

Rahmenkonzept zum Fallmanagement

→ Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung

→ Stand: 01.04.2026

→ Version 1





Vorwort

In den politischen Debatten rund um die Leistungsfähigkeit der Gesellschaft sind gehäuft Forderungen zur Steigerung der Produktivität zu entnehmen. Zu diesen gehören eine Ausweitung der Lebensarbeitszeit, längere Wochenarbeitszeiten oder auch der Aufruf zum lebenslangen Lernen. Arbeitgeber müssen zugleich in zahlreichen Branchen den Mangel an Fachpersonal oder die steigende Zahl an Teilzeitquoten kompensieren. Als Folge soll ein wesentlicher Teil an Mitarbeitenden stark verdichtete Aufgabenpakete in kürzerer Zeit und sich wandelnden Arbeitsbedingungen bewältigen.

Diesen Ansprüchen können in unserer Gesellschaft Einzelpersonen oder ganze Gruppen aus gesundheitlichen Gründen nicht (umfänglich) nachkommen. So erlebt ein relevanter Anteil unserer Versicherten vielfältige Herausforderungen, die keine Entfaltung von möglichen Potenzialen zulassen. Ein Zusammenkommen von gesundheitlichen Einbußen mit anderen Herausforderungen wie der notwendigen Care-Arbeit in der Familie oder eventuellen persönlichen Schicksalen können zu dauerhaften Teilhabeproblemen, ja gar dem Ausschluss aus der Erwerbstätigkeit führen.

Durch das Spektrum an Teilhabeleistungen im deutschen Sozialleistungssystem steht bei diesen Herausforderungen ein breites Rehabilitationsangebot zur Verfügung. Dessen tatsächliche Inanspruchnahme ist jedoch für bestimmte Gruppen durch das gegliederte Versorgungssystem mit seinen differenzierten Verantwortlichkeiten, teilweise langen und komplexen Antragswegen und auch Schwierigkeiten in der Kommunikation zwischen den professionellen Akteuren eingeschränkt.

Das soll sich ändern.

Die gesetzliche Rentenversicherung hat sich auf der Grundlage des Strategiepapiers zur Weiterentwicklung von Prävention und Rehabilitation seit 2023 das Ziel gesetzt, die Wege im Reha-System für ihre Versicherten zu optimieren. Durch die flächendeckende Implementierung von Fallmanagement sollen Leistungen „wie aus einer Hand“ angeboten werden. Damit wird Personen mit gesundheitsbezogenen Schwierigkeiten ein personenzentriertes, individuell zugeschnittenes und bei Bedarf auch rechtskreisübergreifendes Leistungsangebot ermöglicht. Eine personenzentrierte Begleitung – mit breitem Blick auf die Kontextfaktoren der Versicherten und den mit ihnen partizipativ festgelegten Zielen – ist die Fallmanagement-Devise!

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	4	5. Übertragung des Fallmanagements an externe Anbieter	17
1. Einleitung	5	5.1 Externe Beauftragung gemäß § 13a Absatz 4 SGB VI	17
2. Grundlagen	6	5.2 Inanspruchnahme externer Anbieter gemäß § 13a Absatz 5 SGB VI	18
2.1 Rechtliche Grundlagen	6	5.3 Rahmenbedingungen der externen Inanspruchnahme	20
2.2 Ziele und Definition	7	5.4 Ablauf und Abschluss des externen Fallmanagements	20
3. Zielgruppen und Zugang	9	5.5 Datenschutz	21
3.1 Zielgruppen	9	6. Zusammenarbeit mit anderen Akteuren	22
3.2 Zugang in das Fallmanagement	11	6.1 Fallabhängige und fallunabhängige Netzwerke	23
3.2.1 Zugangswege	11	6.2 Aufgaben der Rentenversicherungsträger	23
3.2.2 Beschreibung des Zugangswegs aus der medizinischen Rehabilitation	11	6.3 Nutzung von Netzwerken	24
3.2.3 Zugang bei Erstberatung nach Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben dem Grunde nach	13	7. Organisatorische Einbindung und Implementierung des Fallmanagements	25
3.2.4 Anwendung des Überleitungsbogens bei weiteren Zugangswegen	13	8. Qualitätssicherung	27
4. Fallmanagement im Rahmen der Beratung der Rentenversicherung	13	9. Übergangsphase zur Implementierung des Fallmanagements	29
4.1 Qualifikation und Befugnisse von Fallmanager*innen	13		
4.2 Beginn, Ende und Dauer von Fallmanagement	14		
4.3 Dokumentation	15		
4.4 Bezug zu anderen Verfahren der Rentenversicherung	15		
4.5 Teilhabeplanverfahren im Rahmen des Fallmanagements	16		

Abkürzungsverzeichnis

DRV	Deutsche Rentenversicherung	LmR	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
DSGVO	Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union	LTA	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
GE	Gemeinsamen Empfehlung	SGB	Sozialgesetzbuch
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit	SWE	stufenweisen Wiedereingliederung
IT	Informationstechnik	THP	Teilhabeplanverfahren

1. Einleitung

Leistungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben haben sich in Deutschland als wichtige Instrumente zur Integration von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen ins Erwerbsleben etabliert. Das gilt insbesondere für Personengruppen, die neben ihren gesundheitsbezogenen Funktionseinschränkungen zusätzlich schwierige Kontextbedingungen erleben. Diese Vorbedingungen können langfristig negative Auswirkungen auf die Teilhabe am Erwerbsleben haben und in weiterer Folge verschiedenste Herausforderungen in der Alltagsbewältigung bedingen.

So zeigt sich im Rahmen der medizinischen Rehabilitation, dass ein relevanter Anteil der Versicherten solche komplexen Bedarfslagen aufweist. Häufig liegen diese Herausforderungen außerhalb des Geltungsbereichs des SGB VI. Sie sind im Rahmen der medizinischen Rehabilitation in der Regel nicht abschließend bearbeitbar und erfordern eine weitere Auseinandersetzung im Anschluss an die Reha-Leistung. Ebenso erschweren Schnittstellenproblematiken, die zu Versorgungsbrüchen nach der Entlassung aus einer medizinischen Rehabilitation führen können, den weiteren Werdegang der Betroffenen. Auch wenn die Zuständigkeiten häufig in anderen Rechtskreisen liegen, sieht sich die DRV mit ihrem personenzentrierten Rehabilitationsansatz in der Verantwortung, individuelle Hemmnisse gemeinsam mit den Versicherten zu überwinden, um das originäre Ziel der aktiven beruflichen Teilhabe zu erreichen. Das macht in bestimmten Fällen eine Begleitung der Versicherten in ihrem Rehabilitationsprozess, insbesondere im Anschluss an die medizinische Rehabilitation, notwendig.

Eine solche Begleitung kann im Rahmen eines Fallmanagements sichergestellt werden. Mit einem Angebotsspektrum, das um das Fallmanagement erweitert wird, kann die Rentenversicherung noch gezielter auf die heterogenen Bedarfslagen ihrer Versicherten und deren individuellen Lebenssituationen eingehen. Im Fallmanagement werden sowohl Angebote der DRV als auch Leistungen Anderer initiiert und begleitet. Durch die Sicherstellung der engen Zusammenarbeit mit externen Netzwerkpartnern können umfassende Lösungsansätze entwickelt werden. Damit wird ein nachhaltiger Beitrag zur Rehabilitation geleistet.

Die konzeptionelle Grundlage und das fachliche Verständnis von Fallmanagement der Rentenversicherung beruht auf dem durch die DRV beauftragten Konzept aus dem Jahr 2017.¹ Da Anpassungen im Verständnis über das Angebot und deren Umsetzung notwendig wurden, ist dem vorliegenden Rahmenkonzept eine angepasste Fassung als Fachkonzept beigelegt ([Fachkonzept ↗](#)).

Das folgende Rahmenkonzept beschreibt die Grundlagen, Zielsetzungen und Durchführungsbedingungen von Fallmanagement aus Sicht der gesetzlichen Rentenversicherung mit der Schwerpunktsetzung nach einer medizinischen Rehabilitation. Auch weitere Personengruppen können von diesem Angebot profitieren und finden im Konzept Berücksichtigung. Es adressiert an erster Stelle die Träger der Rentenversicherung. Auch Anbieter für Fallmanagement, Fallmanager*innen oder auch Versicherte und weitere Interessierte können sich mit dem vorliegenden Dokument über das Fallmanagement

¹ Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung, Konzept zum „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“, 2017, DRV Bund (Hrsg.).

informieren. Das Rahmenkonzept vereint die Grundlinien sowie Besonderheiten des Angebots, ist gleichermaßen aber offen für die Weiterentwicklung durch neue Erkenntnisse oder gesellschaftliche Veränderungen.

2. Grundlagen

2.1 Rechtliche Grundlagen

Mit § 13a SGB VI wird eine Regelung zum Fallmanagement geschaffen, welche die rechtliche Grundlage für eine individuelle, personenzentrierte und rechtskreisübergreifende Begleitung und Unterstützung der Versicherten mit komplexen Bedarfen über den gesamten Rehabilitationsprozess durch die Träger der Rentenversicherung bildet. Hierbei werden die individuellen Belange der Versicherten einbezogen.

Ziel des Fallmanagements ist es, Personen mit komplexem Handlungsbedarf ganzheitlich zu unterstützen, aktivierend den Rehabilitationsprozess zu begleiten und den Prozess zu koordinieren. Das Fallmanagement ist damit ein ganzheitlicher Begleitungs-, Unterstützungs- und Koordinierungsprozess, den die Träger der Rentenversicherung für die Versicherten, die einen besonderen Unterstützungsbedarf haben, im Einzelfall im Rahmen ihrer beruflichen Teilhabe als Kann-Leistung erbringen können.

Das Fallmanagement richtet sich an Menschen, deren Unterstützungsbedarf nicht adäquat abgedeckt werden kann. Es kann nur bei Versicherten, die die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach § 11 Absatz 1 oder 2 SGB VI erfüllt haben, erbracht werden (§ 13a Absatz 1 SGB VI).

Neben der Unterstützung bei der Antragstellung und Durchführung einzelner Teilhabeleistungen umfasst das Fallmanagement auch die frühzeitige Kontaktaufnahme zum Erkennen des Bedarfs. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung können daher mit den Versicherten bereits proaktiv oder im Rahmen einer bestehenden Kommunikationsbeziehung Kontakt aufnehmen. Für den Erfolg der Teilhabeleistungen sowie etwaiger Maßnahmen anderer Sozialversicherungsträger oder Dritter ist es entscheidend, dass der individuelle Bedarf frühzeitig erkannt und gemeinsam mit den Betroffenen zutreffend bestimmt wird.

Das Fallmanagement soll jedoch nur bei den Personen durchgeführt werden, die das Angebot an der Teilnahme am Fallmanagement durch die Träger der Rentenversicherung auch annehmen. Erst damit wird das Fallmanagement formal eröffnet und die Freiwilligkeit an der Teilnahme gewährleistet (§ 13a Absatz 2 SGB VI).

