ERGEBNISBAND

SERVE

Sektorübergreifende präventive Identifikation, Beratung und Unterstützung von Versicherten mit besonderen beruflichen Problemlagen

Modellprojekt ▪ Bundesprogramm rehapro ▪ Erster Förderaufruf

Projektverantwortlich:
Deutsche Rentenversicherung Hessen
KreisJobCenter Marburg-Biedenkopf
Jobcenter Frankfurt am Main

Gefördert durch:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

rehapro

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Der vorliegende Ergebnisband stellt das Modellprojekt SERVE 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 SERVE 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 4
1.2.1 Präventives Screening in beiden Studien 5
1.2.2 SERVicE-Person (SGB VI) bzw. SERVE- Personen (SGB II und SGB III) 6
1.2.3 Sozialmedizinisches Kolloquium 6
1.2.4 Innovative Versorgungsformen 6
1.2.5 Innovative Nachsorgeleistung 7
1.3 Ziele 7
1.4 Organisation/beteiligte Akteure 8
1.4.1 Die Akteure der DRV Hessen 8
1.4.2 Die Hausärzt:innen in der randomisierten Studie 9
1.4.3 Die Akteure der Jobcenter und Arbeitsagenturen in der explorativen Studie 10
1.4.4 Förderliche und hemmende Strukturen 10
1.5 Wissenschaftliche Begleitung 11
1.5.1 Die wissenschaftliche Begleitung der Philipps-Universität Marburg 11
1.5.2 Wissenschaftliche Begleitung der Technischen Hochschule Gießen 13

2 Ergebnisse des Modellprojektes 15
2.1 Projektergebnisse der Philipps-Universität Marburg 15
2.2 Die Projektergebnisse der THM-Studie 18

3 Erkenntnisse zu den innovativen (Teil-)Ansätzen und deren Wirkungen 22
3.1 Erkenntnisse der Uni Marburg 22
3.2 Erkenntnisse der THM- Studie 23

4 Verstetigung von Ort 26
4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung 26
4.2 Verstetigung im eigenen Jobcenter/Rentenversicherungsträger 27

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung 28
5.1 Zentrale Erfolgsfaktoren für Übertragbarkeit und Verstetigung 28
5.2 Einschränkungen und Hemmnisse 28
5.3 Voraussetzungen für eine bundesweite Verstetigung 29

6 Anlagen 30
6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt 30
6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis 31
6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen 32

1 Darstellung des Modellprojekts

1.1 Ausgangslage

Chronische Erkrankungen zählen zu den häufigsten und gesundheitsökonomisch bedeutsamsten Gesundheitsproblemen in Deutschland und beeinflussen insbesondere die Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit und Mortalität (Robert Koch Institut, 2018).

Gravierende Erkrankungen im erwerbsfähigen Alter haben umfangreiche Auswirkungen nicht nur auf den Betroffenen selbst (Verlust des Arbeitsplatzes, Armutsrisiko), sondern auch für die Gemeinschaft der Versicherten (entgangene Beiträge zur Sozialversicherung). Die Folge sind auf die Gesellschaft entfallende Kosten für die Gesundheitsversorgung, krankheitsbedingte Fehlzeiten sowie vorzeitige Erwerbsminderung (Mittag, Reese, & Meffert, 2014).

Bis dato liegt der Anteil der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Deutschland bei über 20% aller Versichertenrentenzugänge. Rund 40% der Neuzugänge haben wiederum im Jahr vor dem Leistungsfall Arbeitslosengeld oder Grundsicherung (ALG II) bezogen (Deutsche Rentenversicherung (DRV), 2012a). Auf der anderen Seite haben im Jahr 2011 59,6 % der Männer und 52,7 % der Frauen, für die erwerbminderungsbedingte Rentenzugänge festgehalten wurden, im Vorfeld keine Rehabilitationsmaßnahme erhalten (Deutsche Rentenversicherung, 2012).

1.2 Inhalte

Das Modellvorhaben SERVE ist spezifisch auf die oben genannten Bedarfe eingegangen. Patient:innen, die bestimmte gesundheitliche Risikofaktoren aufweisen, sollten frühzeitiger als bisher mit Hilfe eines Screenings durch Hausarzt:innen / DRV / Jobcenter / Arbeitsagentur erfasst werden. Mit Hilfe eines virtuellen, multidisziplinären „Sozialmedizinischen Kolloquiums“ (SMK) wurden entsprechende Patient:innen zielgerichteten Maßnahmen zugeführt, die im Bedarfsfall über den gesetzlichen Leistungskatalog hinausgingen. Im SMK berieten sich Mitglieder:innen des Kolloquiums – bestehend aus Hausärzt:innen, Sozialmediziner:innen, Bezugspersonen aus Jobcenter, Arbeitsagentur und DRV Hessen – virtuell und zeitversetzt (mit Hilfe telematischer Konzepte „eCollaboration“) über passgenaue Leistungen, für den in die Fallkonferenz eingebrachten Patient:innen.

Das Projekt SERVE strebte durch das SMK eine Verbesserung des Schnittstellenmanagements und Informationsaustauschs zwischen den Sektoren der Sozialversicherungsträger (Rentenversicherung, Jobcenter und Arbeitsagenturen) sowie der Leistungserbringer (z.B. Hausärzt:innen) an. Innerhalb der Projektlaufzeit wurde erprobt, ob durch genannte Module das Risiko einer vorzeitigen krankheitsbedingten Erwerbsminderung reduziert werden kann.

In der täglichen Praxis stellt sich die Problematik, dass Patient:innen für den Sozialleistungsträger erst auffällig werden, wenn sie einen Erwerbsminderungsrentenantrag stellen. In dieser Phase kommen jedoch viele Hilfestellungen zu spät, da das Krankheitsbild bereits chronifiziert ist bzw. Patient:innen das Vertrauen in die eigene Erwerbsfähigkeit verloren haben. Die Entscheidung für den Bezug einer Erwerbsminderungsrente ist, aus Sicht der Patient:innen, meist gefallen.

Durch das hier vorgestellte Modellverfahren SERVE bestand die Möglichkeit, den Patient:innen, bereits lange bevor sie einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente stellen, berufsübergreifende Hilfestellungen aufzuzeigen und anzubieten. Diese sollten die Patient:innen in einer sensiblen Übergangsphase erreichen, noch bevor eine Chronifizierung eintritt und in der, aufgrund ihres persönlichen Kontextes, mit einer besseren Akzeptanz und Adhärenz für die angebotenen Leistungen zu rechnen war. In dieser frühen Phase konnten nachhaltige Maßnahmen von der Primärprävention bis hin zur Rehabilitation angestoßen werden, die der Erwerbsminderung entgegenwirken.

Das Identifizieren der entsprechenden Patient:innen erfolgte in diesem Projekt frühzeitiger als bisher. Eine Detektierung erfolgte zum einen über Jobcenter und Agentur für Arbeit zum anderem über Hausärzt:innen. Letztere sind aufgrund ihrer erlebten Anamnese, des Vertrauensverhältnis zu den Patient:innen und als Koordinatoren der Gesundheitsversorgung für die Früherkennung einer

Erwerbsminderungsgefährdung besonders geeignet. Sie waren im geplanten Modellvorhaben dementsprechend als Lotsen durch das Versorgungssystem tätig.

Das Projekt wurde mit zwei Studienarmen wissenschaftlich begleitet. Zum einen durch eine randomisierte Studie (betraf den Zweig der Hausarztpraxen), zum anderen durch eine explorative Studie (betraf den Zweig der Jobcenter und Agenturen für Arbeit).

Die Zielgruppendefinition basiert auf eigenen Analysen und Erfahrungswerten der DRV Hessen im Hinblick auf Indikation und Altersstruktur von Patient:innen, die in Hessen einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt haben. In diesen Analysen sieht die DRV einen Anstieg der EM-Rentenanträge von 40% in der Altersgruppe der Patient:innen < 50 Jahre im Vergleich zu den Patient:innen < 40 Jahre (DRV-Bund, 2017). Entsprechend wurden Ein- und Ausschlusskriterien definiert.

Teilnahmeberechtigt waren Patient:innen, die folgenden Kriterien erfüllten:

- Alter zwischen 40 und 60 Jahren
- Arbeitsunfähigkeit: Innerhalb der letzten sechs Monate vor Einwilligung in die Studienteilnahme mussten mindestens vier Wochen Arbeitsunfähigkeit (AU) infolge einer der nachfolgenden Indikationen dokumentiert worden sein:

  – muskuloskelettale Erkrankungen,
  – onkologische Erkrankungen,
  – psychische Erkrankungen,
  – oder ein Post-COVID-19-Syndrom.

- Im Verlauf der Projektlaufzeit wurde dieses Kriterium modifiziert: Anstelle einer ununterbrochenen vierwöchigen Arbeitsunfähigkeit genügte fortan der Nachweis von nicht ununterbrochenen AU-Tagen innerhalb des relevanten Zeitraums. Diese Anpassung diente der Erhöhung der Rekrutierungseffizienz, ohne die Zielgruppe wesentlich zu verändern.
- Erhöhtes Risiko für eine Erwerbsminderung: Voraussetzung für die Teilnahme war zudem ein deutlich erhöhtes Risiko für eine langfristige Einschränkung der Erwerbsfähigkeit. Für das Screening wurde der Work Ability Index, entsprechend der nationalen Versorgungsleitlinie eingesetzt. (Bethge, M., Radoschewski, F., & Gutenbrunner, C., S. 980-987. 2012)
- Eingeschlossen wurden Patient:innen mit einem WAI-Wert von ≤ 36 Punkten, was einer mäßig bis kritisch eingeschränkten Arbeitsfähigkeit entspricht.

Ausgeschlossen wurden darüber hinaus Personen, die folgende Kriterien erfüllten:

- Laufender Rehabilitationsantrag
- Bezug einer Alters- oder Erwerbsminderungsrente, dauerhaft aus dem Erwerbsleben ausgeschieden
- Beamte, Privatversicherte
- Gewöhnlicher Aufenthalt im Ausland
- Unzureichende Deutschkenntnisse
- Akute Erkrankung

Die Innovation innerhalb des vorgestellten Projektes bestand dabei aus den folgenden Punkten:

1.2.1 Präventives Screening in beiden Studien

Die frühzeitige Identifizierung potenziell geeigneter Patient:innen im **Rahmen der randomisierten Studie** erfolgte durch ein strukturiertes Screening in hausärztlichen Praxen.

Die Hausärzt:innen übernahmen die Rekrutierung der Teilnehmenden auf Grundlage der im SERVE-Projekt definierten Ein- und Ausschlusskriterien. Dieses Vorgehen zielte darauf ab, frühzeitig vulnerable Personen mit einem erhöhten Risiko für eine dauerhafte Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit zu erkennen und gezielt in den Versorgungsprozess einzubinden.

Im Rahmen der explorativen Studie wurden die in der Modellregion Frankfurt am Main sowie im Landkreis Marburg-Biedenkopf lokal ansässigen Jobcenter und die jeweiligen Agenturen für Arbeit in den Screening-Prozess miteingebunden. Sie benannten Kund:innen mit gesundheitlichen

Beeinträchtigungen gemäß den festgelegten Einschlusskriterien des SERVE-Projekts und betreuten entsprechende im Zuge des Prozesses.

Die dafür im Jobcenter bzw. Agentur für Arbeit abgestellten SERVE-Person rekrutierten entsprechende Kund: innen, welche Ihnen durch regelmäßige Beratungsgespräche bereits bekannt waren. Eine gezielte Identifikation geeigneter Projektteilnehmender erfolgte zusätzlich auf Basis der definierten Einschlusskriterien über die internen Datenbanken der kooperierenden Jobcenter und Arbeitsagenturen. Ergänzend wurden persönliche Erstgespräche genutzt, um weitere potenziell geeignete Teilnehmende zu identifizieren.

1.2.2 SERVicE-Person (SGB VI) bzw. SERVE- Personen (SGB II und SGB III)

Im Rahmen der randomisierten Hausarztstudie war für besonders vulnerable Patient:innen (bspw. Personen mit schwerer Depression), eine zusätzliche Betreuungsperson – im Projektkontext als *SERVicE-Person* bezeichnet – vorgesehen. Da Hausärzt:innen erfahrungsgemäß nicht über ausreichende zeitliche Ressourcen verfügen, konnte so intensive und kontinuierliche Begleitung der Hochrisikogruppe gewährleisten werden.

Für die Teilnehmenden aus der explorativen Studie wurde ein SERVE-Mitarbeiter, aufgrund der Charakteristika der Patient: innen, den besonderen Problemstellungen und insbesondere auch aufgrund der Erfahrungen in den Jobcentern und Arbeitsagenturen, obligatorisch eingebunden und damit Patient:innen zur Seite gestellt.

1.2.3 Sozialmedizinisches Kolloquium

Durch ein digitales Sozialmedizinisches Kolloquium bestand im Anschluss an ein auffälliges Screening die relativ einfache Möglichkeit des Zuweisers (Hausärzt:innen, Jobcenter, Arbeitsagentur), sich kompetente Hilfe von entsprechendem Fachpersonal (Sozialmediziner der Rentenversicherung) und verschiedenen Leistungsträgern (Jobcentern, Arbeitsagenturen) zu holen. Gleichzeitig blieb der Zuweiser als „Ansprechpartner für die Patient: innen“ und als „Lotse“ im Prozess erhalten. Bei der Hausarztstudie war die SERVicE-Person, in den Fällen in den sie aktiviert worden ist, die weitere Ansprechpartnerin für den Patient: innen. Im SMK gab es neben der Möglichkeit medizinische Unterlagen datenschutzkonform mit den anderen, berechtigten Mitgliedern zu teilen, ebenfalls eine Chatfunktion, wodurch es die Möglichkeit gab, im schnellen Austauschverfahren sowie zeit- und ortsunabhängig über Maßnahmen zu diskutieren und Hilfe zu empfehlen.

