

Abschlussbericht

im Projekt

„Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“

Auftragnehmer:

Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung
an der Universität Ulm

Projektleitung: Dr. Rainer Kaluscha, Prof. Dr. G. Krischak
Projektmitarbeit: Lucia Schmid
Projektpartner: Prof. Dr. Peter Löcherbach (Kath. Hochschule Mainz)
Prof. Dr. Christian Rexrodt (Hochschule Bonn-Rhein-Sieg)
Prof. Dr. Edwin Toepler (Hochschule Bonn-Rhein-Sieg)

Im Auftrag

der Deutschen Rentenversicherung Bund
– Forschung zu Rehabilitation und Erwerbsminderung

Projektlaufzeit

Oktober 2015 bis September 2017

Bad Buchau, den 30.09.2017

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis.....	6
Tabellenverzeichnis.....	7
Zusammenfassung.....	8
1 Hintergrund	10
2 Konzeption des Projektes und Projektverlauf	11
3 Bestandsaufnahme	12
3.1 Literaturrecherche	12
3.1.1 Methodik	12
3.1.2 Ergebnisse.....	19
3.1.3 Diskussion	34
3.2 Trägerbefragung	36
3.2.1 Methodik	36
3.2.2 Ergebnisse.....	38
3.2.3 Diskussion	56
3.3 Fazit.....	57
4 Konzeptentwicklung	59
4.1 Fokusgruppen	59
4.1.1 Methodik	59
4.1.2 Ergebnisse.....	60
4.1.3 Fazit.....	71
5 Expertenworkshops.....	71
6 Zusammenfassung des Fallmanagementkonzeptes.....	73
6.1 Fallmanagementdefinition	73
6.2 Fallbezogene Vorgehensweise	74
6.3 Systemebenen	76
7 Ausblick.....	77
8 Literaturverzeichnis	78
Anhang.....	82

Präambel: Aus Gründen der Vereinfachung wird im folgenden Text die männliche Form verwendet, die jeweiligen Begriffe gelten jedoch in der männlichen und weiblichen Form entsprechend.

Abkürzungsverzeichnis

BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BTHG	Bundesteilhabegesetz
CMB	Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen
ICF	Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
IG	Interventionsgruppe
KG	Kontrollgruppe
LTA	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
MBOR	Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation
RTW	return to work (Wiedereingliederung in den Beruf)
SGB	Sozialgesetzbuch

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitlicher Ablauf des Projektes „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Abbildung 2: Erzielte Treffer aus den Literaturlatenbanken	20
Abbildung 3: Studiendesigns der Veröffentlichungen	21
Abbildung 4: Anzahl der Veröffentlichungen nach Probandenanzahl in der Interventions- gruppe	22
Abbildung 5: Anzahl der Veröffentlichungen nach Ländern	23
Abbildung 6: Anzahl an Träger nach Entscheidungskompetenz der beschäftigten Reha(fach)berater	42
Abbildung 7: Anzahl der Träger entsprechend der Angaben zur Umsetzung von Fallmanagement.....	44
Abbildung 8: Anzahl der vorliegenden Konzepte nach Zielgruppe (erkrankungsspezifisch versus erkrankungsübergreifend)	45
Abbildung 9: Anzahl der Nennungen zu einbezogenen externen Dienstleistern	49

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verknüpfung der Schlagworte zur Suche in den Literaturdatenbanken	13
Tabelle 2: Berücksichtigte Schreibweisen der deutschen Schlagwörter	14
Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien der Literatursuche	17
Tabelle 4: Vorgehensweise der Quellenselektion nach Datenbestand	17
Tabelle 5: Treffer in den Kongressbänden, der Advanced-Google-Search und als Beifang	20
Tabelle 6: Charakteristik der Fallmanagementkonzepte	25
Tabelle 7: Aufgaben der Reha(fach)beratung	39
Tabelle 8: Anzahl der Nennungen zu den wichtigsten Kriterien zur Auswahl von Versicherten für das Fallmanagement	46
Tabelle 9: Anzahl der Nennungen der regelhaft ins Fallmanagement einbezogenen Akteure	49
Tabelle 10: Geschätzter der Bedarf an Fallmanagement in verschiedenen Zielpopulationen	51
Tabelle 11: Kategorien und Beispielnennungen zu Zielgruppen für ein Fallmanagement	51
Tabelle 12: Kategorien und Beispielnennungen zum Nutzen von Fallmanagement	53
Tabelle 13: Fallmanagementrelevante Daten und Dokumente nach Fallmanagement -Phasen.....	68

Zusammenfassung

Hintergrund:

Entwicklungen, wie der demografische Wandel und die sich verändernden Arbeitsbedingungen, stellen neue Anforderungen an die Beschäftigten und damit auch an die Leistungen der Rentenversicherung. Insbesondere bei Versicherten mit komplexen Problemlagen bietet Fallmanagement eine intensive persönliche Begleitung sowie eine Koordination der notwendigen Maßnahmen. Bereits heute werden bei verschiedenen Rentenversicherungsträgern Fallmanagementkonzepte umgesetzt. Diese unterscheiden sich jedoch deutlich voneinander.

Ziel:

Im Fokus des Projektes stand die Ausarbeitung eines Fallmanagementkonzeptes, das bei allen Rentenversicherungsträgern angewendet werden kann. Dieses Konzept sollte die jeweiligen Besonderheiten der einzelnen Träger berücksichtigen, aber dennoch einen gemeinsamen Rahmen für das Fallmanagement der Rentenversicherung bilden.

Methodik:

Das Projekt wurde in zwei Projektphasen umgesetzt. Zunächst wurde im Rahmen einer Bestandsaufnahme eine systematische Literaturrecherche zum Themengebiet Fallmanagement durchgeführt. Des Weiteren erfolgten in dieser Phase eine Befragung der Rentenversicherungsträger mittels Fragebogen sowie Expertengespräche mit einzelnen Trägern. Die zweite Projektphase der Konzeptentwicklung startete mit der Durchführung von Fokusgruppendifkussionen zu unterschiedlichen Themengebieten des Fallmanagements. Diese setzten sich sowohl aus Vertretern der Rentenversicherungsträger als auch aus externen Experten zusammen. Im Anschluss erfolgte die eigentliche Erarbeitung des Konzeptes auf Basis der Informationen aus der Bestandsaufnahme und den Fokusgruppen. Begleitend zum Projekt wurden drei Expertenworkshops mit Vertretern der Rentenversicherungsträger durchgeführt. Auf diese Weise wurden die Träger in die Entwicklung des Fallmanagementkonzeptes einbezogen.

Konzept:

Zentrale Elemente des Fallmanagements sind entsprechend der Fallmanagementdefinition der Rentenversicherung die klare Fokussierung auf die Erhaltung und Wiedererlangung der beruflichen Teilhabe sowie die Forderung nach der Umsetzung einer ausdrücklich am individuellen Bedarf ausgerichteten und personenorientierten Vorgehensweise. Des Weiteren ist die Verankerung des Fallmanagements auf der Organisationsebene der Rentenversiche-

Träger sowie die Einbindung in ein funktionierendes Netzwerk aus Leistungserbringern, Sozialleistungsträgern und weiteren Partnern, die den (Wieder-)Eingliederungsprozess unterstützen können, elementar. Die Umsetzung des Fallmanagements auf Einzelfallebene erfolgt in drei Intensitätsstufen. Stufe 1 ist auf Versicherte mit geringem Unterstützungsbedarf ausgerichtet, während Stufe 3 sich an Versicherte mit umfangreichem Unterstützungsbedarf wendet.

Fallmanagement wird in den Phasen Fallidentifikation (1), Bedarfsermittlung (2), Reha-Planung (3), Überwachung und Steuerung der Leistungen (4) sowie Abschluss und Evaluation des Einzelfalls (5) umgesetzt. Besonderer Wert bei der Begleitung des Versicherten wird auf eine ganzheitliche und ressourcenorientierte Vorgehensweise bei der Fallidentifikation und Bedarfsermittlung gelegt. Zentrales Instrument des Fallmanagements stellt der Reha-Plan dar, auf dessen Basis die notwendigen Maßnahmen geplant und die Überwachung und Steuerung der Leistungen stattfindet. Abgeschlossen wird das Fallmanagement der Rentenversicherung, wenn die vereinbarten Ziele erreicht sind oder die berufliche Teilhabe bei ungünstigem Verlauf nicht mehr als realistisches Ziel angesehen werden kann. In diesem Fall sind andere Unterstützungsmöglichkeiten vor Abschluss des Fallmanagements zu erörtern.

Die Ebenen Organisation und Netzwerk sind wichtige Bestandteile des Fallmanagements. Auf Organisationsebene müssen Strukturen und Prozesse kritisch reflektiert und möglicherweise neu geregelt werden. Auch die Qualitätssicherung ist auf dieser Ebene angesiedelt. Diese erfolgt auf Basis von sechs Qualitätsindikatoren auf den Ebenen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Neben der Organisationsebene gilt es im Weiteren stabile Netzwerkstrukturen mit klaren Vereinbarungen aufzubauen. Netzwerkpartner stellen beispielsweise Leistungserbringer, Sozialleistungsträger oder Beratungsstellen dar.

Ausblick:

Mit der Entwicklung des Fallmanagementkonzeptes ist ein wichtiger Schritt für eine gemeinsame Vorgehensweise der Rentenversicherungsträger im Fallmanagement umgesetzt worden. Der weitere Erfolg ist nun abhängig davon, inwieweit es den Rentenversicherungsträgern gelingt gemeinsame Elemente des Fallmanagements verbindlich zu definieren und diese in einem gemeinsamen Prozess in der Praxis zu implementieren. Zur Unterstützung dieses Prozesses wurden im Rahmen des Projektes zusätzlich zum Fallmanagementkonzept erste Empfehlungen zur Implementierung des Fallmanagements erarbeitet. In diesen wird auf zentrale Grundsätze der Implementierung hingewiesen sowie ein Grobkonzept zum Ablauf der Implementierung vorgestellt.

1 Hintergrund

Rehabilitative Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung sind auf die Erhaltung sowie die nachhaltige Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit und Selbstbestimmung ihrer Versicherten ausgerichtet. Entwicklungen wie der demografische Wandel sowie die sich verändernden Arbeitsbedingungen stellen neue Anforderungen an die Beschäftigten und damit auch an die Leistungen der Rentenversicherung. Hinzu kommt eine wachsende Bedeutung psychischer Erkrankungen. Es besteht daher die Notwendigkeit zur Erreichung des Ziels der nachhaltigen beruflichen (Wieder-)Eingliederung möglichst zeitnah, passgenau und ganzheitlich in der Beratung, Rehabilitation und Unterstützung der Versicherten vorzugehen. Eine Vorgehensweise im Sinne des Fallmanagements kann hierzu einen wichtigen Beitrag leisten. Darüber hinaus spiegeln auch die Grundsätze der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), der UN-Behindertenrechtskonvention sowie die Vorgaben des Sozialgesetzbuchs (SGB) IX (einschließlich des Bundesteilhabegesetzes (BTHG)) verschiedene Prinzipien des Fallmanagements wider und legen damit dessen Umsetzung nahe.

Insbesondere bei Versicherten mit komplexen Problemlagen kann zur Erreichung des Ziels der beruflichen (Wieder-)Eingliederung eine Unterstützung im Rahmen des Fallmanagements hilfreich sein. Das Fallmanagement bietet hier eine intensive persönliche Begleitung des Versicherten sowie eine Koordination der notwendigen Maßnahmen. Darüber hinaus bezieht Fallmanagement auch die Strukturen und Prozesse einer Organisation sowie die Arbeit im interinstitutionellen Netzwerk mit ein und unterstützt damit die Vorgehensweise im Einzelfall.

In Deutschland unterscheiden sich die aktuell im Fallmanagement umgesetzten Konzepte der verschiedenen Rentenversicherungsträger deutlich voneinander. Auf dieser Grundlage wurde das Projekt vom Arbeitskreis „Reha-Wissenschaft, Qualitätssicherung und Grundsätze“ der Deutschen Rentenversicherung initiiert und durch die Deutsche Rentenversicherung Bund zur wissenschaftlichen Bearbeitung ausgeschrieben. Im Rahmen des Projektes soll ein für alle Rentenversicherungsträger anwendbares Fallmanagementkonzept, das die jeweiligen Besonderheiten der einzelnen Träger berücksichtigt und zugleich einen gemeinsamen Rahmen für das Fallmanagement der Rentenversicherung bildet, erarbeitet werden.

Im Folgenden Abschlussbericht dieses Projektes werden die einzelnen Projektphasen die Vorgehensweise und die Teilergebnisse detailliert beschrieben. Das ausgearbeitete Fallmanagementkonzept sowie erste Empfehlungen zur Implementierung sind im Anhang des Berichtes zu finden.

2 Konzeption des Projektes und Projektverlauf

Das Projekt gliederte sich in die Projektphasen „Bestandsaufnahme“ (Oktober 2015 – Juni 2016) und „Konzeptentwicklung“ (Juli 2016 – September 2017) und umfasste insgesamt eine Laufzeit von 24 Monaten. In diesem Rahmen konnte das Projekt auch planmäßig umgesetzt werden.

In der ersten Projektphase wurde zunächst eine nationale und internationale Literaturrecherche zu Fallmanagementansätzen durchgeführt. Zudem erfolgten eine an alle Rentenversicherungsträger gerichtete Fragebogenerhebung sowie daran anschließende, ergänzende Expertengespräche mit einzelnen Rentenversicherungsträgern. Die Trägerbefragung diente der Analyse der aktuellen Praxis der Reha(fach)beratung sowie vorliegender Konzepte, Strukturen und Erfahrungen in der Umsetzung von Fallmanagement (siehe Kapitel 3).

Die zweite Projektphase umfasste zunächst die Durchführung von Fokusgruppen mit Experten der Rentenversicherungsträger sowie weiteren Akteuren aus dem Bereich der beruflichen (Wieder-)Eingliederung. In den Fokusgruppen sollten erste Impulse zur Konzeptentwicklung gewonnen werden. Daran anschließend folgte die eigentliche Ausarbeitung des Fallmanagementkonzeptes (siehe Kapitel 4).

Während der Projektlaufzeit wurden insgesamt drei Expertenworkshops unter Beteiligung von Vertretern der Rentenversicherungsträger durchgeführt. Der erste Workshop erfolgte nach Abschluss der Bestandsaufnahme im Juni 2016, der zweite Workshop wurde etwa zur Halbzeit der Konzeptentwicklung im Februar 2017 durchgeführt und der Abschlussworkshop zur Konsentierung des Konzeptes fand im Juni 2017 statt (siehe Kapitel 5). In der ursprünglichen Projektkonzeption waren lediglich der erste und der letzte Expertenworkshop im Projektverlauf vorgesehen. Nach Umsetzung des ersten Workshops entschloss sich das Projektteam aufgrund des großen Interesses und des bestehenden Diskussionsbedarfs bei den Rentenversicherungsträgern, einen weiteren Expertenworkshop etwa zur Halbzeit der Konzeptentwicklung durchzuführen. Auf diese Weise ist es gelungen, die Rentenversicherungsvertreter noch stärker in die Konzeptentwicklung einzubeziehen und damit die Akzeptanz des Konzeptes zu stärken.

Der gesamte Projektverlauf wurde durch eine Projektsteuerungsgruppe, bestehend aus dem Auftragnehmer des Projektes, dem Projektteam des Auftraggebers (Bereich Reha-Wissenschaften der Deutschen Rentenversicherung Bund) sowie drei Vertretern der Rentenversicherungsträger, begleitet. Innerhalb der Projektsteuerungsgruppe wurde auf einen engen und offenen Austausch Wert gelegt. Sowohl die Ergebnisse der Bestandsaufnahme als auch die verschiedenen Bestandteile des erarbeiteten Konzeptes wurden in der Projektsteuerungsgruppe diskutiert und abgestimmt. Des Weiteren wurde der aktuelle Projektstand

sowie das Konzept in seinen verschiedenen Entwicklungsphasen der Projektgruppe Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) vorgestellt und durch diese entsprechend diskutiert.

Im Folgenden wird detailliert auf die Methodik und die Ergebnisse der einzelnen Projektphasen eingegangen. Im Weiteren wird eine Zusammenfassung zum erarbeiteten Fallmanagementkonzept gegeben und der Bericht mit einem Ausblick abgeschlossen.

3 Bestandsaufnahme

3.1 Literaturrecherche

3.1.1 Methodik

3.1.1.1 Suchstrategie

Um einen hohen Grad an Vollständigkeit der Literaturrecherche zu ermöglichen, wurde die Leitfrage zur Recherche bewusst weit gefasst. Sie lautete wie folgt:

Welche Konzepte zur Umsetzung von Fallmanagement insbesondere im Kontext der beruflichen Wiedereingliederung existieren auf nationaler und internationaler Ebene?

Die Literaturrecherche fokussiert damit auf Literatur zur Umsetzung und Beschreibung von Fallmanagementkonzepten jeglicher Art. Sie soll einen Überblick über die aktuelle Praxis ermöglichen. Es wurden keine Einschränkungen hinsichtlich der Zielgruppe des Fallmanagements innerhalb der Literaturrecherche vorgenommen.

Um eine breite Bestandsaufnahme der aktuellen Praxis des Fallmanagements zu ermöglichen, wurden verschiedene Datenbestände systematisch durchsucht. Für jeden der Datenbestände wurde eine separate Suchstrategie mit eigenen Schlüsselbegriffen definiert.

1. Literaturdatenbanken

Die Suche erfolgte über OVID in den Literaturdatenbanken Medline, Embase, PsychInfo, Psynindex und Cochrane. Zusätzlich wurde über ebscohost in der Literaturdatenbank CINAHL gesucht. Zur Suche wurden Schlagwörter, die in Anlehnung an das PICO-Schema (P=Population - I=Intervention - C=Control - O=Outcome) gewählt und durch Operatoren verknüpft wurden, genutzt (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Verknüpfung der Schlagworte zur Suche in den Literaturdatenbanken

Verknüpfung über „and“		→		
Verknüpfung über „or“		„Intervention“	„Outcome“	Zusatz
↓	Aspekt1	Fallmanagement	berufliche Wiedereingliederung	arbeitsmedizinischer Dienst
	Aspekt2	Reha-Management	Arbeitsplatz	Sozialversicherung
	Aspekt3	Eingliederungsmanagement	Beschäftigungsfähigkeit	Verknüpfung beider Begriffe über „or“
	Aspekt4	Case Management	Beschäftigung	dann
	Aspekt5	Case Manager	Erwerbsunfähigkeit	Verknüpfung mit der ersten Spalte über „and“
	Synonym	Rehamanagement, Reha Management, Casemanagement, Case-Management, Fall Management, Fall-Management	---	dann Verknüpfung mit den über „and“ verknüpften Schlagworten aus „Intervention“ und „Outcome“
	englisch	disability management, case management, rehabilitation management, integration management, case manager, care coordination, case coordination	return to work, workplace, employability, employment, work disability, work retention, work reintegration	social security, occupational health service

Die Verknüpfung der Schlagwörter zwischen den Zeilen der Tabelle erfolgte mittels des Operators „or“, die Verknüpfung zwischen den Spalten „Intervention“ und „Outcome“ erfolgte über den Operator „and“. Ergänzend zu den Schlagwörtern aus den Bereichen „Intervention“ und „Outcome“ wurden über einen Zusatz die Begriffe „arbeitsmedizinischer Dienst“ und „Sozialversicherung“ in die Suche eingeschlossen. Diese wurden zunächst über „and“ mit den Schlagwörtern der ersten Spalte („Intervention“) verknüpft und anschließend über „or“ den über die Verknüpfung der Spalten „Intervention“ und „Outcome“ identifizierten Artikeln hinzugefügt. Auf die Eingrenzung der Suche über Schlagworte zu den Bereichen „Population“ und „Control“, wie dies das PICO-Schema vorsieht, wurde zugunsten einer höheren Vollständigkeit der Suche verzichtet. Die gesamte Suche erfolgte mittels der englischen Schlagwörter.

2. Kongressbände

Auf nationaler Ebene wurden die Tagungsbände der Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquien durchsucht. Da es für die Untersuchung zentral ist, insbesondere alle Erkenntnisse und Ansätze des Fallmanagements in Deutschland zu identifizieren, wurden bei dieser Suche keine näheren Spezifikationen des Themengebiets Fallmanagement vorgenommen, sondern ausschließlich nach den Begriffen „Fallmanagement“, „Case Management“ und „Reha-Management“ sowie seinen unterschiedlichen Schreibweisen gesucht. Darüber hinaus wurde nach den für das Fallmanagement spezifischen Begriffen „Teilhabeplan“ und „Hilfeplan“ ebenfalls unter Berücksichtigung der gebräuchlichen Schreibweisen gesucht. In Tabelle 2 sind die verwendeten Schlagworte in ihren verschiedenen Schreibweisen aufgeführt.

Tabelle 2: Berücksichtigte Schreibweisen der deutschen Schlagwörter

Case Management	Casemanagement	Case-Management
Fall Management	Fallmanagement	Fall-Management
Reha Management	Rehamanagement	Reha-Management
Teilhabe Plan	Teilhabeplan	Teilhabe-Plan
Hilfe Plan	Hilfeplan	Hilfe-Plan

Neben den Bänden des Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums wurden, sofern online verfügbar, die Bände bzw. Kongressprogramme folgender internationaler Kongresse durchsucht:

- Implementing Work Disability Prevention Knowledge (WDPI)
- International Forum on Disability Management (IFDM)

Als englische Suchbegriffe wurden die bereits in der Literaturliteraturdatenbanksuche verwendeten Begriffe „disability management“, „case management“, „rehabilitation management“, „integration management“, „case manager“, „case coordination“ und „care coordination“ genutzt.

3. Advanced Google-Search

Bei der Advanced-Google-Search handelt es sich um eine Suche über die Google-Suchmaske unter Verwendung spezieller Operatoren. Im Rahmen der hier durchgeführten Suche wurde auf vorher definierten Internetauftritten (z. B. Gesetzliche Unfallversicherung oder Sozialversicherung Österreich) nach bestimmten Schlagwörtern gesucht. Mittels des „Link-Operator“ wurden neben den Ausgangsseiten auch die Internetauftritte von anderen Organisationen, die mit diesen Seiten verlinkt sind, nach den Schlagwörtern durchsucht. Dieses Vorgehen erhöht den Wert (Spezifität) der Treffer, da bereits eine inhaltliche Nähe

zum späteren Anwendungsbereich vermutet werden kann. So finden sich im Internet z. B. zahlreiche Treffer zu „Fallmanagement“ aus dem Krankenhausbereich, die für das Projekt nicht relevant sind und über das Link-Kriterium eliminiert werden konnten. Insgesamt war diese Suche jedoch sehr umfangreich.

Für die Suche im deutschsprachigen Raum wurde nach den Begriffen Fallmanagement, Case Management und Reha-Management (inkl. der unterschiedlichen Schreibweisen) gesucht. Zusätzlich wurden, wie bei der Suche in den Tagungsbänden, die fallmanagement-spezifischen Begriffe „Teilhabeplan“ und „Hilfeplan“ verwendet¹. Bei der Suche im englischsprachigen Raum wurden die Begriffe “case management”, “disability management”, “rehabilitation management”, “integration management”, “care coordination” und “case coordination“ verwendet. Jeder Begriff wurde jeweils separat in Kombination mit der jeweiligen Internetseite gesucht. Es wurden jeweils die ersten 200 Ergebnisse jeder Abfrage gesichtet.

Mittels der Advanced-Google-Search wurden die folgenden Internetseiten relevanter nationaler und internationaler Institutionen und Vereinigungen durchsucht:

Nationale bzw. deutschsprachige Seiten

- Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management: <http://www.dgcc.de>
- Agentur für Arbeit: <https://www.arbeitsagentur.de>
- Gesetzliche Unfallversicherung: <http://www.dguv.de>
- GKV-Spitzenverband: <https://www.gkv-spitzenverband.de>
- Gemeinsamer Bundesausschuss: <https://www.g-ba.de>
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: <http://www.bar-frankfurt.de/>
- REHADAT: <http://www.rehadat-literatur.de>
- Bundesamt für Sozialversicherungen Schweiz: <http://www.bsv.admin.ch>
- Informationsstelle Ausgleichskassen Schweiz:
<https://www.ahv-iv.ch/de/>
- Sozialversicherung Österreich: <https://www.sozialversicherung.at>
- Pensionsversicherung Österreich: <http://www.pensionsversicherung.at>
- Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management:
www.oegcc.at

¹ Wie sich in der explorativen Google-Suche zeigte, ist die Eingabe alternativer Schreibweisen der Begriffe hier nicht notwendig. Google sucht automatisch auch nach ähnlich geschriebenen Begriffen.

Internationale bzw. englischsprachige Seiten

- National Institute of Disability Management and Research (NIDMAR):
<https://www.nidmar.ca>
- International Disability Management Standard Council (IDMSC): <http://www.idmsc.org>
- International Social Security Association, Genf (ISSA): International security association:
<https://www.issa.int/>
- Europäische Kommission: Beschäftigung, Soziales und Integration <http://ec.europa.eu>
- Institute for work and Health (IWH): <http://www.iwh.on.ca/>
- Australian Government ComCare: <https://www.comcare.gov.au/>
- International Labour Organization (ILO): <http://www.ilo.org>
- Social Health Promotion Network: <http://p4h-network.net/>
- World Bank Group: <http://www.worldbank.org/>
- Social Protection Strategic Framework: <http://www.unicef.org>
- American Case Management Association: <http://www.acmaweb.org/>
- International Commission on Occupational Health (ICOH): <http://www.icohweb.org>

4. Graue Literatur (Nationalbibliothek)

Zur Suche nach grauer Literatur wurde die Datenbank der Deutschen Nationalbibliothek genutzt. Gesucht wurde entsprechend der Suche in den Tagungsbänden des Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums über die Begriffe „Fallmanagement“, „Case Management“, „Reha-Management“, „Teilhabeplan“ und „Hilfeplan“ sowie den unterschiedlichen Schreibweisen dieser Begriffe (siehe Tabelle 2). Im Mittelpunkt standen hier insbesondere nicht in wissenschaftlichen Zeitschriften veröffentlichte Arbeiten, wie beispielsweise Sammelbände oder Dissertationen.

5. Beifang

Zusätzlich zu den systematisch durchsuchten Literaturbeständen wurde auch Literatur berücksichtigt, die den Projektteammitgliedern bereits bekannt war oder durch die Schneeballsuche identifiziert werden konnte.

Für die Suche in den verschiedenen Datenbeständen wurden vorab die folgenden Ein- und Ausschlusskriterien definiert (siehe Tabelle 3):

Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien der Literatursuche

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Literatur aus den Jahren 1990-2016	
deutsch- und englischsprachige Literatur	
Publikationen mit Abstrakt (bei Suche in Literaturdatenbank)	
wissenschaftliche Untersuchungen (Reviews, (randomisierte) kontrollierte Studien, nicht experimentelle deskriptive Studien, Abschlussberichte, Konzeptbeschreibungen)	Leserbriefe, Kommentare, Vorträge
Literatur über die Umsetzung von Fallmanagement-Konzepten in Industrienationen (G20 Nationen)	Literatur über die Umsetzung von Fallmanagementkonzepten in Entwicklungsländern
anwendungsorientierte, praxisnahe Bücher insbesondere Sammelbände mit Modellprojekten	theorieorientierte Grundlagenliteratur in Form von Lehrbüchern

3.1.1.2 Sichtung und Bewertung der Literatur

Die Sichtung und Selektion der über die Schlagwortsuche identifizierten Literaturquellen erfolgte in mehreren Schritten. In jedem Schritt wurde dabei jeweils die als relevant eingeschätzte Literatur ausgewählt. Entsprechend des jeweiligen Datenbestandes wurden die Schritte der Literaturselektion angepasst. Tabelle 4 ermöglicht einen Überblick über die Vorgehensweise nach Datenbestand.

Tabelle 4: Vorgehensweise der Quellenselektion nach Datenbestand

Datenbestand	Vorgehensweise als Abfolge			
Literaturdatenbank	Sichtung der Titel	Sichtung der Abstracts	Beschaffung des Volltextes	Sichtung der Volltexte
Kongressbände	Sichtung der Abstracts (Kongressband vorhanden) oder Sichtung der Titel (kein Kongressband vorhanden)		online Recherche nach Veröffentlichungen/Berichten zum Projekt	Sichtung der vorliegenden Literatur
Advanced-Google-Search	erstes grobes Screening der Literaturquellen/Internetseiten		Sichtung der Literatur	
Graue Literatur	Sichtung der Titel und Inhaltsverzeichnisse	Beschaffung der Literatur	Sichtung der vorliegenden Literatur	

Vor Beginn der beschriebenen inhaltlichen Literaturselektion wurden, sofern möglich, die vorab in den Suchmaschinen automatisch auswählbaren Ausschlusskriterien angewendet. Auf diese Weise wurden bereits vorab Artikel, die nicht den definierten Kriterien entsprachen, ausgeschlossen. Konnten mehrere Literaturquellen demselben Projekt zugeordnet werden, so wurde jeweils die Arbeit mit dem größten Informationsgehalt für das vorliegende Projekt berücksichtigt. Sollten in den anderen Veröffentlichungen zum Projekt ergänzende relevante Informationen enthalten sein, wurden diese bei der inhaltlichen Analyse der Fallmanagementkonzepte ebenfalls herangezogen.

Die inhaltliche Durchsicht der Volltexte wurde in zwei Schritten durchgeführt:

Schritt 1:

Zunächst wurde die vorliegende Literatur entlang der Kriterien Stichprobe, Intervention, Interventionsbeschreibung, Studiendesign und Zielgröße (Return to work (RTW) oder assoziierte Zielgrößen ja versus nein) gescreent.

Schritt 2:

Die gescreente Literatur wurde dann detailliert in Hinblick auf die Erfüllung der folgenden Kriterien durchgearbeitet:

- Literatur-Gruppe 1: Literatur mit guter Interventionsbeschreibung, Studiendesign mit Kontrollgruppe sowie der Zielgröße RTW oder verwandte Größen.
- Literatur-Gruppe 2: Studien, die diese Kriterien nicht erfüllen, aber starken Bezug zum System oder zur Zielgruppe der Versicherten der Rentenversicherung aufweisen.

Die nach diesen Kriterien ausgewählte Literatur (Gruppe 1- und Gruppe 2-Literatur) wurde anschließend mittels der folgenden Kriterien detailliert gesichtet:

- Initiator des Fallmanagements (verantwortliche Stelle)
- Stichprobengröße
- Zielgruppe
- Zugang zum Fallmanagement
- Einbezug des Betriebs
- Einbezug einer Arbeitsvermittlung
- Durchführung eines Screenings
- Caseload
- Dauer des Fallmanagements
- Mitglieder Fallmanagementteam (Multidisziplinarität)
- Effekte bezüglich der Zielgröße Arbeitsfähigkeit²
- Kontrollgruppe
- Beschreibung des Fallmanagements – Koordination versus Leistungserbringung
- Beschreibung des Fallmanagements – aufsuchend versus nicht aufsuchend
- Land der Umsetzung
- Art der Arbeit
- Studiendesign

3.1.2 Ergebnisse

3.1.2.1 Erzielte Treffer

Über die Suche in den Literaturdatenbanken Medline, Embase, PsychInfo, Psyn dex, Cochrane sowie CINAHL wurden zunächst 274 Veröffentlichungen identifiziert. Für 136 Veröffentlichungen waren die Volltexte für das Projektteam nicht ohne weiteres zugänglich und konnten daher nicht berücksichtigt werden. Weitere 65 Veröffentlichungen wurden unter Berücksichtigung der definierten Leitfrage als nicht relevant eingeschätzt. Nach Ausschluss von Duplikaten sowie nicht in deutscher oder englischer Sprache zugänglichen Artikeln verblieben für die Literaturdurchsicht Schritt 1 (siehe S. 11) 53 Veröffentlichungen. Nach deren Sichtung wurden 9 Veröffentlichungen ausgeschlossen, da zu den dort beschriebenen Fallmanagementkonzepten mehrere Artikel vorlagen. Weitere 23 Artikel erfüllten nicht die Kriterien der Literaturdurchsicht Schritt 2 (siehe S. 11). Insgesamt konnten im Rahmen der Datenbanksuche 21 einschlägige Artikel bzw. Konzepte identifiziert werden (Abbildung 1).

² ausschließlich für Veröffentlichungen mit Kontrollgruppe

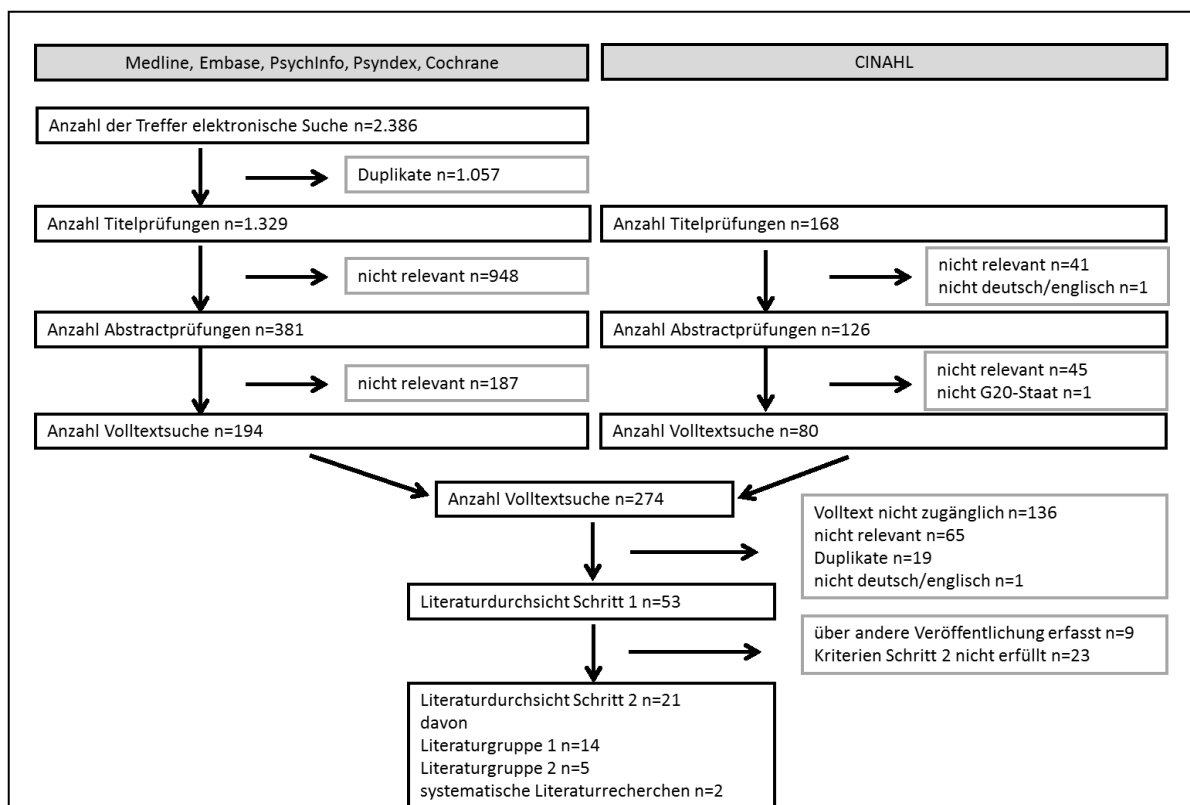


Abbildung 1: Erzielte Treffer aus den Literaturdatenbanken

Bei der Suche in den Kongressbänden, über die Advanced-Google-Search sowie in der Nationalbibliothek konnten insgesamt 27 Veröffentlichungen identifiziert werden, von denen 11 detailliert gesichtet wurden. Als „Beifang“ konnten weitere 10 Veröffentlichungen ermittelt werden, 6 hiervon wurden detailliert gesichtet. Eine genaue Übersicht der erzielten Treffer in den verschiedenen Selektionsschritten ist in

Tabelle 5 dargestellt.

Tabelle 5: Treffer in den Kongressbänden, der Advanced-Google-Search und als Beifang

	Anzahl identifizierter Veröffentlichungen	Anzahl Veröffentlichungen noch nicht erfasster Konzepte (Literaturdurchsicht Schritt 1)	Anzahl Veröffentlichungen detaillierte (Literaturdurchsicht Schritt 2)
Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium	5	4	2
Implementing Work Disability Prevention Knowledge	3	1	1
International Forum on Disability Management	0	0	0
Advanced-Google-Search	---	18	8
Nationalbibliothek	---	4	0
Beifang	---	10	6

Alle Datenbestände zusammengenommen gingen in die detaillierte Literaturdurchsicht (Schritt 2) 38 Literaturquellen ein.

3.1.2.2 Quantitative Auswertungen

Charakteristik der Veröffentlichungen

Aufgrund der umfangreichen Suche nach Literatur in unterschiedlichen Datenbeständen gingen in die vorliegende Literaturrecherche nicht nur klassische wissenschaftliche Studien, sondern ganz unterschiedliche Formen von Veröffentlichungen ein. In der Literatur-Gruppe 2, die schließlich detailliert gesichtet wurde, befinden sich 26 wissenschaftliche Artikel publiziert in einer entsprechenden Zeitschrift, 5 Veröffentlichungen, bei denen es sich um Projekt(abschluss)berichte handelt sowie 7 schwerpunktmäßig als Konzeptbeschreibungen zu wertende Veröffentlichungen.

Die unterschiedliche Form der 38 Arbeiten bildet sich auch im Studiendesign ab. Werden ausschließlich die wissenschaftlichen Publikationen und die Projektabschlussberichte (n=31) betrachtet, zeigt sich auch hier eine große Vielfalt. Die größte Gruppe bilden die randomisiert kontrollierten Studien, gefolgt von den quasiexperimentellen Studiendesigns und den gematchten Kontrollgruppendesigns (siehe Abbildung 2). Bei den sieben Arbeiten mit Konzeptbeschreibungen wurde noch keine Studie durchgeführt; daher entfiel die Zuordnung zu einem Studiendesign.

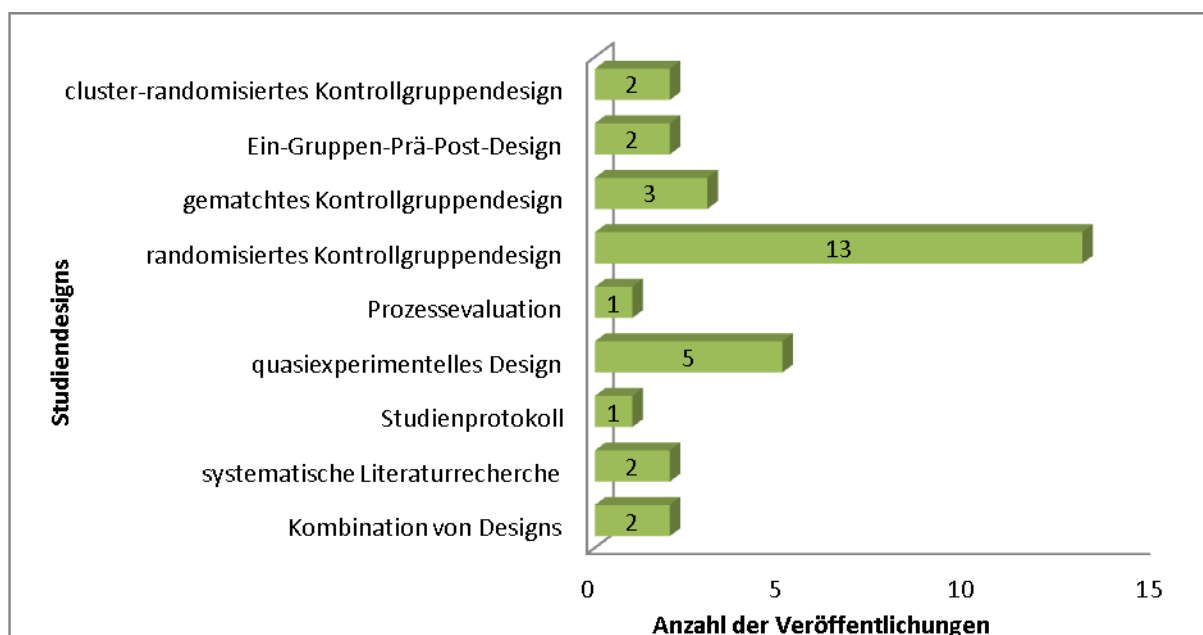


Abbildung 2: Studiendesigns der Veröffentlichungen

Angaben zur Stichprobengröße liegen von 30 der 38 Veröffentlichungen vor. Ausschließlich die Interventionsgruppe zu Studienbeginn betrachtet, umfassen 7 Veröffentlichungen eine Stichprobe in der Interventionsgruppe von 1.000 Probanden oder mehr, bei 3 Veröffentlichungen besteht die Interventionsgruppe aus weniger als 30 Probanden (siehe Abbildung 3). In 2 weiteren Veröffentlichungen, die sich auf Fallmanagement-Ansätze innerhalb eines Unternehmens beziehen, werden lediglich die Beschäftigtenzahl der Unternehmen und keine konkreten Fallzahlen berichtet.

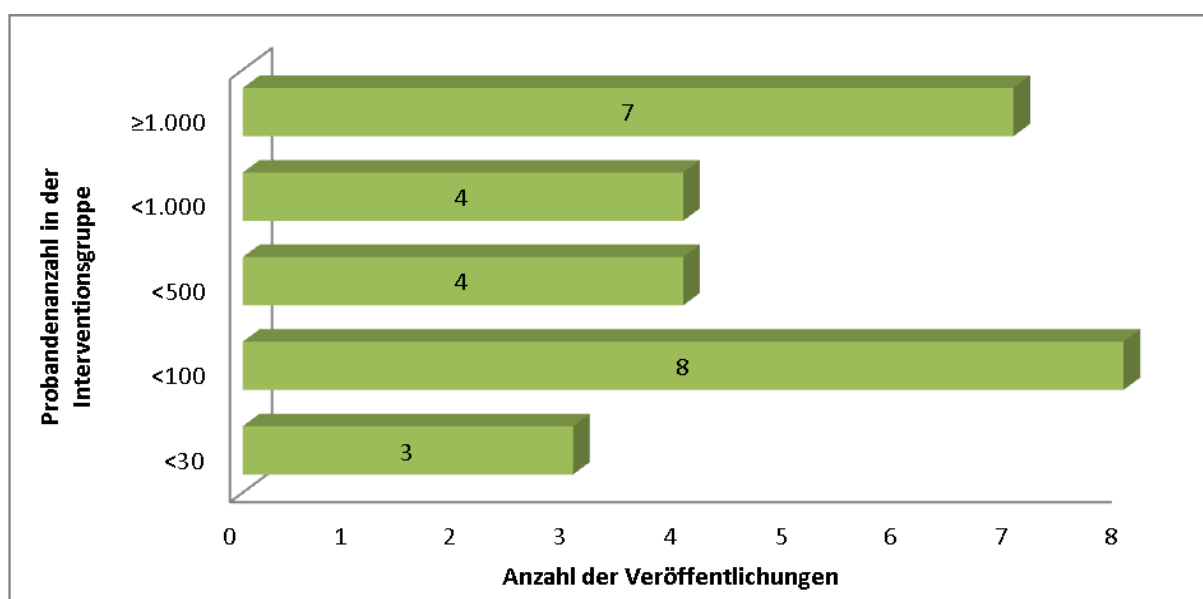


Abbildung 3: Anzahl der Veröffentlichungen nach Probandenanzahl in der Interventionsgruppe

Insbesondere zur Beurteilung der Übertragbarkeit der umgesetzten Fallmanagementkonzepte auf Deutschland und das System der Rentenversicherung muss berücksichtigt werden, in welchen Ländern die Konzepte im Rahmen der Veröffentlichungen umgesetzt wurden. Für 36 Arbeiten ließ sich das Land der Umsetzung eindeutig identifizieren. Die zwei Literaturübersichten gingen in die Länderwertung nicht ein, da sie mehrere Studien aus unterschiedlichen Ländern erwähnen.

Die größten Gruppen bilden hier Veröffentlichungen aus Deutschland und den USA. Darauf folgen mit je 3 Veröffentlichungen Dänemark und die Niederlande (siehe Abbildung 4).

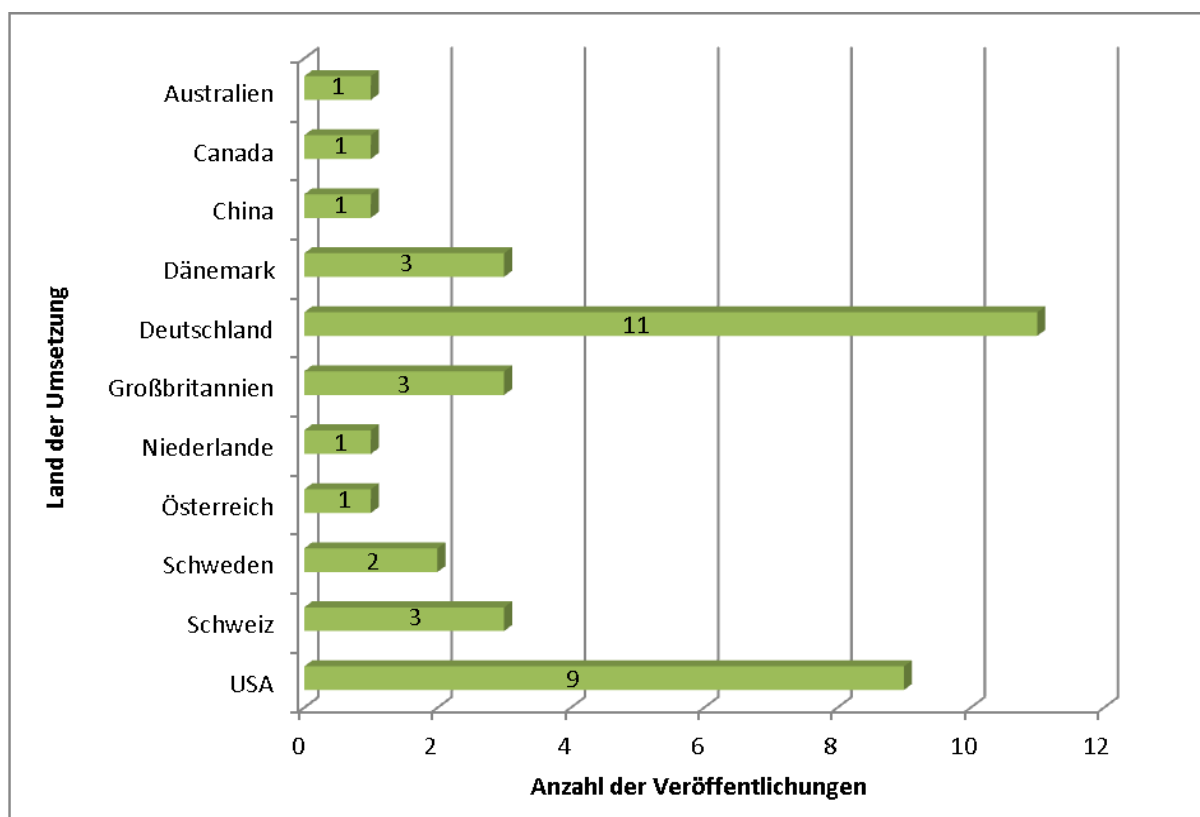


Abbildung 4: Anzahl der Veröffentlichungen nach Ländern

Die identifizierten Veröffentlichungen stammen aus den Jahren 1990 bis 2016. Der weitaus größte Teil der Arbeiten wurde zwischen 2001 und 2016 publiziert. Nur 4 Veröffentlichungen entstammen den Jahren 1990 bis 2000.

Einen detaillierten Überblick über die eingeschlossenen Artikel und ihre Charakteristik ist in Anhang 1 dargestellt.

