelle rehapro und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales ein.

Zum Endzeitpunkt der Fallmanagement-Phase im Projekt AktiFAME zu Ende 2023 lag weiterhin noch keine gesetzliche Grundlage zur Fortführung vor. Da unklar war, wie schnell eine Anpassung der gemeinsamen Richtlinien oder ggf. die Schaffung einer Übergangsregelung seitens des BMAS erfolgen konnte, wurde das AktiFAME-Fallmanagement, mit dem Ziel, die Expertise zu sichern, zunächst in einem kleineren regionalen und personellen Umfang für ein Jahr fortgeführt. Dies erfolgte Übergangsweise über eine Förderung durch die Deutsche Rentenversicherung Nord nach §31 SGB VI zur

Förderung von Einrichtungen, die die Rehabilitation fördern. Diese Förderung lief allerdings nach einem Jahr aus und war aus förderrechtlichen Gründen nicht für eine dauerhafte Förderung vorgesehen.

Zum Stand der Erstellung dieses Ergebnisbandes im August 2025 besteht nach wie vor keine abschließende rechtliche Grundlage. Derzeit existiert ein Referentenentwurf für einen eigenen Paragraphen zur Erbringung von Fallmanagement durch die Rentenversicherungsträger im SGB. Es bleibt abzuwarten, in welcher Form dieser Paragraph in Kraft tritt und ob AktiFAME im Rahmen dieses Paragraphen erbracht werden kann. Mitarbeitende der DRV Nord (Abteilung Rehamanagement) stehen weiter im Austausch mit entsprechenden Expertengruppen innerhalb der Rentenversicherung, um aktuelle Entwicklungen hinsichtlich der rechtlichen Grundlage verfolgen zu können.

Darüber hinaus müssen weitere Fragen innerhalb der DRV Nord zum Kosten- und NutzenVerhältnis des AktiFAME-Fallmanagements geklärt werden. Klärungsbedarf besteht außerdem hinsichtlich des Vergabeverfahrens an externe Leistungserbringer in Kombination mit dem proaktiven Anschreiben und der direkten Benennung einer Ansprechperson beim Fallmanagement-Anbieter. Zudem wird derzeit seitens der DRV Nord überlegt, anhand der Routinedaten der DRV Nord eine Nachbeobachtung zu realisieren, um eine bessere Einschätzung der Auswirkung von AktiFAME auf die Erwerbsminderungsrenten zu erhalten.

Aufgrund der oben skizzierten Entwicklungen ist das AktiFAME-Fallmanagement trotz der positiven Ergebnisse somit zunächst eingestellt. Die DRV Nord bringt weiter die Erkenntnisse aus AktiFAME in entsprechende Projekt- und Expertengruppen ein. So beteiligte sie sich unter anderem auch am rentenversicherungsübergreifenden Projekt RV Proaktiv, bei dem auch der Risikoindex Erwerbsminderungsrente (RI-EMR) zum Einsatz kam.

Die wissenschaftliche Begleitung hat mit der Erstellung und Bereitstellung umfangreicher Projektmaterialien, wie einer Abschlussbroschüre und dem wissenschaftlichen Abschlussbericht, der auch sämtliche Materialien zur Durchführung des Fallmanagements im Anhang enthält, eine gute Basis zu einer späteren Verstetigung geschaffen.

Zusammenfassend wird seitens des Projektteams und seitens der DRV Nord die erprobte Mehrkomponentenstrategie für einen wirksamen Ansatz gehalten, der für eine langfristige Fortführung und eine flächendeckende Ausweitung in Betracht gezogen wird. Daher werden die Erkenntnisse weiterhin kommuniziert, die Entwicklung der gesetzlichen Grundlage weiter im Blick behalten und anschließend ggf. weitere Schritte zur Verstetigung vor Ort eingeleitet.

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung

Im Folgenden werden zentrale Empfehlungen für eine nachhaltige und flächendeckende Implementierung abgeleitet. Diese beruhen sowohl auf den Erfahrungen aus der praktischen Erprobung als auch den Ergebnissen der wissenschaftlichen Bewertung des Modellvorhabens.