Das Sozialmedizinische Kolloquium wurde auf der virtuellen Plattform Cankado abgehalten. Hierfür griff das Projekt auf bestehende Strukturen des Anbieters CANKADO Service GmbH zurück. CANKADO ist ein Online-System, welches auf allen internetfähigen Geräten betrieben werden kann und somit als einziges EDV-System dieser Art als Medizinprodukt Klasse 1 in der europäischen Union registriert ist. Es erfüllt höchste Standards der deutschen und europäischen Datenschutz-Grundverordnung.

Bei CANKADO handelt es sich um eine eigenständige Software, die als sogenannte e-Health Lösung genutzt werden kann. Sie ermöglicht die Unterstützung von Versorgungs- und Forschungsprojekten. Das System ist cloudbasiert. Die Cloud-Server stehen im Cloud Server Zentrum eu-central-1 in Frankfurt am Main und werden von der Amazon Web Services (AWS) betrieben. Die gesamte Serveranlage ist nach ISO/IEC 27001:2013 zertifiziert. Die AWS stellt für die Cloud-Server die Umsetzung der DSGVO sicher.

1.2.4 Innovative Versorgungsformen

Fernerhin wurde angedacht, dass im Rahmen des Sozialmedizinischen Kolloquiums, so denn die Auffassung im Kolloquium herrscht, dass die bisher zur Verfügung stehenden Hilfsmaßnahmen (wie z.B. Rehabilitation) nicht greifen, innovative Hilfsmaßnahmen zu empfehlen und zu erproben sind. Die Finanzierung dieser Leistungen wurden über das Projekt beantragt und umgesetzt.

Infolge des Rückzugs der Goethe-Universität Frankfurt von der Studie wurde eine Planung und Umsetzung des AGILER-MISPEX Angebots nicht mehr als realisierbar erachtet.

Weitere innovative Versorgungsformen wie Prä-Reha, sequentielle Rehabilitation und die Durchführung bereits etablierter Maßnahmen zu einem anderen Zeitpunkt, konnten nicht evaluiert werden da sie letztendlich nicht in der Projektzeit zur Anwendung kamen. Im Projektantrag wurden diese innovative Versorgungsformen zwar beschrieben aber während der Pandemiezeit hatten die Rehakliniken nicht die Möglichkeit diese Versorgungsformen anzubieten und durchzuführen.

Zusätzlich erhielten die Patient:innen der explorativen Studien die Möglichkeit, ihre eigene Motivation im Hinblick auf einen gesundheitsbewussteren Lebensstil zu stärken. Hierfür wurden ihnen Smartwatches der Marke ***Polarwatch*** für die Dauer von zwölf Monaten kostenfrei zur Verfügung gestellt. Diese Geräte zeichneten kontinuierlich verschiedene gesundheitsrelevante Parameter auf, darunter **körperliche Aktivität** (z. B. Schrittzahl, Trainingsintensität und Kalorienverbrauch), die **Herzfrequenz** (sowohl in Ruhe als auch unter Belastung) sowie unterschiedliche Aspekte des **Schlafverhaltens** (wie Schlafdauer und Schlafqualität). Durch die Integration dieser Daten in die Studie konnten nicht nur objektive Messwerte zum Gesundheitsverhalten der Teilnehmenden gesammelt werden, sondern auch individuelle Verhaltensänderungen sichtbar gemacht werden. Zudem bot die kontinuierliche Selbstbeobachtung den Patient:innen die Möglichkeit, ihre eigenen Fortschritte im Alltag nachzuvollziehen und so ihre Motivation zur aktiven Mitgestaltung des Therapieerfolgs zu steigern.

1.2.5 Innovative Nachsorgeleistung

Viele Krankenkassen bieten mittlerweile Gesundheit-Apps an, und auch viele Patient:innen nutzen bereits Sport-Apps. Vor diesem Hintergrund wurden im Rahmen des Projektes innovative digitale Nachsorgeleistungen in Betracht gezogen. Die Caspar Health Anwendung wurde durch das Team der Technischen Hochschule Mittelhessen evaluiert und erfüllte alle im Antrag gewünschten Funktionen. Caspar Health bietet ein breites Spektrum an Bewegungstherapien sowie individuell anpassbare Therapiepläne in den Fachbereiche Orthopädie, Neurologie, Kardiologie, Onkologie, Psychosomatik und berufsgruppenorientierte Prävention. Darüber hinaus hat Caspar Health eine Zulassung als digitale Gesundheitsanwendung (DiGA), welche für eine geprüfte Qualität der medizinischen Leistungen spricht. Caspar Health wurde bereits in mehreren wissenschaftlichen Studien positiv evaluiert und bietet zahlreiche Vorteile, wie die Anpassung an die familiären und beruflichen Lebensumstände der Nutzenden und die Unterstützung bei der Integration der in der Reha erlernten Fähigkeiten in den Alltag. Der Vertrag mit Caspar Health ermöglichte es, eine moderne und flexible Nachsorgelösung das Projekt zu integrieren. Besonders in Zeiten der Pandemie wurde dies für eine sinnvolle und anpassungsfähige Ergänzung der Nachsorgeleistungen gehalten. Gleichzeitig starteten auch bei der DRV Hessen Kliniken mit der Aufnahme der App als festen Bestandteil ihres Nachsorgeprogramms, sodass Patient:innen eine Einführung in die Nutzung der App am Ende ihrer Rehabilitation in der Klinik erhielten.

1.3 Ziele

Das Modellvorhaben SERVE verfolgte das übergeordnete Ziel, Fälle von vorzeitiger und krankheitsbedingter Erwerbsminderung zu verhindern.

Zur Erreichung des Ziels sollte geprüft werden, ob durch die Einrichtung eines virtuellen, also digitalen Sozialmedizinischen Kolloquiums (SMK) Patient:innen, die aufgrund einer Gesundheitsstörung in eine komplexe berufliche Problemlage geraten und somit einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente stellen könnten, frühzeitiger erfasst werden können. Gleichzeitig soll diesen Menschen durch eine individuelle bedarfsgerechte Betreuung eine frühere und damit effektivere Hilfestellung an die Seite gestellt werden, um durch die höhere Effizienz der Maßnahmen und die verbesserte Nachhaltigkeit Fälle von vorzeitiger und krankheitsbedingter Erwerbsminderung zu verhindern.

Zudem sollten im Projekt innovative Elemente erprobt werden. Hierzu gehörten präventive Screenings, das Sozialmedizinisch Kolloquium, SERVicE-Person (SGB VI) bzw. SERVE-Mitarbeitende (SGB II) sowie innovative Versorgungsformen.

Im randomisierten Studienarm lag der Schwerpunkt auf der Prüfung der Umsetzbarkeit und Wirksamkeit des SMKs. Dabei sollte untersucht werden, ob das Verfahren im Versorgungsalltag praktikabel eingesetzt werden kann und ob es dazu beiträgt, Krankheitsverläufe frühzeitig positiv zu beeinflussen und dauerhafte Erwerbsminderungen möglichst zu verhindern.

Im explorative Studienarm lag der Fokus auf der frühzeitigen Erkennung von Risikopatient:innen in Jobcentern und Arbeitsagenturen. Es sollte evaluiert werden, ob Screenings dort zielgerichtet eingesetzt werden können und ob eine digitale Plattform die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Institutionen erleichtert. Zudem sollte überprüft werden, ob diese neuen Strukturen tatsächlich dazu beitragen, dass weniger Menschen eine Erwerbsminderungsrente beantragen müssen. Die langfristige Zielsetzung besteht in der Förderung beruflicher und gesellschaftlicher Teilhabe trotz gesundheitlicher Bedarfe. Dazu sollen die intersektorale Zusammenarbeit verbessert, die Selbstbestimmung im Umgang mit Erkrankungen gestärkt sowie Gesundheitszustand und Lebensqualität der Betroffenen gefördert werden.

Die Ziele und Fragestellungen der randomisierten Studie sowie der explorativen Studie sind in den Abschnitten 1.5.1.1. und 1.5.2.1 ausführlich dargestellt

1.4 Organisation/beteiligte Akteure

Im Projekt SERVE wurden die Jobcenter Marburg und das Jobcenter Frankfurt als Verbundpartner ausgewählt; die Agentur für Arbeit in Marburg fungierte als Letztempfänger.

Die Arbeitsagentur Frankfurt am Main war nur zu Projektbeginn in die Vorbereitungen eingebunden, schied dann jedoch frühzeitig aus.

Das Jobcenter Lahn-Dill wurde im späteren Verlauf der Studie integriert, ohne dass hierfür eine dezidierte Serve-Person vorgesehen und/oder zusätzliche Kosten veranschlagt wurden. Eine Kooperationsvereinbarung bestand ausschließlich mit der DRV-Bund.

Die wissenschaftliche Begleitung der randomisierten Studie erfolgte in Kooperation mit der Abteilung für Allgemeinmedizin, präventive und rehabilitative Medizin der Philipps-Universität Marburg (Frau Prof. Dr. Becker). Für den explorativen Studienarm war die Technischen Hochschule Mittelhessen (THM), Fachbereich Gesundheit (Frau Prof. Dr. Maulbecker-Armstrong), mit Sitz in Gießen zuständig.

1.4.1 Die Akteure der DRV Hessen

1.4.1.1 Die Projektkoordination

Die DRV Hessen übernahm im Projekt die zentrale Steuerungs- und Überwachungsfunktion. Sie stellte die organisatorischen, kommunikativen und administrativen Voraussetzungen für die Zielerreichung sicher.

Ein Schwerpunkt lag in der Strukturierung des Projektablaufs, der Koordination mit Jobcentern und Arbeitsagenturen sowie der Abstimmung der wissenschaftlichen Begleitung und den Steuerungsgremien.

Unter den Bedingungen pandemiebedingter Einschränkungen waren kontinuierliche Anpassungen erforderlich. Hierzu zählten insbesondere die Umstellung auf digitale Arbeitsformate sowie die Anpassung der Projektprozesse an veränderte rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen. Zudem verantwortete die Projektkoordination die Zusammenarbeit mit externen Partnern, (u.a. *Cankado* und *Caspar Health)* und trug damit wesentlich zur Umsetzung der Projektziele bei.

1.4.1.2 Der Kümmerer

Zu Beginn des Studienprojekts war der Kümmerer eng in die konzeptionelle Entwicklung in der digitalen Plattform Cankado sowie in die Gesamtplanung des Sozialmedizinischen Kolloquiums (SMK)

eingebunden. Dies erfolgte in Abstimmung mit der Projektkoordination, dem Sozialmediziner und der Sozialarbeiterin (SERVicE-Person).

Im weiteren Verlauf des Projekts übernahm der Kümmerer die Prüfung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Studienteilnehmenden bei der Deutschen Rentenversicherung. Dies erfolgte auf Basis relevanter Sozialdaten sowie durch die Abstimmung mit den SMK-Mitgliedern. Auf Grund technischer Schwierigkeiten bei Cankado war in der Machbarkeitsphase eine reguläre digitale Umsetzung nicht möglich. Der Kümmerer organisierte ein papierbasiertes SMK unter persönlicher Beteiligung von Sozialmedizinern und SERVE-Personen.

1.4.1.3 Der Sozialmediziner

Die Teilnahme am SMK stellte eine der zentralen Aufgaben des Sozialmediziners dar und gewährleistete die kontinuierliche Einbindung fachärztlicher sozialmedizinischer Expertise in die Projektumsetzung. Darüber hinaus umfasste sein Aufgabenbereich die Kommunikation mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten bei medizinischen Rückfragen sowie die Prüfung der individuellen Voraussetzungen der Patient:innen für Regel- und innovative Leistungen der Rehabilitation.

Die sozialmedizinische Begutachtung fungierte als qualitativ hochwertiges Zweitmeinungsverfahren und trug zur Verbesserung der Versorgungsqualität bei.

Im Projektverlauf begleitete der Sozialmediziner die wiederholte Erprobung des SMKs. Dabei wurden fortlaufend neue Versionen mit erweiterten Funktionalitäten getestet, um die Umsetzung zu optimieren. Zudem wirkte der Sozialmediziner an der Entwicklung und Implementierung des Fragebogens „PatServe“, der als zentrale Entscheidungsgrundlage im SMK diente.

Während der Projektlaufzeit schied der ursprüngliche Sozialmediziner zum 31.07.2023 aus. Die sozialmedizinische Betreuung der Studienteilnehmenden wurde im Anschluss durch den Projektleiter, Prof. Dr. Ulf Seifart, in enger Kooperation mit der angestellten SERVicE- Person übernommen. Auf diese Weise konnte die kontinuierliche Begleitung der Patient:innen sichergestellt werden.

1.4.1.4 Die SERVicE-Person

Im Rahmen der randomisierten Studie übernahm die SERVicE -Person eine zentrale Rolle für einen reibungslosen Projektablauf. Bereits in der frühen Projektphase zeigte sich, dass ihre Tätigkeit unverzichtbar war, da zahlreiche Teilnehmende erhebliche Schwierigkeiten beim Einloggen und beim Ausfüllen der digitalen Fragebögen hatten. Folglich wurde die SERVicE -Person bereits vor Durchführung des SMKs in die Betreuung einbezogen.

