



Maßgeschneiderte Unterstützung für die berufliche Teilhabe

AKTIVER ZUGANG, BERATUNG UND FALLMANAGEMENT BEI VERSICHERTEN MIT HOHEM RISIKO EINER ERWERBSMINDERUNG (AktiFAME)

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages



In Kooperation mit:



Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages



Liebe Leserinnen und Leser,

Erwerbsarbeit ist weit mehr als eine Einkommensquelle. Neben materieller Sicherheit ermöglicht uns Erwerbsarbeit, dem Alltag Struktur zu geben, gesellschaftliche Teilhabe zu erfahren und ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Doch was geschieht, wenn gesundheitliche oder psychosoziale Belastungen das Arbeiten zunehmend erschweren? Für viele Menschen besteht das Risiko, aufgrund solcher Belastungen vorzeitig aus dem Erwerbsleben auszuscheiden und dadurch auf eine Erwerbsminderungsrente angewiesen zu sein. Der Verlust der Erwerbsfähigkeit kann schwerwiegende Folgen für das individuelle Wohlbefinden und die soziale Teilhabe haben.

Mit unserem Modellprojekt „Aktiver Zugang, Beratung und Fallmanagement bei Versicherten mit hohem Risiko einer Erwerbsminderung (AktiFAME)“ sind wir neue Wege gegangen, um Menschen mit gesundheitlichen Problemen und erhöhtem Risiko für eine Erwerbsminderung frühzeitig und gezielt Unterstützung anzubieten. Gefördert durch das Förderprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“, konnten wir mit AktiFAME einen ganzheitlichen Ansatz entwickeln. Dieser Ansatz schließt ein Fallmanagement ein, das individuell auf die Bedürfnisse der Betroffenen eingeht und passgenaue Lösungen erarbeitet. Im Mittelpunkt stehen dabei die frühzeitige Identifikation von Risiken, eine umfassende Beratung sowie der aktive Zugang zu Teilhabeleistungen, die den Verbleib im Erwerbsleben fördern. Unser Ziel war und ist es, Menschen mit ihrer Erkrankung eine Perspektive zu bieten, die es ihnen ermöglicht, länger am Erwerbsleben teilzuhaben und ein selbstbestimmtes Leben zu führen.

In dieser Abschlussbroschüre erhalten Sie spannende Einblicke in die AktiFAME-Strategie und die projektbegleitende wissenschaftliche Evaluation. Ein besonderer Fokus liegt außerdem auf der Frage: Wie geht es nach dem Projekt weiter, das so vielen Menschen geholfen hat? Ein herzliches Dankeschön gilt der Projektförderung sowie allen Projektbeteiligten und Teilnehmenden für die großartige Zusammenarbeit und wertvolle Unterstützung, die dieses Vorhaben ermöglicht haben.

Herzliche Grüße

Prof. Dr. Matthias Bethge

Johanna Prehn

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
Universität zu Lübeck
Lübeck, im Dezember 2024



Impressum

Herausgeber

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23562 Lübeck

www.uksh.de/sozialmedizin-luebeck/

Redaktion und Autor*innen

Johanna Prehn, Lea Remus, Vera Kleineke, Prof. Dr. Matthias Bethge



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK
INSTITUT FÜR SOZIALMEDIZIN
UND EPIDEMIOLOGIE

Vielen Dank!

Das AktiFAME-Team bedankt sich an dieser Stelle bei allen Beteiligten für ihre Mitwirkung.

1. Auflage

100 Stück
Erschienen im Dezember 2024
Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangaben erwünscht.

Inhaltsverzeichnis

01	Das Modellvorhaben AktiFAME	
1.1	Erwerbsarbeit und Teilhabe: Herausforderungen und Unterstützungsangebote	6
1.2	Die Förderung	8
1.3	Das Projektteam	8
1.4	Ziele und Visionen	10
1.5	Die Zielgruppe	11
1.6	Fallbeispiel Petra M. – Eine Frau im Wandel	12
02	Die Intervention	
2.1	Die Innovation	14
2.2	Die Interventionskomponenten	15
2.3	Fallbeispiel Petra M. – Ein Neuanfang im Berufs- und Privatleben	18
2.4	Die Implementierung und wissenschaftliche Begleitung	20
03	Die Ergebnisse	
3.1	Die Erprobungsphase	24
3.2	Die Hauptstudie: Umsetzung von AktiFAME	26
3.3	Die Hauptstudie: Wirksamkeit von AktiFAME	32
04	Fazit und Ausblick	
4.1	Die 10 Kernbotschaften	34
4.2	Zukunftsperspektiven für AktiFAME	36
05	Weitere Informationen	
5.1	Veröffentlichungen	38
5.2	Fachliteratur	39
5.3	Interventionsbeschreibung	40



1.1 Erwerbsarbeit und Teilhabe: Herausforderungen und Unterstützungsangebote

Erwerbsarbeit ist eine zentrale Ressource für gesellschaftliche Teilhabe. Sie sichert Einkommen, gewährleistet materielle Sicherheit und ermöglicht eine eigenständige Lebensführung. Darüber hinaus trägt sie zum Aufbau von Ansprüchen in der Sozialversicherung bei. Das verringert das Risiko für Altersarmut. Erwerbsarbeit fördert zudem den sozialen Austausch und eröffnet Chancen für persönliche Entfaltung und Selbstbestimmung.

Für Menschen mit chronischen Erkrankungen kann die weitere Erwerbstätigkeit zu einer großen Herausforderung werden. Sie erleben deutliche Einschränkungen ihrer Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit. Lange Fehlzeiten können die Folge sein.

Wenn der Verbleib im Erwerbsleben langfristig nicht mehr möglich ist und die reguläre Renteneintrittsgrenze noch nicht erreicht wurde, kann eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung beantragt werden, um Einkommensverluste auszugleichen.

ZAHLEN & FAKTEN

Erwerbsminderungsrente in Deutschland



Aktuell beziehen rund **1,8 Mio. Menschen** in Deutschland eine Erwerbsminderungsrente.

Die jährlichen Ausgaben für Erwerbsminderungsrenten betragen über **21 Mrd. Euro**.

Jährlich werden etwa **340.000 Rentenanträge** gestellt, von denen über die Hälfte genehmigt werden.

Die verfügbaren Möglichkeiten zur optimalen Versorgung und Unterstützung chronisch erkrankter Menschen werden jedoch häufig nicht ausgeschöpft. Dabei stehen in Deutschland durch Rentenversicherungen, Krankenkassen, Sozialhilfeträger sowie Hausärzt*innen und Arbeitgeber*innen viele unterstützende Versorgungsangebote (z. B. medizinische Rehabilitation oder Arbeitsplatzanpassungen) zur Verfügung, um einem vorzeitigen Ausstieg aus dem Erwerbsleben entgegenzuwirken. Die nachhaltige Teilhabe am Er-

werbsleben kann nur gesichert werden, wenn Betroffene über diese Angebote informiert sind und wissen, dass die Kombination verschiedener Angebote sowohl möglich als auch sinnvoll sein kann. Die Zuständigkeiten für diese Unterstützung sind jedoch häufig komplex und es ist für Betroffene oft nicht ersichtlich, an wen sie sich für die Beantragung wenden müssen. Diese unübersichtliche Situation trägt dazu bei, dass notwendige Leistungen nicht in Anspruch genommen werden.

ZAHLEN & FAKTEN

Rehabilitative Maßnahmen



Nur 42 % der Versicherten nutzen in den fünf Jahren vor einer Erwerbsminderungsrente medizinische Rehabilitationsangebote.

1.2 Die Förderung

Unser Forschungsvorhaben wurde im Rahmen des Bundesförderprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ (<https://www.modellvorhaben-rehapro.de>) des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales gefördert. Das Förderprogramm ermöglichte die Entwicklung und Erprobung von neuen Ansätzen zur Stärkung der beruflichen Teilhabe von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen. Bestehende Lücken im Rehabilitationssystem sollten durch neue Methoden geschlossen werden, auch wenn diese unter Berücksichtigung gegenwärtiger gesetzlicher Bedingungen nicht realisierbar wären.

Das zentrale Ziel des Förderprogramms ist es, die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu fördern und wiederherzustellen, während gleichzeitig die Zugänge zur Erwerbsminderungsrente sowie zu Eingliederungs- und Sozialhilfe gesenkt werden sollten.

Das Förderprogramm bot damit die Möglichkeit, zukunftsweisende Modelle – wie das unsrige – zu testen und deren Erfolg in der Praxis zu bewerten.

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

1.3 Das Projektteam

Vor diesem Hintergrund haben wir mit unserem Modellprojekt „Aktiver Zugang, Beratung und Fallmanagement bei Versicherten mit hohem Risiko einer Erwerbsminderung (AktifAME)“ eine innovative Strategie entwickelt, durch die Menschen mit einem erhöhten Risiko einer Erwerbsminderung frühzeitig und gezielt unterstützt werden können. Die Umsetzung des Modellvorhabens erfolgte durch ein interdisziplinäres Projektteam, das sich aus verschiedenen Beteiligten zusammensetzte.

Gemeinsam bildeten die Deutsche Rentenversicherung Nord, die Universität zu Lübeck, das Berufsförderungswerk Stralsund GmbH und die Brücke Schleswig-Holstein gGmbH das Projektteam.



Deutsche Rentenversicherung Nord

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



Universität zu Lübeck, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie

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



Berufsförderungswerk Stralsund GmbH

Das Berufsförderungswerk Stralsund ist ein sozialer Dienstleister im Bereich der beruflichen Rehabilitation Erwachsener, die aus gesundheitlichen Gründen ihren erlernten Beruf bzw. die ausgeübte Tätigkeit nicht mehr fortführen können und sich beruflich neu orientieren müssen. Für AktifAME übernahm es das Fallmanagement für Versicherte der DRV Nord in Mecklenburg-Vorpommern.



Brücke Schleswig Holstein gGmbH

Die Brücke Schleswig-Holstein ist ein landesweit tätiges gemeinnütziges Unternehmen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft mit über 30 Jahren Erfahrung in der Vermittlung in Arbeit und Beschäftigung sowie Einzelbegleitung in schwierigen Beschäftigungssituationen. Im Rahmen von AktifAME übernahm sie das Fallmanagement für Versicherte der DRV Nord.

1.4 Ziele und Visionen

Im deutschen Sozial- und Gesundheit gibt es viele Maßnahmen, die Menschen bei der Sicherung und Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit unterstützen können. Die Inanspruchnahme dieser Angebote erfordert von Betroffenen aber ein hohes Maß an Informiertheit und Koordination. Viele Menschen fragen sich: Welche Angebote gibt es überhaupt? Wie erhält man eine Leistung und wer finanziert diese?

