

Fachkonzept zum Fallmanagement der Deutschen Rentenversicherung

→ Fachkonzept der Deutschen Rentenversicherung

→ Stand: 01.04.2026

→ Version 1





Inhalt

1. Rollen und Aufgaben im Fallmanagement	4
1.1 Rollen im Fallmanagement	4
1.2 Aufgaben im Fallmanagement	5
2. Durchführung des Fallmanagements	6
3. Fallbezogene Kooperation	14
4. Systemebenen des Fallmanagements	18
5. Typische Fallkonstellationen im Fallmanagement	19

1. Rollen und Aufgaben im Fallmanagement

1.1 Rollen im Fallmanagement

Charakteristisch für ein Fallmanagement ist, dass die Fallverantwortung und Koordination in den Händen einer Person, und zwar der/dem Fallmanager*in liegt, die/der allen Beteiligten als Ansprechperson bekannt ist und in dieser Funktion akzeptiert wird. Dabei kommen den Fallmanager*innen – je nach Situation in unterschiedlichem Ausmaß – vier verschiedene Rollen zu. Dies sind die Rollen Unterstützer*in (supporter), Fürsprecher*in (advocate), Vermittler*in (broker) und Zuweiser*in (gate keeper).

Unterstützer*in

Die/der Unterstützer*in liefert im Innenverhältnis zur versicherten Person die notwendige Unterstützung im Sinne eines Empowerments (Stärkung der eigenen Potentiale). Wichtige Aufgaben sind die Motivationsarbeit und die Hilfe bei der Entwicklung von Perspektiven. Im Fallmanagement der Rentenversicherung ist diese Rolle beispielsweise bei der Erstellung eines Reha- bzw. Teilhabeplans in Kooperation mit der Person im Fallmanagement, bei der die Entwicklung neuer Ziele und zugehöriger Umsetzungsstrategien im Mittelpunkt stehen oder bei der ggf. notwendigen Motivation der/des Versicherten zur Kontaktaufnahme mit Arbeitgeber oder auch Beratungsstellen wichtig.

Fürsprecher*in

Die Rolle der/des Fürsprecher*in ist nach außen gerichtet und wird eingenommen, wenn es für die Versicherten berechnete Ansprüche geltend zu machen oder unberechtigte Forderungen abzuwehren gilt. Im Fallmanagement der Rentenversicherung kann diese Rolle beispielsweise im Kontakt mit dem Arbeitgeber von Bedeutung sein, wenn die Klärung von Konfliktsituationen oder die Erörterung von Möglichkeiten zur Gestaltung des Arbeitsplatzes oder der Arbeitsumgebung im Mittelpunkt steht.

Vermittler*in

Der oder die Vermittler*in kennt die Versorgungslandschaft und eröffnet der betroffenen Person den Zugang zu den benötigten Angeboten und koordiniert deren Zusammenwirken. Im Fallmanagement der Rentenversicherung geht es hier insbesondere um die Planung und Initiierung von Kontakten mit Kooperationspartnern wie beispielsweise dem Arbeitgeber, anderen Sozialleistungsträgern, Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen.

Zuweiser*in

Die oder der Zuweiser*in sorgt dafür, dass ausschließlich qualitätsgesicherte und zielführende Angebote zur Auswahl kommen und verhindert damit Maßnahmen mit geringer Effektivität und Effizienz. Bei der Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern berücksichtigen die Fallmanager*innen der Rentenversicherungsträger diese Grundsätze.

Keine dieser vier Rollen ist in der Praxis des Fallmanagements in Reinform anzutreffen. Vielmehr werden diese – miteinander teilweise konkurrierenden – Funktionen je nach Situation miteinander kombiniert und unterschiedlich gewichtet. Die Akzentuierung der Rolle richtet sich nach den Erfordernissen der Situation sowie den Möglichkeiten und Grenzen des Versicherten und von dessen Umfeld.

1.2 Aufgaben im Fallmanagement

Innerhalb der jeweiligen Rolle übernimmt der/die Fallmanager*in spezifische Aufgaben, die sich aus der Vorgehensweise im Fallmanagement ableiten lassen. Zu diesen Aufgaben gehören im Wesentlichen:

Beratung als zentrale Aufgabe

Als Kernaufgabe im Fallmanagement ist zunächst die Beratung zu Fragen der Rehabilitation und Teilhabe zu nennen, wobei insbesondere auch trägerübergreifende Aspekte zu berücksichtigen sind. Im Einzelnen gehört dazu die Erstberatung von Versicherten u. a. zur Ermittlung eines über eine medizinische Rehabilitation hinausgehenden weiterführenden Rehabilitationsbedarfs. Hierzu kann auch der Einsatz von geeigneten Screeninginstrumenten erforderlich sein. Weitergehend sind bei komplexen Problemlagen individuell ausgestaltete Beratungen mit vertrauensbildendem, planendem und motivierendem Charakter durchzuführen.

Vor-Ort-Besuche in Betrieben, bei den Versicherten und bei Kooperationspartnern sind bei entsprechendem Bedarf während des gesamten Fallmanagements obligatorisch.

Durchführung und Auswertung von Assessments

Eine weitere Aufgabe besteht in der Einleitung, Durchführung und Ergebnisanalyse von Assessments zur Ermittlung eines Unterstützungsbedarfs, insbesondere bei beruflichen Fragestellungen. Dazu zählt auch die Erhebung von Tätigkeitsprofilen und deren Vergleich mit den Fähigkeiten der Versicherten.

Zielformulierung und Maßnahmenplanung in interdisziplinären Teams

Bei der Reha- und Teilhabeplanung sind im interdisziplinären Austausch die konsensuale Erarbeitung von Rehabilitationszielen, die Auswahl und Diskussion geeigneter Maßnahmen sowie deren Planung erforderlich. Im Zuge dessen gehören die Kontaktaufnahme zu Kooperationspartnern, nach Bedarf auch einzelfallabhängig eine Erweiterung der Angebote im Netzwerk, die Initiierung und die Moderation von Reha- bzw. Teilhabekonferenzen sowie die Erstellung individueller Reha- bzw. Teilhabepläne zu den Aufgaben der Fallmanager*innen.

Überwachung und Steuerung des (Wieder-) Eingliederungsprozesses

Während der Durchführung der geplanten Maßnahmen steht die Steuerung und Überwachung des (Wieder-) Eingliederungsprozesses im Vordergrund. In einem kommunikativen Prozess gilt es, stetig einen Soll-Ist-Abgleich durchzuführen und gegebenenfalls intervenierend tätig zu werden. Hierzu müssen mitunter kurzfristig notwendige Entscheidungen getroffen werden.

Dokumentation und Evaluation

Der (Wieder-) Eingliederungsprozess wird fortlaufend mit geeigneten Instrumenten dokumentiert. Im Anschluss an den Prozess wird eine Qualitätsprüfung in Form einer Evaluation durchgeführt.

Netzwerkmanagement

Zur Sicherstellung einer zügigen, nahtlosen und adäquaten Leistungserbringung sind der Aufbau und die Pflege von Kooperationen mit Leistungsträgern und Leistungserbringern im Sinne eines Netzwerks erforderlich. Dies erfolgt sowohl in der Fallarbeit als auch fallunabhängig in Gremien und Verbänden.