Die SERVicE-Person fungierte als Schnittstelle zwischen Patient:innen sowie dem Sozialmediziner, indem sie relevante Informationen zur sozialen Situation übermittelte. Ihre beratende Tätigkeit sowie die Unterstützung bei der Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen führten zur Vereinfachung sowie einer Beschleunigung des Antragsverfahrens. Besonders bei psychosomatischen Patient:innen hatte die SERVicE -Person eine stabilisierende Funktion. Auch nach Abschluss der Rehabilitation blieb sie als Ansprechpartnerin verfügbar, um die Entwicklung zu reflektieren und Selbständigkeit zu fördern.

Die Projekterfahrungen zeigen, dass eine frühzeitige Einbindung der SERVicE -Person bereits beim Erstkontakt sinnvoll ist. Eine mögliche zukünftige Einbindung in das SMK selbst wäre von erheblichem Mehrwert, da sie dort direkt die Bedürfnisse und Wünsche der Patient:innen einbringen könnte.

1.4.2 Die Hausärzt:innen in der randomisierten Studie

Die Rekrutierung der teilnehmenden Hausärzt.innen für die randomisierte Studie erfolgte durch die Studienassistenz der wissenschaftlichen Begleitung an der Philipps-Universität Marburg. Die Einbindung der Ärzt:innen stellte einen zentralen Bestandteil des Projektdesigns dar, da sie aufgrund ihrer kontinuierlichen und langjährigen Versorgungstätigkeit über ein fundiertes Wissen zur medizinischen Vorgeschichte der Patient:innen verfügen. Das bestehende Vertrauensverhältnis sowie ihre

koordinierende Funktion innerhalb des Gesundheitssystems prädestinieren Hausärzt:innen in besonderer Weise für die frühzeitige Identifikation von Risikopatient:innen mit drohender Erwerbsminderungsgefährdung.

Durch die Teilnahme der Ärzt:innen am SMK konnten Patient:innen bereits in einem frühen Stadium ihrer gesundheitlichen Einschränkungen oder sozialen Problemlagen erfasst werden und im Sinne des Grundsatzes *„Prävention vor Rehabilitation vor Rente“* gezielt in geeignete Maßnahmen überführt werden.

1.4.3 Die Akteure der Jobcenter und Arbeitsagenturen in der explorativen Studie

Das Jobcenter Frankfurt, das Jobcenter Marburg und die Agentur für Arbeit Marburg benannten jeweils eine SERVE-Person, die als Zuweiser in der explorativen Studie fungierte. Diese SERVE-Personen waren maßgeblich für die Rekrutierung geeigneter Kandidat:innen verantwortlich, meldeten diese für das SMK an, übernahmen die fallbezogene Begleitung und nahmen aktiv am Sozialmedizinischen Kolloquium (SMK) teil. Ihre Tätigkeit vereinte somit die Funktionen der Rekrutierung, Koordination und fallbezogenen Betreuung, wodurch sie eine Schlüsselrolle innerhalb des Projekts einnahmen. Das Jobcenter Lahn-Dill, erst im Laufe des Projektes als Partner aufgenommen, nahm hingegen nur fallbezogen teil, soweit ihre eigenen Kund:innen besprochen wurden. Sie waren kein fester Bestandteil des SMKs.

Die Einbindung der Jobcenter und Arbeitsagenturen erwies sich als wesentlich, da diese Institutionen durch ihre Nähe zu den erwerbsfähigen Leistungsberechtigten über ein hohes Potenzial zur frühzeitigen Identifikation von Risikopersonen verfügten.

Die Zuweisenden übernahmen dabei eine Doppelfunktion: Einerseits fungierten die SERVE-Personen als Ansprechpartner für die Kund:innen, andererseits agierten sie als Lotsen im Versorgungsprozess. Auf dieser Grundlage konnten individuelle sozialmedizinische Unterstützungskonzepte erarbeitet und Empfehlungen ausgesprochen werden, ohne dass die Kund:innen selbst aktiv am SMK teilnehmen mussten (Siehe Berichte der Jobcenter und Arbeitsagentur).

1.4.4 Förderliche und hemmende Strukturen

Durch die Zusammenarbeit zwischen den SMK-Mitgliedern und dem Sozialmediziner der DRV konnten neue Wege zu einer Verbesserung der Kommunikation zwischen Institutionen erprobt werden.

Die Rolle der SERVE- und SERVicE -Personen erwies sich als besonders förderlich. Sie fungierten nicht nur als Ansprechpartner, sondern ermöglichten durch ihre kontinuierliche Präsenz einen strukturierten Informationsfluss und eine enge Rückkopplung mit den Patient:innen. Der regelmäßige Austausch zwischen diesen Akteuren sowie mit der wissenschaftlichen Begleitung und den Studienhilfen trug maßgeblich dazu bei, Projektstrukturen zu stabilisieren, Abläufe zu optimieren und eine effiziente Kooperation zu gewährleisten.

Demgegenüber standen verschiedene hemmende Strukturen: Die COVID-19-Pandemie führte zu einer erheblichen Arbeitsbelastung im Bereich der Allgemeinmedizin, wodurch Hausärzt:innen nur eingeschränkt Kapazitäten zur Rekrutierung von Patient:innen für die Studie aufbringen konnten. Die Beantragung pandemiebedingte Anpassungen führte zu zusätzlichem administrativem Aufwand und dadurch erheblichen zeitlichen Verzögerungen

Zudem stellte die hierarchische Organisationsstruktur der Deutschen Rentenversicherung Hessen und der DRV Bund in einzelnen Situationen besondere Anforderungen an eine offene und flexible Kommunikation. Auch die frühzeitige Identifikation geeigneter Kund:innen in den Jobcentern und Arbeitsagenturen war begrenzt, da relevante Indikatoren wie Arbeitsunfähigkeitstage nicht zuverlässig erfasst oder gemeldet wurden. Die Arbeitsagentur und Jobcenter konnten nicht nach ausreichend Filter in ihrem Datensystem setzen, sodass ein präventives Screening erschwert war.

1.5 Wissenschaftliche Begleitung

1.5.1 Die wissenschaftliche Begleitung der Philipps-Universität Marburg

Die wissenschaftliche Begleitung für die randomisierte Studie erfolgte in Kooperation mit der Abteilung für Allgemeinmedizin, präventive und rehabilitative Medizin der Philipps Universität Marburg.

1.5.1.1 Ziele und Fragestellungen der randomisierten Studie

Die randomisierte Studie verfolgte das Ziel, die Wirksamkeit des Sozialmedizinischen Kolloquiums (SMK) systematisch zu evaluieren. Die geplante Gesamtfallzahl betrug 342 Patient:innen, die auf eine Interventionsgruppe und Kontrollgruppe verteilt wurden (jeweils 171 Teilnehmende)

Die formativen Zielsetzungen konzentrierten sich auf die Implementierung und Optimierung der Abläufe innerhalb des SMKs.

Diese waren:

- Sicherstellung einer effizienten Kommunikation zwischen den beteiligten Akteuren (Hausärzt:innen, Jobcenter, Arbeitsagenturen, Rentenversicherung, Sozialmediziner, SERVE- und SERVicE-Personen).
- Identifikation fördernder und hemmender Strukturen im Prozessablauf, um Anpassungen zeitnah umzusetzen.
- Erprobung der digitalen Plattform Cankado im Hinblick auf Benutzerfreundlichkeit, Datenschutz und Akzeptanz bei den beteiligten Institutionen.
- kontinuierliche Prozesskontrolle durch Rückmeldungen von Ärzt:innen, Patient:innen.
- und weiteren Akteuren zur Wirksamkeit und Praktikabilität der Maßnahmen.
- Förderung der intersektoralen Kooperation durch das SMK mit dem Ziel einer frühzeitigen Erfassung gefährdeter Patient:innen.

Die summativen Ziele der Studie bezogen sich auf die Evaluation der Wirksamkeit des Projektes anhand klar definierter primärer und sekundär Fragestellungen:

Primäre summative Fragestellung:
Lassen sich durch die frühzeitige Falldiskussion im SMK und die daraus abgeleiteten Maßnahmen die kumulativen Arbeitsunfähigkeitszeiten innerhalb eines Jahres bei Betroffenen relevanter Erkrankungsfelder signifikant stärker reduzieren (angestrebt <34 Tage) als bei einer Kontrollgruppe, die nach dem Standardverfahren („therapy as usual“) versorgt wird?

Sekundäre summative Fragestellungen:

1. Wie hoch ist der Anteil der Patient:innen mit Langzeit-Arbeitsunfähigkeit von mindestens 4 Wochen im 12 Monats-Follow up in der Interventionsgruppe verglichen zur Kontrollgruppe?
2. Welche Veränderungen zeigen sich im Work Ability Index in der Interventions- vs. Kontrollgruppe?
3. Wie viel Zeit brauchen die Teilnehmer:innen der Kontroll- und Interventionsgruppe bis zur Rückkehr an den Arbeitsplatz (mittlere Dauer vom letzten Arbeitstag bis zum ersten Arbeitstag nach Abschluss der Interventions- bzw. Kontroll-Maßnahmen)?
4. Wie entwickelt sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität, gemessen mit dem SF-36 im Follow up von 12 Monaten von Patient:innen in der Interventionsgruppe vs. Patient:innen der Kontrollgruppe? (Bullinger et. al. 1995, 21–36)
5. Wie bewerten die Ärzt:innen der Interventionsgruppe die Arbeit mit dem sozialmedizinischen Kolloquium und daraus resultierende Maßnahmen? (qualitative Interviews)
6. Welche Patient:innen profitieren in der Interventionsgruppe am besten von den Maßnahmen (Alter, Geschlecht, Krankheitsbild und ggf. -stadium, Stadt-/Landversorgung)? (Bewertung auf Basis von Regressionsanalysen)
7. Welche Interventionen werden von den Patient:innen besonders gut angenommen (Teilnehmerraten, Abbruchraten und Rate ausgefallener Interventionstage) und welche Interventionen korrelieren in besonderer Weise mit niedrigeren Arbeitsausfallzeiten nach Abschluss des

Modellvorhabens? Gibt es einzelne prä- oder post-Reha-Intervention(en), die besser geeignet sind als andere, um eine Senkung der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitszeiten zu erreichen? (Auswertung in Subgruppenanalysen und multivariaten Verfahren)

Langfristige Hypothese:

Die Hypothese lautete, dass durch die frühzeitige Falldiskussion im sozialmedizinischen Kolloquium sowie der daraus initiierten Maßnahmen sich bei den Betroffenen der untersuchten Erkrankungsfelder die Anzahl der Anträge auf Erwerbsminderung in den folgenden 5 Jahren mehr als bei einer Kontrollgruppe von Patient:innen reduziert, die im Rahmen des aktuellen Regelangebotes („therapy as usual“) behandelt werden. Diese Langfrist-Hypothese kann im Zeitrahmen des Modellvorhabens nicht abschließend beantwortet werden und ist einer weiteren Analyse nach einer Laufzeit von 5 und 10 Jahren, vorausgesetzt die Studienteilnehmer:innen geben ihr Einverständnis für eine Verabfolgung, im oben genannten Zeitraum, zu überprüfen.

1.5.1.2 Daten und Methoden der randomisierten Studie

Quantitative Analyse

Phase I: Entwicklung der Intervention- und Machbarkeitsstudie

Die randomisierte Studie sollte eine vergleichende Bewertung zwischen Teilnehmenden mit und ohne SMK (Kontrollgruppe) vornehmen. Während der Machbarkeitsstudie sollte das SMK unter realen Bedingungen erprobt werden sowie die Pilotierung der Studienabläufe erfolgen. Wichtige Fragen waren die Einbettung des SMKs in die täglichen Routinen der beteiligten Berufsgruppen, die Koordination und Zeithorizonte der Absprachen innerhalb des SMKs oder die Umsetzung der Empfehlungen mit Hilfe der SERVicE-Person.

Im Anschluss an die Machbarkeitsphase war es geplant, Fokusgruppen mit den Hausärzt:innen und individuelle Interviews mit den Patient:innen mit dem Ziel durchzuführen, die Studien- und Interventionsprozesse zu optimieren. Wegen den niedrigen Rekrutierungszahlen haben diese allerdings nicht stattgefunden.

Phase II: Cluster-randomisierter kontrollierter Versuch

In Phase II wurde die Effektivität des SMKs in einem Cluster-randomisierten Versuch getestet, wobei ursprünglich zwei Regionen, Frankfurt und Marburg, als Studienstandorte vorgesehen waren.

Bei Zustimmung zur Teilnahme erhielten die Patient:innen einen Fragebögen zur Base-lineerhebung (einschließlich einer Stichprobenbeschreibung und des SF-36 Fragebogens). Zum Zeitpunkt der Rekrutierung war weder den Hausärzt:innen noch dem Studienzentrum die Gruppenzugehörigkeit der Praxen (Interventions- oder Kontrollgruppe) bekannt (Concealment of allocation). Dies verhinderte eine gezielte Auswahl von Patient:innen, die zu einer Verzerrung der Ergebnisse hätte führen können.
Die Randomisierung der Hausarztpraxen in die Interventions- oder Kontrollgruppe erfolgte erst nach Abschluss der Rekrutierung und der Baseline-Erhebung. Im Verlauf der Studie erhielten die Hauspraxen eine direkte Unterstützung durch Studienhilfen, die ihnen bei der Einbindung der Patient:innen in die digitale Plattform halfen.