Empfehlung 1: Nutzung der entwickelten Manuale/Materialien

Die entwickelten Manuale und die gemeinsam entwickelte Toolbox, die zu verschiedenen Themen relevante Inhalte und Instrumente bündelte, ermöglichten eine strukturierte und qualitätsgesicherte Durchführung des Modellvorhabens. Sie dienten als verbindliche Orientierung für die beteiligten Fallmanager*innen und stellten sicher, dass die Umsetzung einheitlich, nachvollziehbar und wirkungsorientiert erfolgte. Mit diesen praxisnahen Arbeitsgrundlagen wurde eine zentrale Voraussetzung geschaffen, um die im Modellvorhaben erprobte Strategie langfristig zu verstetigen.

Empfehlung 2: Standardisierte Dokumentation

Ein wesentlicher qualitätssichernder Erfolgsfaktor in der Erprobungsphase war die fortlaufende, standardisierte Dokumentation der durchgeführten Inhalte und Maßnahmen durch die Fallmanager*innen. Diese strukturierte Erfassung ermöglichte nicht nur hohe Transparenz in der Durchführung, sondern auch in der Darstellung individueller Fallverläufe. Dadurch konnten sowohl die Prozesse als auch die Ergebnisse der Intervention fortlaufend überprüft und bei Bedarf angepasst werden.

Empfehlung 3: Qualitätssicherung

Um sicherzustellen, dass die im Modellvorhaben entwickelte Maßnahme auch in der Praxis wirksam und strukturiert umgesetzt wird, bedarf es qualitätssichernder Maßnahmen. Dies schließt neben einer standardisierten Dokumentation auch eine Analyse dieser Dokumentation ein, um eine vergleichbare Qualität in der Umsetzung sicherzustellen.

Empfehlung 4: Ausreichende zeitliche Ausgestaltung des Fallmanagements

Für die Durchführung des Fallmanagements werden ausgehend von den während der randomisierten kontrollierten Studien dokumentierten zeitlichen Aufwendungen für die verschiedenen Komponenten einschließlich Telefonkontakt und Erstgespräch einen Mindestumfang von 20 Stunden pro Fall empfohlen. Die Festlegung eines Umfangs sollte neben Fahrtzeiten ergänzend auch administrative und kooperative Aufgaben (u. a. auch Dokumentation und Austausch) berücksichtigen.

Empfehlung 5: Regelmäßiger Austausch

Um einen reibungslosen Ablauf der Intervention und der verwendeten Manuale und Materialien sicherzustellen und die Intervention kontinuierlich weiterzuentwickeln, wird zudem die Einrichtung einer regelmäßigen Sprechstunde oder eines Jour fixe mit einer festen Ansprechperson der jeweils beteiligten Akteure vorgeschlagen. Diese regelmäßigen Austauschrunden ermöglichen die Klärung offener Fragen zu Abläufen und Zuständigkeiten, die fortlaufende Reflexion und gegebenenfalls

Anpassung der Interventionsinhalte auf aktuelle oder sich verändernde Anforderungen und Bedarfe sowie die Identifikation und Lösung struktureller Herausforderungen, die in der Umsetzungspraxis auftreten. Die Erfahrungen legen darüber hinaus nahe, dass der Austausch unter den Fallmanager*innen in internen Fallkonferenzen – auch anbieterübergreifend – eine wertvolle Unterstützung für die praktische Arbeit war. Diese Sitzungen sollten daher in den Regelbetrieb integriert werden, um Fälle gemeinsam zu analysieren, Herausforderungen zu besprechen und einheitliche Vorgehensweisen abzustimmen.

Empfehlung 6: Bundesweite Prüfung des Risikoindex für proaktive Ansprache:

Die Anwendung des Risikoindex als erste Stufe einer mehrschrittigen Auswahl von Personen hat sich bewährt. Vor diesem Hintergrund wird empfohlen, bundesweit zu prüfen, wie der Risikoindex bei den Rentenversicherungsträgern für eine proaktive Ansprache von Menschen mit wahrscheinlich gefährdeter Erwerbsfähigkeit genutzt werden kann. Eine bundesweite Anwendung könnte dazu beitragen, den Zugang in die Rehabilitation noch besser zu steuern.

Die Umsetzung dieser Empfehlungen kann dazu beitragen, die im Modellprojekt erprobte Intervention langfristig zu verstetigen. Aus wissenschaftlicher Sicht liefert die Studie einen klaren Nachweis für die Wirksamkeit des Ansatzes. Das Modellvorhaben hat es ermöglicht, ein zentrales Ziel des Bundesförderprogramms – die Stärkung der Rehabilitation – zu erreichen. In Kenntnis der vorgelegten empirischen Ergebnisse sollte AktiFAME als Bestandteil des bundesweiten Leistungsportfolios der Rentenversicherungsträger in Betracht gezogen werden. Der proaktive Zugang, der in AktiFAME umgesetzt wurde, ermöglicht eine rechtskreisübergreifende Information über Teilhabeleistungen und unterstützt den Zugang zu Teilhabeleistungen.