Wir haben AktiFAME entwickelt, um auf Menschen zuzugehen, die wahrscheinlich Unterstützung benötigen, um eine Erwerbsminderung zu vermeiden. In einem neu entwickelten Fallmanagement sollten individuelle Lösungen erarbeitet und der Zugang zu und die Inanspruchnahme von Teilhabeleistungen unterstützt werden. Betroffene sollten selbstbestimmt die Leistungen auswählen können, die sie benötigen, um ihre Erwerbsfähigkeit und Teilhabe am Arbeitsleben dauerhaft zu sichern. Wir erwarteten, dass Betroffene auf diese Weise genau die Unterstützung bekommen, die sie benötigen, um auch weiterhin am Arbeitsleben teilhaben zu können.

„AktiFAME bedeutet, aktiv Unterstützungsmöglichkeiten an Menschen heranzutragen und Kenntnisse über Hilfsangebote zu erweitern.“

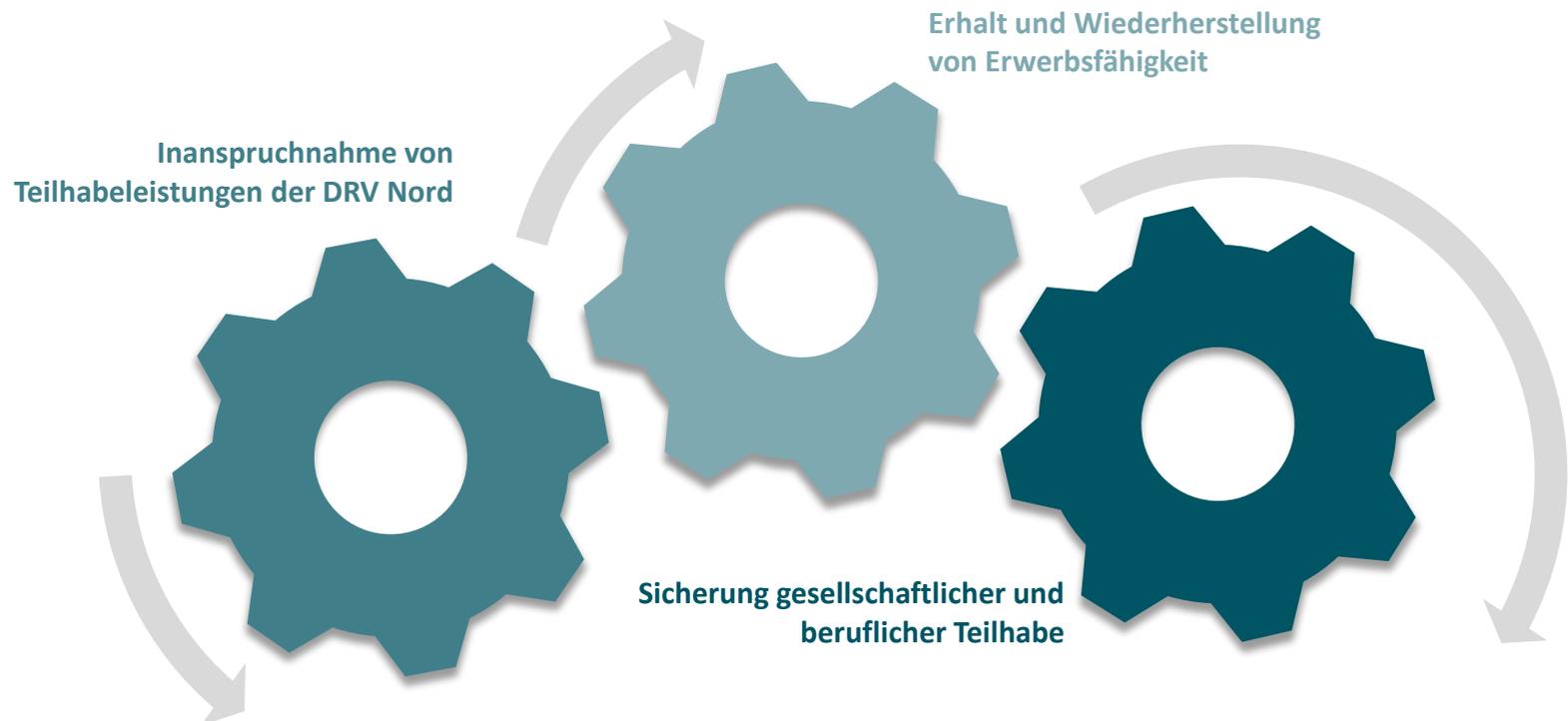
(Fallmanager*in,
Brücke Schleswig-Holstein)

1.5 Die Zielgruppe

Die Zielgruppe unseres Modellvorhabens waren Menschen, die aufgrund chronischer Erkrankungen oder gesundheitlicher Einschränkungen vor der Herausforderung standen, ihre Arbeitsfähigkeit langfristig aufrechtzuerhalten. Diese Erkrankungen konnten vielfältige gesundheitliche Probleme umfassen, wie beispielsweise körperliche oder psychische Belastungen, die sowohl den Alltag als auch die berufliche Leistungsfähigkeit beeinträchtigen.

AktiFAME richtet sich an Betroffene, die trotz eines erhöhten Risikos, vor dem regulären Rentenalter aus dem Erwerbs-

leben auszuscheiden, bislang keine medizinische Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der Deutschen Rentenversicherung beantragt hatten. Durch eine gezielte Ansprache dieser Personen wollten wir sicherstellen, dass sie die notwendigen Informationen, Ressourcen und Unterstützung erhielten, um ihre individuellen Herausforderungen zu bewältigen und ihre Gesundheit und Erwerbsfähigkeit nachhaltig zu stabilisieren.



1.6 Fallbeispiel Petra M. – Eine Frau im Wandel

Name: Petra M.

Alter: 55 Jahre

Geschlecht: Weiblich

Familienstand: Geschieden,
in räumlich getrennter Partnerschaft
lebend

Beruf: Busfahrerin im Schichtdienst
(25 Stunden/Woche)



Petra M. ist 55 Jahre alt und arbeitet als Busfahrerin im Schichtdienst. Sie hatte in den letzten drei Jahren mit zahlreichen Herausforderungen zu kämpfen und steht nun an einem Wendepunkt in ihrem Leben. Nach einer problematischen Ehe ist sie geschieden und lebt seit Kurzem in einer räumlich getrennten Partnerschaft. Trotz aller Herausforderungen, die das Leben ihr stellt, arbeitet sie weiter.

Traumatische Lebensereignisse in ihrer Kindheit hat Petra M. nie richtig verarbeitet. Besonders die Zeit in einer Wochenkrippe, während der sie als Kleinkind ihre Eltern nur am Wochenende sah, prägte sie und hinterließ Bindungsprobleme. Nach der Trennung von ihrem Ehemann jonglierte Petra M. zwischen ihrer Rolle als alleinerziehende Mutter eines 4-jährigen Sohnes und einer Vollzeitbeschäftigung. Bis heute pflegt sie eine enge Beziehung zu ihrem inzwischen erwachsenem Sohn und kümmert sich seit der Geburt ihrer Enkel auch um dessen Familie. Die Schuldgefühle, die sie gegenüber ihrem Sohn empfindet, sind ständige Begleiter.

Körperlich hat Petra M. mehrere Probleme: Sie hat Arthrose in den Kniegelenken und auch ständige Rückenbeschwerden. Ausgeprägte Schlafstörungen machen ihr das Leben schwer. Ihre gesundheitliche Versorgung beschränkt sich bislang auf hausärztliche und orthopädische Behandlungen. Auch ihre berufliche Situation ist nicht minder belastend. Die Ausstattung der Busse ist mangelhaft und die Arbeitszeiten sind unregelmäßig. Die Vertretungen aufgrund hoher Krankenstände häufen sich.

Dies führt bei Petra M. zu langen Arbeitsunfähigkeitszeiten und einer hohen psychischen Belastung. Finanziell kommt Petra M. gerade so über die Runden, doch ein Puffer für unerwartete Ausgaben fehlt.

An einem Donnerstagnachmittag erhält Petra M. Post von ihrem Rentenversicherungsträger - der Deutschen Rentenversicherung Nord - mit dem Angebot an dem Modellvorhaben AktiFAME teilzunehmen...

Deutsche Rentenversicherung Nord, Ziegelstraße 150, 23556 Lübeck
Frau Petra M.
Lebensweg 12
10101 Neuanfangstadt

Lübeck, 16.06.2022

Einladung zum Modellprojekt AktiFAME

Sehr geehrte Frau Petra M.,

wir laden Sie persönlich zur Teilnahme an einem neu entwickelten Modellvorhaben ein.

Gemeinsam mit der Universität zu Lübeck, der Brücke Schleswig-Holstein gGmbH und dem Berufsförderungswerk Stralsund haben wir ein Projekt entwickelt, um die **Teilhabechancen von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen zu verbessern**. Das Modellvorhaben heißt AktiFAME und wird vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Rahmen des Bundesförderprogramms rehapro gefördert. Es handelt sich um eine neue unterstützende Leistung durch Fallmanagerinnen und Fallmanager, die in der Regelversorgung so bislang noch nicht verfügbar ist. Die Inanspruchnahme dieser Leistung wird daher von einer Studie begleitet.

Auf der nächsten Seite erfahren Sie genauer, worum es geht und was wir Ihnen anbieten. Wir freuen uns, wenn wir Ihr Interesse wecken können und Sie sich bei den genannten Personen auf dem Beiblatt melden.

Mit freundlichen Grüßen

Simone Sicher

Deutsche Rentenversicherung Nord

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



Projekt AktiFAME

Fallmanager*in
Klara Klarheit

Deutsche Rentenversicherung Nord
Simone Sicher
Ziegelstraße 150
23556 Lübeck

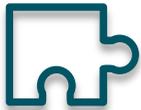
www.aktifame.de



Die Intervention

2.1 Die Innovation

Die Interventionsbausteine und Durchführungsmaterialien von AktiFAME wurden vom Projektteam (Deutsche Rentenversicherung Nord, Universität zu Universität zu Lübeck, Berufsförderungswerk Stralsund und Brücke Schleswig-Holstein) entwickelt.



Proaktiver Zugang

Mit unserem Ansatz sind wir proaktiv auf Versicherte zugegangen. Wir warteten als Rentenversicherungsträger nicht, bis Versicherte bei uns Anträge stellen, sondern identifizierten über den *Risikoindex Erwerbsminderungsrente* Personen mit potenziellem Beratungsbedarf. Diese Personengruppe schrieben wir postalisch an und machten ein Angebot zu einem individuellen Fallmanagement. In diesem wurde u. a. zu Regelleistungen der Rentenversicherung beraten.