Eine weitere bedeutsame Aufgabe stellt der Aufbau und die Pflege von Kontakten zu Arbeitgebern der Region dar. Hier ist auch eine Beratung und Unterstützung von Unternehmen bei der (Wieder-) Eingliederung von Arbeitnehmern unter Nutzung der o. g. Netzwerke zu nennen.

2. Durchführung des Fallmanagements

Die Durchführung des Fallmanagements folgt unabhängig von der Erbringungsform einer standardisierten Struktur, die auf Managementkonzepten basiert und die sich für den Handlungsansatz Case Management als sinnvoll erwiesen hat. Charakteristisch dafür ist die Einteilung des Managementprozesses in mehrere Phasen, die im Anwendungskontext der Deutschen Rentenversicherung (DRV) wie folgt lauten:

Phase 1: Fallidentifikation und Aufnahme (Intake)

Phase 2: Assessment und Bedarfsermittlung

Phase 3: Reha- und Teilhabeplanung

Phase 4: Fallbeobachtung und Steuerung der Leistungen (Monitoring)

Phase 5: Abschluss und Evaluation des Einzelfalls

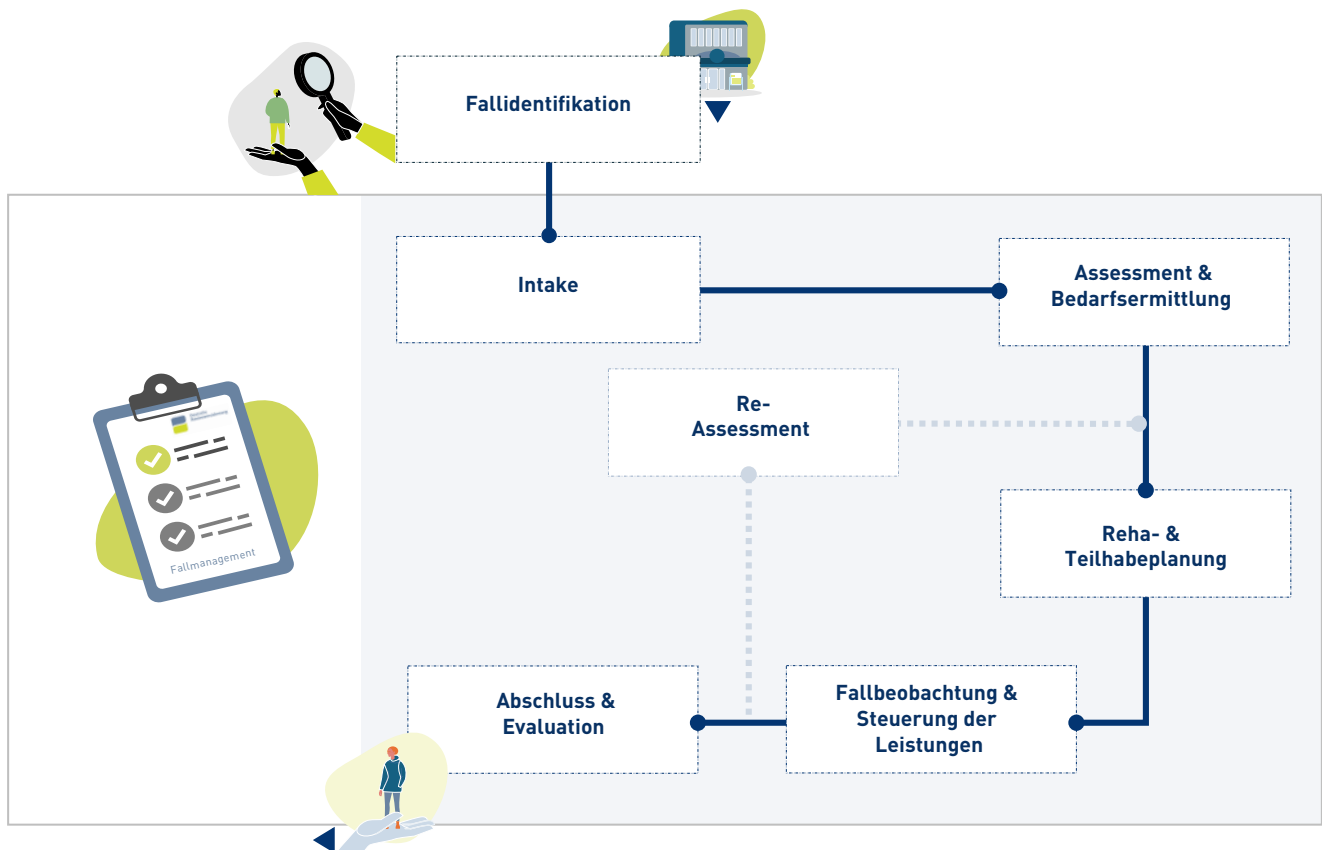


Abbildung 1 – Case Management-Regelkreis, eigene Darstellung DRV Bund nach DGCC, Stand 27.08.2025.

Die Fallidentifikation findet statt, sobald erste Hinweise darauf vorliegen, dass der individuelle Reha-Bedarf nicht durch Standardleistungen der Rehabilitation gedeckt werden kann. Es folgen die individuelle Bedarfsermittlung mit einer differenzierten Betrachtung der Problemsituation und im Anschluss die Reha- und Teilhabeplanung mit der Festlegung der Ziele und den passenden Maßnahmen und Leistungen, den jeweiligen Zuständigkeiten und den zeitlichen Abläufen. Danach folgt während der Leistungserbringung das Monitoring, durch das der Prozess überwacht und bei Bedarf gesteuert wird. Nach Fallabschluss dient die Fallevaluation der Überprüfung der Zielerreichung. Beim Fallmanagement im Umfeld der Rehabilitation wird empfohlen, die gemeinsame Empfehlung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zum Reha-Prozess zu beachten. Hier finden sich einige Hinweise auch zu trägerübergreifenden Fragestellungen.

Im Kontext der Rehabilitation liegt die Federführung während des gesamten Prozesses in der Regel in den Händen des nach § 14 SGB IX leistenden Rehabilitationsträgers. Charakteristisch für ein Fallmanagement ist zudem, dass die konkrete Fallverantwortung und die damit verbundenen Koordinationsaufgaben in den Händen einer Person (Fallmanager*in) liegen, die allen Beteiligten als Ansprechperson bekannt ist.

Die Fallmanagerin, der Fallmanager pflegt je nach Bedarf einen engen Kontakt zur versicherten Person, ist als persönlicher Beratungs- und Betreuungsperson wichtig und verfügt über eine entsprechende Vertrauensstellung. Eine enge Zusammenarbeit und ein Austausch im Team der Fallmanager*innen sowie bei Bedarf mit weiteren Experten sind zentral. Bei Urlaub oder im Krankheitsfall greift eine Vertretungsregelung. Die Ansprechpersonen für die versicherte Person und alle sonstigen im Einzelfall beteiligten Personen sind im Vorfeld zu benennen.

Wenn Fallmanager*innen im Zuge des Fallmanagements personenbezogene Informationen über die Person im Fallmanagement an Dritte weitergeben, ist vorher die Einwilligung einzuholen. Zu der Einwilligung gehört die Information darüber, welche Informationen weitergegeben werden sollen.