Bislang fehlt jedoch eine rechtliche Grundlage, um AktiFAME als Regelleistung zu etablieren, wie bereits unter 4.2 beschrieben. Für eine langfristige Fortsetzung sind rechtliche Änderungen erforderlich – insbesondere muss das proaktive, ganzheitliche Fallmanagement als Leistung der Deutschen Rentenversicherung gesetzlich verankert werden. Zuletzt wurden eine Anpassung des § 31 SGB VI sowie die Schaffung eines eigenen SGB-VI-Paragrafen zum Fallmanagement diskutiert. Im Zuge dessen müsste auch erörtert werden, ob das Fallmanagement künftig durch externe Anbieter oder durch interne Beratungsstellen innerhalb der Rentenversicherungsträger umgesetzt wird. Beide Umsetzungsvarianten bringen Chancen und Herausforderungen mit sich. Die Studie liefert einen klaren Nachweis für die Wirksamkeit einer Intervention, die durch externe Anbieter durchgeführt wurde. Darüber hinaus erscheint es mit Blick auf eine mögliche Verstetigung der Maßnahme erforderlich, künftige Forschung um eine Kosten-Nutzen-Analyse zu ergänzen. Erst auf dieser Grundlage können Entscheidungsträger evidenzbasierte und zugleich ressourceneffiziente Handlungsoptionen identifizieren und Entscheidungen zur Überführung in die Regelversorgung treffen.

Die individuellen Erfahrungen der Teilnehmenden machen deutlich, welchen konkreten Mehrwert AktiFAME für die Teilnehmenden bereits im Projektverlauf entfalten konnte. Während der Projektlaufzeit haben die zahlreichen bewegenden Geschichten von Teilnehmenden gezeigt, dass AktiFAME weit über eine reine Beratung zu Rehabilitationsleistungen hinausgeht und stattdessen Menschen hilft, ihre gesellschaftliche und berufliche Teilhabe zu sichern. Im Anhang sind drei Fallbeispiele von AktiFAME-Teilnehmenden aufgeführt, die veranschaulichen, wie Betroffene auf Einzelfallebene von der Maßnahme profitieren konnten. Alle Materialien, die im Projektverlauf vom Projektteam erstellt worden sind, sind zudem im Anhang des Berichtes der wissenschaftlichen Begleitung zu finden und können für eine Wiederaufnahme des Angebotes frei genutzt werden.

6 Anlagen

6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt

Übersichtskasten

Projekttitel	Aktiver Zugang, Beratung und Fallmanagement bei Versicherten mit hohem Risiko einer Erwerbsminderung
Akronym	AktiFAME
Zuwendungsempfänger	Deutsche Rentenversicherung Nord
Projektbeteiligte	Universität zu Lübeck (Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie), Berufsförderungswerk Stralsund GmbH, Brücke Schleswig Holstein gGmbH
Förderaufruf	Erster Förderaufruf
Projektzeitraum	01.01.2020 – 31.12.2024

6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis

Literaturverzeichnis

[1] World Health Organization. World Report on Disability. Geneva: World Health Organization; 2011

[2] Bethge M, von Groote P, Giustini A et al. The World Report on Disability: a challenge for rehabilitation medicine. Am J Phys Med Rehabil 2014; 93: 4–11. doi:10.1097/phm.0000000000000016

[3] Gutenbrunner C, Bethge M, Stucki G et al. Dissemination, analysis, and implementation of the World Report on Disability: the roadmap of the International Society for Physical and Rehabilitation Medicine. Am J Phys Med Rehabil 2014; 93: 68–72. doi:10.1097/phm.0000000000000026

[4] Semmer N, Udris I. Bedeutung und Wirkung der Arbeit. In: Schuler H, Hrsg. Lehrbuch Organisationspsychologie. Bern: Huber; 1995: 133–165

[5] De Witte H. Job insecurity and psychological well-being: review of the literature and exploration of some unresolved issues. Eur J Work Organ Psy 1999; 8: 155–177. doi:10.1080/135943299398302