Sozialraumorientiert

Die angeschriebenen Personen bekamen eine persönliche Ansprechperson bei einem Fallmanagementanbieter in ihrer Nähe genannt. Die Fallmanager*innen kannten sich in der jeweiligen Region hinsichtlich möglicher Unterstützungsangebote aus. Das Fallmanagement fand aufsuchend statt. So konnte auf das jeweilige Umfeld eingegangen werden.



Personenzentrierung

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



Partnerschaftlich

Das Fallmanagement fand auf Augenhöhe statt. Individuelle Ziele wurden in der Bedarfsanalyse abgefragt und einbezogen. Durch die Zusammenarbeit mit externen Fallmanagementanbietern agierten die Fallmanager*innen als neutraler Gesprächspartner außerhalb der Behörde.

2.2 Die Interventionskomponenten

Unsere mehrschrittige Strategie umfasst vier Module: Screening und postalische Information, telefonischer Erstkontakt, individuelles Erstgespräch und Fallmanagement. Für die Durchführung der Intervention wurden Manuale entwickelt,

in denen die wichtigsten Schritte und Inhalte für die telefonische Beratung, das persönliche Erstgespräch und das Fallmanagement (Einstieg in das Fallmanagement einschließlich Bedarfsanalyse und Zielvereinbarung, Monitoring und Abschlussgespräch) festgelegt wurden. Dies sollte eine standardisierte Umsetzung gewährleisten.



Risikoindex
Screening und
postalische Information



Telefonkontakt



Erstgespräch



Fallmanagement

Screening und postalische Information

Wir nutzten einen standardisierten Risikoindex, der verschiedene Merkmale, die in den individuellen Konten beim Rentenversicherungsträger gespeichert sind (z. B. Alter sowie Bezugsdauer von Krankengeld und Arbeitslosengeld), gewichtet zusammenführt. Personen mit erhöhten Risikoindexwerten von 60 oder mehr Punkten und vorjährigem Krankengeldbezug wurden durch die Deutsche Rentenversicherung Nord einmalig in mehreren Wellen persönlich angeschrieben. In dem Anschreiben wurde über das Angebot eines Fallmanagements informiert und ein telefonisches Beratungsgespräch mit einer regionalen Fallmanager*in vorgeschlagen.

Telefonischer Erstkontakt

Entschied sich die angeschriebene Person für eine Kontaktaufnahme mit der Fallmanager*in über die im Anschreiben angegebenen Kontaktdaten, wurde in einem zehn- bis fünfzehnminütigen Telefongespräch einmalig zu den Zielen und der Durchführung der Fallmanagementintervention informiert. Am Ende des Telefongesprächs wurde ein persönliches Erstgespräch mit der Fallmanager*in vereinbart.

Erstgespräch

Die Person traf sich mit der Fallmanager*in einmalig an einem vereinbarten Ort für ein einstündiges Erstgespräch. Im Erstgespräch konnten sich beide kennenlernen und die ersten gemeinsamen Ziele des Fallmanagements wurden besprochen.

Fallmanagement

Das Fallmanagement war als eine teilnehmerzentrierte Einzelfallintervention konzipiert und wurde von der Brücke Schleswig-Holstein gGmbH und dem Berufsförderungswerk Stralsund GmbH durchgeführt. Das Fallmanagement war in eine Einstiegsphase von bis zu drei Terminen, eine individuell ausgestaltete begleitende Phase sowie ein bilanzierendes Abschlussgespräch aufgeteilt. In regelmäßigen Abständen wurden Gespräche zur Zwischenbilanzierung durchgeführt, in denen Bedarfe und Ziele geprüft und gegebenenfalls angepasst wurden. Die Fallmanagementintervention beinhaltete u. a. Beratungen zu Gesundheits- und Sozialleistungen, Unterstützung bei der Beantragung weiterführender Leistungen, Akquise potentieller neuer Arbeitgeber oder Praktikumsplätze, Coaching zur Neuorientierung und Bewerbung sowie pädagogische und psychologische Interventionen.

RISIKOINDEX

Was ist der Risikoindex?

Der Risikoindex Erwerbsminderungsrente ermittelt die **Wahrscheinlichkeit, innerhalb der nächsten fünf Jahre eine Erwerbsminderungsrente zu erhalten.**

Er nutzt Daten der Deutschen Rentenversicherung Nord und wurde mehrfach validiert. Zur **Berechnung des Index** werden Faktoren wie **Alter, Geschlecht, Nationalität, Rentenversicherungsträger, das kumulierte Einkommen der letzten drei Jahre sowie der Bezug von Sozialleistungen** (wie Arbeitslosengeld oder Krankengeld) **in den letzten zwei Jahren** berücksichtigt. Der Index wird in drei Risikostufen unterteilt: Personen mit 50 bis unter 60 Punkten haben ein fünfmal höheres Risiko, eine Erwerbsminderungsrente zu erhalten als Personen mit geringeren Werten, während bei einem Wert von 60 oder mehr das Risiko 17-mal höher ist.

Den Fallmanager*innen stehen bei der Durchführung zahlreiche **Arbeitsmaterialien** aus einer eigens entwickelten Toolbox zur Verfügung. Grundsätzlich ist vorgesehen, dass das Fallmanagement **aufsuchend stattfindet**. Das bedeutet, dass die Fallmanager*innen zu den Teilnehmenden nach Hause kommen oder sie sich wohnortnah treffen.



Die **Dauer des Fallmanagements** hängt von der individuellen Situation der Teilnehmenden ab und kann **bis zu 50 Stunden innerhalb eines Jahres** im Anschluss an Erstgespräch und Bewilligung durch die Deutsche Rentenversicherung Nord in Anspruch nehmen.





2.3 Fallbeispiel Petra M. – Ein Neuanfang im Berufs- und Privatleben

Als Petra M. über den Risikoindex identifiziert wird und das Angebot eines Fallmanagements erhält, ist sie zunächst skeptisch, ob dies ihre Situation wirklich verbessern könnte. Doch das Erstgespräch bringt eine Wendung. Petra M. entscheidet sich, trotz ihrer anfänglichen Bedenken, an dem Projekt teilzunehmen. Das Fallmanagement mit Petra M. umfasst 13 persönliche Gespräche über ein Jahr, darunter zwei Gespräche zum betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM). Zusätzlich finden regelmäßige Telefonate und SMS-Kontakte mit ihrer Fallmanagerin statt. Gleich zu Beginn thematisiert Petra M. eine aktuelle Krise: Die Trennung von ihrem Partner hat sie schwer getroffen und führte zu einer Arbeitsunfähigkeit. In den ersten Gesprächen wird daher der Fokus auf akute Problemlösungen gelegt.

Empfehlungen für psychiatrische Interventionen werden gegeben und Petra M. nimmt Kontakt zu einer psychotherapeutischen Praxis auf. Auch die beruflichen Herausforderungen haben zugenommen. Petra M. hat Schwierigkeiten mit ihrem Arbeitgeber, die sie nicht alleine lösen kann. Das Fallmanagement bereitet sie auf BEM-Gespräche vor und begleitet sie dabei. In diesen Gesprächen kann Petra M. ihre Anliegen deutlich machen und eine Verbesserung ihrer Arbeitssituation erreichen. Neben den beruflichen Themen stehen zusätzlich gesundheitliche Maßnahmen im Fokus. Petra M. setzt sich intensiv mit der Notwendigkeit einer psychiatrischen Behandlung auseinander und startet eine ambulante psychotherapeutische Maßnahme. Sie wird zudem dabei unterstützt, eine medizinische Rehabilitation wegen ihrer orthopädischen Beschwerden in Anspruch zu nehmen. Der Antrag auf Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) wird ebenfalls gestellt.

F A L L M A N A G E M E N T

Die drei Hauptthemen bei Petra M.



1

Arbeit und Beschäftigung:

Verbesserung der Arbeitssituation zur Reduzierung der Arbeitsbelastung

2

Gesundheit:

- Auseinandersetzung mit der Notwendigkeit einer langfristigen psychiatrischen Behandlung
- Inanspruchnahme einer medizinischen Rehabilitation wegen anhaltender orthopädischer Beschwerden

3

Soziales und Freizeit:

Unterstützung bei der psychischen Belastung durch die Trennung und familiäre Sorgen

Ein Jahr später hat sich die Situation von Petra M. deutlich verbessert. Ihre Arbeitsbedingungen wurden angepasst, die Kommunikation im Betrieb läuft reibungsloser und ihre körperlichen sowie psychischen Belastungen haben abgenommen. Die medizinische Rehabilitation wurde bewilligt und erfolgreich durchgeführt, weitere orthopädische Behandlungen folgen. Petra M. blickt heute auf eine Zeit des Wandels zurück. Durch das Fallmanagement erhielt sie die Unterstützung, die sie brauchte, um ihre akuten Probleme anzugehen und langfristige Lösungen zu finden. Mit verbesserter Arbeits- und Lebensqualität geht Petra M. nun gestärkt in die Zukunft.



Das Fallbeispiel von Petra M. zeigt, wie wichtig es ist, ausreichend Zeit für die Bearbeitung der Probleme zu haben. Durch die aktive Ansprache und passgenaue Unterstützung konnte Petra M. ihre gesundheitliche und berufliche Situation erheblich verbessern. AktiFAME hat geholfen, ihre Erwerbstätigkeit nachhaltig zu sichern.