§ 13a Absatz 3 SGB VI zählt in den Nummern 1 bis 5 die wesentlichen Bestandteile des Fallmanagements entlang des Rehabilitationsprozesses auf. Bei der Bedarfsermittlung ist das bio-psycho-soziale Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zugrunde zu legen. Es wird ein weites Verständnis des Rehabilitationsprozesses zugrunde gelegt, welches nicht nur Leistungen der Rehabilitationsträger umfasst. Die selbstbestimmte Teilhabe der Versicherten ist von wesentlicher Bedeutung für die Erreichung des Ziels beim Fallmanagement. Der Begriff der weiteren Beteiligten ist bewusst offen gefasst. Das Fallmanagement wirkt rechtskreisübergreifend, das heißt es bezieht

sich nicht nur auf die Teilhabeleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung, sondern auch auf Leistungen und Hilfen anderer Träger sowie Dritter. Mit dem Fallmanagement sollen Verzögerungen und Zeiten ohne fördernde Begleitung vermieden werden.

Den Trägern der Rentenversicherung wird es nach § 13a Absatz 4 SGB VI ermöglicht, im Sinne einer Modularisierung je nach Kompetenzen und Ressourcen bestimmte Teilaufgaben des Fallmanagements selbst vollständig oder in Teilen zu erbringen. Hierzu können auch Dritte vollständig oder für Teilaufgaben in Anspruch genommen werden. Das Fallmanagement ist damit – ungeachtet der Sonderregelung in Absatz 5 – ein Verwaltungsverfahren. In Bezug auf die spezifische Zielgruppe, die durch das Rahmenkonzept der gesetzlichen Rentenversicherung zum Fallmanagement definiert wird, kann jeder Rentenversicherungsträger in Abhängigkeit vom organisatorischen und personellen Rahmen selbst entscheiden, ob und in welchem Umfang das Fallmanagement selbst oder von Dritten durchgeführt wird.

Sofern spezifische Anforderungen vorliegen, die besondere fachliche und methodische Expertisen bei den Fallmanager*innen voraussetzen, kann das Fallmanagement nach § 13a Absatz 5 SGB VI als neue Teilhabeleistung eigener Art an Dritte als Leistungserbringende übertragen werden. Solche spezifischen Anforderungen sind beispielsweise die Besonderheiten bei der Begleitung und Unterstützung von Menschen mit neurologischen Erkrankungen.

Das Fallmanagement der gesetzlichen Rentenversicherung schafft kein neues Instrumentarium, das neben die Instrumente der Kapitel 2 bis 4 des ersten Teils des SGB IX tritt. Soweit die Voraussetzungen für Bedarfsermittlung und Teilhabepflichtverfahren nach dem SGB IX vorliegen, können die Erkenntnisse des Fallmanagements dort Verwendung finden (§ 13a Absatz 6 SGB VI).

2.2 Ziele und Definition

Die DRV bietet ihren Versicherten eine bedarfsorientierte, zudem individuelle Beratung und Begleitung im Rahmen ihrer Leistungen an. Hierbei kann eine intensivere Form im Rahmen eines Fallmanagements sinnvoll sein.

Für Fallmanagement liegen in den Rechtskreisen abweichende Interpretationen und Umsetzungen vor. Sie unterscheiden sich je nach Anwendung in den Zielsetzungen, einzubindenden Personengruppen und der Ausgestaltung. Es gibt über die Sozialgesetzbücher hinweg keine allgemeingültige Fallmanagementdefinition. Im Verständnis des SGB VI zielt Fallmanagement auf die Einzelfallbegleitung von Anspruchsberechtigten mit dem Schwerpunkt des Erhalts oder der (Wieder-) Herstellung der Erwerbsfähigkeit sowie der (Wieder-) Eingliederung in den Arbeitsmarkt ab. Dabei werden Bedürfnisse und Bedarfe unter Berücksichtigung der möglichen Versorgungsstrukturen sowie individuellen Lebenswelt der Versicherten einbezogen.

Im Folgenden werden zentrale Aspekte für ein Fallmanagementverständnis aus der Perspektive der Rentenversicherung beschrieben.

a. Geltungsbereich

Das Fallmanagement ist ein Angebot aller Träger der DRV. Es kann sowohl von der Rentenversicherung selbst als auch von Dritten erbracht werden. Die Entscheidung zur Durchführung von Fallmanagement liegt in der Verantwortung der Rentenversicherungsträger.

b. Zielsetzung

In der Erbringung von Fallmanagement wird das Ziel der selbstbestimmten Teilhabe am Arbeitsleben verfolgt. Ist bezüglich dieser Zielsetzung kein Bedarf erkennbar, so liegt keine Voraussetzung für ein Fallmanagement vor.

c. Organisation

Dem jeweiligen Rentenversicherungsträger obliegt die Verantwortung zum Aufbau, Erhalt und der Weiterentwicklung einer Fallmanagementstruktur und damit zusammenhängender Prozesse.

d. Der „Fall“ im Fallmanagement

Auf der Fallebene steht die leistungsberechtigte Person mit ihrer herausfordernden Lebenssituation inklusive der zentralen Akteure im Mittelpunkt. Im Fallmanagement sind daher relevante Beziehungen mit zu betrachten und wichtige Akteure unter Zustimmung der leistungsberechtigten Person frühzeitig einzubeziehen.

e. Freiwilligkeit

Die Entscheidung einer betroffenen Person für eine Inanspruchnahme des Fallmanagements beruht auf Freiwilligkeit. Bei Ablehnungen entstehen keine Nachteile in dem Erhalt von Beratungen oder der Antragstellung anderer Leistungen. Vor Initiierung eines Fallmanagements ist über die Rahmenbedingungen aufzuklären und die Bereitschaft zur Teilnahme zu klären.

f. Fallmanager*innen

Zur Sicherung der Versorgungsqualität sollen Fallmanager*innen über geeignetes Fachwissen, methodische, praktische und soziale Kompetenzen verfügen. Spezialisierungen aufgrund spezifischer Versicherten- und Leistungsgruppen können notwendig werden (zum Beispiel bei Abhängigkeits- oder Sinnesbeeinträchtigungen).

g. Durchführung

Beeinträchtigungen der beruflichen Teilhabe können sich aus dem Gesundheitsproblem und dem Spektrum an personenbezogenen sowie Umweltfaktoren ergeben. Um den hierdurch entstehenden Herausforderungen gerecht zu werden, adressiert das Fallmanagement Bedarfe im persönlichen, medizinischen, psychischen, sozialen, finanziellen und insbesondere beruflichen Bereich. Das Fallmanagement ist ein prozesshafter Ablauf mit folgenden, ineinander übergehenden Phasen:

- Fallidentifikation,
- Bedarfsermittlung,
- Reha- und Teilhabeplanung,
- Fallbeobachtung und Steuerung der Leistungen,
- Abschluss und Evaluation.

h. Bedarfsorientierung

Fallmanagement ist ein individuelles Verfahren und am Bedarf (den Hemmnissen und Ressourcen) einer betroffenen Person orientiert. Zusätzlich zu den komplexen Problemlagen geht es hierbei immer auch um die übergeordnete Zielsetzung der beruflichen Integration. Durch Fallmanagement ist es wahrscheinlicher, dass die betroffene Person wieder im Arbeitskontext einmündet. Die Ausgestaltung im Einzelfall ist damit in entscheidendem Maße abhängig von den jeweils vorliegenden individuellen Bedingungen.

i. Einzelfallbezogene Netzwerkarbeit

In ihrer Koordinationsfunktion übernehmen Fallmanager*innen eine Netzwerksteuerung relevanter Akteure. Kontakte zu Leistungsträgern, Leistungserbringern, Arbeitgebenden und weiteren Institutionen werden aufgebaut, gepflegt und nach Bedarf erweitert. Die einzelfallbezogene Netzwerkarbeit wird in Verantwortung der Fallmanager*innen durchgeführt und ist damit obligatorische Aufgabe.

j. Fallunabhängiges Netzwerk

Neben der fallbezogenen Koordination ist eine interinstitutionelle Vernetzung im Rahmen von dauerhaften Kooperationsbeziehungen notwendig. Professionelle Unterstützungssysteme und relevante Akteure in Bereichen wie der Erwerbsarbeit, Bildung, Gesundheit und den Finanzen werden hierdurch dauerhaft eingebunden. Dabei ist die Vernetzung mit Leistungserbringern und regionalen Unterstützungssystemen von zentraler Bedeutung. Der Aufbau und die Pflege von fallunabhängigen Netzwerkstrukturen ist obligatorischer Teil im Fallmanagement. Hierbei ist eine regionale Zusammenarbeit wichtig. Sie dienen den Fallmanager*innen in der Einzelfallarbeit als Basis.

k. Evaluation bzw. Qualitätssicherung

Um die Leistungen im Fallmanagement dauerhaft qualitativ hochwertig durchzuführen, werden die Rentenversicherungsträger regelmäßige und aussagekräftige Evaluationen vornehmen. Eine interinstitutionelle Vernetzung und der Austausch der Rentenversicherungsträger untereinander bilden hierbei die Basis.

3. Zielgruppen und Zugang

3.1 Zielgruppen

Nach § 1 SGB IX sollen Menschen mit Behinderungen und Menschen, die von einer Behinderung bedroht sind, mit Leistungen zur Teilhabe unterstützt werden. Diese sollen ihnen helfen, trotz ihrer Beeinträchtigungen selbstbestimmt und gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft teilzunehmen. Betroffene Personen können je nach Schwere der Beeinträchtigung einzelne Leistungen wie eine medizinische Rehabilitation, aber auch mehrere Leistungen von jeweils verschiedenen Rehabilitationsträgern erhalten. Diese bilden einen wichtigen Beitrag zur (Wieder-) Eingliederung von Versicherten in das Erwerbsleben. Für sehr viele Versicherte reicht allein eine medizinische Rehabilitation aus, um nachhaltig im Berufsleben wieder Fuß zu fassen. Andere hingegen benötigen auch im Nachgang eine weiterführende Unterstützung, wie sie etwa im Fallmanagement geboten wird.

Die Leistung des Fallmanagements richtet sich an Versicherte mit sogenannten besonderen Bedarfslagen. Damit zielt Fallmanagement insbesondere auf Personen mit einem Ungleichgewicht zwischen den individuellen Bedarfen und den verfügbaren Ressourcen und Kompetenzen ab. Dieses Ungleichgewicht hat einen Einfluss auf die Erwerbstätigkeit und kann voraussichtlich nicht selbstständig aufgelöst werden.