Ein wesentliches Element des Fallmanagements stellt die Beratung dar. Dabei ist es wichtig, dass ein gemeinsames Verständnis von „Beratung“ vorhanden ist. Klar zu unterscheiden ist, dass Beratung „Informieren“ und „Begleiten“ beinhaltet, jedoch keine „Therapie“.

Die Dokumentation der individuellen Begleitung erfolgt in Beratungsprotokollen oder -aufzeichnungen und sollte in einer personenbezogenen digitalen Akte verwahrt werden. Zum Zweck der Nachvollziehbarkeit im Einzelfall sind im Rahmen der Bedarfsermittlung mindestens folgende Punkte zu dokumentieren:

Bedarfsermittlung

- Ort und Datum des Erstgesprächs,
- Gesundheitliche und psychomentele Situation,
- Qualifizierung und Bildung,
- Arbeitssituation und Beschäftigungssituation,
- Wirtschaftliche Situation,
- Alltagsbewältigung, Selbstmanagement und Mobilität,
- Soziale Beziehungen, Partnerschaft und Familie,
- Gesellschaftliches und kulturelles Leben,
- Persönliche Wünsche und Ziele der Versicherten,
- Eingesetzte Assessmentinstrumente,
- Fallkonferenz (Durchführung/Beteiligte/Aufgaben mit Zuständigkeiten),
- Eingebundene Netzwerkpartner.

Reha- und Teilhabeplanung

- Ziele nach Teilhabe-/Lebensbereichen,
- Maßnahmen nach Teilhabe-/Lebensbereichen,
- Teilhabekonferenz (Durchführung/Beteiligte/Aufgaben mit Zuständigkeiten),
- Eingebundene Netzwerkpartner nach Teilhabe-/Lebensbereichen,
- Weitere Beteiligte (z.B. Angehörige, gesetzlicher Betreuer und weitere).

Abschluss

- Form der Beendigung (regulär oder vorzeitig),
- Ergebnisse des Fallmanagements (Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, Wiedereingliederung in das Erwerbsleben, Grad der Zielerreichung).

Im Folgenden werden die einzelnen Prozessschritte bei der Durchführung des Fallmanagements näher erläutert.

Phase 1: Fallidentifikation und Intake

Die Idee des Fallmanagements ist eng verknüpft mit der Auswahl von Versicherten, die aufgrund ihrer gesundheitlichen, beruflichen und/oder sozialen Situation für einen begrenzten Zeitraum einer individuellen persönlichen Beratung, Begleitung und Koordination bedürfen, um wieder selbstbestimmt am (Arbeits-) Leben teilhaben zu können. Die richtige Auswahl der Adressaten hat eine hohe Bedeutung für die Effektivität und Effizienz des Fallmanagements. Effektivität und Effizienz leiden, wenn Personen in das Fallmanagement aufgenommen werden, deren nachhaltige Teilhabe auch ohne Fallmanagement erreicht werden kann oder wenn ein vorliegender Fallmanagementbedarf nicht rechtzeitig erkannt und der optimale Zeitpunkt für Interventionen verpasst wird.

Eine entscheidende Rolle spielen – neben Art und Schwere der Funktionseinschränkungen auf körperlicher und psychischer Ebene und den daraus resultierenden Beeinträchtigungen im Bereich der Aktivitäten sowie der beruflichen und sozialen Teilhabe – die vom Gesundheitsschaden unabhängigen umwelt- und personenbezogenen Kontextfaktoren. Wenn sich Kontextfaktoren ungünstig auf die gesundheitliche, berufliche und soziale Situation auswirken, stellen sie Barrieren auf dem Weg zur Teilhabe dar. Bei einem positiven Einfluss sind sie wichtige Ressourcen und Förderfaktoren. Bei der Fallidentifikation sind Kontextfaktoren daher individuell überblicksartig zu ermitteln und in die Beurteilung, ob eine Aufnahme ins Fallmanagement angezeigt ist oder nicht, einzubeziehen. Zu beachten ist, dass sich bei der Betrachtung der bestehenden Barrieren in einigen Fällen zunächst ein umfangreicher Unterstützungsbedarf ergibt, der jedoch unter Berücksichtigung der Förderfaktoren wieder relativiert werden kann.

Relevante Informationen, die ein Fallmanagement begründen können, sind:

Berufliche Situation

Gibt es Anzeichen für Probleme im beruflichen Bereich, insbesondere im Hinblick auf den Erhalt oder die Wiedererlangung eines Arbeitsplatzes?

Anhaltspunkte dafür sind u. a.:

- Körperliche und/oder psychische Anforderungen am Arbeitsplatz mit bestehender Leistungsfähigkeit schwer zu bewältigen,
- Kein oder befristetes Arbeitsverhältnis, Mehrfachbeschäftigung,
- Mangelnde Unterstützung oder Akzeptanz im Betrieb,
- Beeinträchtigtes Verhältnis zum Arbeitgeber und/oder zu Kolleg*innen und/oder Kolleg*innen.

Arbeitsbezogenes Verhalten und Erleben

Gibt es Anzeichen im arbeitsbezogenen Verhalten und Erleben einer Person, die eine intensivere Betreuung bei der beruflichen (Wieder-) Eingliederung notwendig machen?

Anhaltspunkte dafür sind u. a.:

- Ungünstige Bewältigungsstrategien in Belastungssituationen (z. B. pessimistische Einstellung bei der Problembewältigung),
- Hohe Resignationstendenz bei Misserfolg,
- Geringe Distanzierungsfähigkeit vom beruflichen Alltag,
- Eingeschränkte Rückkehrmotivation in den Betrieb bzw. in die letzte Tätigkeit.

Finanzen

Gibt es Anzeichen für finanzielle Schwierigkeiten?

Anhaltspunkte dafür sind u. a.:

- Finanzielle Verpflichtungen wie Unterhaltszahlungen,
- Mehrere oder hohe Ratenzahlungen,
- Laufendes Insolvenzverfahren.

Mobilität

Gibt es Anzeichen für arbeits- und alltagsrelevante Einschränkungen in der Fortbewegung?

Anhaltspunkte dafür sind u. a.:

- Unzureichende Fähigkeiten Transportmittel (Bus, Bahn, PKW) zu nutzen,
- Fehlender Führerschein in infrastrukturschwachen Gegenden,
- Fahrzeugnutzung durch Einschränkungen oder fehlende Hilfsmittel nicht möglich.

Gesundheit

Gibt es Anzeichen dafür, dass die gesundheitliche Situation eine intensivere Betreuung bei der beruflichen (Wieder-) Eingliederung notwendig macht?

Anhaltspunkte dafür sind u. a.:

- Durch chronifizierte oder akute Erkrankungen gemindertes Leistungsvermögen,
- Medizinische Komplikationen, Rückfälle oder wiederkehrende Klinikaufenthalte,
- Begleiterkrankungen (Komorbiditäten).

Soziales Umfeld / gesellschaftliche Teilhabe

Gibt es Anzeichen für störende Einflussfaktoren aus dem sozialen Umfeld oder in der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben?