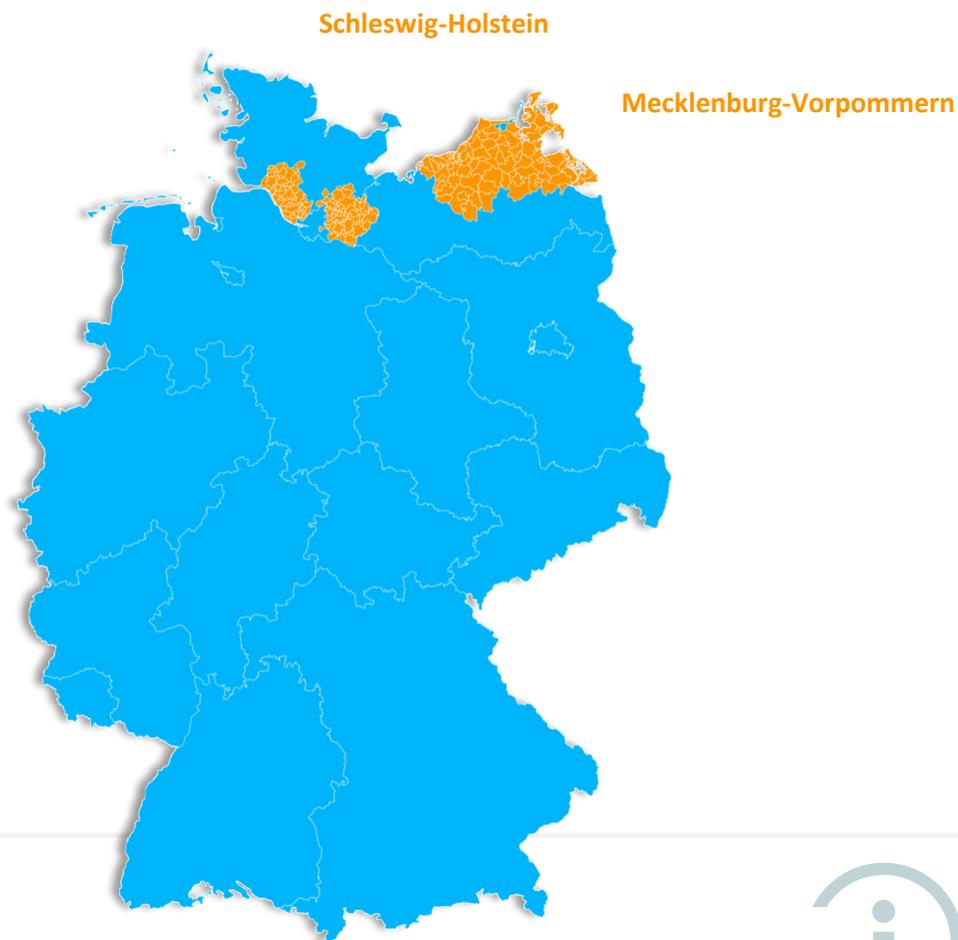
2.4 Die Implementierung und wissenschaftliche Begleitung

Die Mehrkomponentenstrategie wurde von der Deutschen Rentenversicherung Nord in den Landkreisen Vorpommern-Rügen, Vorpommern-Greifswald, dem Stadt- und Landkreis Rostock sowie den Landkreisen Steinburg, Stormarn, Pinneberg und Herzogtum-Lauenburg umgesetzt. Anfang 2020 begannen wir mit der Entwicklung und Implementierung unseres Modellvorhabens und erprobten die Strategie bis Mitte 2021. Im Juni 2021 wurde AktiFAME dann auf mehr als 200 Postleitzahlenbezirke in Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern ausgeweitet.

Das Modellvorhaben AktiFAME wurde unter der Leitung von Prof. Matthias Bethge, Leiter der Sektion Arbeit und Rehabilitation am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität Lübeck, wissenschaftlich begleitet. Die Implementierung und Machbarkeit des Modellvorhabens untersuchten wir während einer einjährigen Erprobungsphase mit einer Pilotierungsstudie. Zur Bewertung der Wirksamkeit unserer Gesamtstrategie wurde eine randomisierte kontrollierte Studie mit 10.600 Personen durchgeführt, für die wir anhand administrativer Daten der Deutschen Rentenversicherung Nord ein erhöhtes Risiko einer Erwerbsminderungsrente identifizierten. 5300 Personen wurden zufällig der Interventionsgruppe zugewiesen, von der DRV Nord angeschrieben und über die Fallmanagementintervention informiert. Die andere Hälfte wurde als stille Kontrollgruppe eingeschlossen und zunächst nicht über AktiFAME informiert.

Wir bewerteten die Wirksamkeit von AktiFAME primär, indem wir untersuchten, wie viele Teilhabeleistungen der Deutschen Rentenversicherung (medizinische Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) im Jahr nach dem Anschreiben der DRV Nord bzw. nach Studieneinschluss in Anspruch genommen wurden. Zusätzlich prüften wir, wie viele Personen in diesem Jahr in eine Erwerbsminderungsrente gehen. Diese Informationen wurden uns über die in den Versichertenkonten hinterlegten Daten der Rentenversicherungsträger übermittelt. Wir stellten dabei die angeschriebenen Personen der Interventionsgruppe den nicht angeschriebenen Personen der Kontrollgruppe gegenüber. Darüber hinaus erfassten wir in Fragebogenerhebungen zahlreiche selbst eingeschätzte Parameter, z. B. die Informiertheit über Teilhabeleistungen.

Begleitend führten wir eine Prozessevaluation durch, u. a. um abzubilden, wen wir erreichten und wie genau die verschiedenen Komponenten umgesetzt wurden. Die dafür umgesetzte Beobachtungsstudie umfasste ausschließlich die am Fallmanagement teilnehmenden Personen und erfasste die Umsetzung unserer innovativen Mehrkomponentenstrategie. Besonders bei Interventionen mit mehreren Komponenten ist die genaue Umsetzung entscheidend, um das Ineinandergreifen der einzelnen Komponenten zu gewährleisten. Die korrekte Durchführung der Intervention war für ihre Wirksamkeit daher von zentraler Bedeutung.



EXKURS

Randomisierte kontrollierte Studien

Randomisierte kontrollierte Studien können die **Wirksamkeit und Sicherheit von Interventionen und Maßnahmen untersuchen** und dienen für die Entwicklung von Therapieempfehlungen in medizinischen Leitlinien. Da die Zuweisung zu den Behandlungsarmen (Interventions- oder Kontrollgruppe) zufällig und damit unabhängig von Personenmerkmalen oder vorangehenden Versorgungsmaßnahmen erfolgt, kann der Behandlungseffekt unverzerrt geschätzt werden. Unterschiede im Zielkriterium (z. B. unterschiedliche Häufigkeiten durchgeführter Rehabilitationen oder bewilligter Erwerbsminderungsrenten) können kausal auf die Behandlung zurückgeführt werden.

Die wissenschaftliche Begleitung auf einen Blick



ABBILDUNG 1: ABLAUF DER WISSENSCHAFTLICHEN BEGLEITUNG



3.1 Die Erprobungsphase

Bis Mitte 2021 führten wir zunächst eine Pilotstudie durch, um AktiFAME während einer einjährigen Erprobungsphase zu testen und die Durchführbarkeit sowie Akzeptanz der Intervention in einer kleineren Stichprobe zu überprüfen, bevor sie in der Hauptstudie in größerem Rahmen Anwendung finden würde. Pilotstudien helfen dabei, mögliche methodische Probleme frühzeitig zu erkennen, die Intervention zu verbessern und sicherzustellen, dass die eingesetzten Instrumente und Methoden praktikabel und effektiv sind.

Während der Erprobungsphase wurden insgesamt 1074 Personen mit einem erhöhten Risiko für den Bezug einer Erwerbsminderungsrente kontaktiert. Von diesen meldeten sich 134 Personen

telefonisch bei ihrer Fallmanager*in, 72 Personen führten im Anschluss ein persönliches Erstgespräch und 57 Personen nahmen schließlich an der Fallmanagementintervention teil.

Für unsere Pilotstudie entwickelten wir zum einen eine umfassende standardisierte elektronische Dokumentation, in der die Fallmanager*innen u. a. Zeitpunkt und Dauer der Kontakte, Durchführungsmodalitäten (z. B. direkt oder telefonisch), einzelne Interventionskomponenten und die Beantragung und Bewilligung von Teilhabeleistungen festhielten. Zum anderen baten wir die Teilnehmenden, am Beginn und am Ende der Fallmanagementintervention Fragebögen auszufüllen.

Welche Erkenntnisse konnten wir durch die Erprobung für unsere Hauptstudie mitnehmen?

Wir konnten neben der Dokumentation der Fallmanager*innen die Fragebogendaten von insgesamt 36 Teilnehmenden analysieren und auf diese Weise wichtige Erkenntnisse für die geplante Hauptstudie gewinnen.

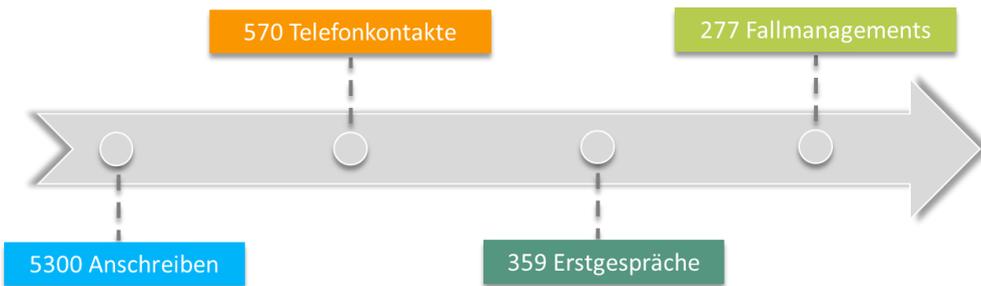
Viele Teilnehmende hatten gesundheitliche Einschränkungen.

63 % der Teilnehmenden berichteten auf dem Work Ability Score am Beginn des Fallmanagements von einer schlechten selbsteingeschätzten Arbeitsfähigkeit. Wir erreichten genau die stark belastete Zielgruppe, für die unsere Fallmanagementintervention entwickelt wurde.

Die Teilnehmenden des Fallmanagements äußerten, dass sie ihre **Ziele erreicht** hätten und eine **große Zufriedenheit** mit den verschiedenen Komponenten und Inhalten der Intervention. Dies deutet darauf hin, dass die Maßnahmen gut auf die Bedürfnisse der Teilnehmenden abgestimmt waren.

Wir beobachteten einen **signifikanten und relevanten Wissenszuwachs** über Teilhabeleistungen verzeichnet werden. Dieser Wissenszuwachs trug auch dazu bei, dass während der Inanspruchnahme der Intervention insgesamt **43 Anträge auf Rehabilitationsleistungen** gestellt wurden und mehr als die Hälfte der Teilnehmenden eine Bewilligung für eine Teilhabeleistung erhielt.

Bei der Durchführung von zwei Komponenten unserer multimodalen Strategie, nämlich dem Telefonat und Erstgespräch, gab es eine **hohe Umsetzungsgenauigkeit**. Allerdings wurde festgestellt, dass die Dokumentation einzelner Bausteine des Fallmanagements, insbesondere der Bedarfsanalyse und der Wiedervorlage der Zielvereinbarung, unzureichend war. Diese Erkenntnis konnten wir in Gesprächen mit den Fallmanager*innen thematisieren, um die Qualität der Dokumentation für die Hauptstudie zu verbessern.