Die Zielgruppe für ein Fallmanagement ist wie folgt definiert:

„Das Fallmanagement der Rentenversicherung ist für Versicherte bestimmt, die aufgrund ihrer individuellen gesundheitlichen, beruflichen und/oder sozialen Situation einer expert*innenbasierten Beratung, Begleitung und Koordination bedürfen, um wieder selbstbestimmt am Arbeitsleben teilhaben zu können.“

Aus der Definition geht hervor, dass sich die betroffene Person in einer Problemkonstellation aus verschiedenen Faktoren und deren wechselseitiger Beeinflussung befindet. Bei der Zielgruppenbestimmung ist weniger von Bedeutung, ob eine Einzelkomponente die Erwerbsfähigkeit längerfristig beeinflusst oder eine umfangreiche Fallkonstellation mit vielen Hemmnissen vorliegt. Entscheidend ist, dass die versicherte Person zur möglichen Auflösung der Situation einer weiteren expert*innenbasierten Unterstützung bedarf.

Als Kriterium zur individuellen Fallauswahl eignet sich insbesondere die Prognose der zukünftigen Erwerbstätigkeit unter Berücksichtigung der individuellen Bedarfslage. Eine rein bio-medizinische Bewertung oder der alleinige Einbezug der sozialmedizinischen Leistungsfähigkeit greifen zu kurz. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), die auch im Rahmen der Bedarfsermittlung nach § 13 Absatz 2 SGB IX zu beachten ist, lenkt die Betrachtung auf eine ganzheitliche Sicht. Sie zeigt Einflüsse auf die Teilhabe am (Arbeits-)Leben auf, die in der Feststellung der Zielgruppe für ein Fallmanagement Beachtung finden können. Auf dieser Basis lassen sich unter Einbezug der Funktionsfähigkeit und Behinderung weitere personen- wie auch umweltbezogene Kontextfaktoren, gezielt einbeziehen. Darunter wird der gesamte Lebenshintergrund einer betroffenen Person verstanden.

Kontextfaktoren können dabei im Einzelfall eine (Wieder-) Eingliederung erschweren (sogenannte Hemmnisse) oder unterstützen (sogenannte Ressourcen). Als besonderer Bezugspunkt fließen im Kontext der Rentenversicherung – abgeleitet aus der Zieldefinition zur erfolgreichen beruflichen (Wieder-) Eingliederung – die spezifischen Bedingungen der Berufsausübung oder allgemeiner der Erwerbstätigkeit in die Begleitung ein ([Fachkonzept ↗](#)).

Im Ergebnis ist zu prüfen: Ver- oder behindern die identifizierten Hemmnisse und mögliche zugrundeliegende Probleme eine Teilhabe am Arbeitsleben und können nicht (mehr) durch die versicherte Person selbst bewältigt werden, dann kommt ein Fallmanagement der DRV in Frage.

Die richtige Auswahl der potenziellen Versicherten für das Fallmanagement hat eine hohe Bedeutung für den Verlauf und die Nachhaltigkeit der Leistungen. Es ist zu vermeiden, Personen ins Fallmanagement einzubeziehen, deren nachhaltige Teilhabe auch ohne diese Unterstützungsform erreicht werden kann.

3.2 Zugang in das Fallmanagement

3.2.1 Zugangswege

Der Zugang zum Fallmanagement der Rentenversicherung kann an verschiedenen Punkten im Versorgungsgeschehen ansetzen.

Ein Bedarf für eine Unterstützung und Begleitung bei der beruflichen Wiedereingliederung könnte bereits bei Erstkontakt mit dem oder der Versicherten deutlich werden. Im Regelfall dürfte das die Antragstellung auf eine Leistung zur Teilhabe, beispielsweise für eine medizinische Rehabilitation sein. Die Feststellung des konkreten Bedarfs für ein Fallmanagement ist in diesen Fällen häufig nur auf der Basis der verfügbaren Informationen in den Antragsunterlagen möglich. Diese Bedarfsfeststellung kann aufgrund eventuell unvollständiger Unterlagen mit einer gewissen Unsicherheit behaftet sein.

Mögliche Hinweise auf einen Fallmanagementbedarf lassen sich valider

→ im Rahmen der Durchführung einer medizinischen Rehabilitation

ermitteln, da dort ein intensiver und persönlicher Austausch zwischen den Versicherten und professionellen Akteuren des Reha-Teams stattfindet (Kapitel 3.2.2). Grundsätzlich könnte auch

→ im Nachgang einer medizinischen Rehabilitationsleistung

deutlich werden, dass Versicherte weitere Unterstützung und Begleitung benötigen. Den Regelfall dürfte hier der Kontakt mit der Reha-(Fach-) Beratung im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bilden (Kapitel 3.2.3). Diese Situation kann abhängig von der Fallkonstellation einen Übergang in ein Fallmanagement bieten.

Abgesehen von den dargelegten Anlässen, die in einem zeitlichen Zusammenhang mit der Durchführung einer medizinischen Rehabilitation stehen, sind weitere Zugangswege denkbar (siehe Kapitel 4.4), etwa:

- Im Rahmen einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- Aus dem Antragsverfahren auf Erwerbsminderungsrente,
- Aus der Erwerbsminderungsrente,
- Bei oder nach Durchführung einer Präventions- oder Nachsorgeleistung,
- Bei einer stufenweisen Wiedereingliederung,
- Durch die Agentur für Arbeit oder Jobcenter bzw. Krankenkassen,
- Im Rahmen einer proaktiven Kontaktaufnahme bzw. Versichertenberatung.

Sollte an den beschriebenen Punkten im Versorgungsgeschehen deutlich werden, dass eine versicherte Person den Bedarf für ein Fallmanagement aufweist, sollte mit Zustimmung dieser Person umgehend die Zuweisung zum Fallmanagement des zuständigen Rentenversicherungsträgers erfolgen. Bei jeder Zuweisung kann der Überleitungsbogen (Formular G4508) mit dessen Inhalten verwendet werden.

3.2.2 Beschreibung des Zugangswegs aus der medizinischen Rehabilitation

Sicherzustellen ist, dass medizinische Reha-Einrichtungen den Bedarf für ein Fallmanagement regelhaft prüfen und bei positiver Prüfung das Fallmanagement empfehlen. Die unterschiedliche Ausgestaltung des Fallmanagements bei den Rentenversicherungsträgern – dieses kann sowohl durch interne Fallmanager*innen als auch durch externe Anbieter oder auch einer Kombination aus beidem erbracht werden – erfordert daher einen Überleitungsprozess, der all diesen Ausgestaltungsmöglichkeiten gerecht wird.

Seit der Novellierung des § 15 SGB VI durch das Gesetz Digitale Rentenübersicht vom 11.02.2021 (Inkrafttreten am 01.07.2023) ist davon auszugehen, dass Reha-Einrichtungen grundsätzlich Versicherten aller Rentenversicherungsträger ihr Leistungsangebot bereitstellen. Das bedeutet, dass Reha-Einrichtungen mit zum Teil regional unterschiedlich ausgestalteten Fallmanagementkonzepten konfrontiert sein können (z.B. durch Einbezug spezialisierter externer Anbieter). Die Überleitung in das Fallmanagement sollte aus der Perspektive der medizinischen Reha-Einrichtungen trotz dieser Unterschiede einheitlich gestaltet sein.

Medizinische Reha-Einrichtungen sind während der Reha-Leistung im Rahmen des Übergangsmangements angehalten, mit den Versicherten gemeinsam einen individuellen Plan für die Zeit nach der medizinischen Rehabilitation zu erarbeiten ([MBOR-Übergangsmangement](#) ↗).

Das Ziel dieses Plans sollte eine erfolgreiche und nachhaltige Rückkehr an den alten oder einen neuen Arbeitsplatz sein. Im Rahmen von Eingangsuntersuchungen, aber auch bei psychosozialen Beratungsgesprächen oder Therapien, spätestens jedoch im Abschlussgespräch kann deutlich werden, dass der Übergang in Arbeit besondere Hemmnisse aufweist oder der bzw. die Versicherte Schwierigkeiten hat den gemeinsam geplanten Weg zurück in Arbeit selbständig zu gehen. Hierbei ist auch zu ermitteln, ob Rehabilitanden Schwierigkeiten haben werden, den Plan zur Erreichung dieses Ziels erfolgreich umzusetzen und ob diese Schwierigkeiten durch eine expert*innenbasierte Begleitung im Anschluss an die medizinische Rehabilitation positiv beeinflusst werden können. Dies kann aufgrund der Einschätzung im Reha-Team oder auch durch die betroffenen Personen selbst erfolgen. Entsteht ein solcher Fall, ist mit den Rehabilitand*innen zu klären, ob die Einleitung eines Fallmanagements eine geeignete Strategie darstellt und gewünscht wird. Diese sind über das Fallmanagement aufzuklären.

Sollte die betroffene Person das Fallmanagement als unterstützendes Zusatzangebot wünschen, stellt die Reha-Einrichtung der Person ein Einwilligungsfornular zur Einleitung des Fallmanagements beim Rentenversicherungsträger zur Verfügung. Dieses Fornular wird von der Reha-Einrichtung gemäß Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (DSGVO) und weiterer geltender Gesetze aufbewahrt und im Falle einer Rückfrage dem Rentenversicherungsträger zur Verfügung gestellt.

Bei der Ermittlung eines möglichen Fallmanagementbedarfs kann die in [Anlage 2](#) ↗ aufgeführte Beschreibung von Fallgruppen herangezogen werden. Wenn ein Fallmanagement angezeigt scheint, dokumentiert die Reha-Einrichtung im „Überleitungsbogen in das Fallmanagement der Deutschen Rentenversicherung“ ([Fornular G4508](#) ↗) in welchen Lebens- und Teilhabebereichen Hemmnisse sowie Ressourcen hinsichtlich der Rückkehr in Arbeit bestehen. Den ausgefüllten Überleitungsbogen sollte die Reha-Einrichtung bei erkennbaren Bedarfen für ein Fallmanagementangebot spätestens am Ende der Rehabilitationsleistung dem zuständigen Rentenversicherungsträger zusenden. Um eine möglichst aufwandsarme Übermittlung sicherzustellen, erfolgt dies auf der Basis der elektronischen Datenübertragung nach § 301 SGB V.

Mit dem Erhalt des Überleitungsbogens prüft der Rentenversicherungsträger die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen und leitet die entsprechende Erbringungsform ein.

3.2.3 Zugang bei Erstberatung nach Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben dem Grunde nach

Wird eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben dem Grunde nach genehmigt, findet häufig routinemäßig ein Erstberatungsgespräch sowie ggf. eine weitergehende Beratung statt. Im Rahmen des Erstberatungsgesprächs mit einer/ einem Reha-(Fach-) Berater*in besteht die Möglichkeit zur Beurteilung von eventuell vorliegenden erschwerenden Bedingungen und damit der Notwendigkeit einer weitergehenden Unterstützung im Rahmen eines intensiveren Fallmanagements. Wird ein Bedarf an Fallmanagement erkannt und stimmt die versicherte Person zu, ist ein Fallmanagement parallel zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu erbringen.