Charakteristik der Fallmanagementkonzepte

Die Vorgehensweisen innerhalb des Fallmanagements unterscheiden sich in den eingeschlossenen Veröffentlichungen (N=36; exklusive 2 Literaturübersichten) teils deutlich. Zunächst wurden die Veröffentlichungen nach dem Initiator des Fallmanagements (verantwortliche Stelle) sowie der Zielgruppe, als wichtige Kriterien der prinzipiellen Ausrichtung des Fallmanagements, gescreent. In der Mehrheit der Veröffentlichungen wurde das Fallmanagement durch eine Versicherung oder eine staatliche oder kommunale Institution verantwortet. Arbeitgeber oder Leistungserbringer, wie beispielsweise Rehabilitationseinrichtungen oder freie Anbieter, übernahmen diese Aufgabe in der vorliegenden Literatur deutlich seltener.

Die Fallmanagementkonzepte waren in etwas mehr als einem Drittel der Fälle auf eine spezifische Erkrankung bzw. eine Erkrankungsgruppe ausgerichtet, am häufigsten lag diese im Bereich der orthopädischen Erkrankungen. In zwei Konzepten wurden verschiedene Ansätze des Fallmanagements für unterschiedliche Erkrankungsgruppen angewendet.

Der Zugang ins Fallmanagement erfolgte in den meisten Fällen über die bei der initiierten bzw. verantwortlichen Stelle vorliegenden administrativen bzw. Routinedaten von potenziellen Leistungsempfängern. Etwas seltener wurde die Zielgruppe direkt bei Leistungserbringern, beispielsweise in Krankenhäusern oder Rehabilitationseinrichtungen, angesprochen oder das Fallmanagement durch die Leistungserbringer direkt eingeleitet. Im Weiteren erfolgte der Zugang über den Arbeitgeber, ein Antragsverfahren oder die direkte Ansprache der Leistungsberechtigten in der Geschäftsstelle der verantwortlichen Organisation.

Bei etwa einem Drittel der Arbeiten wurde ein Screening potentieller Teilnehmer durchgeführt. Von einem Screening wurde vorwiegend in den Projekt(abschluss)berichten bzw. den Konzeptbeschreibungen gesprochen. Zumeist handelte es sich um ein kriteriengeleitetes Screening. Insbesondere bei den eingeschlossenen wissenschaftlichen Arbeiten wurden lediglich Einschlusskriterien definiert. Dieses Vorgehen wurde nicht als Screening gewertet.

Die Inhalte der Fallmanagementkonzepte umfassten in ca. zwei Drittel der Arbeiten die Koordination und Vermittlung von Leistungen. In den verbleibenden Arbeiten wurden zusätzlich therapeutische bzw. auf das Training ausgerichtete Leistungen durch den Fallmanager selbst oder das ihn umgebende Fallmanagementteam erbracht. Beispielhaft sind hier Bewerbungstraining, psychologische Kurzinterventionen oder Arbeitsplatztraining zu nennen. In einigen Arbeiten war das Fallmanagement auch in die therapeutischen Interventionen einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme eingebunden.

Ausschließlich in einer Arbeit wurde ein explizit aufsuchendes Fallmanagement umgesetzt. In vier weiteren Arbeiten wurde von Hausbesuchen und/oder Begleitung des Klienten zu Leistungserbringern berichtet.

In zehn Veröffentlichungen war der Fallmanager ausdrücklich in ein multidisziplinäres Team aus mindestens zwei weiteren Personen unterschiedlicher Professionen eingebunden.

Von einer mehr oder weniger umfangreich ausgestalteten Kontaktaufnahme mit dem Betrieb wurde in ca. der Hälfte der Fälle berichtet, seltener traf dies für den Einbezug einer Arbeitsvermittlung zu.

In etwas mehr als einem Viertel der Arbeiten war das Fallmanagement auf einen klar definierten Zeitraum begrenzt. In einem Fall existierten je nach Standort unterschiedliche Vorgehensweisen hinsichtlich der Dauer des Fallmanagements (siehe

Tabelle 6).

Tabelle 6: Charakteristik der Fallmanagementkonzepte

Initiator des Fallmanagements	Anzahl
Versicherung/Staat/Kommune	24
Arbeitgeber	4
Leistungserbringer	8
Zielgruppe	
krankheitsübergreifend	20
krankheitsspezifisch	
orthopädisch	9
psychisch	3
internistisch	1
onkologisch	1
sonstige	2
Zugang ins Fallmanagement¹	
Auswahl aus Routine- oder administrativen Daten bzw. vorliegenden Antragsdaten oder Fallakten	12
Einleitung durch Leistungserbringer oder direkte Ansprache bei Leistungserbringern	9
Direkte Ansprache in Geschäftsstellen der verantwortlichen Institution	3
Zugang über Firmen (inkl. Umsetzung des Fallmanagements im Betrieb)	6
Antragsverfahren	3
keine Angabe	5
Durchführung eines Screenings²	
ja	12
nein	24
Beschreibung des Fallmanagement - Koordination versus Leistungserbringung	
Koordination	24
Koordination mit Anteilen von Leistungserbringung	12
Beschreibung des Fallmanagements - aufsuchend versus nicht aufsuchend	
ja	1
nein	35
Multidisziplinäres Team (neben Fallmanager mindestens zwei weitere Professionen)	
ja	10
nein/keine Angabe	26
Kontaktaufnahme Betrieb	
ja	19
nein/keine Angabe	17
Einbezug Arbeitsvermittlung	
ja	12
nein/keine Angabe	24

Dauer	
befristet auf festgelegte Dauer	11
nicht befristet, bis Zielerreichung	6
sonstige	1
keine Angabe	18

Anmerkungen: ¹Mehrfachnennungen möglich; ²die Definition von Einschlusskriterien bei wissenschaftlichen Studien wurde nicht als Screening gewertet

Der Caseload, d. h. die Anzahl Klienten, die je Fallmanager betreut wird, schwankte zwischen den Veröffentlichungen stark. Die Arbeit mit der intensivsten Betreuung durch den Fallmanager berichtete von einem Caseload von 1:10. Im Konzept mit dem größten Caseload betreute ein Fallmanager 110-140 Klienten.

Eine detaillierte Beschreibung der Vorgehensweisen im Fallmanagement in den eingeschlossenen Arbeiten findet sich in Anhang 2.

Effektivität der Fallmanagementkonzepte

Hinsichtlich ihrer Effektivität wurden ausschließlich Veröffentlichungen untersucht, die über eine Kontrollgruppe (inkl. historische Kontrollen und Beobachtung im Zeitverlauf) verfügen und die Zielgröße RTW oder damit assoziierte Größen untersuchen. Für 18 der 36 Veröffentlichungen (exklusive der zwei Literaturrecherchen) trafen diese Bedingungen zu.

Trotz dieser zunächst guten Grundlage von 18 Arbeiten gestaltete sich der Vergleich der Veröffentlichungen als schwierig. Wie bereits in

Tabelle 6 angedeutet, unterscheiden sich die angewendeten Fallmanagementkonzepte in wesentlichen Punkten, wie beispielsweise in der für das Fallmanagement verantwortlichen Institution (Initiator), in der Zielgruppe und auch in der inhaltlichen Vorgehensweise, deutlich voneinander. Zudem differieren auch die wissenschaftlichen Fragestellungen der Veröffentlichungen. So fokussieren einzelne Konzepte auf spezifische Elemente oder eine spezifische Ausgestaltung des Fallmanagements. Beispielhaft sind hier der Einbezug speziell geschulter Personen oder Berufsgruppen in den Fallmanagementprozess [1, 2] sowie die Umsetzung des Fallmanagements mit einem bestimmten Grad an Flexibilität [3] oder einer bestimmten Betreuungsintensität [4] zu nennen.

Entsprechend der unterschiedlichen Ausgestaltung der Fallmanagementkonzepte an sich unterscheiden sich auch die Kontrollgruppen der Arbeiten voneinander. Die Kontrollgruppen erhielten zumeist im Sinne des „usual care“ eine Standardbehandlung. Welche Interventionen die Standardbehandlung jedoch beinhaltet, ist wiederum stark geprägt vom jeweiligen Kontext des Fallmanagementkonzepts. Relevant sind hier insbesondere der sozialrechtliche Hintergrund und die nationale Gesetzgebung. So dürfte sich beispielsweise die Standardbehandlung im amerikanischen Gesundheitssystem (Medicaid) für Personen mit psychischen Erkrankungen [5] nur schwer mit der Standardbehandlung im Kontext des Fallmanagements einer Unfallversicherung [1, 6] oder dem Standardfallmanagement für arbeitsunfähige Personen mit muskuloskelettalen Erkrankungen in Dänemark [7] vergleichen lassen. Hinzu kommt, dass die Interventionen, die für die Kontrollgruppen erbracht wurden, in den Veröffentlichungen häufig nur ungenügend beschrieben sind.

Zur Beurteilung der Effektivität der Konzepte sind im Weiteren die Zielgrößen der Arbeiten zu berücksichtigen. Neben der beruflichen Wiedereingliederung selbst, werden in den Arbeiten folgende mit dem RTW assoziierte Zielgrößen untersucht:

- Arbeitsunfähigkeitszeiten (Tage, Stunden oder Episoden)
- Einkommen (Durchschnittseinkommen und/oder Stundenlohn)
- Anzahl an Beschäftigungstagen, -monaten
- Tage mit Beschäftigung an Schonarbeitsplätzen
- Anträge bzw. Bezug von Sozialleistungen
- Auftreten von Arbeitslosigkeitsperioden
- Arbeitsplatzverlust

Auch bezüglich der Zielgröße ergibt sich damit nur eine eingeschränkte Vergleichbarkeit der Arbeiten. Zusätzlich existieren erhebliche Unterschiede in den Messzeitpunkten und damit den für den Eintritt eines Ereignisses definierten Zeiträumen. In Anbetracht dieser Unterschiedlichkeit der Arbeiten sind keine umfassenden Aussagen zur Wirksamkeit der Fallma-

nagementkonzepte im Vergleich zueinander zu treffen. Auch die eingeschlossenen systematischen Literaturrecherchen lassen bezüglich der Effekte des Fallmanagements keine eindeutigen Schlussfolgerungen zu. Während De Vet et al. [8] auf die Zielgruppe der obdachlosen Personen fokussieren und die Zielgröße RTW nicht berücksichtigen, schlussfolgern Clayton et al. [9] zurückhaltend, dass für einige Personen Evidenz für die Wirksamkeit vorliegt, jedoch einschränkend ein erheblicher Selektionsbias berücksichtigt werden muss.

Ein Überblick zu den Effekten der in die vorliegende Arbeit eingeschlossenen Konzepte ist in Anhang 2 dargestellt. Berichtet sind hier die Effekte der mit dem RTW assoziierten Zielgröße zum spätesten Follow-up-Zeitpunkt.

3.1.2.3 Inhaltliche Analysen ausgewählter Veröffentlichungen

Da die Kategorisierung der in den Veröffentlichungen vorgestellten Fallmanagementkonzepte, wie dargestellt, aufgrund der eingeschränkten Vergleichbarkeit der Arbeiten nicht möglich war, wird im Folgenden beispielhaft eine Auswahl an internationalen und nationalen Arbeiten mit hoher Relevanz für das vorliegende Projekt herausgegriffen und vorgestellt.

Internationale Veröffentlichungen

Erste Bezüge zur Entwicklung eines rentenversicherungsträgerübergreifenden Fallmanagementkonzepts in Deutschland bietet eine von Poulsen und Kollegen [10] für die Gruppe der arbeitsunfähigen Personen (> acht Wochen Arbeitsunfähigkeit) veröffentlichte Arbeit. Es handelt sich hierbei um die Evaluation des in Dänemark umgesetzten staatlichen RTW-Programmes. Das mit dem Ziel der Reduktion von Arbeitsunfähigkeitszeiten umgesetzte Fallmanagementkonzept basierte auf drei wesentlichen Komponenten:

1. Implementierung von multidisziplinären Teamstrukturen
2. Einführung von standardisierten Assessments zur Ermittlung der Arbeitsfähigkeit sowie Einführung festgelegter Verfahrensabläufe
3. Schulung des multidisziplinären Teams zur Arbeitsweise im Konzept

Darüber hinaus gehörten ein intensiver Austausch im Team sowie die Erstellung eines RTW-Plans und die Koordination der Leistungen zu den zentralen Elementen des Konzeptes. Der Zugang ins Programm erfolgte auf Basis einer Kategorisierung der Betroffenen in drei Gruppen durch die sogenannten „municipal sickness benefit offices“, die in Dänemark ab der vierten Woche der Arbeitsunfähigkeit die Krankengeldzahlungen übernehmen. Zielgruppe des Konzeptes waren Personen, bei denen ein RTW wahrscheinlich nicht innerhalb von drei Monaten erfolgt, die aber in der Lage waren, am RTW-Programm teilzunehmen. In der drei Kommunen umfassenden, randomisierten kontrollierten Studie zum Projekt zeigten sich le-

diglich in einer der eingeschlossenen Kommunen signifikante Effekte (Hazard Ratio:1,51) bezüglich der Beendigung der Arbeitsunfähigkeit im 52-wöchigen Nachbeobachtungszeitraum. Die Kontrollgruppe erhielt jeweils die Standardbetreuung durch die „municipal sickness benefit offices“ bzw. die dort agierenden Case Manager.

In einer weiteren dänischen Arbeit [7] wurde die Wirksamkeit eines speziell auf arbeitsunfähige Personen (vier bis zwölf Wochen Arbeitsunfähigkeit) mit muskuloskelettalen Erkrankungen ausgerichteten Fallmanagementkonzeptes untersucht. Auch in dieser randomisierten kontrollierten Studie erfolgte ein Vergleich mit der dänischen Standardbetreuung durch die „municipal sickness benefit offices“. Die auf drei Monate begrenzte Fallmanagementintervention umfasste ein systematisches und multidisziplinär umgesetztes Assessment einschließlich der Identifikation von RTW-Barrieren sowie der Erarbeitung eines umfassenden Rehabilitationsplanes ebenfalls im multidisziplinären Team. Zudem wurde Wert auf einen kontinuierlichen Austausch zwischen den Stakeholdern des Prozesses im Sinne eines Feedbackkreislaufs gelegt. Der Zugang ins Fallmanagement erfolgte von staatlicher Seite aus einem Pool arbeitsunfähig gemeldeter Personen. In der Evaluation der Intervention zeigten sich im Vergleich von Interventions- und Kontrollgruppe signifikante Unterschiede in den kumulierten Arbeitsunfähigkeitsstunden im Zeitraum bis zwölf Monate nach Interventionsbeginn (IG:656,6 Std.; KG:997,3 Std.; $p=0,006$).

Im Kontrast zu den vorangegangenen Veröffentlichungen basierte das nun vorgestellte ebenfalls ausdrücklich als Fallmanagement bezeichnete Konzept [11] auf einem deutlich größeren Anteil der Leistungserbringung. In Schweden sind Arbeitgeber verpflichtet, bei Arbeitsunfähigkeitszeiten über vier Wochen Rehabilitationsmaßnahmen für ihre Angestellten einzuleiten und diese bei länger als acht-wöchiger Arbeitsunfähigkeit an zentraler Stelle („Försäkringskassan“ = Swedish National Insurance Agency) zu melden. In der Praxis werden rehabilitative Maßnahmen jedoch nicht mit der entsprechenden Konsequenz eingeleitet. In diesem Kontext wurde in der vorliegenden Arbeit ein Fallmanagementkonzept umgesetzt, das auf eine enge Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeber sowie Arbeitsplatztraining und -anpassung fokussierte. Ausgerichtet war das Konzept auf arbeitsunfähige Personen mit muskuloskelettalen Erkrankungen. Im Vergleich zur Standardbehandlung wurde im Rahmen der Intervention deutlich mehr Wert auf einen schnellen Interventionsbeginn sowie ein umfassendes Assessment gelegt. Darüber hinaus nahm der Fallmanager eine deutlich aktivere Rolle in der Gestaltung des Rehabilitationsprozesses ein. Auch hier erfolgte der Zugang ins Fallmanagement aus dem Pool der arbeitsunfähig gemeldeten Versicherten. Im Ergebnis zeigten sich für die Interventionsteilnehmer signifikant weniger Arbeitsunfähigkeitstage im zwölf-monatigen Beobachtungszeitraum (IG:144,9 Tage; KG:197,9 Tage; $p<0,01$). Das Odds

Ratio der Interventionsgruppe, nach zwölf Monaten wieder arbeitsfähig zu sein, betrug 2,5 ($p < 0,01$).

Einen ebenfalls hohen Anteil an Leistungserbringung umfasste ein von Fisker und Kollegen [12] im Rahmen eines Studienprotokolls beschriebenes Konzept. Dieses zeichnete sich insbesondere durch eine enge Verzahnung der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme mit dem in Dänemark als Standardbetreuung vorgesehenen staatlichen Fallmanagement sowie durch einen frühzeitigen Interventionsbeginn aus. Zielgruppe dieses Konzeptes waren Personen mit Rückenschmerzen unabhängig von ihrem Erwerbsstatus. Im Konzept übernahm der während der Rehabilitationsmaßnahme zuständige Physiotherapeut die Rolle des sog. „RTW-Koordinators“. Dieser stellte den Hauptansprechpartner für den Rehabilitanden dar, übernahm die Koordination der notwendigen Interventionen, förderte die Kommunikation zwischen den Stakeholdern des Prozesses und hielt Kontakt zum Arbeitsplatz des Rehabilitanden. Darüber hinaus erstellte er ein Leistungs- sowie ein Anforderungsprofil. Im Weiteren wurde der zuständige staatliche Case Manager in das multidisziplinäre Rehabilitationsteam einbezogen. Dies umfasste insbesondere die regelmäßige Teilnahme an den Teambesprechungen. Entscheidungen über die weitere Vorgehensweise einschließlich der Kostenzusage sollten hierdurch schneller getroffen werden können. Ergebnisse zur Studie liegen nicht vor.

Gleich mehrere Fallmanagementkonzepte werden in einer von Ozaki und Kollegen [13] publizierten Arbeit vorgestellt. Im Mittelpunkt dieser Veröffentlichung stehen die in den USA als DMIE-Projekte (National Demonstration to Maintain Independence and Employment) umgesetzten Fallmanagementkonzepte [5, 14, 15]. Das Fallmanagement richtete sich hier an Personen mit chronischen körperlichen oder psychischen Erkrankungen der unteren Einkommensschichten. Ziel der Interventionen war die Aufrechterhaltung der Beschäftigungsfähigkeit der Betroffenen sowie die Reduktion des Bezugs von Sozialleistungen in dieser Versicherungengruppe. Die vier an dem Projekt teilnehmenden US-Staaten gestalteten ihre Konzepte dabei unterschiedlich und richteten diese auf spezielle Zielgruppen aus. Die Konzepte enthielten eines oder mehrere der folgenden Elemente:

1. Durchführung eines Assessments und die Erstellung eines Reha-Plans über verschiedene Lebensbereiche hinweg
2. Beratung zu verschiedenen Dienstleistungen
3. Vermittlung und Koordination von Dienstleistungen
4. Umsetzung von Coachings und Formulierung von Zielen

In der Evaluation der umgesetzten Fallmanagementkonzepte [16] über alle vier Staaten hinweg zeigten sich für die Interventionsgruppe im Vergleich zur Standardbehandlung der Kontrollgruppe signifikant weniger Anträge auf Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit (IG: 4,8%; KG: 6,9%; $p < 0,05$). Die Auswertungen zum Bezug entsprechender Leistungen erwiesen sich aufgrund von methodischen Schwierigkeiten als nicht aussagekräftig. Hinsichtlich des Erwerbsstatus zeigte sich im Vergleich der Gruppen im Zeitraum sechs bis zwölf Monate nach Interventionsbeginn nur für einen Staat ein signifikant geringerer Anteil an nicht erwerbstätigen Personen (IG: 2,0%; KG: 6,6%; $p = 0,02$). Für die durchschnittlichen Arbeitsstunden im vorangegangenen Monat konnte ein entsprechender Zusammenhang nicht bestätigt werden.

In einer österreichischen Arbeit wurden die Effekte eines Fallmanagements für arbeitsfähige Bezieher der bedarfsorientierten Mindestsicherung untersucht [17]. Das zugrunde liegende Konzept wurde nach dem klassischen Fallmanagement-Regelkreis aus Intake, Assessment, Planung, Intervention, Monitoring und Evaluation umgesetzt. Ergänzend wurden Einzelfallberatungen und Gruppenangebote wie z. B. Bewerbungstraining oder psychotherapeutische Unterstützung angeboten. Der Zugang der Zielgruppe in das Fallmanagement erfolgte ohne explizites Screening aufgrund einer Einladung der Leistungsempfänger von staatlicher Seite. Zur Evaluation des Projektes wurde eine Kombination verschiedener Methoden (Prozessdokumentation, Prä-Post-Erhebungen, Querschnitterhebungen) angewendet. Im Ergebnis zeigte sich unter anderem, dass ein Jahr nach Beratungseintritt 26% der Teilnehmer mindestens 92 Tage in vollversicherungspflichtiger Beschäftigung auf dem ersten oder zweiten Arbeitsmarkt vermittelt werden konnten.

In einer weiteren als Prozessevaluation vorliegenden Arbeit aus der Schweiz wurde die Einführung von Fallmanagement in der Sozialberatung eines Kantons untersucht [18]. Neben verschiedenen Erkenntnissen zur Implementierung des Fallmanagements wurde hier eine Möglichkeit zur Klassifikation der Komplexität eines Falles vorgestellt. In dem nach dem klassischen Regelkreis des Fallmanagements gestalteten Konzept wurden hierzu die folgenden Kriterien mittels Punktevergabe herangezogen:

1. Mehrfachproblematik (1 Punkt)
2. Andauernde Problematik (1 Punkt)
3. Unterschiedliche Berufsgattungen involviert (2 Punkte)
4. Mehr als 3 Fachstellen beteiligt (3 Punkte)

Bei einer Punktzahl von drei bis vier wurde von einem Fallmanagementbedarf ausgegangen. Eine Evaluation des Projektes hinsichtlich der Effekte auf Fallebene liegt nicht vor.

Angesprochen werden soll ferner eine ebenfalls aus der Schweiz stammende Untersuchung, in der zwei unterschiedlich intensiv durchgeführte Case Management-Ansätze verglichen wurden [4]. In dieser randomisierten Studie wurde die Vorgehensweise der Standardbetreuung (Caseload 1:100) mit einem individuellen Case Management (Caseload 1:35) in Bezug auf die Wirksamkeit verglichen. Die Messung der Wirksamkeit erfolgte mittels Routinedaten und umfasste unter anderem die Merkmale Arbeitsunfähigkeit, Invaliditätsrenten und Heilverfahrenskosten. In Bezug auf die Arbeitsunfähigkeitszeiten und Berentungen zeigten sich im Ergebnis keine signifikanten Unterschiede, während die Heilverfahrenskosten in der Case Management-Gruppe deutlich höher ausfielen. Die Autoren ziehen unter anderem die Schlussfolgerung, dass intensives Case Management die Gefahr einer Überbetreuung birgt und ein geringerer Caseload alleine noch keine besseren Resultate bewirken kann.

Nationale Veröffentlichungen

Als besonders relevant für die Entwicklung eines über alle Rentenversicherungsträger hinweg umsetzbaren Fallmanagementkonzeptes erscheinen die in Deutschland von verschiedenen Akteuren bereits vorliegenden Konzepte. Von den insgesamt elf identifizierten Arbeiten zum Themengebiet des Fallmanagements stammen drei Konzepte von Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung. Dabei handelt es sich um die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover [19], die Deutsche Rentenversicherung Westfalen [20] sowie die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz [21].

Das Fallmanagementkonzept der Rentenversicherung Braunschweig-Hannover [19] richtet sich sowohl an Versicherte mit somatischen als auch mit psychosomatischen oder Suchterkrankungen, wobei die Verfahrensabläufe des Fallmanagements für die beiden Zielgruppen unterschiedlich ausgestaltet sind. Die Einleitung des Fallmanagements erfolgt aus der MBOR heraus durch die behandelnde Rehabilitationseinrichtung. Entscheidend für die Einleitung ist, dass auch nach der Maßnahme Bedarf für weitergehende Unterstützung besteht, da die Ausübung der aktuellen oder letzten Tätigkeit (bei Arbeitslosigkeit) gesundheitsbedingt gefährdet oder nicht mehr möglich ist. Für die Umsetzung des Fallmanagements wird unter anderem eine frühzeitige Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber angestrebt. Öffentlich verfügbare Evaluationsergebnisse konnten im Rahmen der Literaturrecherche nicht ermittelt werden.

Ebenfalls erkrankungsübergreifend ausgerichtet ist das Fallmanagementkonzept der Rentenversicherung Westfalen [20]. Dies richtet sich an Versicherte mit noch vorhandenem Arbeitsplatz, vorliegender beruflicher Eingliederungsproblematik und Unterstützungsbedarf im Bereich der beruflichen Rehabilitation. Der Zugang ins Fallmanagement kann auf unterschiedlichen Wegen erfolgen, z. B. aus der medizinischen Rehabilitation heraus, aus dem

Standardverfahren der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder über das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM). Auch der Abbruch einer stufenweisen Wiedereingliederung kann Auslöser für die Einleitung von Fallmanagement sein. Bei der Umsetzung arbeiten die verantwortlichen Mitarbeiter der Rentenversicherung eng mit einem Integrationsberater des örtlichen Berufsförderungswerks zusammen. Zudem wird im Rahmen des Fallmanagements eine betriebliche Beratung für Unternehmen angeboten. Die Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeber des betroffenen Versicherten stellt in diesem Konzept einen wichtigen Bestandteil des Fallmanagements dar. Das Konzept wird aktuell hinsichtlich seiner Effekte evaluiert. Erste Ergebnisse eines Modellversuchs mit insgesamt 60 Fällen zeigen eine Quote von 75% der Rehabilitanden, für die im Rahmen des Fallmanagements eine konkrete Integrationsperspektive erreicht werden konnte.

Während die erstgenannten Konzepte auf verschiedene Erkrankungen bzw. erkrankungsübergreifend ausgerichtet waren, fokussiert das Konzept der Rentenversicherung Rheinland-Pfalz ausschließlich auf Versicherte mit einer Suchterkrankung, die bereits als Therapiewiederholer oder Nichtantreter eingestuft werden können [21]. Ziel dieses Konzeptes ist es, die Versicherten bei ihrer beruflichen Reintegration zu unterstützen sowie das post-rehabilitative Schnittstellenmanagement in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen zu verbessern. Die operative Umsetzung des Fallmanagements erfolgt vornehmlich während und nach der Entwöhnungsbehandlung durch den sog. Rehafallbegleiter, der an die Rehabilitationseinrichtung angegliedert und der dortigen Leitung unterstellt ist. Er begleitet die Rehabilitanden von der Kostenzusage durch die Rentenversicherung ggf. bereits während der Entgiftungsbehandlung bis maximal neun Monate (regelmäßig sechs Monate) nach der Maßnahme. In der Evaluation zum Konzept zeigt sich in der prä-post durchgeführten Befragung eine signifikante Erhöhung der Anzahl der erwerbstätigen Rehabilitanden (erwerbstätig zu Beginn der Rehabilitation: 10,6%; erwerbstätig zu Ende der Fallbegleitung: 27%; 6-Monats-Katamnese: 41%; 12-Monats-Katamnese: 50% für die antwortenden Rehabilitanden). Werden in die Auswertungen nicht antwortende Rehabilitanden als nicht erfolgreich gewertet, zeigt sich eine Erwerbsquote von 9% zu Beginn der Rehabilitation und von 20% zum Ende der Rehafallbegleitung.

Neben den rentenversicherungseigenen Konzepten erweist sich insbesondere ein von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation initiiertes Konzept als erwähnenswert [22]. Das vorgestellte Fallmanagementkonzept richtete sich an Arbeitnehmer mit gesundheitlichen Einschränkungen (Behinderungen) und ist spezifisch auf die Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen ausgerichtet. Das Fallmanagement wurde durch lokale sog. CMB-(Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen) Stellen umgesetzt. Die Auswahl der Fälle erfolgte durch die verschiedenen Kostenträger auf Basis

individuell festgelegter Kriterien (Krankenversicherung, Arbeitsverwaltung, Rentenversicherung, sonstige Institutionen). Nach Übernahme des Falles durch die CMB-Stellen und die Kontaktaufnahme mit dem Versicherten wurde bei Interesse zeitnah der Kontakt zum Arbeitgeber hergestellt und erste Maßnahmen eingeleitet. Die CMB-Stellen waren entweder direkt beim Träger angesiedelt oder es wurden vom Kostenträger externe Dienstleister zur Durchführung des Fallmanagements beauftragt. In der Evaluation zum Konzept konnte für etwa ein Drittel der Teilnehmer eine Weiterbeschäftigung im bisherigen Betrieb erreicht werden. Für ein weiteres Drittel war dies nicht möglich. Insgesamt 13% der Versicherten entschlossen sich für eine länger andauernde Maßnahme der beruflichen Rehabilitation. Im Follow up sechs Monate bzw. zwölf Monate nach der Maßnahme waren noch 23% bzw. 20% der Fallmanagementteilnehmer bei ihrem bisherigen Betrieb beschäftigt.

Im Weiteren, insbesondere bezüglich der Zielsetzung des Fallmanagements für das vorliegende Projekt als relevant erweisen sich die im Kontext des SGB II umgesetzten Fallmanagementkonzepte. Im Rahmen der Literaturrecherche konnten zu diesem Anwendungsfeld drei Konzepte identifiziert werden. Eine Arbeit beschäftigt sich dabei auf konzeptioneller Ebene mit den allgemeinen Prinzipien des beschäftigungsorientierten Fallmanagements [23]. In einer weiteren Veröffentlichung wird ein Leitfaden für das beschäftigungsorientierte Fallmanagement mit gesundheitsbezogener Ausrichtung vorgestellt [24]. Eine dritte Arbeit beschreibt das beschäftigungsorientierte Fallmanagement des Jobcenters Nürnberg [25]. Diesen Konzepten gemeinsam ist die klare Orientierung am Fallmanagement-Regelkreis aus Intake, Assessment, Planung, Intervention, Monitoring und Evaluation. Die Evaluation dieser Konzepte fehlt aber noch.

3.1.3 Diskussion

Die hier durchgeführte Literaturrecherche stellt den ersten Projektschritt hin zur Entwicklung eines für alle Rentenversicherungsträger anwendbaren Fallmanagementkonzeptes dar. Ziel der Recherche war es, einen Überblick über die auf internationaler und nationaler Ebene vorliegenden Konzepte zu erhalten. Im Rahmen der Literatursuche konnten abschließend 38 relevante Veröffentlichungen völlig unterschiedlicher Struktur identifiziert werden. Allen Artikeln gemeinsam ist die mehr oder weniger differenzierte Auseinandersetzung mit einem Fallmanagementkonzept. Entsprechend der offenen Gestaltung der Literaturrecherche unterscheiden sich die Veröffentlichungen in ihrer Form als auch in den identifizierten Fallmanagementkonzepten deutlich. Es wurden insgesamt 26 wissenschaftliche Publikationen, 5 Projekt(abschluss)berichte und 7 Konzeptbeschreibungen eingeschlossen. Die meisten Veröffentlichungen stammen aus Deutschland. Dies ist sicherlich der Tatsache geschuldet, dass hier aufgrund der themenspezifischen Kenntnisse des Projektteams der beste Zugang zu

den Arbeiten bestand. Unter den identifizierten Artikeln befinden sich 7 Arbeiten mit einer Stichprobengröße in der Interventionsgruppe von 1.000 und mehr Personen. Mit einem randomisierten kontrollierten Studiendesign haben 13 Veröffentlichungen gearbeitet. Dies ist zunächst als positiv zu bewerten. Einschränkend muss jedoch beachtet werden, dass von den in Deutschland umgesetzten Konzepten nur in einzelnen Fällen Untersuchungen mit Kontrollgruppen vorliegen. Folglich ist die Belastbarkeit der Aussagen dieser Arbeiten nur schwer zu beurteilen.

Auch die Analyse der inhaltlichen Ausgestaltung der Fallmanagementkonzepte zeigt ein sehr heterogenes Bild. Dies betrifft die Rahmenbedingungen der Konzeptumsetzung wie beispielsweise den Initiator des Fallmanagements, die Zielgruppe sowie sozialmedizinische oder gesetzliche Gegebenheiten. Des Weiteren ist auch die Vorgehensweise selbst und in diesem Zusammenhang beispielsweise die Dauer, der Einbezug des Arbeitgebers, der Anteil an Leistungserbringung im Fallmanagement und der Caseload (Klienten je Fallmanager), betroffen. Letztgenannter beispielsweise schwankt in den Konzepten zwischen 1:10 und 1:140, was wiederum auf eine völlig unterschiedliche Betreuungsintensität im Fallmanagement und damit auch Aufgaben des Fallmanagers schließen lässt. Auch bezüglich der Handlungsweise und den Teamstrukturen im Fallmanagement existieren deutliche Unterschiede. In dieser Heterogenität spiegelt sich einerseits das deutlich differierende Verständnis von Fallmanagement insbesondere international aber auch national wider, andererseits findet darin die starke Abhängigkeit des Fallmanagements von Umgebungsbedingungen ihren Ausdruck.

Der Vergleich der Effektivität der unterschiedlichen Konzepte erweist sich als schwierig. Dies ist neben den genannten Punkten auch auf die verschiedenen methodischen Vorgehensweisen hinsichtlich des Studiendesigns, der Fragestellung, der Evaluationszeitpunkte und der Zielgrößen zurückzuführen. Einige Arbeiten waren in ihrer Zielsetzung auf die Konzeptevaluation ausgerichtet, andere zielten auf die möglichst genaue Beschreibung eines Konzeptes oder es stand die Prozessoptimierung im Vordergrund. In größerem Umfang gültige Aussagen zur Wirksamkeit verschiedener Gruppen von Fallmanagementkonzepten bzw. spezifischen Vorgehensweisen können aufgrund der großen Unterschiedlichkeit der Arbeiten nicht getroffen werden. Bei einem zusammenfassenden Blick auf die Effekte der Konzepte ergibt sich ein grober Eindruck. Einige Konzepte weisen durchaus positive Effekte auf, während für andere Arbeiten entsprechendes nicht nachgewiesen werden konnten. Auch ein Review zur Wirksamkeit sog. „return to work coordination programs“ attestiert lediglich kleine Effekte hinsichtlich des RTW [26].

Die vorliegende Literaturrecherche basiert auf Arbeiten, die sich explizit mit Fallmanagement beschäftigen und von den Autoren ausdrücklich so benannt wurden. Zusätzlich zu diesen Konzepten existieren weitere Vorgehensweisen, die eine spezielle Form der Betreuung von Personen im Kontext der beruflichen Wiedereingliederung umfassen. Diese Konzepte können ebenfalls interessante Elemente enthalten, die als einzelne Interventionen in die Ausgestaltung des im Rahmen dieses Projektes zu entwickelnden Fallmanagementkonzeptes eingehen können [27- 29].

Einschränkend für diese Arbeit muss darauf hingewiesen werden, dass ein Teil der insbesondere auf Datenbankebene identifizierten Arbeiten im Volltext für diese Literaturrecherche nicht zugänglich war und daher nicht berücksichtigt werden konnte. Die Sichtung der einzelnen Arbeiten erfolgte durch ein Mitglied des Projektteams. Bei Unklarheiten wurden diese im Projektteam diskutiert und eine Entscheidung herbeigeführt.

Trotz aller Unterschiedlichkeit der identifizierten Arbeiten insbesondere in Umfang und Professionalität des Fallmanagements ist den Konzepten, ob national oder international gemeinsam, dass sie eine Form der individuellen Betreuung von Versicherten respektive einer spezifischen Zielgruppe vorstellen. In ihrer Vorgehensweise greift ein Großteil der Konzepte auf den klassischen Case Management-Phasenkreis und seine Elemente zurück. Im Vergleich der identifizierten Konzepte zeigt sich, dass es das einzig „richtige“ und „wirksame“ Fallmanagementkonzept nicht zu geben scheint. Aus der Vielfalt der vorliegenden Konzepte kann vielmehr geschlussfolgert werden, dass es zentral ist, auf eine hohe Passgenauigkeit in Bezug auf die jeweiligen gesetzlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen Wert zu legen und somit unterschiedliche Ausgestaltungen des Fallmanagements zuzulassen.

3.2 Trägerbefragung

3.2.1 Methodik

3.2.1.1 Fragebogenerhebung

Die Fragebogenerhebung bei den Rentenversicherungsträgern wurde auf Basis eines eigens ausgearbeiteten Fragebogens durchgeführt. Der Fragebogen bestand zum größten Teil aus Freitextangaben, nur zu einzelnen Fragen waren multiple-choice Antworten vorgesehen.

Im Fragebogen wurden Informationen zu folgenden Themengebieten erhoben:

1. Praxis der Reha(fach)beratung: z. B. Zugangswege, Aufgaben der Reha(fach)beratung, Qualifikationen und Entscheidungskompetenz der Reha(fach)berater
2. Umsetzung von Fallmanagement: z. B. vorliegende Fallmanagementansätze/-Modellprojekte, Vorgehensweise im Fallmanagement (Zielgruppenidentifikation, Leistungsplanung, Betreuung der Versicherten, Dokumentation, Evaluation)
3. Perspektivische Überlegungen zum Fallmanagement: Bedarf bei verschiedenen Zielgruppen, Nutzen, Barrieren

Darüber hinaus wurden die Träger im Rahmen des Fragebogens gebeten, Kontaktdaten für Ansprechpartner zum Themengebiet zu nennen. Dies ermöglichte dem Projektteam konkrete Rückfragen zu den Angaben im Fragebogen sowie die Ansprache der Träger für etwaige Expertengespräche. Im Weiteren wurden die Träger über den Fragebogen aufgefordert, sofern vorhanden, Konzepte, Verfahrensbeschreibungen oder andere ergänzende Dokumente zur Vorgehensweise in den vorliegenden Konzepten beizulegen. Der gesamte Fragebogen ist in Anhang 3 dargestellt.

Der Versand des Fragebogens erfolgte durch den Auftraggeber an die Geschäftsführer aller 16 Rentenversicherungsträger. Im Anschreiben zum Fragebogen wurde darum gebeten, den Fragebogen am PC auszufüllen, hierzu bestand die Möglichkeit den Fragebogen über das Informationssystem der Rentenversicherung herunterzuladen oder per Mail online anzufordern.

Die Auswertung des Fragebogens erfolgte im Falle von multiple-choice Fragen quantitativ auf Basis von Zählungen. Zur Auswertung der umfangreichen Freitextfelder wurden induktiv, d. h. aus den Antworten der Träger, Kategorien gebildet. Die Aussagen der Träger wurden den gebildeten Kategorien zugeordnet. Eine Kategorie kann bei dieser Vorgehensweise auch mehrere Nennungen eines Trägers enthalten. Sofern inhaltlich sinnvoll, wurde zu den Kategorien die Anzahl der Trägernennungen berichtet. Die genannten Zahlenwerte dienen dabei lediglich als Anhaltspunkt zur Beurteilung der Bedeutung der einzelnen Kategorien.

3.2.1.2 Expertengespräche

Ergänzend zur Fragebogenerhebung wurden mit fünf Trägern Expertengespräche, orientiert an einem Leitfaden, durchgeführt. Unter den befragten Trägern waren sowohl Träger, die angaben, Fallmanagement bereits umzusetzen und bei denen eine schriftliche Konzeptbeschreibung vorlag, als auch Träger, die nach eigenen Angaben noch kein Fallmanagement anbieten oder bei denen zum Fallmanagement noch keine entsprechenden Unterlagen vorliegen. Mit den ausgewählten Trägern wurde ein etwa zwei- bis drei-stündiger Gesprächster-

min in den Räumlichkeiten des jeweiligen Rentenversicherungsträgers vereinbart. Im Rahmen der Planung der Gespräche wurde darum gebeten, dass am Gesprächs sowohl Experten zu strategischen und konzeptionellen Fragen als auch Personen mit praktischer Erfahrung aus der Reha(fach)beratung und/oder dem Fallmanagement teilnehmen. Inwieweit diese Bitte umgesetzt wurde, blieb den Verantwortlichen des Trägers überlassen.

Der Leitfaden für die Gespräche orientierte sich in seinem Aufbau an der Struktur des Fragebogens, differenzierte einzelne Themengebiete jedoch stärker aus. Die Gespräche wurden offen gestaltet, so dass bei Relevanz einzelne Themen vertieft werden konnten. Die Gespräche wurden jeweils durch zwei Mitglieder des Projektteams durchgeführt. Zu jedem Gespräch wurde ein Protokoll erstellt.

Die Auswertung der Gespräche erfolgte auf Basis der erstellten Protokolle. Besondere Aufmerksamkeit bei der Analyse der Gespräche wurde auf die Aspekte gelegt, die die Fragebogeninhalte ergänzen und zu einem besseren Verständnis beitragen.

3.2.2 Ergebnisse

3.2.2.1 Fragebogenerhebung

Alle 16 Rentenversicherungsträger reagierten auf die Fragebogenerhebung und sandten einen ausgefüllten Fragebogen an das Projektteam zurück.

1. Praxis der Reha(fach)beratung

Zugang in die Reha(fach)beratung

Als Zugangswege zur Reha(fach)beratung wurden von den Trägern insbesondere Angaben zum Zeitpunkt bzw. Anlass sowie zu den Akteuren, über die der Zugang erfolgen kann, gemacht. Als Zeitpunkte für den Zugang wurden genannt:

- Im Zusammenhang mit einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme:
Während der medizinischen Rehabilitation durch eine aufsuchenden Beratung oder Anregungen der Rehabilitationseinrichtung sowie im Anschluss an eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme beispielsweise aufgrund des Abschlussberichtes
- Im Zusammenhang mit LTA:
Nach einer Antragsstellung für LTA oder einer Bewilligung entsprechender Leistungen sowie über den ganzen Zeitraum der Inanspruchnahme von LTA hinweg
- Im Zusammenhang mit dem Rentenverfahren:

Nach Antragsstellung oder Bescheiderteilung für eine Rente

- Im Zusammenhang mit einer stufenweisen Wiedereingliederung: Bei Verlängerung des Wiedereingliederungszeitraums

Die deutlich meisten Nennungen konnten den ersten beiden Kategorien zugeordnet werden (jeweils ca. 15 Nennungen). Deutlich seltener wird als Zeitpunkt das Rentenverfahren genannt (3 Nennungen). Nur ein Träger gab die stufenweise Wiedereingliederung als möglichen Zeitpunkt für den Zugang an.

Als Akteure, über die der Zugang in die Reha(fach)beratung erfolgt, wurden andere Sozialversicherungsträger – explizit die Agentur für Arbeit und die Krankenkassen – beispielsweise durch die Weiterleitung entsprechender Anträge sowie im Rahmen der gesetzlichen Grundlagen des §145 SGB III und §51 SGB V genannt. Zudem wurde die Rehabilitationseinrichtung als Akteur, über den eine Kontaktaufnahme erfolgen kann, angeführt. Im Weiteren kann ein Kontakt nach Angaben der Träger über das BEM oder den Firmenservice sowie die gemeinsamen Servicestellen erfolgen. Zudem wird der Kontakt mit der Reha(fach)beratung bei einigen Trägern auf Wunsch des Versicherten hergestellt. Auch durch den Hausarzt oder Selbsthilfegruppen, den Betriebsarzt oder den Arbeitgeber kann eine Kontaktaufnahme angeregt werden.

Angaben zum Grund der Beratung sind größtenteils aus den vorangegangenen Aussagen zum Zugang und den Akteuren ableitbar. Zusätzlich ausdrücklich als Grund genannt wurden erwartungsgemäß gesundheitliche Problemlagen in Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit sowie die Klärung der individuellen Bedarfslage eines Versicherten und die Entscheidung über angemessene Maßnahmen.

Aufgaben der Reha(fach)beratung

Die im Fragebogen genannten Aufgaben der Reha(fach)beratung sind vielfältig. Sie lassen sich zu den in Tabelle 7 dargestellten Kategorien zusammenführen. Zu den anhand der Häufigkeit der Trägernennungen wichtigsten Aufgaben gehört die Beratung von Versicherten allgemein und ortsnah (ca. 15 Nennungen), vor Ort bei den Leistungserbringern (ca. 10 Nennungen) sowie im Rahmen von Hausbesuchen (2 Nennungen). Kernaufgabe ist zudem das Management bzw. die Begleitung der Versicherten im Rehabilitationsprozess (ca. 25 Nennungen) sowie die damit verbundene fallbezogene Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern sowie der Beratung zu Maßnahmen am Arbeitsplatz (ca. 10 Nennungen). Des Weiteren wurden als zentrale Aufgaben der Reha(fach)beratung die Bewilligung spezifischer Leistungen (ca. 10 Nennungen) sowie die Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit genannt (ca. 10 Nennungen). Die Aufgabengebiete, die den verbleibenden Nennungen zugeordnet werden konn-

ten, wiesen jeweils 5 oder weniger Nennungen auf. Eine detaillierte Auflistung der genannten Aufgabengebiete sowie entsprechender Beispielnennungen finden sich in Tabelle 7.