Die Daten der randomisierten Studie ergeben sich aus den Arbeitsunfähigkeitstagen eines Jahres und direkter Patientenbefragung (Work Ability Index, Lebensqualität SF-36 und HAD-S) über Fragebögen. Die Arbeitsunfähigkeitstage (primäre Outcome) sollten am Ende des Follow-up über die Krankenkassen der teilnehmenden Patient:innen erhoben werden. Bereits bei Rekrutierung werden Patient:innen um ihr Einverständnis gebeten, ihre Arbeitsunfähigkeitstage über ihre Krankenkasse nach Ablauf des Follow up (18 Monate post Interventionsschulung) für einen Zeitraum von 24 Monaten (6 Monate Baseline im Vorlauf zur Initiierungsschulung, 6 Monate überlappend zur geschätzten Interventionszeit in Zusammenhang mit Maßnahmen sowie 12 weitere Monate post intervention) erfragen zu dürfen.

Die primären und sekundären Outcomes werden zur Baseline (hier auch Erhebung von stichprobenbeschreibenden Daten der Patient:innen und Ärzt:innen) sowie 12 (Workability Index, Lebensqualität) und 18 Monate (Arbeitsunfähigkeitszeiten, Workability index, Lebensqualität) post

Interventionsschulung in Interventions- und Kontrollgruppe erhoben. Die Arbeitsunfähigkeitszeiten im Rahmen von therapeutischen Maßnahmen (z.B. durch eine Rehabehandlung) gehen in die Outcomemessung mit ein.

Durch die große Rekrutierungsprobleme während der Studie wurde die statistische Analysemethode diskutiert. Dabei sollten die Analysen der Hauptoutcomes (AU-Tage und Arbeitsfähigkeit/WAI) neben den klassischen statistischen Verfahren (frequentistischer Ansatz) um eine Bayessche Statistik ergänzt werden. Diese bietet den Vorteil, auch mit einer geringeren Fallzahl fundierte Aussagen über die Wahrscheinlichkeit eines Effektes zu ermöglichen. So wären auch bei einer geringeren Rekrutierungszahl valide Aussagen ohne die Änderung des Studiendesigns möglich gewesen. Die Auswertung konnte nur deskriptiv erfolgen (z.B. in Anspruch genommene Maßnahmen, Arbeitsfähigkeit, Arbeitsunfähigkeitstage, gesundheitsbezogene Lebensqualität). Die gesammelten Daten können für die jeweiligen Gruppen mit Kennzahlen der deskriptiven Statistik beschrieben werden.

Qualitative Evaluation in Form von semistrukturierten Interviews

Alle Hausärzt:innen, die mindestens ein SMK durchgeführt haben, sowie alle Patient:innen der Interventionsgruppe, deren Fall im SMK beraten wurde, wurden für ein Interview kontaktiert.

Weitere beteiligte Personen (Kümmerer, Sozialarbeiterin, Mitarbeitende JC/AA) wurden ebenfalls kontaktiert. Die Interviewdaten wurden nach der Thematischen Analyse nach Braun und Clark (2006) ausgewertet, sodass vertiefte Einsichten in den Bereichen „Rekrutierung und Teilnahme“, „Erhebungsinstrumente und Studienprozeduren“, „Interventionen/SMK“ und zur „Kommunikation zwischen Ärzt:in und Patient:in“ gewonnen werden konnten.

1.5.2 Wissenschaftliche Begleitung der Technischen Hochschule Gießen

1.5.2.1 Ziele und Fragestellungen der explorativen Studie

Für diese Studie war eine Fallzahl von 100 Teilnehmenden vorgesehen. Jede Organisation sollte 25 STN rekrutieren. Die Agentur für Arbeit Frankfurt am Main war zwar von Beginn an in die Prozessvorbereitung eingebunden, die Rekrutierung sollte jedoch ohne eine dezidierte SERVE-Person erfolgen. Es zeigte sich früh, dass auf diesen Weg keine Rekrutierung von STN möglich war, sodass von einer reduzierten Fallzahl von 75 Teilnehmenden auszugehen war.

Primäre Forschungsfrage

Kann durch den frühzeitigen Einsatz standardisierter Screenings in Arbeitsagenturen und Jobcentern bei Arbeitssuchenden mit gesundheitlichen Risikofaktoren eine Erwerbsminderungsrente durch gezielte und innovative Rehabilitationsmaßnahmen verhindert werden?

Sekundäre Forschungsfrage

Lässt sich durch den Einsatz einer digitalen Austauschplattform die sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Institutionen verbessern?

Die formativen Ziele **in der explorativen Studie waren:**

- **Optimierung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit**: Stärkung der Kooperation zwischen Arbeitsagenturen, Jobcentern, Hausärzt:innen, Reha-Einrichtungen und Rentenversicherungsträgern.
- **Etablierung geeigneter Kommunikationsstrukturen**: Erprobung einer digitalen Austauschplattform, die datenschutzkonform ist und den Informationsfluss zwischen den beteiligten Institutionen beschleunigt und vereinfacht.
- **Früherkennung von Risikopatient:innen**: Implementierung von standardisierten Screenings in Arbeitsagenturen und Jobcentern zur frühzeitigen Identifikation gesundheitlicher Risiken.
- **Entwicklung von Interventionsstrategien**: Anpassung rehabilitativer Maßnahmen an die Bedarfe der Zielgruppe, um den Zugang zu innovativen Unterstützungsangeboten zu erleichtern.

- **Rollenklärung der Projektakteure**: Präzisierung der Aufgaben von SERVE- Personen sowie Sicherstellung einer effizienten Zusammenarbeit mit wissenschaftlicher Begleitung und externen Partnern.
- **Akzeptanz- und Machbarkeitsprüfung**: Erfassung der Nutzerfreundlichkeit, Akzeptanz und Praktikabilität der eingeführten Strukturen und Verfahren bei allen beteiligten Akteuren.

Die summativen Ziele in der explorativen Studie waren:

- **Vermeidung frühzeitiger Erwerbsminderungsrenten**: Nachweis, dass durch frühzeitige Screenings und passgenaue rehabilitative Maßnahmen die Inanspruchnahme von Erwerbsminderungsrenten reduziert werden kann.
- **Reduktion von Arbeitsunfähigkeitszeiten**: Evaluation, ob die Interventionen im Rahmen von SERVE im Vergleich zur Standardversorgung zu einer signifikanten Verringerung von Arbeitsunfähigkeitszeiten führen.
- **Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung**: Überprüfung, ob durch den Einsatz einer digitalen Austauschplattform die interinstitutionelle Zusammenarbeit effizienter und wirksamer gestaltet werden kann.
- **Stärkung der beruflichen Wiedereingliederung**: Untersuchung, ob die Teilnehmenden schneller und nachhaltiger an den Arbeitsplatz zurückkehren.
- **Gesundheitsbezogene Lebensqualität**: Analyse, ob sich durch die Maßnahmen eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erzielen lässt.
- **Nachhaltige gesellschaftliche Teilhabe**: Bewertung, ob die Maßnahmen langfristig die selbstbestimmte Lebensführung, die Übernahme sozialer Rollen und die gesellschaftliche Integration der Teilnehmenden fördern.

1.5.2.2 Daten und Methoden der explorativen Studie

Die quantitative Datenerhebung

Eine Baseline-Datenerhebung setzte mit der Einholung medizinischer Unterlagen der behandelnden Arzt:innen und/oder Hausarzt:in ein. Im Rahmen der explorativen Studie wurde ein Mixed-Methods Design mit prä-post Vergleich zu insgesamt drei Messzeitpunkten implementiert. Ergänzend zur Basiserhebung erfolgten Datenerhebungen nach 6 sowie nach 18 Monaten. Eine wiederholte Befragung mit den Fragebögen SF-36 und WAI im Rahmen der Abschlusserhebung war vorgesehen.

Die quantitativen Daten wurden mit SPSS (SPSS, IBM Deutschland, 2024) statistisch analysiert und erfolgte deskriptiv; hierfür wurden u.a. Mittelwerte, Häufigkeiten, Standardabweichungen berechnet.

Die Baseline Daten umfassten demografische Informationen, Angaben zum Beschäftigungsstatus, den Grund für die Arbeitsunfähigkeit in den letzten sechs Monaten sowie die Ergebnisse der Fragebögen WAI (Hasselhorn H-M, Freude G., 2007) und SF-36 (Bullinger et. al., 1995, 21–36).

Darüber hinaus wurden Organisationen ohne dezidierte SERVE-Ansprechperson in die Datenerhebung mit einbezogen. Zu diesem Zweck wurde eine Matrix erstellt, in der potenziell geeignete AA / JC erfasst wurden.

Qualitative Datenerhebung

Im Rahmen der Evaluation der Machbarkeitsphase wurden halbstrukturierte Interviews mit den SERVE-Ansprechpersonen sowie den Teilnehmenden durchgeführt, um Einblicke in die Nutzererfahrungen sowie die Akzeptanz der Intervention zu gewinnen. Die Auswertung der Interviewdaten erfolgte mittels einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz unter Verwendung der Software **MAXQDA** (MAXQDA, 2024).

Für die Hauptstudie war die Anwendung der Fokusgruppenmethode vorgesehen. Im Verlauf des Projekts etablierte sich durch die regelmäßigen wöchentlichen Austauschtreffen zwischen den beteiligten Organisationen und der wissenschaftlichen Begleitung eine kooperative Arbeitsdynamik, sodass Einzelinterviews zunehmend an Relevanz verloren. Die Gruppenbefragungen sollten es ermöglichen, auch sekundäre Effekte der Intervention systematisch zu erfassen.

2 Ergebnisse des Modellprojektes

Pandemiebedingte Einschränkung während des Projekts

Der Beginn der SERVE Studie erfolgte zum Zeitpunkt der Corona-Pandemie. Dies führte zur Verzögerung der Umsetzung der SERVE-Prozesse bei beiden Studienarme.

Die Pandemie behinderte sowohl die Rekrutierung bei den Hausarztpraxen als auch die Rekrutierung bei den Jobcentern und Agenturen für Arbeit. Präsenzmeetings und Tagungen mussten umstrukturiert werden. In Rehakliniken konnte nur eine reduzierte Anzahl an Patient:innen aufgenommen werden. Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen und innovative Maßnahmen konnten in der Regel nicht durchgeführt werden. Im späteren Verlauf wurde Patient:innen, die nicht gegen CoVid-19 geimpft waren, ein Kliniksaufenthalt verweigert.

In der Konsequenz kam es zu signifikanten Verschiebungen und Verzögerungen innerhalb der Projektabläufe.

2.1 Projektergebnisse der Philipps-Universität Marburg

Die Erfahrungen mit dem entwickelten Zugangsweg zeigten, dass die Intervention noch nicht als praktikable und unmittelbar verstetigungsfähige Lösung gelten kann. Aufgrund der geringen Rekrutierungszahlen war eine quantitative Überprüfung der Wirksamkeit des Sozialmedizinischen Kolloquiums (SMK) nicht möglich. Folglich konnten keine belastbaren Aussagen zu dessen Wirkung auf Arbeitsunfähigkeitszeiten und Arbeitsfähigkeit getroffen werden. Auch eine Beschleunigung des Zugangs zu Rehabilitationsleistungen durch das SMK konnte aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung nicht nachgewiesen werden. Zudem wurden zu wenige innovative Maßnahmen beschlossen, um fundierte Schlussfolgerungen ziehen zu können.

Rekrutierung der Hausarztpraxen und Patientinnen während der Machbarkeitsphase

Die Pandemie erschwerte die Rekrutierung von Patient:innen und Hausartzpraxen. Die Rekrutierungs- und Datenerhebungsphase der Machbarkeitsstudie erstreckte sich von November 2021 bis August 2022.

In Vor-Gesprächen mit Ärzt:innen wurde häufig versichert, dass diese geeignete Patient:innen hätten. Die Realität der Rekrutierung stellte sich jedoch deutlich anders da, was letzten Endes auch zum verfrühten Ende der Studie führte.

Um die Rekrutierung zu intensivieren, wurden im Rahmen eines von der Ethikkommission genehmigten Amendments (10.08.2022) verschiedene Maßnahmen umgesetzt:

- Erweiterung der Rekrutierungsregion auf zusätzliche Landkreise in Mittel- und Nordhessen sowie des Rhein-Main-Gebiets,
- Anpassung der Ein- und Ausschlusskriterien (z. B. Berücksichtigung von Post-COVID-19-Diagnosen, Flexibilisierung beim Kriterium der vierwöchigen Arbeitsunfähigkeit),
- Unterstützung der Ärzt:innen bei der Softwareintegration (Cankado) im Rahmen persönlicher Termine.

Trotz dieser Anpassungen konnten die Fallzahlen in der Machbarkeitsstudie nicht signifikant erhöht werden

Insgesamt konnten acht Hausärzt:innen für die Studie gewonnen werden. Neun Patient:innen wurden an das Studienteam weitergeleitet und die Einschlusskriterien überprüft. Ausgeschlossen wurden zwei Patient:innen. Eine Studienteilnahme wurde abgelehnt und eine Person war nicht mehr erreichbar. Somit wurden sieben Patient:innen randomisiert. Die Randomisierung ergab eine Verteilung von drei Patient:innen in die Interventions- und vier Patient:innen in die Kontrollgruppe. Für alle

drei Patient:innen der Interventionsgruppe fand ein SMK statt. Das Ziel von 16 Patient:innen konnte im vorgesehenen Zeitraum der Machbarkeitsstudie nicht erreicht werden.

Rekrutierung der Hausarztpraxen und Patientinnen während der Hauptstudie

Insgesamt konnten 24 Hausärzt:innen sowie 20 Patient:innen für die Hauptstudie gewonnen werden. Von den rekrutierten Patient:innen wurden jeweils 10 Patient:innen der Interventions- bzw. der Kontroll-gruppe zugeteilt. Eine Person aus der Interventionsgruppe musste jedoch nachträglich aus der Studie ausgeschlossen werden, da trotz mehrmaliger Überprüfung die Einschlusskriterien nicht passend waren. Trotz intensiver Bemühungen- darunter die Kontaktaufnahme mit insgesamt 525 Hausarztpraxen (telefonisch, per E-Mail und teilweise durch persönliche Besuche) blieben die Rekrutierungszahlen deutlich hinter den ursprünglichen Erwartungen zurück.