3.2.4 Anwendung des Überleitungsbogens bei weiteren Zugangswegen

Weitere Zugangswege in das Fallmanagement sind in Kapitel 3.2.1 beschrieben. In all den benannten Wegen kann der Überleitungsbogen ins Fallmanagement verwendet werden, um den Fallmanagementbedarf explizit zu beschreiben und eventuell erste Empfehlungen hierzu zu dokumentieren.

Eine Ausnahme stellt die Einleitung des Fallmanagements aus einem Verwaltungsverfahren, etwa im Rahmen der Antragstellung einer Leistung zur Teilhabe oder auch einer Erwerbsminderungsrente dar. Da der Bedarf hier regelhaft auf der Basis von schriftlichen Unterlagen und ohne persönlichen Kontakt mit den Versicherten ermittelt wird, muss vor der Überleitung in das Fallmanagement jedenfalls die informierte Einwilligung mit Angaben zu den Beteiligten und weiteren Dritten, den betroffenen Daten (Umfang), dem Zweck und Zeitraum sowie zum Widerruf bei den Versicherten eingeholt werden. Dies kann durch die Sachbearbeitung selbst, jedoch auch durch eine oder einen zuständige*n Fallmanager*in erfolgen.

4. Fallmanagement im Rahmen der Beratung der Rentenversicherung

4.1 Qualifikation und Befugnisse von Fallmanager*innen

An interne Fallmanager*innen wird die Anforderung gestellt, Versicherte mit komplexen Hilfe- und Unterstützungsbedarfen beratend zu begleiten sowie den Rehabilitationsprozess zu planen und zu steuern. Die Durchführung von Fallmanagement bei der DRV setzt deshalb eine entsprechende Weiterbildung aus dem Bildungskatalog der DRV zum „Fallmanagement in der Rehabilitation“ oder den Nachweis einer vergleichbaren Qualifikation bzw. Weiterbildung zum „Fallmanagement“ oder Vergleichbarem voraus.

Mitarbeitende, die die Rolle im Fallmanagement neu übernehmen, sollten die Fallmanagement-Weiterbildung spätestens innerhalb von 12 Monaten nach Übernahme der Rolle beginnen. Bis zum Beginn der Ausbildung ist eine Tätigkeit im Fallmanagement bereits möglich, sofern eine intensive Einführung in das Fallmanagementrahmenkonzept sowie -Fachkonzept(e) durch Führungskräfte und Kolleg*innen sichergestellt wird. Außerdem wird empfohlen, mit einer/einem erfahrenen Fallmanager*in ein Tandem zu bilden sowie regelmäßige kollegiale Fallberatungen durchzuführen, um die Einarbeitung eng zu begleiten.

Mitarbeitende der DRV, die über eine vergleichbare Weiterbildung verfügen und bereits vor Einführung dieses Rahmenkonzepts im Fallmanagement tätig waren, verfügen bereits über ein Erfahrungsspektrum in diesem Bereich. Eine zusätzliche (Teil-) Weiterbildung zum Fallmanagement in Bezug auf die Spezifika der Rentenversicherung ist sinnvoll und wird empfohlen.

In der täglichen Arbeit der Fallmanager*innen ist es wichtig, dass sie befugt sind, über die Aufnahme eines Falls in das Fallmanagement-Angebot zu entscheiden. Die Befugnisse der intern tätigen Fallmanager*innen sollten mindestens denen der Reha-(Fach-) Beratung entsprechen.

4.2 Beginn, Ende und Dauer von Fallmanagement

Ein Fallmanagement der DRV gilt als begonnen, sofern im Erstgespräch mit der versicherten Person und der/dem zuständigen Fallmanager*in eine Zustimmung durch beide zu diesem Angebot vorliegt und der entsprechende Bedarf gegeben ist.

Das Fallmanagement endet, wenn die vereinbarten Ziele (neben der Integration in Arbeit zum Beispiel die Regelung der Finanzen) erreicht sind und sich die individuelle Situation der versicherten Person als stabil darstellt. Ein Fallmanagement kann auch enden, wenn nur Teilziele erreicht und/oder Rahmenbedingungen geschaffen wurden, durch welche die unterstützte Person mit eigenen Ressourcen die übrig gebliebenen Ziele bewältigen kann.

Darüber hinaus kann das Fallmanagement nach einer Arbeitsaufnahme der versicherten Person weitergeführt werden, wenn eine zeitweise Begleitung zur Festigung und nachhaltigen Sicherung notwendig erscheint.

Eine Fallmanagementbegleitung kann von beiden Beteiligten beendet werden, falls die (berufliche) Teilhabe im Laufe des Prozesses nicht mehr als realistisches Ziel angesehen werden kann. In diesem Fall sind mit der versicherten Person geeignete andere Formen der Unterstützung zu besprechen und der Zugang zu diesen zu vermitteln. Ebenso kann es Situationen geben, die eine Fortsetzung der Fallmanagementleistung nicht mehr möglich machen (z. B. Tod der versicherten Person, nicht lösbare Konflikte zwischen den Personen im Fallmanagement, fehlende Eigenmotivation des/der Versicherten). Das Ergebnis des Fallmanagements wird im Abschlussbogen dokumentiert. Sollten nach Beendigung eines Fallmanagements noch weitere Schritte zwischen den Beteiligten vereinbart sein, müssen diese schriftlich niedergelegt werden, um die Zulässigkeit einer Kontaktaufnahme sicherzustellen.

So vielfältig die Bedarfe versicherter Personen im Fallmanagement sind, so unterschiedlich kann die Dauer und die Anzahl von Gesprächen einer einzelnen Begleitung zur Zielerreichung sein. In manchen Fallkonstellationen reichen wenige Gespräche aus, in anderen bedarf es einer intensiveren Begleitung, die in der Regel bis zu 12 Monate dauern kann. Werden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben parallel zum Fallmanagement erbracht, kann sich eine Gesamtbegleitungsdauer von bis zu 36 Monaten ergeben. Es gilt zu berücksichtigen, dass die Intensitätsdichte und damit auch die Kontaktdichte bei voranschreitender Fallmanagementbegleitung sukzessive abnehmen.

Wird im Fallmanagementprozess ein weiterer Unterstützungsbedarf deutlich, ist ein Re-Assessment durchzuführen, wodurch sich die Fallmanagementbegleitung verlängern kann.

4.3 Dokumentation

Die Abbildung und Dokumentation des Verlaufs orientiert sich an den Phasen im Fallmanagementregelkreis (Fachkonzept 7). Dazu werden folgende Instrumente eingesetzt:

Instrumente

- Überleitungsbogen (Screening),
- Bedarfsermittlung,
- Reha- und Teilhabeplanung²,
- Abschlussdokumentation,
- Software,
- Verlaufsdokumentation im Kernsystem der DRV oder anderer Softwarelösung.

Dieser Instrumenteneinsatz und der gesamte Prozess – von der Einleitung des Fallmanagements bis zur Abschlussdokumentation – sollten digital abgebildet werden. Die Verlaufsdokumentation wird entsprechend der Mindestanforderungen in rvDialog hinterlegt. Außer dem Screening fassen die Instrumente die Inhalte der einzelnen Fallmanagementphasen in einer strukturierten Form zusammen. Dokumente mit Außenwirkung wie der Überleitungsbogen und eine Abschlussdokumentation sind zwischen den Rentenversicherungsträgern abgestimmt und werden einheitlich eingesetzt. Diese abgestimmten Dokumente sind online unter www.deutsche-renten-versicherung.de/fallmanagement abrufbar. Im Hinblick auf eine mögliche Evaluation und Vergleichbarkeit sollten beide Instrumente unabhängig von der internen oder externen Erbringung des Fallmanagements Gültigkeit haben. Die Dokumentation der individuellen Begleitung erfolgt in Beratungsprotokollen oder -aufzeichnungen und sollte in einer personenbezogenen digitalen Akte verwahrt werden. Aktuell kann jeder Rentenversicherungsträger diese Form der Dokumentation selbst gestalten. Für die künftigen Entwicklungen wird der Einsatz einer rentenversicherungsübergreifenden, gemeinsamen Dokumentationssoftware empfohlen.

Die Rentenversicherungsträger schaffen eine Auswertungsmöglichkeit für Fallmanagement als Leistung. Um dies zu ermöglichen, ist eine Erfassung von Fallmanagement als eigene Leistung in den IT-Verfahren der DRV unerlässlich. Es müssen mindestens folgende Angaben erfassbar sein:

- Beginndatum,
- Zugangsweg,
- Art der Erbringung (intern/extern),
- Art der Beendigung,
- Enddatum.

Hierfür ist in der Implementierungsphase eine IT-Anpassung des aktuellen Systems notwendig. Übergangsweise kann versucht werden, über rvText-Formulare im Kernsystem der DRV eine Auswertung zu ermöglichen.

4.4 Bezug zu anderen Verfahren der Rentenversicherung

Das Fallmanagement der DRV umfasst ein Unterstützungsangebot, welches sich nicht nur auf die gesundheitlichen Einschränkungen in Bezug auf die berufliche Teilhabe konzentriert, sondern vielmehr auch sämtliche Lebensbereiche wie Arbeit / Beschäftigung, Finanzen, Mobilität und soziales Umfeld / gesellschaftliche Teilhabe betrachtet. Insofern gilt es, den versicherten Personen mit Unterstützungsbedarf auf dem Weg ins Arbeitsleben

² Es ist nicht zwingend der Teilhabeplan nach § 19 SGB IX erforderlich.

ein entsprechendes Angebot neben den bereits in der DRV vorgehaltenen Leistungen, wie zum Beispiel Nachsorgeangebote, an die Hand zu geben. Fallmanagement kann dabei ohne weitere Leistungen der DRV oder auch parallel zu weiteren Leistungen erfolgen. Dies stellt eine innovative Ergänzung zum Wohle der Versichertengruppen dar.

Beim Fallmanagement handelt es sich um eine Beratung, die die versicherten Personen in all ihren Lebensbereichen im Fokus hat und eine Unterstützung auf Augenhöhe anbietet. Dies ist die sogenannte personenzentrierte Beratung. Diese bio-psycho-sozialen Aspekte des Fallmanagements sind als Ansatz auch in anderen Leistungs- beziehungsweise Unterstützungsbereichen der DRV zu finden. So können zum Beispiel alle Beratungssituationen mit versicherten Personen (in Auskunfts- und Beratungsstellen, in Renten- oder Teilhabeberatungen, etc.) im Bedarfsfall mit Fallmanagementaspekten angereichert werden.

Auch bei einer stufenweisen Wiedereingliederung (SWE) kann eine unterstützende Betreuung seitens eines Fallmanagements sinnvoll und notwendig sein, damit das primäre Ziel der Wiederaufnahme der Beschäftigung nicht durch Probleme in anderen Lebensbereichen erschwert oder gar verhindert wird. Viele Versicherte meistern die Wiedereingliederung mittels einer SWE eigenständig. Einige Versicherte weisen allerdings einen weiterführenden Bedarf auf, der eine Begleitung notwendig macht, sei es bei der Kommunikation mit den Arbeitgebenden oder bei der Planung und Einhaltung der SWE.