Tabelle 7: Aufgaben der Reha(fach)beratung

Kategorie	Beispielnennungen der Träger
Beratung von Versicherten – Beratung allgemein/ortsnah/in den Geschäftsstellen – Beratung im Rahmen von Hausbesuchen – Beratung bei den Leistungserbringern	– Der Rehafachberater berät die Versicherten zu den Möglichkeiten einer beruflichen Wiedereingliederung und über ihre Leistungsansprüche – Erst- und Folgeberatungen von Rehabilitanden an diversen Standorten heimatnah – Hausbesuche bei Schwerstbehinderten (Blinde, Querschnittsgelähmte usw.) – Durchführen von Sprechtagen in Bildungseinrichtungen – Beratung der Versicherten (...) in schwerpunktmäßig belegten Einrichtungen während der Leistung zur medizinischen Rehabilitation
Beratung von Betrieben	– Firmenservice: Aktive Beratung von Arbeitgebern zum betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) nach § 84 SGB IX und Information über die Leistungen der Rentenversicherung und anderer Sozialleistungsträger – Durchführung von Schulungen, z. B. für Schwerbehindertenvertretern in Betrieben
Beratung und Zusammenarbeit mit Leistungserbringern	– Betreuung der Bildungseinrichtungen (BFW) sowie freien Einrichtungen – Teilnahme an Fachausschuss-Sitzungen der Werkstätten für behinderte Menschen
Betreuung der Versicherten im Rehabilitationsprozess Festlegung von Zielen, Auswahl von Maßnahmen, Planung und Monitoring des Prozesses	– Erstellung des Teilhabeplanes – Überprüfung der korrekten Durchführung bereits eingeleiteter beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen – Festlegung des konkreten Rehabilitationszieles, ggf. Erarbeiten eines Stufenplans – Koordinierung und Steuerung des Reha-Prozesses hinsichtlich des Erfolges und der Effizienz
Fallbezogene Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern	– Arbeitsplatzüberprüfung einschl. Bedarfsermittlung und Kontaktaufnahme mit Arbeitgeber / Betriebsarzt bei Anträgen auf Hilfsmittel – Bedarfsklärung in Betrieben (BEM; Gespräche am runden Tisch) – Sie beraten Arbeitgeber zu innerbetrieblichen Umsetzungen, im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements, über die Möglichkeit der Zahlung von Eingliederungszuschüssen sowie die Ausstattung von Arbeitsplätzen mit technischen Hilfsmitteln

Leistungsbewilligung	<ul style="list-style-type: none"> – Entscheiden über den Umfang von Eingliederungshilfen an Arbeitgeber – Verantwortliche Entscheidung auch unter Berücksichtigung des Reha-Budgets über Bewilligung von Maßnahmen bis zu 12 Monaten sowie technische Arbeitshilfen mit Kosten bis zu 2.500 EUR – Entscheiden über Arbeitserprobungen, Reintegrationsmaßnahmen und deren Verlängerung, psychologische Eignungsuntersuchungen und Trainingsmaßnahmen (§ 33 Abs. 3 Nr. 1 SGB IX)
Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit	<ul style="list-style-type: none"> – Außerdem obliegen unseren Reha-Fachberatern der Aufbau und die Pflege von regionalen Netzwerken (Arbeitgeber, andere Sozialleistungsträger, Bildungsträger) – Teilnahme an Fachtagungen und Fortbildungen – Präsenz auf Informationsständen, Beteiligung an Aktionstagen, Informationsständen auf Messen und Tagen der offenen Tür
Zusammenarbeit mit anderen Leistungsträgern und Beratungsstellen	<ul style="list-style-type: none"> – Trägerübergreifende Beratungen mit anderen Reha-Trägern und Akteuren im Reha-Geschehen (z. B. Technischer Beratungsdienst der Arbeitsagentur, Abstimmung Klinikberatung mit den Regionalträgern) – Kontaktgespräche mit Selbsthilfegruppen und Verbänden behinderter Menschen
Betreuung der gemeinsamen Servicestellen	<ul style="list-style-type: none"> – Der Fachberatungsdienst betreut die Gemeinsamen Servicestellen und hält hier auch Kontakte zu anderen Leistungsträgern – Beratung und Betreuung von Ratsuchenden bei der Servicestelle für Rehabilitation
Anwerben von Arbeitgebern und Bildungsstätten	<ul style="list-style-type: none"> – Akquisition von Arbeitgebern/Aus- und Fortbildungsstätten – Mitwirkung bei der Anerkennung von freien Bildungsträgern
Sachbearbeitung	<ul style="list-style-type: none"> – Mitarbeit in der Sachbearbeitung für definierte Arbeitsvorgänge (z. B. schwierige Fälle, Erstellung von Ablehnungsbescheiden, Fertigung von Schriftverkehr) – Bearbeitung von Anträgen auf Kfz-Hilfe
Organisatorische Aufgaben und Aufgaben des Betriebsablaufs	<ul style="list-style-type: none"> – Einarbeitung neuer Mitarbeiter im Fachberatungsdienst bzw. im Sozialdienst der eigenen Rehakliniken – Mitwirken bei der Ausbildung der zugewiesenen Nachwuchskräfte
Interne Beratung	<ul style="list-style-type: none"> – Sie beraten die Abteilungsleitung hinsichtlich der Zweckmäßigkeit/Notwendigkeit der Belegung freier Bildungsträger – Anleitung der Sachbearbeitung und Koordinierung im Sinne einer einheitlichen Verfahrensweise im Leistungsbereich
Sonstige	<ul style="list-style-type: none"> – Beteiligung bei Forschungsprojekten – Mitarbeit bei Maßnahmenanerkennungen – Pflege diverser Datenbanken im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung

Es sei darauf hingewiesen, dass zusätzlich einige Angaben der Träger verblieben sind, die keiner Kategorie zugeordnet werden konnten, da sie zu allgemein gehalten waren (beispielhaft „Ansprechpartner für alle Beteiligte“ oder „Klärung des Sachverhalts“).

Qualifikation der Reha(fach)berater

Als Qualifikation für die Arbeit als Reha(fach)berater wird von den Trägern ein Studium aus den Bereichen Verwaltungswirtschaft, (Sozial-)Pädagogik oder Rechtswissenschaft oder allgemein die Qualifikation zum gehobenen Verwaltungsdienst gefordert. Von verschiedenen Trägern wird im Weiteren der Abschluss einer Ausbildung zum Sozialversicherungsfachangestellten oder -fachwirt zumeist in Kombination mit bestimmten Zusatzqualifikationen und/oder Berufserfahrung verlangt. Auch vergleichbare Abschlüsse werden von einigen Trägern zugelassen. Neben diesen Qualifikationen, die eine Voraussetzung für die Arbeit als Reha(fach)berater darstellen, nannten die Träger verschiedene Fortbildungsangebote, die von ihren Reha(fach)beratern in Anspruch genommen werden. Dabei handelt es sich um Fortbildungen aus dem Bildungskatalog der Deutschen Rentenversicherung Bund sowie der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Des Weiteren wurde von einem Träger die Qualifikation als Disability Manager sowie von zwei Trägern die Qualifizierung als zertifizierter Case Manager genannt.

Entscheidungskompetenz der Reha(fach)berater

Hinsichtlich der Entscheidungskompetenz der Reha(fach)berater wurde von den meisten Trägern angegeben, dass die Berater bestimmte Leistungsgruppen selbstständig genehmigen können. Nur ein Träger gab an, dass Leistungen von den Reha(fach)beratern lediglich empfohlen, jedoch nicht genehmigt werden können (siehe Abbildung 5).

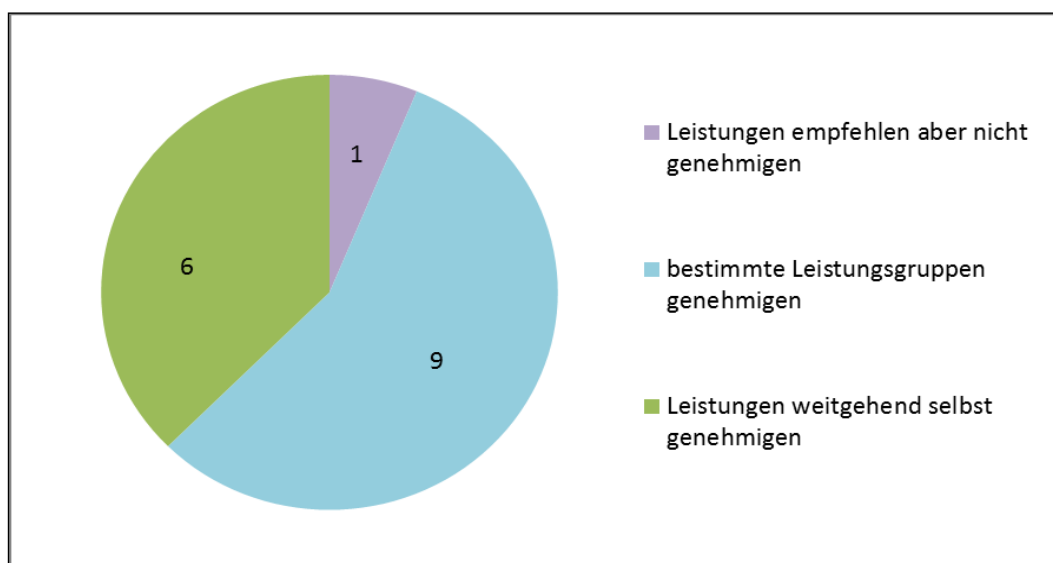


Abbildung 5: Anzahl an Träger nach Entscheidungskompetenz der beschäftigten Reha(fach)berater

Bei genauerer Analyse der Leistungsgruppen, die von den Reha(fach)berater selbstständig genehmigt werden können, wurden von den Trägern am häufigsten Leistungen (jeweils zwischen 5 und 10 Nennungen) aus folgenden Kategorien genannt:

- Bildungsmaßnahmen (zumeist beschränkt auf Integrationsmaßnahmen oder Zusatzqualifikationen)
- Zuschüsse, hier insbesondere Eingliederungszuschüsse (teilweise begrenzt auf eine bestimmte Dauer)
- Assessments (insbesondere Arbeitserprobungen und Eignungsabklärungen)
- Ausstattung am Arbeitsplatz (teilweise begrenzt auf ein bestimmtes Budget)
- Beauftragung des Integrationsfachdienstes

Von 2 Trägern (teils nur in dringenden Fällen) wurden die grundsätzliche Zusage von Vermittlungshilfen sowie von 3 Trägern die Genehmigung von Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen (teils begrenzt auf eine bestimmten Dauer, auf dringende Fälle oder auf Maßnahmenverlängerungen) aufgeführt. Im Weiteren wurden die Einschaltung des Case Managements sowie die Umstellung auf eine neue Ausbildungsstelle oder ein neues Ausbildungsziel im kaufmännischen Bereich genannt.

Anzahl der Mitarbeiter in der Reha(fach)beratung

Im Weiteren wurden die Träger nach der Anzahl an Mitarbeitern in der Reha(fach)beratung gefragt. Die Anzahl schwankt entsprechend der Größe der Träger erwartungsgemäß stark zwischen 3 und 172 Personen. Das entspricht ca. einer Betreuungsrelation zwischen 80.000 und 470.000 Versicherten je Berater.

2. Umsetzung von Fallmanagement

Vorliegende Fallmanagementkonzepte

Im Rahmen der Befragung gaben 7 der 16 Rentenversicherungsträger an, dass bereits Fallmanagementansätze in ihrem Hause vorliegen. Als Modellprojekt wird Fallmanagement danach bei 2 Trägern umgesetzt, 4 weitere Träger gaben an, Fallmanagement bereits in der Routine umzusetzen. 1 Träger setzt zugleich ein Konzept als Modellprojekt und ein anderes bereits in der Routine um (siehe Abbildung 6).

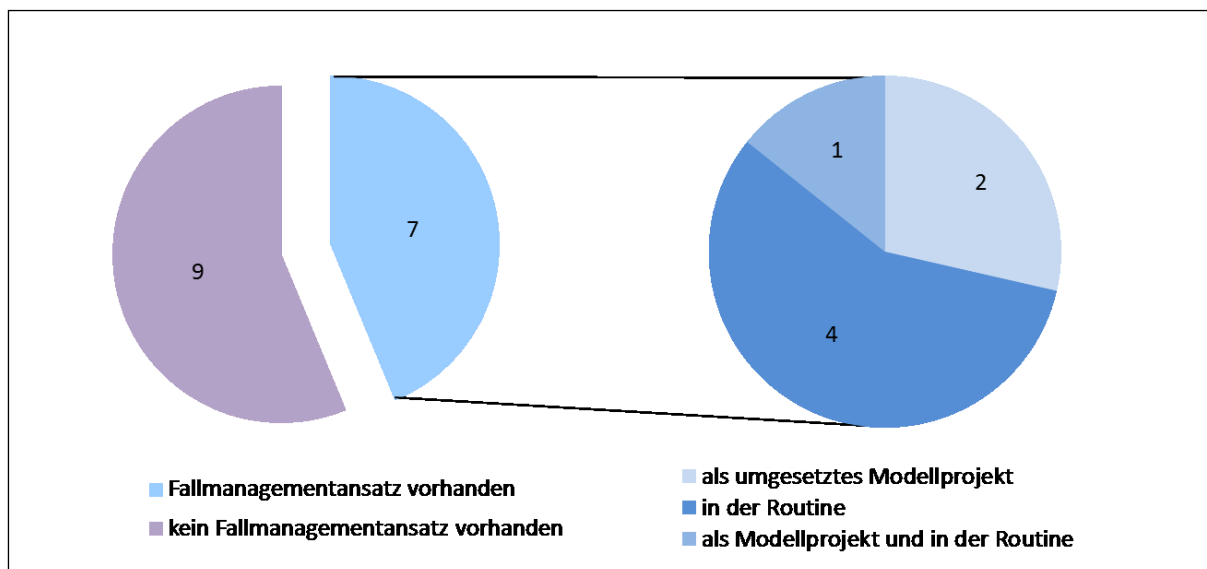


Abbildung 6: Anzahl der Träger entsprechend der Angaben zur Umsetzung von Fallmanagement

Von den Trägern, die angaben, Fallmanagement bereits als Modellprojekt oder in der Routine umzusetzen, wurden 13 Konzepte benannt. Zu 8 dieser Konzepte wurden Unterlagen vorgelegt, die eine Beschreibung des Konzeptes umfassen, zu den verbleibenden 5 Konzepten konnten lediglich die Angaben aus dem Fragebogen ohne zusätzliche Unterlagen der Konzeptbeschreibung für die Auswertungen herangezogen werden.

Zielgruppen der Fallmanagementkonzepte

Die Konzepte, zu denen Konzeptbeschreibungen vorliegen, sind in 3 Fällen auf eine bestimmte Erkrankung oder Erkrankungsgruppe ausgerichtet, 3 Konzepte weisen keinen Bezug zu einer Erkrankung(sgruppe) auf, 2 weitere Konzepte nehmen zwar auf bestimmte Erkrankungen(sgruppen) Bezug, die Zugangskriterien hinsichtlich dieser sind jedoch so weit gefasst, dass sie als erkrankungsübergreifend gewertet wurden. Zu den Konzepten, für die keine ergänzenden Unterlagen eingereicht wurden, können für 3 Konzepte Aussagen zur Zielgruppe getroffen werden. Erkrankungsübergreifend ausgerichtet sind danach 2 Konzepte, wohingegen sich 1 Konzept auf eine bestimmte Erkrankung (Multiple Sklerose) bezieht (siehe Abbildung 7).

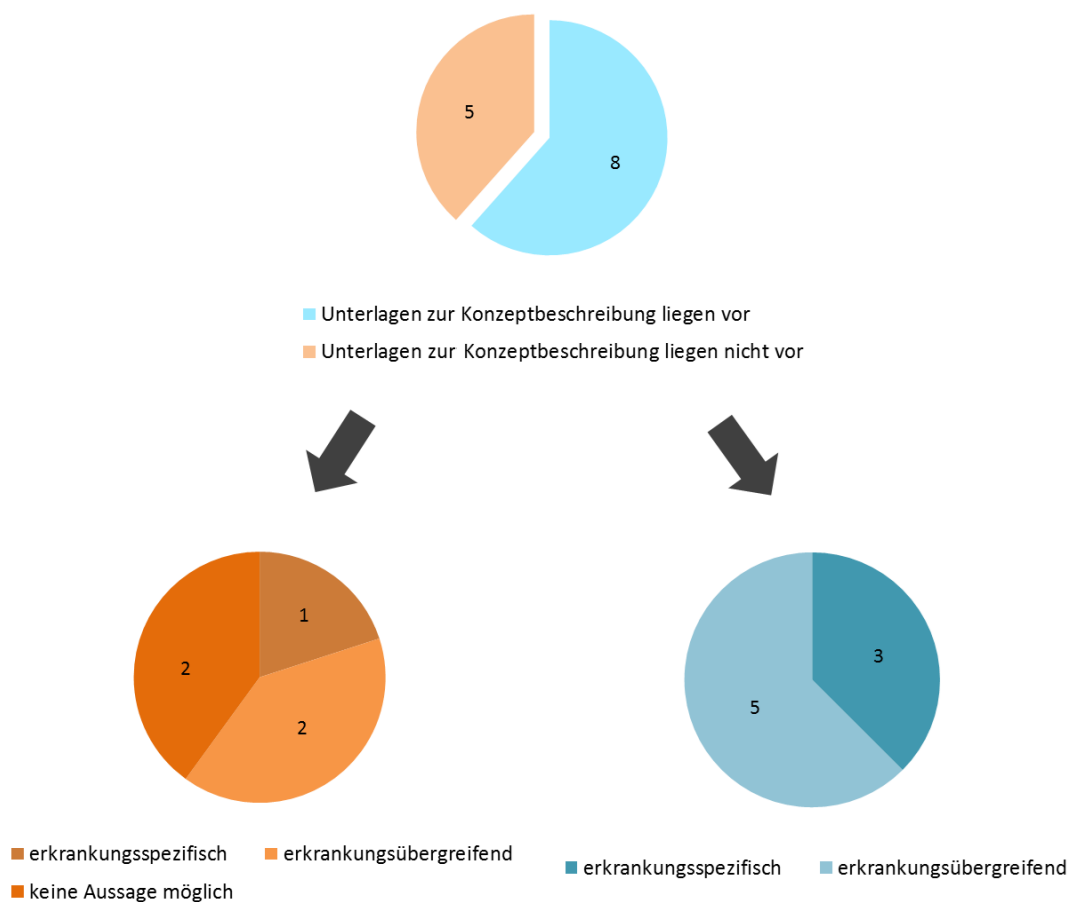


Abbildung 7: Anzahl der vorliegenden Konzepte nach Zielgruppe (erkrankungsspezifisch versus erkrankungsübergreifend)

Insgesamt werden von den Trägern 4 erkrankungsspezifische Konzepte angeführt, davon zwei aus dem Bereich Suchterkrankungen, eines zu psychische Erkrankungen und eines zu neurologische Erkrankungen.

Zuweisungskriterien in das Fallmanagement

Die Träger, die bereits Fallmanagementkonzepte umsetzen, gaben als wichtigstes Kriterium für die Zuweisung von Versicherten ins Fallmanagement an, dass die berufliche Tätigkeit aufgrund von gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausübt werden kann. Dieses Kriterium wird von 5 der 16 Träger als eines der drei wichtigsten Kriterien angegeben. Anschließend folgen eine schwerwiegende körperliche Erkrankungssituation sowie die Angabe „sonstige“ (je 4 Nennungen). Eine schwerwiegende psychische Erkrankungssituation gehört bei keinem der Träger zu den drei wichtigsten Kriterien (siehe Tabelle 8). Als sonstige Kriterien, nach denen eine Fallauswahl für das Fallmanagement erfolgt, wurden unter anderem multiple Vermittlungshemmnisse, besondere berufliche Problemlagen wie eine bestehende Kündigungsproblematik oder Mobbing sowie eine negative Einschätzung des Rehabilitationsergebnisses bei gleichzeitig förderungsbedürftiger Motivationslage angegeben.

Tabelle 8: Anzahl der Nennungen zu den wichtigsten Kriterien zur Auswahl von Versicherten für das Fallmanagement

Antwortmöglichkeiten	Anzahl der Nennungen
bei schwerwiegender körperlicher Erkrankungssituation	4
bei schwerwiegender psychischer Erkrankungssituation	0
bei gleichzeitigem Auftreten von somatischen und psychischen Erkrankungen	1
bei Multimorbidität	2
wenn bisherige berufliche Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausgeübt werden kann	5
wenn Leistungen von mehreren Leistungsträgern erbracht werden	2
bei schwieriger sozialer Situation (z. B. Schulden, familiäre Probleme)	2
bei Fällen im betrieblichen Eingliederungsmanagement (z.B via Firmenservice)	3
sonstige	4

Zugang ins Fallmanagement

Ähnlich den Zeitpunkten für den Zugang zur Reha(fach)beratung wurden von den Trägern mit Fallmanagementkonzepten die folgenden Zeitpunkte für den Zugang ins Fallmanagement aufgeführt:

- Im Zusammenhang mit der medizinischen Rehabilitation: bei Antragstellung (1 Nennung), bei Bewilligung (1 Nennung), während der medizinischen Rehabilitation (3 Nennungen), nach der medizinischen Rehabilitation (1 Nennung)
- Im Zusammenhang mit LTA: nach Bewilligung einer LTA (1 Nennung), während der LTA (1 Nennung)
- Im Zusammenhang mit dem Rentenverfahren: bei Rentenantragstellung bzw. Weitergewährungsantrag (1 Nennung), während der Erwerbsminderungsrente (1 Nennung)
- Im Zusammenhang mit der stufenweisen Wiedereingliederung: bei der Einleitung (1 Nennung)
- Im Zusammenhang mit Verfahren des BEMs (1 Nennung)

Zusätzlich zu diesen spezifischen Angaben wurden weitere unspezifische Angaben zum Zeitpunkt gemacht. Genannt wurden hier beispielsweise der Zugang zur Reha(fach)beratung als Zeitpunkt der Identifikation eines Fallmanagementbedarfs oder prinzipiell die Antragsstellung einer Leistung ohne weitere Differenzierung.

Instrumente zur Identifikation der Versicherten

Wird die Ausgestaltung des Fallmanagements näher betrachtet, so gaben 5 der 7 Träger an, Instrumente zur Identifikation von Versicherten für das Fallmanagement einzusetzen. Für die im Fragebogen genannten Konzepte wurden dabei 5 Mal festgelegte Kriterien genannt, 3 Mal wurde von den Trägern, auf Instrumente oder Kriterien verwiesen, die jedoch nicht näher beschrieben wurden und 1 Mal wurde angegeben, dass die Identifikation von Versicherten für das Fallmanagement unter anderem auf Basis eines Expertenurteils erfolgt. Als Kriterien wurden von den Trägern beispielhaft die Folgenden genannt:

- wenn der Versicherte einer bestimmten Indikationsgruppe zugehört
- wenn bereits eine Maßnahme abgebrochen wurde bzw. ein Wiederholungsantrag gestellt wird
- wenn der Rehabilitand arbeitslos ist
- wenn die Ausübung der aktuellen Tätigkeit gesundheitsbedingt gefährdet ist
- wenn das Rehabilitationsergebnis als negativ eingeschätzt wird
- wenn zur nachhaltigen Sicherung der Arbeitsfähigkeit bzw. der Eingliederung ins Erwerbsleben notwendig

Neben diesen Kriterien nannte ein Träger unter anderem das Erreichen eines bestimmten Scores im Würzburger Screening als Kriterium für den Zugang ins Fallmanagement.

Instrumente zur Bedarfsermittlung und Leistungsplanung

Instrumente der Bedarfsermittlung und Leistungsplanung werden von 6 der 7 Träger, die angeben, Fallmanagement bereits umzusetzen, angewendet. Eingesetzt werden etablierte Assessments wie beispielsweise verschiedene Fragebögen sowie die Durchführung von Arbeitserprobungen oder psychologischen Eignungsbeurteilungen (4 Nennungen). In einem Fall wurde auch von einem selbst entwickelten Assessmentinstrument berichtet, dieses wurde jedoch nicht näher erläutert. Zudem gaben mehrere Träger an, einen Integrationsplan zu erstellen (5 Nennungen). Von einer Zusammenarbeit mit dem Berufsförderungswerk bei der Bedarfsermittlung und Leistungsplanung wurde in 2 Fällen berichtet.

Verortung des Fallmanagements

Bei der Frage nach der Verortung des Fallmanagement innerhalb der Organisation gaben 3 Träger an, dass das Fallmanagement ausschließlich von der Reha(fach)beratung übernom-

men wird. Die verbleibenden 4 Träger gaben an, dass die Reha(fach)beratung in Kombination mit anderen Akteuren das Fallmanagement übernimmt. Genannt wurden hier die Sachbearbeitung (1 Nennung), Mitarbeiter der gemeinsamen Servicestellen (1 Nennung) sowie externe Fallmanager (2 Nennungen).

Qualifikationen der Berater im Fallmanagement

Im Vergleich der Qualifikationen der Reha(fach)berater mit den Qualifikation der Mitarbeiter im Fallmanagement der Träger gaben die meisten Träger an, dass hier keine Unterschiede bestehen. Lediglich 2 der 7 Träger mit Fallmanagement verwiesen auf zusätzliche Qualifikationen der Fallmanager. Genannt wurden hier hausinterne und externe Schulungen sowie die Weiterbildung zum zertifizierten Case Manager in einer zweijährigen berufsbegleitenden Weiterbildung.

Entscheidungskompetenzen der Berater im Fallmanagement

Auch hinsichtlich der Entscheidungskompetenzen im Vergleich der Mitarbeiter der Reha(fach)beratung mit den Fallmanagern zeigen sich lediglich bei 2 Trägern Unterschiede. Einer dieser Träger gibt an, dass die Reha(fach)beratung Leistungen weitgehend selbstständig genehmigen kann, für Fallmanager gilt dies allerdings nur für bestimmte Leistungsgruppen. Bei dem anderen Träger sind die Entscheidungskompetenzen im Fallmanagement entsprechend der verschiedenen Fallmanagementkonzepte unterschiedlich geregelt. In einem Konzept kann keine Genehmigung der Leistungen durch den Fallmanager erfolgen, in den beiden anderen können weitgehend alle Leistungen selbstständig genehmigt werden. Die Mitarbeiter der Reha(fach)beratung dieses Trägers können hingegen nur bestimmte Leistungsgruppen selbstständig genehmigen. Insgesamt geben die Träger für die verschiedenen Konzepte teils unterschiedliche Entscheidungskompetenzen der Fallmanager an. In 3 Fällen wird angegeben, dass Leistungen empfohlen, aber nicht genehmigt werden können, in 2 Fällen können bestimmte Leistungsgruppen selbstständig genehmigt werden und in ebenfalls 2 Fällen ist eine weitgehende selbstständige Genehmigung aller Leistungen durch die Fallmanager möglich.

Kontinuität der Betreuung im Fallmanagement

Bezüglich der Kontinuität der Betreuung der Versicherten im Fallmanagement gaben 6 Träger an, dass die Versicherten über die gesamte Falldauer durch den selben Fallmanager betreut werden, nur bei einem Träger kann keine kontinuierliche Betreuung durch den selben Fallmanager gewährleistet werden.

Externe Dienstleister im Fallmanagement

Mit 6 Trägern setzt der größte Teil der Träger auch externe Dienstleister im Rahmen des Fallmanagements ein. Am häufigsten wurden als Dienstleister die Berufsförderungswerke sowie die Integrationsfachdienste genannt (siehe Abbildung 8).

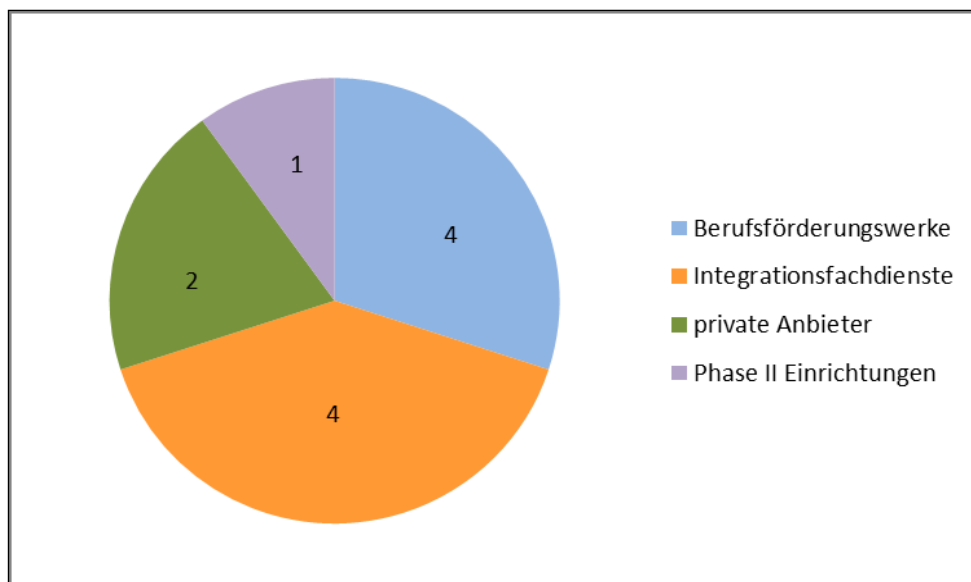


Abbildung 8: Anzahl der Nennungen zu einbezogenen externen Dienstleistern

Akteure im Fallmanagement

Gefragt nach den Akteuren, die regelhaft ins Fallmanagement einbezogen werden, nannten die Träger am häufigsten medizinische und berufliche Rehabilitationseinrichtungen, den Betriebsarzt und den Arbeitgeber. Seltener einbezogen werden dagegen der behandelnde Arzt oder ambulante Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen. Als sonstige Leistungsträger wurden am häufigsten die Agentur für Arbeit (3 Nennungen) bzw. der Jobcenter (1 Nennung) und die Krankenkasse (3 Nennungen) genannt. Darüber hinaus wurden im Freitext zudem die Integrationsfachdienste (2 Nennungen), freie Bildungsträger (1 Nennung), Suchtberatungsstellen (1 Nennung) und der sozialpsychiatrische Dienst (1 Nennung) aufgeführt (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Anzahl der Nennungen der regelhaft ins Fallmanagement einbezogenen Akteure

Antwortmöglichkeiten	Anzahl der Nennungen
medizinische Rehabilitationseinrichtung	6

berufliche Rehabilitationseinrichtung	6
behandelnder Arzt	2
Betriebsarzt	6
betreuender Psychologe/Psychotherapeut	1
ambulante Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen	4
Arbeitgeber	6
andere Träger von Sozialleistungen	4
sonstige	2

Instrumente der Falldokumentation

Auf die Frage, ob eine systematische Falldokumentation im Rahmen der Fallmanagementkonzepte erfolgt, gaben 4 der 7 Träger an, dass entsprechende Maßnahmen umgesetzt werden. Eingesetzt werden hierzu Listen, Tabelle und Vordrucke, die im Laufe des Fallmanagements geführt und zur Falldokumentation herangezogen werden.

Instrumente der Qualitätssicherung

Ebenfalls von 4 Trägern (nur im Teil mit den Vorangegangenen identisch) werden bereits Maßnahmen der Qualitätssicherung umgesetzt. Genannt wurden hier die Dokumentation des Erfolgs mittels verschiedener Listen sowie die Auswertung von Fallzahlen. Im Weiteren wurden die Durchführung von Qualitätszirkeln, Fall- und Teambesprechungen, Supervisionen und Case Management-Schulungen genannt. In einem Konzept erfolgt darüber hinaus eine wissenschaftliche Begleitung.

Umgesetzte und notwendige Veränderungen

Abschließend zu diesem Themenblock der Fallmanagementumsetzung wurden die Träger gefragt, welche Veränderungen hinsichtlich Strukturen und Prozesse notwendig waren, um die Fallmanagementkonzepte in die Praxis zu übertragen. Veränderungen wurden in folgenden Bereichen genannt:

- Umdenken und Veränderung der Grundhaltung der Mitarbeiter insbesondere der Reha(fach)berater (2 Nennungen)
- Ausbau personeller Ressourcen (3 Nennungen)
- Qualifizierung von Mitarbeitern zum Fallmanagement (2 Nennungen)
- Veränderung von Organisationsstrukturen insbesondere hinsichtlich Zuständigkeiten und Informationsfluss (4 Nennungen)

Hinsichtlich der Veränderungen, die zur weiteren Etablierung des Fallmanagements bei den Trägern zukünftig noch anstehen, wurden ebenfalls der Ausbau personeller Ressourcen (1 Nennung), die Veränderung von Organisationsstrukturen (1 Nennung) sowie die Qualifizierung von Mitarbeitern (2 Nennungen) genannt. Im Weiteren wurden eine stärker personenzentrierte Ausrichtung der Arbeitsabläufe insbesondere hinsichtlich einer individuelleren und flexibleren Betreuung sowie der Beratungsdauer (2 Nennungen) und eine stärkere Zusammenarbeit mit den anderen Leistungsträger (1 Nennung) angeführt.

3. Perspektivische Überlegungen zum Fallmanagement

Bedarf an Fallmanagement

Im Rahmen dieses Fragebogenblocks wurden die Träger zunächst gebeten, den Bedarf an Fallmanagement innerhalb verschiedener Zielpopulationen einzuschätzen. Einschätzungen zu dieser Frage nahmen 11 der 16 Träger vor. Die Schätzungen schwanken dabei deutlich (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: Geschätzter der Bedarf an Fallmanagement in verschiedenen Zielpopulationen

Population	Minimalschätzung	Mittelwert*	Maximalschätzung
Versicherte mit medizinischer Rehabilitation	<1%	8,8%	20-30%
Versicherte mit LTA	<1%	22,5%	90%
Versicherte mit Antrag auf Erwerbsminderungsrente	<1%	6,0%	30%

Anmerkungen: *wenn von den Trägern kein Prozentwert, sondern ein -bereich angegeben wurde, wurde der mittlere Wert des Bereichs für die Berechnungen des Gesamtmittelwerts herangezogen

Beim geschätzten Bedarf lassen sich keine relevanten Unterschiede zwischen Trägern, die angaben, Fallmanagement bereits umzusetzen, und den anderen Trägern erkennen.

Wichtige Zielgruppen für das Fallmanagement

Als die wichtigste Zielgruppe für Fallmanagement sehen die Träger diejenigen Versicherten bzw. Rehabilitanden, die sich trotz bestehender zumeist gesundheitlicher Schwierigkeiten noch in einem Beschäftigungsverhältnis befinden und die im Sinne des Schutzes vor einer Ausgliederung nun Unterstützung zur Aufrechterhaltung dieses Beschäftigungsverhältnisses benötigen (9 Nennungen). Ein hoher Fallmanagementbedarf wird zudem bei Versicherten mit Bedarf an trägerübergreifender Koordinierung von Leistungen sowie psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen (5 bzw. 6 Nennungen) gesehen (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Kategorien und Beispielnennungen zu Zielgruppen für ein Fallmanagement

Kategorie	Beispielnennungen der Träger
Versicherte mit bestehendem Beschäftigungsverhältnis	<ul style="list-style-type: none"> – Stufenweise Wiedereingliederung, Fallmanager sollte frühzeitig Problemfälle erkennen – Versicherte mit unklarer Rückkehrperspektive an den letzten Arbeitsplatz – Rehabilitanden, die noch in einem Beschäftigungsverhältnis stehen (Stichwort: Verhinderung der Ausgliederung)
Versicherte mit psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> – Versicherte nach LTA mit psychischen Diagnosen – Versicherte, die aufgrund einer F-Diagnose zeitlich erwerbsgemindert sind, bei denen aber eine positive Wiedereingliederungsprognose besteht, sofern der Eingliederungsprozess vom Fallmanager während des Rentenbezuges begleitet und unterstützt wird – Rehabilitanden in RPK-Einrichtungen
Versicherte mit trägerübergreifendem Bedarf an Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> – Klienten mit besonderen Problemlagen bzw. komplexen trägerübergreifenden Teilhabeleistungen (kleine Kinder, schwierige Familiensituation, unzureichende Sprachkenntnisse, Minderbegabung) – Der Fallmanagementansatz kann auch im Rahmen eines "klassischen" LTA-Verfahrens hilfreich sein, falls hier eingliederungshemmende Kontextfaktoren, die ggf. auch Leistungen anderer Leistungsträger erforderlich machen, abgebaut werden müssen und insofern eine Koordinierung/Kooperation erfolgen muss
Versicherte mit schwerwiegender körperlicher Behinderung	<ul style="list-style-type: none"> – bei schwerwiegender körperlicher Erkrankungssituation (Querschnittsgelähmte) – Rollstuhlfahrer/Querschnittsgelähmte/Schlaganfallpatienten – Sehbehinderte/Blinde
Versicherte mit Suchterkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> – Abhängigkeitskranke („Nichtantreter“ und „Wiederholer“) – Versicherte nach Entwöhnungsbehandlung
Langzeitarbeitslose Versicherten	---*
Rentenantragssteller	---*
Versicherten mit multimorbiden Erkrankungen	---*
Sonstige	<ul style="list-style-type: none"> – Absolventen von kostenintensiven Vollausbildungen – Soziotherapeutischer Bedarf (begleitende Dienste; für Fälle, in denen Integration aufgrund der Persönlichkeitsstruktur oder Erkrankung schwierig ist) – Patienten mit ambivalenter Motivationslage – Versicherte in Qualifizierungsmaßnahmen außerhalb von Berufsförderungswerken

Anmerkungen: *lediglich Oberbegriff genannt; RPK=Rehabilitation psychisch kranker Menschen

Nutzen von Fallmanagement

Die Angaben der Träger zum Nutzen des Fallmanagements lassen sich den Kategorien „Rentenversicherung prozessbezogen“, „Rentenversicherung ergebnisbezogen“ und „versichertenbezogen“ zuordnen (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12: Kategorien und Beispielnennungen zum Nutzen von Fallmanagement

Kategorie	Beispielnennungen der Träger
Rentenversicherung – prozessbezogen	<ul style="list-style-type: none">– Zeitersparnis durch Erfahrung und Routine– Vermeidung von Leistungsketten– Entlastung der Reha-Sachbearbeitung– passgenaue Leistungserbringung– schnelle Leistungserbringung durch Einbindung aller Leistungsträger– Erhöhung der volkswirtschaftlichen Wirksamkeit (keine unnötigen Doppelleistungen verschiedener Träger aufgrund von Zuständigkeitsproblemen)
Rentenversicherung – ergebnisbezogen	<ul style="list-style-type: none">– Das Fallmanagement soll (...) sicherstellen, dass die erfolgreichen Ergebnisse der medizinischen Rehabilitation nachhaltig sind, und somit ggf. weitere Leistungen entbehrlich werden (Kostensparnis)– Vermeidung von Erwerbsminderungsrenten– höhere Integrationsquoten
versichertenbezogen	<ul style="list-style-type: none">– Durch intensive Betreuung und Eröffnung einer Zukunftsperspektive kann gerade bei den psychisch erkrankten Menschen einer Chronifizierung des reduzierten Gesundheitszustandes vorgebeugt (...) werden– Umsetzung des Inklusionsgedankens– Erhöhung der Kundenzufriedenheit– Verminderung des Gefährdungspotenzials eines Rückfalles (bei Suchterkrankten)

Barrieren bei der Einführung von Fallmanagement

Werden die Träger nach den Barrieren für die Einführung eines Fallmanagements gefragt, so sehen sie diese insbesondere in den notwendigen personellen (und den damit verbundenen finanziellen) Aufwendungen sowie den aus ihrer Sicht fehlenden fachlichen Kompetenzen zur Durchführung eines Fallmanagements. Des Weiteren wurden die notwendigen Anpassungen von Arbeits- und Organisationsstrukturen, die Umsetzung einer stärkeren Adressatenorientierung, die Fallidentifikation, die Bereitschaft des Arbeitgebers zur Zusammenarbeit sowie die Deckelung der Ausgaben nach §220 SGB VI als Barrieren angeführt.

3.2.2.2 Expertengespräche

Nach der Fragebogenerhebung ergaben sich im Rahmen der Expertengespräche folgende zusätzliche Erkenntnisse:

Zielgruppen für ein Fallmanagement

Bereits im Fragebogen wurden Versicherte mit psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen als wichtige Zielgruppe für ein Fallmanagement gesehen. Dies bestätigte sich auch in den geführten Gesprächen. Darüber hinaus betonte ein Träger die Notwendigkeit von Fallmanagement für Versicherte, bei denen ein Leistungsträgerwechsel regelhaft Bestandteil des Prozesses ist. Insbesondere bezieht sich der Träger hier auf Versicherte in Werkstätten für behinderte Menschen.

Verortung des Fallmanagements

Die Verortung der vorliegenden Fallmanagementkonzepte innerhalb der Organisation der Träger unterscheidet sich. Dies betrifft zunächst die Frage, ob das Fallmanagement rentenversicherungsintern umgesetzt oder an einen externen Dienstleister vergeben wird. In den Gesprächen sahen die Träger den Vorzug eines durch die Mitarbeiter der Rentenversicherung durchgeführten intern verorteten Fallmanagements vor allem in den besseren Kenntnissen der Möglichkeiten und Strukturen des eigenen Trägers. Dies ermöglicht individuellere und zugleich praktikablere Hilfestellungen für die Betroffenen. Für eine externe Vergabe des Fallmanagements sprach hingegen insbesondere die hohe Fachkompetenz auch in spezifischen Themengebieten, auf die über externe Fallmanager zugegriffen werden kann sowie eine höhere Flexibilität im Einsatz von Fallmanagement aus Sicht der Rentenversicherung.

Unabhängig davon, ob das Fallmanagement intern oder extern organisiert war, existierten im Weiteren Unterschiede bezüglich der Verortung der mit dem Fallmanagement betrauten Mitarbeiter. Teilweise ist das Fallmanagement organisatorisch an die Reha(fach)beratung angebunden, teilweise wird es als eigener Bereich bzw. Abteilung organisiert.

Kooperation und Vernetzung

Eine enge und systematische Zusammenarbeit der Träger im Rahmen des Fallmanagements existiert insbesondere mit den medizinischen Rehabilitationseinrichtungen, den Berufsförderungswerken und teilweise mit den Integrationsfachdiensten. Fallbezogen werden darüber hinaus Kontakte zu verschiedenen Beratungsstellen, wie beispielsweise der Sucht- oder der Schuldnerberatung eingesetzt. Bei diesen Kontakten handelt es sich jedoch eher um fallbezogene Kooperationen als um fallübergreifende Netzwerke.

Von einer systematischen Zusammenarbeit mit anderen Sozialleistungsträgern, außerhalb von speziellen Verfahrensabsprachen, wurde in den Gesprächen nicht berichtet. Vielmehr wird an verschiedenen Stellen auf Schwierigkeiten bei der Zuständigkeitsklärung für spezifische Fälle hingewiesen. Die Träger äußerten mehrfach den Wunsch nach einer besseren Zusammenarbeit mit anderen Sozialleistungsträgern, allen voran der Agentur für Arbeit. Als Anhaltspunkt für eine zukünftig verstärkte Zusammenarbeit mit anderen Sozialleistungsträgern wird von einem Träger die Landesrahmenvereinbarungen zum Präventionsgesetz gesehen. Die darin verankerte Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger könnte eine erste Grundlage für Absprachen auch bezüglich eines frühzeitig einsetzenden Fallmanagements darstellen.

Finanzierung des Fallmanagements

Bei den befragten zwei Trägern, bei denen Fallmanagement durch einen externen Dienstleister erbracht wird, erfolgt die Finanzierung auf Basis von Pauschalen für eine bestimmte Anzahl an Kontakten. Zusätzlich wird bei Erreichung des Ziels der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung eine Bonuszahlung gewährt. Von Selektionsprozessen zugunsten „einfach“ gelagerter Fälle von Seiten der externen Dienstleister wurde nicht berichtet.

Barrieren für die Umsetzung von Fallmanagement

Insbesondere im Gespräch mit einem Träger, der bereits Fallmanagement umsetzt, wird als zentrale Barriere nochmals auf die Umsetzung einer konsequenten Adressaten-Orientierung, d. h. einer Ausrichtung an den Bedarfen des Versicherten und den damit verbundenen Prozess des Umdenkens hingewiesen. Dieser sollte nicht nur die Berater bzw. Fallmanager, sondern die gesamte Organisation einschließlich der Sachbearbeitungs- und Verwaltungsabläufe betreffen. Auch Führungskräfte sollten zum Fallmanagement geschult werden.

Des Weiteren wird von einem Träger auf die aktuell noch unzureichend umgesetzte Zusammenarbeit mit anderen Sozialleistungsträgern hingewiesen, die aus seiner Sicht hemmend wirkt.

Befürchtungen bei Einführung eines trägerübergreifenden Fallmanagementkonzeptes

In den Gesprächen werden von zwei Trägern diesbezügliche Bedenken geäußert. Insbesondere besteht die Befürchtung darin, in den eigenen Vorgehensweisen und Abläufen durch die Vorgaben des Fallmanagementkonzeptes eingeschränkt zu werden bzw. diese verändern zu müssen.

3.2.3 Diskussion

Bei der Trägerbefragung wurde sowohl auf die aktuelle Praxis der Reha(fach)beratung als auch – soweit vorhanden – des Fallmanagements eingegangen. Die Frage, ob Fallmanagement bereits in der Routine oder als Modellprojekt umgesetzt wird oder ob konzeptionelle Ansätze diesbezüglich vorliegen, bejahten 7 Rentenversicherungsträger und benannten dabei insgesamt 13 Konzepte. Welche Konzepte angeführt wurden, war letztendlich davon abhängig, welche Vorgehensweisen die Träger unter „Fallmanagement“ subsumieren bzw. was unter dem Begriff „Fallmanagement“ verstanden wird. Gemeinsam ist allen Konzepten, dass sie eine im Vergleich zur routinemäßigen Begleitung der Versicherten besondere Unterstützung für eine bestimmte Zielgruppe beinhalten und auf die berufliche Wiedereingliederung der Versicherten ausgerichtet sind. Im Detail betrachtet, unterscheiden sich die Konzepte jedoch deutlich.

Zentrale Unterschiede liegen bereits in der Zielgruppendefinition. Während einige Rentenversicherungsträger das Fallmanagement auf eine klar definierte Zielgruppe ausrichten, fassen andere Träger die Zielgruppe sehr weit. Ein Teil der Konzepte bezieht sich so ausschließlich auf Versicherte, die an einer bestimmten Erkrankung leiden bzw. einer bestimmten Erkrankungsgruppe zugeordnet werden können – andere Konzepte sind wiederum erkrankungsübergreifend ausgerichtet. Konzeptionell folgen die Fallmanagementansätze der Träger unterschiedlich stark den Elementen des Fallmanagement-Regelkreises. Nicht immer sind alle Elemente von der Identifikation bis zur Evaluation konzeptionell verankert. Darüber hinaus wird das Fallmanagement in einem Teil der Konzepte an einen externen Dienstleister vergeben, bei anderen Trägern wiederum wird das Fallmanagement durch eigene Mitarbeiter durchgeführt. Neben unterschiedlichen Vorgehensweisen auf Einzelfallebene unterscheiden sich die Konzepte und insbesondere die praktische Umsetzung dieser auch auf Organisationsebene. Die Verankerung des Fallmanagementgedankens nicht nur bei den Beratern, sondern in der gesamten Organisation ist unterschiedlich stark ausgeprägt. Wie insbesondere aus den Expertengesprächen deutlich wurde, existiert Zusammenarbeit, neben den festen Kooperationen mit den Rehabilitationseinrichtungen und den Berufsförderungswerken, mit externen Akteuren vornehmlich fallbezogen und weniger als fallübergreifendes Netzwerk. Als schwierig gestaltet sich insbesondere die Kooperation mit anderen Leistungsträgern wie z. B. der Arbeitsagentur oder den Krankenkassen.

In der Erhebung zeigt sich deutlich, dass das Themengebiet Fallmanagement im Handlungsfeld der Rentenversicherung noch recht neu ist und sich noch in der Entwicklung befindet. Von den Trägern, die nach eigenen Angaben im Bereich des Fallmanagements bereits aktiv sind, liegen nicht in jedem Fall abgeschlossene Konzepte mit bereits festgelegten und vollständig beschriebenen Verfahrensabläufen vor. Teilweise werden die Konzepte nur in Mo-

dellregionen und noch nicht flächendeckend umgesetzt. Bei genauerer Betrachtung der beschriebenen Vorgehensweisen ist festzustellen, dass schon recht konkrete Vorstellungen zur Zielgruppenidentifikation und -definition bestehen, weniger existieren diese allerdings für den Bereich der Dokumentation und Evaluation des Fallmanagements. Insbesondere bei den Expertengesprächen zeigten sich bei einigen Trägern weitergehende Bestrebungen hinsichtlich einer stärkeren Verankerung des Fallmanagements in der Organisation sowie umfangreicherer Kooperationen und stärkerer Vernetzung sowohl innerhalb der Rentenversicherung als auch zu externen Partnern.

3.3 Fazit

Die Ergebnisse der Literaturrecherche sowie der Trägerbefragung vermitteln einen Überblick über unterschiedlichste Konzepte des Fallmanagements und zeigen das nicht nur international, sondern auch national zwischen den Rentenversicherungsträgern differierende Verständnis von Fallmanagement. Dennoch lassen sich einige erste Folgerungen für das im Rahmen dieses Projektes zu entwickelnde Fallmanagementkonzept ableiten.

Einbindung der Rentenversicherungsträger

Die bereits bestehenden Konzepte der Träger sowie ihrer Vorstellungen zu einem Fallmanagement unterscheiden sich deutlich. Unter dem Begriff „Fallmanagement“ werden von den Trägern ganz unterschiedliche Vorgehensweisen subsumiert. Für die Akzeptanz des Konzeptes bei den Trägern sind daher die Schaffung eines gemeinsamen Verständnisses sowie ein Einbezug der Träger in den Prozess der Konzeptentwicklung von Beginn an essentiell. Ein erster Schritt hierzu wurde bereits durch den umgesetzten Expertenworkshop zur Bestandsaufnahme verwirklicht.

Einführung des Fallmanagements

Angesichts der komplexen Strukturen und Prozesse in der Rehabilitation sowie der Rentenversicherung selbst, sollte die Einführung des Fallmanagements durch geeignete Maßnahmen flankiert werden. Im Sinne der die Organisation betreffenden Veränderungen ist die Unterstützung des Konzeptes durch die Führungsebene, die Bereitschaft zur Anpassung interner Vorgehensweisen sowie zur produktiven Aufarbeitung von Komplikationen („lernende Organisation“) essentiell.