Anhaltspunkte dafür sind u. a.:

- Geringe soziale Unterstützung oder schwerwiegende private Konfliktsituationen,
- Ausgrenzungs- und Diskriminierungserfahrungen,
- Care-, Hilfs- und Pflegesituationen,
- Soziale Abhängigkeiten in der Wohnsituation oder der Deckung von Grundbedürfnissen.

Selbstständigkeit

Gibt es Anzeichen für persönliche Merkmale, Fähigkeiten, Kompetenzen, Überzeugungen oder Strukturen der Lebensgestaltung, die eine nachhaltige Arbeitsfähigkeit beeinflussen?

Anhaltspunkte dafür sind u. a.:

- Niedrige Selbstwirksamkeit,
- Überforderung in der Tagesstrukturierung und verpassen von Terminen.

Sonstiges

Gibt es Anzeichen für darüber hinaus hemmend wirkende Faktoren bei weiteren die Person betreffenden Merkmalen?

Anhaltspunkte dafür sind u. a.:

- Niedrige schulische oder berufliche Bildung,
- Geringe Sprachkenntnisse oder Verständigungsschwierigkeiten,
- Bestehende Vorstrafen.

Zu den o. g. Anhaltspunkten in den verschiedenen Bereichen sollten auch bereichsübergreifende, erschwerende Bedingungen einbezogen werden. Übergreifende Bedingungen könnten Problemketten sein, d. h. es tun sich neue Probleme auf oder Schwierigkeiten bei der Kommunikation oder der Kontaktaufnahme zu Leistungserbringern treten auf. Ebenfalls sollten fördernde und unterstützende Faktoren in jede Einzelbetrachtung berücksichtigt werden. So kann sich eine optimistische, resiliente Persönlichkeitsstruktur, eine stabile oder soziale Einbindung oder eine solide finanzielle Gesamtsituation förderlich auf den Rehabilitationsprozess auswirken.

Ein Erstgespräch hat folgende Funktionen und kann wie folgt ausgestaltet werden:

Im Erstgespräch geht es darum, zunächst grob die individuelle Problemsituation und die damit verbundenen Herausforderungen zu identifizieren und dann gemeinsam zu entscheiden, ob ein Fallmanagementbedarf vorliegt.

Das erste Gespräch sollte grundsätzlich in Präsenz erfolgen und möglichst zeitnah nach Erhalt der Information über den ggf. bestehenden Fallmanagementbedarf. Empfohlen wird eine Terminierung innerhalb von ca. zwei Wochen nach Eingang der Information. Im Ausnahmefall ist auch eine digitale oder telefonische Beratung möglich. Das Erstgespräch hat folgende Inhalte:

- Kennenlernen: Das erste Gespräch dient dem gegenseitigen Kennenlernen und der Information. Hier werden die Grundlagen für das Arbeitsbündnis gelegt, das die Fallmanager*innen und die Versicherten durch die späteren Phasen des Beratungsprozesses tragen soll. Für eine gute Gesprächsführung sollte bei Bedarf auf entsprechende Schulungen zurückgegriffen werden.
- Erhebung und Bewertung vorliegender Informationen: Je nach Zugangsweg liegen im Erstgespräch in unterschiedlichem Umfang Angaben zu den Versicherten vor, die die Fallmanager*innen nutzen können. Alle weiteren Informationen sollten im Rahmen des Gesprächs ermittelt werden, soweit sie den Versicherten bekannt sind.
- Entscheidung über FM: Eine zentrale Aufgabe im Erstgespräch ist es, die Versicherten über das Fallmanagement zu informieren. Außerdem ermitteln die Fallmanager*innen gemeinsam mit den Versicherten,

ob die Kriterien für ein Fallmanagement erfüllt sind, eine Teilnahme am Fallmanagement in Frage kommt und aus ihrer Sicht zielführend erscheint.

- Zustimmung zum Fallmanagement (FM): Die Versicherten müssen der Teilnahme am Fallmanagement zustimmen. Bei der Aufklärung der Versicherten zum Fallmanagement müssen ggf. auch datenschutzrechtliche Fragen beantwortet werden. Der Hinweis auf die Notwendigkeit des Einsatzes einer Einverständniserklärung zur Weitergabe von Informationen bei Kontaktaufnahme mit Dritten erscheint hier erforderlich. Ebenso sollte auch erläutert werden, welche Rechte und Pflichten die Versicherten im Fallmanagement haben.

Entscheiden sich die Fallmanager*innen und die Versicherten für ein Fallmanagement, so gehen beide Seiten eine Vereinbarung ein, bei der es um die nachhaltige Unterstützung der Versicherten und die Mitarbeit im Rahmen des Fallmanagements geht.

Phase 2: Assessment und Bedarfsermittlung

Die Bedarfsermittlung erfolgt zunächst losgelöst von zu erbringenden Leistungen. Es gilt, die während der Fallidentifikation zunächst grob erfasste individuelle Bedarfslage und die damit verbundenen Herausforderungen nun detaillierter zu erfassen, zu systematisieren und auszuwerten. Unter Einbezug der subjektiven Ressourcen, Bedürfnisse und Wünsche ist der individuelle Bedarf zu ermitteln. Dies erfolgt ganzheitlich und individuell im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Es ist die Frage zu klären, welche konkreten Auswirkungen auf die Aktivitäten und die berufliche Teilhabe sich durch vorhandene Strukturschäden und Funktionseinschränkungen unter Berücksichtigung der individuellen Konstellation der Kontextfaktoren ergeben.

In der Praxis der Rentenversicherungsträger findet bei der Überleitung aus den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in ein Fallmanagement ein Teil der Bedarfsermittlung bereits in den Rehabilitationseinrichtungen während der Reha statt, wobei über die herkömmliche multiprofessionelle Diagnostik hinaus weitere Testverfahren (FCE-Verfahren, psychologische Tests) zum Einsatz kommen können.

Bei der Bedarfsermittlung im Versichertengespräch ist immer eine ausführliche Erörterung durchzuführen, um die jeweilige „Sicht der Dinge“, die jeweilige Einschätzung sowie Wünsche und Befürchtungen aufzunehmen und in die Betrachtung einzubeziehen. Im Verlauf des Fallmanagements ist aufgrund sich ändernder Rahmenbedingungen fortgehend eine Überprüfung des ermittelten Bedarfs zu gewährleisten (Re-Assessment). Bei der Bedarfsermittlung können u. a. Assessmentverfahren angewendet werden, die bisher bereits im Kontext von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eingesetzt werden. Des Weiteren sind auch ggf. aus dem (Wieder-)Eingliederungsprozess vorliegende Befunde, Berichte und Gutachten im Fallmanagement zu berücksichtigen. Alle vorliegenden oder spezifisch erhobenen Informationen sind in weitgehend standardisierter Form zu dokumentieren. Sofern im Prozess beteiligte Akteure wie andere Reha-Träger Assessments und Erhebungen durchführen, ist die zeitnahe Übermittlung der Ergebnisse oder Erkenntnisse daraus an die oder den Fallmanager*in bedeutsam. Nur so können Pläne angepasst und alle notwendigen Akteure am (Wieder-)Eingliederungsprozess rechtzeitig beteiligt werden. Es ist sicherzustellen, dass die Akteure vor Ort entsprechend informiert, sensibilisiert und qualifiziert sind,

eine solche Vorgehensweise mitzutragen, und über die notwendigen Kommunikationsstrukturen verfügen, die dafür erforderlich sind.