Der Blick auf die komplexen Lebenslagen der Versicherten ist im Fallmanagement nicht nur im Rahmen eines Rehabilitationsverfahrens angezeigt. So gibt es auch im Rentenverfahren oder in der befristeten Erwerbsminderungsrente Versicherte, bei denen eine berufliche Wiedereingliederung möglich erscheint, jedoch komplexe Problemlagen vorhanden sind, die eine Rückkehr ins Erwerbsleben erschweren oder gar verhindern. So kann eine Unterstützung unabhängig von dem derzeitigen Leistungsangebot der DRV (auch in Form von Teilhabeleistungen) notwendig bzw. zielführend sein, um die (Wieder-) Eingliederung ins Erwerbsleben sicherzustellen. Bei leistungsgeminderten Personen mit einem Restleistungsvermögen im Teilzeitbereich (3 bis unter 6 Stunden täglich) kann zum Beispiel ein Fallmanagement bei der Identifikation, Aufnahme und Umgestaltung eines (Teilzeit-) Arbeitsplatzes unterstützen.

Weitere Fallgestaltungen für ein Fallmanagement in Kombination zu hier nicht explizit erwähnten Leistungen der DRV sind ebenfalls denkbar.

4.5 Teilhabeplanverfahren im Rahmen des Fallmanagements

Die Bedarfsermittlung des Fallmanagements (gemäß § 13a SGB VI) entspricht den Vorgaben gemäß § 13 SGB IX.

Werden Leistungen aus verschiedenen Leistungsgruppen des SGB IX oder verschiedene Reha-Träger benötigt, ist ein Teilhabeplanverfahren im Sinne des § 19 SGB IX durchzuführen. In diesem Zusammenhang wird auf die Verfahrensabsprache LTA³ hingewiesen. Dies betrifft insbesondere komplexe Fälle bei Personen mit Bedarfen in anderen Rechtskreisen, um eine bedarfsgerechte und abgestimmte Leistungserbringung sicherzustellen. Entsprechende Inhalte sind in § 19 Absatz 2 SGB IX aufgelistet. Bei einem notwendigen THP-Verfahren kann ein Fallmanagement die Verfahrensweise sinnvoll unterstützen.

³ Verfahrensabsprache vom 1. August 2022 der Deutschen Rentenversicherung, vertreten durch die Deutsche Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, des Deutschen Landkreistages und des Deutschen Städtetages über die Zusammenarbeit im Bereich der Leistungen der Rentenversicherung zur Teilhabe am Arbeitsleben

Wird festgestellt, dass ausschließlich Teilhabeleistungen der DRV betroffen sind und keine weiteren Rehabilitationsträger eingebunden werden müssen, erfolgt eine rein rentenversicherungsinterne Teilhabeplanung; die Einbindung weiterer Reha-Träger gemäß § 15 SGB IX ist nicht notwendig. In diesen Fällen dokumentiert der/die interne oder externe Fallmanager*in den Bedarf im eigenen Berichtswesen oder über vorgegebene Vordrucke. Die Verlaufsdocumentation ist dann als Teilhabeplanung aufzufassen.

Gemäß § 19 SGB IX ist keine Auslagerung der Erstellung des Teilhabeplans an externe Leistungserbringer möglich. Diese Dritten können bei der Erstellung und Fortführung des Teilhabeplans einbezogen werden. Zuständig für den Prozess sowie für die Erstellung bleibt der leistende Rehabilitationsträger. Es kann nur zwischen den Rehabilitationsträgern eine Übertragung der Führung des Teilhabeplanverfahrens stattfinden.

5. Übertragung des Fallmanagements an externe Anbieter

Die Bereitstellung eines flächendeckenden Fallmanagements ist Aufgabe aller Rentenversicherungsträger. Hierfür können die vorhandenen Beratungsstrukturen bei den Rentenversicherungsträgern oder externe Anbieter genutzt werden. Die Entscheidung hierüber liegt im Ermessen der Rentenversicherungsträger.

Die Erbringung von Fallmanagement durch externe Anbieter muss stets durch ein rentenversicherungsinternes Verwaltungsverfahren (zum Beispiel Dokumentation oder Abrechnung) flankiert und darauf abgestimmt sein. Die Rentenversicherungsträger müssen hierbei sicherstellen, dass die Durchführung eines externen Fallmanagements nicht zu einer Verringerung der Versorgungsqualität im Vergleich zur internen Erbringung führt.

Bei allen Rentenversicherungsträgern sind darüber hinaus Fallmanagementbeauftragte zu benennen, die als Ansprechpersonen zu allgemeinen Fragen zur Ausgestaltung des Fallmanagements für die externen Anbieter und deren Personen im Fallmanagement zur Verfügung stehen. Die Fallmanagementbeauftragten stimmen sich in der Region untereinander ab.

5.1 Externe Beauftragung gemäß § 13a Absatz 4 SGB VI

Das Fallmanagement ist – ungeachtet der Sonderregelung in Absatz 5 – ein Verwaltungsverfahren, das in der Verantwortung und Verwaltungshoheit der Rentenversicherungsträger liegt. Die Regelung stellt klar, dass mit der Durchführung auch Dritte beauftragt werden können. Ob das Fallmanagement als eine besondere Form des Verwaltungsverfahrens zur Anwendung kommt, liegt im Ermessen der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung. In Bezug auf die spezifische Zielgruppe, die durch das Rahmenkonzept der gesetzlichen Rentenversicherung zum Fallmanagement definiert wird, kann jeder Rentenversicherungsträger in Abhängigkeit vom organisatorischen und personellen Rahmen selbst entscheiden, ob und in welchem Umfang das Fallmanagement selbst oder von beauftragten Dritten durchgeführt wird.

Hierbei ist die externe Fallmanagementleistung als gleichwertig zum internen Fallmanagement der DRV zu verstehen. Die Anforderungen an Qualifikationen der externen Fallmanager*innen entsprechen jenen der Erbringung innerhalb der Rentenversicherung.

5.2 Inanspruchnahme externer Anbieter gemäß § 13a Absatz 5 SGB VI

Das Fallmanagement der DRV soll alle Versichertengruppen erreichen. Insbesondere bei versicherten Personen mit besonders komplexen Bedarfslagen, bei denen eine besondere fachliche oder methodische Expertise erforderlich ist, kann das Fallmanagement als Teilhabeleistung von externen Anbietern erbracht werden. Dies ist insbesondere der Fall bei

- Sprachbarrieren,
- Kognitiven oder Sinneseinschränkungen,
- Der Notwendigkeit erkrankungsspezifischer Kenntnisse (zum Beispiel neuropsychologische Kompetenz oder besondere Kompetenz bei Abhängigkeitserkrankungen),
- Der Notwendigkeit von Kenntnissen über spezifische Versorgungsstrukturen,
- Der Erforderlichkeit einer aufsuchenden Beratung und Begleitung.

Darüber hinaus kann es für Einzelfälle erforderlich sein, auf besondere Erfahrungen oder Spezialisierungen zurückzugreifen.

Zulassung externer Anbieter

Externe Anbieter beantragen für die Durchführung eines Fallmanagements für besonders komplexe Bedarfskonstellationen eine Zulassung bei der DRV. Voraussetzung für eine Zulassung ist die zusätzlich benötigte fachliche und methodische Expertise für Versichertengruppen, die die Träger der Rentenversicherung selbst nicht vorhalten kann. Grundlage für die Zulassung ist dieses Rahmenkonzept. Die Zulassung erfolgt unter Berücksichtigung der Grundsätze der Transparenz, der Gleichbehandlung, der Nichtdiskriminierung und der Verhältnismäßigkeit. Mit der Zulassung wird dem Anbieter keine Inanspruchnahme oder Belegung garantiert.

Die Träger stimmen sich hinsichtlich der Zulassung externer Anbieter untereinander ab. Im Ergebnis kann ggf. eine gemeinsame Bekanntmachung zur Veröffentlichung der erkannten Versorgungsbereiche beziehungsweise spezifischen Zielgruppen erfolgen. Anträge auf Zulassung können jedoch auch unabhängig von veröffentlichten Bekanntmachungen gestellt werden.

Bei Anträgen auf Zulassung übernimmt der jeweils angesprochene Rentenversicherungsträger die Federführung, prüft die Anforderungen und entscheidet, ob und für welche Zielgruppen ein Anbieter ein Fallmanagement für die DRV erbringen darf. Anschließend ist eine zeitnahe Zulassung vorzunehmen. Die Zusammenarbeit zwischen dem Rentenversicherungsträger und den Anbietern wird schriftlich geregelt. Die Zulassung gilt für alle beantragten Standorte des Anbieters.

Sollte der angesprochene Rentenversicherungsträger nicht zuständig sein, weil die beantragten Standorte nicht in seiner regionalen Verantwortung liegen, so leitet er den Antrag an den zuständigen Rentenversicherungsträger weiter. Dies gilt auch für den Fall, dass beantragte Standorte sowohl im eigenen als auch in einem anderen Zuständigkeitsbereich liegen, mit dem Zusatz, dass der angesprochene Träger bei Vorliegen der geforderten Anforderungen alle Standorte in seinem Bereich zulässt und die weiteren Träger über die Zulassung informiert. Auf dieser Grundlage müssen die weiteren

Rentenversicherungsträger eine Zulassung für Standorte in ihrem Zuständigkeitsbereich aussprechen.

Über die erteilten Zulassungen informiert der federführende Rentenversicherungsträger alle weiteren in der Region betroffenen Rentenversicherungsträger. Diese müssen die Zulassung der jeweiligen Anbieter anerkennen.

Die Zulassungen werden innerhalb der DRV in einer Datenbank veröffentlicht, die im Rahmen der Inanspruchnahme im Einzelfall genutzt werden kann, um Informationen zu verfügbaren Angeboten für definierte Zielgruppen zu erhalten.

Kriterien der Zulassung

Es muss ein Konzept eingereicht werden, das Informationen zum Anbieter selbst, eine Beschreibung der Durchführung des Fallmanagements sowie den Nachweis der nötigen strukturellen und fachlichen Anforderungen beinhaltet.

Die Anforderungen an Qualifikationen der externen Fallmanager*innen entsprechen grundlegend jenen der Erbringung innerhalb der DRV.

Ein Fallmanagement bei spezifischen Zielgruppen erfordert besondere fachliche Kompetenzen, die entsprechend durch Weiterbildungen und/oder berufliche Vorerfahrungen in der Begleitung der jeweiligen Zielgruppe erworben wurden. Nachweise sind vorzuhalten und bei Prüfungen auf Anfrage zur Verfügung zu stellen.

Die Beratung und Begleitung findet vorzugsweise in Präsenz, wenn nötig auch über andere Kommunikationsformate statt. Die Begleitung ist bezüglich Art, Ort und Zeit möglichst so auszugestalten, dass sie für die Versicherten mit der jeweiligen individuellen Situation (Wohnumfeld, berufliche Situation) zu realisieren ist.