Passgenauigkeit des Konzeptes

Die Strukturen und Prozesse der Träger sind ebenso unterschiedlich wie die regionalen Gegebenheiten oder die vorhandenen Kooperationen mit externen Akteuren. Im Sinne einer

hohen Passgenauigkeit des zu entwickelnden Fallmanagementkonzeptes muss das Konzept einerseits konzeptionelle Grundlagen vorgeben, andererseits aber dennoch den notwendigen Spielraum für eine individuelle Ausgestaltung der einzelnen Träger zulassen.

Organisatorische Einbindung

Fallmanagement versteht sich nicht als einzelne Maßnahme, die losgelöst vom organisatorischen Kontext eingeführt und umgesetzt werden kann. Um das Fallmanagement organisatorisch gut einzubinden, ist es im Reha-Prozess zu verankern. Hierzu bedarf es Schnittstellen zu den einzelnen Aufgaben und Phasen des übergreifenden Reha-Prozesses, etwa zur Antragsprüfung, zur Wahl der geeigneten Reha-Einrichtung oder bei Entscheidungen über LTA.

Bereitstellung von Kapazitäten

Der individualisierte Betreuungsansatz erfordert eine flexible Personaleinsatzplanung und tendenziell einen höheren Betreuungsschlüssel als in der Standardbetreuung. Die Bemessung des Caseloads ist von internen Rahmenbedingungen und der Qualität des kooperierenden Netzwerks abhängig. Um der Gefahr einer Über- bzw. Unterbetreuung vorzubeugen, könnte ein Caseload-Korridor, entsprechend den Erfahrungen aus der Fallmanagement-Einführung auf Trägerebene, sinnvoll sein.

Kompetenzen und Handlungsspielraum der Mitarbeiter im Fallmanagement

Wesentlich erscheint es, die Entscheidungskompetenzen auf Trägerebene in Abhängigkeit von den Zielgruppen mit besonderem Bedarf sachgerecht festzulegen. Dabei sind die unterschiedlichen regionalen und organisatorischen Gegebenheiten zu berücksichtigen.

Qualifikation der Mitarbeiter im Fallmanagement

Um Versicherten aller Träger eine vergleichbare Beratungs- und Betreuungsqualität anbieten zu können, sollte ein trägerübergreifend abgestimmtes Curriculum für die Ausbildung von Fallmanagern Anwendung finden. Dieses sollte modular aufgebaut sein, um in Abhängigkeit von der Basisqualifikation der Mitarbeiter (z. B. gehobener Verwaltungsdienst versus Sozialarbeiter) noch fehlende Kenntnisse gezielt vermitteln zu können.

In der vorliegenden Bilanz der Bestandsaufnahme zeigt sich, dass das Konzept des Fallmanagements grundsätzlich für die gesetzliche Rentenversicherung umsetzbar erscheint und von allen Beteiligten ein deutlicher Nutzen für die Teilhabe von Versicherten mit komplexen Problemlagen erwartet wird.

4 Konzeptentwicklung

4.1 Fokusgruppen

4.1.1 Methodik

Um erste Ansätze für die Entwicklung eines Fallmanagementkonzepts zu erarbeiten, wurden zu Beginn der Konzeptentwicklungsphase mehrere Fokusgruppen zu den folgenden Themengebieten durchgeführt:

- Themengebiet 1: Rechtliche Rahmenbedingungen und Finanzierungsgrundlagen des Fallmanagements
- Themengebiet 2: Zugang ins Fallmanagement – Zielgruppendefinition und -identifikation
- Themengebiet 3: Vorgehensweise im Fallmanagement – Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung
- Themengebiet 4: Zusammenarbeit innerhalb der Rentenversicherung und mit externen Akteuren im Fallmanagement
- Themengebiet 5: Qualitätssicherung, Dokumentation und Qualifikationen im Fallmanagement

Jedes Thema wurde unabhängig voneinander und mit unterschiedlichen Teilnehmern in zwei Fokusgruppen diskutiert. Um die Diskussionen anzuregen, wurden zu jedem Themengebiet zwei aufeinander aufbauende Leitfragen formuliert. In die Ergebnisse gingen Diskussionen aus zehn Fokusgruppen ein. Jede Fokusgruppe umfasste eine Diskussionszeit von ca. 120 Minuten.

In den Fokusgruppen wurden als Teilnehmer Experten sowohl der Rentenversicherungsträger selbst als auch anderer Institutionen und Akteure aus dem Themengebiet berufliche Wiedereingliederung und Fallmanagement einbezogen. Im Wesentlichen setzten sich die Expertenrunden aus Teilnehmern folgender Bereiche zusammen:

- Vertreter der Rentenversicherungsträger
- Vertreter aus medizinischen und beruflichen Rehabilitationseinrichtungen
- Vertreter aus Verbänden (inkl. Patientenvertreter)
- Vertreter der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung sowie der Agentur für Arbeit
- Vertreter der Integrationsämter

- Vertreter von Fallmanagement-Dienstleistern

Von den Diskussionsinhalten jeder Fokusgruppe wurde ein Protokoll angefertigt. Im Folgenden sind jeweils die Ergebnisse der zwei zu einem Themengebiet durchgeführten Fokusgruppen zusammenfassend dargestellt.

4.1.2 Ergebnisse

4.1.2.1 Themengebiet 1

Rechtliche Rahmenbedingungen und Finanzierungsgrundlagen des Fallmanagements

Im Fokus der Diskussionen dieser Expertenrunden standen zunächst die rechtlichen Vorgaben, die aus Expertensicht einen Bezug zum Fallmanagement aufweisen. Einen entsprechenden Zusammenhang sahen die Teilnehmer der Fokusgruppen prioritär in den folgenden Gesetzestexten:

SGB IX (alt):

- § 9 Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten
- § 10 Koordinierung der Leistungen
- § 11 Zusammenwirken der Leistungen
- § 12 Zusammenwirken der Rehabilitationsträger
- § 13 Gemeinsame Empfehlungen
- § 22 Aufgaben (der gemeinsamen Servicestellen)

Teilweise sind in den genannten Gesetzestexten bereits typische Bestandteile des Fallmanagements beschrieben. So fordert § 10 eine Abstimmung mit dem Leistungsberechtigten, eine Koordinierung aller Träger durch den leistenden Träger sowie eine kontinuierliche Anpassung der Leistungen an den Rehabilitationsverlauf. Zudem werden die Rehabilitationsträger in § 11 unter anderem zur unverzüglichen Klärung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Zusammenhang mit einer medizinischen Rehabilitation und in § 12 zu einer nahtlosen und zügigen Erbringung von Leistungen zur Teilhabe aufgefordert. In § 13 wird eine verstärkte Zusammenarbeit der Träger gefordert.

Des Weiteren finden sich auch in den allgemeinen Vorschriften des SGB I Bezüge zu Fallmanagementaspekten. Zu nennen sind hier § 14 Beratung, § 15 Auskunft, § 16 Antragsstellung und § 17 Ausführung der Sozialleistungen. Insbesondere § 17 weist nochmals auf die Notwendigkeit einer umfassenden und zügigen Erbringung von Sozialleistungen hin. Insgesamt sehen die Experten bei der Umsetzung der genannten Gesetzestexte jedoch noch Diskrepanzen zwischen den Rechtsgrundlagen und der derzeitigen Rechtspraxis.

Auch im BTHG werden zentrale Prinzipien des Fallmanagements beschrieben. Gefordert wird hier bei bestimmten Fallkonstellationen unter anderem das sog. Teilhabeplanverfahren. Auf diese Weise sollen Leistungen wie aus einer Hand gewährleistet werden. Auch bei trägerübergreifendem Leistungsbedarf soll ggf. nur ein Träger als „leistender Träger“ auftreten. Zentrale Paragraphen sind hier unter anderem die folgenden:

SGB IX (BTHG-Entwurf vom 22.06.2016 / neu):

- § 19 Teilhabeplan
- § 20 Teilhabeplankonferenz
- § 21 besondere Anforderungen an das Teilhabeplanverfahren
- § 32 ergänzende unabhängige Teilhabeberatung

Des Weiteren diskutierten die Experten dieser Fokusgruppen auch Fragen des Datenschutzes. Die Experten wiesen darauf hin, dass trotz des Koordinierungsgebotes im SGB IX konkrete Regelungen zur Kommunikation zwischen den beteiligten Trägern fehlen, so dass weiterhin die Einwilligung des Betroffenen für einen Informationsaustausch zwischen den Trägern erforderlich bleibt. Dabei ist unklar, ob eine zu Beginn des Verfahrens erhobene Einwilligungserklärung ausreichend ist oder ob jeweils anlassbezogen eine neue Einwilligung erfolgen muss. Von den Experten wurde im Weiteren eine bisher angewendete pragmatische Vorgehensweise zur Datenübermittlung beschrieben. Hier wird der Versicherte als „Bote“ zwischen den Trägern eingesetzt: übergibt der Versicherte die Unterlagen selbst, so kann er den Umfang der übermittelten Informationen prüfen und wirksam einwilligen.

Zu den gesetzlichen Rahmenbedingungen für Fallmanagement gehören auch die Finanzierungsmöglichkeiten. Aus Expertensicht bestehen hier zwei prinzipielle Vorgehensweisen: Eine Finanzierung kann aus dem Verwaltungskosten- oder aus dem Leistungskostenetat der Träger erfolgen. Bei einer Finanzierung aus den Verwaltungskosten (analog zur heutigen Reha(fach)beratung) befürchten einige Experten negative Auswirkungen auf das rentenversicherungs-interne Benchmarking. Bei einer Beauftragung von Dienstleistern, d. h. Fallmanagement als sonstige Teilhabeleistung nach § 31 SGB VI (analog zur Beauftragung von Integrationsfachdiensten), würde hingegen das Reha-Budget belastet. Zudem sind hier vergaberechtliche Vorgaben zu beachten.

4.1.2.2 Themengebiet 2

Zugang ins Fallmanagement – Zielgruppendefinition und -identifikation

Zu den Leitfragen nach den Zugangskriterien ins Fallmanagement sowie der praktischen Gestaltung des Zugangs ergaben sich in den zu diesem Themengebiet durchgeführten Expertenrunden die im Folgenden dargestellten Diskussionspunkte.

Fallmanagement soll aus Sicht der Experten bei Versicherten eingeleitet werden, bei denen nach der medizinischen Rehabilitation die Rückkehr an den letzten Arbeitsplatz bzw. die zuletzt ausgeübte Tätigkeit...

- nicht mehr möglich ist bzw. nicht mehr ausgeübt werden kann
- unmittelbar gefährdet ist
- mittelfristig aufgrund einer schlechten Perspektive nicht mehr ausgeübt werden kann.

Diese Zugangskriterien sollten aus Sicht der Fokusgruppenteilnehmer sowohl auf sozialversicherungspflichtig Beschäftigte als auch auf aus gesundheitlichen Gründen arbeitslose Versicherte angewendet werden. Angesichts der definierten Kriterien kann die Durchführung einer MBOR ein Hinweis für den Bedarf an Fallmanagement sein.

Übergreifend sind zur Beurteilung der Bedarfslage aus Sicht der Teilnehmer die Berücksichtigung von hemmend und förderlich wirkenden Kontextfaktoren essentiell. Entscheidend sind die bestehenden Teilhabeeinschränkungen. Insgesamt sprachen sich die Experten eher gegen einen auf Basis von Diagnosen gesteuerten Zugang aus.

Die definierten Zugangskriterien für ein Fallmanagement wurden von den hier befragten Experten recht weit gefasst, es hätte folglich eine Vielzahl an Versicherten die Möglichkeit, ein Fallmanagement zu erhalten. Für die Umsetzung des Fallmanagements erfordert dies aus Sicht der Fokusgruppenteilnehmer eine Differenzierung nach unterschiedlichen Intensitäten, denn nicht alle Versicherten, die diese Kriterien erfüllen, benötigen ein gleichermaßen intensives Fallmanagement.

Des Weiteren weisen die Experten auf verschiedene Signale für einen möglicherweise bestehenden Fallmanagementbedarf hin. Signale können danach lange Krankheitsphasen und damit verbundene Krankengeldzahlungen (Zugang über die Krankenkasse), Entgeltfortzahlungen des Arbeitgebers sowie die wiederholte Durchführung von Rehabilitationsleistungen sein.

Bezüglich der Ausgestaltung des Zugangs präferierten die teilnehmenden Experten einen Zugang ins Fallmanagement aus der medizinischen Rehabilitation heraus. Aufgabe der Rehabilitationseinrichtungen wäre es hier, einen entsprechenden Hinweis an den zuständigen Rentenversicherungsträger zu geben. Darüber hinaus könnten Akteure wie der Betriebsarzt, Verantwortliche des betrieblichen Eingliederungsmanagements oder Krankenkassen Versicherte frühzeitig zur Antragsstellung auffordern. Hinweise zur Durchführung einer medizinischen Rehabilitation können damit aus dem Medizinsystem, der Arbeitswelt oder von anderen Sozialversicherungsträgern gegeben werden. Eine stärkere Einflussnahme dieser Akteure, beispielsweise durch eine direkte Kontaktaufnahme mit dem Rentenversicherungsträger, wird zumindest von den Experten einer der beiden Fokusgruppen aus datenschutzrechtli-

chen Gründen eher kritisch gesehen. Sollte dieses Hindernis überwunden werden können, könnten sich einige Experten auch eine Identifikation von Versicherten durch die gesetzlichen Krankenkassen über einen entsprechenden Filter vorstellen.

Standardisierte Screening-Instrumente, die für den Zugang ins Fallmanagement bereits heute angewendet werden könnten, sind den Teilnehmern nicht bekannt. Der Einsatz von Instrumenten, die eine klare Entscheidung für oder gegen die Durchführung eines Fallmanagements versprechen, wird generell als fraglich angesehen. Hilfreich für die praktische Arbeit könnte aus Sicht der Experten eine Kriterienliste sein, die als Entscheidungshilfe herangezogen werden kann. Insbesondere sollten hier die wirkenden ICF-Kontextfaktoren enthalten sein.

Neben diesen, eng an den Leitfragen ausgerichteten Diskussionspunkten, wiesen die Fokusgruppenteilnehmer mehrfach auf die bestehenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen hin, die eine engere Zusammenarbeit der Akteure häufig erschweren würden. Kritisch wurde diskutiert, bis zu welchem Grade eine vorab erteilte Einwilligung der Versicherten wirksam bleibt. Voraussetzung dafür ist nämlich, dass der Betroffene die Tragweite der Einwilligung richtig einschätzen kann, d.h. die Auswirkungen auf den gesamten Informationsfluss sowie Art und Umfang der übermittelten Informationen überblicken kann. Ein höherer Grad an Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit der Versicherten auch in datenschutzrechtlichen Belangen sowie die pragmatische Lösung, den Versicherten ggfs. als „Boten in eigener Sache“ einzusetzen (s.o.), wurden dabei von den Experten als mögliche Lösungsansätze gesehen.

4.1.2.3 Themengebiet 3

Vorgehensweise im Fallmanagement - Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung

Die Leitfragen zu diesem Themengebiet waren auf die bestehenden Anforderungen und die möglichen Vorgehensweisen in der Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung ausgerichtet. Als Anforderungen sahen die Fokusgruppenteilnehmer die folgenden Punkte:

- *ganzheitliche Bedarfsermittlung*: Im Rahmen der Bedarfsermittlung soll ganzheitlich vorgegangen werden. Alle für das Ziel der Teilhabe relevanten Aspekte sollen berücksichtigt werden.
- *grundlegende Informationen sollen für die Bedarfsermittlung vorliegen*: Wesentlich für eine aussagekräftige Bedarfsermittlung ist das Vorliegen einer validen Diagnose sowie eines differenzierten Tätigkeits- und Fähigkeitsprofils.

- *guter Informationsfluss*: Informationen, die ggf. aus vorangegangener Rehabilitation bereits vorliegen, sollen für das weitere Fallmanagement zur Verfügung stehen.
- *transparente und praktikable Dokumentation*: Doppelter Dokumentationsaufwand (bei den verschiedenen am Prozess beteiligten Akteuren, hier vor allem der Rehabilitationseinrichtungen und der Rentenversicherung) soll vermieden werden. Verfügbare Informationen sollen leicht zugänglich sein.
- *schnelle und verbindliche Teilhabeplanung*: Bei der Planung von Maßnahmen und Vorgehensweisen sollen schnelle und verbindliche Zusagen möglich sein.
- *ressourcenorientierte Beratung*: Bei der Beratung der Versicherten soll nicht auf Barrieren, sondern auf die Ressourcen fokussiert werden. Dies bedeutet ein Umdenken in der Beratungspraxis.
- *bedarfsorientierte und individualisierte Vorgehensweise*: Trotz einer gewissen Standardisierung sollte ein sinnvolles Maß an Gestaltungsfreiheit in der Teilhabeplanung und der Umsetzung des Fallmanagements möglich sein.
- *vertrauensvolle Zusammenarbeit der Akteure*: Zwischen allen am Fallmanagement beteiligten Akteuren sollte eine vertrauensvolle Zusammenarbeit angestrebt werden.
- *trägerübergreifende Zusammenarbeit*: Um dem Ziel der Aufrechterhaltung bzw. Wiedererlangung der Teilhabe gerecht zu werden, sollte eine trägerübergreifende Zusammenarbeit angestrebt werden.

Wenn auch noch nicht sehr konkret, diskutierten die Fokusgruppenteilnehmer auch erste Optionen für eine Weiterentwicklung der Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung. Diese sind im Folgenden aufgeführt:

- *persönliches Gespräch mit dem Versicherten*: Um eine ganzheitliche Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung unter Berücksichtigung hemmend und förderlich wirkender Kontextfaktoren zu ermöglichen, ist das persönliche Gespräch mit dem Versicherten essentiell.
- *multiprofessionelle Bedarfsermittlung*: Um ein ganzheitliches Bild vom Versicherten zu erhalten, sollen Informationen aus unterschiedlichen Fachbereichen und Disziplinen eingeholt werden.
- *kurze Entscheidungswege*: Eine schnelle und verbindliche Teilhabeplanung ist nur möglich, wenn ein Fallmanager direkt entscheiden oder auf Basis kurzer Entscheidungswege die weitere Vorgehensweise planen kann.

- *Verfügbarkeit von zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcen:* Die intensive Betreuung von Versicherten im Fallmanagement erfordert eine Erhöhung der zeitlichen/personellen und damit auch der finanziellen Ressourcen. Dies gilt insbesondere für die Arbeit der Fallmanager. Begünstigend wirkt hier die Vermeidung von Überbetreuung durch eine effektive Bedarfsorientierung. Nur so viel wie nötig, nicht so viel wie möglich, dies vor allem auch im Sinne selbstbestimmter Teilhabe.
- *Schulung der Fallmanager:* Fallmanager sollen sowohl bezüglich der Vorgehensweisen des Case Managements als auch hinsichtlich sozialrechtlicher Zusammenhänge geschult werden. Persönliche Eigenschaften („Soft Skills“) sind zudem eine wichtige Voraussetzung für die Arbeit als Fallmanager.
- *institutionalisierte Netzwerke:* Um eine optimale Zusammenarbeit zu ermöglichen, sollen personenunabhängige Netzwerkstrukturen zwischen den Akteuren des Fallmanagements aufgebaut werden. Hierzu bedarf es fester Absprachen und Vereinbarungen über die Zusammenarbeit.
- *feste Ansprechpartner und stabile Arbeitsbeziehungen:* Für die operative Arbeit im Fallmanagement sollen feste Ansprechpartner benannt und stabile Arbeitsbeziehungen aufgebaut werden. Dies keineswegs nur informell, sondern institutionalisiert und auf Vereinbarungen basierend.
- *standardisiertes Dokumentationssystem:* Um einen guten Informationsfluss und zugleich eine transparente Darstellung des Rehabilitationsverlaufs für die am Prozess beteiligten Akteure zu ermöglichen, sollte ein standardisiertes Dokumentationssystem aufgebaut werden. Auf diese Weise könnte die Informationsübermittlung auf das „Wesentliche“ beschränkt und eine praktikable Handhabung ermöglicht werden.
- *Sachstand-Berichte:* Um die häufig in sehr ausführlicher Form vorliegenden Dokumente in der praktischen Arbeit leichter handhaben zu können, könnten zu definierten Zeitpunkten kurze „Sachstand-Berichte“ über den aktuellen Stand des Falles angefertigt werden. Diese sollen einen schnellen Überblick ohne ausführliches Aktenstudium ermöglichen.
- *trägerübergreifende Fallkonferenzen und Teilhabeplan:* Die Forderung nach einer trägerübergreifenden Zusammenarbeit bedeutet, wenn sie konsequent umgesetzt werden soll, die Erarbeitung eines trägerübergreifenden Teilhabepplans sowie die Durchführung trägerübergreifender Fallkonferenzen. Voraussetzung für die Handlungsfähigkeit dieser Konferenzen ist die Festlegung von klaren Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten.

- *Maßnahmen der Qualitätssicherung:* Um die genannten Anforderungen erfüllen zu können, ist die Etablierung von Maßnahmen der Qualitätssicherung sowohl in der Betreuung des Einzelfalles als auch für die trägerübergreifende Zusammenarbeit notwendig.

Als ergänzende Punkte, insbesondere in Zusammenhang mit den Themen Dokumentation und Informationsaustausch sowie der trägerübergreifenden Zusammenarbeit, wurde auch in dieser Expertenrunde auf bestehende datenschutzrechtliche Schwierigkeiten hingewiesen.

4.1.2.4 Themengebiet 4

Zusammenarbeit innerhalb der Rentenversicherung und mit externen Akteuren im Fallmanagement

Im Mittelpunkt der Diskussionen dieser Fokusgruppen standen Leitfragen zu den bestehenden Herausforderungen und möglichen Lösungsansätzen bei der Gestaltung der Zusammenarbeit verschiedener Akteure im Fallmanagement. Zu diesem Thema wurden folgende Aspekte diskutiert:

- *Leistungserbringer weckt Erwartungen:* Teilweise informieren Leistungserbringer die Versicherten umfassend und nicht am individuellen Bedarf orientiert über den Leistungskatalog der Rehabilitationsträger. Hier führt – durchaus gut gemeint – die Ausgestaltung der gesetzlich verankerten Informations- und Beratungspflicht in einigen Fällen zu einer kontraproduktiven Erwartungshaltung der Versicherten.
- *Formularwesen:* Das aktuelle Formularwesen wird als sehr komplex wahrgenommen und bringt immer wieder Mehrfacherhebungen identischer Sachverhalte mit sich. Das Formularwesen sollte effektiver und effizienter ausgestaltet werden.
- *Schnittstellenmanagement:* Nur durch ein gutes Schnittstellenmanagement kann sichergestellt werden, dass wichtige Informationen weiterhin zur Verfügung stehen und Versicherte bis zur Zielerreichung begleitet werden. Als besonders schwierig gestaltet sich das Schnittstellenmanagement aktuell insbesondere bei der Weiterleitung von Versicherten an einen anderen Träger.
- *Netzwerke:* Bestehende Netzwerke sind häufig personenabhängig; kommt es zu einem Personalwechsel gehen diese Kontakte und bewährte Formen der Zusammenarbeit verloren und müssen neu aufgebaut werden. Es bedarf institutionalisierter, vereinbarungsbasierter Netzwerke sowie eines professionellen Wissensmanagements. Funktionierende informelle, persönliche Netzwerke sollen dahingehend verstetigt werden.

- *Erreichbarkeit*: Insbesondere in der Zusammenarbeit mit anderen Trägern wird eine schlechte Erreichbarkeit der Ansprechpartner beklagt. Dies erschwert und verlangsamt die Arbeit im Fallmanagement.
- *Kommunikation*: Warteschleifen und ständig wechselnde Ansprechpersonen, die mit der Sachlage nicht vertraut sind und sich immer erst einen Überblick verschaffen müssen, erschweren die Kommunikation.
- *Rückmeldung an den Initiator*: Bei der Weiterleitung eines Versicherten an einen anderen Akteur innerhalb des Fallmanagements muss eine Rückmeldung über den Verlauf und das weitere Vorgehen an den Initiator erfolgen. Hierauf wird in einigen Fällen noch nicht ausreichend Wert gelegt.
- *gemeinsamer Teilhabeplan*: Bisher wird kein gemeinsamer Teilhabeplan erstellt. Zur Verbesserung der externen Zusammenarbeit und des Schnittstellenmanagements könnte jedoch ein gemeinsamer von den einzelnen Akteuren fortschreibbarer und datenschutzrechtlich abgesicherter Teilhabeplan hilfreich sein. Der jeweils zuständige Träger bzw. Akteure könnte diesen bearbeiten und nach Beendigung der Zuständigkeit entsprechend weiterleiten.
- *fiskalische Interessen*: Insbesondere bei der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Trägern stehen häufig fiskalische, dem Verwaltungshandeln entspringende Interessen der jeweiligen Träger (Eigeninteresse) und nicht die Erreichung des Teilhabeziels im Vordergrund. Das entspricht nicht dem Wesen des Systems der sozialen Sicherung.
- *Verankerung des Fallmanagements*: Bei den Rentenversicherungsträgern ist der Case Management-Gedanke noch nicht umfassend verankert. Beispielsweise können Prozesse im Fallmanagement nicht ohne weiteres auf EDV-Ebene abgebildet werden.
- *Priorisierung in der Fallarbeit*: Eine entsprechend der Dringlichkeit eines Falles angemessene Bearbeitung erfordert in der Zusammenarbeit verschiedener Fachbereiche innerhalb eines Rentenversicherungsträgers eine klare Priorisierung, die noch nicht in jedem Fall gegeben ist.
- *Regionalisierung*: Eine verstärkte Regionalisierung des Fallmanagements mit entsprechenden regionalen Netzwerken könnte zu einer schnelleren Fallbearbeitung und einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen den Akteuren beitragen.
- *Organisationsuntersuchung*: Die Verankerung des Case Management-Gedankens in der Organisation erfordert unter anderem eine kritische Reflexion der eigenen Strukturen und Arbeitsweisen und auch die Bereitschaft diese zu ändern, eine Organisationsuntersuchung könnte hierbei hilfreich sein.

- *Verfahrensabsprachen:* Zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Sozialversicherungsträgern könnten für häufig auftretende Fallkonstellationen, die eine Zusammenarbeit erfordern, Verfahrensabsprachen getroffen werden. Insbesondere betrifft dies die Zusammenarbeit mit der Agentur für Arbeit.
- *Rolle von Rehabilitationseinrichtungen:* Rehabilitationseinrichtungen (medizinisch oder beruflich) kommunizieren bereits heute mit vielen Beteiligten des Reha-Prozesses und verfügen daher bereits über praktische Erfahrungen in diesem Bereich. Auch sie könnten daher als Leistungserbringer von Fallmanagement auftreten. Bei den Koordinationsaufgaben wären auch trägerübergreifend finanzierte (Teil-)Aufträge an solche Einrichtungen denkbar.

Als ein Beispiel bestehender trägerübergreifender Kommunikationsstrukturen wiesen die Experten auf die gemeinsame Clearing-Stelle Medizinischer Dienst der Krankenkassen und der Rentenversicherung Baden-Württemberg hin. Diese vermittelt bei Unklarheiten hinsichtlich medizinischer Fragestellungen zwischen Rentenversicherung und Krankenkassen.

Des Weiteren wurde eine zunehmend wichtiger werdende Schnittstelle zwischen Rentenversicherung und Pflegeversicherung angesprochen, die auch im Fallmanagement an Bedeutung gewinnen kann. Im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes erhalten bestimmte Personkreise, die auch Ansprüche auf Teilhabeleistungen gegenüber der Rentenversicherung haben, erstmals Anspruch auf Pflegeleistungen.

4.1.2.5 Themengebiet 5:

Qualitätssicherung, Dokumentation und Qualifikationen im Fallmanagement

In den Gesprächen zu diesem Themengebiet wurde zunächst diskutiert welches die zentralen Informationen sind, die innerhalb eines Fallmanagements erfasst werden sollten. Entlang der Fallmanagementphasen wurden die folgenden Dokumente bzw. Daten angesprochen:

Tabelle 13: Fallmanagementrelevante Daten und Dokumente nach Fallmanagement-Phasen

Erstkontakt	Bedarfsfeststellung	Zielplanung	Maßnahmensteuerung	Maßnahmenergebnis
- Beratungsprotokoll - aus der Vorbehandlung vorliegende Daten	- Antragsdaten (auslösender Antrag auf Reha, LTA, Rente) - Daten der Bedarfsermittlung	- Reha-/Teilhabeziele mit prognostizierten Zielgrößen - Reha-/Teilhabeplan mit	- Art der Maßnahme mit geplantem Beginn und Ende - Begründung der indizierten	- Ergebnisdokumentation (z. B. Erwerbstätigkeit) direkt im Anschluss an eine Maßnahme

- wirkende person- und umwelt-bezogene Kontextfaktoren	lung möglichst nach Fallkategorien unterschiedlich umfangreich	den entsprechend geplanten Maßnahmen	Maßnahmen - Nachweis über die Prüfung von Alternativen - anlassbezogene Informationen des Leistungserbringers	und sechs Monate nach Maßnahmenende - bei negativem Ergebnis Befragung des Versicherten - Fallreflexion durch den Fallmanager
--	--	--------------------------------------	---	---

Des Weiteren wurden die Anforderungen an eine Dokumentation erörtert. Als zentrale Anforderungen diskutierten die Experten folgende Punkte:

- Die Dokumentation sollte bezogen auf ein klares Ziel erfolgen, anhand dessen dann die zu erhebenden Informationen ausgewählt werden. Es sollten auf diese Weise nur steuerungs- bzw. rehabilitationszielrelevante Informationen erhoben werden.
- Die Dokumentation sollte rentenversicherungsträgerübergreifend, wenn möglich sogar rehabilitationsträgerübergreifend nach einheitlichen Dokumentationsstandards durchgeführt werden.
- Wünschenswert wäre eine edv-gestützte Dokumentation, die die Erfassung und Nutzung von Informationen schnell und übersichtlich ermöglicht sowie Schnittstellen zur Datenübermittlung zwischen den verschiedenen eingesetzten EDV-Systemen erlaubt. Auch Auswertungen zur Qualitätssicherung sollten auf diese Weise erstellt werden können.
- Das RV-Dialog-Modul könnte nach entsprechender Überarbeitung zur Beratungsdokumentation genutzt werden.
- Die Dokumentation soll einen schnellen Überblick über die bestehende Problemlage und den aktuellen Stand des Fallmanagements ermöglichen. Hierzu könnte jeweils der aktuelle Fallstatus im Überblick auf dem Deckblatt der Fallakte dargestellt sowie eine einheitliche Zusammenfassung der Berichte erstellt werden.
- Dokumentation sollte nicht nur auf Fall- sondern auch auf Systemebene erfolgen (z. B. Kooperationspartner, Angebote, Qualifikationsdaten).

Des Weiteren diskutierten die Fokusgruppenteilnehmer einzelne Maßnahmen der Qualitätssicherung im Fallmanagement. Angesprochen wurde die Erhebung des Erwerbsstatus direkt im Anschluss an die Maßnahme sowie sechs Monate nach Maßnahmenende.

Darüber hinaus sollte auch die Beratungsqualität erfasst werden, dies könnte auf Basis einer Kundenbefragung erfolgen. Aus den Ergebnissen sollten Rückschlüsse auf möglicherweise notwendige Veränderungen in der Beratung sowie der Personal- und Teamentwicklung gezogen werden. Zudem sollte insbesondere bei weniger erfahrenen Fallmanagern eine Supervision durch die Bereichsleitung oder erfahrene Kollegen erfolgen.

Verwiesen wurde als Orientierung auch auf die Qualitätshandbücher für das beschäftigungsorientierte Fallmanagement der Agentur für Arbeit, wobei aber die unterschiedlichen Rahmenbedingungen von SGB II und SGB VI zu berücksichtigen sind.

In den Diskussionen zu den von einem Fallmanager geforderten Qualifikationen bestand Einigkeit darüber, dass umfangreiches theoretisches Wissen kombiniert mit praktischer Erfahrung und „soft skills“ wichtige Voraussetzungen sind. Aus Sicht der Experten sollten die Fallmanager unter anderem über Wissen und Kompetenzen in den aufgelisteten Bereich verfügen:

- Methodenwissen...
 - zu Moderation und Beratung
 - zu Gesprächsführung (mit Versicherten als auch weiteren Akteuren des Fallmanagements, wie z. B. Arbeitgebern)
- Fachwissen...
 - zum Reha-Management bzw. Fallmanagement
 - zu verschiedenen Assessmentverfahren
 - zu sozialrechtlichen Fragestellungen und Verwaltungsfragen
 - zu den Leistungsbereichen und Vorgehensweisen anderer Sozialversicherungsträger
 - im Gesundheitsmanagement (insbesondere Netzwerkmanagement)
- soft skills wie z. B. Empathie oder Frustrationstoleranz
- kulturelle Kompetenz.

Aus Sicht der Experten sollten die Qualifikationen für das Fallmanagement auf den internen Ausbildungen des Verwaltungsbereichs der Rentenversicherung aufbauen und dort auch bereits angelegt werden. Im Vordergrund sollte die interne Weiterqualifikation vorhandener Mitarbeiter stehen. Die Einstellung von neuen Mitarbeitern wurde von einigen Experten skeptisch gesehen, da die entsprechenden Stellen (A11) für die interne Personalentwicklung wichtig seien.

Als geeignete Qualifikationsangebote für Fallmanager sahen die Experten die Ausbildung als Disability Manager der gesetzlichen Unfallversicherung oder als zertifizierter Case Manager

der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management. Eine Möglichkeit zur Weiterqualifizierung stellt auch der Zertifikatsstudiengang Reha-Management der Universität Kassel in Kooperation mit der SRH Hochschule Heidelberg dar. Darüber hinaus wurde auf Zusatzqualifikationen zu spezifischen Themengebieten (z. B. Schmerz und Psyche) hingewiesen. Eine Beschreibung der im Fallmanagement notwendigen Beratungskompetenzen ermöglichen des Weiteren die „Trägerübergreifenden Beratungsstandards“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.

4.1.3 Fazit

Im Rahmen der Fokusgruppen konnten wichtige Aspekte für das im Weiteren zu entwickelnde Fallmanagementkonzept herausgearbeitet werden. Hierzu gehörten insbesondere:

- Bezugspunkte der gesetzlichen Regelungen des SGB (inkl. BTHG) zum Fallmanagement
- Berufliche Teilhabe als entscheidendes Kriterium zur Definition der Zielgruppe für das Fallmanagement
- Erbringung von Fallmanagement in unterschiedlichen Intensitätsstufen
- Medizinische Rehabilitation als wichtiger Zugangsweg ins Fallmanagement
- Wichtigkeit einer guten Vernetzung aller am Wiedereingliederungsprozess beteiligten Stellen innerhalb eines Trägers
- Notwendigkeit der Änderung von Strukturen und Prozessen innerhalb der Rentenversicherungsträger
- Bedeutung eines funktionierenden Netzwerkes mit externen Akteuren im Fallmanagement
- Anforderungen an die Dokumentation im Fallmanagement

5 Expertenworkshops

Die Konzeptentwicklung wurde durch drei über jeweils zwei Tage konzipierte Expertenworkshops begleitet. Teilnehmer dieser Workshops waren Vertreter der Rentenversicherungsträger mit Erfahrungen auf dem Gebiet der MBOR, der Reha(fach)beratung sowie des Fallmanagements. In den Workshops bot sich für die Vertreter der Rentenversicherungsträger die Möglichkeit, Erfahrungen aus der Praxis in die Konzeptentwicklung einzubringen und den Stand des Projektes sowie der Konzeptentwicklung kritisch zu diskutieren. Die Work-

shops bestanden jeweils aus theoretischen Beiträgen des Projektteams sowie Phasen der Gruppenarbeit und Diskussion.

Die drei Expertenworkshops legten folgende Schwerpunkte:

1. Expertenworkshop:

- Schaffung eines gemeinsamen Verständnisses von Reha(fach)beratung, Fallmanagement und Case Management
- Präsentation und Diskussion der Ergebnisse der Bestandsaufnahme
- Diskussion ausgewählter Themen des Fallmanagements (z. B. Zugang, regionale Gestaltungsspielräume, organisationsinterne Fallmanagementstrukturen)

2. Expertenworkshop:

- Präsentation und Diskussion ausgewählter Konzeptbestandteile (z. B. Zielgruppe und Zugang, Durchführung von Fallmanagement, Kooperation und Vernetzung)

3. Expertenworkshop

- Präsentation und Diskussion des vollständigen Konzeptes
- Entwicklung erster Ideen zur Implementierung des Konzeptes

Das Angebot, im Rahmen der Expertenworkshops an der Konzeptentwicklung mitzuwirken, wurde durch die Rentenversicherungsträger gut angenommen. Die Diskussionen in den Expertenworkshops waren sehr konstruktiv. Als zentrale Diskussionspunkte der Konzeptentwicklung stellten sich in den Expertenworkshops die folgenden heraus:

- Verhältnis von und Abgrenzung zwischen Fallmanagement und Reha(fach)beratung

Im Mittelpunkt der Diskussionen stand insbesondere die Fragestellung, in welchem Verhältnis die Stufe 1 des Fallmanagements zur Vorgehensweise der Reha(fach)beratung steht.

- Definition der Zielgruppe für ein Fallmanagement

Im Fokus stand hier die Diskussion, dass Fallmanagement auch Versicherte einbezieht, die (noch) keinen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben haben.

- Konkretisierung der Fallmanagementphasen

Im Mittelpunkt der Diskussionen stand hier die Fragestellung, wie die Fallmanagementphasen konkret ausgestaltet werden können bzw. welche konkreten Aktivitäten von Seiten des Fallmanager den Phasen zugeordnet werden können.

– Externe und interne Durchführung von Fallmanagement

Insbesondere die Fragestellung, welche Vor- und Nachteile sich aus einem extern bzw. einem intern erbrachten Fallmanagement ergeben und in welchen Fällen welche Vorgehensweise angewendet werden sollte, war Gegenstand der Diskussion.

– Organisatorische Verankerung des Fallmanagements

Im Mittelpunkt der Diskussionen stand hier die Fragestellung, welche Veränderungen der organisationsinternen Strukturen und Prozessen der Träger für die erfolgreiche Umsetzung von Fallmanagement notwendig sind und wie diese gelingen können.

– Arbeit im Netzwerk

Im Zentrum der Diskussionen stand hier die Fragestellung, wie eine Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Kontext der beruflichen (Wieder-)Eingliederung, insbesondere den anderen Sozialversicherungsträger, umgesetzt werden kann.

– Implementierung des Fallmanagements

Die Diskussionen fokussierten insbesondere auf die Fragestellung, wie die Implementierung von Fallmanagement bei den Trägern ganz konkret umgesetzt werden kann.

Eine ausführliche Darstellung zum Aufbau der Workshops sowie den Ergebnisse und Diskussionspunkte findet sich in Anhang 4.

6 Zusammenfassung des Fallmanagementkonzeptes

6.1 Fallmanagementdefinition

Das Fallmanagement der Rentenversicherung ist eine Vorgehensweise in der Unterstützung von Versicherten, die sich an all diejenigen wendet, deren berufliche Teilhabe gefährdet oder bereits eingeschränkt ist und bei denen herkömmliche Verfahren und Leistungen zur Wiederherstellung der beruflichen Teilhabe nicht ausreichen. Fallmanagement der Rentenversicherung ist damit primär auf die Erhaltung und Wiedererlangung der beruflichen Teilhabe ausgerichtet. Kernelemente des Fallmanagements sind eine personenorientierte Beratung, Planung, Begleitung und Koordination des Rehabilitationsprozesses. Im Mittelpunkt des Fallmanagements steht eine adressatenorientierte Vorgehensweise, die den Einzelfall und seine Besonderheiten in den Blick nimmt und überall dort, wo es notwendig ist, standardisierte Prozesse ergänzt. Die Ausgestaltung des Fallmanagements ist wesentlich vom fördernden

und hemmenden Einfluss der person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren abhängig. Um das Teilhabeziel zu erreichen, wird im Fallmanagement mit verschiedensten Akteuren im Kontext der beruflichen (Wieder-)Eingliederung zusammengearbeitet. Zentral ist neben der Einbindung in ein funktionierendes Netzwerk auch die organisatorische Verankerung des Fallmanagements. Die Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen und die Vernetzung mit anderen Akteuren sind Aufgabe der Rentenversicherungsträger.

Die Umsetzung von Fallmanagement erfolgt in drei Intensitätsstufen. Stufe 1 umfasst eine Unterstützung niedriger Intensität, bei der Beratung und Begleitung umgesetzt wird, aber eine insbesondere mit der Arbeit im Netzwerk verbundene Koordination nicht notwendig ist. Stufe 2 ist auf Versicherte mit wiederkehrenden ähnlichen Fallkonstellationen ausgerichtet und umfasst ein Fallmanagement mittlerer Intensität. In dieser Stufe existieren bereits auf die jeweilige Fallgruppe hin ausgerichtete Vorgehensweisen und Vernetzungsstrukturen, so dass für Stufe 2 von einem mittleren Koordinationsaufwand ausgegangen werden kann. Stufe 3 umfasst Fallmanagement hoher Intensität, das auf Versicherte ausgerichtet ist, bei denen zur Zielerreichung eine Beratung und intensive Begleitung sowie eine individualisierte Koordination verschiedener Akteure notwendig ist. Entsprechend der sich verändernden Bedarfslage der Versicherten kann jederzeit ein Wechsel zwischen den Stufen angezeigt sein.

6.2 Fallbezogene Vorgehensweise

Die Durchführung von Fallmanagement erfolgt in den Phasen Fallidentifikation (1), Bedarfsermittlung (2), Reha-Planung (3), Überwachung und Steuerung der Leistungen (4) sowie Abschluss und Evaluation des Einzelfalls (5). Die Ausgestaltung der Phasen ist abhängig von der jeweiligen Intensitätsstufe des Fallmanagements. Je größer die notwendige Unterstützung und damit auch Intensität des Fallmanagements, desto umfangreicher die Aktivitäten des Fallmanagers.

Ein Zugang ins Fallmanagement ist insbesondere über die medizinische Rehabilitation und einen entsprechenden Hinweis der Rehabilitationseinrichtung oder die Bewilligung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und das häufig in diesem Rahmen durchgeführte Beratungsgespräch möglich. Entscheidendes Kriterium für die Fallidentifikation ist das Vorliegen einer komplexen Bedarfslage, bei der eine Unterstützung im Rahmen der bestehenden (Regel-)Versorgung nicht ausreicht, um das Ziel der beruflichen Teilhabe zu erreichen. Im Rahmen der Fallidentifikation ist die gesamte Situation des Versicherten zu berücksichtigen. Hierzu gehören neben der Art und Schwere der Funktionseinschränkungen sowie der bestehenden Beeinträchtigungen im Bereich der Aktivitäten auch die vom Gesundheitszustand unabhängigen person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren. Die Notwendigkeit zur Unter-

stützung eines Versicherten im Fallmanagement kann sowohl bei Versicherten mit als auch ohne Bedarf an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vorliegen.

Im Weiteren erfolgt die Bedarfsermittlung. Während dieser Phase werden die individuelle Problemsituation und die damit verbundenen Herausforderungen detaillierter erfasst, als dies bei der Fallidentifikation erfolgt ist. In Bezug auf die Zielsetzung des Fallmanagements wird zunächst insbesondere die berufliche Situation des Versicherten genauer analysiert. Bei erkennbarem Bedarf und sofern vorhanden wird der Arbeitgeber kontaktiert und der Arbeitsplatz besucht. Im Rahmen der Bedarfsermittlung können auch verschiedene Assessmentverfahren zum Einsatz kommen. Wird diese Phase nicht bereits ausschließlich durch den Fallmanager übernommen, so ist er zu diesem Zeitpunkt möglichst einzubeziehen.

Während der Reha-Planung werden unter Federführung des Fallmanagers in einem kooperativen Prozess mit dem Versicherten und ggf. weiteren Akteuren die Rehabilitationsziele erarbeitet und die notwendigen Maßnahmen festgelegt. Zentrales Instrument hierbei ist der Reha- bzw. Teilhabeplan. Hierin werden auch die zeitliche Planung und klare Zuständigkeiten festgelegt. Entscheidend für diese Phase ist, dass der Fallmanager über die entsprechend Entscheidungskompetenz verfügt, um die notwendigen Maßnahmen zeitnah einleiten zu können.

Ist die Reha-Planung abgeschlossen, erfolgt die Überwachung und Steuerung der Leistungen. Der Fallmanager begleitet in dieser Phase die Umsetzung der Maßnahmen und überprüft, ob die festgelegten Zeiträume eingehalten werden, die Ziele erreicht und der vereinbarte Informationsfluss sichergestellt ist. Ergeben sich Unregelmäßigkeiten reagiert er umgehend und leitet entsprechende Maßnahmen ein.

Das Fallmanagement endet, wenn die vereinbarten Ziele erreicht sind oder die berufliche Teilhabe bei ungünstigem Verlauf nicht mehr als realistisches Ziel angesehen werden kann. In diesem Fall sind vor Abschluss des Fallmanagements andere Formen der Unterstützung zu erörtern und ggf. eine Vermittlung an andere Träger der sozialen Sicherung zu prüfen.. Nach Abschluss des Fallmanagements wird eine Evaluation des Einzelfalls durchgeführt.

Das Fallmanagement kann prinzipiell von Mitarbeitern der Rentenversicherungsträger selbst, als auch von externen Dienstleistern durchgeführt werden. Es ist vom jeweiligen Rentenversicherungsträger zu entscheiden, ob und wann ein internes oder ein externes Fallmanagement umgesetzt wird.

Die individuellen Bedarfe der Versicherten im Fallmanagement erfordern fallbezogene Kooperationen mit verschiedenen Partnern. Partner können Stellen innerhalb der Rentenversicherung, aber auch externe Institutionen sein. Akteure innerhalb der Rentenversicherung sind z. B. die Sachbearbeitung oder der Sozialmedizinische Dienst. Zu den zentralen exter-

nen Partnern gehören medizinische und berufliche Rehabilitationseinrichtungen sowie andere Sozialleistungsträger. Auch Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen können insbesondere bei Versicherten mit einer komplexeren Bedarfslage wichtige Partner im Fallmanagement darstellen. Eine herausragende Rolle als Kooperationspartner stellt im gesamten Fallmanagementprozess der Arbeitgeber des Versicherten dar.

6.3 Systemebenen

Das Fallmanagement umfasst neben der Arbeit mit dem einzelnen Versicherten weitere Ebenen. Von zentraler Bedeutung sind insbesondere die Organisations- und die Netzwerkebene.

Auf Organisationsebene ist die Verankerung der Fallmanagementprinzipien in der Organisation, d. h. bei den Rentenversicherungsträgern selbst sowie eventuell beauftragten externen Dienstleistern, gefordert. Hierzu gehören unter anderem die normative Verankerung im Einrichtungskonzept, die Sicherstellung der erforderlichen Ressourcen sowie die Abbildung des Fallmanagements im Geschäftsprozess der Organisation. Wichtige Aufgabe auf Organisationsebene ist auch die Sicherstellung der Dokumentation und Qualitätssicherung des Fallmanagements. Zentrale Instrumente der Dokumentation sind die „Dokumentation der Erstberatung“, der „Reha-Plan/Teilhabeplan“ sowie die „Dokumentation des Abschlussgesprächs“. Für diese Dokumente erscheint eine rentenversicherungsweit einheitliche Gestaltung sinnvoll. Für die Qualitätssicherung im Fallmanagement bieten sich unterschiedliche Qualitätsindikatoren an. Auf Ebene der Strukturqualität kann der Anteil an Fallmanagern mit anerkannter Fallmanagementweiterbildung als Indikator herangezogen werden. Auf Ebene der Prozessqualität eignen sich die Nahtlosigkeit des (Wieder-)Eingliederungsprozesses sowie die Versichertenzufriedenheit bezüglich der Unterstützungsprozesse als mögliche Indikatoren. Auf Ebene der Ergebnisqualität sind die Integrationsquote sowie die Versichertenzufriedenheit mit den Ergebnissen relevante Indikatoren. Von Seiten der Organisation muss im Weiteren auch die Qualifizierung der als Fallmanager tätigen Mitarbeiter sichergestellt werden. Zur Umsetzung von Fallmanagement benötigen diese spezifische fachliche als auch personale Kompetenzen. Zur Qualifizierung der Mitarbeiter bietet sich die Erarbeitung eines Kerncurriculums an.