Das Sozialmedizinische Kolloquium (SMK)

Aufgrund von technischen Problemen mit der Software Cankado sowie pandemiebedingten Verzögerungen wurde in der Machbarkeitsphase ein SMK in Form einer Videokonferenz und zwei SMK auf telefonischem Weg umgesetzt. Zwar konnte so kein SMK wie vorgesehen auf der Plattform Cankado stattfinden, jedoch konnten die Abläufe teilweise erprobt werden, indem die Daten von zwei Patient:innen auf der Plattform eingestellt wurden.

Daten der durchgeführten SMKs (Machbarkeitsstudie):

	P 1.1	**P 3.2**	**P 8.1**	
Zeit zwischen Basisdatenerhebung und SMK Beginn (in Tagen)*	53	82	48	*n*=3 Median: 53
Zeit zwischen Basisdatenerhebung und SMK Abschluss (in Tagen)*	175	288	148	*n*=3 Median: 175
Innovative Maßnahme?	nein	nein	ja	
Sozialarbeiterin involviert?	ja	ja	nein	

* einschließlich des ersten und letzten Tages

In der Hauptstudie wurden insgesamt neun SMK abgehalten, in deren Rahmen jeweils eine Rehabilitationsmaßnahme beschlossen wurde, teilweise mit unterschiedlichem medizinischem Fokus. In einem Fall wurde eine innovative Maßnahme (Übergangsgeld) beschlossen. Weitere Maßnahmen wie digitale Nachsorge (z. B. Caspar Health) ergänzten punktuell die Versorgung.

Weitere Ergebnisse der Prozessevaluation:

- Insgesamt wurden n=9 SMKs durchgeführt.
- Ein SMK dauerte im Schnitt 14 Tage (Range 9-22 Tage).
- Die Aktivierung der Sozialarbeiterin[1] wurde nicht zuverlässig durchgeführt. Die Sozialarbeiterin war in allen Fällen, jedoch in unterschiedlichem Ausmaß, involviert.
- In allen SMKs wurde eine stationäre Rehabilitation, jeweils mit unterschiedlichem medizinischem Fokus, beschlossen.

[1] Die Sozialarbeiterin konnte bei Bedarf aktiviert werden, um Patient:innen zusätzliche Unterstützung zu bieten. Dieser Bedarf konnte auf der Plattform angewählt und die Sozialarbeiterin damit aktiviert werden. Häufig funktionierte diese Form der Aktivierung nicht zuverlässig, d.h. es gab einen Bedarf, dieser wurde aber auf der Plattform an entsprechender Stelle nicht angegeben (z.B. wurde diese Option von teilnehmenden vergessen oder übersehen). Eine „offizielle“ Aktivierung war rückwirkend nicht möglich.

- Es wurde eine innovative Maßnahme beschlossen (App-basierten Nachsorge als Ergänzung zur Rehabilitation).

Die Forschungsfragen

Die primäre Hypothese, dass durch die frühzeitige Falldiskussion und die initiierten Maßnahmen die kumulierten Arbeitsunfähigkeitszeiten innerhalb eines Jahres signifikant reduziert werden können, ließ sich nicht bestätigen. Im Verlauf des Jahres 2023 zeichnete sich ab, dass die Fortführung des randomisierten Studienarms nicht mehr sinnvoll war. Trotz erheblicher Rekrutierungsbemühungen sowie Anpassungen der Einschlusskriterien konnten nicht ausreichend Ärzt:innen und Patient:innen gewonnen werden. Zwar wurde zwischenzeitlich diskutiert, die Hauptoutcomes (AU-Tage, Arbeitsfähigkeit/WAI) mittels bayesscher Statistik zu analysieren, um trotz geringer Fallzahlen probabilistische Aussagen über die Wirksamkeit zu ermöglichen. Aufgrund der unzureichenden Datenlage wurde diese Option jedoch nicht umgesetzt. Hinzu kam, dass Patient:innen zur ersten Folgedatenerhebung nur eingeschränkt erreichbar waren.

Deskriptive Outcomedaten als Antworten auf die Sekundären Fragestellungen:

	KG t0	**KG t1**	**IG t0**	**IG t1**
	N=10	**N=6** (nicht erreichbar n=4)	**N=9**	**N=4** (nicht erreichbar n=1, t1 nach Studienabbruch n=4)
AU Tage 6 Monate vor t0/ t0 bis t1 (Selbstauskunft)	M=113,8 SD=69,9	M=182 SD=0	M=97,6 SD=55,7	M=136,5 SD=91
AU Tage 6 Monate vor t0 (Krankenkasse)	M=26,5 SD=2,1 Fehlend n=8	-	M=91,8 SD=60,4 Fehlend n=4	-
WAI	M=14,5 SD=4,5	M=14,8 SD=9,7	M=17 SD=9,4	M=23,3 SD=14,1
SF-36 **Körperliche Gesundheit**	M=35,9 SD=7,3	M=36,9 SD=9,5	M=33,5 SD=8,8	M=38,7 SD=10,6
SF-36 **Psychische Gesundheit**	M=23,1 SD=15	M=26,1 SD=11,5	M=27,7 SD=16,8	M=30,9 SD=17,7
Hat zwischen t0 und t1 eine Maßnahme stattgefunden?		Ja n=3 Nein n=3		Ja n=3 Nein n=1

KG=Kontrollgruppe, IG=Interventionsgruppe; T0=Basisdatenerhebung, t1=6 Monate nach Basisdatenerhebung; M=Mittelwert, SD=Standardabweichung

Am 30.11.2023 genehmigte die Ethikkommission den Abbruch des randomisierten Studienarms zum 31.03.2024. Die Rekrutierung sowie die quantitative Datenerhebung wurden bereits am 11.12.2023 eingestellt. Die bis dahin erhobenen Daten konnten lediglich deskriptiv ausgewertet werden (z. B. Nutzung beschlossener Maßnahmen, Arbeitsunfähigkeitstage, gesundheitsbezogene Lebensqualität).

Interviewstudie

Die ergänzende Interviewstudie mit Hausärzt:innen und Patient:innen zielte darauf ab, förderliche und hinderliche Faktoren der Intervention zu identifizieren sowie notwendige Anpassungen für eine potenzielle Implementierung abzuleiten. Dazu wurden acht Hausärzt:innen, die mindestens ein SMK durchgeführt haben sowie neun Patient:innen der Interventionsgruppe, deren Fall im SMK beraten wurde, für ein Interview kontaktiert.

Insgesamt wurden 18 Interviews geführt, davon sechs mit Hausärzt:innen, sieben mit Patient:innen und fünf mit am SMK beteiligten Personen (der Kümmerer, die Sozialarbeiterin und Mitarbeitende JC/AA). Die gesammelten Daten konnten für die jeweiligen Gruppen mit Kennzahlen der deskriptiven Statistik beschrieben werden. Aussagen zur Effektivität des SMK waren aufgrund der geringen Teilnehmerzahlen jedoch nicht möglich (keine vergleichenden Analysen zwischen den Gruppen).

Aus den Interviews hat sich ergeben, dass eine direkte Ansprechpartnerin, einen Fallmanagerin zwischen den verschiedenen Institutionen und für die Teilnehmer:innen sehr wertvoll war. Dies hatte Einfluss darauf, dass die Patient:innen sehr zufrieden mit dem Antragsprozess waren.

Die Idee verschiedene Akteure zusammenzubringen, das ursprüngliche SMK-Konzept, wurde als positiv bewertet, insbesondere für komplexe Fälle. Trotzdem wurde häufiger angemerkt, dass noch mehr Austausch gewünscht gewesen wäre, etwa in Form einer Videokonferenz. Die gemeinsame Entscheidungsfindung über einen Chat wurde als eingeschränkt angesehen. Teilnehmende aller Gruppen äußerten den Wunsch nach einem stärkeren Einbezug von Patient:innen.

Darüber hinaus wurde häufig angemerkt, dass die technische Umsetzung mit der Plattform oft mit Schwierigkeiten verbunden war. Die Unterstützung des Studienteams sowie der SERVicE -Person (Sozialarbeiterin) war demnach wichtig, um die Abläufe der Intervention zu gewährleisten.

Hausärzt:innen berichteten überwiegend von einer erhöhten Arbeitsbelastung. Sie empfanden die Prozesse als komplex und die technische Umsetzung als unzureichend. Ein Teil der Ärzt:innen sah zudem keinen erkennbaren Nutzen in den veränderten Antragswegen. Gleichwohl äußerten andere, dass ein regelmäßiger Nutzen der Plattform den Umgang mit ihr erleichtert hätte.

Patient:innen bewerteten den Antragsprozess, die angebotenen Rehabilitationsmaßnahmen sowie die persönliche Unterstützung durch die Sozialarbeiterin insgesamt positiv. Die Mehrheit gab an, dass sie den Antrag einer Rehabilitation ohne diese Unterstützung nicht erfolgreich hätte stellen können.

2.2 Die Projektergebnisse der THM-Studie

Der folgende Abschnitt (2.2.) basiert im Wesentlichen auf folgenden Publikationen: (Moser et. al., 2024) sowie (Moser et. al., 2025).

Die Ergebnisse der explorativen Studie zeigen, dass eine Mehrheit der Teilnehmenden sowohl eine Verbesserung der subjektiven Arbeitsfähigkeit, als auch der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gemäß der ausgewerteten Datensätze erzielte. Über die Hälfte der STN sind wieder in Arbeit bzw. auf dem Weg dahin.

Diese Ergebnisse sind die Folge einer gelungenen Vernetzung zwischen den Rechtskreisen des SGB II und SGB VI. Das SMK mittels der digitalen Kommunikationsplattform ermöglicht es erstmalig, indem es den Stakeholdern einen Rahmen bietet, relevante gesundheitliche und soziale Kontextinformationen auszutauschen und eine personalisierte und integrierte Behandlungsstrategie zeitnah und gemeinsam zu entwickeln. Die Innovation und dadurch entscheidende Erfolgsfaktoren von SERVE im explorativen Studienarm sind zusätzlich die frühzeitige Ansprache (präventives Screening) und die persönlichen Ansprechpartner (SERVE-Personen) der AA/JC für die soziale Begleitung der Arbeitssuchenden mit gesundheitlich bedingten Teilhabeschwierigkeiten.

Die Betreuung durch die SERVE-Personen in den AA/JC erfüllt damit die Forderungen des SGB II §16k einer ganzheitlichen und bei Bedarf aufsuchenden Betreuung zur nachhaltigen Integration in den Arbeitsmarkt. Darüber hinaus zeigt SERVE, dass dies auch bei Personen in höherem Lebensalter noch gelingen kann.

Aufgrund der erzielten Ergebnisse bei der Wiedereingliederung von STN in Erwerbsarbeit bzw. Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) wurde die Frage aufgeworfen, inwiefern sich der finanzielle Aufwand für die Reintegration im Rahmen von SERVE durch Wertschöpfung durch Erwerbsarbeit kompensieren lässt. Die im Rahmen der ES durchgeführte Kosten-Nutzen-Analyse (KNA) basiert auf einer vergleichenden Szenarienevaluation, vier Fälle von Studienteilnehmer:innen wurde realitätsnah modelliert. Der Vergleich der positiven vs. negativen Szenarien ermöglichte den Vergleich von Wertschöpfungspotenzialen. Alle vier Fälle zeigen eine teils deutliche Kostenersparnis für die Gesellschaft, wenn ältere Menschen ins Arbeitsleben reintegriert werden können (Moser et. al., 2024).

Struktur und Anzahl der rekrutierten Studienteilnehmenden für die quantitative Auswertung

Insgesamt wurden während der Studienlaufzeit 244 Kundinnen und Kunden der beteiligten Jobcenter und Agenturen für Arbeit als mögliche STN identifiziert und zur Teilnahme angefragt. Davon konnten 35 STN in die Studie inkludiert werden. Davon wurden 6 STN während der Machbarkeitsphase und 29 STN in der Hauptstudie rekrutiert. Dies entspricht einem Zielerreichungsgrad von 46,7 % für die Rekrutierung basierend auf der ursprünglich festgelegten Zielgröße von 75 STN. Im JC Lahn-Dill wurden zusätzlich 8 Kundinnen und Kunden angesprochen und davon 2 rekrutiert. Diese wurden aufgrund fehlender Zielvorgaben für die STN Zahl nicht in der Zielerreichung berücksichtigt. Tatsächlich wurden so aber n = 37 STN in SERVE eingeschleust. Vollständige Datensätze zur Auswertung lagen von 21 STN vor. 5 STN brachen die Studie ab und 11 STN nahmen nicht an der Abschlussbefragung T1 teil.