3.2 Die Hauptstudie: Umsetzung von AktiFAME

3.2.1 Haben wir unsere Zielgruppe erreicht?

Im Juni 2021 wurde die ersten Anschreiben an potenzielle Teilnehmende der Hauptstudie versendet. Bis Anfang 2023 schrieben wir insgesamt 5300 Personen an und informierten diese über unser Modellvorhaben. Unsere Bemühungen führten zu 570 Telefonkontakten, 359 Erstgesprächen und 277 Fallmanagements, das heißt: 5,2 % der angeschriebenen Personen nahmen an einem Fallmanagement teil. Wie bereits in der Erprobungsphase, führten wir im Rahmen unserer Prozessevaluation zu Beginn und am Ende des Fallmanagements Befragungen mit Teilnehmenden durch. Zur Bewertung der Umsetzung unserer Strategie konnten wir von 250 Teilnehmenden Daten der ersten Befragung und von 179 Teilnehmenden auch Daten der zweiten Befragung analysieren.

Knapp die Hälfte der Teilnehmenden war weiblich. Das durchschnittliche Alter betrug 51,6 Jahre. Zu Beginn der Intervention waren 74,8 % der Personen erwerbstätig. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der von uns begleiteten

Personen waren erheblich: 44,0 % der Teilnehmenden gaben zu Beginn des Fallmanagements bis zu drei ärztlich diagnostizierte Erkrankungen und 56,0 % mindestens vier ärztlich diagnostizierte Erkrankungen an. 80,4 % der Teilnehmenden nannten Muskel-Skelett-Erkrankungen und 59,6 % psychische Erkrankungen (Mehrfachnennungen waren möglich). Die kumulierte Arbeitsunfähigkeitsdauer in den letzten 12 Monaten lag in unserer Stichprobe im Durchschnitt bei 20 Wochen. Ein Viertel der Teilnehmenden war in den letzten 12 Monaten zwischen einer Woche und sechs Wochen krankgeschrieben, 13,6 % zwischen sieben und zwölf Wochen und 51,1 % berichteten von einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 13 Wochen. Lediglich 10,2 % gaben an, nicht krankgeschrieben gewesen zu sein. Die subjektiv eingeschätzte Arbeitsfähigkeit der Teilnehmenden (Work Ability Score) lag zu Beginn der Intervention bei durchschnittlich 4,4 von 10 Punkten, wobei 63,7 % der Teilnehmenden maximal fünf Punkte erreichten – ein Bereich, der als schlechte Arbeitsfähigkeit gilt. Damit konnten wir die stark belastete Zielgruppe erreichen, für die unsere Fallmanagementintervention entwickelt wurde.

3.2.2 Wie umfangreich und genau wurden die Maßnahmen umgesetzt?

Die Umsetzung von AktiFAME wurde wie bereits in der Pilotstudie von den Fallmanager*innen elektronisch dokumentiert. Ein Telefongespräch dauerte im Durchschnitt 14 Minuten, während Erstgespräche in durchschnittlich 73 Minuten durchgeführt wurden. Die Fallmanagements erstreckten sich über rund 35 Wochen und beanspruchten rund 11 Stunden (ohne Fahrzeiten) bzw. 15 Stunden (mit Fahrzeiten).

Die Inhalte der Interventionsbausteine wurden wie geplant umgesetzt. Die Genauigkeit in der Umsetzung der festgelegten Inhalte des telefonischen Erstkontakts und des Erstgesprächs durch die Fallmanager*innen war mit durchschnittlich 83,9 % und 91,6 % sehr hoch. Auch für die Fallmanagements lag die durchschnittliche Umsetzungsgenauigkeit bei 80,4 %. Dies stellte eine deutliche Verbesserung im Vergleich zur Erprobungsphase dar.

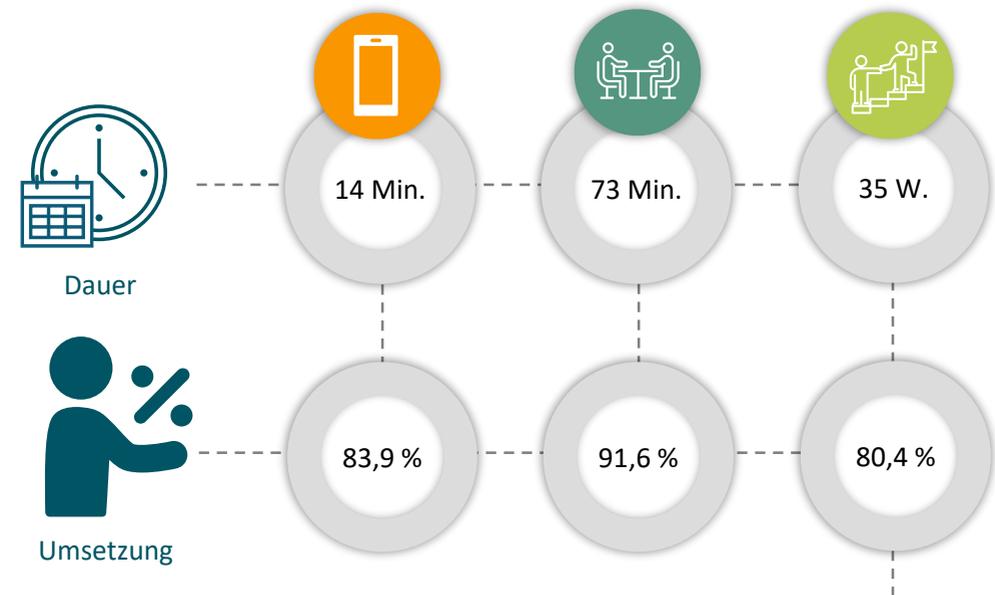


ABBILDUNG 2: DAUER DER INTERVENTIONSKOMPONENTEN UND GENAUIGKEIT DER UMSETZUNG

3.2.3 Wie bewerten die Teilnehmenden AktiFAME?

Am Ende des Fallmanagements fragten wir die Teilnehmenden nach ihrer Meinung zu AktiFAME. Zur Bewertung der Fallmanagementkomponenten standen den teilnehmenden Personen Schulnoten von eins für sehr gut bis fünf für mangelhaft zur Verfügung (Abbildung 3). Über 90 % der Befragten bewerteten den Telefonkontakt, das Erstgespräch, die Fallmanager*in und die Bedarfsermittlung mit gut oder sehr gut. Die Be-

reitstellung von Informationen und Beratungsdiensten sowie die Unterstützung bei Anträgen und der Kontaktaufnahme mit verschiedenen externen Anlaufstellen wurden von mehr als 80 % der Teilnehmenden ebenfalls mit gut bis sehr gut bewertet. Zusätzlich beurteilten die Teilnehmenden aus ihrer Sicht die Berücksichtigung der eigenen Bedürfnisse im Fallmanagement, die persönliche Beziehung zur Fallmanager*in, die Sachkompetenz der Fallmanager*innen und die Zielerreichung.

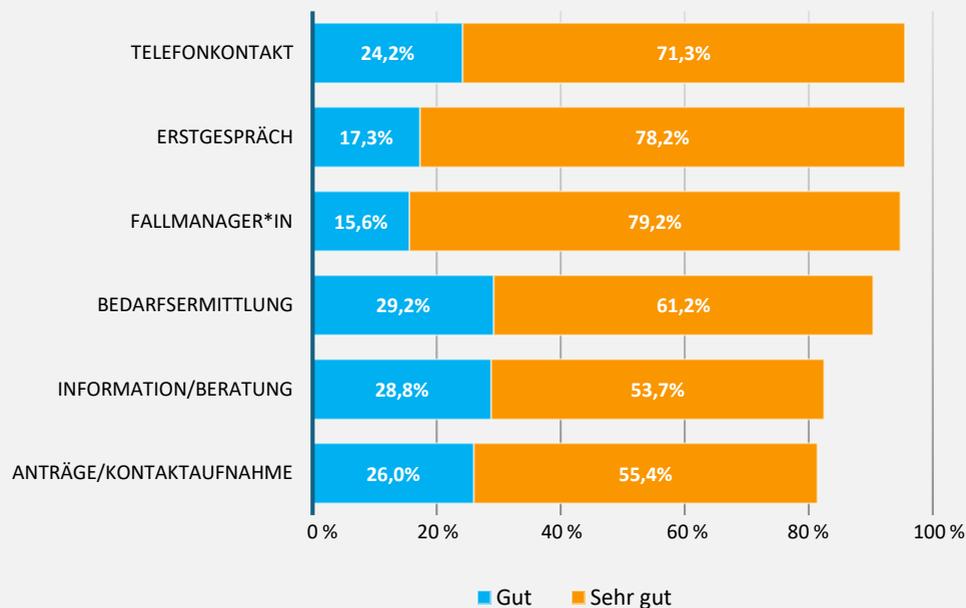


ABBILDUNG 3: BEWERTUNG DER FALLMANAGEMENTKOMponentEN

Auf einen Blick: Die Sicht der Teilnehmenden zu AktiFAME

Eigene Ziele und Bedarfe im Fokus

Mindestens 85 % der Teilnehmenden stimmten zu, dass ihre eigenen Bedürfnisse bei der Zielfestlegung im Mittelpunkt standen, die Ziele selbstbestimmt, nachvollziehbar und passgenau formuliert wurden und sie die Möglichkeit hatten, diese bei Bedarf anzupassen.

Beziehung zur Fallmanager*in

Mindestens 95 % fühlten sich nicht mehr allein mit ihren Problemen, konnten sensible Themen im Fallmanagement ansprechen und fühlten sich in ihrem Standpunkt berücksichtigt.

100 % der Teilnehmenden empfanden ihre Fallmanager*in als **offen und interessiert**.

Mehr als 95 % schätzen ihre Fallmanager*in als **verlässlich** ein.

Hohe Zufriedenheit mit der Arbeit der Fallmanager*innen

97,1 % empfanden das Vorgehen als strukturiert, 90,2 % gaben an, dass die Fallmanager*innen Klarheit in komplexe Sachverhalte brachten und 98,3 % berichteten, dass die Fallmanager*innen rechtlich sehr gut informiert waren.

Über 90 % der Teilnehmenden empfanden ihre Teilnahme an AktiFAME als **lohnenswert**.

Hohe subjektive Zufriedenheit

Mindestens 85 % der Teilnehmenden konnten durch die Unterstützung der Fallmanager*innen ihre eigenen Gesundheitsprobleme zum Ende des Fallmanagements besser verstehen, sahen ihre persönlichen Ziele als erreicht an und konnten durch das Fallmanagement Erkenntnisse gewinnen, wie sie in Zukunft schneller Hilfe organisieren können.