Fallmanagement ist auf ein Netzwerk angewiesen, welches ohne Verzögerung bedarfsgerechte Leistungen anbieten kann. Die Netzwerkebene stellt damit einen wichtigen Bestandteil des Fallmanagements dar. Die im Rahmen eines Netzwerkes getroffenen übergreifenden Vereinbarungen können im Einzelfall notwendige zeitaufwändige Absprachen reduzieren. Zudem sichern sie personengebundene Kooperationen institutionell ab. Übergreifende Ver-

einbarungen können überall dort getroffen werden, wo regelhaft zusammengearbeitet wird. Dies trifft insbesondere auf die Kooperation und Vernetzung mit Leistungsträgern und mit Leistungserbringern zu. Zu den Inhalten von Vereinbarungen mit Leistungsträgern gehören beispielsweise die Definition der Zielgruppe, die Festlegung von Rückmeldefristen oder Angaben zur Einhaltung des Datenschutzes. In den Vereinbarungen mit Leistungserbringern sind neben dem Leistungsportfolio oder Vergütungsfragen beispielsweise Aufnahmezeiten, Ansprechpartner oder die verwendeten Dokumentationsinstrumente festzulegen.

Das gesamte Konzept ist in Anhang 5 dargestellt.

7 Ausblick

Das vorliegende Konzept stellt einen wichtigen Schritt zu einer gemeinsamen Vorgehensweise der Rentenversicherungsträger im Fallmanagement dar. Auf dieser Grundlage können nun gemeinsame Elemente des Fallmanagements verbindlich definiert und eine Vorgehensweise für die Implementierung erarbeitet werden. Hierbei sind sowohl die Strukturen der beteiligten Regional- als auch der Bundesträger zu berücksichtigen. Erste Anhaltspunkte für die Implementierung des Fallmanagements wurden bereits im Rahmen dieses Projektes erarbeitet und sind in den „Empfehlungen zur Implementierung eines Fallmanagementkonzeptes der Rentenversicherung“ festgehalten (siehe Anhang 6). Wichtige Grundsätze der Implementierung sind danach unter anderem die Befürwortung und Unterstützung des Fallmanagements durch die Führungsebene, die Anpassung von Organisationsstrukturen und Vorgehensweisen und die Qualifizierung und Beteiligung der Mitarbeiter. Vorgeschlagen wird eine Implementierung des Konzeptes mit einer Projektorganisation auf drei Ebenen. Neben einer trägerübergreifenden Arbeitsgruppe erfolgt die Implementierung in Pilotregionen unter Beteiligung von und in Zusammenarbeit mit mehreren Rentenversicherungsträgern.

8 Literaturverzeichnis

- [1] Lohsträter A, Schmidt J, Kohlmann T, et al. Effektivität der Heilverfahrenssteuerung. *Trauma und Berufskrankheit* 2008; 10: 120-124
- [2] Feuerstein M, Huang GD, Ortiz JM, et al. Integrated case management for work-related upper-extremity disorders: Impact of patient satisfaction on health and work status. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2003; 45: 803-812
- [3] Schultz IZ, Crook JM, Berkowitz J, et al. Early intervention with compensated lower back-injured workers at risk for work disability: Fixed versus flexible approach. *Psychological Injury and Law* 2013; 6: 258-276
- [4] Scholz SM, Andermatt P, Tobler BL, et al. Work Incapacity and Treatment Costs After Severe Accidents: Standard versus Intensive Case Management in a 6-Year Randomized Controlled Trial. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2015; published online: 21 December 2015
- [5] Linkins KW, Brya JJ, Oelschlaeger A, et al. Influencing the disability trajectory for workers with serious mental illness: Lessons from Minnesota's Demonstration to Maintain Independence and Employment. *Journal of Vocational Rehabilitation* 2011; 34: 107-118
- [6] Lai H, Chan CCH. Implementing a pilot work injury management program in Hong Kong. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2007; 17: 712-726
- [7] Bültmann U, Sherson D, Olsen J, et al. Coordinated and tailored work rehabilitation: A randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2009; 19: 81-93
- [8] De Vet R, Van Luijckelaar MJ, Brilleslijper-Kater SN, et al. Effectiveness of case management for homeless persons: a systematic review. *American Journal of Public Health* 2013; 103: e13-26
- [9] Clayton S, Bamba C, Gosling R, et al. Assembling the evidence jigsaw: insights from a systematic review of UK studies of individual-focused return to work initiatives for disabled and long-term ill people. *BMC Public Health* 2011; 11: 170
- [10] Poulsen OM, Aust B, Bjorner JB, et al. Effect of the danish return-to-work-program on long term sickness absence: results from a randomized controlled trial in three municipalities. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 2014; 40: 47-56
- [11] Arnetz BB, Sjogren B, Rydehn B, et al. Early workplace intervention for employees with musculoskeletal-related absenteeism: A prospective controlled intervention study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2003; 45: 499-506
- [12] Fisker A, Langberg H, Petersen T, et al. Early coordinated multidisciplinary intervention to prevent sickness absence and labour market exclusion in patients with low back pain: Study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2013; 14: 93
- [13] Ozaki RR, Schneider JI, Hall JP, et al. Personal navigation, life coaching, and case management: Approaches for enhancing health and employment support services. *Journal of Vocational Rehabilitation* 2011; 34: 83-95
- [14] Hall JP, Moore JM, Welch GW. Preventing disability among working participants in Kansas' high-risk insurance pool: Implications for health reform. *Journal of Vocational Rehabilitation* 2011; 34: 119-128

- [15] Bohman TM, Wallisch L, Christensen K, et al. Working Well-The Texas Demonstration to Maintain Independence and Employment: 18-month outcomes. *Journal of Vocational Rehabilitation* 2011; 34: 97-106
- [16] Gimm G, Ireys H, Gilman B, et al. Impact of early intervention programs for working adults with potentially disabling conditions: Evidence from the national DMIE evaluation. *Journal of Vocational Rehabilitation* 2011; 34: 71-81
- [17] Hausegger T, Reidl C, Reiter A, et al. Begleitende Evaluationsstudie des Wiener Pilotprojektes Step 2 Job - Berufliches Unterstützungsmanagement für BezieherInnen der bedarfsorientierten Mindestsicherung. 2012. Zugriff am 12.01.2016 unter http://www.prospectgmbh.at/wp/wp-content/uploads/2014/11/Endbericht_Step2Job.pdf
- [18] Brandstetter J, Eugster R, Kuchen S, et al. Case Management in der Sozialberatung Kanton St. Gallen. Schlussbericht Pilotprojekt. 2012. Zugriff am 13.01.2016 unter http://www.sg.ch/home/soziales/sozialberatung/case_management/_jcr_content/Par/downloadlist/DownloadListPar/download_0.ocFile/Schlussbericht%20Pilotprojekt%20CM.pdf
- [19] Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover. Fallmanagement aus MBOR. 2014. (unveröffentlicht)
- [20] Gödecker-Geenen N. RehaFurturReal - der Schlüssel für erfolgreiche berufliche Integration. Ein Modellprojekt der Deutschen Rentenversicherung Westfalen. *Arbeitsmedizin/Sozialmedizin/Umweltmedizin* 2013; 48: 711-715
- [21] Jakob T, Schröder A, Glattacker M. RehaFall-Begleitung. Manual. 2015. Zugriff am 12.01.2016 unter http://www.deutscherentenversicherung.de/RheinlandPfalz/de/Inhalt/2_Rente_Reha/02_Reha/02_Leistungen/Reha-Nachsorge/01176_Angebote_Abhaengigkeitskranke_Reha-Fallbegleitung_Manual.pdf?__blob=publicationFile&v=3
- [22] Brader D, Faßmann H, Lewerenz J, et al. Case Management zur Erhaltung von Arbeits- und Ausbildungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB) - Abschlussbericht einer Modellinitiative der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Forschungsbericht. 2004. Zugriff am 15.01.2016 unter http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/fb-f336-case-management-erhaltungbeschaeftigungsverhaeltnissen-behinderter-menschen.pdf?__blob=publicationFile
- [23] Bohndorf A, Koch A, Göckler R, et al. Fachkonzept "Beschäftigungsorientiertes Fallmanagement im SGB II". Abschlussfassung des Arbeitskreises. ohne Jahr. Zugriff am 13.01.2016 unter https://www.arbeitsagentur.de/web/wcm/idc/groups/public/documents/webdatei/mdaw/mdk2/~edi sp/16019022dstbai382523.pdf?_ba.sid=L6019022DSTBAI382526
- [24] Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg. Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung. Ein Leitfaden für die praktische Umsetzung. 2008. Zugriff am 16.01.2016 unter http://www.masgf.brandenburg.de/media/lbm1.a.1336.de/lf_amiga08.pdf
- [25] Jobcenter Nürnberg-Stadt. Beschäftigungsorientiertes Fallmanagement: Ein Leitfaden für Arbeitsvermittlung, Fallmanagement und Netzwerkeinrichtungen. 2012. Zugriff am 13.01.2016 unter http://www.jobcenter-ge.de/lang_de/nn_586588/Argen/ArgeNuernberg/SharedDocs/Downloads/Schriftenreihen/Fallmanagement,templateId=raw,property=publicationFile.pdf
- [26] Schandelmaier S, Ebrahim S, Burkhardt SCA, et al. Return to Work Coordination Programmes for Work Disability: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *Pols one* 2012; 7: e49760

- [27] Lambeek LC, van Mechelen W, Knol DL, et al. Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life. *British Medical Journal* 2010; 340: c1035
- [28] Loisel P, Durand P, Abendhaim L, et al. Management of occupational back pain: the Sherbrook model. Results of a pilot and feasibility study. *Occupational and Environmental Medicine* 1994; 51: 579-602
- [29] Anema JR, Steenstra IA, Bongers PM, et al. Multidisciplinary rehabilitation for subacute low back pain: graded activity or workplace intervention or both? A randomized controlled trial. *Spine* 2007; 32: 291-298
- [30] De Buck, P, Le Cessie S, Van den Hout, WB, et al. Randomized Comparison of a Multidisciplinary Job-Retention Vocational Rehabilitation Program With Usual Outpatient Care in Patients With Chronic Arthritis at Risk For Job Loss. *Arthritis & Rheumatism: Arthritis Care & Research* 2005; 53: 682-690
- [31] Egger M, Merckx V, Wüthrich A. Evaluation des nationalen Projekts IIZ MAMACC. Forschungsbericht. 2011. Zugriff am 21.12.2015 unter <https://repository.publisso.de/resource/frl%3A5401088-1/data>
- [32] Engelmohr W. Beschäftigungs- und teilhabeorientiertes Fallmanagement im SGB XII: Ein Konzept des Landkreises Kassel. Nachrichtendienst des deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. August 2011; 1-6
- [33] Freund T, Peters-Klimm F, Boyd CM, et al. Medical Assistant–Based Care Management for High-Risk Patients in Small Primary Care Practices. A Cluster Randomized Clinical Trial. *Annals of Internal Medicine* 2016; 164: 323-330
- [34] Hawkins K, Parker PM, Hommer CE, et al. Evaluation of a high-risk case management pilot program for Medicare beneficiaries with Medigap coverage. *Population Health Management* 2015; 18: 93-103
- [35] Heinemann AW, Corrigan JD, Moore D. Case Management for Traumatic Brain Injury Survivors with Alcohol Problems. *Rehabilitation Psychology* 2004; 49: 156-166
- [36] Hubbard G, Gray NM, Ayansina D, et al. Case management vocational rehabilitation for women with breast cancer after surgery: A feasibility study incorporating a pilot randomized controlled trial. *Trials* 2013; 14: 175
- [37] Iles RA, Wyatt M, Pransky G. Multi-faceted case management: reducing compensation costs of musculoskeletal work injuries in Australia. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2012; 22: 478-488
- [38] Kornfeld R, Rupp K. The net effects of the Project NetWork return-to-work case management experiment on participant earnings benefit receipt, and other outcomes. *Social Security Bulletin* 2000; 63: 12-33
- [39] Lipscomb HJ, Moon SD, Li L, et al. Evaluation of the North Country on the Job Network: a model of facilitated care for injured workers in rural upstate New York. *Journal of Occupational & Environmental Medicine* 2002; 44: 246-257
- [40] Löcherbach P, Hermsen T, Arnold J, et al. Wirkungsanalyse des Fallmanagements in der Eingliederungshilfe (WiFEin). Forschungsbericht. 2013. Zugriff am 18.12.2016 unter http://www.kvjs.de/fileadmin/dateien/kvjs-forschung/AB_WiFEin_Internet.pdf

- [41] Marshall M, Lockwood A, Gath D. Social services case-management for long term mental disorders: A randomised controlled trial. *Lancet* 1995; 345: 409-412
- [42] Okpaku SO, Anderson KH, Sibulkin AE, et al. The effectiveness of a multidisciplinary case management intervention on the employment of SSDI applicants and beneficiaries. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 1997; 20: 34-41
- [43] Selander J, Marnetoft S. Case management in vocational rehabilitation: A case study with promising results. *Work* 2005; 24: 297-304
- [44] Shrey DE, Bangs SA, Mark LS, et al. Returning social security beneficiaries to the work force: A proactive disability management model. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 1991; 34: 257-273
- [45] Smedley J, Harris EC, Cox V, et al. Evaluation of a case management service to reduce sickness absence. *Occupational Medicine* 2013; 63: 89-95
- [46] Wendt JK, Tsai SP, Bhojani FA, et al. The shell disability management program: A five-year evaluation of the impact on absenteeism and return-on-investment. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2010; 52: 544-550

Anhang

Anhang 1: Tabellarische Darstellung der Studiencharakteristik der eingeschlossenen Veröffentlichungen	83
Anhang 2: Tabellarische Darstellung der Vorgehensweisen im Fallmanagement in den eingeschlossenen Veröffentlichungen	86
– Initiator, Zielgruppe, Zugang, Screening	86
– Einbezug des Betriebs, Einbezug einer Arbeitsvermittlung, Caseload, Dauer, Fallmanagementteam	90
– Koordination versus Leistungserbringung, aufsuchendes Fallmanagement Beschreibung des Fallmanagements, Kontrollgruppe, Effekte	94
Anhang 3: Fragebogen zur Trägerbefragung	104
Anhang 4: Berichte der Expertenworkshops	113
– Expertenworkshop 1	113
– Expertenworkshop 2	133
– Expertenworkshop 3	152
Anhang 5: Fallmanagementkonzept	169
– Hintergrund	170
– Rechtliche Rahmenbedingungen	172
– Fallmanagementdefinition der Rentenversicherung	174
– Fallbezogene Vorgehensweise im Fallmanagement	180
– Systemebenen des Fallmanagements	213
– Literatur	225
Anhang 6: Empfehlungen zur Implementierung von Fallmanagement in der Rentenversicherung	237

Anhang 1: Tabellarische Darstellung der Studiencharakteristik der eingeschlossenen Veröffentlichungen

Studien	Form der Veröffentlichung	Studiendesign	Stichprobengröße Studienbeginn (IG / KG)	Land der Umsetzung	Publikations- jahr
Arnetz et al. [11]	wissenschaftliche Publikation	randomisiertes Kontrollgruppendesign	65 / 72	Schweden	2003
Bohdorf et al. [23]	Konzeptbeschreibung	Konzeptbeschreibung	entfällt	Deutschland	keine Angabe
Brader et al. [22]	Bericht	formative und summative (prä- post-Design) Evaluation, Prozess- dokumentation	991	Deutschland	2004
Brandstetter et al. [18]	Bericht	Prozessevaluation	entfällt	Schweiz	2012
Bültmann et al. [7]	wissenschaftliche Publikation	randomisiertes Kontrollgruppendesign	68 / 51	Dänemark	2009
Clayton [9]	wissenschaftliche Publikation	systematische Literaturrecherche	entfällt	entfällt	2011
De Buck [30]	wissenschaftliche Publikation	randomisiertes Kontrollgruppendesign	74 / 66	Niederlande	2005
De Vet et al. [8]	wissenschaftliche Publikation	systematische Literaturrecherche	entfällt	entfällt	2013
DRV Braunschweig- Hannover [19]	Konzeptbeschreibung	Konzeptbeschreibung	entfällt	Deutschland	2014
Egger et al. [31]	Bericht	gematchtes Kontrollgruppendesign	97 / 97	Schweiz	2011
Engelmohr [32]	Konzeptbeschreibung	Konzeptbeschreibung	entfällt	Deutschland	2011
Feurerstein et al. [2]	wissenschaftliche Publikation	randomisiertes Kontrollgruppendesign	58 / 73	USA	2003
Fisker et al. [12]	wissenschaftliche Publikation	Studienprotokoll	385 / 385	Dänemark	2013
Freund et al. [33]	wissenschaftliche Publikation	cluster-randomisiertes Kontrollgruppendesign	1093 / 983	Deutschland	2016
Gödecker-Geenen [20]	Konzeptbeschreibung	Konzeptbeschreibung	entfällt	Deutschland	2013
Hausegger et al. [17]	Bericht	Prozessdokumentation, Prä-Post- Erhebungen, Querschnitterhebun- gen	802	Österreich	2012
Hawkins et al. [34]	wissenschaftliche Publikation	gematchtes Kontrollgruppendesign	2015 / 7626	USA	2015

Heinemann et al. [35]	wissenschaftliche Publikation	cluster-randomisiertes Kontrollgruppendesign	217 / 102	USA	2004
Hubbard e al. [36]	wissenschaftliche Publikation	randomisiertes Kontrollgruppendesign	7 / 11	Großbritannien	2013
Iles et al. [37]	wissenschaftliche Publikation	gematchtes Kontrollgruppendesign	815 / 2497 (Anzahl an Anträgen)	Australien	2012
Jobcenter Nürnberg [25]	Konzeptbeschreibung	Konzeptbeschreibung	entfällt	Deutschland	2012
Kornfeld et al. [38]	wissenschaftliche Publikation	randomisiertes Kontrollgruppendesign	1234 / 1132	USA	2000
Jakob et al. (DRV Rheinland-Pfalz) [21]	Konzeptbeschreibung	Konzeptbeschreibung	entfällt	Deutschland	2015
Lai et al. [6]	wissenschaftliche Publikation	quasi-experimentelles Design	296 / 137	China	2007
Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie - Land Brandenburg [24]	Konzeptbeschreibung	Konzeptbeschreibung	entfällt	Deutschland	2008
Lipscomb et al [39]	wissenschaftliche Publikation	quasi-experimentelles Design	3061 Verletzungen	USA	2002
Löcherbach et al. [40]	Bericht	quasi-experimentelles Design	581	Deutschland	2013
Lohsträter et al. [1]	wissenschaftliche Publikation	randomisiertes Kontrollgruppendesign	99 / 99	Deutschland	2008
Marshall et al. [41]	wissenschaftliche Publikation	randomisiertes Kontrollgruppendesign	40 / 40	Großbritannien	1995
Okpaku et al. [42]	wissenschaftliche Publikation	randomisiertes Kontrollgruppendesign	73 / 79	USA	1997
Ozaki et al. [13]	wissenschaftliche Publikation	randomisiertes Kontrollgruppendesign	2125 / 1299	USA	2011
Poulsen et al. [10]	wissenschaftliche Publikation	randomisiertes Kontrollgruppendesign	1948 / 1157	Dänemark	2014
Scholz et al. [4]	wissenschaftliche Publikation	randomisiertes Kontrollgruppendesign	3863 / 4187	Schweiz	2015

Schultz et al. [3]	wissenschaftliche Publikation	randomisiertes Kontrollgruppendesign	29 / 34	Kanada	2013
Selander et al. [43]	wissenschaftliche Publikation	Prä-Post-Design	10	Schweden	2005
Shrey et al. [44]	wissenschaftliche Publikation	Prä-Post-Design	107	USA	1991
Smedley et al. [45]	wissenschaftliche Publikation	quasiexperimentelles Design	9047 / 4117 (Beschäftigte im Inter- ventions- bzw. Kontroll- unternehmen im Jahr 2010)	Großbritannien	2013
Wendt et al. [46]	wissenschaftliche Publikation	quasiexperimentelles Design	7081 (2008) / 6989 (2002) (Beschäftigte im Unter- nehmen)	USA	2010

Anhang 2: Tabellarische Darstellung der Vorgehensweisen im Fallmanagement in den eingeschlossenen Veröffentlichungen

- Initiator, Zielgruppe, Zugang, Screening

Studien	Initiator (verantwortliche Stelle)	Zielgruppe	Zugang	Screening
Arnetz et al. [11]	gesetzliche Versicherung (Swedish National Insurance Agency)	Arbeitnehmer mit muskuloskelettalen Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeitszeiten	Auswahl aus den bei der National Insurance Agency gemeldeten arbeitsunfähigen Personen	nein, Erfüllung Einschlusskriterien der Studie
Bohndorf et al. [23]	staatliche Institution (Träger des SGB II)	Personen mit 3 schwerwiegenden Vermittlungshemmnissen, bei denen die Integration ohne Prozessunterstützung nicht erreichbar ist (Leistungsberechtigte SGB II)	keine Angabe	ja
Brader et al. [22]	gesetzliche Versicherung	Arbeitnehmer mit Behinderung/gesundheitlicher Beeinträchtigung, bei denen zu erwarten ist, dass sie zukünftig ihre berufliche Tätigkeit am bisherigen Arbeitsplatz nicht mehr uneingeschränkt ausüben können	keine Angabe	nein
Brandstetter et al. [18]	staatliche Institution (Kanton St. Gallen)	Klienten in der Sozialberatung mit Mehrfachproblematik	keine Angabe	ja
Bültmann et al. [7]	staatliche Institution (Department of Development and Labor Market)	Arbeitnehmer mit muskuloskelettalen Erkrankungen in Arbeitsunfähigkeit seit 4 bis 12 Wochen	Auswahl aus den beim Department of Development and Labor Market gemeldeten arbeitsunfähigen Personen	nein, Erfüllung Einschlusskriterien der Studie
De Buck [30]	Leistungserbringer (ambulante Praxis)	Arbeitnehmer mit chronischem Rheuma und dem Risiko der Arbeitslosigkeit	Zugang über eine ambulante Praxis zur Behandlung von an Rheuma erkrankten Personen	nein, Erfüllung Einschlusskriterien der Studie
DRV Braunschweig-Hannover [19]	gesetzliche Versicherung (Rentenversicherung Braunschweig Hannover)	Versicherte nach der MBOR	Einleitung über die behandelnde medizinische Rehabilitationseinrichtung	ja
Egger et al. [31]	gesetzliche Versicherung	Personen mit komplexer Mehrfachproblematik, positiven Integrationschancen, die höchstens seit 4 Monaten bei der Arbeitslosenversicherung, Invalidenversicherung oder Sozialhilfe als Versichertenfall gemeldet sind	keine Angabe	nein

Engelmohr [32]	staatliche Institution (Landkreis Kassel)	Personen in der Eingliederungshilfe nach SGB XII	Antragsverfahren	ja
Feurerstein et al. [2]	gesetzliche Versicherung/staatliche Institution (US Department of Labor's Office of Workers' Compensation Programms)	Arbeitnehmer mit Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten der unteren Extremitäten	Auswahl und Kontaktierung auf Basis administrativer Daten	nein, Erfüllung Einschlusskriterien der Studie
Fisker et al. [12]	Leistungserbringer (Rehabilitationseinrichtung)	Personen mit Rückenschmerzen bereits krankgeschrieben oder mit dem Risiko einer Krankschreibung, arbeitslose Personen	Zugang über die Rehabilitationseinrichtung	nein, Erfüllung Einschlusskriterien der Studie
Freund et al. [33]	gesetzliche Versicherung (Krankenkasse)	Patienten mit Diabetes Typ II, Herzinsuffizienz, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen und eine Wahrscheinlichkeit der Hospitalisation im oberen Quartil der AOK-Versicherten	Zugang über Hausarztpraxen bei hohem Risiko der Hospitalisation	ja, Erfüllung der Einschlusskriterien und zusätzliches Screening
Gödecker-Geenen [20]	gesetzliche Versicherung (gesetzliche Rentenversicherung Westfalen)	Personen mit vorhandenem Arbeitsplatz, beruflicher Integrationsproblematik und Unterstützungsbedarf bezüglich der beruflichen Wiedereingliederung	Zugang über medizinischer Rehabilitationseinrichtungen, aus dem LTA-Verfahren, Fälle des betrieblichen Eingliederungsmanagements, Abbrecher der stufenweisen Wiedereingliederung	ja
Hausegger et al. [17]	staatliche Institution (Arbeitsmarktservice und Sozialdezernate)	arbeitsfähige Vollsozialhilfeempfänger, Richtsatzergänzungsbezieher ohne Anspruch auf Leistungen der Arbeitsmarktservices bis maximal zur Geringfügigkeitsgrenze sowie deren Angehörige	Einladung von Leistungsempfängern zu einer Informationsveranstaltung	nein
Hawkins et al. [34]	staatliche Institution/gesetzliche Versicherung (Medicaid)	ältere Menschen mit medizinischer Zusatzversicherung	Einladung von Versicherten	ja
Heinemann et al. [35]	Leistungserbringer (Anbieter von Case Management)	Personen mit Schädel-Hirn-Trauma und Alkoholproblem	Zugang über Rehabilitationseinrichtung und Leistungserbringer von Case Management	nein, Erfüllung Einschlusskriterien der Studie
Hubbard e al. [36]	Leistungserbringer (Anbieter beruflicher Unterstützungsangebote)	Frauen mit Brustkrebs nach chirurgischer Entfernung des Tumors, beschäftigt in einem Unternehmen mit <250 Mitarbeiter	Zugang über Krankenhäuser, die die Zielgruppe behandeln	nein, Erfüllung Einschlusskriterien der Studie
Iles et al. [37]	Arbeitgeber (gesetzlich verpflichtet)	Arbeitnehmer mit muskuloskelettalen Berufskrankheiten/-verletzungen	Zugang über die Meldung des Unfalls innerhalb von 24 Stunden mittels einer Telefonhotline	nein

Jobcenter Nürnberg [25]	staatliche Institution (ARGE Jobcenter Nürnberg - Träger SGB II)	Personen mit komplexer Profillage, mind. 3 Handlungsbedarfe, positive Prognose des Nutzens von Fallmanagement, spezielle Gruppen U25, Ü50 (Leistungsberechtigter des SGB II)	Berater prüft in regelmäßigen Abständen Bedarf der Leistungsberechtigten	ja
Kornfeld et al. [38]	staatliche Institution/gesetzliche Versicherung (Social Security Administration)	Empfänger von Sozialhilfe, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsleistungen (Social Security Disability Insurance oder Supplemental Security Income)	Kontaktierung von Leistungsempfängern der Social Security Administration per Mail bzw. Ansprache von Leistungsempfängern direkt in den Geschäftsstellen	nein, Erfüllung Einschlusskriterien der Studie
Jakob et al. (DRV Rheinland-Pfalz) [21]	gesetzliche Versicherung (Rentenversicherung Rheinland-Pfalz)	Personen mit Suchterkrankung	Antragsverfahren auf medizinische Rehabilitation	ja
Lai et al. [6]	Leistungserbringer (keine nähere Angabe)	Arbeitnehmer nach einem Arbeitsunfall	Zugang über die an der Studie teilnehmende Firma	nein, Aufnahme aller auftretenden Arbeitsunfälle
Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie - Land Brandenburg [24]	staatliche Institution (Land Brandenburg - Träger des SGB II)	Arbeitslose mit vermittlungsrelevanten gesundheitlichen Problemen (Leistungsberechtigte SGB II)	keine Angabe	ja
Lipscomb et al [39]	Arbeitgeber (Netzwerk lokaler Handelskammer, Arbeitgebern und Leistungserbringern - North Country on the Job Network)	Arbeitnehmer nach Arbeitsunfall im ländlichen Gebiet	Zugang durch die im Netzwerk befindlichen Firmen	nein
Löcherbach et al. [40]	staatliche Institution (Kommunen)	Personen in der Eingliederungshilfe nach SGB XII	Antragsverfahren	ja
Lohsträter et al. [1]	gesetzliche Unfallversicherung	Arbeitnehmer nach einem Arbeitsunfall mit Verletzungen der Hand	Antragsverfahren	nein
Marshall et al. [41]	Leistungserbringer (keine nähere Angabe)	Personen mit bereits langandauernder psychischer Erkrankung in Obdachlosigkeit bzw. Vorstufen von Obdachlosigkeit	Ansprache von Betroffenen in Einrichtungen für Obdachlose	nein, Erfüllung Einschlusskriterien der Studie
Okpaku et al. [42]	Leistungserbringer (keine nähere Angabe)	Personen mit psychischer Erkrankung, die Erwerbsunfähigkeitsleistungen (Social Security Disability Income) oder Sozialhilfe (Social Security Income) erhalten	Zugang über Einrichtungen für psychisch kranke Personen	nein, Erfüllung Einschlusskriterien der Studie

Ozaki et al. [13]	staatliche Institution/gesetzliche Versicherung	Arbeitnehmer mit chronischen psychischen, verhaltensbezogenen oder körperlichen Einschränkungen (in den 4 Umsetzungsstaaten unterschiedliche definiert: Personen mit Diabetes mellitus (Hawaii), Personen mit körperlichen oder psychischen Erkrankungen mit geringem Einkommen (Kansas), Personen mit geringem Einkommen ohne Versicherungsschutz und schweren psychischen oder verhaltensbezogenen Erkrankungen (Texas), Personen mit schwerer psychischer Erkrankung (Minnesota)	Kontaktierung von Leistungsempfängern per Mail oder Telefon	nein, Erfüllung Einschlusskriterien der Studie
Poulsen et al. [10]	staatliche Institution (Regierung)	langfristig arbeitsunfähige Erwachsene (> über 8 Wochen) im erwerbsfähigen Alter (angestellt, befristet angestellt, selbstständig, arbeitslos)	Zugang über die bei den municipal sickness benefit offices (für Krankengeldzahlung zuständige Stelle) vorliegenden Angaben zu den Arbeitsunfähigkeitszeiten	ja
Scholz et al. [4]	gesetzliche Versicherung (gesetzliche Unfallversicherung-SUVA)	Unfallverletzte	Auswahl aus den Leistungsberechtigten	nein, Erfüllung der Einschlusskriterien der Studie
Schultz et al. [3]	Versicherung (Workers Compensation Board)	moderat bis stark körperlich arbeiteten Personen mit Rückenverletzung in Arbeitsunfähigkeit	Zugang über die Geschäftsstellen der Unfallversicherung	nein, Erfüllung Einschlusskriterien der Studie
Selander et al. [43]	Leistungserbringer (Anbieter von Case Management)	arbeitslose Personen in langandauernder Arbeitsunfähigkeit (bereits mehrere Jahre)	Ansprache von Leistungsempfängern im social insurance office (für Krankengeldzahlung zuständige Stelle)	nein
Shrey et al. [44]	gesetzliche Versicherung/staatliche Institution (Social Security Administration)	Empfänger von Arbeitsunfähigkeitsleistungen	Auswahl von Leistungsempfängern und schriftliche Kontaktierung dieser	nein, Erfüllung Einschlusskriterien der Studie
Smedley et al. [45]	Arbeitgeber (Krankenhaus)	Arbeitnehmer mit Arbeitsunfähigkeitszeit von >4 Wochen	Zugang durch den Mitarbeiter selbst oder seinen Vorgesetzten	nein
Wendt et al. [46]	Arbeitgeber (Shell)	arbeitsunfähige Mitarbeiter einer Firma (keine Berufskrankheiten oder Arbeitsunfälle)	Zugang bei Überschreiten der Dauer von 4 Tagen Arbeitsunfähigkeit durch die Pflicht eine Krankschreibung vorzulegen	nein

Fortsetzung Anhang 2

- Einbezug des Betriebs, Einbezug einer Arbeitsvermittlung, Caseload, Dauer, Fallmanagementteam

Studien	Einbezug des Betriebs	Einbezug einer Arbeitsvermittlung	Caseload	Dauer	Fallmanagementteam
Arnetz et al. [11]	ja	nein/keine Angabe	keine Angabe	keine Angabe	Case Manager mit kleinerem Team (Ergotherapeut, Arbeitsmediziner)
Bohdorf et al. [23]	nein/keine Angabe	ja	1:75 (Orientierungswert)	keine Angabe	Fallmanager, keine Angaben zum Team
Brader et al. [22]	ja	nein/keine Angabe	keine Angabe	unbefristet, unterschiedliche je Kostenträger und Standort i.d.R. wenn Wiederaufnahme der Arbeit bzw. ein neues Arbeitsverhältnis absehbar ist, wenn Arbeitsverhältnis gekündigt oder eine Qualifizierungsmaßnahme angetreten wird	Case Manager mit Team oder ohne Team je nach Standort, keine Angabe zur Zusammensetzung
Brandstetter et al. [18]	nein/keine Angabe	nein/keine Angabe	keine Angabe	keine Angabe	Case Manager, keine Angabe zum Team
Bültmann et al. [7]	ja	nein/keine Angabe	keine Angabe	befristet, nicht länger als 3 Monate	Case Manager mit multidisziplinärem Team (Physiotherapeut, Arbeitsmediziner, Psychologe, Sozialarbeiter, Physiotherapeut)
De Buck [30]	ja	nein/keine Angabe	keine Angabe	keine Angabe	Case Manager mit multidisziplinärem Team (Sozialarbeiter, Psychologe, Physiotherapeut, Ergotherapeut, Arbeitsmediziner)
DRV Braunschweig-Hannover [19]	ja	nein/keine Angabe	keine Angabe	unbefristet, Begleitung während der Arbeitsunfähigkeit bis zur Arbeitsaufnahme	Fallmanager, keine Angaben zum Team
Egger et al. [31]	nein/keine Angabe	ja	keine Angabe	unbefristet, bis Integrationsplan abgeschlossen oder Weiterführung nicht mehr erfolgsversprechend, i.d.R. 1-2 Jahre	Case Manager, keine Angabe zum Team
Engelmohr [32]	ja	ja	1:50 (als vermuteter Wert)	keine Angabe	Case Manager, keine Angabe zum Team
Feurerstein et al. [2]	nein/keine Angabe	nein/keine Angabe	keine Angabe	befristet, auf 4 Monate	Case Manager, mit speziell geschulter Krankenschwester

Fisker et al. [12]	ja	nein/keine Angabe	keine Angabe	befristet, auf 13 Wochen	Physiotherapeut als RTW-Koordinator, mit multidisziplinärem Team (Chirotherapeut, Rheumatologe, Sozialarbeiter, Psychologe, Arbeitsmediziner, Ergonom, Case Manager von Seiten der gesetzlichen Versicherung)
Freund et al. [33]	nein/keine Angabe	nein/keine Angabe	1 (Arzthelfer): 20 (Patienten) zusätzlich zum täglichen Geschäft	befristet, auf 24 Monate	Hausarzt mit geschultem Arzthelfer
Gödecker-Geenen [20]	ja	nein/keine Angabe	keine Angabe	keine Angabe	Rehafachberater im Team mit Integrationsberater des Berufsförderungswerks
Hausegger et al. [17]	nein/keine Angabe	ja	keine Angabe	befristet, auf 12 Monate	Case Manager, keine Angabe zum Team
Hawkins et al. [34]	nein/keine Angabe	nein/keine Angabe	keine Angabe	befristet, auf max. 3 Jahre	Case Coordinator, keine Angaben zum Team
Heinemann et al. [35]	ja	ja	keine Angabe	keine Angabe	Koordinator für berufsspezifische Problemstellungen mit Team (keine Angabe zu Zusammensetzung)
Hubbard e al. [36]	ja	ja	keine Angabe	befristet, auf 6 Monate	Case Manager, keine Angaben zum Team
Iles et al. [37]	ja	nein/keine Angabe	keine Angabe	unbefristet, bis Rückkehr an den Arbeitsplatz	RTW-Koordinator, keine Angaben zum Team
Jobcenter Nürnberg [25]	nein/keine Angabe	ja	1: 75-90	befristet, auf in der Regel maximal 2 Jahre	Case Manager, keine Angabe zum Team
Kornfeld et al. [38]	nein/keine Angabe	ja	keine Angabe	keine Angabe	Case Manager, keine Angabe zum Team
Jakob et al. (DRV Rheinland-Pfalz) [21]	ja	nein/keine Angabe	keine Angabe	befristet, auf mehrere Monate (von Entzug bis 6-9 Monate nach der Rehabilitation)	Reha-Fallbegleiter, in multidisziplinärem Team der behandelnden Rehaeinrichtung
Lai et al. [6]	ja	nein/keine Angabe	keine Angabe	unbefristet bis medizinische Behandlung und Rehabilitation abgeschlossen und/oder RTW eingetreten oder in einigen Fällen ab dem Zeitpunkt zu dem ein Anwalt konsultiert wird	Case Manager, keine Angabe zum Team

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie - Land Brandenburg [24]	nein/keine Angabe	ja	keine Angabe	keine Angabe	keine Angabe	Case Manager mit Team (Arzt, Psychologe, Psychotherapeut, weitere Beteiligte)
Lipscomb et al [39]	ja	nein/keine Angabe	keine Angabe	unbefristet, Entscheidung des Case Managers	unbefristet, Entscheidung des Case Managers	Case Coordinator, keine Angabe zum Team
Löcherbach et al. [40]	nein/keine Angabe	ja	keine Angabe	keine Angabe	keine Angabe	Case Manager, mit oder ohne Team je nach Kommune (keine Angabe zur Zusammensetzung)
Lohsträter et al. [1]	ja	nein/keine Angabe	keine Angabe	unbefristet, bis zur Rückkehr an den/einen Arbeitsplatz oder Berentung	unbefristet, bis zur Rückkehr an den/einen Arbeitsplatz oder Berentung	Case Manager, keine Angabe zum Team
Marshall et al. [41]	nein/keine Angabe	nein/keine Angabe	keine Angabe	keine Angabe	keine Angabe	Case Manager, keine Angabe zum Team
Okpaku et al. [42]	nein/keine Angabe	nein/keine Angabe	1:10	befristet, auf 4 Monate	befristet, auf 4 Monate	Berufскоach mit Expertise im Bereich der Psychiatrie, mit multidisziplinärem Team (Psychiater, Berufsberater, Therapeuten)
Ozaki et al. [13]	nein/keine Angabe	ja (in einigen Staaten)	je nach Staat: Hawaii: 1:16; Kansas: 1:100-125; Minnesota: 1: 100-125; Texas: 1:70	keine Angabe	keine Angabe	Case Manager, keine Angabe zum Team
Poulsen et al. [10]	ja	nein/keine Angabe	1 (Team): 170 (Anzahl Kategorie 2 Betroffene jährlich)	keine Angabe	keine Angabe	2 RTW-Koordinatoren, mit multidisziplinärem Team (Psychologe, Psychiater, Arzt, Physiotherapeut)
Scholz et al. [4]	nein/keine Angabe	nein/keine Angabe	1:35	keine Angabe	keine Angabe	Case Manager, keine Angaben zum Team
Schultz et al. [3]	ja	nein/keine Angabe	keine Angabe	keine Angabe	keine Angabe	Nurse Advicer, mit multidisziplinärem Team (Arzt, Psychologe, Berufsberater, Administrationsspezialist)
Selander et al. [43]	nein/keine Angabe	nein/keine Angabe	1:10	befristet, auf 12 Monate	befristet, auf 12 Monate	Case Manager, keine Angabe zum Team
Shrey et al. [44]	nein/keine Angabe	ja	keine Angabe	keine Angabe	keine Angabe	Case Manager, mit Team (nicht näher beschrieben)

Smedley et al. [45]	ja	nein/keine Angabe	keine Angabe	keine Angabe	Case Manager mit multidisziplinärem Team (Betriebsarzt, Psychologe, Physiotherapeut)
Wendt et al. [46]	ja	nein/keine Angabe	keine Angabe	keine Angabe	Case Manager, keine Angabe zum Team

Fortsetzung Anhang 2

- Koordination versus Leistungserbringung, aufsuchendes Fallmanagement, Beschreibung des Fallmanagements, Kontrollgruppe, Effekte

Studien	Koordination versus Leistungserbringung	aufsuchendes Fallmanagement	Beschreibung des Fallmanagements	Kontrollgruppe	Effekte bezüglich Zielgrößen der Arbeitsfähigkeit im Vergleich zur Kontrollgruppe
Arnetz et al. [11]	Koordination und Leistungserbringung	nein/keine Angabe	umfassendes Assessment, Arbeitsplatzbesuche, Arbeitsplatztraining, Vermittlung berufsbezogener Therapien und Unterstützungsangeboten, Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeber	Beratung zu notwendigen rehabilitativen Angeboten und Erstellung eines Reha-Plans, keine Arbeitsplatzbesuche (Standardbehandlung)	signifikant weniger Arbeitsunfähigkeitstage 12 Monate nach Interventionsbeginn (IG:144,9; KG:197,9; p:<0.01); Odds ratio von 2,5 für das Ereignis nach 12 Monaten nicht mehr arbeitsunfähig zu sein
Bohdorf et al. [23]	Koordination	nein/keine Angabe	Fallmanagement nach dem Regelkreis	entfällt siehe Studiendesign	entfällt siehe Studiendesign
Brader et al. [22]	Koordination	nein/keine Angabe	Fallmanagement nach dem Regelkreis	entfällt siehe Studiendesign	entfällt siehe Studiendesign
Brandstetter et al. [18]	Koordination	nein/keine Angabe	Fallmanagement nach dem Regelkreis	entfällt siehe Studiendesign	entfällt siehe Studiendesign
Bültmann et al. [7]	Koordination	nein/keine Angabe	ICF-orientiertes Assessment und Erstellung eines RTW-Plans, persönlicher Kontakt mit dem Betroffenen, Abstimmung des RTW-Plans mit dem Betroffenen, intensiver Einbezug aller Stakeholder, Förderung des kontinuierlichen Austausches mit den Stakeholdern im Sinne eines Feedback-Kreislaufs	Assessment und Reassessment alle 8 Wochen, optional persönliches Gespräch mit dem Case Manager und ggf. weiteren Akteuren, Case Manager berät den Betroffenen zur Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber, Teilzeitarbeit, Arbeitsplatzanpassung und Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation (Standardbehandlung)	signifikant weniger Arbeitsunfähigkeitsstunden im ersten Jahr nach Interventionsstart (IG:656,6, KG:997,3; p=0,006); nach einem Jahr sind 71% der Personen der Interventionsgruppen und 62% der Personen der Kontrollgruppe wieder an den Arbeitsplatz zurückgekehrt (kein Signifikanz angegeben)

De Buck [30]	Koordination und Leistungserbringung (medizinische Behandlung und therapeutische Interventionen)	nein/keine Angabe	Assessment, Sozialberatung, Berufsberatung, Beratung zu medizinischer und nicht medizinischer Behandlung, Weiterleitung des Abschlussberichtes an den Arbeitgeber (sofern Einverständnis des Arbeitnehmers vorliegt)	Behandlung wie vom Arzt empfohlen und schriftliche Information an den Betroffenen (Standardbehandlung)	keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Anzahl derer, die ihren Arbeitsplatz 24 Monate nach Interventionsbeginn verloren haben bzw. volle Erwerbsunfähigkeitsrente bekommen (IG:14 von 59; KG:12 von 53; p=0,89)
DRV Braunschweig-Hannover [19]	Koordination	nein/keine Angabe	Fallmanagement nach dem Regelkreis mit separaten Vorgehensweisen für Personen mit orthopädischen und psychosomatischen Erkrankungen	entfällt siehe Studiendesign	entfällt siehe Studiendesign
Egger et al. [31]	Koordination	nein/keine Angabe	Durchführung eines interinstitutionellen Assessments und Beurteilung des Falles in sozialer, arbeitsmarktpolitischen und medizinischer Hinsicht, Erstellung eines Integrationsplans und Festlegung der für den Fall federführenden Stelle, es handelt sich eher um ein Fallmonitoring als um eine Case Management (Aussage der Autoren)	Standardbetreuung durch die Kostenträger	signifikant längerer Bezug von Taggeldern nach mindestens 9 Monaten in der Interventionsgruppe im Vergleich zur gematchten Kontrollgruppe (IG:254 Tage), geringere Quote der beruflichen Wiedereingliederung in der Interventionsgruppe (IG:16%) (Schlussfolgerung: gematchte Kontrollgruppe möglicherweise nicht vergleichbar)
Engelmohr [32]	Koordination	nein, aber u.a. Hausbesuche	Fallmanagement nach dem Regelkreis	entfällt siehe Studiendesign	entfällt siehe Studiendesign
Feurerstein et al. [2]	Koordination	nein/keine Angabe	zusätzlich zur Standardbehandlung Unterstützung des Case Managers durch eine speziell in ergonomischem und psychologischem Assessment, Anamnese, Medical Care Management und Arbeitsplatzanpassung geschulte Krankenschwester	Standardbehandlung über Case Manager fokussiert auf Medical Care Management und Arbeitsplatzanpassung	nicht berichtet

Fisker et al. [12]	Koordination und Leistungserbringung (Rehabilitationsmaßnahme)	nein/keine Angabe	Einbezug eines Psychologen, eines Arbeitsmediziners, eines Ergonomen und eines Case Managers von Seiten der gesetzlichen Versicherung, der Kostenverantwortung für den Fall trägt, Physiotherapeut übernimmt die Rolle des RTW-Koordinator im Rehabilitationsteam	Standardrehabilitationsmaßnahme durch Physiotherapeuten, Chirotherapeuten, Rheumatologen sowie bei Bedarf einen Sozialarbeiter	entfällt siehe Studiendesign
Freund et al. [33]	Koordination und Leistungserbringung (medizinische Leistungen und Therapien)	nein/keine Angabe	Durchführung eines Assessments, Zielvereinbarung, Vermittlung von Selbstmanagementstrategien, Erstellen eines Handlungsplans zur Zielerreichung, schriftliche Gesundheitsinformationen und Erläuterung eines Notfallplans, Monitoring der Zielerreichung	Standardbehandlung in der Hausarztpraxis	RTW nicht Zielgröße
Gödecker-Geenen [20]	Koordination	nein/keine Angabe	Fallmanagement mit Assessment, Planungs- und Steuerungsleistungen, Netzwerkbildung aller beteiligten Akteure, enge Zusammenarbeit mit dem Berufsförderungswerk und dessen Berater, Implementierung eines speziellen Angebots zur Beratung von Betrieben "Betriebsservice - gesunde Betriebe"	entfällt siehe Studiendesign	entfällt siehe Studiendesign
Hausegger et al. [17]	Koordination und Leistungserbringung	nein/keine Angabe	Fallmanagement nach dem Regelkreis, ergänzend Durchführung von Einzelberatungen- und Gruppenangeboten (z. B. Bewerbungstraining, psychotherapeutische Unterstützung)	entfällt siehe Studiendesign	entfällt siehe Studiendesign