Die DRV legt Wert auf Personenkontinuität in der Begleitung von Versicherten. Der Anbieter hat hierzu die notwendigen Vorkehrungen zu treffen.

Betreuungsschlüssel und Fallaufkommen

Ein*e Fallmanager*in muss in der Lage sein, die individuellen Bedürfnisse und die Komplexität des jeweiligen Falls zu berücksichtigen. Die notwendige Betreuung kann sich bei komplexeren Fällen oder bei Versicherten mit besonderen Bedürfnissen intensivieren.

Räumliche und weitere Ausstattung

Die räumliche Ausstattung muss so bemessen und beschaffen sein, dass ein Fallmanagement-Angebot qualifiziert umgesetzt werden kann. Es müssen der Zielgruppe angemessene Räumlichkeiten für Einzelgespräche und Gespräche mit Angehörigen oder Bezugspersonen vorhanden sein. Der Beratungsort sollte mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar sein. Der Anbieter verpflichtet sich, die notwendige materielle Ausstattung, inklusive Hard- und Software, zur Fallbearbeitung bereit zu stellen.

Dokumentation und Abrechnung

Der Anbieter verfügt über ein standardisiertes Dokumentationssystem in dem Einzelgespräche, Maßnahmeplanung und -fortschreibung und die Dauer der jeweiligen Gespräche bzw. Kontakte festgehalten werden (im Sinne einer (digitalen) Teilnehmendenakte).

Datenschutz und IT-Sicherheit

Die Anforderungen des Datenschutzes werden jederzeit durch den Anbieter eingehalten. Vorgaben zum Datenschutz sind in einen Mustervertrag aufzunehmen. Es sind die Anforderungen des Sozialdatenschutzes und des Sozialgeheimnisses zu beachten (§ 78 SGB X und § 35 SGB I). Der Leistungserbringer hält hierfür detaillierte Beschreibungen und Prozesse vor (Kapitel 5.5). Der Anbieter setzt die gesetzlich vorgeschriebenen IT-Sicherheitsmaßnahmen um.

Qualitätsmanagement

Der Anbieter verfügt über ein internes Qualitätsmanagement- und Beschwerdesystem. Interne Qualitätsüberprüfungen finden regelmäßig statt.

5.3 Rahmenbedingungen der externen Inanspruchnahme

Die Rahmenbedingungen des externen Fallmanagements orientieren sich an der internen Erbringung, soweit dies nicht im Folgenden anderweitig beschrieben ist. Das externe Fallmanagement kann direkt zu Beginn des Fallmanagement-Prozesses starten. Allerdings kann auch eine Beauftragung externer Anbieter im laufenden Fallmanagement-Verfahren erfolgen, wenn beispielsweise im Einzelfall deutlich wird, dass die Nutzung besonderer Kompetenzen dies erforderlich machen.

Im Verlauf der externen Erbringung kann wiederum auch ein Übergang in das rentenversicherungseigene Fallmanagement angezeigt sein. Ein möglicher Anlass ist zum Beispiel die Bewilligung eines LTA-Antrags.

Die Beauftragung erfolgt für die Dauer von bis zu 12 Monaten. Sie umfasst maximal 30 Zeitstunden für persönliche Gespräche und Kontakte mit der oder dem Versicherten sowie gegebenenfalls Dritten, Fahrtzeiten für die/den Fallmanager*in sowie für Dokumentationsaufwände. Der zwölfmonatige Bewilligungszeitraum beginnt am Tag des Erstgesprächs im externen Fallmanagement. In begründeten Einzelfällen kann davon abgewichen werden.

Muss durch einen Umzug ein Wechsel im Fallmanagement durchgeführt werden, wird der zuständige Rentenversicherungsträger eingebunden. Er unterstützt dabei, die Versorgungssituation übergangsweise zu sichern und bei der Suche nach einer/ einem neuen Fallmanager*in. Die Modalitäten sind unter den beim Wechsel beteiligten Rentenversicherungsträgern und der versicherten Person mit deren Einwilligung über den Zweck und den Zeitraum abzustimmen. In der Regel erhöht sich der Umfang oder die Dauer des Angebots damit nicht.

Bei der Beendigung ist stets das Abschlussprozedere (Kapitel 5.4) durchzuführen. Bei Wechsel zu einem anderen Anbieter oder Übergängen in das interne Fallmanagement stellt der Anbieter der/dem neuen Fallmanager*in alle notwendigen Unterlagen und Informationen in einer Übergabe zur Verfügung. Eine Zustimmung der versicherten Person ist bei Wechseln zwischen Anbietern vorab erforderlich.

5.4 Ablauf und Abschluss des externen Fallmanagements

Nach Übermittlung des Überleitungsbogens von der zuweisenden Stelle (bspw. Reha-Einrichtung) wird ein Entscheidungs- und Zuweisungsverfahren beim zuständigen Rentenversicherungsträger initiiert. Die Inanspruchnahme eines externen Anbieters kann sowohl zu Beginn als auch im Verlauf des Fallmanagementprozesses erfolgen. Der Rentenversicherungsträger teilt in dem Fall die Beauftragung beziehungsweise Kostenübernahme an die oder den Versicherten mit. Zudem werden Kontaktdaten

einer Ansprechperson innerhalb der Rentenversicherung mit angeben, um bei Rückfragen Hilfestellungen zu gewährleisten.

Wird ein externes Fallmanagement nach § 13a Absatz 4 SGB VI durchgeführt, benennt der zuständige Rentenversicherungsträger einen externen Anbieter und teilt diesen der versicherten Person mit. Die versicherte Person nimmt eigenständig mit diesem Anbieter schriftlichen oder telefonischen Kontakt auf.

Wird ein externes Fallmanagement gemäß § 13a Absatz 5 SGB VI durchgeführt, weist der zuständige Rentenversicherungsträger auf alle für den individuellen Bedarf geeigneten und zugelassenen Anbieter im Einzugsgebiet hin. Den Versicherten wird im Falle mehrerer verfügbarer Anbieter so die Möglichkeit gegeben eine Wahl zu treffen. Die versicherte Person sucht proaktiv Kontakt zu dem bevorzugten Anbieter.

Bei möglichen Hürden in der Anbieterauswahl oder Kontaktaufnahme bzw. offenen Fragen sollte der Rentenversicherungsträger unterstützen.

Nach Kontaktaufnahme mit einem externen Anbieter durch die versicherte Person wird in einem gemeinsamen Aufnahmegespräch geklärt, ob beziehungsweise wie das Fallmanagement durchgeführt wird. Die versicherte Person unterschreibt eine Einwilligung zur Datenverarbeitung. Im Anschluss wird bei Einvernehmen eine Beginnmitteilung von dem externen Anbieter an den zuständigen Rentenversicherungsträger gesendet. Kontaktdaten der zuständigen Fallmanager*in werden beigefügt. Auf Basis dieser Informationen dokumentiert der Rentenversicherungsträger die Leistung im Konto des/der Versicherten.

Die Steuerungsverantwortung liegt auch bei einer externen Beauftragung beim zuständigen Rentenversicherungsträger. Die individuelle Beratung und Begleitung im Fallmanagement auf Umsetzungsebene liegen weiter bei dem beauftragten Anbieter. Die Dokumentation wird in einer (digitalen) Teilnehmendenakte festgehalten.

Die Abrechnung erfolgt entsprechend der Festlegung zwischen dem zuständigen Rentenversicherungsträger und dem externen Anbieter im Falle einer Leistung nach § 13a Absatz 5 SGB VI unter Nutzung des einheitlichen Abrechnungsformulars der DRV. Die Modalitäten der Abrechnungen nach § 13a Absatz 4 SGB VI erfolgen im Rahmen der Beauftragung. Als Begründung der abgerechneten Kosten ist eine Teilnahmebestätigung des/der Versicherten vom externen Anbieter erforderlich. Zusätzlich wird die Abschlussdokumentation übermittelt.

5.5 Datenschutz

Die externen Fallmanagement-Anbieter verpflichten sich, die Bestimmungen zum Schutz personenbezogener Daten nach der DSGVO, insbesondere auch zum Schutz von Sozialdaten nach dem SGB X sowie ggf. weitere einschlägige bundes- oder landesrechtliche Vorschriften zum Datenschutz einzuhalten.

Die externen Anbieter informieren die Versicherten darüber, dass und welche personenbezogenen Daten erhoben, weiterverarbeitet, gespeichert und der DRV übermittelt werden. Dabei werden nur solche Daten erhoben und weiterverarbeitet, die für die Durchführung der Leistungen oder zur Erreichung des Leistungsziels erforderlich sind.

Die externen Anbieter verpflichten sich, ihre Mitarbeiter*innen durch Einholung unterschriebener Verpflichtungserklärungen an die Wahrung der Vertraulichkeit zu binden.

Die Anbieter weisen beteiligte Dritte schriftlich auf die Wahrung der Vertraulichkeit und Freiwilligkeit hin. Sie nehmen Kontakt zu beteiligten Dritten nur nach vorheriger schriftlicher Zustimmung des beteiligten Dritten und der versicherten Person auf.

6. Zusammenarbeit mit anderen Akteuren

So unterschiedlich die Bedarfslagen der Versicherten in einem Fallmanagementkontext sein können, so vielfältig ist der Bedarf an einem breiten Netzwerk, welches durch das Fallmanagementverfahren einbezogen wird. Ein Netzwerk zu bilden und vorzuhalten ist immer dann zwingend erforderlich, wenn die Teilhabe- und Unterstützungsbedarfe der Person im Fallmanagement nur durch weitere Leistungserbringer oder Beratungsangebote (Rehabilitationsträger, Leistungsträger, Organisationen, privatwirtschaftlich orientierte Einrichtungen etc.) zu lösen sind.

Netzwerkarbeit ist ein essenzieller Bestandteil der Arbeit von Fallmanager*innen, um bedarfsbezogen, aber auch regelhaft unterstützende Partner einzubeziehen. Netzwerkpartner können sich sowohl innerhalb der Rentenversicherung als auch außerhalb befinden. In der individuellen Fallbegleitung können ein oder mehrere Anbieter aus dem Netzwerk in vielschichtigen Konstellationen eingebunden sein. Dabei ist zu beachten, dass in jedem Fall die Steuerungshoheit bei dem/der zuständigen Fallmanager*in verbleibt und die Fallbetreuung nicht auf unterstützende Partner delegiert werden kann.

Netzwerkstrukturen sowie die Formen der Zusammenarbeit unterscheiden sich je nach Stand der Fallbearbeitung. Zieht man den zugrundeliegenden Case Management-Regelkreis hinzu, lassen sich die Unterschiede konkret herausstellen. In der ersten Phase geht es insbesondere um die Aufnahme in einen Fallmanagementkontext. Unterstützende Partner agieren hier häufig in Form eines Zugangsweges, sofern ein potenzieller Fallmanagementbedarf festgestellt worden ist. In der zweiten Phase, der Bedarfsermittlung, werden Netzwerke insbesondere dazu genutzt, um ein übergreifendes und umfassendes Assessment zu ermöglichen. In der Phase der Reha- bzw. Teilhabeplanung wird bspw. die fachliche Expertise der unterstützenden Partner benötigt und abgerufen. In dieser Phase werden die unterstützenden Partner zu aktiv tätigen Akteuren.