Die Fallmanager*innen analysieren wiederkehrend die subjektiv eingeschätzte Arbeitsfähigkeit und berufliche Situation. Dabei sollte grundsätzlich ein Abgleich des Fähigkeitsprofils der versicherten Person mit dem Anforderungsprofil ihres/seines bestehenden oder ggf. auch angestrebten Arbeitsplatzes durchgeführt werden. Der sich aus diesem Profilvergleich ergebende Handlungsbedarf ist entsprechend zu dokumentieren. Bei erkennbarem Bedarf und sofern vorhanden, ist der Arbeitgeber stets in die berufliche Teilhabe einzubinden. In dem Wiedereingliederungsprozess ist beispielsweise zu ermitteln, wie die Anforderungen am Arbeitsplatz konkret aussehen, wie das berufliche Umfeld wirtschaftlich und hinsichtlich der Unternehmenskultur aufgestellt ist. Auch das Verhältnis zu Vorgesetzten und zum Kollegium wird betrachtet. Daraus kann sich die Notwendigkeit einer (zeitweisen oder permanenten) Anpassung des bestehenden Arbeitsplatzes oder einer Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz ergeben. Auch Maßnahmen zur Veränderung der Arbeitsorganisation oder der Personalentwicklung, z. B. qualifizierende Maßnahmen, können sich als zielführend erweisen.

Phase 3: Reha- und Teilhabeplanung

Ist der individuelle Bedarf ermittelt, schließt sich die Reha- und Teilhabeplanung an. Hier ist unter der Federführung der Fallmanager*in in einem kooperativen Prozess gemeinsam mit der versicherten Person und ggf. weiteren Akteuren (z. B. Ärzte, Therapeuten, Arbeitgeber, Angehörige, Sozialdienst) abzuwägen und festzuhalten, welche Rehabilitationsziele vor dem Hintergrund der individuellen Situation, der aktuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten realistisch erscheinen und welche Maßnahmen geeignet sind, diese Ziele zu erreichen. Für eine zielführende und effiziente Reha- und Teilhabeplanung ist eine wichtige Voraussetzung, dass der/die Fallmanager*in über die entsprechende Entscheidungskompetenz verfügt, um die notwendigen und vereinbarten Maßnahmen auch zeitnah einleiten zu können.

Grundsätzlich erfordert ein Fallmanagement die schriftliche Dokumentation des Ziels bzw. der Ziele und der durchzuführenden Maßnahmen, eine zeitliche Orientierung und klare Zuständigkeiten sowie die Benennung aller am Prozess beteiligten Partner. All dies ist in einem Reha- und Teilhabeplan festzuhalten. Dieser kann je nach Komplexität der Bedarfssituation knapp, mitunter aber auch sehr ausführlich ausfallen. Ebenso kann im Zuge des Prozesses eine Anpassung, auch Fortschreibung genannt, erforderlich sein.

Der Plan dient der Transparenz und Verbindlichkeit. Er stellt sicher, dass alle Beteiligten und insbesondere die versicherte Person die Orientierung behalten und zu jeder Zeit über Sinn sowie Zweck der laufenden Maßnahmen informiert sind. Diese Transparenz vermeidet Unsicherheiten, die zu Skepsis oder gar Ablehnung und in der Folge zu mangelndem Engagement führen würden.

Die Erstellung und eine ggf. erforderliche Fortschreibung des Reha- und Teilhabeplans sind Aufgaben der Fallmanager*innen. Sie geschehen im Benehmen mit der versicherten Person. Fragen zum Reha- und Teilhabeplan werden persönlich und individuell beantwortet.

Für den Reha- und Teilhabeplan ist ein standardisiertes Instrument angezeigt, das je nach Bedarf modular ergänzt werden kann.

Wesentliche Elemente des Reha- und Teilhabeplans sind

- Angaben zum Versicherten und zu den Angehörigen sowie ggf. zu Betreuern,
- Art der Gesundheitsstörung/Behinderung,
- Sich daraus ergebende Folgen für die Aktivitäten und die Teilhabe,
- Relevante fördernde und hemmende umwelt- und personenbezogene Kontextfaktoren,
- Besondere Belange und Bedürfnisse des Versicherten,
- Aktueller Teilhabebedarf mit daraus abgeleiteten strategischen und operativen Zielen,
- Netzwerkpartner, Beteiligte und deren Kontaktdaten.

Insbesondere wenn die Zusammenarbeit mehrerer Leistungserbringer erforderlich ist, wird unter Umständen ein nach § 19 SGB IX geforderter Teilhabeplan erstellt.

Phase 4: Prüfung und Steuerung des Reha- und Teilhabeprozesses (Monitoring)

Ist die Planung der Ziele und der entsprechenden Maßnahmen abgeschlossen, geht es unmittelbar an deren Umsetzung. Dies geschieht koordiniert durch die/ den Fallmanager*in, unter Einbezug der notwendigen Netzwerke.

In der Praxis der Rentenversicherungsträger sind bereits zahlreiche Leistungserbringer in Netzwerken organisiert. Insbesondere bei Bedarfslagen in mehreren Teilhabebereichen müssen oft weitere Leistungserbringer in das fallbezogene Netzwerk eingebunden werden. Dazu müssen Kommunikations- sowie Berichtswege definiert und verbindlich vereinbart werden, damit eine reibungslose Erbringung ohne Verzögerungen und Schnittstellenprobleme gewährleistet werden kann.

Nach Einleitung der Maßnahmen wird die entsprechende Umsetzung begleitet. Dabei achten die Fallmanager*innen darauf, dass der im Reha- und Teilhabeplan festgehaltene Zeitrahmen überprüft, die definierten Ziele und Zwischenziele erreicht werden und der vereinbarte Informationsfluss sichergestellt ist. Sollten sich Unregelmäßigkeiten abzeichnen, reagieren sie umgehend, ermitteln die Bedingungen (Re-Assessment) und nehmen in Abstimmung mit den Beteiligten bei Bedarf eine Anpassung der Ziele sowie des Reha- und Teilhabeplanes vor. Bei längerfristigen Leistungen, wie bei einer LTA-Bewilligung, bedarf es auch beim jeweiligen Leistungserbringer einer professionellen persönlichen Begleitung, die in der Lage ist, mögliche Komplikationen, die die Einhaltung der vereinbarten Ziele gefährden, wahrzunehmen und zügig an die Fallmanager*innen zu berichten.

Phase 5: Abschluss und Evaluation des Einzelfalls

Entscheidend für die Durchführung des Fallmanagements ist das Vorliegen eines Unterstützungsbedarfs bei gleichzeitigem Bestehen einer positiven Prognose dafür, dass im Rahmen eines Fallmanagements eine Verbesserung der beruflichen Teilhabe erzielt werden kann. Das Fallmanagement endet, wenn die vereinbarten Ziele erreicht sind oder die versicherte Person in die Lage versetzt wurde, sich selbst um die verbliebenen Ziele zu kümmern oder es andere Gründe für eine Beendigung gibt. Falls die berufliche Teilhabe im Laufe des Prozesses nicht mehr als realistisches Ziel angesehen werden kann, sind mit der/dem Versicherten geeignete andere Formen der Unterstützung zu besprechen und der Zugang zu diesen zu vermitteln. Eine Möglichkeit kann ein Antrag auf eine Erwerbsminderungsrente sein. Des Weiteren ist eine Vermittlung an ggf. zuständige andere Träger der sozialen Sicherung im Rahmen der trägerübergreifenden Kooperation zu prüfen.