Aufgrund nicht vollständiger Datensätze vieler STN bestand keine Möglichkeit den BMI für alle STN zum Schluss (T1) zu berechnen. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass eine Auswertung der erhobenen Daten eine Gewichtreduzierung von 1 bis 7 Kilogramm bei 8 STN ergeben hat. Bei 4 weiteren STN zeigte sich diesbezüglich jedoch keine Veränderung. Hinsichtlich des Rauchverhaltens und des Alkoholkonsums lässt sich ein prä-post-Vergleich darstellen. Es konnte eine Verbesserung des Rauchverhaltens sowie eine Reduzierung des Alkoholkonsums beobachtet werden (vgl. SERVE-Interventionen). In vier Fällen wurde mit dem Rauchen aufgehört, und in sechs Fällen konnte eine Reduktion des Alkoholkonsums bis zu seinem vollständigen Verzicht beobachtet werden. Ein weiterer positiver Effekt ist die verbesserte Schlafqualität (in Bezug auf die Schlafdauer, Zufriedenheit und Ausgeschlafenheit/Regeneration) der STN. Die Auswertung der Daten hat ergeben, dass 12 STN eine Verbesserung der Schlafdauer aufweisen. 9 STN zeigten eine Verbesserung der Schaltqualität, während 5 weitere STN eine Steigerung der Ausgeschlafenheit/Regeneration aufwiesen.

Auswertung der quantitativen Daten

Für 12 STN (= 32%) zeigt sich eine Verbesserung der selbsteingeschätzten Arbeitsfähigkeit im Prä-Post-Vergleich der WAI-Fragebögen. Bei 6 STN (=16%) verschlechterten sich die Werte, 3 STN (=8%) sahen keinen Unterschied in ihrer Arbeitsfähigkeit. Von 16 STN (=44%) waren die Daten nicht auswertbar. Der Vergleich der Ergebnisse des SF-36 zeigt im körperlichen Bereich der KSK 12 STN (=32%) eine Verbesserung, bei 5 STN (=14%) verschlechterte sich der KSK -Wert und von 20 STN (=54%) war keine Auswertung der Daten möglich. Kein STN verzeichnete keinen Prä-Post-Unterschied. Die Daten der PSK zeigen bei 10 STN (=27%) eine Verbesserung der psychischen Konstitution, 7 STN (=19%) weisen eine Verschlechterung auf und ebenfalls war von 20 STN (=54%) keine Auswertung möglich. Auch hier zeigten die Ergebnisse, dass kein STN keinen Unterschied der psychischen Konstitution bemerkte. Die Auswertung der beruflichen Perspektive der 37 STN zeigt, dass 19 STN (=51%) bereits wieder in Arbeit sind oder dies aktiv anstreben. Abbildung 1 veranschaulicht die Verteilung der Arbeitsstruktur. Bei 18 STN (=49%) steht eine Rückkehr in den Arbeitsmarkt zum Zeitpunkt der Abschussbefragung (März 2025) momentan nicht an.

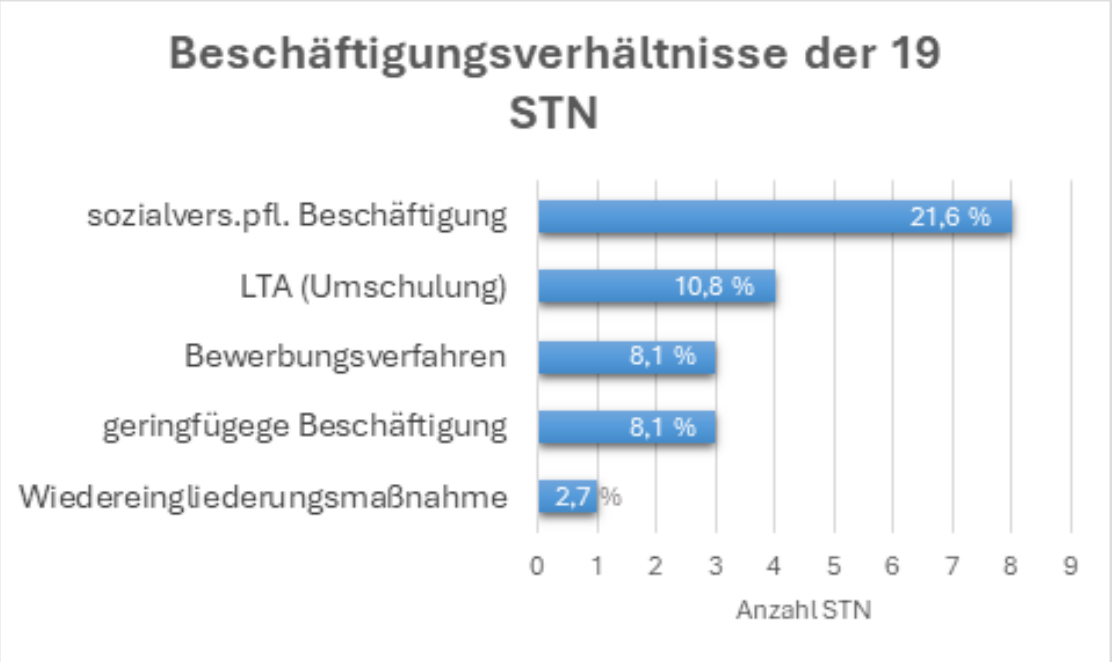


Abbildung 1: Verteilung der STN mit beruflicher Perspektive nach Beendigung von SERVE

Moser et. al. (2025)

Auswertung der qualitativen Daten

Ergebnisse der professionellen Projektmitarbeiter

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden 10 Personen aus den AA und JC und der DRV befragt, welche bei der Auswertung in die Gruppe der SERVE-Personen, der Projektleiter der Institutionen und die Projektbeteiligten der DRV unterteilt wurden.

Bezüglich der Frage, ob eine Erwerbsminderungsrente vermieden werden kann, waren sich alle Gruppen einig, dass SERVE das ermöglicht: Durch die intensive Betreuung durch die SERVE-Personen konnten neue, konstruktive Lösungen und Perspektiven für die STN entwickelt werden, und alle profitierten von der Unterstützung bei administrativen Prozessen. Die Reha-Dauer sei jedoch zu kurz für eine umfassende Rekonvaleszenz nach jahrelanger Arbeitslosigkeit/Krankheit. Ein früherer Einsatz wäre zielführend.

Einigkeit bestand ebenfalls bei der Notwendigkeit einer digitalen Austauschplattform. Die asynchrone Kommunikation wurde positiv bewertet. Prozesse würden so effektiver und mit geringerem Zeitaufwand möglich.

Die intersektorale Zusammenarbeit im ES von SERVE wurde von allen drei Gruppen sehr geschätzt. Durch den direkten Austausch mit der Ansprechperson konnten Probleme schnell geklärt werden. Die Veränderungen wurden als Kulturwandel in den Organisationen wahrgenommen und die Kontaktaufnahme zu STN von DRV-Mitarbeitenden wurde als Verbesserung des Images der DRV gegenüber den Versicherten beschrieben.

Ergebnisse der STN

Bei der Befragung der STN zur Befähigung zum selbstbestimmten Krankheitsmanagement berichteten diese, durch die Begleitung durch die SERVE-Person keine Angst mehr vor Behörden oder Anträgen zu haben. Sie hätten Glück gehabt, in SERVE aufgenommen worden zu sein, da für Menschen mit gesundheitlichen Problemen die individuelle Begleitung sehr wichtig sei.

Zur Frage der verbesserten Lebensqualität und der subjektiven Wahrnehmung des Gesundheitszustandes nach Projektabschluss sagten die meisten Befragten, dass sie ihre Gesundheit als eher schlecht einschätzen würden. Nur drei STN berichten, dass sie nicht völlig gesund sind, sich ihre Situation aber doch verbessert habe und sie mehr für sich in gesundheitlicher Hinsicht tun möchten. Über die Hälfte der STN gibt an, dass es Lebensumstände mit negativem Einfluss auf ihre Gesundheit und damit Lebensqualität gebe. Diese sind oft im privaten Umfeld der Familie bzw. der Angehörigen zu finden oder durch eine neue Erkrankung bedingt. Trotzdem geben 5 STN an, dass sich ihr Gesamtgesundheitszustand verbessert oder stabilisiert hätte, 4 STN hätten noch weitere Reha-Anwendungen zur Verbesserung benötigt, nur 3 der 12 Befragten berichten über eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes.

Zur Frage nach der beruflichen und gesellschaftlichen Teilhabe trotz gesundheitlicher Bedarfe und dadurch zur Befähigung zur Ausübung der gesellschaftlichen Rolle gaben 8 der 12 STN an, dass sie bereits wieder Arbeit gefunden haben oder sich darauf vorbereiten. 4 STN fühlen sich einer Rückkehr in die Arbeitswelt noch nicht gewachsen.

Kosten-Nutzen-Analyse (KNA)

Die Ergebnisse der fallbezogenen Kosten-Nutzen-Analyse zeigen, dass Maßnahmen zur Integration älterer, arbeitssuchender und gesundheitlich beeinträchtigter Menschen in den Arbeitsmarkt nicht nur individuelle Beschäftigungschancen verbessern, sondern auch positive sekundäre Effekte im familiären Umfeld erzeugen. Dieser sogenannte Halo-Effekt äußert sich etwa in einer stabilisierenden Wirkung auf die psychische und soziale Situation von Angehörigen. Die soziale Teilhabe der Geförderten auch über das Förderende hinaus wird signifikant verbessert, insbesondere bei älteren Teilnehmenden.

Aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive erscheint die frühzeitige Bereitstellung passgenauer Hilfsangebote als erfolgskritischer Faktor, um die langfristige Wirksamkeit solcher Maßnahmen zu steigern und den Nutzen für die Gemeinschaft nachhaltig zu erhöhen. Die Analyse basiert auf einer deskriptiven Modellierung, die primär darauf abzielt, gesundheitsökonomische und sozialmedizinische Effekte auf individueller und familiärer Ebene darzustellen. Aufgrund der begrenzten Datenbasis war eine belast-bare Quantifizierung gesamtökonomischer Wohlfahrtseffekte nicht möglich. Zusammenfassend zeigt die durchgeführten Szenarien basierte KNA, dass die Interventionen im Rahmen eines Programms wie SERVE für ältere, gesundheitlich belastete Arbeitssuchende einen positiven gesamtgesellschaftlichen Nutzen (Return- on-Invest) erbringen können (Moser et. al., 2024).

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

Im Folgenden werden die Erkenntnisse zu den innovativen Ansätzen nach Projektakteur dargestellt.

3.1 Erkenntnisse der Uni Marburg

Die im randomisierten Studienarm gewonnenen Erkenntnisse verdeutlichten zentrale Herausforderungen für die Implementierung eines digitalen Zugangswegs im Kontext der Primärversorgung. Insbesondere die technische Realisierung einer Plattform sowie deren Kompatibilität mit bestehenden Praxislösungen und deren Software erwiesen sich als große Barrieren. Darüber hinaus wurden Faktoren identifiziert, die bei der Implementierung alternativer Zugangswege im Bereich der Rehabilitation stärker berücksichtigt werden sollten. Dazu zählen ein verstärkter Einbezug von Patient:innen, die direkte Anbindung an Leistungsträger sowie die Bereitstellung persönlicher Ansprechpersonen.

Präventives Screening

Der Rekrutierungsweg über die Hausarztpraxen wurde als nicht zielführend bewertet. Auch Anpassungen der Ein- und Ausschlusskriterien (siehe 2.1.) konnten nicht zu einer Erhöhung der Teilnehmendenzahlen führen. Grund hierfür scheint die Überlastung der Hausarztpraxen zu sein, welche insbesondere in der Pandemie verstärkt wurde. Auch die (seltene) Nutzung der digitalen Plattform Cankado und die fehlende Schnittstelle zur Praxissoftware wurden als Hinderungsgründe genannt. So konnten beispielsweise Patientenunterlagen wie Befunde nicht einfach digital „rüber gezogen“ werden, sondern mussten ausgedruckt und wieder eingescannt werden.

Das sozialmedizinische Kolloquium

Durch die geringen Fallzahlen konnten keine Aussagen bezüglich der Wirkung des SMKs auf die Arbeitsunfähigkeitszeiten und die Arbeitsfähigkeit von Patient:innen getroffen werden. Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung konnte die Dauer des Zugangswegs zu Rehabilitationsleistungen durch das SMK nicht beobachtbar beschleunigt werden.

Insgesamt wurden in den durchgeführten SMKs kaum innovative Maßnahmen beschlossen, um fundierte Aussagen treffen zu können.

Die Entwicklung der digitalen Plattform für das Sozialmedizinische Kolloquium stellte insgesamt eine große Herausfordrung dar. Von Seiten der Hausarztpraxen wurde bemängelt, dass die Bedienung nicht intuitiv möglich war und die Kompatibilität mit bestehender Praxissoftware häufig nicht gegeben war. Die Bewertungen könnten auch darin begründet sein, dass die Plattform pro Hausarztpraxis während der Projektlaufzeit nur für ein oder zwei Patient:innen genutzt wurde und somit keine Routine bei der Nutzung enntstand. Die einzelnen Schulungen der Arztpraxen wurden durch die Studienhilfen persönlich in den jeweiligen Praxen für die Cankado-App durchgeführt. Die ersten Patient:innen wurden somit unmittelbar in das System von der Studienhilfe eingesteuert. Der Austausch, wie er ursprünglich geplant war in Cankado, hat nicht mit den Hausärzt:innen stattgefunden. Zu Beginn des Projekts war vorgesehen, dass der Sozialmediziner und die Sozialarbeiterin Schulungen für Hausarztpraxen durchführen. Auch die Universität Marburg hat die Idee entwickelt, Erklärvideos für die Praxen zu organisieren. Bedauerlicherweise haben diese Entwicklungen nicht stattgefunden, insbesondere aufgrund der geringen Rekrutierungszahlen.

Die Idee hinter dem Projekt Serve wurde von den Ärzten:innen als interessant erachtet, jedoch führten die Komplexität von Cankado, die Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Patient:innen sowie die knappe, zur Verfügung stehende Zeit zu einer insgesamt eher negativen Bewertung

Die SERVicE Person

Im Rahmen der Studie wurde die Entscheidung getroffen, dass die SERVicE- Person nicht nur die Betreuung der Hochrisikopatient:innen sondern aller Patient:innen der Hausarztstudie übernimmt, wenn dies von den Patientinnen gewünscht war.