3.2.4 Was nehmen die Teilnehmenden aus AktiFAME mit?

Aus Sicht der Teilnehmenden wurden Themen wie Arbeitsfähigkeit (100 %), Rehabilitation und deren Beantragung (97,2 %), Erfassung von Problemen/Bedarfen (97,2 %) und Unterstützung bei Anträgen (94,4 %) im Fallmanagement besprochen bzw. umgesetzt. Die häufigsten von unseren Fallmanager*innen dokumentierten Themen, die mit den Teilnehmenden bearbeitet wurden, waren

- **Beantragung der medizinischen Rehabilitation (78,3 %),**
- **Grad der Behinderung oder Gleichstellung (60,3 %),**
- **Beratung und Coaching zu Ressourcen und Belastungen (44,4 %),**
- **die therapeutische Anbindung an Fachärzt*innen (37,2 %),**
- **die psychotherapeutische Anbindung (32,1 %),**
- **Beratung und Coaching in Krankheitsakzeptanz (29,6 %),**
- **berufliche Orientierung (28,9 %).**

Bessere Informiertheit über Teilhabeleistungen



Wir befragten die Teilnehmenden am Beginn und Ende der Intervention auch zu ihrem Wissen über medizinische Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur Teilhabe an der Gesellschaft und unterhaltssichernde Leistungen.

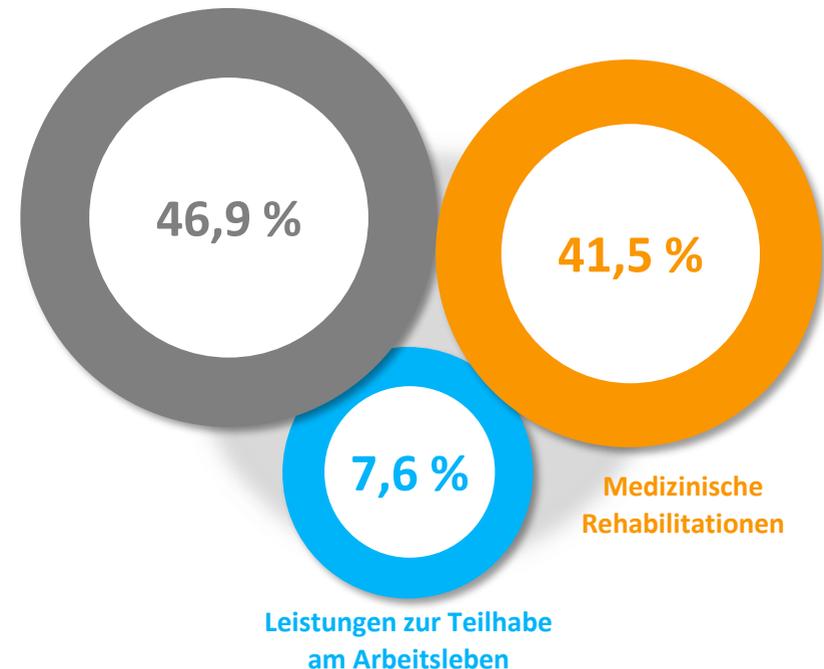
In allen vier Bereichen verbesserte sich die Informiertheit auf einer Skala von 0 bis 5 signifikant um 1 bis 1,5 Skalenpunkte. Am deutlichsten war der Wissenszuwachs bezüglich medizinischer Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.



Zielgerichteter Zugang zu Teilhabeleistungen

Es blieb nicht nur bei mehr Wissen über Teilhabeleistungen. Zusätzlich dokumentierten die Fallmanager*innen am Ende des Fallmanagements für jeden Teilnehmenden die Beantragung und Bewilligung von Rehabilitationsleistungen. Im Verlauf des Fallmanagements beantragten 133 von 277 Personen (48,0 %) eine medizinische Rehabilitation. Für 115 Personen wurden Anträge bewilligt. Das entspricht 41,5 % der begleiteten Personen. Einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben stellten 30 von 277 Personen (10,8 %) und für 21 Personen wurden die Anträge bewilligt (7,6 %).

Bewilligte Rehabilitationsleistungen:
Medizinische Rehabilitation oder
Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben



3.3 Die Hauptstudie: Wirksamkeit von AktiFAME

Um die Wirksamkeit unserer Gesamtstrategie zu überprüfen, identifizierten wir anhand des Risikoindex insgesamt 10.600 Personen mit erhöhtem Risiko eines Erwerbsminderungsrentenbezuges und schlossen diese – 5400 Personen im ersten Studienjahr 2021/2022 und 5200 Personen im zweiten Studienjahr 2022/2023 – in unsere randomisierte kontrollierte Studie ein. Primär bewerteten wir die Wirksamkeit von AktiFAME anhand administrativer Daten der Deutschen Rentenversicherung Nord zur Inanspruchnahme von Teilhabeleistungen der Deutschen Rentenversicherung Nord (medizinische Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben).

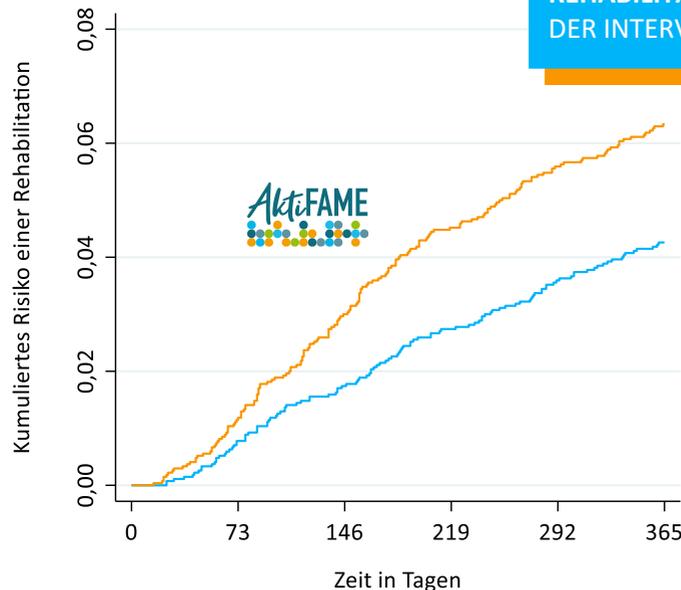
Diese erfassten wir im Jahr nach Studieneinschluss sowohl in der angeschriebenen als auch in der nicht angeschriebenen Gruppe. Darüber hinaus wurden weitere Faktoren wie sozialversicherungspflichtige Beschäftigung, der Bezug von Arbeitslosengeld und Krankengeld sowie beantragte und bewilligte Erwerbsminderungsrenten untersucht. Auch diese Daten stellte uns die Deutsche Rentenversicherung Nord zur Verfügung. Zusätzlich wurden die Personen der Interventions- und Kontrollgruppe ein Jahr nach Studieneinschluss postalisch von der Deutschen Rentenversicherung kontaktiert und gebeten, einen Fragebogen auszufüllen. Insgesamt 2363 Personen füllten diesen Fragebogen aus und sendeten ihn an uns zurück. Darin ging es u. a. um Themen wie die psychische Gesundheit,

subjektive Arbeitsfähigkeit, Arbeitsunfähigkeitszeiten, selbsteingeschätzte Teilhabe sowie Informiertheit über Teilhabeleistungen. Die Daten der Kohorte des Studienjahres 2021/2022 wurden bereits von der Deutschen Rentenversicherung übermittelt, die der Kohorte aus dem Studienjahr 2022/2023 liegen aktuell noch nicht vor. Aus diesem Grund aktualisieren wir Anfang 2025 die Ergebnisdarstellung zur Wirksamkeit von AktiFAME in einer zweiten Auflage der Broschüre.

Erste Ergebnisse aus der Kohorte des Studienjahres 2021/2022 liefern jedoch bereits eindrucksvolle Einblicke in die Wirksamkeit der Gesamtstrategie: Die Wahrscheinlichkeit für die Bewilligung einer Rehabilitation in der postalisch

kontaktierten Gruppe erhöhte sich innerhalb eines Jahres um rund 50 % bzw. 2 Prozentpunkte. Gleichzeitig reduzierte sich die Wahrscheinlichkeit für eine Erwerbsminderungsrente innerhalb eines Jahres um rund 20 % bzw. 0,4 Prozentpunkte. Die Abbildungen 4 und 5 zeigen, wie sich die bewilligten Teilhabeleistungen und Erwerbsminderungsrenten in der angeschriebenen und nicht angeschriebenen Gruppe entwickelten. Ein wesentliches Ziel unserer Teilhabestrategie wurde erreicht!

MEHR BEWILLIGTE REHABILITATIONSLEISTUNGEN IN DER INTERVENTIONSGRUPPE

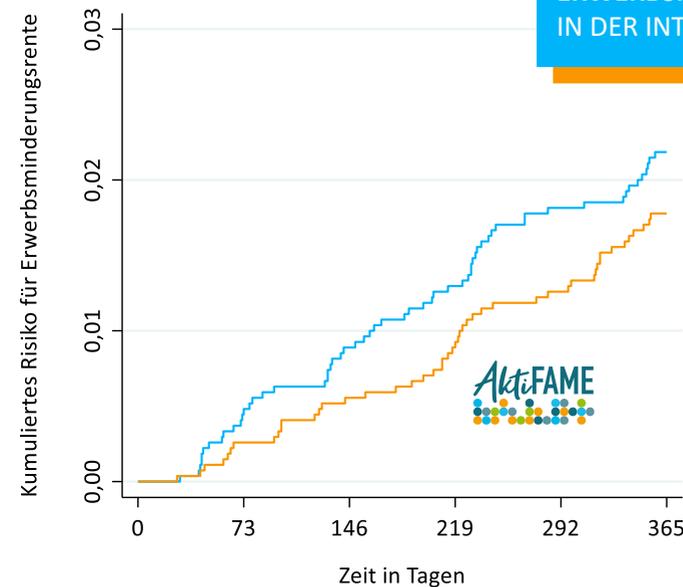


— Kontrolle
— Intervention

ABBILDUNG 4: BEWILLIGTE REHABILITATIONEN INNERHALB EINES JAHRES NACH STUDIENEINSCHLUSS (N = 5400)

Anmerkung: 5400 Personen, die 2021/2022 über AktiFAME informiert (Intervention) oder nicht informiert (Kontrolle) wurden. Daten der Stichprobe 2022/2023 stehen noch aus.

WENIGER BEWILLIGTE ERWERBSMINDERUNGSRENTEN IN DER INTERVENTIONSGRUPPE



— Kontrolle
— Intervention

ABBILDUNG 5: BEWILLIGTE ERWERBSMINDERUNGSRENTEN INNERHALB EINES JAHRES NACH STUDIENEINSCHLUSS (N = 5400)

Anmerkung: 5400 Personen, die 2021/2022 über AktiFAME informiert (Intervention) oder nicht informiert (Kontrolle) wurden. Daten der Stichprobe 2022/2023 stehen noch aus.