Mit Abschluss des Fallmanagements ist eine Abschlussdokumentation anzufertigen und bei Erbringung durch Dritte an die Deutsche Rentenversicherung zu übermitteln.

3. Fallbezogene Kooperation

Im Fallmanagement muss auf vielfältige, teils sehr individuelle Bedarfe von Versicherten eingegangen werden. Dies erfordert die Kooperation mit verschiedenen Partnern. Partner können dabei sowohl Stellen innerhalb der Rentenversicherung als auch externe Stellen sein. In beiden Fällen müssen zur Regelung der Kooperationsbeziehungen Absprachen getroffen werden. Bei der internen Kooperation müssen zudem Kompetenzen und Weisungsbefugnisse der einzelnen Stellen ggf. an die Erfordernisse der Kooperation angepasst werden.

Die Grundlage für die fallbezogene Kooperation stellt der festgestellte Hilfebedarf dar. Als zentrales Instrument der Kooperation dient der erläuterte Reha- und Teilhabeplan. Die dort festgelegten Maßnahmen bilden die Grundlage der fallbezogenen Kooperation. Festgelegt werden sie möglichst anlässlich eines Reha-Plan-Gesprächs mit der versicherten Person und je nach Bedarf weiteren Kooperationspartnern. Falls weitere Leistungsträger beteiligt sind, können in diesem Gespräch auch Absprachen im Sinne des Teilhabeplanes nach § 19 SGB IX getroffen werden. Auch wenn die Durchführung des Fallmanagements an einen externen Kooperationspartner delegiert wird, ist das Instrument des Reha- und Teilhabeplans einzusetzen und sollte in die Vereinbarung zum externen Fallmanagement aufgenommen werden.

Generell gilt, dass auch bei Bestehen von vielfältigen Kooperationsbeziehungen die Steuerung des Falles im Sinne einer regelmäßigen Plan-Ist-Kontrolle bei der Fallmanagerin, dem Fallmanager verbleibt.

Es können Kooperationsbeziehungen innerhalb und außerhalb der Rentenversicherung für das Fallmanagement vorgehalten werden.

Partner innerhalb der Rentenversicherung

Zu dieser Gruppe gehören Partner aus folgenden Arbeitsbereichen:

- Reha-Sachbearbeitung,
- Reha(fach)beratung,
- Sozialmedizinischer Dienst,
- Auskunft- und Beratungsstellen,
- Firmenservice,
- Ansprechstellen nach § 12 SGB IX.

Partner außerhalb der Rentenversicherung

Zu dieser Gruppe gehören medizinische und berufliche Rehabilitationseinrichtungen sowie andere Sozialleistungsträger und Beratungsstellen. Insbesondere sind hier auch Arbeitgebende zu nennen, die in jeder Fallmanagementbegleitung hinzuzuziehen sind, sofern vorhanden. Die regelmäßige Zusammenarbeit dieser Partner sollte durch Absprachen oder Verträge geregelt sein, um effiziente und reibungslose Abläufe zu gewährleisten. Insbesondere mit Leistungserbringern der medizinischen und beruflichen Rehabilitation können konkrete Anforderungen zu deren Aufgaben im Rahmen des Fallmanagements definiert werden.



Abbildung 2 – Typische Netzwerkpartner, eigene Darstellung DRV Bund, Stand 27.08.2025.

Medizinische Rehabilitationseinrichtungen

Beim Zugang zum Fallmanagement aus der medizinischen Rehabilitation heraus unterstützen Rehabilitationseinrichtungen bei der Fallidentifikation. Hinweise über einen möglicherweise nach der medizinischen Rehabilitation weiterhin bestehenden Unterstützungsbedarf leiten sie an den zuständigen Rentenversicherungsträger weiter. Während einer medizinischen Rehabilitation werden zudem umfangreiche Informationen zur Situation des Versicherten erhoben. Um Doppelerhebungen oder Informationsverlust zu vermeiden, sollte im Rahmen des Fallmanagements auf diese Informationen zurückgegriffen werden. Darüber hinaus können Rehabilitationseinrichtungen Partner bei der Umsetzung eines als externe Dienstleistung erbrachten Fallmanagements sein.

Berufliche Rehabilitationseinrichtungen

Aus dem Fallmanagement heraus kann sich für Versicherte ein Bedarf an beruflichen Rehabilitationsleistungen ergeben. Leistungserbringer können hier vor allem Berufsförderungswerke, freie Bildungsträger, berufliche Trainingszentren oder Werkstätten für behinderte Menschen sein. Diese bieten neben beruflicher Rehabilitation auch spezialisierte, berufsbezogene Assessmentverfahren an oder können wie medizinische Rehabilitationseinrichtungen Partner bei der Umsetzung eines als externe Dienstleistung erbrachten Fallmanagements sein.

Arbeitgeber

Im Rehabilitationsverlauf sind Arbeitgeber wichtige Kooperationspartner. Im Mittelpunkt der Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeber können beispielsweise die Anpassung des Arbeitsplatzes, die Erörterung von Möglichkeiten zur stufenweisen Wiedereingliederung oder auch die Besprechung von Konfliktsituationen oder zwischenmenschlichen Konflikten stehen. Für ein gelingendes Fallmanagement sind flexible und kurzfristige Kontaktmöglichkeiten zwischen dem Betrieb und der Fallmanagerin, dem Fallmanager eine zentrale Voraussetzung. Eine enge Zusammenarbeit mit Werks- und Betriebsärzten kann zudem gewinnbringend sein. Sofern im Betrieb vorhanden, sind auch die Verantwortlichen des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) wichtige Ansprechpersonen. Aufgrund der Vielzahl der Betriebe wird es nur in wenigen Fällen (z. B. ortsansässige Großbetriebe) regelmäßige Kooperationen mit eingespielten Abläufen geben. Häufig wird der Kontakt bei Zustimmung des Betroffenen fallbezogen aufgebaut werden müssen.

Integrationsfachdienste

Integrationsfachdienste können als Leistungserbringer im Fallmanagement beauftragt werden. Sie unterstützen bei der beruflichen Wiedereingliederung durch die Beratung von versicherten Personen und Arbeitgebern, wenn es beispielsweise um die Umgestaltung des Arbeitsplatzes, die Vorbereitung von Bewerbungsunterlagen, die Erstellung von Fähigkeitsprofilen oder die Stellensuche geht.

Technische Berater*innen

Wenn sich im Rahmen des Fallmanagements die Notwendigkeit zur Umgestaltung des Arbeitsplatzes ergibt, kann die Einschaltung einer technischen Beraterin, eines technischen Beraters, der bei der Agentur für Arbeit oder dem Integrationsamt angesiedelt ist, sinnvoll sein. Diese Person berät beispielsweise zu benötigten (technischen) Hilfsmitteln, zu baulichen Maßnahmen, zur Anordnung von Geräten, Maschinen und Arbeitsmaterialien oder zur Organisation von Arbeitsabläufen.