[6] Megari K. Quality of Life in Chronic Disease Patients. Health Psychol Res 2013. doi:10.4081/hpr.2013.e27

[7] Deutsche Rentenversicherung. Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Rente 2023. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2024

[8] Deutsche Rentenversicherung. Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Erwerbsminderungsrenten im Zeitablauf 2024. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2024

[9] Mittag O, Raspe H, Meffert C. (Keine) Reha vor Rente: Analyse der Zugänge zur Erwerbsminderungsrente 2005 – 2009. WSI-Mitteilungen 2014; 2: 149–156. doi:10.5771/0342-300X-2014-2-149

[10] Vogel N, Schandelmaier S, Zumbrunn T et al. Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. Cochrane Database Syst Rev 2017; 3: CD011618. doi:10.1002/14651858.CD011618.pub2

[11] Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A et al. Interventions to improve return to work in depressed people. Cochrane Database Syst Rev 2020; 10: CD006237. doi:10.1002/14651858.CD006237.pub4

[12] Cullen KL, Irvin E, Collie A et al. Effectiveness of workplace interventions in return-to-work for musculoskeletal, pain-related and mental health conditions: an update of the evidence and messages for practitioners. J Occup Rehabil 2018; 28: 1–15. doi:10.1007/s10926-016-9690-x
[13] Poulsen OM, Aust B, Bjorner JB et al. Effect of the Danish return-to-work program on long-term sickness absence: results from a randomized controlled trial in three municipalities. Scand J Work Environ Health 2014; 40: 47–56. doi:10.5271/sjweh.3383
[14] Zack O, Melamed S, Silber H et al. The effectiveness of case-management rehabilitation intervention in facilitating return to work and maintenance of employment after myocardial infarction: results of a randomized controlled trial. Clin Rehabil 2022; 36: 753–766. doi:10.1177/02692155221076826
[15] Choi KA, Lindert L, Schlomann L et al. A cross-provider healthcare management program for musculoskeletal disorders: results of a randomized controlled trial in 22 German companies. Int J Environ Res Public Health 2021; 18: 118–144. doi:10.3390/ijerph182211844
[16] Dol M, Varatharajan S, Neiterman E et al. Systematic review of the impact on return to work of return-to-work coordinators. J Occup Rehabil 2021; 31: 675–698. doi:10.1007/s10926-021-09975-6
[17] Bethge M, Spanier K, Streibelt M. Using administrative data to assess the risk of permanent work disability: a cohort study. J Occup Rehabil 2021; 31: 376–382. doi:10.1007/s10926-020-09926-7
[18] Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I et al. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. BMJ 2014; 348: g1687. doi:10.1136/bmj.g1687
[19] World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: World Health Organization; 2001
[20] Linnan L, Steckler S. Process evaluation for public health interventions and research: an overview. San Francisco: Jossey-Bass/Wiley; 2002
[21] Mittag O, Raspe H. Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit: Ergebnisse einer Untersuchung an 4279 Mitgliedern der gesetzlichen Arbeiterrentenversicherung zu Reliabilität (Guttman-Skalierung) und Validität der Skala. Rehabilitation 2003; 42: 169–174. doi:10.1055/s-2003-40095
[22] Ilmarinen J. The Work Ability Index (WAI). Occup Med 2007; 57: 160. doi:10.1093/occmed/kqm008
[23] Deck R, Walther AL, Staupendahl A et al. Einschränkungen der Teilhabe in der Bevölkerung - Normdaten für den IMET auf der Basis eines Bevölkerungssurveys in Norddeutschland. Rehabilitation 2015; 54: 402–405. doi:10.1055/s-0035-1559670
[24] Rabung S, Harfst T, Kawski S et al. Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH-49) Z Psychosom Med Psychother 2009; 55: 162–179. doi:10.13109/zptm.2009.55.2.162
[25] Reis D, Lehr D, Heber E et al. The German version of the Perceived Stress Scale (PSS-10): Evaluation of dimensionality, validity, and measurement invariance with exploratory and confirmatory bifactor modeling. Assessment 2019; 26: 1246–1259. doi:10.1177/1073191117715731
[26] Herdman M, Gudex C, Lloyd A et al. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). Qual Life Res 2011; 20: 1727–1736. doi:10.1007/s11136-011-9903-x
[27] Fydrich TGM, Hessel A, Sommer G et al. Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung an einer repräsentativen Stichprobe. Diagnostica 1999; 45: 212–216. doi:10.1026//0012-1924.45.4.212
[28] Beierlein CKA, László Z, Kemper CJ et al. Eine Single-Item-Skala zur Erfassung der Allgemeinen Lebenszufriedenheit: Die Kurzskala Lebenszufriedenheit-1 (L-1). GESIS-Working Papers 2014; 33: 1–25. doi:10.6102/zis229
[29] Remus L, Grope M, Lemke S et al. An innovative case management intervention for people at high risk of permanent work disability to improve rehabilitation coverage and coordination of health services: a randomized controlled trial (AktiFAME, DRKS00024648). BMC Health Serv Res 2022; 22: 342. doi:10.1186/s12913-022-07482-9
[30] Remus L, Grope M, Lemke S et al. Evaluation of an innovative case management strategy to improve rehabilitation coverage for people at high risk of permanent work disability: a feasibility study. Rehabilitation 2024; 63: 13–22. doi:10.1055/a-2158-3212
[31] Bethge M, Radoschewski FM, Gutenbrunner C. The Work Ability Index as a screening tool to identify the need for rehabilitation: longitudinal findings from the second German Sociomedical Panel of Employees. J Rehabil Med 2012; 44: 980–987. doi:10.2340/16501977-1063