Hawkins et al. [34]	Koordination	nein, aber Hausbesuch zur Durchführung eines Assessments	Assessment und Maßnahmenplanerstellung, intensive telefonische Beratung, Begleitung bei Arztbesuchen, bei Krankenhausaufenthalten Unterstützung des Krankenhauses bei der Entlassungsplanung sowie der ggf. notwendigen Planung der Pflege zu Hause, regelmäßige Infos zu Gesundheitsthemen per Mail	Standardbehandlung	RTW nicht Zielgröße
Heinemann et al. [35]	Leistungserbringung und Koordination	nein/keine Angabe	Unterstützung und Koordination von Leistungen bezüglich der Abhängigkeitsproblematik sowie zur Stabilisierung der Gesundheit, zur finanziellen und sozialen Situation, der Fokus liegt spezifisch auf Angeboten der beruflichen Rehabilitation und Beratung (Einzel- und Gruppenberatungsangebote, Stellenvermittlung, Bewerbungstraining, etc.) sowie Angeboten der unterstützten Beschäftigung, Beratung von Arbeitgebern und Mitarbeitern des Betroffenen	Standardbehandlung	RTW nicht Zielgröße
Hubbard et al. [36]	Koordination	nein/keine Angabe	ausführliches bio-psycho-soziales Assessment und Vermittlung von Leistungen zu berufsbezogenen und erkrankungsbezogenen Fragestellungen sowie medizinischen und therapeutischen Angeboten	formale Unterstützung in der Wiedereingliederung, schriftliche Information zum Thema Arbeit und Krebserkrankung (Standardbehandlung)	keine signifikanten Unterschiede in den selbstberichteten Arbeitsunfähigkeitstagen im Zeitraum 4-12 Monate nach Interventionsbeginn (IG:1,6; KG:3,6; p=0,441)

Iles et al. [37]	Koordination	nein/keine Angabe	24-Stunden Telefonhotline zur Meldung der Verletzung, beschleunigte Behandlung durch Netzwerk an Medizinem und Therapeuten, Case Management durchgeführt durch erfahrene, speziell geschulter Injury Manager mit edv-Unterstützung, systematische Kommunikation mit allen Beteiligten am Arbeitsplatz, psychosoziale telefonische Beratung zur Forderung der beruflichen Wiedereingliederung, Einbezug der Unfallversicherung zur Verhinderungen von Verzögerungen in der Fallbearbeitung	Standardbehandlung, d. h. reduzierte Version der Intervention z. B. keine 24-Stunden-Hotline, RTW-Koordinator nicht speziell erfahren oder geschult, keine systematische Kommunikation zwischen den Beteiligten	signifikant weniger Tage mit Leistungsbezug (Post-Intervention: 14,1 Tage; Pre-Intervention: 33,5 Tage, Hazard ratio:0.77)
Jobcenter Nürnberg [25]	Koordination und Leistungserbringung	nein/keine Angabe	Fallmanagement nach dem Regelkreis mit Anteilen der Leistungserbringung (z. B. Umgang mit Geld, Einführung PC, Stressbewältigung)	entfällt siehe Studiendesign	entfällt siehe Studiendesign
Kornfeld et al. [38]	Koordination	nein/keine Angabe	persönlicher Kontakt, Assessment, Vermittlung von medizinischen, therapeutischen Leistungen (z. B. psychologische Beratung, Bewegungstherapie, Business-Skills-Training), Unterstützung bei sozialen Problemstellungen, Beratung zu berufsspezifischen Fragestellungen, Schaffung von Arbeits-/Beschäftigungsanreizen (Incentives)	ggf. berufsspezifische Unterstützung durch Angebote auf Stadt-/Gemeindeebene (Standardbetreuung)	signifikante Unterschiede in der Anzahl an Beschäftigungsmonaten im zweiten vollen Jahr nach Interventionsbeginn (IG:4,2, KG:3,5; p<0,05), keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Stundenlohns von Beschäftigten (in beiden Gruppen 60% der Personen mit einem Stundenlohn unter 6,50 Euro), signifikanter Anstieg des Einkommens um 11% in der Interventionsgruppe über die ersten 2 vollen Jahre nach Interventionsbeginn (Anstieg aber auch in der Kontrollgruppe)
Jakob et al. (DRV Rheinland-Pfalz) [21]	Koordination und Leistungserbringung (medizinische Rehabilitation, Bewerbungstraining)	nein/keine Angabe	Begleitung von Rehabilitanden während der Suchtrehabilitation, Maßnahmen zur Förderung der beruflichen Integration und des Schnittstellenmanagements	entfällt siehe Studiendesign	entfällt siehe Studiendesign

Lai et al. [6]	Koordination	nein, aber Begleitung zu Krankenhaus oder Arztbesuchen	ab dem Zeitpunkt direkt nach dem Arbeitsunfall Durchführung eines Assessment, Erstellung eines RTW-Plans, umfängliche Beratungsleistungen und koordinative Angebote, parallel zu rehabilitativen Maßnahmen, Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeber	Standardrehabilitation mit Arbeits-/Ergotherapie aber ohne Case Management, Einleitung durch den behandelnden Arzt, Versicherung und Case Manager nehmen eine passive Rolle ein und reagieren auf die Vorgaben des behandelnden Arztes	signifikante Unterschiede in den Arbeitsunfähigkeitstagen innerhalb der ersten 6 Monate nach Interventionsbeginn (IG:27,5; KG:41,6; p<0,001), keine signifikante Unterschiede im Anteil der RTWs (IG:97,0%; KG:94,2%; p=0,167)
Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie - Land Brandenburg [24]	Koordination und Leistungserbringung (psychologische Kurzinterventionen)	nein/keine Angabe	Fallmanagement nach dem Regelkreis mit besonderer Fokussierung auf gesundheitsbezogene Problemstellungen	entfällt siehe Studiendesign	entfällt siehe Studiendesign
Lipscomb et al [39]	Koordination	nein/keine Angabe	Vermittlung zwischen alle Stakeholdern (Arbeitgeber, Versicherer, Leistungserbringer, Arbeitnehmer) sowie Vermittlung von medizinischen, therapeutischen und berufsspezifischen Leistungen, Erarbeitung von Möglichkeiten zur Arbeitsplatzanpassung	historische Kontrollen (Vorgehen/Intervention nicht beschrieben)	geringfügige Senkung der Arbeitsunfähigkeitstage sowie der Tage mit Übergangsarbeit (ca. 10 auf ca. 5 Tage) (Arbeit bis zur Rückkehr an den ursprünglichen Arbeitsplatz) im 5-jährigen Umsetzungszeitraum (Signifikanz nicht angegeben)
Löcherbach et al. [40]	Koordination	nein/keine Angabe	Fallmanagement nach dem Regelkreis	Gruppenbildung nach Implementierungsgrad des Fallmanagements: hoher vs. niedriger Implementierungsgrad	RTW nicht Zielgröße

Lohsträter et al. [1]	Koordination	nein/keine Angabe	beratender Handchirurg gibt innerhalb von 24h nach Eingang des Arztberichtes (Durchgangsarzt, Operationsbericht) detaillierte Empfehlungen für weiterbehandelnden Arzt, Reha-Manager übernimmt übergreifende Koordination des Behandlungsablaufs und Kommunikation mit dem Betroffenen, Veränderungen im Behandlungsverlauf werden mit dem beratenden Handchirurgen abgesprochen	Standardbetreuung	signifikant kürzere Arbeitsunfähigkeitszeiten (IG:60,2 Tage, KG:92,6 Tage; p=0,007), signifikant geringerer Anteil an Renten auf unbestimmte Zeit (IG:2,6%, KG:8,3%, p=0,022) (keine Angaben zum Messzeitpunkt)
Marshall et al. [41]	Koordination	nein/keine Angabe	Unterstützung in allen Lebensbereichen (z. B. Wohnungssuche, Arbeitsplatzsuche, Krisenintervention, Hilfe beim Ausfüllen von Formularen), Durchführung eines Assessments, Ableiten von Maßnahmen und Monitoring des Prozesses	Standardbehandlung in den entsprechenden Einrichtungen (Unterkünfte für Obdachlose, medizinische Einrichtungen für Obdachlose, zuständige Abteilung der Stadt)	keine signifikanten Unterschiede in den Beschäftigungstagen (Messzeitpunkt 7 oder 14 Monate - nicht berichtet) (p=0,4; Beschäftigungstage nicht angegeben)
Okpaku et al. [42]	Koordination	nein/keine Angabe	Assessment, Erstellung eines Behandlungsplans und Besprechung im multidisziplinären Team, Unterstützung bei und Vermittlung von Maßnahmen der sozialen und medizinischen Rehabilitation insbesondere auf RTW ausgerichtet, Berufsberatung, Monitoring der Umsetzung des Behandlungsplans durch multidisziplinären Team	Caseloads 1:40-90 (Standardbehandlung)	keine signifikanten Unterschiede in den Quoten der beruflichen Wiedereingliederung zwischen dem 7-18 Monat nach Interventionsbeginn (IG:51%; KG:35%; p>0,05); signifikante Unterschiede aber dann, wenn IG in partizipierende und nicht partizipierende Teilnehmer getrennt wird; keine signifikanten Unterschiede weiterhin bezüglich Dauer der Beschäftigungsphasen, Stundenlohn, Wochenarbeitszeit (exakte Werte nicht näher berichtet)

Ozaki et al. [13]	Koordination	nein/keine Angabe	je nach Staat unterschiedliche Form der Umsetzung, generell eines oder mehr Elemente aus Durchführung eines Assessments, Erstellung eines Hilfeplan, Beratung zu und Vermittlung von Diensten, Coaching und Zielvereinbarung	Standardbehandlung	signifikante weniger Anträge für Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit (IG:4,8%; KG:6,9%; $p < 0,05$) im Zeitraum 6-12 Monate nach Interventionsbeginn; nur für einen der 4 Staaten zeigt sich im Zeitraum 6-12 Monate nach Interventionsbeginn ein signifikant geringerer Anteil an nicht erwerbstätigen Personen (IG:2,0%; KG:6,6%; $p = 0,02$). Für die durchschnittlichen Arbeitsstunden zeigten sich keine entsprechenden signifikanten Ergebnisse, dem entgegen wies hier in einem Staat die Kontrollgruppe signifikant mehr Arbeitsstunden auf (IG:128,5; KG:159,9; $p < 0,01$)
Poulsen et al. [10]	Koordination und Leistungserbringung	nein/keine Angabe	Implementierung von multidisziplinären RTW-Teams auf Ebene der Kommunen, Betonung einer engen Zusammenarbeit im Team und mit externen Stakeholdern, Einführung standardisierter Assessments der Arbeitsfähigkeit sowie von Verfahrensabläufen im RTW-Prozess, 3-wöchige Schulung für die RTW-Teams zur Vorgehensweise im Konzept, Durchführung von Maßnahmen wie z. B. Arbeitsplatzbesuche, Arbeitsplatztraining, psychoedukativen Angeboten etc.	Standard-Fallmanagement beinhaltet Assessment nach 8 Wochen Arbeitsunfähigkeit durch municipal benefit office, keine obere Grenze für den Caseload	Hazard ratio für Beendigung der Arbeitsunfähigkeit in der Interventionsgruppe innerhalb einem Zeitraum von 52 Wochen: Kommune 1: HR:1,12, p :nicht signifikant; Kommune 2: HR:1,51, p :signifikant; Kommune 3: HR:0,8, p :nicht signifikant

Scholz et al. [4]	Koordination	nein, aber Besuche der Patienten der Arbeitgeber und der Leistungserbringer	intensive individuelle Unterstützung durch speziell geschulte Case Manager, Fallmanagement nach dem Regelkreis inkl. persönlicher Kontakte mit dem Versicherten auch außerhalb der Geschäftsstelle, dem Arbeitgeber und den Leistungserbringern	Standard-Case Management mit einem Caseload von 1:100, Unterstützung bezieht sich auf den Umgang mit akuten Notfällen sowie der Förderung der beruflichen Wiedereingliederung, Ziel ist die Ermittlung und Erfüllung des Reha-Bedarfs, ohne direkten und individuellen Kontakt mit dem Versicherten	keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Arbeitsunfähigkeitstage im 6-Jahres-Follow-up-Zeitraum (IG: 473, KG: 466; p=0,44); keine signifikanten Unterschiede im Anteil an Beziehern von Erwerbsunfähigkeits-/Invalidenrente (IG: 21,3%, KG: 20,1%, p=0,16) 6 Jahre nach dem Unfall
Schultz et al. [3]	Koordination	nein/keine Angabe	Stärkung der Interaktion zwischen allen Stakeholdern (zuständiger Arzt, Betrieb, Leistungserbringer, etc.), Intervention zur Förderung der positiven Einstellung und Minimierung der Barrieren des Betroffenen, Förderung der Fähigkeiten des Betroffenen insbesondere der berufsbezogenen Fähigkeiten Arbeitsplatzbesuche, flexibler Ansatz (bezüglich Ablauf, Anzahl und Form an Interventionen)	Standardbehandlung, Bestandteile wie bei Interventionsgruppe jedoch erbracht im festen Ansatz (standardisiert bezüglich Ablauf und Interventionen)	keine signifikanten Unterschiede in der beruflichen Wiedereingliederung 12 Monate nach Interventionsbeginn (IG:18%; KG:14%; p=0,14); keine signifikanten Unterschiede in den Arbeitsunfähigkeitstagen innerhalb von 12 Monaten nach Interventionsbeginn (IG:86; KG:108; p=0,13)
Selander et al. [43]	Koordination	ja, ausdrücklich in der gesamten Vorgehensweise	Case Management speziell auf die Stärken, Ressourcen und das Empowerment ausgerichtet, enge Beziehung zwischen Betroffenen und Case Manager, Betroffener wird in alle Entscheidungen einbezogen	entfällt siehe Studiendesign	entfällt siehe Studiendesign
Shrey et al. [44]	Koordination und Leistungserbringung	nein/keine Angabe	Durchführung von Assessment auf verschiedenen Ebenen (berufliche, medizinisch, psychosozial, Leistungsfähigkeit,...), Berufsberatung, Bewerbungstraining, Aufklärung und Beratung zu staatlichen Leistungen, Sozialberatung, Netzwerkarbeit mit potenziellen Arbeitgebern, Vermittlung an Arbeitsstellen	entfällt siehe Studiendesign	entfällt siehe Studiendesign

Smedley et al. [45]	Koordination und Leistungserbringung (Physiotherapie, physikalische Therapie)	nein/keine Angabe	Durchführung von Assessments, Erarbeitung von abgestuften Zielen, Anleitung zu Training mit dem Ziel der Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit, Einsatz von Techniken des Motivational Interviewing, Vermittlung von therapeutischen und medizinischen Maßnahmen, Verbesserung der Kommunikation zwischen Vorgesetzter, Betriebsarzt und Personalmanagement	Vorgehen in benachbartem Krankenhaus ohne aktives Case Management	signifikant unterschiedliche Veränderungen des Anteils an Arbeitnehmern mit Arbeitsunfähigkeitszeiten zwischen 4 und 8 Wochen über die Jahre 2008-2010 (IG:51,7 auf 45,9%; KG:51,2 auf 56,1%; p<0,05)
Wendt et al. [46]	Koordination	nein/keine Angabe	Fehltagemanagement und frühzeitige Einbeziehung aller Stakeholder (Arbeitgeber, Arbeitnehmer, Betriebsarzt, behandelnder Arzt, Vorgesetzter, Personalmanagement) zur zeitnahen Einleitung medizinische und therapeutischer Maßnahmen, bei Arbeitsunfähigkeitszeiten über 80 Stunden Durchführung eines Assessments inwieweit die Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt ist	Vorgehen vor Einführung des Disability Managements	Senkung bzw. Anstieg der Arbeitsunfähigkeitsepisoden je 100 Beschäftigte von 2002-2008 von 37,4 auf 25,7 Tage bei gewerblichen Mitarbeitern und von 9,7 auf 13,1 für Angestellte (exakter Signifikanzwert nicht angegeben), Senkung der Arbeitsunfähigkeitstage je Beschäftigter von 7,4 auf 5,2 (p<0,01) für gewerbliche Mitarbeiter und für Angestellte von 2,6 auf 2,7 (p=0,19), Arbeitsunfähigkeitstage je Beschäftigter sinken von 5,4 auf 4,2 (p<0,01)

Anhang 3: Fragebogen zur Trägerbefragung

Anlage zum Rundschreiben vom 3. Februar 2016 (Aktenzeichen: 0420/00-40-64-50-49)



Projekt: „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“ Befragung der Träger der Deutschen Rentenversicherung

Wenn bei Versicherten ein besonderer Bedarf an Unterstützung besteht, können Ansätze aus dem Fallmanagement zu einer besseren Erreichung der Teilhabeziele beitragen¹. Derzeit werden solche Fälle häufig von der Reha(fach)beratung betreut, z. T. werden auch der Firmenservice (z. B. betriebliches Eingliederungsmanagement) oder andere Mitarbeiter der Träger (z. B. im Rahmen von Modellprojekten) aktiv.

Ziel dieser Befragung ist eine trägerübergreifende Bestandsaufnahme von existierenden Ansätzen und Konzepten des Fallmanagements, um daraus Empfehlungen für ein in der Rentenversicherung einsetzbares Fallmanagement-Konzept abzuleiten. Dieses soll für eine ausgewählte Gruppe an Versicherten mit besonderem Bedarf an Unterstützung zum Einsatz kommen, deren Hilfen systematisch geplant und die längerfristig begleitet werden müssen.

Der vorliegende Fragebogen erfragt daher einerseits Informationen zur aktuellen Praxis der Reha(fach)beratung. Andererseits werden bereits vorhandene darüber hinaus gehende Konzepte oder Modellprojekte, die Ansätze aus dem Fallmanagement enthalten, erhoben.

Zusätzlich sollen mit einigen Trägern vertiefende Experteninterviews durchgeführt werden. Daher bitten wir Sie um die Angabe von Kontaktdaten für eventuelle Rückfragen bzw. entsprechende Interviews.

Bitte füllen Sie den Fragebogen elektronisch aus!

Die entsprechende Word-Datei kann aus dem ISRV heruntergeladen oder unter der Telefonnummer 030-865-39336 angefordert werden. Falls Sie eine neuere Word-Version verwenden, fordern Sie bitte die entsprechende Datei bei uns an.

¹ Aus Gründen der Vereinfachung wird im folgenden Text die männliche Form verwendet.

Anlage zum Rundschreiben vom 3. Februar 2016 (Aktenzeichen: 0420/00-40-64-50-49)

1. Allgemeine Angaben

1.1	Bitte nennen Sie den RV-Träger, für den Sie die folgenden Angaben machen:
1.2	Bitte geben Sie den Namen und die Kontaktdaten der Person(en) an, an die Rückfragen zum Fragebogen gestellt werden können:
	Name: Position: Telefon: E-Mail:
	Name: Position: Telefon: E-Mail:
1.3	Weitere relevante Ansprechpartner (z.B. zu entsprechenden Fallmanagement-Modell-Projekten):
	Name: Position: Telefon: E-Mail:
	Name: Position: Telefon: E-Mail:

2. Praxis der Reha(fach)beratung

2.1	Zu welchem Zeitpunkt, über welche Zugangswege und aus welchen Gründen gelangen die Versicherten in Ihrem Haus zur Reha(fach)beratung?

Anlage zum Rundschreiben vom 3. Februar 2016 (Aktenzeichen: 0420/00-40-64-50-49)

2.2	Welche Aufgaben übernimmt die Reha(fach)beratung in Ihrem Haus?	
2.3	Über welche Qualifikationen verfügen Reha(fach)berater in Ihrem Haus (z.B. welche Ausbildung, Studium, Zusatzqualifikationen)?	
2.4	Wie viele Mitarbeiter sind in Ihrem Haus als Reha(fach)berater beschäftigt?	
	Personen	
2.5	Über welche Entscheidungskompetenz verfügen Reha(fach)berater in Ihrem Haus?	
	1 <input type="checkbox"/>	Berater können Leistungen empfehlen, aber nicht genehmigen
	2 <input type="checkbox"/>	Berater können bestimmte Leistungsgruppen selbstständig genehmigen Bitte geben Sie an welche:
	3 <input type="checkbox"/>	Berater können die notwendigen Leistungen weitgehend selbstständig genehmigen

Anlage zum Rundschreiben vom 3. Februar 2016 (Aktenzeichen: 0420/00-40-64-50-49)

3. Umsetzung von Fallmanagement

3.1		Liegen bei Ihnen im Haus Fallmanagement-Konzepte für die Begleitung von Versicherten mit besonderem Bedarf vor, die über die übliche Betreuung im Rahmen der Reha(fach)beratung hinausgehen? (Dazu zählen auch Modellprojekte bzw. konzeptionelle Überlegungen) (zur Definition von Fallmanagement siehe unterstrichene Passagen auf S.1)	
<input type="checkbox"/>	1	nein	→ weiter mit Frage 4.1
<input type="checkbox"/>	2	ja	→ weiter mit Frage 3.2
3.2		In welchem Umfang bzw. in welcher Form existieren in Ihrem Haus bereits Überlegungen zum Fallmanagement? Sofern unterschiedliche Projekte bzw. Vorgehensweisen existieren, bitten wir um kurze Erläuterung (betrifft die Fragen 3.4 bis 3.16.).	
<input type="checkbox"/>	1	als konzeptioneller Ansatz, aber noch nicht umgesetzt	
<input type="checkbox"/>	2	als umgesetzte(s) Modellprojekt(e) → Bitte nennen Sie den/die Projekt(namen): 1. 2. 3. Bitte legen Sie – sofern vorhanden – entsprechende Materialien zu den Projekten bei.	
<input type="checkbox"/>	3	in der Routine eingesetzt	
3.3		Was sind in Ihrem Hause die <u>drei wichtigsten Kriterien</u> , nach denen Versicherte dem Fallmanagement zugewiesen werden?	
<input type="checkbox"/>	1	bei schwerwiegender körperlicher Erkrankungssituation	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2	bei schwerwiegender psychischer Erkrankungssituation	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3	bei gleichzeitigem Auftreten von somatischen und psychischen Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4	bei Multimorbidität	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5	andere und zwar folgende:	
<input type="checkbox"/>	6	wenn angesichts der Erkrankungssituation die bisherige Arbeitstätigkeit nicht mehr ausgeübt werden kann	
<input type="checkbox"/>	7	wenn Leistungen von mehreren Leistungsträgern erbracht werden	
<input type="checkbox"/>	8	bei schwieriger sozialer Situation (z.B. Schulden, familiäre Probleme)	
<input type="checkbox"/>	9	bei BEM-Fällen (z.B. via Firmenservice)	

Anlage zum Rundschreiben vom 3. Februar 2016 (Aktenzeichen: 0420/00-40-64-50-49)

3.4	Zu welchem Zeitpunkt erfolgt in Ihrem Hause die Identifikation von Versicherten für das Fallmanagement (z.B. bei Antragstellung, während oder nach einer Leistung zur Teilhabe oder Erwerbsminderungsrente)?	
3.5	Werden in Ihrem Haus spezielle Instrumente (z.B. Screeningverfahren, Profilvergleichsverfahren) zur <u>Identifikation</u> von Versicherten für das Fallmanagement eingesetzt?	
	1 <input type="checkbox"/>	nein
	2 <input type="checkbox"/>	ja
	Falls ja, welche Instrumente:	
3.6	Werden in Ihrem Haus spezielle Instrumente (z.B. Assessmentverfahren, Teilhabe-/Reha-Plan) zur <u>Bedarfsermittlung und Leistungsplanung</u> bei Versicherten im Fallmanagement eingesetzt?	
	1 <input type="checkbox"/>	nein
	2 <input type="checkbox"/>	ja
	Falls ja, welche Instrumente:	
3.7	Wer übernimmt in Ihrem Haus die individuelle Betreuung von Versicherten im Fallmanagement? (Mehrfachnennung möglich)	
	1 <input type="checkbox"/>	Reha(fach)berater
	2 <input type="checkbox"/>	Sozialmedizinischer Dienst
	3 <input type="checkbox"/>	Sachbearbeiter
	4 <input type="checkbox"/>	sonstige:

Anlage zum Rundschreiben vom 3. Februar 2016 (Aktenzeichen: 0420/00-40-64-50-49)

3.8		Verfügen diese Mitarbeiter („Fallmanager“) im Vergleich zu den Mitarbeitern der Reha-(fach)beratung über spezielle Zusatzqualifikationen?
1	<input type="checkbox"/>	nein
2	<input type="checkbox"/>	ja
<p>Falls ja, über welche:</p>		
3.9		Über welche Entscheidungskompetenz verfügen Fallmanager in Ihrem Haus?
1	<input type="checkbox"/>	Fallmanager können Leistungen empfehlen, aber nicht genehmigen
2	<input type="checkbox"/>	Fallmanager können bestimmte Leistungsgruppen selbstständig genehmigen Bitte geben Sie an welche:
3	<input type="checkbox"/>	Fallmanager können die notwendigen Leistungen weitgehend selbstständig genehmigen
3.10		Werden Versicherte im Fallmanagement über die gesamte Falldauer hinweg in der Regel durch denselben Fallmanager betreut?
1	<input type="checkbox"/>	nein
2	<input type="checkbox"/>	ja
3.11		Werden in Ihrem Haus externe Dienstleister mit der Begleitung von Versicherten mit besonderem Bedarf beauftragt (z.B. Integrationsfachdienste, Beratungsstellen, private Anbieter o.ä.)?
1	<input type="checkbox"/>	nein
2	<input type="checkbox"/>	ja
<p>Falls ja, welche und wie erfolgt die Zusammenarbeit:</p>		

Anlage zum Rundschreiben vom 3. Februar 2016 (Aktenzeichen: 0420/00-40-64-50-49)

3.12		Welche weiteren Akteure werden in der Regel in Ihrem Haus in das Fallmanagement einbezogen? (Mehrfachnennung möglich)	
<input type="checkbox"/>	1	medizinische Rehabilitationseinrichtung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2	berufliche Rehabilitationseinrichtung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3	behandelnder Arzt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4	Betriebsarzt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5	sonstige:	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9		<input type="checkbox"/>
3.13		Erfolgt eine systematische <u>Falldokumentation</u> bei Versicherten im Fallmanagement?	
<input type="checkbox"/>	1	nein	
<input type="checkbox"/>	2	ja	
<p>Falls ja, in welcher Form (bitte legen Sie – sofern vorhanden – eine Beispieldokumentation bei):</p>			
3.14		Werden in Ihrem Haus auf Einzelfallebene Maßnahmen zur <u>Qualitätssicherung</u> im Rahmen des Fallmanagements durchgeführt?	
<input type="checkbox"/>	1	nein	
<input type="checkbox"/>	2	ja	
<p>Falls ja, in welcher Form:</p>			

Anlage zum Rundschreiben vom 3. Februar 2016 (Aktenzeichen: 0420/00-40-64-50-49)

3.15	Welche Veränderungen mussten in der Vergangenheit zur Umsetzung des Fallmanagements in Ihrem Hause bezüglich Strukturen, Prozesse etc. vorgenommen werden? <u>Bitte nur beantworten</u> , wenn Sie bereits Ansätze des Fallmanagements umgesetzt haben bzw. aktuell umsetzen.
3.16	Welche Veränderungen sollten zukünftig umgesetzt werden, um das Fallmanagement in Ihrem Haus (weiter) zu etablieren?

4. Perspektivische Überlegungen zum Fallmanagement

4.1	Bitte schätzen Sie ein, wieviel Prozent der Versicherten mit medizinischer Rehabilitation, mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder mit Antrag auf Erwerbsminderungsrente für ein Fallmanagement in Frage kommen. Bitte geben Sie zu allen drei Personengruppen eine Einschätzung ab.
	<p style="text-align: center;">% der Versicherten mit medizinischer Reha</p> <p style="text-align: center;">% der Versicherten mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben</p> <p style="text-align: center;">% der Versicherten mit Antrag auf Erwerbsminderungsrente</p>

Anlage zum Rundschreiben vom 3. Februar 2016 (Aktenzeichen: 0420/00-40-64-50-49)

4.2	Was sind aus Ihrer Sicht die drei wichtigsten Zielgruppen für das Fallmanagement?
	1. 2. 3.
4.3	Welchen Nutzen erwarten Sie durch die Einführung von Fallmanagement in Ihrem Haus?
4.4	Welche Barrieren, die die Realisierung von Fallmanagement in Ihrem Haus erschweren, bestehen aus Ihrer Sicht?
4.5	Welche Anregungen für eine bessere Betreuung von Versicherten mit besonderem Unterstützungsbedarf haben Sie noch?

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Anhang 4: Expertenworkshops

Erster Expertenworkshop im Projekt „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“

28.06.16 – 29.06.16

Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung

an der Universität Ulm (IFR Ulm)

im Auftrag der

Deutschen Rentenversicherung Bund

Verlauf und Zusammenfassung der Ergebnisse

28.06.2016 – Erster Expertenworkshop Tag 1

1.1 Begrüßung der Workshopteilnehmer

Zu Beginn des Workshops wurden die teilnehmenden Experten durch Dr. Susanne Weinbrenner (Leitung des Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation DRV Bund), Dr. Buschmann-Steinhage (Projektleiter des Auftraggeber) und Prof. Dr. Edwin Toepler, in Vertretung des Projektleiters auf Auftragnehmerseite Dr. Rainer Kaluscha, begrüßt. Im Rahmen der Begrüßung wurde die Wichtigkeit des Projektes insbesondere in Hinblick auf die Themen demografischer Wandel und Fachkräftemangel betont. Zudem wurden die Projektteammitglieder und deren Funktion vorgestellt.

1.2 Präsentation zur Definition und Abgrenzung von Reha(fach)-beratung – Fallmanagement – Case Management

Aufgrund der in der Bestandsaufnahme deutlich gewordenen teils großen Unterschiede im Verständnis der Begriffe Reha(fach)beratung, Fallmanagement und Case Management zwischen den Rentenversicherungsträgern startete der Workshop mit einer Präsentation von Prof. Dr. Peter Löcherbach zur Definition und Abgrenzung dieser Begriffe. Hier wurde zunächst die in der Praxis teils unterschiedliche Verwendung dieser Begriffe anhand verschiedener Definitionen aufgezeigt. Darauf aufbauend wurde ein Vorschlag zur Abgrenzung der Begriffe entlang der Ebenen „fallunspezifisches Vorgehen“, „fallspezifisches Vorgehen“, „Organisation“ und „Netzwerk“ vorgestellt.

1.3 Präsentation zu den Ergebnissen der Bestandsaufnahme

Im Anschluss an diese Präsentation wurden von Lucia Schmid die Ergebnisse der Bestandsaufnahme des Projektes präsentiert. Sowohl im Rahmen der systematischen Literaturrecherche als auch der Trägerbefragung zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den vorliegenden Konzepten.

1.4 World-Café

Im Weiteren erfolgte die Diskussion der Ergebnisse der Bestandsaufnahme organisiert als World-Café in fünf Runden. Diskutiert wurde entlang der folgenden Themen und Leitfragen:

- Thema 1: Zugang ins Fallmanagement (Indikationen und Kriterien der Fallerkennung)

- Wodurch zeichnen sich Versicherte mit besonderem Bedarf bzw. Bedarf an Fallmanagement aus?
- Auf welche Weise können diese Versicherten identifiziert werden?
- Thema 2: Fallbezogene Vorgehensweise, Bedarfsfeststellung und Teilhabeplanung
 - Wie gestaltet sich aktuell der Kontakt (Häufigkeit, Zeitpunkte, Inhalte) mit Versicherten im Rehabilitationsprozess, insbesondere dann, wenn ein besonderer Bedarf besteht?
 - Wie können die Kontakte mit Versicherten mit besonderem Bedarf stärker im Sinne eines Fallmanagements gestaltet werden?
- Thema 3: Fallbezogene Zusammenarbeit mit anderen Trägern und Leistungserbringern
 - Welche fallbezogenen Kontakte sind in der Zusammenarbeit mit anderen Trägern und Leistungserbringern bereits gängige Praxis?
 - Welche fördernden und hemmenden Bedingungen treten in der Zusammenarbeit mit anderen Trägern und Leistungserbringern auf?
- Thema 4: Regionale Gestaltungsspielräume und Herausforderungen
 - Wie wirken sich regionale Strukturen (Bevölkerungsdichte, Infrastruktur, Versorgungsangebote usw.) auf die Möglichkeit zur Durchführung eines Fallmanagements aus?
 - Welche Rahmenbedingungen sind diesbezüglich von einem bundesweit angelegten Fallmanagementkonzept zu berücksichtigen, um die notwendige Akzeptanz zu erlangen?
- Thema 5: Organisationsinterne Fallmanagementstrukturen und -prozesse der Rentenversicherung
 - Welche fördernden und hemmenden Faktoren existieren bezüglich der internen Strukturen und Prozesse?
 - Welche Lösungsansätze zur Überwindung von organisationsinternen Barrieren bei der Implementierung sind denkbar?

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Diskussionen im Rahmen des World-Cafés zusammenfassend dargestellt.

Themengebiet 1

<p>Ergebnisse des World-Café</p> <p>1. Zugang ins Fallmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> – Wodurch zeichnen sich Versicherte mit besonderem Bedarf bzw. Bedarf an Fallmanagement aus? – Auf welche Weise können Versicherte mit Bedarf an Fallmanagement identifiziert werden? <p>Zugangswege:</p> <p style="text-align: center;">medizinische Rehabilitation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikation von besonderen beruflichen Problemlagen (MBOR-Screening) + trägerübergreifender Bedarf + soziale Problemlagen <p><small>Expertenworkshop zur Bestandsaufnahme im Projekt „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“ L. Schmid 3</small></p>	<p>Ergebnisse des World-Café</p> <p>1. Zugang ins Fallmanagement</p> <p style="text-align: center;">medizinische Rehabilitation</p> <ul style="list-style-type: none"> • ergänzend zu einer erkrankungsübergreifenden Vorgehensweise - Prüfung von Versicherten mit spezifischen Erkrankungen oder Problemlagen, bei denen häufig erhöhter Bedarf vorliegt (z.B. bei neurologischen Erkrankungen, privaten Unfällen,...) • Entlassungsbericht: <ul style="list-style-type: none"> – bestimmte Merkmale (positives und negatives Leistungsbild) – Hinweis Fallmanagement angezeigt – persönliches Gespräch in der Einrichtung <p><small>Expertenworkshop zur Bestandsaufnahme im Projekt „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“ L. Schmid 4</small></p>
<p>Ergebnisse des World-Café</p> <p>1. Zugang ins Fallmanagement</p> <p style="text-align: center;">Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben</p> <ul style="list-style-type: none"> • wenn dem Grunde nach bewilligt – persönliches Gespräch mit dem Reha(fach)berater • in diesem Rahmen detaillierteres Screening (nach beruflichen, gesundheitlichen, sozialen Problemen, trägerübergreifendem Bedarf) <p style="text-align: center;">weitere Zielgruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> • EM-Antragssteller • Versicherte mit stufenweiser Wiedereingliederung <p><small>Expertenworkshop zur Bestandsaufnahme im Projekt „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“ L. Schmid 5</small></p>	<p>Ergebnisse des World-Café</p> <p>1. Zugang ins Fallmanagement</p> <p>Ausschlussgründe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • schlechte Motivation wobei Motivation kann in der Beratung auch entwickelt werden • Langzeitarbeitslosigkeit wobei nicht jeder Langzeitarbeitslose ist zwangsläufig verloren <p>Übergreifend:</p> <ul style="list-style-type: none"> • unterschiedliches Verständnis von Fallmanagement nimmt Einfluss auf die Zielgruppendefinition <p><small>Expertenworkshop zur Bestandsaufnahme im Projekt „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“ L. Schmid 6</small></p>

In den zu Themengebiet 1 „Zugang ins Fallmanagement“ geführten Diskussionen wurde primär der Zugang über die medizinische Rehabilitation sowie über LTA diskutiert. Bei Versicherten in der medizinischen Rehabilitation wurden als Kriterien für ein Fallmanagement ein positives MBOR-Screening, bestehender trägerübergreifender Bedarf sowie soziale Problemlagen genannt. Ergänzend zu diesen erkrankungsübergreifenden Kriterien, wurde es von einigen Teilnehmern als sinnvoll erachtet, zusätzlich Versicherte mit spezifischen Erkrankungen oder Problemlagen hinsichtlich ihres Fallmanagementbedarfs zu prüfen. Eine wichtige Informationsquelle für einen Fallmanagementbedarf stellt für die Träger der Entlassungsbericht aus der medizinischen Rehabilitation dar. Im Bereich der LTA berichtete ein Träger aus der eigenen Praxis. Hier ist der Zugang an die Bewilligung einer LTA dem Grunde nach sowie an das Auftreten zusätzlicher sozialer, gesundheitlicher und/oder beruflicher Problemlagen gebunden. Zudem wird auch für LTA-Fälle ein trägerübergreifender Bedarf an Leistungen als Kriterium angesehen. Kontrovers diskutiert wurden als mögliche Ausschlussgründe für Fallmanagement mangelnde Motivation des Versicherten sowie Langzeitarbeitslosigkeit. Insgesamt wurde in den Diskussionen nochmals das deutlich unterschiedliche Verständnis der Träger von Fallmanagement deutlich.

Themengebiet 2

Ergebnisse des World-Café

2. Fallbezogene Vorgehensweise, Bedarfsfeststellung und Teilhabeplanung

- Wie gestaltet sich aktuell der Kontakt (Häufigkeit, Zeitpunkte, Inhalte) mit Versicherten im Rehabilitationsprozess, insbesondere dann wenn ein besonderer Bedarf besteht?
- Wie können die Kontakte bei Versicherten mit besonderem Bedarf stärker im Sinne eines Fallmanagements gestaltet werden?

Unterschiedliche Kernprozesse in der fallbezogenen Vorgehensweise

- Information
- Beratung
- Begleitung
- Koordination (fallbezogen)

Expertenworkshop zur Bestandsaufnahme im Projekt „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“ P. Löcherbach 7

Ergebnisse des World-Café

2. Fallbezogene Vorgehensweise, Bedarfsfeststellung und Teilhabeplanung

Expertenworkshop zur Bestandsaufnahme im Projekt „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“ P. Löcherbach 8

Ergebnisse des World-Café

2. Fallbezogene Vorgehensweise, Bedarfsfeststellung und Teilhabeplanung

Rolle des Beraters

Expertenworkshop zur Bestandsaufnahme im Projekt „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“ P. Löcherbach 9

Ergebnisse des World-Café

2. Fallbezogene Vorgehensweise, Bedarfsfeststellung und Teilhabeplanung

Inhaltliche Anforderungen zur Bedarfserkennung

- sensibel für Abweichungen sein
- Kontextfaktoren einbeziehen
- RTW „umfassend“ begreifen

Methodische Anforderungen zur Bedarfserkennung

- dialogische Gesprächsführung
- Nutzung von Assessmenttools

Expertenworkshop zur Bestandsaufnahme im Projekt „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“ P. Löcherbach 10

Ergebnisse des World-Café

2. Fallbezogene Vorgehensweise, Bedarfsfeststellung und Teilhabeplanung

Diskussionspunkte

- Wie weit geht der Auftrag?
- Welcher personelle Aufwand für eine intensive Fallbegleitung ist umsetzbar?
- Welcher personelle Aufwand für eine intensive Fallbegleitung ist gerechtfertigt?
- Welcher personelle Aufwand für eine intensive Fallbegleitung ist notwendig?
- Wie kann prozedurale Fairness gesichert werden?

Expertenworkshop zur Bestandsaufnahme im Projekt „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“ P. Löcherbach 11

Als erstes zentrales Ergebnis der Diskussionen zu Themengebiet 2 „Fallbezogene Vorgehensweise, Bedarfsfeststellung und Teilhabeplanung“ kann die Notwendigkeit eines gemeinsamen fachlichen Verständnisses von Reha(fach)beratung konstatiert werden. Das umfasst insbesondere die Frage nach Art und Weise der Begleitung im Sinne einer fachlichen Betreuung. Betreuung sollte nicht verstanden werden als „freundschaftliche“ und „kumpelhafte“ Begleitung, sondern als professionelle und gezielte Unterstützung, die die Eigenaktivitäten des Rehabilitanden anregt. Die Beratung sollte aber auch nicht manipulativ

gestaltet werden, indem z. B. der Reha(fach)berater dem Versicherten (Standard-) Vorschläge unterbreitet, ohne die Situation hinreichend zu kennen oder die Wünsche und Sichtweisen des Versicherten einzubeziehen. Eine angemessene Vorgehensweise wurde von den Teilnehmern wie folgt skizziert: Das Erstgespräch zwischen Berater und Rehabilitand dient als Weichenstellung für die Ermittlung der erforderlichen Intensität der Begleitung (Identifikation von Fallkonstellationen, die eine intensive Begleitung benötigen). Dazu ist es notwendig, dass die Reha(fach)beratung die erforderlichen Bedarfe (unter Einbeziehung der Kontextfaktoren) erkennt und einer ausführlichen Analyse (Assessment) unterzieht. Auf dieser Basis erfolgt ein Eingliederungsvorschlag oder eine umfassende Teilhabeplanung (bei intensiven Fallbegleitungen). Die weitere, steuernde Begleitung des Verlaufes erfolgt durch Monitoring (manchmal auch Fach-Controlling genannt). Sollte eine kooperative Leistungserbringung notwendig sein, ist die Nutzung von Netzwerken angezeigt. Die Experten wiesen in diesem Zusammenhang auf die Beachtung von Datenschutzerfordernissen hin.

Von den Teilnehmern wurden zudem folgende weitere Hinweise erarbeitet:

- Die Reha(fach)beratung hat bei intensiven Fallbegleitungen eine Lotsenfunktion, d. h. sie stellt dem Rehabilitanden qualifizierte Auswahlkriterien für die Vielfalt von (Behandlungs-)Möglichkeiten zur Verfügung.
- Fallmanagement ist nicht nur im Kontext von LTA anzusiedeln, sondern im gesamten Return-to-work-/Reha-Prozess.
- Reha(fach)berater benötigen für ein Fallmanagement eine spezifische Beratungs- und Netzwerkkompetenz, die durch eine entsprechende Qualifikation sichergestellt werden soll. Diese umfasst neben Wissen und Können insbesondere eine adressatenorientierte Haltung.
- Die Frage des persönlichen Aufwandes ist daher zu koppeln an die Notwendigkeit, die sich aus der Bedarfsfeststellung ergibt: Eine angemessene, fachlich begründete, individuelle Begleitung (mit unterschiedlichen Intensitätsstufen) hängt von der Fallkonstellation ab. Ab wann ein Fallmanagement im Einzelfall notwendig wird, sollte anhand von noch zu entwickelten Kriterien entschieden werden.

Themengebiet 3

Ergebnisse des World-Café

3. Fallbezogene Zusammenarbeit mit anderen Trägern und Leistungserbringern + andere Akteure, z. B. Arbeitgeber

– Welche fallbezogenen Kontakte sind in der Zusammenarbeit mit anderen Trägern und Leistungserbringern bereits gängige Praxis?

- Zusammenarbeit mit Leistungserbringern
 - BföM, IFD, BTZ, freie Bildungsträger, Reha-Kliniken usw. funktioniert im Regelfall
 - wegen klaren Aufgaben, Kriterien, Arbeitsanweisungen
- Andere Kooperationspartner:
 - Beratungsstellen, sozialpsychiatrische Dienste
 - Kommunen, Landkreise
 - Betriebsärzte, Umschulungsbetriebe
 - Kooperation unregelt, aber wichtig

Expertenworkshop zur Bestandsaufnahme im Projekt „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“ N. Gödecker-Geenen 12

Ergebnisse des World-Café

3. Fallbezogene Zusammenarbeit mit anderen Trägern und Leistungserbringern + andere Akteure, z. B. Arbeitgeber

– Welche fallbezogenen Kontakte sind in der Zusammenarbeit mit anderen Trägern und Leistungserbringern bereits gängige Praxis?

- Zusammenarbeit mit Leistungsträgern
 - regional sehr unterschiedlich
 - z. T. limitiert durch fiskalische Interessen
 - z. T. bestehen Kooperationsvereinbarungen
- Anregung zur Kooperation
 - Netzwerk (wird gelebt über Einzelfallkonferenzen, z. B. Kooperationsvereinbarung RV, BA, Städtetag 2014)
 - abgestimmte Versorgungsketten für bestimmter Gruppen (z. B. psych. Kranke)
 - auch auf Anregung des Firmenservice
 - Beispiel Ba-Wü: gemeinsame Service-Stelle organisiert „Runde Tische“

Expertenworkshop zur Bestandsaufnahme im Projekt „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“ N. Gödecker-Geenen 13

Ergebnisse des World-Café

3. Fallbezogene Zusammenarbeit mit anderen Trägern und Leistungserbringern + andere Akteure, z. B. Arbeitgeber

– Welche fördernden und hemmenden Bedingungen treten in der Zusammenarbeit mit anderen Trägern und Leistungserbringern auf?

- Förderfaktoren
 - vereinbarte Kommunikationsstrukturen (Unterstützung durch Leitungsebene, regelmäßiger Austausch auf Arbeitsebene, BEM-Vereinbarung)
 - gemeinsames Verständnis über Reha-Ziele und Kontextfaktoren
 - vertrauensvolle Zusammenarbeit
- Hindernisse
 - personelle Ressourcen (begrenzt, Fluktuation, Zeitaufwand)
 - Datenschutz
 - rechtlicher Rahmen (Abgrenzung von Zuständigkeiten)
 - Leistungsverbot BA

Expertenworkshop zur Bestandsaufnahme im Projekt „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“ N. Gödecker-Geenen 14

In den Diskussionen zu Themengebiet 3 „Fallbezogene Zusammenarbeit mit anderen Trägern und Leistungserbringern“ berichteten die Teilnehmer zunächst von der in der Regel aufgrund von klaren Absprachen guten Zusammenarbeit mit Leistungserbringern, wie beispielsweise den Rehabilitationseinrichtungen oder dem Integrationsfachdienst. Weniger klar geregelt ist hingegen die Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern, die nicht originär dem Bereich der Rehabilitation zuzuordnen sind. Hierzu gehören unter anderem Beratungsstellen, Kommunen oder Betriebe. Regional sehr unterschiedlich und nur teilweise über Kooperationsvereinbarungen geregelt ist die Zusammenarbeit mit anderen Leistungsträgern. Die Zusammenarbeit ist hier häufig von fiskalischen Interessen und Zuständigkeitsfragen geprägt. Bezüglich der Zusammenarbeit mit anderen Leistungsträgern regen die Teilnehmer den Netzwerkaufbau sowie die Abstimmung von Versorgungsketten an, wie sie unter anderem für psychisch Kranke existieren. Als Hindernisse für die Zusammenarbeit werden die begrenzten personellen Ressourcen, rechtliche und datenschutzrechtliche Aspekte, die Abgrenzung von Zuständigkeiten sowie das bestehende Leistungsverbot der Agentur für Arbeit während der Durchführung von LTA zu Lasten der Rentenversicherung gesehen. Förderlich erscheinen die Vereinbarung von klaren

Kommunikationsstrukturen, ein gemeinsames Verständnis der Rehabilitationsziele und der Bedeutung von Kontextfaktoren sowie der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses.

Themengebiet 4

The image shows two identical presentation slides side-by-side. Each slide has a header with the logo of the 'Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung' (if) and the title 'Ergebnisse des World-Café'. The main content is under the heading '4. Regionale Gestaltungsspielräume und Herausforderungen'. The left slide contains a list of questions and a detailed list of bullet points. The right slide contains a list of bullet points and a strategic goal statement. Both slides have a footer with the text 'Expertenworkshop zur Bestandsaufnahme im Projekt „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“', the name 'C. Rexrodt', and the slide number (15 on the left, 16 on the right).

Ergebnisse des World-Café

4. Regionale Gestaltungsspielräume und Herausforderungen

- Wie wirken sich regionale Strukturen (Bevölkerungsdichte, Infrastruktur, Versorgungsangebote...) auf die Möglichkeit zur Durchführung eines Fallmanagements aus?
- Welche Rahmenbedingungen sind diesbezüglich von einem bundesweit angelegten Fallmanagementkonzept zu berücksichtigen, um die notwendige Akzeptanz zu erlangen?