Agentur für Arbeit und Jobcenter

Häufige Schnittstellen im Rahmen des Fallmanagements ergeben sich mit den zuständigen Jobcentern bzw. den jeweiligen kommunalen Trägern sowie der Agentur für Arbeit. Insbesondere wenn Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation durch den zuständigen Rentenversicherungsträger erbracht wurden, können zur beruflichen Eingliederung entsprechend des jeweiligen Zuständigkeitsbereichs Vermittlungsleistungen des Jobcenters oder der Agentur für Arbeit notwendig werden.

Gesetzliche Krankenversicherung

Im Fallmanagement kann eine Zusammenarbeit mit der zuständigen Krankenkasse insbesondere dann notwendig werden, wenn ambulante Therapien begleitend zu oder im Anschluss an Leistungen der Rentenversicherung notwendig sind. Beispielhaft kann hier die Durchführung einer Psychotherapie im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation genannt werden. Auch wenn die Notwendigkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung unter Kostenträgerschaft der Krankenkassen besteht, können Absprachen hilfreich sein.

Gesetzliche Unfallversicherung

Selten, aber dennoch für einzelne Fallkonstellationen notwendig kann eine Zusammenarbeit mit der gesetzlichen Unfallversicherung sein. Insbesondere, wenn im Zusammenhang mit Leistungen nach einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit Maßnahmen im Leistungsbereich der Rentenversicherung wie beispielsweise eine Suchtrehabilitation notwendig werden, sind Kooperationen wichtig.

Gesetzliche Pflegeversicherung

Die Notwendigkeit einer Kooperation mit der Pflegeversicherung rückt in den Fokus, wenn gleichzeitig zu Leistungen der Rentenversicherung ein Pflegegrad bei der versicherten Person anerkannt wurde bzw. dieser aufgrund entsprechender Einschränkungen der Selbstständigkeit beantragt werden kann. Analog gilt dies, wenn die versicherte Person durch die Pflege von Angehörigen so in Anspruch genommen wird, dass seine Arbeitsfähigkeit gefährdet ist.

Eingliederungshilfe

Versicherten Personen, bei denen gleichzeitig zur Leistungsgewährung durch die Rentenversicherung Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe bestehen, können entsprechende Kooperationen notwendig werden.

Integrationsämter

Die Integrationsämter stellen bei versicherten Personen mit einer anerkannten Schwerbehinderung bzw. Gleichstellung einen wichtigen Kooperationspartner dar. Sie haben im Einzelfall weitgehende Möglichkeiten, Leistungen zur Teilhabe, auch direkt an den Arbeitgeber, zu übernehmen.

Selbsthilfegruppen und ergänzende, unabhängige Teilhabeberatung und weitere Beratungsstellen

Bei chronischen Erkrankungen oder langandauernden Belastungssituationen leisten Selbsthilfegruppen eine wertvolle Unterstützung. In ihrem Bereich verfügen sie oft über eine genaue Kenntnis der regionalen Angebotsstruktur und können ggf. weitere Ansprechpartner vermitteln. In diesem Zusammenhang bietet sich das Peer Counseling an. Peers weisen eine hohe Glaubwürdigkeit auf und können im Einzelfall eine unterstützende Funktion einnehmen. Die ergänzende, unabhängige Teilhabeberatung nach § 32 SGB IX kann auf das regionale Beratungs- und Unterstützungssystem hinweisen und Kontakte bahnen.

Partner*innen aus dem persönlichen Umfeld

Partner*innen aus dem persönlichen Umfeld, wie beispielsweise behandelnde Ärzt*innen, Therapeut*innen oder Angehörige, kennen die individuelle Bedarfslage besonders gut und können daher die Geschwindigkeit sowie Zielorientierung des Fallmanagements positiv unterstützen.

4. Systemebenen des Fallmanagements

Grundsätzliches zu den Ebenen des Fallmanagements

Das Fallmanagement umfasst neben der bereits beschriebenen Fallebene weitere sog. Systemebenen. Diese bilden den Rahmen für die operative Arbeit mit den Versicherten. Die Systemebenen lassen sich in die Ebene des Versorgungsmanagements, die Netzwerkebene und die Organisationsebene gliedern. Abbildung 3 stellt diese Ebenen im Überblick dar und nennt auf jeder Ebene einige wichtige Managementinstrumente.

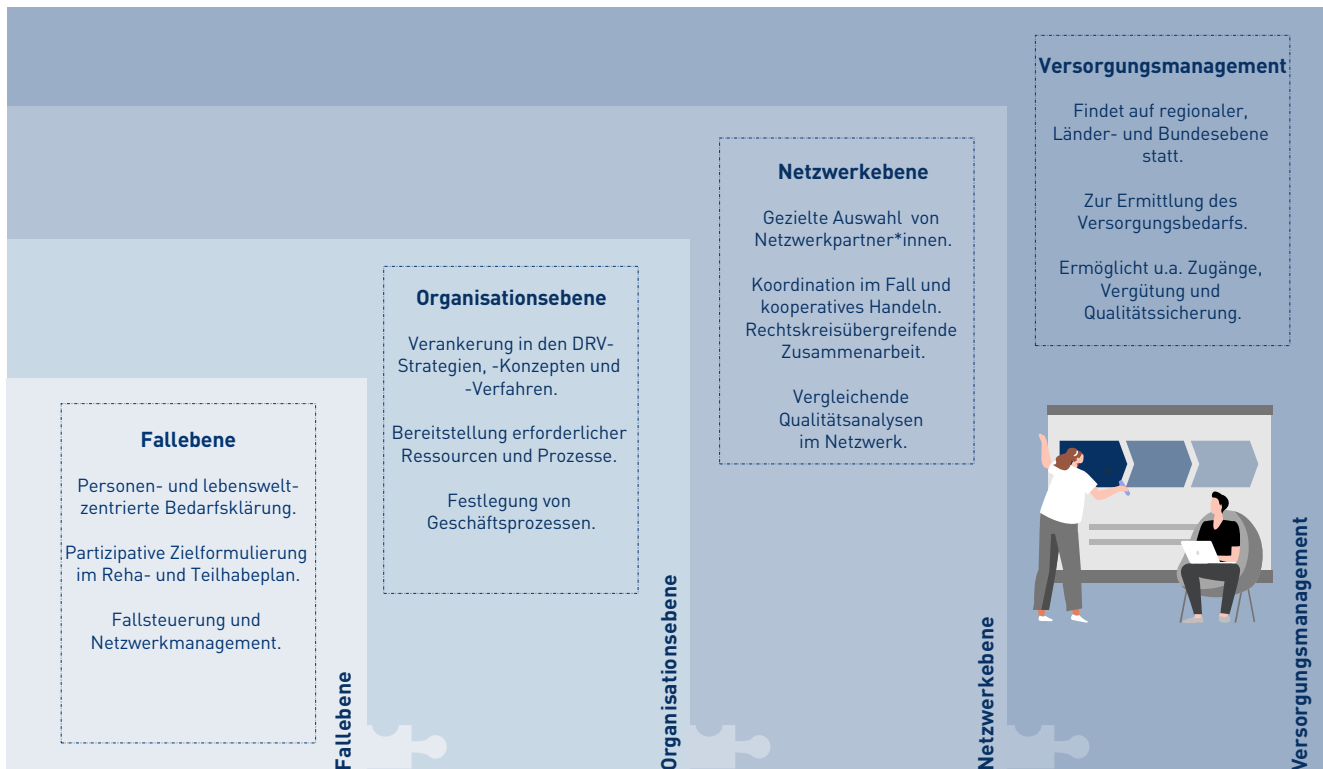


Abbildung 3 – Fallmanagementebenen, eigene Darstellung DRV Bund, Stand 27.08.2025.