[32] Ludwig K, Graf von der Schulenburg JM, Greiner W. German Value Set for the EQ-5D-5L. Pharmacoeconomics 2018; 36: 663-674. doi:10.1007/s40273-018-0615-8
[33] El Fassi M, Bocquet V, Majery N et al. Work ability assessment in a worker population: comparison and determinants of Work Ability Index and Work Ability Score. BMC Public Health 2013; 13: 305. doi:10.1186/1471-2458-13-305
[34] Freyer M, Formazin M, Rose U. Factorial validity of the work ability index among employees in germany. J Occup Rehabil 2019; 29: 433–442. doi:10.1007/s10926-018-9803-9
[35] Saltychev M, Laimi K, El-Metwally A et al. Effectiveness of multidisciplinary primary prevention in decreasing the risk of work disability in a low-risk population. Scand J Work Environ Health 2012; 38: 27–37. doi:10.5271/sjweh.3169
[36] Bethge M, Markus M, Streibelt M et al. Effects of nationwide implementation of work-related medical rehabilitation in Germany: propensity score matched analysis. Occup Environ Med 2019; 76: 913–919. doi:10.1136/oemed-2019-106065
[37] Deci EL, Ryan RM. Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. Can Psychol 2008; 49: 182–185. doi:10.1037/a0012801
[38] Soler-Font M, Ramada JM, Montero-Moraga JM et al. What is meant by case management for the return-to-work of workers with musculoskeletal disorders? A scoping review. Work 2021; 70: 1069–1087. doi:10.3233/wor-205172
[39] Finger ME, Escorpizo R, Glässel A et al. ICF Core Set for vocational rehabilitation: results of an international consensus conference. Disabil Rehabil 2012; 34: 429–438. doi:10.3109/09638288.2011.608145
[40] Craig P, Dieppe P, Macintyre S et al. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. BMJ 2008; 337: a1655. doi:10.1136/bmj.a1655
[41] Kelly KJ, Doucet S, Luke A. Exploring the roles, functions, and background of patient navigators and case managers: A scoping review. Int J Nurs Stud 2019; 98: 27–47. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.05.016
[42] Matthay EC, Hagan E, Gottliebm LM et al. Powering population health research: Considerations for plausible and actionable effect sizes. SSM Popul Health 2021; 14: 100789. doi:10.1016/j.ssmph.2021.100789
[43] Zelen M. A new design for randomized clinical trials. N Engl J Med 1979; 300: 1242–1245. doi:10.1056/NEJM197905313002203

6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen

Zeitschriftenpublikationen

Remus L, Grope M, Lemke S, Bethge M. An innovative case management intervention for people at high risk of permanent work disability to improve rehabilitation coverage and co-ordination of health services: a randomized controlled trial. BMC Health Serv Res 2022;

22: 342

Remus L, Grope M, Lemke S, Bethge M. Evaluation of an innovative case management strategy to improve rehabilitation coverage for people at high risk of permanent work disability: a feasibility study. Rehabilitation 2024; 62: 13–22

Poster und Vorträge

Remus L, Grope M, Lemke S, Bethge M. Beratung und Begleitung bei gefährdeter Erwerbsfähigkeit: eine quantitative Längsschnittanalyse. 11. Reha-Symposium, Lübeck 2021 (Poster)