Der Faktor Mensch und seine Mentalität überlagert die regionalen Besonderheiten
Das Konzept

- ... muss Rahmenbedingungen der Regionen berücksichtigen, es darf keine Qualitätsunterschiede im FM zwischen Stadt-Land geben
- ...muss flexible Instrumente zur Bedarfsdeckung beinhalten, z.B. Fahrtkostenbudget ...
- ...muss als Rahmenkonzept angelegt werden und regionale Gestaltungsspielräume ermöglichen
- ...sollte die Nutzung neuer Medien und Kommunikationswege empfehlen

Expertenworkshop zur Bestandsaufnahme im Projekt „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“ C. Rexrodt 15

Ergebnisse des World-Café

4. Regionale Gestaltungsspielräume und Herausforderungen

Initiative „Netzwerke sparen Kilometer“

- informelle, persönliche regionale Netzwerke gilt es zu institutionalisieren
- das „FM vor Ort“ muss in strukturschwachen Gebieten auch trägerübergreifend etabliert werden
- je nach Bedarf, die Möglichkeit zwischen externer oder interner Lösung zu wählen

strategische Zielsetzungen der 16 Träger müssen Fallmanagement fördern

Expertenworkshop zur Bestandsaufnahme im Projekt „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“ C. Rexrodt 16

Ein wesentliches Ergebnis der Diskussionen zu Themaengebiet 4 „Regionale Gestaltungsspielräume und Herausforderungen“ ist zunächst die Erkenntnis, dass darauf hingewirkt werden muss, dass es zwischen Regionen und Städten mit unterschiedlichen Rahmenbedingungen im Hinblick auf Infrastruktur und Bevölkerungsdichte keine Qualitätsunterschiede bei der Durchführung des Fallmanagements geben darf. Als aktuelles Problem in diesem Kontext wurden bislang starre Vorschriften zur Fahrtkostenerstattung genannt. Regelungen dieser Art müssen flexibilisiert und Leistungen individuell und bedarfsgerecht anpassbar sein. Für strukturschwache Gebiete sollten in Zukunft Fallmanagement-Kooperationen bestehen, die ggf. trägerübergreifend organisiert werden, damit ein wohnortnahes Fallmanagement auch dann durchgeführt werden kann, wenn aufgrund der Entfernungen keine „interne Lösung“ geeignet erscheint. Darüber hinaus erscheint es sinnvoll, die Kommunikationswege durch den Einsatz moderner Kommunikationsinstrumente zu optimieren. Insbesondere jüngeren Generationen könnte so ein niederschwelligerer Zugang zu Information und Beratung ermöglicht werden. Wichtig erscheint es im Sinne eines Wissensmanagements, informelle Netzwerke einzelner Reha(fach)berater und anderer am Reha-Prozess beteiligter Personen zu institutionalisieren, damit diese Bestand haben. Abschließend ist festzuhalten, dass ein gemeinsames Fallmanagementkonzept nur einen Rahmen darstellen kann und regionale Gestaltungsspielräume vorsehen muss. Die Träger müssen auf strategischer Ebene hinter dem Fallmanagement stehen, da dies ein komplexer Prozess ist, der eine gemeinsame Herausforderung über alle Verwaltungsebenen darstellt.

Themengebiet 5

Ergebnisse des World-Café

5. Organisationsinterne Fallmanagementstrukturen und -prozesse der DRV

- Welche fördernden und hemmenden Faktoren existieren bezüglich der internen Strukturen und Prozesse?
- Welche Lösungsansätze zur Überwindung von organisationsinternen Barrieren bei der Implementierung sind denkbar?

Fördernde Strukturen:

- die Reha-Fachberatung stellt eine gute Basis für die Einführung von Fallmanagement dar
- die Reha-Berater empfinden Ihre Aufgabe vielfach als „Berufung“, sie sehen Schulungen (mehrheitlich) positiv und nehmen diese gerne an
- fördernd sind auch Netzwerke bzw. Netzwerkpartner, die „Mitdenken“ und den Reha-Prozess unterstützen

Expertenworkshop zur Bestandsaufnahme im Projekt „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“ E. Toppler 17

Ergebnisse des World-Café

5. Organisationsinterne Fallmanagementstrukturen und -prozesse der DRV

	Hemmende Faktoren	Lösungsansätze
Selbstverständnis/Strategie der DRV	widersprechende Strategien „von oben“ (bspw. Benchmarking)	Unterstützung durch die oberste Leitung sichern, klares Bekenntnis des Hauses
	schlechte Erreichbarkeit, teilweise schleppende Bearbeitung	RV als Dienstleister positionieren
		Kommunikationsstrukturen und -mittel verbessern
	mangelnde Akzeptanz von Fallmanagement in den Häusern	Ressourcen für die Einführung von Fallmanagement zur Verfügung stellen
	Leistungen nur im Rahmen des gesetzlichen Auftrags	SGB IX/BTHG als Chance

Expertenworkshop zur Bestandsaufnahme im Projekt „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“ E. Toppler 18

Ergebnisse des World-Café

5. Organisationsinterne Fallmanagementstrukturen und -prozesse der DRV

	Hemmende Faktoren	Lösungsansätze
Entscheidungskompetenz/Handlungsspielraum	Heterogenität bzgl. der Entscheidungskompetenzen	Kompetenzen und Handlungsspielräume klar definieren
	Zeitverlust durch Entscheidungswege und hierarchie	
IT/Geschäftsprozesse	starre Geschäftsprozesse behindern individuelles Fallmanagement	einheitliche Dokumentations- und Verfahrenssystematik
	begrenzte IT-Struktur kann die individuellen Fälle nicht abbilden	

Expertenworkshop zur Bestandsaufnahme im Projekt „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“ E. Toppler 19

Ergebnisse des World-Café

5. Organisationsinterne Fallmanagementstrukturen und -prozesse der DRV

	Hemmende Faktoren	Lösungsansätze
Situation der Reha-Fach-Berater	Unsicherheit, Ungewissheit in Bezug auf Fallmanagement-Anforderungen	Rollenbeschreibung „Reha-Beratung 2.0“ Beispiele guter Praxis kennenlernen, hospitieren
	methodische Qualifikation nicht ausreichend	multidisziplinäre Teams einheitliche CM-Schulung, insb. Gesprächsführung, Kontextfaktoren (einheitliches Curriculum) trägerübergreifende Veranstaltungen Supervision/Coaching (kontinuierlich)
	fehlende fachliche Qualifikation bzgl. bestimmter Krankheitsbilder	Reha-Kliniken und Sozialmedizinischer Dienst als Dienstleister

Expertenworkshop zur Bestandsaufnahme im Projekt „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“ E. Toppler 20

Ergebnisse des World-Café

5. Organisationsinterne Fallmanagementstrukturen und -prozesse der DRV

	Hemmende Faktoren	Lösungsansätze
Ressourcen/Kosten	personelle Ressourcen nicht ausreichend	Fallmanagement als Dienstleistung einkaufen (ext.) Fallmanagement als „Verordnung“ der Kliniken
	weite Wege auf dem Land	kürzere Wege durch Dezentralisierung

Expertenworkshop zur Bestandsaufnahme im Projekt „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“ E. Toppler 21

Die Diskussionen zu Themengebiet 5 „Organisationsinterne Fallmanagementstrukturen und -prozesse der Rentenversicherung“ verliefen sehr lebhaft, was bereits als ein Beleg für die Relevanz der internen Organisation für die Einführung und Umsetzung von Fallmanagement gewertet werden darf. Auf der Strukturebene werden die Personalressourcen als wesentlicher Einflussfaktor gesehen. Dies spricht für eine sorgfältige Auswahl der in das Fallmanagement aufzunehmenden Versicherten. Darüber hinaus erscheint es sinnvoll, in bestimmten Fällen externes Fallmanagement hinzuzuziehen und je nach Bedarf die internen

Personalressourcen auszubauen. Auch in der Qualifikation der entsprechenden Mitarbeiter wird ein wesentliches Handlungsfeld auf der Strukturebene gesehen. Die Teilnehmer verbinden mit einer den Einführungsprozess begleitenden Qualifikation der Fachkräfte die Erwartung, das Rollen- und Funktionbild der „Fallmanager“ weiterzuentwickeln und zu schärfen. Dazu bedarf es auch der Definition von Kompetenzen und Handlungsspielräumen. In Bezug auf die Prozessorganisation liegen die Herausforderungen in der dezentralen Organisation des Außendienstes und der Anpassung der Geschäftsprozesse. Ziel ist es hier, zum einen eine hohe Flexibilität bezüglich des Einzelfalles sicherzustellen und zum anderen die Verfahren bezüglich der Qualität und Dokumentation zu vereinheitlichen. In der verstärkten Nutzung der IT und in der engeren Zusammenarbeit mit den Rehabilitationseinrichtungen werden noch deutliche Potentiale gesehen. Als weiterer relevanter Einflussbereich wird das Selbstverständnis der gesetzlichen Rentenversicherung als personorientierter Dienstleister und die Wertschätzung des Fallmanagements durch die Leitung der Rentenversicherungsträger gesehen.

29.06.2016 – Erster Expertenworkshop Tag 2

1.5 Gruppenarbeit zu den Leitfragen und Akteure der Fokusgruppen

Nach einer kurzen Begrüßung durch Dr. Rolf Buschmann-Steinhage sowie der Präsentation der Ergebnisse des World-Cafés des ersten Workshoptages wurde eine weitere Kleingruppenarbeit durchgeführt. Im Rahmen der zweiten Gruppenarbeit standen die im weiteren Projektverlauf zur Entwicklung erster Konzeptideen geplanten Fokusgruppen im Mittelpunkt. Ziel war es hier, Fragestellungen und Akteure für die Fokusgruppen zu erarbeiten. Den Experten wurden für ihre Diskussion folgende Fragestellungen an die Hand gegeben:

1. Was sind relevante Leitfragen für die Fokusgruppen?
2. Welche Akteure sollten in den Fokusgruppen berücksichtigt werden?

Auch diese Gruppenarbeit wurde entlang vorab definierter Themengebiete durchgeführt. Diese orientierten sich an den Themen der geplanten Fokusgruppen und lauteten wie folgt:

- Thema 1: Zugang ins Fallmanagement, Zielgruppendefinition und -identifikation
- Thema 2: Vorgehensweise im Fallmanagement (Bedarfs- und Teilhabeplanung, Entscheidungsbefugnisse, Umfang, Dauer, Intensität)
- Thema 3: Zusammenarbeit innerhalb der Rentenversicherung sowie mit externen Akteuren (u.a. Leistungserbringern, Sozialversicherungsträgern)

- Thema 4: Qualitätssicherung und Dokumentation sowie notwendige Qualifikationen im Fallmanagement

Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Gruppen vorgestellt.

Zu Themengebiet 1 „Zugang ins Fallmanagement, Zielgruppendefinition und -identifikation“ wurden folgende Fragestellungen und Akteure erarbeitet:



Fragen zum Zugang:

- Was macht uns auf Bedarf aufmerksam?
- Welche internen und externen Zugangswege gibt es?
- Wie geregelt sind die Wege?
- Welche Wege müssen ausgebaut werden?

Fragen zur Definition:

- Welche „harten“ und „weichen“ Kriterien, zur Aufnahme von Versicherten ins Fallmanagement, gibt es?

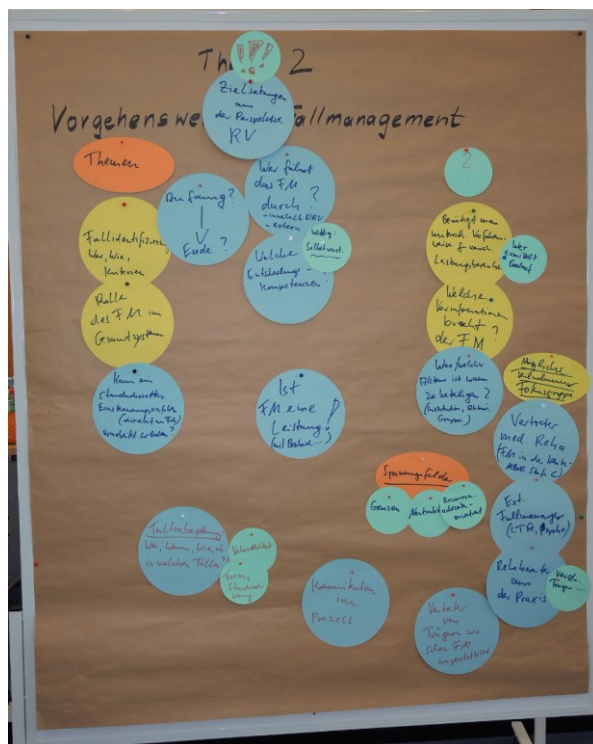
Fragen zur Identifikation:

- Wo könnte die Identifikation erfolgen?
- Wie soll die Identifikation erfolgen?
- Wann soll die Identifikation erfolgen?
- Welche Faktoren müssen bei der Identifikation berücksichtigt werden?
- Wer übernimmt die Identifikation?

Mögliche Akteure:

- Vertreter aus den Rehabilitationseinrichtungen
- Vertreter der Krankenkassen
- Vertreter der Jobcenter
- Vertreter der Sozialhilfeträger
- Vertreter der BG/Unfallversicherung
- Vertreter der Sucht- und Beratungsstellen für psychisch Kranke
- Arbeitgeber
- Betriebs- und Werksärzte
- Vertreter der Landesämter, Integrationsämter
- Vertreter der Kammern, IHK

Zu Themengebiet 2 „Vorgehensweise im Fallmanagement (Bedarfs- und Teilhabeplanung, Entscheidungsbefugnisse, Umfang, Dauer, Intensität)“ wurden folgende Fragestellungen und Akteure erarbeitet:



Fragen insgesamt zur Vorgehensweise:

- Wer führt das Fallmanagement durch (intern versus extern)?
- Welche Entscheidungskompetenzen benötigt der Fallmanager?
- Welche Vorinformationen benötigt der Fallmanager?
- Werden unterschiedliche Verfahrensweisen für verschiedene Leistungsberechtigte benötigt?
- Welcher Akteur ist wann im Prozess zu beteiligen?
- Ist Fallmanagement eine Leistung mit Bescheid?

Fragen zur Teilhabeplanung:

- Wer, wann und wie soll ein Teilhabeplan erstellt werden?
- In welchen Fällen wird ein Teilhabeplan erstellt?
- In welcher Form und Standardisierung soll der Teilhabeplan erstellt werden?
- Wie verbindlich ist der Teilhabeplan?

Mögliche Akteure:

- Vertreter von Trägern, die bereits Fallmanagement umsetzen
- Rehaberater aus der Praxis von unterschiedlichen Trägern
- externe Fallmanager
- Vertreter aus der medizinischen Rehabilitation

Zu Themengebiet 3 „Zusammenarbeit innerhalb der Rentenversicherung sowie mit externen Akteuren (u.a. Leistungserbringern, Sozialversicherungsträgern)“ wurden folgende Fragestellungen und Akteure erarbeitet:



Fragen zu internen Akteuren:

- Welche Berufs- und Funktionsgruppen sind relevant?
- Welche Fragen sollten geklärt werden, um reibungslos zusammenzuarbeiten?

Fragen zu externen Akteuren:

- Wo bestehen Kooperationsmöglichkeiten mit den anderen Trägern?
- Was sind Erfolgsfaktoren einer guten Kooperation?
- Über welche Schritte kann ein Netzwerkaufbau erfolgen?

Mögliche Akteure:

- Vertreter der Jobcenter
- Vertreter der Arbeitsagentur
- Vertreter der Eingliederungshilfe
- Vertreter der Unfallversicherung
- Vertreter des Integrationsamtes/Integrationsfachdienst
- Vertreter der Leistungserbringer (z. B. Beratungsstellen)
- Verband der Disability Manager
- Arbeitgeber
- Vertreter aus Selbsthilfegruppen und Betroffenenverbänden
- Reha(fach)berater der DRV
- Vertreter der Auskunft- und Beratungsstellen und der gemeinsamen Servicestellen

Zu Themengebiet 4 „Qualitätssicherung und Dokumentation sowie notwendige Qualifikationen im Fallmanagement“ wurden folgende Fragestellungen und Akteure erarbeitet:



Fragen zur Falldokumentation:

- Welche Funktion hat die Dokumentation (zur Berichterstattung, für Versicherte, zur Legitimation)?
- Wie transparent muss die Dokumentation gestaltet werden (je nach Zielsetzung insbesondere, wenn in die Dokumentation auch der Versicherte Einblick erhält)?
- Welche Informationen müssen vorliegen? – für das Eingangsassessament, die Verlaufsdokumentation, die Evaluation?
- Woher kommen die Informationen?
- Welche Dokumentationssysteme gibt es schon, auf die zurückgegriffen werden kann?
- Welche Form von Dokumentation soll umgesetzt werden (IT-)
- (z. B. hinsichtlich Kommunikation, In-

– Unterstützung,...)?

- Erfordern unterschiedlich komplexe Fälle unterschiedliche Dokumentation?

Fragen zur Qualitätssicherung:

- Sollen Parameter der Prozessqualität erhoben werden? ggf. welche?
- Welche Ergebnisparameter sollen erhoben werden?
- Sollten Fallmanagementstandards identifiziert werden?
- Wie werden die Informationen erhoben?
- Wie wird mit den Ergebnissen der Qualitätssicherung umgegangen?

Fragen zur Qualifikation:

- Braucht es eine einheitliche formelle Qualifikation?
- Welche methodischen Kompetenzen

- | | |
|---|---|
| teraktion) werden benötigt? | <u>Mögliche Akteure:</u> |
| – Welche persönliche Kompetenzen werden von dem Berater benötigt? | – private Fallmanagementanbieter |
| – Welches Wissen (z. B. zu sozialrechtlichen Strukturen, Verfahrensabläufen,...) wird benötigt? | – Vertreter des Integrationsfachdienstes |
| – Sind regelmäßige Supervisionen und Schulungen notwendig? | – Vertreter des Sozialdienstes aus Rehabilitationseinrichtungen |
| – Wird ein rentenversicherungseinheitliches Curriculum benötigt? | – Rehafachberater mit/ohne Fallmanagementenerfahrung |
| | – Reha-Manager der Unfallversicherung |
| | – Vertreter aus der Reha-Qualitätssicherung |
| | – Vertreter der EDV-Verbindungsstelle |
| | – ggf. Versicherte |

1.6 Diskussionspunkte

Im Rahmen des Workshops ergaben sich in den verschiedenen Diskussionen die im Folgenden aufgelisteten zentralen Fragestellungen.

1. Wo liegen in der Praxis die Unterschiede zwischen der Arbeit der Reha(fach)beratung und dem Konzept des Fallmanagements?

In den Diskussionen zu dieser Fragestellung wurde deutlich, dass hier Unterschiede in der konzeptionellen Ausrichtung der verschiedenen Fallmanagementansätze existieren. In welchem Umfang die Reha(fach)beratung bereits jetzt nach den Prinzipien des Fallmanagements arbeitet und beispielsweise Kooperationen pflegt oder auch Leistungen anderer Träger in die Beratung miteinbezieht, ist unterschiedlich. Je mehr bereits in der aktuellen Praxis Fallmanagementprinzipien berücksichtigt werden, desto einfacher erscheint die Einführung eines entsprechenden Konzeptes.

2. Inwieweit kann und sollte Reha(fach)beratung und Fallmanagement voneinander abgegrenzt werden?

Prinzipiell bestehen hier zwei Möglichkeiten – im Rahmen der Reha(fach)beratung wird eine allgemeine Beratung für die Versicherten angeboten, Fallmanagement wird dann hiervon getrennt umgesetzt – oder aber Fallmanagement beginnt bereits mit der Beratung und begleitet den Versicherten dann über den gesamten Rehabilitationsprozess.

3. Welche Zielgruppe soll im Fallmanagement angesprochen werden?
4. Wie weit soll Fallmanagement hinsichtlich der Zielgruppe gefasst werden?

Bei einigen Trägern fokussieren die bestehenden Fallmanagementkonzepte vornehmlich auf Versicherte, die Anspruch auf eine LTA besitzen. Andere Träger beziehen auch Versicherte, die im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation keinen Anspruch auf eine LTA haben, aber dennoch Unterstützung benötigen, in das Fallmanagement ein. Aus Sicht verschiedener Workshopteilnehmer sollte Fallmanagement nicht auf Versicherte mit Anspruch auf LTA begrenzt bleiben, sondern bereits „unterhalb“ dieser Schwelle bzw. „zuvor“ ansetzen.

Im Zusammenhang mit der Definition der Zielgruppe für ein Fallmanagement wurden von einigen Teilnehmern Bedenken hinsichtlich der verfügbaren Ressourcen zur Umsetzung eines Fallmanagements geäußert. Sie merkten darüber hinaus an, dass insofern bereits bei der Zielgruppendefinition die verfügbaren Ressourcen berücksichtigt werden sollten.

Insgesamt könnte es sinnvoll sein, die Zugangskriterien für ein Fallmanagement zu definieren und anschließend bei der Umsetzung nochmals verschiedene Intensitäten des Fallmanagements zu unterscheiden.

5. Wer soll Fallmanagement umsetzen – ist dies auch außerhalb der Reha(fach)beratung denkbar?

Diskutiert wurde in diesem Zusammenhang insbesondere die Möglichkeit zum Einbezug der Rehabilitationseinrichtungen. Darüber hinaus wurde vorgeschlagen zu klären, inwieweit die Auskunft- und Beratungsstellen der Rentenversicherung bei der Umsetzung des Fallmanagements einbezogen werden können.

6. Wie kann Fallmanagement in der Praxis konkret aussehen – wie sind die Vorgehensweisen?

Hierüber bestehen aktuell noch wenige bzw. eher vage Vorstellungen. Auch die Einordnung des Fallmanagements in die bereits bestehenden Strukturen ist noch unklar. Um eine bessere Vorstellung hiervon zu erhalten, könnten Fallmanagementbeispiele aus der Praxis hilfreich sein.

2. Weiteres Vorgehen

Für das weitere Vorgehen im Projekt wurde im Rahmen einer Nachbesprechung folgendes vereinbart:

- Die Fokusgruppen werden wie geplant im September und Oktober 2016 unter Beteiligung von Experten der Rentenversicherungsträger sowie externer Akteure stattfinden. Sie dienen der Ideensammlung für die Konzeptentwicklung.

- Zur Konkretisierung des Begriffs Fallmanagement aus Sicht der Rentenversicherung wird vom Auftragnehmer eine Arbeitsdefinition „Fallmanagement“ erstellt. Diese wird des Weiteren um Fallmanagementbeispiele niedriger, mittlerer und hoher Intensität ergänzt. Die vorbereiteten Unterlagen werden der Projektgruppe MBOR der Rentenversicherung Bund zugeleitet. Dort erfolgt eine Diskussion und ggf. Konkretisierung der vorgelegten Materialien.
- Im Projektverlauf sind ursprünglich zwei Expertenworkshops unter Einbezug von Vertretern der Rentenversicherungsträger geplant. Dazu gehören der hier beschriebene sowie ein weiterer zur Konsentierung des ausgearbeiteten Fallmanagementkonzeptes gegen Ende des Projektes. Im Rahmen der Nachbesprechung vereinbart das Projektteam die Durchführung eines zusätzlichen Workshops mit Vertretern der Rentenversicherungsträger. Ziel dieses Workshops ist die Diskussion des Zwischenstandes des Konzeptes. Zeitlich ist der Workshop für Winter/Frühjahr 2017 vorgesehen.

Programm

Dienstag, 28. Juni 2016

ab 12.00 Uhr **Anmeldung und Begrüßungsimbiss**

12.45 Uhr **Begrüßung**

Dr. Susanne Weinbrenner, Prof. Dr. Edwin Toepler

13.00 Uhr **Definition und Abgrenzung: Reha(fach)beratung – Fallmanagement – Case Management**

Prof. Dr. Peter Löcherbach

13.30 Uhr **Vorstellung der Ergebnisse der Bestandsaufnahme**

Lucia Schmid

14.15 Uhr **Einführung in die Methodik des „World-Café“ mit Erläuterung der Themen und Fragestellungen**

Prof. Dr. Christian Rexrodt

14.30 Uhr **Pause**

14.45 Uhr **„World-Café“ in 5 Runden**

Moderiert durch die Mitglieder der Steuerungsgruppe

Themen:

1. Zugang ins Fallmanagement (Indikationen und Kriterien zur Fallerkennung)
2. Fallbezogene Vorgehensweise, Bedarfsfeststellung und Teilhabeplanung
3. Fallbezogene Zusammenarbeit mit anderen Trägern und Leistungserbringern
4. Regionale Gestaltungsspielräume und Herausforderungen
5. Organisationsinterne Fallmanagementstrukturen und -prozesse der DRV

17.00 Uhr **Erstes Feedback zum „World-Café“**

Moderatoren der Arbeitsgruppen

17.30 Uhr **Ende des ersten Tages**

ab 19.30 **Möglichkeit zu gemeinsamem Abendessen der Workshopteilnehmer im Parkcafé am Fehrbellinger Platz**

Mittwoch, 29. Juni 2016

- 09.00 Uhr** **Begrüßung und Erläuterung des Ablaufs**
Prof. Dr. Christian Rexrodt
- 09.15 Uhr** **Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse des „World-Café“**
Moderatoren der Arbeitsgruppen
- 10.15 Uhr** **Einführung in die Gruppenarbeit zu den Leitfragen und Akteuren der Fokusgruppen**
Prof. Dr. Peter Löcherbach
- 10.30 Uhr** **Pause**
- 10.45 Uhr** **Gruppenarbeit zu den Leitfragen und Akteuren der Fokusgruppen**
Moderiert durch die Mitglieder der Steuerungsgruppe
Themen:
 1. Zugang zum Fallmanagement, Zielgruppendefinition und -identifikation
 2. Vorgehensweise im Fallmanagement (Bedarfs- und Teilhabeplanung, Entscheidungsbefugnisse, Umfang, Dauer, Intensität)
 3. Zusammenarbeit innerhalb der Rentenversicherung sowie mit externen Akteuren (u.a. Leistungserbringern, Sozialversicherungsträgern)
 4. Qualitätssicherung und Dokumentation sowie notwendige Qualifikationen zur Durchführung von Fallmanagement
- 11.45 Uhr** **Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse der Gruppenarbeit**
Moderatoren der Arbeitsgruppen
- 12.45 Uhr** **Schlusswort und Verabschiedung**
Dr. Rolf Buschmann-Steinhage
- 13.00 Uhr** **Ende**

Zweiter Expertenworkshop im Projekt „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“
20.02.17 – 21.02.17

Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung
an der Universität Ulm (IFR Ulm)
im Auftrag der
Deutschen Rentenversicherung Bund

Verlauf und Zusammenfassung der Ergebnisse

20.02.2017 – Zweiter Expertenworkshop Tag 1

1.1 Begrüßung der Workshopteilnehmer

Zu Beginn des Workshops wurden die teilnehmenden Experten durch Dr. Buschmann-Steinhage (Projektleiter des Auftraggebers) und Dr. Rainer Kaluscha begrüßt. Begonnen wurde mit einer kurzen Vorstellung des Projektteams. Dr. Buschmann-Steinhage betonte des Weiteren die Chance der teilnehmenden Experten, das Konzept kritisch zu diskutieren und aktiv mitzugestalten.

1.2 Präsentation zum Projektverlauf

Der Workshop startete mit einer Präsentation von Lucia Schmid, die nochmals einen kurzen Überblick über den zeitlichen Rahmen des Projektes und die Ergebnisse der im September und Oktober durchgeführten Fokusgruppentreffen gab.

1.3 Präsentation zur Arbeitsdefinition Fallmanagement

Der thematische Einstieg in die Konzeptentwürfe erfolgte über die Präsentation der entwickelten Arbeitsdefinition „Fallmanagement“, durch Prof. Dr. Peter Löcherbach.

Zur Arbeitsdefinition ergaben sich die folgenden Diskussionspunkte:

- Das Konzept fokussiert noch zu sehr auf den Bereich der LTA – auf Versicherte, die nach der medizinischen Rehabilitation weitergehenden Unterstützungsbedarf, auch außerhalb von LTA aufweisen, wird noch zu wenig eingegangen.

Anmerkung hierzu:

- Möglicherweise sollte im Konzept als Ziel des Fallmanagements eher von beruflicher (Wieder-)Eingliederung und weniger von beruflicher Teilhabe gesprochen werden, da bei letzterem bereits begrifflich eine große Nähe zu LTA besteht.
- Frühe Unterstützungsangebote nach medizinischer Rehabilitation können, auch wenn kein LTA-Bedarf besteht, sinnvoll sein. Eventuell kann so ein späterer Bedarf an umfangreichen rehabilitativen Leistungen reduziert werden.
- Im Konzept sollte Fallmanagement nochmals deutlich von therapeutischen Leistungen abgegrenzt werden. Auch in der praktischen Arbeit der Fallmanager ist dieser Unterschied wichtig. In der Regel ist die Arbeit eines Fallmanagers nicht therapeutisch.

Anmerkung hierzu:

- Möglicherweise kann es Schnittstellen zwischen Fallmanagement und therapeutischen Leistungen geben. Dies könnte dann der Fall sein, wenn es darum geht, den Versicherten zu motivieren.
- Wann soll das Fallmanagement intern und wann als externe Dienstleistung erbracht werden?

Anmerkungen hierzu:

- Dies ist abhängig von quantitativen (Ist der Aufwand für ggf. einen sehr komplexen Fall mit den intern verfügbaren Ressourcen zu stemmen?) und qualitativen (Ist das notwendige Knowhow für die Betreuung von spezifischen Versichertengruppen vorhanden?) Gesichtspunkten. Auch das Vorhandensein entsprechender Leistungsanbieter in den Regionen kann ein Argument sein.

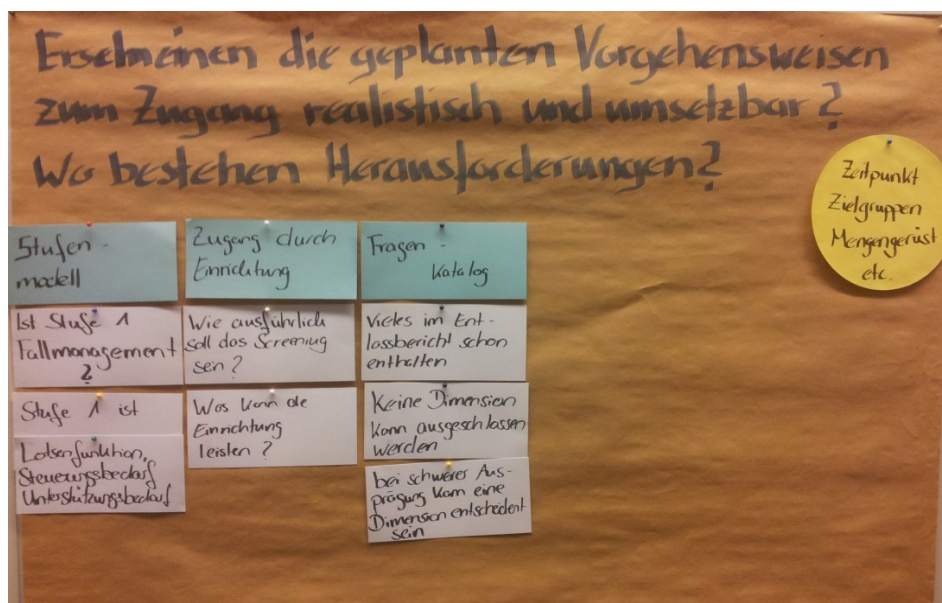
Des Weiteren berichten die Teilnehmer von verschiedenen Modellprojekten, die neben dem bereits etablierten Fallmanagement MBOR der Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, ebenfalls bereits vor einem LTA-Bedarf ansetzen:

- DRV Nord - Fallmanagement nach der medizinischen Rehabilitation bei psychosomatischen Erkrankungen: Das Fallmanagement wird hier direkt durch die medizinische Rehabilitationseinrichtung eingeleitet und durch externe Dienstleister erbracht.
- DRV Baden-Württemberg - Modellprojekt zum Coaching von Arbeitgebern und Arbeitnehmern zeigte sehr gute Ergebnisse.
- DRV Bund – Fallmanagement bei Multiple Sklerose: Verwaltungsmitarbeiter kontaktiert Versicherte, die auch nach einer gewissen Dauer im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation noch arbeitsunfähig sind. Ursachen sind hier häufig eine noch nicht abgeschlossene Krankheitsverarbeitung, Schwierigkeiten bei der trägerübergreifenden Zusammenarbeit und/oder eine zu positive Leistungsbeurteilung.

1.4 Präsentation zum Konzeptentwurf „Zielgruppe und Zugangswege“

Im Anschluss stellte Prof. Dr. Toepler den Konzeptentwurf zum Thema Zielgruppen und Zugangswege vor. Auf diese Präsentation folgten Diskussionen zum Thema in jeweils drei Kleingruppen. Die Ergebnisse der Diskussionen werden im Folgenden zusammenfassend dargestellt.

Ergebnisse der Kleingruppe 1:

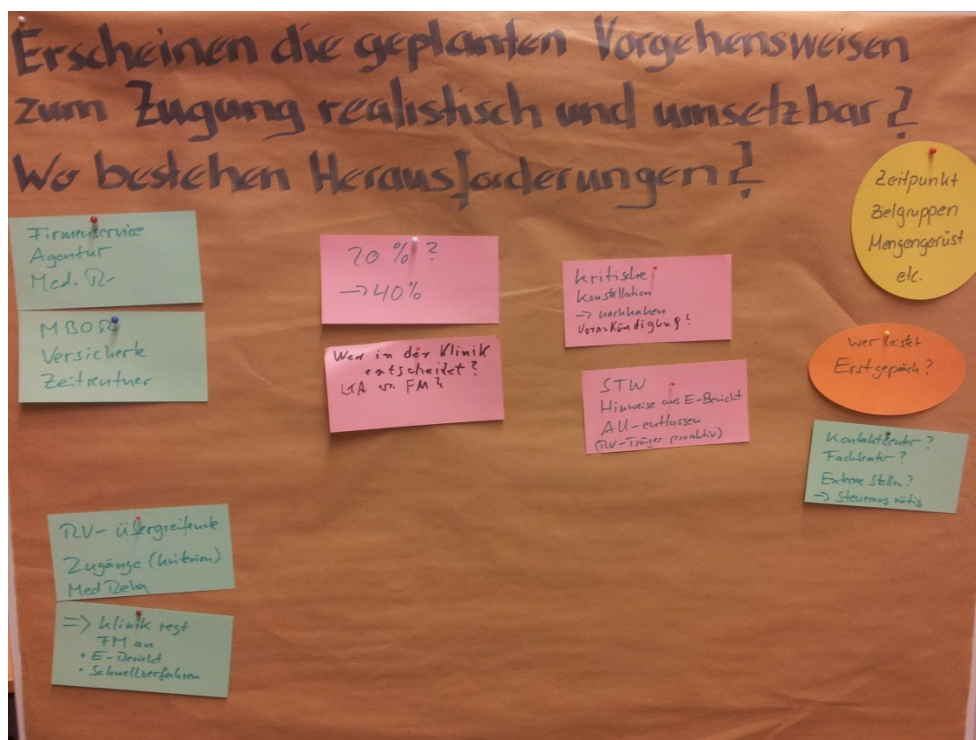


In den Diskussionen dieser Gruppe stand zunächst das vorgestellte Drei-Stufen-Modell im Fokus. Insbesondere die Einordnung der Stufe 1 in das bisherige Beratungsangebot wurde diskutiert. Hierbei wurden die folgenden Fragen aufgeworfen:

- Inwieweit umfasst die bisherige Reha(fach)beratung bereits heute die Stufe 1 des Modells?
- Ab welcher Stufe kann von Fallmanagement gesprochen werden?
- Kann jede individuelle Betreuung eines Versicherten als Fallmanagement bezeichnet werden?
- Wie kann das bisherige Beratungsangebot für Versicherte mit LTA in das Drei-Stufen-Modell eingeordnet werden? - Versicherte mit umfangreicheren LTA erhalten ohnehin Reha(fach)beratung, ist dies dann Stufe 1 oder bereits Stufe 2?

Aus Sicht dieser Arbeitsgruppe umfasst der vorgestellte Fragenkatalog die wesentlichen Bereiche für ein erstes Screening auf einen über die medizinische Rehabilitation hinausgehenden Unterstützungsbedarf. Die im Fragenkatalog abgefragten Informationen sind im Wesentlichen im Entlassungsbericht enthalten und müssen daher von der medizinischen Rehabilitationseinrichtung auch außerhalb eines möglichen Bedarfs an weitergehender Unterstützung erhoben werden. Die Gruppe hielt zudem zum Fragenkatalog fest, dass eine allgemeine Gewichtung der Kriterien nicht möglich ist. So kann ein schwerwiegendes Hemmnis in einem Bereich oder auch erst die Summation von Hemmnissen in mehreren Bereichen eine weitergehende Unterstützung notwendig machen.

Ergebnisse der Kleingruppe 2:



Die Experten dieser Kleingruppe betonten bezüglich der Zugangswege zunächst, dass neben dem Zugang aus der medizinischen Rehabilitation und über LTA noch weitere relevante Pfade wie z. B. ein Zugang über Anregungen der Arbeitsagentur oder dem Firmenservice sowie aus der Erwerbsminderungsrente heraus existieren.

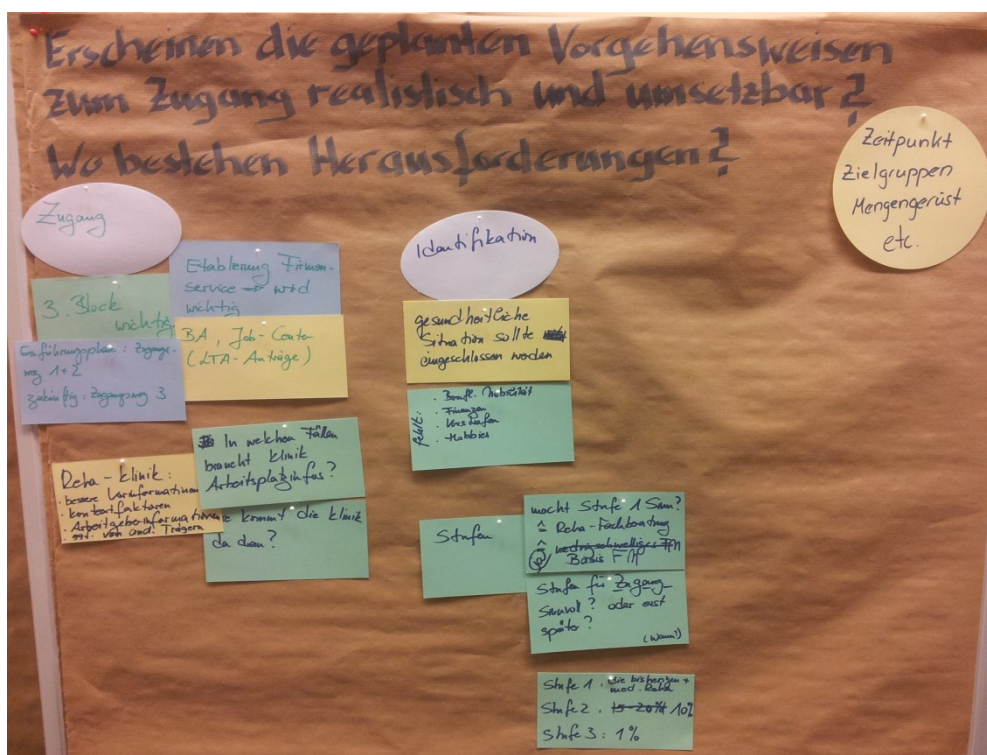
Im Weiteren standen für die Arbeitsgruppe die Abläufe in den Rehabilitationseinrichtungen im Mittelpunkt der Diskussionen. Hier erschien den Experten eine Anregung des Fallmanagements über den Entlassungsbericht sinnvoll. Eventuell wäre auch ein spezialisiertes Schnellverfahren wünschenswert, bei dem die Einrichtungen noch während der Rehabilitation per Fax, Telefon oder Datenaustausch Fallmanagementbedarf melden können (analog zum Verfahren der Anschlussrehabilitation der Akuthäuser). Ferner wies die Arbeitsgruppe darauf hin, dass es für die Kliniken schwierig würde, Rehabilitanden für das Fallmanagement vorzuschlagen, wenn unterschiedliche Rentenversicherungsträger unterschiedliche Kriterien zugrunde legten. Daher sollte es einheitliche Empfehlungen für die Fallauswahl in den Rehabilitationseinrichtungen geben. Zudem müsse hinsichtlich der Kriterien Fallmanagementbedarf von LTA-Bedarf unterschieden werden. Als mögliche Indikatoren für schwierige Fallkonstellationen mit potentiell Fallmanagementbedarf wurden z. B. arbeitsunfähig Entlassene oder Fälle mit stufenweiser Wiedereingliederung genannt.

Diskutiert wurde im Weiteren, welche Berufsgruppen (z. B. Ärzte, Psychologen oder Sozialdienst) besonders geeignet wären, um in den Einrichtungen Fallmanagementbedarf festzu-

stellen. Auch die Frage, wer das Erstgespräch mit den Betroffenen führen soll, wurde diskutiert. Genannt wurden neben dem Kliniksozialdienst und Reha(fach)beratern auch ein spezielles Kontakt-Center der Rentenversicherung oder externe Dienstleister.

Hinsichtlich des Bedarfs an Fallmanagement merkten die Experten dieser Diskussionsrunde an, dass die Schätzung von 20% der MBOR-Fälle mit Bedarf an Fallmanagement zu niedrig sein dürfte, hier wäre eher von 40% auszugehen.

Ergebnisse der Kleingruppe 3:



Die Teilnehmer dieser Arbeitsgruppe stellten zunächst fest, dass die drei Zugänge (1) medizinische Rehabilitation, (2) Erstberatung im Rahmen von LTA und der (3) Zugang auf Basis von Hinweisen anderer Sozialversicherungsträger (insbesondere der Bundesagentur für Arbeit bzw. des Job-Centers) oder des Firmenservices von gleicher Wichtigkeit sind. Aus Sicht der Gruppe spricht dennoch nichts dagegen, im Konzept zunächst auf die beiden erstgenannten Zugangswege über die medizinische Rehabilitation und die Erstberatung zu LTA zu fokussieren.

Zudem wies die Gruppe darauf hin, dass für den Zugang aus der medizinischen Rehabilitation heraus, neben den ohnehin in den Rehabilitationseinrichtungen vorliegenden Daten ergänzende Informationen zum Arbeitsplatz wie beispielsweise Tätigkeitsprofile hilfreich sein können. Im Konzept müssten Angaben dazu gemacht werden, wann ein entsprechendes Tätigkeitsprofil eingeholt werden soll. Des Weiteren sollte bei der Fallidentifikation neben

dem berufsbezogenen Bedarf auch der gesundheitsbezogene Bedarf Berücksichtigung finden. In diesem Sinne sollte der Fragenkatalog um die Punkte Mobilität, finanzielle Situation, Vorstrafen und Hobbies ergänzt werden.

Die Gruppe betonte im Weiteren, dass die Praxis der Reha(fach)beratung nicht mit Stufe 1 des Fallmanagements gleichgesetzt werden kann. Zudem sollte die Zuordnung der Rehabilitanden in die Fallmanagementstufen eher zu einem späteren Zeitpunkt nach der Erstidentifikation erfolgen.

Einen Bedarf im Sinne einer Betreuung in Stufe 2 des Fallmanagementkonzeptes sah diese Arbeitsgruppe bei 10% der Rehabilitanden einer MBOR. Der Bedarf für eine Betreuung in Stufe 3 liege bei 1% der Rehabilitanden einer MBOR.

1.5 Fallmanagementorientierte Beratung (exemplarisch dargestellt in einem Film)

Seinen Abschluss fand der erste Workshop-Tag mit einer exemplarischen Gegenüberstellung einer herkömmlichen Beratungssituation mit einer ausdrücklich fallmanagementorientierten Beratung. Die Basis hierfür bildeten zwei durch Reha(fach)berater der DRV Braunschweig-Hannover erstellte Filme.

Zu den Filmen ergaben sich die folgenden Diskussionspunkte:

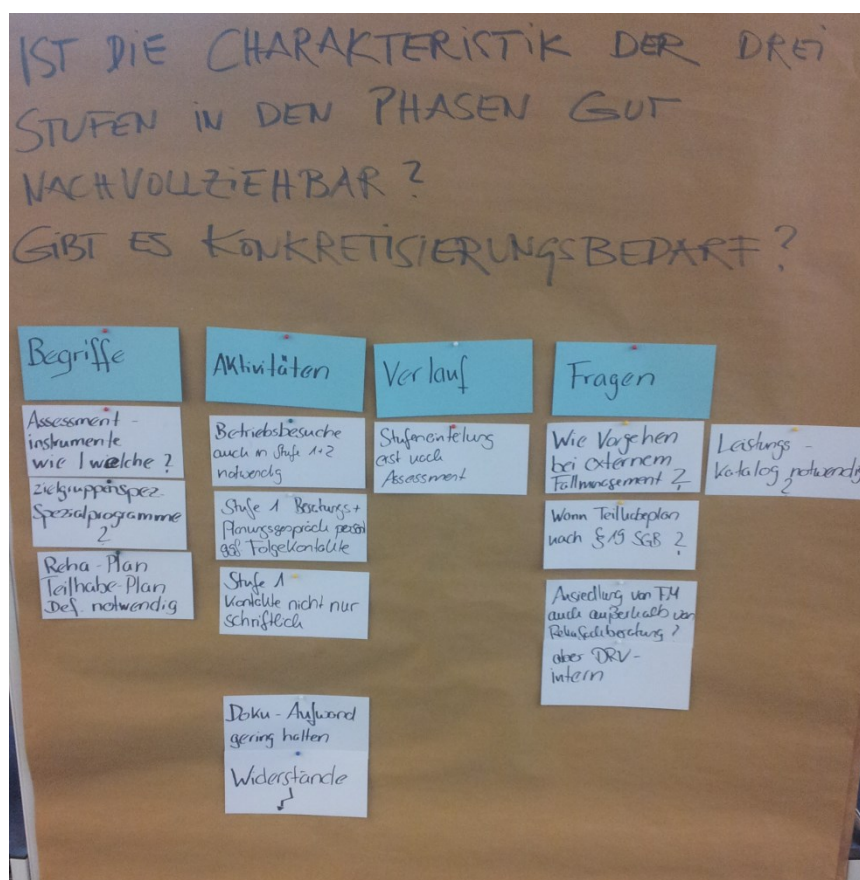
- Die Filme betonen sehr gut welche Bedeutung die Kontextfaktoren für den Rehabilitationsverlauf haben und wie wichtig es ist auf diese im Beratungsgespräch einzugehen.
- Der intensive Kontakt des Fallmanagers mit dem Versicherten erfordert den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses.
- Im Film zur fallmanagementorientierten Beratung nicht dargestellt, ist die Auftragsklärung mit dem Versicherten. Diese muss vor Beginn des Fallmanagements stattfinden, da die teils sehr persönlichen Fragestellungen des Fallmanagers an den Versicherten sonst distanzlos wirken könnten.

21.02.2017 – Zweiter Expertenworkshop Tag 2

1.6 Präsentation zum Konzeptentwurf „Durchführung von Fallmanagement“

Der zweite Workshop-Tag startete nach einer kurzen Begrüßung mit der Präsentation des Konzeptentwurfs zum Thema Durchführung von Fallmanagement durch Prof. Dr. Edwin Toepler. Im Anschluss erfolgten wie bereits am ersten Tag drei Kleingruppendiskussionen, die im Folgenden zusammenfassend dargestellt werden.