Die aktive Rolle und Einbindung der versicherten Person im Fallmanagement stellt in der gesamten Netzwerkarbeit eine grundsätzliche Voraussetzung dar. Daraus folgend kann eine Zusammenarbeit mit unterstützenden Partnern im Fallmanagement nur gemeinsam mit der versicherten Person und nach ihrer Zustimmung zum Inhalt, der Form, dem Umfang sowie zu den Zuständigkeiten erfolgen.

6.1 Fallabhängige und fallunabhängige Netzwerke

Bei der Durchführung von Fallmanagement wird zwischen fallabhängigen und fallunabhängigen Netzwerken unterschieden.

Bei fallabhängigen Netzwerken geht es um die Kooperation im konkreten Einzelfall auf Grundlage des festgestellten Teilhabe- und Unterstützungsbedarfs. Die systematische Zusammenarbeit und die Organisation aller Beteiligten im Sinne der Zielerreichung für den Einzelfall stehen im Vordergrund. Fallkonferenzen oder Fallbesprechungen können häufig gewählte Mittel der Fallmanager*innen zur Beratung von Reha- und Teilhabeplänen oder zum Informationsaustausch sein. Als unterstützende Partner können Sozialleistungsträger, Vertreter medizinischer oder beruflicher Rehabilitationseinrichtungen, Arbeitgeber*innen, weitere Beratungsstellen und Personen sowie Institutionen aus dem sozialen Umfeld der versicherten Person eingebunden werden. Auch rentenversicherungsinterne Netzwerkpartner sind bedarfsbezogen einzubeziehen.

Fallunabhängige Netzwerke werden durch die regelhafte Zusammenarbeit mit unterstützenden Partnern definiert, welche Leistungen in Bezug auf die gemeinsame Zielerreichung erbringen. Ziel ist es, hürdenfreie und schnell zugängliche Angebotsstrukturen für größere Personengruppen mit homogenen Teilhabe- und Unterstützungsbedarfen zu schaffen. Mittel- und langfristige Kooperationsvereinbarungen ermöglichen Verbindlichkeit und sichern die Zuweisungsqualität und -menge der gewünschten Zielgruppe. Weiterhin werden Ressourcen in der Einzelarbeit geschont, weil auf verfügbare Regelpfade und definierte Prozesse zurückgegriffen werden kann. Um dies sicherzustellen, schließen die Rentenversicherungsträger mittel- bis langfristige Vereinbarungen über die Art und Weise der Zusammenarbeit. Fallunabhängige Netzwerke stellen den Rahmen für die fallabhängige Netzwerkarbeit dar. Fallunabhängige Netzwerkstrukturen eignen sich insbesondere in der Zusammenarbeit mit anderen Sozialleistungsträgern, Trägern der medizinischen und beruflichen Rehabilitation sowie weiteren regelhaft genutzten Netzwerkpartnern.

Im Fachkonzept sind potenziell unterstützende Partner und deren etwaigen Aufgaben im Fallmanagement ausführlich beschrieben. In jeder Fallmanagementbegleitung sollten Arbeitgebende einbezogen werden. Ohne diese erscheint eine Integration zurück in den Arbeitskontext erschwert.

6.2 Aufgaben der Rentenversicherungsträger

Rentenversicherungsträger haben die Verantwortung, stabile fallunabhängige Netzwerkstrukturen aufzubauen. Insbesondere (über-) regionale und trägerübergreifende Netzwerke sind für die regelhafte Nutzung von unterstützenden Partnern zur Versorgung homogener Bedarfsgruppen zu schaffen.

Andauernde Netzwerkpartnerschaften werden durch den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen oder auch gegenseitige Absichtserklärungen gegründet. Es können unter Rehabilitationsträgern (Sozialleistungsträgern) auch Verfahrensabsprachen geschlossen werden. Hierzu stimmen sich die Rentenversicherungsträger untereinander ab und etablieren sowohl überregional als auch im regionalen Setting gemeinsame Absprachen.

Die strategischen Ebenen der Rentenversicherungsträger sind für den Aufbau von fallunabhängigen Netzwerkstrukturen verantwortlich. Bei bundesweiten Vereinbarungen mit Netzwerkpartnern liegt die Zuständigkeit im Grundsatz- und Querschnittsbereich der DRV Bund. Gemeinsame Absprachen und Vorgehensweisen werden von den in der jeweiligen Region tätigen Rentenversicherungsträgern getroffen. Die Träger informieren sich

untereinander, sobald vertragliche Beziehungen zu Netzwerkpartnern existieren bzw. sich ändern. Für die operative und nachhaltige Umsetzung samt Pflege des Netzwerkes sind die Fallmanager*innen zuständig. Hierfür ist es sinnvoll, geeignete Datenbanken aufzubauen.

Verfahrensabsprachen, Kooperationen oder Vereinbarungen sollten folgende wesentliche Inhalte enthalten:

- Festlegung der Rollen, Zielgruppen und benötigter (Dienst-)Leistungen,
- Benennung fester Kontakte und Sicherstellung einer angemessenen Reaktionszeit,
- Festlegung der Kontaktwege (digital, telefonisch, schriftlich) und Verwendung von einheitlichen Dokumenten,
- Vereinbarungen zur Verlaufs- und Ergebnisdokumentation,
- Beachtung des Datenschutzes, Sozialdatenschutzes und Sozialgeheimnisses,
- Festlegungen zur regelhaften Überprüfung der Kooperationsbeziehung.

Dient die künftige Zusammenarbeit ausschließlich der Zuweisung in das Fallmanagement, sollten Vereinbarungen Folgendes enthalten:

- Begrenzung auf definierte Zielgruppe (bspw. durch Festlegung von Kriterien),
- Festlegungen zur Übermittlung,
- Sicherstellung des Datenschutzes, Sozialdatenschutzes und Sozialgeheimnisses,
- Benennung von Ansprechpersonen.

Auch sollte Teil der Vereinbarung werden, wie und in welcher Form die Zielgruppe zum Fallmanagement informiert werden soll.

Die Rentenversicherungsträger richten bundesweit IT-Strukturen für die fallbezogene Kommunikation ein. Dabei sind neben schriftlichen Austauschformaten insbesondere auch Videokonferenzsysteme mitzudenken. Im Ergebnis sollen hemmnis- und ressourcenarme Voraussetzungen geschaffen werden, die auch spontane Abstimmungen gewährleisten, um Versorgungsbrüchen in der Fallarbeit präventiv zu begegnen.

Abschließend sollten von den Rentenversicherungsträgern beauftragte Personen auf strategischer Ebene die regelmäßige Weiterentwicklung der Netzwerkstrukturen vorantreiben, um veränderten Bedarfssituationen zielgerecht begegnen zu können. Hierbei bietet sich eine enge, regionale Zusammenarbeit zwischen den Rentenversicherungsträgern an.

Auch organisationsinterne Netzwerkarbeit zwischen den Akteuren innerhalb eines Rentenversicherungsträgers ist beachtlich, wenn es um unkomplizierte und schnelle Zusammenarbeit geht und sollte auf strategischer Ebene vorangetrieben werden. Bestehende Strukturen müssten hierfür gegebenenfalls angepasst werden.

6.3 Nutzung von Netzwerken

Fallmanager*innen benötigen ausreichend zeitliche Ressourcen für den Aufbau, die Nutzung und den Erhalt von Netzwerkstrukturen. Auch für das Einberufen von oder das Teilnehmen an Netzwerkkonferenzen sind zeitliche Kapazitäten zu schaffen. In der bisherigen Praxis zeigte sich, dass diese notwendigen Netzwerkaktivitäten in der theoretischen Planung deutlich unterschätzt werden. Die Nutzung von Netzwerken kann durch die Etablierung von Beratungspfaden unterstützt werden.

7. Organisatorische Einbindung und Implementierung des Fallmanagements

Die gesetzliche Grundlage sowie die Veröffentlichung des Rahmenkonzeptes sind wichtige Voraussetzungen für die bundesweite Implementierung eines Unterstützungsangebots innerhalb der Rentenversicherung. Für eine erfolgreiche Umsetzung kommt neben der konkreten Erbringung im Einzelfall auch der strategischen Positionierung des jeweiligen Trägers zum Fallmanagement und seinen Handlungsprinzipien eine zentrale Bedeutung zu. Nur so kann das Angebot konsequent wie auch qualitativ hochwertig in die Versorgungspraxis überführt werden.

Auf operativer Ebene zielt das Fallmanagement auf die Sicherstellung der individuellen Zielerreichung und die Wiedereingliederung einer versicherten Person in Arbeit ab. Allerdings kann dies nur durch die Fallmanager*innen angemessen umgesetzt werden, wenn sie eine Organisation hinter sich haben, die in ihren Strukturen und Prozessen die zentrale Grundhaltung des zugrundeliegenden Case Management-Konzepts verinnerlicht hat. Im Fallmanagement steht der Mensch mit seinen Kontextfaktoren sowie individuellen Bedarfen und Bedürfnissen im Fokus. Eine personenzentrierte Begleitung wird gelebt.

Die organisatorische Verankerung des Fallmanagements und die Integration seiner Grundsätze in die Institution sind letztlich strategische Führungsaufgaben. Dabei ist zu beachten, dass jeder Rentenversicherungsträger über spezifische Ausgangslagen verfügt. Diese Besonderheiten sind bei der organisatorischen Umsetzung wie auch der fachlichen Durchführung zu berücksichtigen. Damit die Entwicklung gelingt, braucht es eine Mitwirkung und breite Unterstützung in mehreren Instanzen der Organisation. Dafür ist es notwendig, verschiedene Bereiche und Hierarchieebenen frühzeitig einzubinden. Nur so können die Prinzipien inklusive der Maxime des Fallmanagements wirksam in der Praxis verankert und gelebt werden. Damit wird die **Durchdringung der Organisation mit den Leitgedanken des Fallmanagements** zu einem elementaren Bestandteil einer guten Leistungserbringung.

Letztlich ist diese Durchdringung auf folgenden Ebenen erforderlich:

- Organisationsstrukturelle bzw. Verfahrensebene,
- Ebene der konkreten Leistungserbringung im Einzelfall,
- Ebene der Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit.

Es wird empfohlen, folgende Organisationsbereiche in die Umsetzung einzubeziehen:

- Geschäftsführung,
- Leitungsebene,
- Personalmanagement und Personalentwicklung,
- Grundsatzbereiche,
- Informationstechnik, weitere Servicebereiche,
- Sachbearbeitung,
- Fallmanager*innen.

Je nach spezifischer Ausgestaltung können auch weitere Bereiche wie beispielsweise der Sozialmedizinische Dienst, der Firmenservice, das Kundenservicecenter oder andere Stellen relevant werden. Die Aufgaben können hier unterschiedlich definiert sein.