Remus L, Grope M, Kleineke V, Lemke S, Bethge M. An innovative recruitment pathway for the delivery of a case management intervention. 33rd International Congress on Occupational Health, online 2022 (E-Poster)

Remus L, Grope M, Lemke S, Bethge M. Implementierung einer multimodalen Teilhabestrategie für Menschen mit hohem Risiko einer Erwerbsminderung. 31. Rehabilitationswissenschaftliches Kollquium, online 2022 (Vortrag)

Remus L, Grope M, Kleineke V, Lemke S, Bethge M. AktiFAME: Implementation of a recruitment pathway for the delivery of a case management intervention. 16th World Congress of ISPRM, Lissabon 2022 (Poster)

Grope M, Remus L, Lemke S, Bethge M. Implementierung einer multimodalen Teilhabestrategie für Menschen mit hohem Risiko einer Erwerbsminderung. Vortrag auf der rehaproFachkonferenz, Duisburg 2022 (Vortrag)

Remus L, Grope M, Lemke S, Bethge M. Implementierung einer multimodalen Teilhabestrategie für Menschen mit hohem Risiko einer Erwerbsminderung. Hochschultage Berufliche Bildung, Bamberg 2023 (Vortrag)

Bethge M, Remus L, Grope M, Lemke S. A feasibility study of a case management intervention for people at high risk of permanent work disability to improve rehabilitation coverage. 17th World Congress of ISPRM, Cartagena 2023 (Vortrag)

Bethge M, Remus L, Grope M, Lemke S. Prozessevaluation einer Mehrkomponentenstrategie zur Verbesserung der Rehabilitationsinanspruchnahme für Menschen mit hohem Risiko einer Erwerbsminderungsrente. 22. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, Berlin 2023 (Poster)

Remus L, Grope M, Lemke S, Bethge M. Prozessevaluation einer innovativen Teilhabestrategie für Menschen mit hohem Risiko einer Erwerbsminderung zur Verbesserung der Rehabilitationsversorgung – eine Machbarkeitsstudie. 12. Reha-Symposium, Lübeck 2023 (Vortrag)

Bethge M, Prehn J, Remus L, Grope M, Lemke S. Aktiver Zugang und Fallmanagement bei hohem Risiko einer Erwerbsminderung. 12. Reha-Symposium, Lübeck 2023 (Vortrag) Prehn J, Remus L, Grope M, Lemke S, Bethge M. Prozessevaluation einer innovativen Teilhabestrategie für Menschen mit hohem Risiko einer Erwerbsminderung zur Verbesserung der Rehabilitationsversorgung. rehapro-Fachkonferenz, Duisburg 2024 (Vortrag)

Prehn J, Remus L, Grope M, Lemke S, Kleineke V, Bethge M. Prozessevaluation einer innovativen Teilhabestrategie für Menschen mit hohem Risiko einer Erwerbsminderung zur Verbesserung der Rehabilitationsversorgung. 33. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Bremen 2024 (Vortrag)

Prehn J, Remus L, Grope M, Lemke S, Kleineke V, Bethge M. Wirksamkeit einer multimodalen Teilhabestrategie zur Verbesserung der Rehabilitationsinanspruchnahme bei erhöhtem Erwerbsminderungsrisiko: Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie. 34. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Nürnberg 2025 (Vortrag)

Öffentlichkeitsarbeit

Es wurde eine Website erstellt, um die Studienteilnehmenden sowie alle Interessierten transparent über die Studie zu informieren und ihr Interesse aufrechtzuerhalten. Updates zum Modellvorhaben AktiFAME wurden in regelmäßigen Abständen auf der Projektwebsite https://www.aktifame.de/ veröffentlicht. Diese Website wurde nach Projektabschluss (Dezember 2024) abgeschaltet. Eine Projektbroschüre mit Ergebnissen wurde erstellt.

Open Science Framework

Zur Sicherung und freien Zugänglichkeit der Forschungsergebnisse und Projektexpertise wurde das Modellvorhaben AktiFAME im Open Science Framework veröffentlicht. Das Open Science Framework ist eine Online-Plattform, die es ermöglicht, den gesamten Forschungsprozess transparent zu dokumentieren. Die Materialien und Inhalte des Modellvorhabens AktiFAME sind zukünftig unter dem folgenden Link zugänglich:

https://osf.io/nxscz/



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