Die Einbindung der Sozialarbeiterin wurde als positiv und relevant bewertet um den gesamten Prozess zu bewerten. Die Unterstützung war emotionaler sowie organisatorischer Natur. Die Begleitung von Studienteilnehmenden funktionierte sehr gut, ebenso wie die Zusammenarbeit der Sozialarbeiterin mit dem Studienteam. Auch bei fehlenden Unterlagen von Arztpraxen wurden schnellstmöglich Lösungen gefunden (z.B. persönliches Vorbeibringen und Abholen von Unterlagen), was die Zusammenarbeit erheblich erleichterte und unabdingbar für die Prozessabläufe war. Die Patient:innen äußerten, dass die Begleitung für sie eine große Unterstützung sei und die Sicherheit eines unmittelbaren Kontakts mit der DRV geschätzt wurde. Eine Person, die sich dieser Aufgaben annimmt und als Ansprechperson für den Patient:innen fungiert, wird daher für absolut sinn- und wertvoll gehalten.

Die innovativen Versorgungsleistungen

Prä-Reha, sequentielle Reha und Durchführung bereits etablierter Maßnahmen zu einem anderen Zeitpunkt konnten, wie anfangs beschrieben, während der Projektlaufzeit nicht erprobt werden. Dies hatte unterschiedliche Gründe. So konnten etwa aufgrund der Pandemie, Rehakliniken nur ein reduziertes Bettenkontingent zur Verfügung stellen und jeder (zusätzliche) Wechsel von Patient:innen bedeutete einen hohen hygienischen und organisatorischen Aufwand. Mispex und Agller wurden aufgrund der personellen Situation und des Rückzugs der Goethe-Universität Frankfurt von der Studie, als nicht mehr realisierbar erachtet. Anstelle dessen wurde die Caspar Health App als innovative Leistung getestet.

Innovative Nachsorgeleistungen (Caspar Health App)

Im Rahmen des SMKs wurde die App zur digitalen Nachsorge mehrfach empfohlen. Dennoch präferierten eine Vielzahl der Patient:innen eine Nachsorge in Präsenz, insbesondere nach der Pandemie, da der persönliche Austausch für die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte eine zentrale Rolle spielte. So kam die Anwendung Caspar Health in der randomiserten Studie nur einmal als innovative Leistung zum Einsatz.

Bei der Aufnahme neuer Teilnehmer:innen ins Projekt stellte die SERVicE-Person den Kontakt mit GOREHA (Anbieter von Caspar Health) her. Nach einem telefonischen Einführungsgespräch mit Caspar Health wurde auf die individuelle Anforderungen des einzelnen Menschen die Therapiemaßnahmen abgestimmt. Im Verlauf des Projekts erhielten Patient:innen dann direkt aus bestimmten Kliniken eine Zuweisung zur digitalen Nachsorge, was wiederum zu einer Reduktion der Zuweisungen durch das SMK führte.

Die Nutzung der App wurde von den Patient:innen als positiv bewertet. Dabei nahmen unterschiedliche Faktoren einen signifikanten Einfluss auf die Inanspruchnahme der digitale Angebote ein. Insbesondere Faktoren wie die Betreuung von Kindern oder bestehende berufliche Verpflichtungen sind hier zu nennen.

3.2 Erkenntnisse der THM- Studie

Präventives Screening

Für die explorative Studie der THM zeigte sich, dass die Filterung der potenziellen Teilnehmenden für das Screening über den WAI und über die internen Datenbanken der Jobcenter und der Agentur für Arbeit nur schwer umsetzbar war.

Die Filterung der Kunden war für die SERVE-Personen am besten bei den Erstgesprächen möglich. Sie berichteten jedoch, dass die Kolleg:innen (Kundenbetreuer:innen) aber nicht in gesundheitlicher

Hinsicht sensibilisiert waren. Im Laufe der Studie fand diesbezüglich ein Kulturwandel statt. Zum Ende des Projektes sind die Kundenbetreuer:innen der Jobcenter proaktiv auf die SERVE-Personen zugegangen und empfahlen ihre Kunden die Teilnahme.

Das Sozialmedizinische Kolloquium

Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Institutionen (DRV Hessen, AA/JC und Hausärzt:innen) hat gezeigt, dass trotz zahlreicher Herausforderungen und Hürden, neue Kommunikationswege und ein optimierter Prozess mit Hilfe des Sozialmedizinischen Kolloquiums (SMK) erreicht werden können. Insbesondere der persönliche Austausch in der Anfangsphase führte zu einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung zwischen den beteiligten Akteurinnen.

Die zunächst präsenzbasierte Umsetzung war demnach maßgeblich für den späteren Erfolg der digitalen Formate verantwortlich. Der persönliche Kontakt wurde dabei als essenziell für den Aufbau einer belastbaren Kooperationsstruktur wahrgenommen, auf deren Grundlage eine effektive digitale Umsetzung erst möglich wurde. Aus diesem Grund wird von Seiten der Arbeitsagenturen und Jobcenter ein Wechsel zwischen Präsenz und digitalen SMK-Sitzungen ausdrücklich empfohlen. Die Vernetzung und der interdisziplinäre Austausch zwischen den verschiedenen Trägern, wurden positiv bewertet. Das SMK wurde als wertvolles Instrument wahrgenommen, das durch breit angelegte Diskussionen zu qualitativ hochwertigen Ergebnissen im Sinne der Teilnehmenden beigetragen hat. Aus Sicht der Projektleitungen der JC wurde die Zeitspanne zwischen dem SMK und der Aufnahme der Reha jedoch als zu lang und ineffizient wahrgenommen. Rückblickend wurde zudem angemerkt, dass die Vorbereitungen auf das SMK zu Beginn der Pandemie - als diese noch in Präsenz stattfanden - intensiver und strukturierter erfolgte als in der späteren, rein digitalen Phase.

Die SERVE-Personen der Jobcenter und Arbeitsagenturen

Die Projektleitungen der JC sind der Meinung, dass die enge Betreuung durch die SERVE-Personen bei den Teilnehmenden eine veränderte Selbstwahrnehmung auszulösen scheint und eine aktivierende Wirkung hat. Außerdem werden die SERVE-Personen als Ansprechpersonen sehr geschätzt. Durch die Anwesenheit im SMK haben SERVE-Personen einen umfassenden Überblick über die Belange der STN.

Sie berichten über die Herausforderungen und den positiven Einfluss des Projekts auf die Teilnehmenden. Viele Kund:innen waren anfangs verunsichert und frustriert, aber die Unterstützung durch die SERVE-Personen, die eng mit den Kunden (zusammen-)arbeiteten, war für diese sehr wertvoll. Insbesondere der direkte, persönliche Kontakt war demnach entscheidend – wenn die Teilnehmenden merkten, dass sich jemand wirklich für sie interessiert und mit ihnen spricht, fühlten diese sich besser unterstützt. Das Vertrauen und das Verständnis durch Gespräche, auch über komplexe Themen wie Gesetze, wurden als hilfreich erlebt. Auch wenn nicht alle Teilnehmenden das Projekt abschlossen, war es für viele eine große Entlastung, jemand zu haben, der sie betreut und mit ihnen auf Augenhöhe kommuniziert. Der Erfolg des Projekts wurde dabei vor allem durch das Coaching und die präventive Betreuung der Kunden unterstützt. Dadurch konnte eine nachhaltige Verbesserung der Lebenssituation der STN angestrebt werden.

Die JC/AA mit einer SERVE-Person hatten eine bessere Reichweite und höhere Teilnehmendenzahlen als JC/AA ohne SERVE-Person. Die SERVE-Personen konnten sich die notwendige Zeit nehmen, um die Kund:innen zu motivieren und durch das gesamte Projekt zu begleiten. Die Aufgabe der SERVE-Person bestand nicht nur darin, Kunden anzusprechen und in das Projekt einzusteuern. Ein wesentlicher Teil ihrer Tätigkeit lag darin, mit den Kund:innen in Kontakt zu bleiben und eine positive Einstellung zu fördern, um dem STN die Freude am Berufsleben zurückzugeben. Die intensive Betreuung durch die SERVE-Personen ist demnach eine wesentliche Voraussetzung für die Wiedereingliederung der Zielgruppe, die einen persönlichen Coach benötigen. Sie ermöglichen eine aktive Kundenansprache und Betreuung, die für die Wiedereingliederung von entscheidender Bedeutung sind.

Innovative Leistungen und Nachsorgeleistungen

Positive Rückmeldung gab es zu den innovativen Ansätzen, wie der frühzeitigeren Bereitstellung von Reha-Maßnahmen und der Möglichkeit, bereits vor der Erfüllung der Voraussetzungen eine zweite Reha anzubieten. Leider konnte keiner dieser Leistungen während der Pandemie angeboten werden.

Zur Nutzung von innovativer (Nachsorge-)Leistungen geben die Leitungen der Jobcenter an, dass digitale Angebote von den Kund:innen nicht gerne angenommen wurden.

Die Smartwatches der Firma Polar stieß auf wenig Interesse der Kund:innen und wurde von nur drei Teilnehmenden genutzt. Viele Kund:innen hatten bereits eigene Smartwatches. Eine Verbindung mit der digitalen Plattform Cankado gelang nicht, sodass eine Nutzung der Schnittstelle verwehrt blieb.

Caspar Health als digitale Nachsorge fanden die Teilnehmer:innen aus der explorativen Studie weniger ansprechend als erwartet und bevorzugten vielmehr persönliche Interaktionen. Einige Kund:innen waren auch mit den technischen Anforderungen überfordert oder hatten schlichtweg kein Interesse an solchen digitalen Lösungen. Auch die Umsetzung und Integration in die Alltagsroutine wurde als unzureichend wahrgenommen.

4 Verstetigung von Ort

4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung

Aus Sicht des Projekts sollten insbesondere das sozialmedizinische Kolloquium als strukturierte Form der sektorenübergreifende Fallberatung sowie die persönliche Begleitung der Versicherten durch SERVE- und SERVicE-Personen (teil)verstetigt werden. Beide Ansätze haben sich als zentrale Elemente zur Koordination zwischen Rentenversicherung, Jobcentern, Arbeitsagenturen und medizinische Akteure erwiesen.

Insbesondere die digitale asynchrone Abstimmung über einer Plattform hat sich als alltagstauglich und effizient herausgestellt. Auf dieser haben alle Beteiligten Einsicht in sämtliche Informationen, diese sind überdies kurz zusammengefasst. Eine zentrale Herausforderung bei der Umsetzung von Verstetigungsansätzen stellt dementsprechend die datenschutzkonforme Einsichtnahme in medizinische Unterlagen der Versicherten dar. Im Projekt selbst wurde hierfür die Plattform Cankado für entsprechende Zwecke entwickelt und genutzt. Aufgrund des hohen Kostenfaktors für die Plattform sowie der nicht zur Zufriedenheit umgesetzten Anforderungen wird unter aktuellen Bedingungen nicht zur Nutzung von Cankado geraten. Eine geeignete Plattform ist für die (Teil-)Verstetigung unumgänglich. Zum aktuellen Zeitpunkt kann jedoch keine Alternative empfohlen werden. Kurzzeitig wurde in Erwägung gezogen, BSCW als Übergangslösung zu nutzen. Aufgrund von Sicherheitsbedenken sowie der Herausforderung für Nutzer:innen durch eine nicht alltägliche umständliche Nutzung wurde jedoch DRV-intern davon abgeraten.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit in Form eines sozialmedizinischen Kolloquiums (digital und asynchron) könnte sowohl im Zuge des Fallmanagements sowie für Teilhabeplankonferenzen eingesetzt werden. Für eine Überführung in das Regelgeschäft sind mehrere strukturelle Rahmenbedingungen erforderlich. Neben der verbindlichen Kooperation beteiligter Institutionen ist eine klare Rollenverteilung der einzelnen Akteure von großer Bedeutung. Die Einbindung von ausgebildeten Fallmanager:innen auch auf Seiten des Rentenversicherungsträgers ist überdies ratsam, genauso wie die Einbindung des sozialmedizinischen Diensts.

Darüber hinaus ist eine frühzeitige Identifikation geeigneter Teilnehmer:innen wichtig, um Unterstützungsbedarfe rechtzeitig zu erkennen und geeignete Maßnahmen einzuleiten. Zur Sicherstellung der praktischen Umsetzbarkeit wird empfohlen ein festes Kontingent an Fällen pro Zeitraum vorzusehen, um personelle Ressourcen planbar einzusetzen und stabile Prozessabläufe zu gewährleisten. Die Projekterfahrung zeigt, dass eine Verstetigung dann erfolgversprechend ist, wenn persönliche Begleitung, sektorenübergreifende Zusammenarbeit und digitale Unterstützungssysteme eng miteinander verzahnt werden.

Empfehlungen zur Weiterentwicklung und Ausweitung des Verfahrens

Eine Erweiterung der Einsteuerungskriterien sowie Anpassungen in der Umsetzung werden als sinnvoll erachtet, unter anderem:

- **Aufhebung der Altersgrenze**: Auch Personen ab einem Alter von 25 Jahren zeigten im Rahmen des Projekts Interesse an SERVE und wiesen Unterstützungsbedarf auf.
- **Verzicht auf diagnosebasierte Ausschlüsse**: Diagnosen liegen dem Jobcenter aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht direkt vor und mussten bisher auf informellem Wege ermittelt werden.
- **Flexible Handhabung von AU-Zeiträumen**: Arbeitsunfähigkeitsnachweise über einen Zeitraum von 4–6 Wochen liegen oft nicht vor; eine Kumulierung über einen längeren Zeitraum (z. B. ein Jahr) wäre praktikabler.
- **Empfehlungen nur aus den Regelleitungen**: Im Projekt wurden innovative Maßnahmen (über die Regelleistungen hinaus) empfohlen. Diese haben sich in den wenigsten Fällen als relevant erwiesen. Oft konnte durch eine Kontenklärung bereits eine passende Regelleistung empfohlen werden.