Nur ein tiefes Fallmanagementverständnis und -wissen der direkt betroffenen Führungskräfte ermöglicht die fachliche Implementierung in der jeweiligen Organisation. Aus diesem Grund sollten auch die Führungskräfte der Rentenversicherungsträger entsprechend weitergebildet werden. Dabei empfiehlt es sich, sowohl Führungskräfte der operativen Ebene als auch der Leitungsebene regelmäßig weiterzubilden. Es wird die Teilnahme der jeweiligen Führungskräfte an der Weiterbildung „Fallmanagement in der Rehabilitation“ oder „Grundlagen-Fallmanagement in der Rehabilitation für Führungskräfte“ aus dem Bildungskatalog der DRV empfohlen.

Für die Implementierung und Weiterentwicklung des Fallmanagements wird ein dreistufiger Umsetzungsprozess empfohlen. Das Vorgehen soll damit sicherstellen, sowohl die strategischen als auch operativen Voraussetzungen systematisch aufzubauen.

1. Phase: Vorbereitungsphase

Die aktive Positionierung der Geschäftsführung für ein Fallmanagementangebot ist die Basis, um durch die oberste Hierarchieebene die Umsetzung von Fallmanagement in der Organisation zu verstärken. Es geht darum, frühzeitig und sichtbar deutlich zu machen, dass Fallmanagement aus strategischer Sicht gewünscht und notwendig ist.

Auf der Grundlage der Regelungen des Fallmanagement-Rahmenkonzepts sowie des Fachkonzepts sollte eine trägerspezifische Version und Vision entwickelt, wie auch kommuniziert werden. Diese liefert die Eckpfeiler für die konkrete Ausgestaltung. Sie beinhaltet neben allgemeinen Grundsätzen auch klare Vorgaben und Regelungen, die die allgemeinen Regelungen des Rahmenkonzeptes trägerspezifisch ausgestalten. Daraus lassen sich die nötigen Veränderungen in Strukturen und Prozessen (bspw. die Anpassung von Entscheidungskompetenzen der Fallmanager*innen) auf operativer Ebene (bspw. die Kriterien spezifischer Zielgruppen der externen Fallmanagement-Erbringung) sowie auf der Systemebene (etwa die konkrete Zusammenarbeit mit Netzwerkpartnern) ableiten.

Der Einbezug aller relevanten Akteure und betroffenen Bereiche der Rentenversicherung ist hierbei essenziell. Aber auch allgemeine Informationen an Bereiche, die nicht direkt betroffen sind, werden empfohlen. Diese Form der internen Kommunikation könnte auch in späteren Phasen, etwa bei relevanten Anpassungen des Verfahrens, zum Einsatz kommen. Unabhängig davon sollten auch externe Akteure, die von der Fallmanagement-Einführung sowie Umsetzung betroffen sind (z. B. zuweisende Reha-Einrichtungen), frühzeitig und regelmäßig informiert oder einbezogen werden.

2. Phase: Umsetzungsphase

Die Umsetzungsphase ist gekennzeichnet durch die Implementierung der verteilten Rollen und Aufgaben in die bestehenden Strukturen und Prozesse. Das entwickelte Konzept wird in die Organisation ausgerollt. Diese Integration ist besonders effektiv, wenn erfahrene Schlüsselpersonen mit Verantwortlichkeiten und Entscheidungskompetenzen ausgestattet werden. Sie setzen strategische Vorgaben um, kommunizieren Änderungen im Haus und nehmen entscheidende Akteure für den jeweiligen Prozessschritt mit. Eine gelingende Koordination zwischen der Entscheider- und operativen Ebene ist eine Grundbedingung hierfür.

Wichtig ist, dass die erfolgreiche Fallmanagement-Durchführung nicht nur eine Wissens- und Kompetenzvermittlung bei den zukünftigen Fallmanager*innen erfordert. In dieser Phase sollten auch notwendige und bedarfsgerechte Schulungen für aktiv am Prozess beteiligte Mitarbeitende und Führungskräfte in der Verwaltung ebenso wie in Servicebereichen erfolgen.

Ziel ist, dass alle in der Organisation dasselbe Grundverständnis davon haben, was Fallmanagement ist und was damit erreicht werden soll.

3. Phase: Verstetigungsphase

Die Verstetigungsphase ist dadurch gekennzeichnet, die bisherige Umsetzung zu reflektieren und ggf. Anpassungen vorzunehmen. Neben weiterhin notwendigen personellen Ressourcen und Qualifikationsmaßnahmen sollte auch die digitale Unterstützung der Fallmanagement-Prozesse immer wieder beleuchtet werden.

Prozesse und Strukturen sind so aufzubauen, dass diese personenunabhängig funktionieren. Daher gehört in die Verstetigungsphase auch das Management von Handlungswissen sowie bspw. auch Vertretungsregelungen. Damit Abteilungen und Bereiche in der Verwaltung souverän handlungsfähig sind und die Zielstellung des Fallmanagements im Einzelfall unterstützen, sind regelmäßige Schulungen zu den Grundlagen des Fallmanagements sinnvoll. Austauschformate zwischen verschiedenen Rentenversicherungsträgern helfen, neue Erkenntnisse und Erfahrungen zu teilen. Dies stärkt Synergien bspw. im gemeinsamen Vorgehen zur fallunabhängigen Netzwerkarbeit in der Region.

Ein solchermaßen schrittweises wie auch systematisches Vorgehen schafft Orientierung in der Umsetzung und ermöglicht gezielte sowie effiziente Anpassungen im weiteren Verlauf. Sie fördert die Akzeptanz auf allen Ebenen.

8. Qualitätssicherung

Die gesetzliche Rentenversicherung ist verpflichtet, ihre Leistungen zur Teilhabe qualitätszusichern (§ 37 SGB IX). Für die medizinische Rehabilitation sowie Bildungsleistungen im Rahmen beruflicher Rehabilitation existiert hierfür ein bei der Rentenversicherung angesiedeltes, also einrichtungsexternes Programm zur Qualitätssicherung (QS). In diesem werden regelhaft Struktur-, Prozess- und Ergebnisparameter erfasst. Die aufbereiteten Daten gelangen als Rückmeldung im Rahmen von Ergebnisberichten an die Einrichtungen und Anbieter. Auch für die Leistungen zur Prävention wird aktuell ein solches QS-Programm erarbeitet.

Die QS der Rentenversicherung dient primär einer kontinuierlichen Überprüfung der Qualität der Leistungen und ihrer Optimierung. Eingesetzt werden dazu z.B. Qualitätsdialoge zwischen den Rentenversicherungsträgern und den externen Anbietern. Das Fallmanagement ist im Kern als Beratung und Begleitung der Versicherten im Rahmen des Reha-Prozesses und damit als originäre Aufgabe der Rentenversicherungsträger zu verstehen. Nur in bestimmten Fallgestaltungen wird sie auch als Teilhabeleistung (durch beauftragte externe Anbieter) erbracht.

Unabhängig von der Art der Erbringung ist es jedoch sinnvoll, die Qualität im Fallmanagement strukturiert zu erheben und zu bewerten. Dies könnte einerseits wichtige Informationen im Rahmen der initialen Implementierung liefern, andererseits jedoch auch in der Routine die Qualität der Beratung und Begleitung einer Bewertung sowie Überprüfung zuführen. So kann überprüft werden, ob die in diesem Rahmenkonzept und im zugehörigen Fachkonzepten niedergelegten fachlichen Anforderungen in der konkreten Fallmanagement-Praxis sowohl durch die Rentenversicherung als auch durch die externen Anbieter erfüllt werden. Zusätzlich können QS-Daten eine wichtige Grundlage zur Überprüfung von Zulassungen sein. Und last but not least dient die QS auch einer permanenten Weiterentwicklung des Angebotes.

Die bereits etablierte Differenzierung in Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien in der Rentenversicherung sollte auch im QS-Konzept für das Fallmanagement verwendet werden. Hierbei muss zwischen rentenversicherungsübergreifenden und trägerspezifischen Instrumenten unterschieden werden.

Rentenversicherungsträgerübergreifende Instrumente sollten sein:

- Analyse zur Ausbildung / zu den Kompetenzen der eingesetzten Fallmanager*innen in der Rentenversicherung,
- Erfassung der Anzahl von Fallmanagement-Fällen,
- Erfassung Art der Erbringung,
- Periodische (jährliche) statistische Auswertung der Fallmanagement-Dokumentation zum Ergebnis des Fallmanagements (Zielerreichung, berufliche Wiedereingliederung),
- Teilnehmendenbefragung zur Zufriedenheit und Qualität in der Beratung.

Rentenversicherungsträgerspezifische Instrumente wären:

- Stichprobenhafte Analyse der Abschlussberichte bzw. Reha- und Teilhabepläne,
- Beschwerdemanagement,
- Hospitationen bei externen Anbietern,
- Feedbackrunden bzw. Supervisionen der Fallmanager*innen.

Die Rentenversicherung wirkt darauf hin, die genannten rentenversicherungsträgerübergreifenden Instrumente zu entwickeln und in die Routine der externen Qualitätssicherung zu integrieren. Die Rentenversicherungsträger selbst sind aufgefordert, geeignete Maßnahmen für eine trägerspezifische Qualitätssicherung zu ergreifen und sich hierzu regelhaft auszutauschen, aber auch – bspw. im Falle von Hospitationen – abzustimmen und bei Bedarf gemeinsam zu gestalten.

9. Übergangsphase zur Implementierung des Fallmanagements

Es ist geplant, die aktuelle Fassung dieses Rahmenkonzeptes mit Wirkung zum **1. April 2026** zu verabschieden. Das Fallmanagement der Rentenversicherung sollte anschließend auf der Grundlage der hier niedergelegten Vorgaben und Vorschläge regelhaft und in kontinuierlicher Abstimmung aller Rentenversicherungsträger untereinander in die Praxis implementiert werden. Da Aspekte wie die

- Entwicklung wichtiger Instrumente,
- Anpassung der (digitalen) Verfahren in der Rentenversicherung sowie der Aufbau einer geeigneten Struktur,

sehr aufwändig sein werden und Zeit erfordern, sollte die Implementierung ab dem **1. April 2026** für mindestens weitere drei Jahre in einer Übergangsphase schrittweise erfolgen.

Die Implementierungsphase ist durch die Projektgruppe Fallmanagement und Begleitung (PGFMB) zu steuern, um eine geeignete Kommunikationsstruktur zwischen den Rentenversicherungsträgern sicherzustellen. Anschließend ist eine strukturierte und ggf. extern durchgeführte Evaluation der Implementierung des Fallmanagements empfohlen, um die aus der Implementierung gewonnenen Erkenntnisse wiederum in einer Überarbeitung des Rahmenkonzeptes und seiner Anlagen zu nutzen.

Viel Spaß dabei!



Deutsche
Rentenversicherung