4.1 Die 10 Kernbotschaften

- 1 **Aktives Zugehen auf wahrscheinlich gefährdete Zielgruppe:** Wir konnten in unserem Modellvorhaben AktiFAME und der begleitenden Studie zeigen, dass es mit dem Risikoindex möglich ist, gezielt Menschen mit wahrscheinlich gefährdeter Erwerbsfähigkeit proaktiv anzusprechen und frühzeitig Unterstützung anzubieten.
- 2 **Mehr als nur Rehabilitationsberatung:** AktiFAME bietet eine ganzheitliche, maßgeschneiderte Unterstützung, die sich an den individuellen Problemlagen der Teilnehmenden orientiert und sowohl berufliche als auch gesellschaftliche Teilhabe fördert.
- 3 **Hohe Themenvielfalt zur Unterstützung:** Die bearbeiteten Themen des Fallmanagements gingen weit über die Beratung zu Rehabilitationsanträgen hinaus und umfassten auch fachärztliche und psychotherapeutische Anbindung, Krankheitsbewältigung sowie berufliche und gesellschaftliche Teilhabe.
- 4 **Hohe Zufriedenheit mit Fallmanagement:** Das Fallmanagement wurde von den Teilnehmenden als passgenau und lohnenswert empfunden.

- 5 **Zielgerichtete Unterstützung bei Rehabilitationsinanspruchnahme:** Durch die systematische Ansprache und Begleitung von potenziell Betroffenen wurde die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen zielgerichtet gefördert.
- 6 **Wissenszuwachs über Teilhabeleistungen:** Die Teilnehmer*innen von AktiFAME waren am Ende des Fallmanagements signifikant und relevant besser über mögliche Teilhabeleistungen informiert.
- 7 **Erhöhte Rehabilitationsinanspruchnahme:** Die Zahl der Rehabilitationen wurde in der angeschriebenen Zielgruppe um 50 % gesteigert.
- 8 **Reduzierte Erwerbsminderungsrenten:** Personen, die an der Intervention teilnahmen, nahmen nicht nur häufiger Rehabilitationsleistungen in Anspruch, sondern gingen auch seltener in die Erwerbsminderungsrente.
- 9 **Hohe Umsetzungstreue bei multimodaler Strategie:** Die Interventionskomponenten wurden nach standardisierten Leitfäden durchgeführt und strukturiert dokumentiert. Die tatsächliche Umsetzung entsprach sehr klar der geplanten Vorgehensweise.
- 10 **Vorhandene Manuale erleichtern Ausweitung:** Mit den entwickelten Manualen und der standardisierten Dokumentation haben wir wichtige Voraussetzungen für eine qualitätsgesicherte Weiterführung und Ausweitung des Modellvorhabens geschaffen.

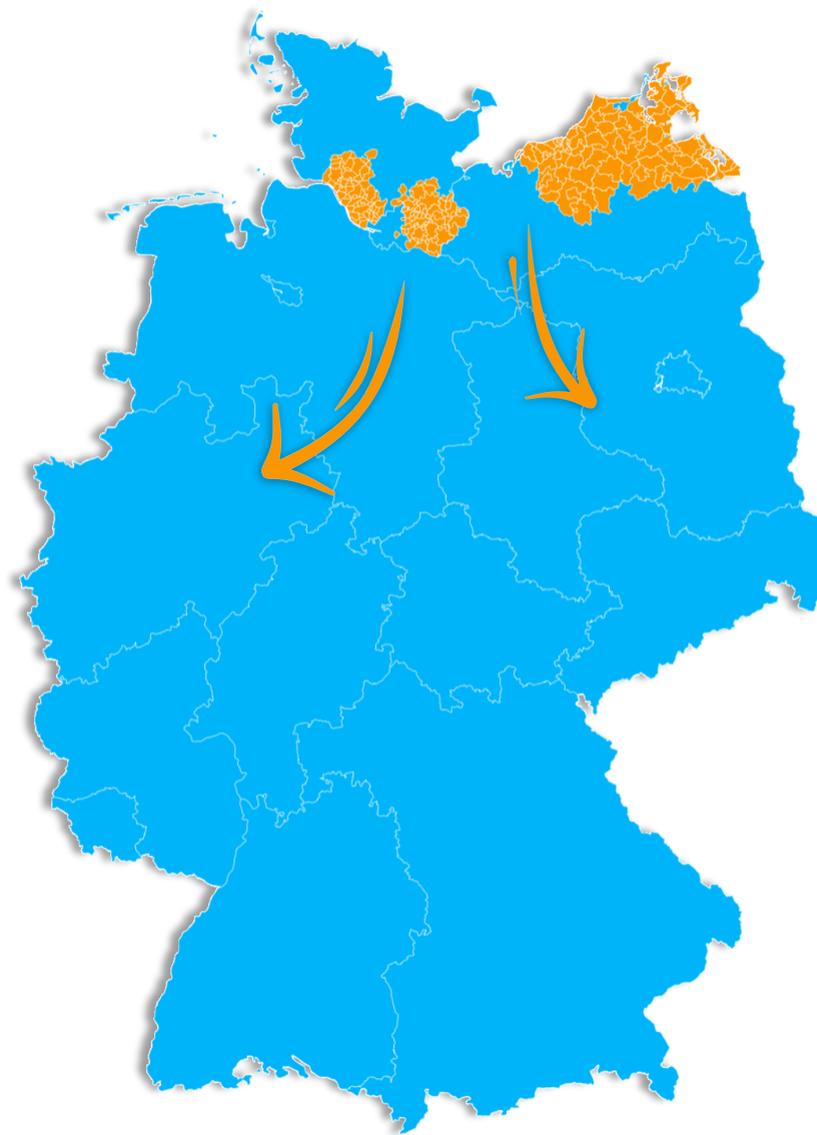


4.2 Zukunftsperspektiven für AktiFAME

Unser Ziel ist es, unsere Mehrkomponentenstrategie langfristig fortzuführen und flächendeckend auszuweiten. Das innovative Verfahren zur Identifizierung und proaktiven Ansprache von Versicherten sollte nach Projektabschluss als möglicher Baustein im bundesweiten Leistungsportfolio durch alle Rentenversicherungsträger in Betracht gezogen werden. Der proaktive Charakter kann aus unserer Sicht das Risiko eines vorzeitigen erwerbsminderungsbedingten Ausscheidens aus dem Erwerbsleben reduzieren.

Im März 2023 fand eine Präsentation bei der Geschäftsführung der Deutschen Rentenversicherung Nord statt, bei der die Verstetigung des Projekts AktiFAME thematisiert wurde. Dabei wurde betont, dass eine Verstetigung grundsätzlich erwünscht ist. Bisher fehlt allerdings eine recht-

liche Grundlage, um AktiFAME als Regelleistung zu etablieren. Für die langfristige Fortsetzung von AktiFAME sind rechtliche Änderungen erforderlich, insbesondere muss das proaktive ganzheitliche Fallmanagement als Leistung der Deutschen Rentenversicherung gesetzlich normiert werden. Aktuell wird als mögliche Option eine Anpassung des § 31 SGB VI diskutiert. Zudem stehen weitere Klärungen bezüglich des Vergabe- und Zuweisungsverfahrens aus. Sowohl die Deutsche Rentenversicherung Nord als auch die Deutsche Rentenversicherung Bund setzen sich für die Schaffung einer rechtlichen Grundlage für Fallmanagementangebote ein. Wir bleiben zuversichtlich, dass AktiFAME in absehbarer Zukunft AktiFAME als reguläre Handlungsoption für alle Rentenversicherungsträger verfügbar wird. Auf diese Weise können wir Menschen wie Petra M. die Unterstützung bieten, die sie für eine umfassende Teilhabe benötigen.



5.1 Veröffentlichungen

Unsere bisherigen wissenschaftlichen Veröffentlichungen zu AktiFAME:

- **Studienprotokoll:** Remus L, Grope M, Lemke S, Bethge M. An innovative case management intervention for people at high risk of permanent work disability to improve rehabilitation coverage and coordination of health services: a randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res* 2022; 22: 342
- **Pilotierungsergebnisse:** Remus L, Grope M, Lemke S, Bethge M. Evaluation of an innovative case management strategy to improve rehabilitation coverage for people at high risk of permanent work disability: a feasibility study. *Rehabilitation* 2023; 62: 1–10



5.2 Fachliteratur

Weitere projektbezogene Fachliteratur für Sie zum Nachlesen:

- Bethge M, von Groote P, Giustini A et al. The World Report on Disability: a challenge for rehabilitation medicine. *Am J Phys Med Rehabil* 2014; 93: 4-11. DOI: 10.1097/phm.000000000000016
- Bethge M, Spanier K & Streibelt M. Using administrative data to assess the risk of permanent work disability: a cohort study. *J Occup Rehabil*. 2021; 31:376-382. DOI: 10.1007/s10926-020-09926-7
- Cullen K, Irvin E, Collie A et al. Effectiveness of workplace interventions in return-to-work for musculoskeletal, pain-related and mental health conditions: an update of the evidence and messages for practitioners. *J Occup Rehabil* 2018. DOI: 10.1007/s10926-016-9690-x: 1-15
- Loisel P, Buchbinder R, Hazard R et al. Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: the challenge of implementing evidence. *J Occup Rehabil* 2005; 15: 507-524. DOI: 10.1007/s10926-005-8031-2
- van Vilsteren M, van Oostrom S, al. dVHe. Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *Cochrane Database Syst Rev* 2015. DOI: 10.1002/14651858.CD006955.pub3
- Vargas-Prada S, Demou E, Laloo D et al. Effectiveness of very early workplace interventions to reduce sickness absence: a systematic review of the literature and meta-analysis. *Scand J Work Environ Health* 2016; 261-272. DOI: 10.5271/sjweh.3576
- Vogel N, Schandlmaier S, Zumbrunn T et al. Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. *Cochrane Database Syst Rev* 2017. DOI: 10.1002/14651858.CD011618.pub2
- Zack O, Melamed S, Silber H et al. The effectiveness of case-management rehabilitation intervention in facilitating return to work and maintenance of employment after myocardial infarction: results of a randomized controlled trial. *Clin Rehabil* 2022; 36: 753-766. DOI: 10.1177/02692155221076826