4.2 Verstetigung im eigenen Jobcenter/Rentenversicherungsträger

Derzeit werden die strukturellen, organisatorischen und technischen Voraussetzungen für eine mögliche Überführung der im Modellprojekt entwickelten Ansätze in das Regelgeschäft der DRV Hessen geprüft. Ziel ist es tragfähige Rahmenbedingungen für eine dauerhafte Implementierung zu schaffen.

Ein wesentlicher Aspekt der Verstetigung betrifft die Sicherstellung eines datenschutzkonformen Informationsaustauschs zwischen den beteiligten Akteuren. In diesem Zusammenhang wurden innerhalb der Deutschen Rentenversicherung Hessen erste Prüfungen zur Nutzung einer geeigneten digitalen Plattform angestoßen. Eine abschließende technische Lösung konnte bislang jedoch noch nicht identifiziert werden.

Für eine Umsetzung ist darüber hinaus die Einbindung der regionalen Kooperationspartner erforderlich. Insbesondere die Beteiligung der Agentur für Arbeit sowie des Jobcenters Marburg stellt einen wichtigen Baustein für eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit dar. Erste Abstimmungsgespräche haben bereits stattgefunden um Möglichkeiten und Rahmenbedingungeneiner zukünftigen Kooperation zu erörtern. Diskutiert wurde dabei ein Ansatz, bei dem ein Kontingent von einer bestimmten Anzahl von Fällen pro Monat festlegt werden würde. Dies hätte den Vorteil, dass (personelle) Ressourcen besser prognostiziert und zur Verfügung gestellt werden könnte.

Perspektivisch ist vorgesehen, die im Modellprojekt entwickelten Ansätze in eine übergreifende Fallmanagementstruktur innerhalb der DRV Hessen zu integrieren. Dabei soll eine Verknüpfung mit bestehenden und weiteren Projekten erfolgen, unter anderem mit rehapro- und DRV-Projekten: rehapro Kit, ResEm, Teilhabeplanung sowie das Projekt Arbeitsprobung nach § 43 Abs. 7 SGB VI. Ein wesentlicher Bestandteil der Verstetigung ist die auf den Einzelfall zugeschnittene Klärung von Problemen und Lösungen, die Einbindung verschiedener Leistungserbringer und Kooperationspartner (z. B. Kliniken, Träger, Sozialdienste) sowie die Nutzung der im rehapro Projekt KiT entwickelten Instrumente.

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung

Grundsätzlich wird die Übertragbarkeit des SERVE-Ansatzes auf andere Regionen als gegeben eingeschätzt, sofern die strukturellen Rahmenbedingungen vergleichbar sind. Insbesondere die Zielgruppe arbeitsloser Personen im Langzeitleistungsbezug mit gesundheitlichen Einschränkungen profitiert nachweislich von einer intensiven, individuell ausgerichteten Begleitung. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Investitionen in diese Zielgruppe zu deutlich verbesserten Integrationsquoten im Vergleich zum Regelbetrieb führen können. Eine Übertragung auf weitere Zielgruppen ohne Altersgrenze, erscheint ebenfalls möglich, insbesondere bei Personen mit komplexen gesundheitlichen und sozialen Problemlagen. Voraussetzung hierfür ist jedoch eine frühzeitige Identifikation der Bedarfe sowie eine kontinuierliche, personenbezogene Begleitung.

5.1 Zentrale Erfolgsfaktoren für Übertragbarkeit und Verstetigung

Als entscheidende Erfolgsfaktoren wurden übereinstimmend identifiziert:

Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Rahmen des SMK: Das Sozialmedizinische Kolloquium stellte ein innovatives Instrument dar, um medizinische und soziale Informationen zusammenzuführen und individuelle Behandlungsstrategien zu besprechen. Insbesondere der persönliche Austausch – vor allem in der Anfangsphase – war entscheidend für den Aufbau belastbarer Kooperationsstrukturen. Für eine Verstetigung wird ein hybrides Format aus Präsenz- und digitalen SMK-Sitzungen empfohlen.

Die SERVE - und SERVicE-Person als zentrale Schnittstelle: Die persönliche Begleitung durch eine feste Ansprechperson erwies sich als wesentlicher Erfolgsfaktor. Sie förderte Vertrauen, reduzierte Ängste gegenüber Behörden und Antragsverfahren und ermöglichte eine koordinierte Steuerung zwischen den beteiligten Institutionen. Die SERVE-Person und SERVicE-Person fungierten dabei nicht nur als organisatorische Unterstützung, sondern auch als stabilisierender und aktivierender Faktor für die Teilnehmenden.

Frühzeitige und präventive Ansprache: Die Ergebnisse zeigen, dass ein früherer Einsatz der Intervention zielführender ist als eine späte Intervention nach langjähriger Arbeitslosigkeit und Erkrankung. Präventive Screenings bleiben daher ein zentraler Baustein, müssen jedoch an die Praxisrealitäten angepasst werden.

5.2 Einschränkungen und Hemmnisse

Mehrere Faktoren schränkten die Umsetzbarkeit und Wirksamkeit einzelner Projektbausteine ein:

Technische Herausforderungen: Die digitale Plattform (CANKADO) erwies sich als technisch komplex und wenig nutzerfreundlich. Probleme bei der Bedienung, fehlende Kompatibilität mit Praxissoftware sowie eine unzuverlässige Aktivierung einzelner Funktionen erschwerten die Nutzung erheblich. Für eine Verstetigung ist ein datenschutzkonformes, intuitiv bedienbares System zwingend erforderlich.

Begrenzte Einbindung von Hausarztpraxen: Der Rekrutierungsweg über Hausarztpraxen erwies sich – insbesondere während der Pandemie – als wenig zielführend. Auch perspektivisch wird dieser Ansatz als nur eingeschränkt geeignet eingeschätzt. Eine stärkere Steuerung über Jobcenter, Arbeitsagenturen und DRV-interne Fallmanager erscheint deutlich erfolgversprechender.

Geringe Nutzung innovativer Versorgungsformen: innovative Versorgungsleistungen wie Prä-Reha, sequentielle Reha oder digitale Nachsorgeangebote konnten nur sehr eingeschränkt erprobt werden. Digitale Angebote wurden von vielen Teilnehmenden eher zurückhaltend angenommen, wobei

persönliche Nachsorgeformate deutlich bevorzugt wurden. Digitale Lösungen sollten daher künftig als ergänzendes Angebot verstanden werden.

5.3 Voraussetzungen für eine bundesweite Verstetigung

Für eine nachhaltige Verstetigung und bundesweite Implementierung sind folgende Rahmenbedingungen erforderlich:

- Etablierung eines datenschutzkonformen, einheitlichen digitalen Systems
- Klare Rollenverteilung und zentrale Steuerung durch DRV-Fallmanager
- Verbindliche Einbindung von:
  - Mitarbeitenden der Jobcenter und Arbeitsagenturen
  - Sozialmedizinerinnen und Sozialmedizinern der DRV Hessen/Bund
  - SERVE-Personen als feste Fallmanager
- Entwicklung standardisierter Verfahren und Formulare
- Festlegung eines Startkontingents an Fällen, um Planbarkeit und Prozesssicherheit zu gewährleisten

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass der SERVE-Ansatz grundsätzlich übertragbar und für eine bundesweite Verstetigung geeignet ist. Die größten Potenziale liegen in der persönlichen, kontinuierlichen Begleitung durch SERVE- und SERVicE -Personen sowie in der strukturierten, interdisziplinären Zusammenarbeit. Gleichzeitig machen die Erfahrungen deutlich, dass technische Lösungen, Rekrutierungswege und innovative Versorgungsformen realistisch, nutzerorientiert und kontextsensibel ausgestaltet werden müssen. Eine Verstetigung sollte daher schrittweise erfolgen und eng an die identifizierten Erfolgsfaktoren gekoppelt sein.

6 Anlagen

6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt

Übersichtskasten

Projekttitel	Sektorenübergreifende präventive Identifikation, Beratung und Unterstützung von Versicherten mit besonderen beruflichen Problemlagen
Akronym	SerVe
Zuwendungsempfänger	Deutsche Rentenversicherung Hessen KreisJobCenter Marburg-Biedenkopf Jobcenter Frankfurt am Main
Projektbeteiligte	Technische Hochschule Mittelhessen Gießen und Philipps-Universität Marburg Goethe-Universität Frankfurt am Main Deutsche Rentenversicherung Bund
Förderaufruf	Erster Förderaufruf
Projektzeitraum	1.4.2020 – 30.9.2025

6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis

Literaturverzeichnis

Bethge, M., Radoschewski, F.M., & Gutenbrunner, C., (2012). The work ability index as a screening tool to identify the need for rehabilitation: longitudinal findings from the secon german sociomedical panel of employees. J Rehabil Med. 44. pp. 980-987.

Braun V., Clarke V. (2006) Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol 3(2):77–101.

Bullinger, M., Kirchberger, I. & Ware, J. (1995). Der deutsche SF-36. Health Survey Übersetzung und psychometrische Testung eines krankheitsübergreifenden Instruments zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. J Public Health. 3: 21–36. doi:10.1007/BF02959944.

Deutsche Rentenversicherung. (2012). Rentenzugang 2011. Statistik der Deutschen Rentenversicherung Band 188. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Deutsche Rentenversicherung. (2012a). Rentenversicherung in Zeitreihen. Berlin: Deutsche Rentenversicherung.

Deutsche Rentenversicherung Bund. (2017). Rentenzugang. Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach SGB VI für das Jahr 2016.

Homayounfar, K., Lordick, F. & Ghadimi, M. (2014). Multidisziplinäre Tumorboards – trotz Problemen unverzichtbar. Qualitätssicherung 111 (22). p. A 998−1001.

Maxqda. (2024) MAXQDA. Die #1 Software für Qualitative & Mixed-Methods-Forschung. Im Internet: https://www.maxqda.com/de/; Stand: 24.05.2024.

Mittag, O., Reese, C. & Meffert, C. (2014). (Keine) Reha vor Rente: Analyse der Zugänge zur Erwerbsminderungsrente 2005-2009. WSI- Mitteilungen.

Moser, K., Meier-Gräwe, U., Seferi, P., Seifart, U., Maulbecker-Armstrong, C., (2024). Fallbezogene Kosten-Nutzen-Analyse für rehapro SERVE – Die Wiedereingliederung langzeitarbeitsloser älterer Menschen mit gesundheitlichen Bedarfen lohnt sich gesamtgesellschaftlich sozioökonomisch. Bibliografie Gesundh ökon Qual manag 2025; 30: 498–505 DOI 10.1055/a-2710-5071 ISSN 1432-2625.2025.

Moser, K., Pellumbesha, S., Becker, A., Buch, K., van der Wardt, V., Hoppe, P., Seifart, U., Keller, A., Jacobs, M., Rolfs, S. & Maulbecker-Armstrong, C. (2025). Reintegration into the Labour Market for Older Workers with health Problems – Results oft the Exploratory Study. Biomed J Sci & Tech Res 62(3)-2025. BJSTR. MS.ID.009751.

Philipps Universität Marburg. (2024). Abschlussbericht SERVE. Studienarm Uni Marburg.

Robert Koch Institut (2018). Chronische Erkrankungen. Robert Koch Institut; https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Chronische_Erkrankungen/Chronische_Erkrankungen_node.html.

SPSS (2024). IBM Deutschland GmbH. IBM SPSS Statistics for Windows. Im Internet: https://www.ibm.com/de-de/products/spss-statistics; Stand: 23.01.2024.

Hasselhorn H-M., Freude, G. (2007). Der Work-Ability-Index. Ein Leitfaden. S 87. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Sonderschrift. Bremerhaven: Wirtschaftsverl. NW Verl. für neue Wiss.

6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen

Berichte der PUM

Abschlussbericht Studienarm Uni Marburg (10.07.2024)

Berichte der THM

Bericht Machbarkeitsphase (28.02.2022)

Moser, K., Pellumbesha, S., Becker, A., Buch, K., van der Wardt, V., Hoppe, P., Seifart, U., Keller, A., Jacobs, M., Rolfs, S. & Maulbecker-Armstrong, C. (2025). Reintegration into the Labour Market for Older Workers with health Problems – Results oft he Exploratory Study. Biomed J Sci & Tech Res 62(3)-2025. BJSTR. MS.ID.009751.

Moser, K., Meier-Gräwe, U., Seferi, P., Seifart, U., Maulbecker-Armstrong, C., (2024). Fallbezogene Kosten-Nutzen-Analyse für rehapro SERVE – Die Wiedereingliederung langzeitarbeitsloser älterer Menschen mit gesundheitlichen Bedarfen lohnt sich gesamtgesellschaftlich sozioökonomisch. Bibliografie Gesundh ökon Qual manag 2025; 30: 498–505 DOI 10.1055/a-2710-5071 ISSN 1432-2625.2025.

Methodenpaper: SERVE: Neuer Ansatz trägerübergreifender Zusammenarbeit in der Reha-Begleitung von Kunden der Arbeitsagenturen und Jobcenter - Darstellung der Methoden und Prozessinnovationen der Explorativen Studie (29.05.2024)

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