Die Organisationsebene betrifft die Einrichtung, in der das Fallmanagement organisatorisch verankert ist. Im Fall des vorliegenden Konzeptes sind dies die Rentenversicherungsträger und zusätzlich, sofern das Fallmanagement extern durchgeführt wird, die Organisation des Anbieters, der beauftragt wird. Neben der normativen Verankerung im Einrichtungskonzept gelten die Sicherstellung der erforderlichen Ressourcen sowie die Abbildung des Fallmanagements im Geschäftsprozess der Organisation als erfolgsrelevante Managementaufgaben.

Die Netzwerkebene bezieht sich auf die operative Zusammenarbeit zwischen Rentenversicherungsträgern und den Kooperationspartnern im Fallmanagement (z. B. weiteren Trägern der sozialen Sicherung, Leistungserbringer) sowie auf die Zusammenarbeit zwischen den Kooperationspartnern. Wichtige Managementaufgaben betreffen die Auswahl und die Aufnahme von Netzwerkpartnern, die Koordination der fallbezogenen und der netzwerkbezogenen Aktivitäten sowie die Qualitätsentwicklung des Netzwerkes. Für ein Qualitätssicherungsprogramm ist es notwendig, regelmäßige vergleichende Analysen zwischen den Netzwerkpartnern durchzuführen und ggf. Anpassungen vorzunehmen.

Die Ebene des Versorgungssystems bildet den übergreifenden Rahmen. Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben und der administrativen Organisation auf Bundes-, Landes- und regionaler Ebene bildet sich das konkret nutzbare Versorgungssystem heraus. Es enthält diejenigen Leistungen, die für das Fallmanagement genutzt werden können. In Bezug auf die Qualitätssicherung tritt die Feststellung und Analyse des Outcomes, verstanden als die nachhaltige Erfüllung des Versorgungsbedarfs, in den Fokus der Versorgungsforschung. Das Verhältnis von Fallmanagement und Versorgungsmanagement gestaltet sich damit wechselseitig. Das Fallmanagement ist auf eine Einbettung im System der Versorgung angewiesen und das Versorgungsmanagement benötigt die Erfahrungen der Fallmanagementpraxis.

Diese Ebenen gelten als Voraussetzungen für eine zielgerichtete und erfolgreiche Beratung sowie Steuerung im Einzelfall.

5. Typische Fallkonstellationen im Fallmanagement

Die Ausgestaltung, Intensität und Dauer der Begleitung im Fallmanagement ist aufgrund der individuellen Bedarfslagen von Versicherten sehr unterschiedlich. In Prozessen wie der Qualitätssicherung, aber auch Ressourcenplanung kann eine Präzisierung vorteilhaft sein.

Eine Möglichkeit findet sich in der Zuordnung von Fällen zu verschiedenen Typen in Verlauf der Begleitung oder nach Abschluss des Fallmanagements, die sich in der Intensität der Begleitung unterscheiden. Folgende Typen können definiert werden:

Intensitätstypen	Verfahren	Bedarfscharakter	Netzwerkpartner	Intensität
Typ A	Beratung und Begleitung ohne umfassende Koordination	Rehabilitationsbedarf und Bedarf an personalisierter Beratung	Wenige Akteure, i.d.R. ein Leistungsträger	Erstberatung und ggf. wenige weitere Kontakte nach Bedarf
Typ B	Beratung, Begleitung und Koordination auf Basis bestehender Versorgungspfade und Netzwerkstrukturen	Erhöhte Bedarfslage in einem oder mehreren Teilhabebereichen	Erhöhte Bedarfslage in einem oder mehreren weiteren Teilhabebereichen	Regelmäßige Kontakte
Typ C	Beratung, intensive Begleitung und individualisierte Koordination auf Basis neuer Netzwerkstrukturen	Komplexe, schwierige Bedarfslage in mehreren Teilhabebereichen	Ein bis viele Akteure möglich, z.T. in neuartiger Konstellation Ggf. Teilhabepflichtverfahren	Regelmäßige Kontakte in kürzeren Abständen

Typ A – Rehabilitationsbedarf und Bedarf an personalisierter Beratung.

Dieser Typ zeichnet sich durch den Einsatz von Beratung und allgemeinen Hinweisen aus. In der Fallkonstellation sind wenige oder absehbar aufzulösende Hemmnisse vorhanden, die eine weitergehende Beratung und Begleitung erfordert. Das Ziel einer nachhaltigen (Wieder-) Eingliederung kann weitestgehend durch informierende Gespräche erreicht werden. Nach dem Herausstellen von Ressourcen im persönlichen Umfeld oder Angeboten im Sozialversicherungssystem kann die oder der Versicherte die Bedarfslage auflösen.

Typ B – Erhöhte Bedarfslage. Dieser Typ zeichnet sich durch die Notwendigkeit von Beratung, Begleitung und Koordination aus. Gespräche haben einen informierenden, zudem analysierenden und stärker prozessstrukturierenden Charakter. Es sind anteilig persönliche Ressourcen abrufbar und/ oder im Umfeld der Person sowie Sozialsystem zu mobilisieren. Es muss ein Reha- und Teilhabeplan erstellt werden, der um Umweltfaktoren und Teilhabebereiche außerhalb der Rehabilitation erweitert ist. Die vereinbarten Maßnahmen orientieren sich weitgehend an den bekannten Reha-Prozessen (insbes. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) in der Rentenversicherung. Soweit angezeigt ist ein Teilhabeplanverfahren nach §19 SGB XI umzusetzen. Die Überwachung des Fortschritts findet neben der Aktenlage durch Gespräche mit den Versicherten, Arbeitgebenden und eingebundenen Netzwerkakteuren statt.

Typ C – Komplexe, schwierige Bedarfslage. Zur Zielerreichung sind Beratung, intensive Begleitung und individualisierte Koordination notwendig. Es ist ein hoch individuelles Vorgehen mit einer intensiven Vernetzung zwischen allen am Prozess beteiligten Akteuren geboten. Es sind wenige bis keine persönlichen Ressourcen abrufbar und/ oder im Umfeld der Person zu mobilisieren. Die notwendigen Netzwerkstrukturen existieren häufig noch nicht und müssen aufgebaut werden. Der Koordinationsaufwand ist folglich hoch. Ein aufsuchendes Fallmanagement mit Begleitungen zu Terminen ist evtl. notwendig.



Deutsche
Rentenversicherung