	Postalische Information	Telefonischer Erstkontakt	Erstgespräch	Fallmanagement
Warum?	<p>Mit den postalischen Informationen werden die Versicherten persönlich angesprochen. Die Auswahl der anzuschreibenden Personen nutzt einen standardisierten und validierten Risikoindex. Dieser identifiziert Personen, die ein erhöhtes Risiko haben, zukünftig eine Erwerbsminderungsrente zu beziehen. Der postalische Kontakt zielt darauf ab, dass sich die ausgewählten Versicherten durch die erhaltenen Informationen für einen Anruf bei dem/der Fallmanager*in und für eine Teilnahme am Fallmanagement entscheiden. Bei der Formulierung des Anschreibens nutzten wir die Selbstbestimmungstheorie. Diese geht davon aus, dass Individuen selbstbestimmte Handlungen ausführen, um ihre Bedürfnisse nach Kompetenz, Autonomie und sozialer Eingebundenheit zu befriedigen. Je eher das Anschreiben dies in Aussicht stellt, desto höher ist die Motivation der Versicherten, tatsächlich bei dem/der Fallmanager*in anzurufen.</p>	<p>Das Telefongespräch soll alle wichtigen Fragen zum Fallmanagement, Datenschutz, Schweigepflicht und zur Freiwilligkeit klären. Es soll ferner den Weg zu einem Erstgespräch bahnen. Die angeschriebene Person soll am Ende des telefonischen Erstkontaktes durch die bereitgestellten Informationen in die Lage versetzt werden, zu entscheiden, ob ein Fallmanagement für sie/ihn in Betracht kommt (persönlicher Bedarf).</p>	<p>Die Person und der/die Fallmanager*in sollen sich kennenlernen. Das Erstgespräch soll alle weiteren Fragen zum Fallmanagement, der Studienteilnahme, Datenschutz, Schweigepflicht und zur Freiwilligkeit klären. Die Person soll sich für eine Teilnahme am Modellprojekt entscheiden. Der/die Fallmanager*in soll auf Grundlage gesundheitsbezogener, persönlicher und biografischer Schilderungen erste Ideen zu möglichen Teilhabeleistungen entwickeln. Der/die Fallmanager*in soll mithilfe des Erfassungsbogen „Medizinische Angaben für die Teilnahme an AktiFAME“ die Zugangsvoraussetzung der versicherten Person zum Modellprojekt klären.</p>	<p>Das Fallmanagement ist eine personenzentrierte Einzelfallintervention. Wir haben diesen Ansatz gewählt, um die vielfältigen im Modell der International Classification of Functioning, Disability and Health beschriebenen Wechselwirkungen von Gesundheitsproblem, Umwelt und Person individuell zu erfassen und darauf aufbauend eine gemeinsame Teilhabeplanung zu ermöglichen. Die Einbindung weiterer Akteure des sozialen Umfelds berücksichtigt, dass Behinderung auch eine soziale Situation ist. Um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass die Teilnehmenden ihre Ziele erreichen, werden Ziele spezifisch, messbar, erreichbar, relevant und zeitgebunden formuliert. Coachingansätze werden genutzt, um Selbstreflexionsfähigkeit, Krankheitsakzeptanz, Resilienz oder Motivation der Teilnehmenden zu fördern. Ein ressourcenorientiertes Vorgehen soll verfügbare Fähigkeiten aktivieren.</p>
Was? (Materialien)	<ul style="list-style-type: none"> • Anschreiben 	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentationsvorlage für telefonischen Erstkontakt • Leitfaden für telefonischen Erstkontakt • Rückmeldeliste der telefonischen Erstkontakte • Internes Dokumentationstool der Fallmanagementanbieter 	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentationsvorlage Erstgespräch • Leitfaden Erstgespräch • Fragebogen „Medizinische Angaben für die Teilnahme an AktiFAME“ • Studieninformation • Einwilligungserklärung (zweifach) • Fragebogen „Teilhabe und Gesundheit“ zum Start des Fallmanagements • Rückmeldeliste Erstgespräch • Internes Dokumentationstool der Fallmanagementanbieter 	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsbogen „Bedarfsanalyse und Zielvereinbarung“ • Verlaufsdocumentation • Internes Dokumentationstool der Fallmanagementanbieter • Toolbox mit Arbeitsmaterialien zur medizinischen Rehabilitation, zur Rehabilitationsnachsorge, zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Rückkehr in Arbeit und Sicherung des Arbeitsplatzes (stufenweise Wiedereingliederung, betriebliches Eingliederungsmanagement, Grad der Behinderung, Kündigung), Neuorientierung/Erlangung von Arbeit, zu gesundheitlichen und therapeutischen Angeboten, zur sozialen Sicherung und Unterstützung • Fragebogen „Teilhabe und Gesundheit“ am Ende des Fallmanagements

	Postalische Information	Telefonischer Erstkontakt	Erstgespräch	Fallmanagement
Was? (Prozeduren)	Die Auswahl der anzuschreibenden Personen nutzt einen computerbasierten Algorithmus, der verschiedene Merkmale, die in den individuellen Konten beim Rentenversicherungsträger gespeichert sind (z. B. Alter sowie Bezugsdauer von Krankengeld und Arbeitslosengeld II), gewichtet in einem Risikoindexwert zusammenführt. Personen in den von uns berücksichtigten Regionen mit einem Risikoindexwert von mindestens 60 Punkten und vorjährigem Krankengeldbezug werden durch die Deutsche Rentenversicherung Nord angeschrieben.	Die angeschriebene Person ruft die/den Fallmanager*in über die im Anschreiben angegebenen Kontaktdaten an und wird in einem Telefongespräch über Ziele und Durchführung der Fallmanagementintervention informiert. Es wird ein persönliches Erstgespräch mit dem/der Fallmanager*in vereinbart.	Die Person trifft sich mit dem/der Fallmanager*in an einem vereinbarten Ort für ein Erstgespräch.	Das Fallmanagement umfasst eine Einstiegsphase von bis zu drei Terminen, eine individuell ausgestaltete begleitende Phase sowie ein bilanzierendes Abschlussgespräch. In regelmäßigen Abständen werden Gespräche zur Zwischenbilanzierung durchgeführt, in denen Bedarf und Ziele geprüft und gegebenenfalls aktualisiert werden. Die individuell ausgestaltete Hauptphase beinhaltet u. a. Beratungen zu Gesundheits- und Sozialleistungen, Unterstützung bei der Beantragung weiterführender Leistungen, Akquise potentieller neuer Arbeitgeber oder Praktikumsplätze, Coaching zur Neuorientierung und Bewerbung sowie pädagogische und psychologische Interventionen.
Wer?	Deutschen Rentenversicherung Nord (Datenbereitstellung und Versand der Informationsschreiben); Forschende (Berechnung des Risikoindex)	Fallmanager*in	Fallmanager*in	Fallmanager*in
Wie?	Postalisch und einzeln	Telefonisch und einzeln	Persönlich und einzeln	Persönlich und einzeln; ggf. unter Einbindung weiterer Akteure (z. B. Arbeitgeber, Arbeitnehmervertretung, Betriebsarzt)
Wo?	Deutsche Rentenversicherung Nord (Datenbereitstellung und Versand der Informationsschreiben); Universität zu Lübeck (Berechnung des Risikoindex)	Arbeitsplatz der/des Fallmanagers*in	Wohnort der/des Versicherten oder vereinbarter Treffpunkt	Wohnort der/des Teilnehmenden oder vereinbarter Treffpunkt, Arbeitsplatz der/des Fallmanager*in; ggf. weitere Institutionen (z. B. Ämter und Beratungsstellen)
Wann und wie viel?	Einmalig in mehreren Wellen	Einmalig nach Erhalt der postalischen Information; zehn- bis 15-minütig	Einmalig nach telefonischem Erstkontakt; einstündig	Bis zu 50 Stunden innerhalb eines Jahres im Anschluss an Erstgespräch und Bewilligung durch die Deutsche Rentenversicherung Nord; Einstieg (zwei bis drei Termine); Monitoring/Zwischenbilanzierung (alle drei Monate); Abschlussgespräch (ein Termin)

	Postalische Information	Telefonischer Erstkontakt	Erstgespräch	Fallmanagement
Individualisierung	Nicht geplant	Nicht geplant	Nicht geplant	Die individuell an dem Bedarf der Teilnehmenden orientierten Elemente leiten sich aus den gemeinsam entwickelten Zielen ab. Die Dosis des Fallmanagements ist ebenfalls individuell. Die obere Grenze sind 50 Zeitstunden/Termine. Um diesen Zeitraum zu strukturieren finden verbindlich und regelmäßig Zwischenbilanzierungsgespräche statt. Die oben skizzierte Toolbox mit ihren verschiedenen Arbeitsmaterialien unterstützt die individuelle Ausgestaltung des Fallmanagements.
Wie gut?	Die Berechnung des RI-EMR nutzt valide administrative Daten und wird computer-gestützt durchgeführt. Die Stichprobenziehung wurde in einem Leitfaden beschrieben, um eine standardisierte Durchführung zu gewährleisten.	Die Durchführung des telefonischen Erstkontaktes wurde in einem Leitfaden beschrieben, um eine standardisierte Durchführung zu gewährleisten. Der telefonische Erstkontakt wird durch den/die Fallmanager*in standardisiert dokumentiert. Um die Umsetzungsgenauigkeit prozessbegleitend zu unterstützen werden die Telefonkontakte in zweiwöchentlichen Videokonferenzen mit den Forschenden besprochen.	Die Durchführung des Erstgesprächs wurde in einem Leitfaden beschrieben, um eine standardisierte Durchführung zu gewährleisten. Das Erstgespräch wird durch den/die Fallmanager*in standardisiert dokumentiert. Um die Umsetzungsgenauigkeit prozessbegleitend zu unterstützen werden die Telefonkontakte in zweiwöchentlichen Videokonferenzen mit den Forschenden besprochen.	Die Durchführung aller im Fallmanagement verbindlich stattfindenden Prozesse wurde in Leitfäden beschrieben, um eine standardisierte Durchführung zu gewährleisten. Für die individualisierte Adaption des Vorgehens stehen gemeinsam mit den Fallmanager*innen entwickelte Materialien zur Verfügung. Der Verlauf des Fallmanagements wird standardisiert dokumentiert, um die Genauigkeit der Umsetzung der Leitfäden sowie die Häufigkeit der Verwendung der Toolbox-Elemente und der Kontakte mit den Teilnehmenden und externen Institutionen abzubilden. Alle Teilnehmenden am Fallmanagement werden am Ende der Intervention mit standardisierten Fragebögen befragt, welche Komponenten des Fallmanagements sie während der Intervention erhalten haben.



Kontakt

Prof. Dr. Matthias Bethge

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160, 23562 Lübeck

T +49 451 50051280

M matthias.bethge@uksh.de

Johanna Prehn

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160, 23562 Lübeck

T +49 451 500 51285

M johanna.prehn@uksh.de

Vera Kleineke

Deutsche Rentenversicherung Nord
Umsetzungsberaterin rehapro
Rehamanagement
Ziegelstraße 150
23556 Lübeck

T +49 451 48517119

M rehapro@drv-nord.de