Ergebnisse Kleingruppe 1:



Die Gruppe wies zunächst auf einige Begriffe hin, die in den Konzeptentwürfen zur Durchführung enthalten sind und noch erläutert werden sollten. Hierzu gehören die Folgenden:

- festgelegte Assessmentinstrumente (Wie sehen diese aus? Was sind die Anforderungen“?)
- zielgruppenspezifische Spezialangebote (Was ist damit gemeint?)
- Reha-Plan und Teilhabeplan (Wie sind diese Begriffe abzugrenzen?)

Bezüglich der Charakterisierung der einzelnen Stufen sah die Gruppe den Betriebsbesuch nicht ausschließlich als Aktivität der Stufe 3, auch in Stufe 1 und Stufe 2 gehört der Betriebsbesuch zu den wesentlichen Maßnahmen eines Fallmanagers. Im Weiteren wies die Gruppe darauf hin, dass auch in Stufe 1 ein persönliches Beratungsgespräch sowie bedarfsabhängig weitere Gespräche notwendig sind. Ein vorwiegend schriftlicher Kontakt ist nicht ausreichend. Eine Einordnung in die Stufen ist aus Sicht der Gruppe in der Regel erst nach dem Assessment zuverlässig möglich. Das Screening führt daher eher zu einer vorläufigen Einstufung, die im Assessment abgesichert bzw. verworfen wird.

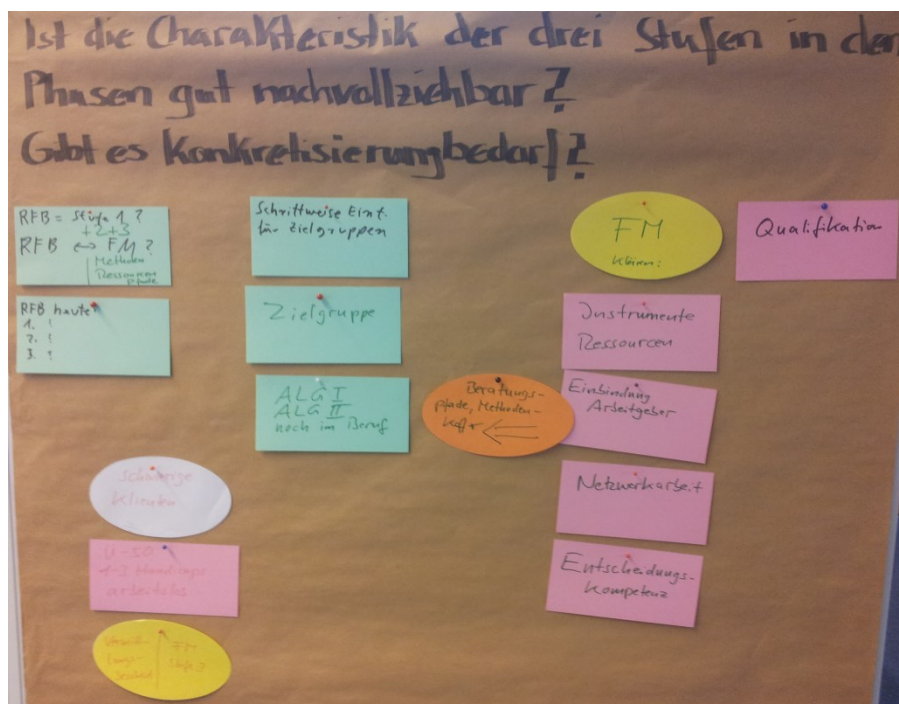
Übergreifend wurde darauf hingewiesen den Dokumentationsaufwand möglichst gering zu halten. Zusätzliche Dokumentation führt in der Praxis häufig zu Widerständen.

Für die Gruppe blieben insgesamt einige Fragen zum Konzept offen:

- Wie muss das beschriebene Vorgehen bei der Durchführung von Fallmanagement als externe Dienstleistung abgeändert, konkretisiert oder ergänzt werden? – Könnte möglicherweise ein Leistungskatalog notwendig sein?
- Ist auch eine Verortung des Fallmanagement außerhalb der Reha(fach)beratung aber rentenversicherungsintern denkbar?
- Wann ist ein Teilhabeplan nach §19 SGB IX zu erstellen? – Ist dies nur in Stufe 3 der Fall?

Diesbezüglich stellt die Gruppe fest, dass hier zunächst die Konkretisierungen zu den Vorgaben des Bundesteilhabegesetzes abgewartet werden müssen.

Ergebnisse Kleingruppe 2:



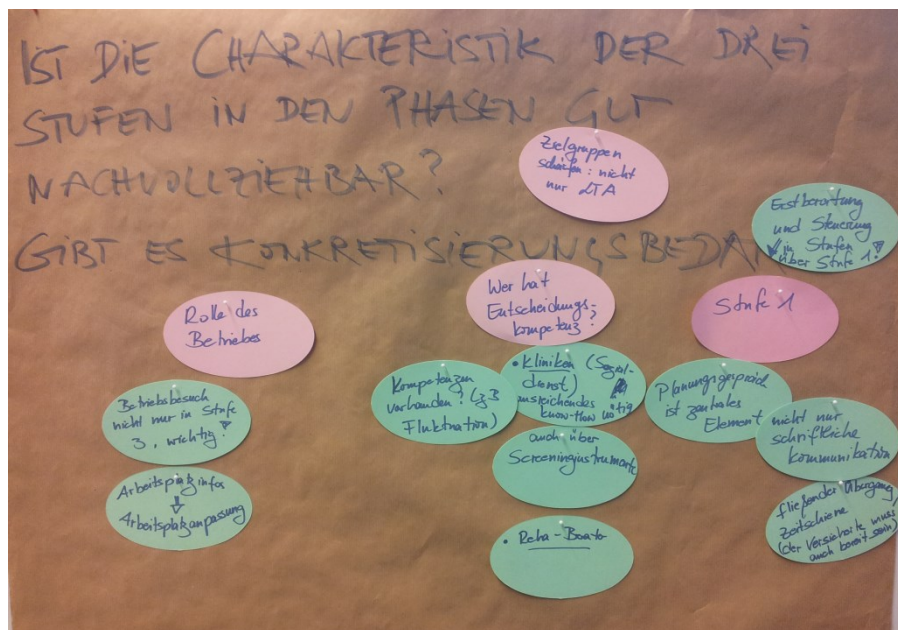
Eine breite Diskussion fand in dieser Arbeitsgruppe darüber statt, in welchem Verhältnis das neue Fallmanagement zur bestehenden Reha(fach)beratung steht. Entspricht die Stufe 1 im Fallmanagement der derzeitigen Reha(fach)beratung? Als Konsens hielt die Gruppe fest, dass die existierende Reha(fach)beratung je nach Träger und Reha(fach)berater sehr unterschiedlich arbeitet und teilweise bereits Vorgehensweisen gemäß Stufe 2 und 3 des Konzeptes genutzt werden. Daher ist ein solcher Vergleich nicht zielführend – dies sollte auch im Konzept dargelegt werden.

Kontrovers wurde im Weiteren diskutiert, wie mit ungünstigen Fallkonstellationen umzugehen sei. So hätte die Rentenversicherung bei Arbeitslosen (d. h. Arbeitslosengeld I und II) nur geringe Handlungsspielräume. Hier seien, insbesondere bei Älteren oder Personen in strukturschwachen Regionen, die Aussichten auf eine erfolgreiche Integration auch bei intensiver Betreuung eher gering. In Folge stellte sich für die Gruppe die Frage, wo bei einer Abwägung von Aufwand und Nutzen die Grenzen für die Rentenversicherung liegen bzw. für welche Versicherten noch eine intensive Betreuung angestrebt werden sollte?

Hinsichtlich der Einführung von Fallmanagement erschien der Arbeitsgruppe ein schrittweises Vorgehen sinnvoll (d. h. Programme der Stufe 2). So könnten die Träger zunächst erste Erfahrungen sammeln und eigene „Beratungspfade“ bzw. „Methodenkoffer“ entwickeln. Dieses Vorgehen biete zudem die Möglichkeit, auf die jeweiligen Schwerpunkte des Trägers (problematische Fallkonstellationen – die sich teils unterscheiden) einzugehen.

Zentral ist für die Gruppe zudem die trägerinterne Klärung, welche Aufgaben Fallmanager haben und welche Qualifikationen und Entscheidungskompetenzen sie dafür benötigen. Wichtig ist dabei auch, Ressourcen für Netzwerkarbeit, insbesondere Arbeitgeberkontakte, zu berücksichtigen.

Ergebnisse der Kleingruppe 3:



Diese Arbeitsgruppe merkte bezüglich der Charakteristik des Drei-Stufen-Modells folgenden Konkretisierungsbedarf an:

- Das Erstgespräch sollte in allen Fällen der Zuordnung in die drei Stufen vorgeschaltet sein.
- Auch in Stufe 1 ist ein persönliches Planungsgespräch erforderlich, die schriftliche Kommunikation ist nachrangig.
- Der Kontakt zum Versicherten muss nicht zwingend direkt nach der medizinischen Rehabilitation erfolgen, er kann auch erst zu einem späteren Zeitpunkt notwendig werden, z. B. wenn die Krankheitsverarbeitung dies zulässt. Ausschlaggebend ist die Situation des Versicherten. In diesen Fällen sollte auch retrospektiv auf die Informationen aus der Rehabilitationseinrichtung zurückgegriffen werden können.
- Der Zugang aus der Rehabilitationseinrichtung heraus in das Fallmanagement ist von der Kompetenz der Einrichtung in Sachen Screening, Bedarfsermittlung und Assessment abhängig. Hohe Fluktuation im Sozialdienst wirkt sich hierbei negativ aus. Je höher die konzeptionell festgelegte Entscheidungskompetenz der Rehabilitations-

einrichtung, desto besser sollten die verantwortlichen Mitarbeiter der Einrichtung geschult werden.

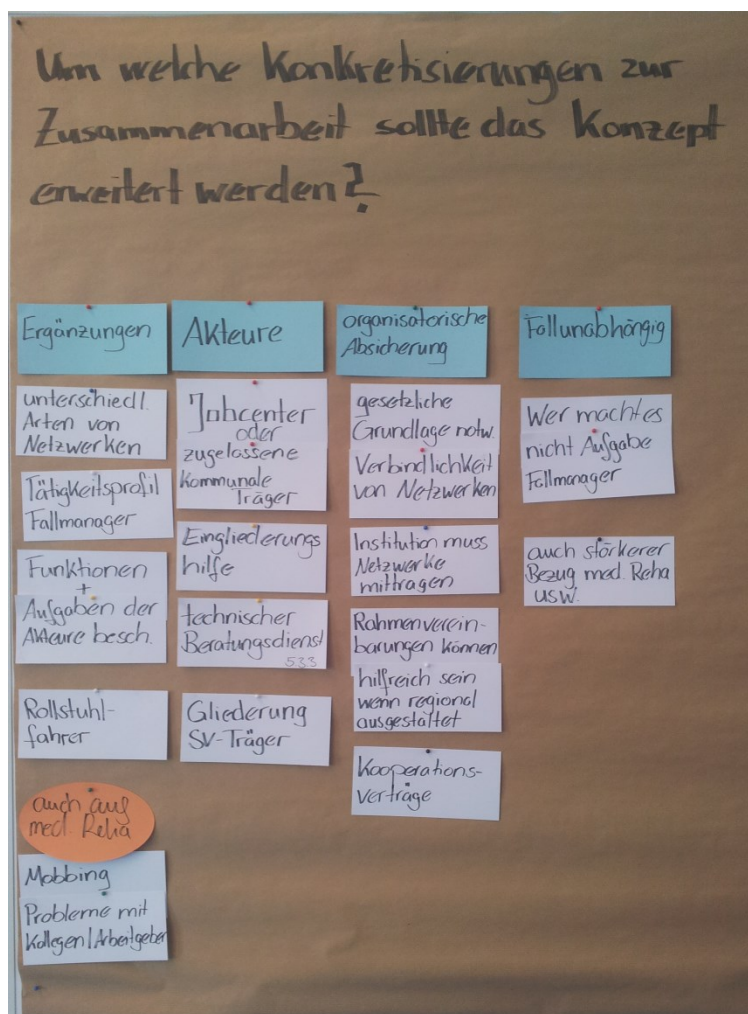
- Betriebsbesuche sollten nicht nur in Stufe 3 vorgesehen werden, sondern sind stufenübergreifend zu prüfen. Bei Betriebsbesuchen sollte eine Arbeitsplatzbeschreibung erstellt und eine Arbeitsplatzanpassung geprüft werden.

In den Kleingruppendiskussionen zu diesem Thema sowie der anschließende Diskussion im Plenum wurde die Problematik der Einordnung der Begriffe „Reha(fach)beratung“ und „Fallmanagement“ nochmals deutlich. Es stellte sich heraus, dass eine Zuordnung der bisherigen Praxis der Reha(fach)beratung zur Stufe 1 des Konzeptes nicht möglich ist, da die Reha(fach)beratung bei den Trägern sehr unterschiedliche Vorgehensweisen umfasst. Möglicherweise werden bereits jetzt in unterschiedlichem Maße in der Reha(fach)beratung Ansätze eines Fallmanagements umgesetzt, die bereits den Stufen 2 und 3 zugeordnet werden können.

1.7 Präsentation zum Konzeptentwurf „Kooperation und Vernetzung“

Weitere Kleingruppendiskussionen wurden an diesem Tag zum Thema Kooperation und Vernetzung durchgeführt. Hierzu präsentierte Dr. Rainer Kaluscha die Konzeptentwürfe. Die Ergebnisse der Kleingruppendiskussionen sind im Folgenden zusammenfassend dargestellt.

Ergebnisse der Kleingruppe 1:



Diese Gruppe wies in den Diskussionen zu Kooperation und Vernetzung zunächst auf weitere Akteure im Fallmanagement hin, die bisher noch nicht im Konzept genannt wurden. Aufgenommen werden sollten die Jobcenter bzw. die zugelassenen kommunalen Träger, die Eingliederungshilfe sowie sog. technische Berater. Letztere beraten beispielsweise bei der Anpassung von Fahrzeugen oder der Gestaltung von Arbeitsplätzen an die gesundheitlichen Belange eines Versicherten. Zudem sollte aus Sicht der Gruppe der Konzeptentwurf nochmals klarer hinsichtlich der Sozialversicherungsträger, die als Akteure genannt sind, gegliedert werden.

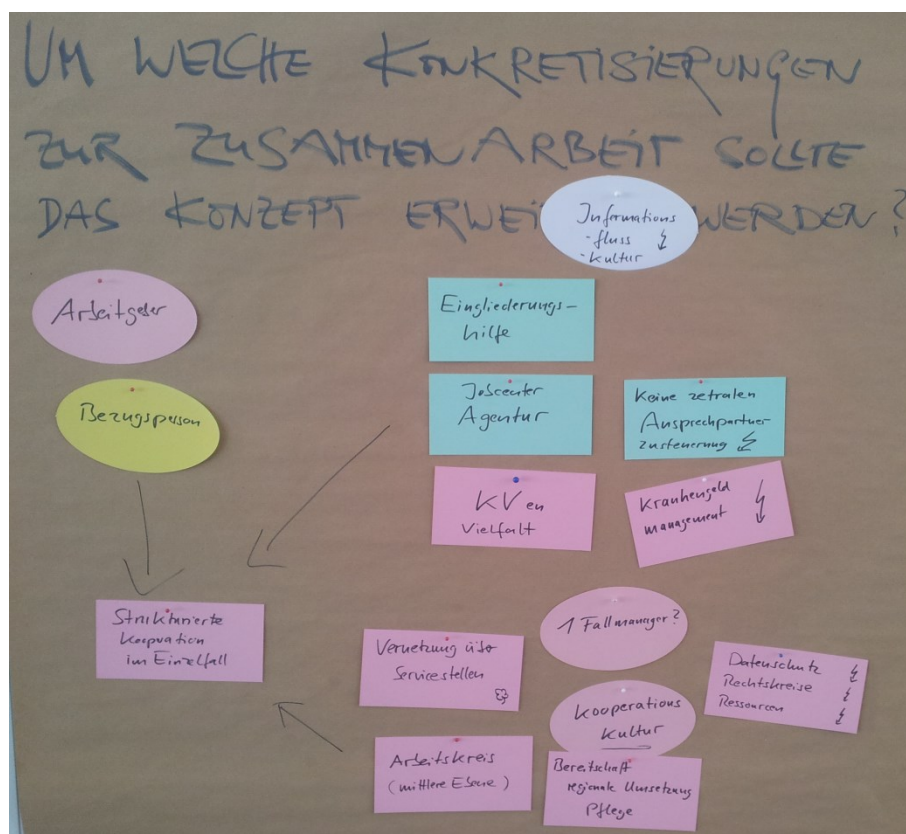
Die Gruppenteilnehmer betonten des Weiteren, dass der Aufbau und die Pflege von Kooperationen und Netzwerken die entsprechende Legitimation bzw. Absicherung durch die Organisation, in diesem Fall des zuständigen Rentenversicherungsträgers, voraussetzen. Insofern sollte auch im Konzept ergänzt werden, dass die fallunabhängige Kooperation und Vernetzung Aufgabe der Organisation und nicht (primär) des einzelnen Fallmanagers ist. Rahmenvereinbarungen mit anderen Trägern oder Kooperationsverträge beispielsweise mit regi-

onalen Beratungsstellen müssen durch den Träger bzw. die entsprechende Führungsebene abgeschlossen werden.

Ergänzungen für die Konzeptentwürfe zu diesem Themengebiet wünschte sich die Gruppe in Form einer genaueren Beschreibung von unterschiedlichen Netzwerk-Formen sowie der Funktion und Aufgaben der genannten Akteure. Des Weiteren sollten das Tätigkeitsprofil des Fallmanagers dem Konzept beigefügt werden und Rollstuhlfahrer als Gruppe mit besonderen Bedürfnissen, wie hör- und sehbehinderte Menschen, aufgenommen werden.

Die Gruppe wies nochmals daraufhin, auch bei der Beschreibung der Akteure sowie der fall-unabhängigen Kooperation und Vernetzung, stärker auf die Zielgruppe der Versicherten mit Unterstützungsbedarf nach der medizinischen Rehabilitation (ohne LTA-Bedarf) einzugehen. An verschiedenen Stellen zielen die Formulierungen aus Sicht der Gruppe noch zu sehr auf Versicherte mit LTA-Bedarf ab. So könnte beispielsweise bei der Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeber auch auf Aspekte wie Mobbing oder Schwierigkeiten mit Kollegen oder Vorgesetzten eingegangen werden.

Ergebnisse der Kleingruppe 2:



Zunächst wies diese Arbeitsgruppe auf die Wichtigkeit des Netzwerkaufbaus hin, für dessen Pflege auch entsprechende Ressourcen vorgehalten werden müssen.

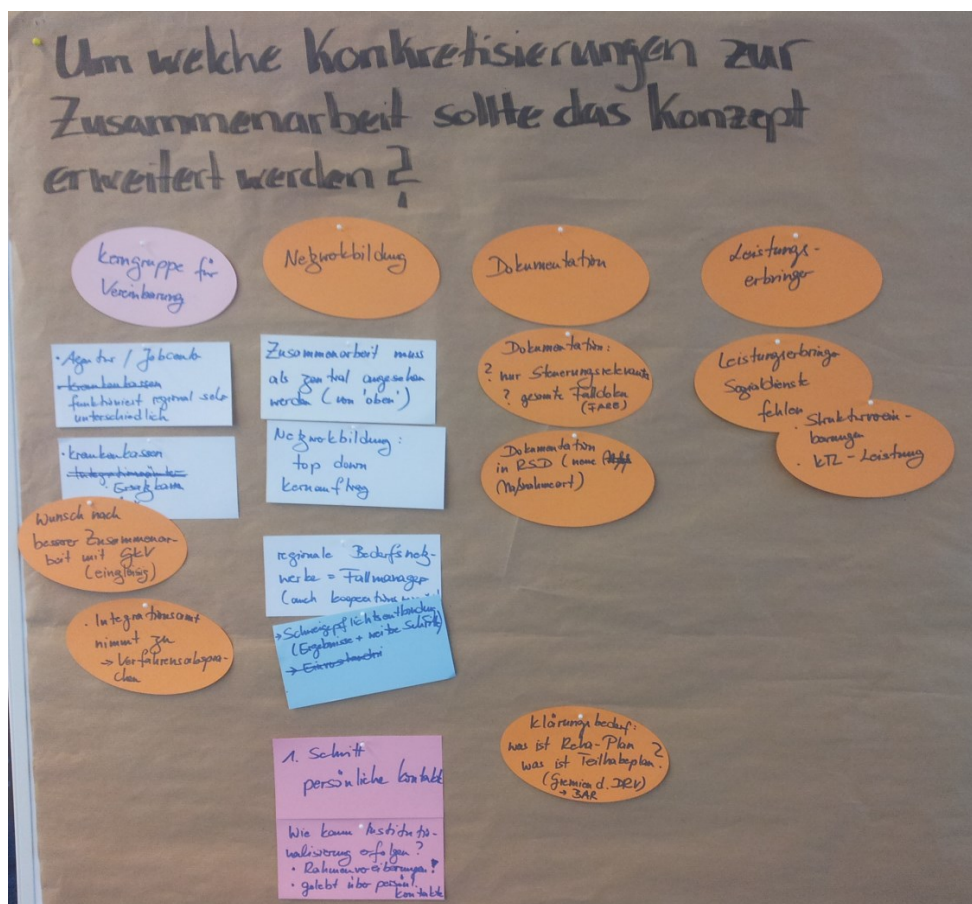
Zu den verschiedenen Kooperationspartnern erschienen der Gruppe die folgenden Punkte als zentral:

- Insbesondere müsse der Kontakt zu Arbeitgebern verstärkt aufgebaut werden, was bei großen Arbeitgebern (die i. d. R. über entsprechende Strukturen verfügen und zu denen häufiger Kontakt besteht) vermutlich leichter sei als bei kleinen und mittleren Unternehmen.
- Da die Jobcenter regional organisiert sind, müssen die Träger mit mehreren Jobcentern Absprachen treffen. Eine Zusammenarbeit mit den Fallmanagern der Jobcenter bzw. der Arbeitsagentur sei aber häufig erforderlich. Hier stelle sich die Frage, ob diese nicht auch den Fallmanagementanteil der Rentenversicherung mitübernehmen könnten, damit nicht zwei Fallmanager am gleichen Fall arbeiten müssen.
- Eine besondere Herausforderung stellt der Kontakt mit den Krankenkassen dar, da es davon sehr viele gibt, die jeweils unterschiedliche Arbeitsweisen und Ansprechpartner haben. Dennoch sei eine gute Zusammenarbeit mit deren Krankengeldmanagement unverzichtbar.
- Im Einzelfall sollten auch Bezugspersonen der Versicherten (Angehörige, niedergelassene Ärzte bzw. Therapeuten etc.) ins Netzwerk einbezogen werden.

Als Herausforderungen für die Zusammenarbeit insbesondere zwischen den verschiedenen Sozialversicherungsträgern sahen die Arbeitsgruppenteilnehmer die bestehenden Datenschutzfragen. Zudem seien manche Träger in der Zusammenarbeit zunächst darauf bedacht, ihren Bereich und ihre Mittel zu schützen, was häufig zu Schwierigkeiten führe. Daher sollte eine neue Kooperationskultur entwickelt werden. Für alle Sozialversicherungsträger sollte die gemeinsame Aufgabe, die Versicherten zu unterstützen und ihnen umfassende Teilhabe zu ermöglichen, im Vordergrund stehen.

Als praktische Anregung wies die Arbeitsgruppe darauf hin, zur Vernetzung die bestehenden Kontakte aus den gemeinsamen Servicestellen zu nutzen. Gute Erfahrungen hat die DRV Berlin-Brandenburg mit Treffen auf der „mittleren Führungsebene“ gemacht, bei der sich Vertreter von Rentenversicherung und Arbeitsagentur austauschen.

Ergebnisse Kleingruppe 3:



Diese Arbeitsgruppe wies zunächst auf die wichtigsten Kooperationspartner hin. Als Kerngruppe wurden hier die Arbeitsagentur bzw. die Job-Center, die Krankenkassen und die Integrationsämter gesehen. Bei der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen stehen der Bereich der Anschlussheilbehandlung sowie die Betreuung von psychiatrischen Patienten im Mittelpunkt. Die Teilnehmer der Diskussionsrunde wiesen zudem auf den im Rahmen des Präventionsgesetzes entstehenden Bedarf an Zusammenarbeit hin. Bei den Kooperationsabsprachen mit den gesetzlichen Krankenkassen ist insbesondere an die regionale AOK, den Verband der Ersatzkassen und den Verband der Betriebskrankenkassen zu denken.

Da die Zusammenarbeit mit anderen Trägern zum geschäftspolitischen Interesse eines Rentenversicherungsträgers gehört, sahen die Teilnehmern der Arbeitsgruppe den Aufbau institutionalisierter Netzwerke als Top-down-Aufgabe, die durch das Bundesteilhabegesetz an Bedeutung gewinnt. Der Kontakt auf persönlicher Ebene wird durch institutionalisierte Netzwerke erleichtert und bleibt für die operative Zusammenarbeit zentral.

Die Regelung der Zusammenarbeit mit Leistungserbringern könnte nach Einschätzung der Arbeitsgruppe auch über Anforderungen in den Strukturvorgaben (ähnlich MBOR) und die Dokumentation von Leistungen in der Klassifikation therapeutischer Leistungen erfolgen. Für

die Gruppe sind in der Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern die Sozialdienste deutlich stärker einzubinden.

Im Weiteren beschäftigte sich die Gruppe mit datenschutzrechtlichen Aspekten der Zusammenarbeit. Diese sind für die Arbeit im Einzelfall zentral. Auch in der trägerübergreifenden Zusammenarbeit müssen daher Regelungen beispielsweise zur Schweigepflichtentbindung getroffen werden. Diese sollten auch in die Dokumentationsinstrumente aufgenommen werden. Der trägerübergreifende Informationsaustausch sollte zudem nur die Ergebnisse und weiteren Schritte und keine Inhalte der Maßnahmen oder Gespräche enthalten. Eine Orientierung für die Gestaltung solcher Aspekte kann die Vereinbarung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zu den Integrationsfachdiensten liefern.

Im Weiteren wies die Gruppe auf Dokumentationsaspekte hin. Das Fallmanagement sollte auf IT-Ebene beispielsweise als Maßnahmenart abbildbar sein. Als zentrale Anforderung an die IT sah die Arbeitsgruppe die Möglichkeit, eine Verlaufsdocumentation zu erstellen. Zudem wünschten sich die Gruppenteilnehmer eine Klärung hinsichtlich der zu verwendenden Planungsinstrumente (Reha-Plan, Teilhabeplan).

Im Plenum ergaben sich ergänzend zu den Ergebnissen der Kleingruppen folgende Diskussionspunkte zum Themengebiet:

- Es kann sinnvoll sein zwischen der Organisationsebene (obere Ebene) und der Einzelfallebene (untere Ebene) regionale Arbeitskreise als mittlere Ebene der Kooperation und Vernetzung zu implementieren.
- Ein wichtiger Aspekt ist auch die Dokumentation – es sollten möglichst keine doppelten Dokumentationssysteme aufgebaut werden, eher sollten vorhandene Systeme genutzt werden. Insbesondere sollten Doppelerhebungen vermieden werden.
- Es kann sinnvoll sein, neben den Inhalten des Konzeptes auch Voraussetzungen für die erfolgreiche Umsetzung des Konzeptes zu formulieren.

1.8 Schlussbetrachtung

Zum Abschluss des Workshops blickte Dr. Rolf Buschmann-Steinhage nochmals auf die zwei Workshop-Tage zurück und fasste die zentralen Diskussionspunkte zusammen. Er nannte hierbei insbesondere ...

- ... die Einordnung des Fallmanagements in die bisher bestehende, teils bei den Trägern unterschiedliche und heterogene Praxis der Reha(fach)beratung.

- ... die Anregung Fallmanagement nicht zu sehr in Richtung LTA zu denken, sondern bewusst auch auf Rehabilitanden auszurichten, die nach der medizinischen Rehabilitation weitergehenden Unterstützungsbedarf aufweisen.
- ... die Erkenntnis, dass das Konzept nicht nur eingedachten Experten, sondern auch dem Lesenden Klarheit verschaffen muss, und daher an einigen Stellen noch zu konkretisieren ist.
- ... die Frage wie konkret bzw. standardisiert das Konzept in seinen einzelnen Bestandteilen werden kann bzw. muss.

Dr. Buschmann-Steinhage schlug des Weiteren vor, die anwesenden Experten auch weiterhin in die Konzepterstellung einzubeziehen und eine entsprechende Feedbackschleife in den Überarbeitungsprozess einzubauen. Die Experten erklärten sich hierzu bereit.

Dr. Rolf Buschmann-Steinhage bedankte sich abschließend beim Projektteam für die gute Vorbereitung und Umsetzung des Workshops sowie bei den Teilnehmern für die engagierten und ertragreichen Diskussionen.

Programm

Montag, 20. Februar 2017

- ab 12.00 Uhr** **Anmeldung und Begrüßungsimbiss**
- 12.45 Uhr** **Begrüßung**
Dr. Rolf Buschmann-Steinhage, Dr. Rainer Kaluscha
- 13.00 Uhr** **Vorstellung Projektverlauf**
Lucia Schmid
- 13.20 Uhr** **Vorstellung „Fallmanagementdefinition“**
Prof. Dr. Peter Löcherbach
- 13.50 Uhr** **Diskussion im Plenum**
Dr. Rolf Buschmann-Steinhage
- 14.30 Uhr** **Pause**
- 15.00 Uhr** **Vorstellung Konzeptentwurf „Fallidentifikation und Zugang“**
Prof. Dr. Edwin Toepler
- 15.30 Uhr** **Kleingruppendiskussion „Fallidentifikation und Zugang“**
Moderiert durch die Mitglieder der Steuerungsgruppe
- 16.20 Uhr** **Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse im Plenum**
Moderatoren der Kleingruppen
- 17.00 Uhr** **Fallmanagementorientierte Beratung (exemplarisch dargestellt in einem Film)**
Oliver Niemann
- 17.30 Uhr** **Ende des ersten Tages**
- ab 19.30** **Möglichkeit zu gemeinsamem Abendessen der Workshopteilnehmer im Parkcafé am Fehrbelliner Platz**

Dienstag, 21. Februar 2017

- 09.00 Uhr** **Begrüßung und Erläuterung des Ablaufs**
Dr. Rolf Buschmann-Steinhage
- 09.15 Uhr** **Vorstellung Konzeptentwurf „Durchführung von Fallmanagement“**
Prof. Dr. Christian Rexrodt
- 09.35 Uhr** **Kleingruppendiskussion „Durchführung von Fallmanagement“**
Moderiert durch die Mitglieder der Steuerungsgruppe
- 10.15 Uhr** **Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse im Plenum**
Moderatoren der Kleingruppen
- 10.45 Uhr** **Pause**
- 11.15 Uhr** **Vorstellung Konzeptentwurf „Kooperation und Vernetzung“**
Dr. Rainer Kaluscha
- 11.35 Uhr** **Kleingruppendiskussion „Kooperation und Vernetzung“**
Moderiert durch die Mitglieder der Steuerungsgruppe
- 12.15 Uhr** **Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse im Plenum**
Moderatoren der Arbeitsgruppen
- 12.45 Uhr** **Schlusswort und Verabschiedung**
Dr. Rolf Buschmann-Steinhage
- 13.00 Uhr** **Ende**

**Dritter Expertenworkshop (Abschluss-
workshop) im Projekt „Fallmanagement bei
Leistungen zur Teilhabe“
19.06.17 – 20.06.17**

**Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung
an der Universität Ulm (IFR Ulm)**

im Auftrag der

Deutschen Rentenversicherung Bund

Verlauf und Zusammenfassung der Ergebnisse

19.06.2017 – Dritter Expertenworkshop Tag 1 (Abschlussworkshop)

1.1 Begrüßung der Workshopteilnehmer

Die Teilnehmer wurden durch Frau Roßbach – Präsidentin der DRV Bund – begrüßt. Frau Roßbach betonte in ihrer Ansprache die Bedeutung der beruflichen Teilhabe für das System der Rentenversicherung sowie für den Einzelnen. Zudem wies sie auf die Anforderungen hin, die sich aus dem Bundesteilhabegesetz ergeben und zu deren Erfüllung eine Vorgehensweise im Sinne des Fallmanagements einen großen Beitrag leisten kann. Dabei gehe es im Fallmanagement nicht darum, viele zusätzliche Leistungen zu erbringen, sondern eine Art Lotsenfunktion gerade auch zu Unterstützungsangeboten anderer Institutionen, wie z. B. der Kranken- und Pflegeversicherung oder der Kommunen, wahrzunehmen. Zudem blickte Frau Roßbach zusammenfassend auf das Projekt „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“ zurück und stellte das Projektteam vor. Sie dankte den Anwesenden wie auch vielen weiteren Experten, die in den vorangegangenen Fokusgruppen und Workshops zu der notwendigen Praxisorientierung des Konzepts beigetragen haben.

Herr Dr. Buschmann-Steinhage – Bereichsleiter DRV Bund – erläuterte anschließend kurz den geplanten Ablauf des Workshops.

1.2 Präsentation Projektverlauf

Der erste Beitrag auf dem Abschlussworkshop wurde von Herr Dr. Kaluscha übernommen. Er stellte den bisherigen Verlauf und die Vorgehensweise im Projekt vor.

1.3 Präsentation Fallmanagementdefinition

Herr Prof. Dr. Löcherbach übernahm anschließend die Vorstellung der im Projekt erarbeiteten Fallmanagementdefinition.

Zur Fallmanagementdefinition ergaben sich die folgenden Diskussionspunkte:

- Abgrenzung Fallmanagement – Reha(fach)beratung

Anmerkung hierzu:

- Grundsätzlich ermöglicht der Ansatz des Fallmanagements die Vorgehensweisen in der Reha(fach)beratung zu strukturieren und verschiedene Intensitätsstufen zu identifizieren. Der Fallmanagementansatz fokussiert auf eine personen- und bedarfsorientierte Vorgehensweise und bietet speziell für komplexe Fälle ein elaboriertes Verfahren an. Gleichzeitig wird die Vielfalt der Reha(fach)beratung und ihre Veranke-

rung in der Organisation deutlich. Bereits heute realisiert die Reha(fach)beratung der Rentenversicherung, je nach Träger in unterschiedlichem Umfang, Elemente des Fallmanagements.

- Die Schätzung zum Anteil an Versicherten mit Bedarf an Fallmanagement basiert auf den Versicherten, die eine medizinische Rehabilitation absolvieren und anschließend nicht beruflich integriert sind. Inwieweit kommen noch Versicherte aus dem LTA-Bereich dazu?

Anmerkungen hierzu:

- Zwischen Versicherten mit medizinischer Rehabilitation und Versicherten mit einer LTA dürfte es eine große Schnittmenge geben (d. h. viele Versicherte mit LTA haben zuvor eine medizinische Rehabilitation durchgeführt), so dass die Versicherten mit LTA bei Schätzungen zum Bedarf an Fallmanagement nicht als Gesamtgruppe addiert werden können.
- Die Schätzungen basieren auf Routinedatenauswertungen. Es wurde ausgewertet, wie viele Versicherte innerhalb der ersten sechs Monate nach medizinischer Rehabilitation nicht zumindest einen Monat sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren. Nicht eingeschlossen wurden hierbei Versicherte, die innerhalb von 24 Monaten nach der medizinischen Rehabilitation in Altersrente eintraten. Für diese Versicherten kommt ein Fallmanagement vermutlich nicht mehr in Frage.
- Im Konzept könnte bisher der Eindruck entstehen, dass es insbesondere um die intensivere und ggf. frühere Unterstützung von Versicherten mit LTA-Bedarf geht. Es sollte deutlicher betont werden, dass das Fallmanagement in gleichem Maße auf Versicherte ausgerichtet ist, für die (noch) kein LTA-Bedarf besteht, die aber dennoch Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung benötigen.
- Das Verhältnis von Fallmanagement zu den Regelungen des Bundesteilhabegesetzes werde im Konzept nicht ausreichend angesprochen (z. B. Fallmanagement und das Teilhabeplanverfahren (Wie ist das genau auszugestalten?), Fallmanagement und die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (Wird das Fallmanagement beendet, wenn eine Beratung durch die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung erfolgt?))

Anmerkungen hierzu:

- Aktuell wird die genaue Ausgestaltung des Teilhabeplanverfahrens noch in verschiedenen Gremien (u. a. auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) diskutiert, es ist daher schwer, im Konzept bereits konkret darauf einzugehen.
 - Bei einer Beratung durch die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung sollte das Fallmanagement der Rentenversicherung nicht automatisch beendet werden. Die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung stellt dann eher einen zusätzlichen Kooperationspartner dar.
- Gehören zu den angegebenen 20% von Versicherten mit Bedarf an Fallmanagement der Stufe 1 nach der medizinischen Rehabilitation auch die Versicherten, die das Fallmanagement im Weiteren ablehnen?

Anmerkungen hierzu:

- Die Schätzung 20% der Versicherten nach der medizinischen Rehabilitation betrifft die Versicherten mit Bedarf an Fallmanagement, vermutlich wird der Anteil der Versicherten, die Fallmanagement in Anspruch nehmen, noch etwas geringer sein.
- Bei der Schätzung des Ressourcenaufwandes für die Umsetzung von Fallmanagement sollten nicht nur der Aufwand, sondern auch die Einsparungen aufgrund einer höheren beruflichen Wiedereingliederungsquote oder einem geringeren Anteil an Versicherten, die frühzeitig verrentet werden, berücksichtigt werden. Zudem berichten Rentenversicherungsträger mit Fallmanagementenerfahrung, dass durch ein frühzeitig einsetzendes Fallmanagement bei Versicherten ohne LTA-Bedarf möglicherweise ein ungünstiger Verlauf verhindert und später ggf. notwendige teure LTA vermieden werden können.

1.4 Präsentation der Einzelfallebene im Fallmanagement

Im Anschluss stellte Herr Prof. Dr. Rexrodt die im Konzept beschriebene Vorgehensweise auf Einzelfallebene im Fallmanagement vor.

Zur Einzelfallebene ergaben sich die folgenden Diskussionspunkte:

- Wie viele Termine mit dem Versicherten sind mindestens in Stufe 1 des Fallmanagements notwendig?

Anmerkungen hierzu:

- In der Regel sind zwei Kontakte notwendig. Ein Kontakt für die Entscheidung, ob eine Unterstützung im Fallmanagement angezeigt ist und die Bedarfsermittlung sowie ein Kontakt für die Beendigung des Fallmanagements und die Evaluation.
- Wann wird das Fallmanagement beendet?

Anmerkungen hierzu:

- Fallmanagement wird beendet, wenn eine stabile berufliche Wiedereingliederung erreicht wurde.
 - Fallmanagement wird fortgeführt, solange bei vorliegendem Unterstützungsbedarf eine positive Prognose dafür besteht, dass durch das Fallmanagement eine Verbesserung der beruflichen Teilhabe erzielt werden kann.
- Bei den Fallmanagementangeboten in Stufe 2 sollte nicht von Programmen gesprochen werden. Hier sollte ein anderer Begriff (ggf. Pfad) verwendet werden. Der verwendete Begriff muss entsprechend erläutert werden.

Anmerkungen hierzu:

- Es muss deutlich gemacht werden, dass ein teilstandardisiertes Vorgehen bisher in vielen Bereichen bereits besteht, dass dies aber häufig noch beschrieben und verschriftlicht werden muss, um Versicherte im Sinne von „Pfad“ der Stufe 2 des Fallmanagementkonzeptes unterstützen zu können.
 - Ggf. könnte hier ein Handbuch mit Praxisbeispielen hilfreich sein.
- Bisher wird der Eindruck erweckt, dass die Bedarfsklärung bzw. das Assessment in Stufe 1 auch ausschließlich auf Aktenbasis möglich ist. Es sollte deutlicher werden, dass auch hier ein persönliches Gespräch notwendig ist. Ein gewisser Grad an Assessment sollte für alle Stufen gewährleistet werden (Stichwort „adaptive Assessment“).

Anmerkungen hierzu:

- Auf den Begriff „nach Aktenlage“ sollte an dieser Stelle verzichtet werden.
 - Der Begriff „Assessment“ kann unterschiedlich verstanden werden (Assessment als Testverfahren (z. B. FCE-Verfahren) oder Assessment als individuelle Bedarfsermittlung auch im Rahmen eines Gesprächs).
- Es muss geklärt werden, ob das Erstberatungsgespräch auch bereits zum Fallmanagement Stufe 1 gehört.

1.5 Präsentation der Organisationsebene im Fallmanagement

Herr Prof. Dr. Toepler übernahm im Weiteren die Vorstellung der Organisationsebene des Fallmanagementkonzeptes.

Zur Organisationsebene ergaben sich die folgenden Diskussionspunkte:

- Auch bei der Übernahme des Fallmanagements durch einen externen Dienstleister muss das Fallmanagement in der Organisation des Rentenversicherungsträgers verankert werden. Dies ist eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen des Fallmanagements.

Anmerkungen hierzu:

- Im Konzept sollte das Verhältnis des Rentenversicherungsträgers zum externen Dienstleister sowie die bestehenden Verantwortlichkeiten nochmals dargestellt und erläutert werden.
- Wie soll mit Kennzahlen in der Qualitätssicherung im Fallmanagement umgegangen werden?

Anmerkungen hierzu:

- Zu unterscheiden ist die Verwendung von Kennzahlen zur Beschreibung der aktuellen Situation und die Verwendung von Kennzahlen als Zielgröße. Bei der Einführung von Fallmanagement erscheinen beschreibende Kennzahlen als angemessener.
- Welche Elemente im Konzept sollten bei allen Rentenversicherungsträgern einheitlich gestaltet werden, um einen gemeinsamen Rahmen für das Fallmanagement der Rentenversicherung zu erzielen?

Anmerkungen hierzu:

- Sinnvoll erscheint dies unter anderem für den Bereich IT-Unterstützung, Dokumentation oder auch für rechtliche Aspekte des Fallmanagements.
- Für den Zugang aus der medizinischen Rehabilitation in das Fallmanagement erscheint ein bloßes Kreuz im Entlassbericht (in Analogie zur LTA-Empfehlung) nicht ausreichend. Es sei erforderlich, zusätzlich Informationen zur Situation des Versicherten zu übermitteln, die für die Einleitung und Durchführung des Fallmanagements relevant sind. Zudem sollte direkt Kontakt mit der Reha(fach)beratung aufgenommen werden. Hier sind entsprechende Vereinbarungen mit den Rehabilitationseinrichtungen zu treffen.

1.6 Präsentation der Netzwerkebene im Fallmanagement

Den Abschluss der Konzeptvorstellung übernahm Frau Schmid. Sie erläuterte die Inhalte des Konzeptes zur Netzwerkebene des Fallmanagements.

Zur Netzwerkebene ergaben sich die folgenden Diskussionspunkte:

- Als interner Kooperationspartner sollten auch die Ansprechstellen nach § 12 SGB IX (neu) berücksichtigt werden.
- Regionale Netzwerke sind zentral für die Umsetzung von Fallmanagement. Rahmenab-sprachen müssen auf regionaler Ebene konkretisiert werden.

20.06.2017 – Dritter Expertenworkshop Tag 2 (Abschlussworkshop)

1.7 Begrüßung der Workshopteilnehmer

Tag 2 des Abschlussworkshops startete mit einem kurzen Rückblick auf den ersten Workshoptag durch Herrn Dr. Buschmann-Steinhage. Als zentrale Punkte und offene Fragen des ersten Workshoptages nannte er die folgenden:

- Fallmanagement ist nicht ausschließlich auf Versicherte mit LTA-Bedarf ausgerichtet, Fallmanagement richtet sich ausdrücklich auch an Versicherte, die Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung benötigen, für die aber derzeit kein LTA-Bedarf besteht.
- Wo liegt die Fallverantwortung bei der Durchführung eines externen Fallmanagements?
- Welche Elemente bei der Umsetzung von Fallmanagement wollen die Träger einheitlich gestalten?
- Wo liegen die Schnittstellen des Fallmanagements der Rentenversicherung zum Bundessteilhabegesetz?
- Zudem gibt es an einigen Stellen noch Unklarheiten im Konzept, die erläutert werden sollten.

Im Anschluss gab Herr Dr. Buschmann-Steinhage einen Überblick über den weiteren Verlauf des Workshops.

1.8 Podiumsdiskussion

Unter Moderation von Herrn Dr. Buschmann-Steinhage und Herrn Prof. Dr. Löcherbach folgte anschließend eine Podiumsdiskussion mit den Teilnehmern Herrn Gödecker-Geenen (DRV Westfalen), Herrn Dannenberg (DRV Nord) und Herrn Niemann (DRV Braunschweig-Hannover). Die Teilnehmer der Podiumsdiskussion stellten die Gründe für die Einführung

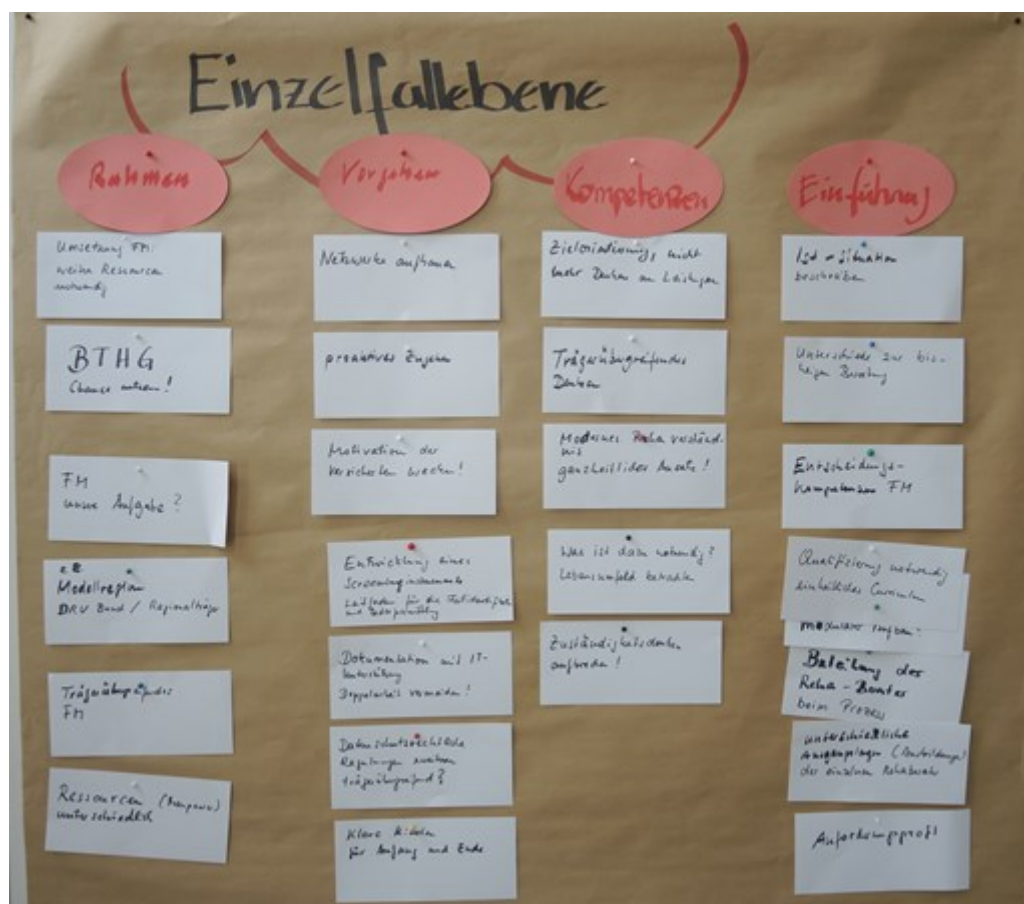
von Fallmanagement in ihrem Hause und die Erfahrungen mit den umgesetzten Fallmanagementkonzepten vor. Zudem wurden Fragen aus dem Plenum beantwortet.

1.9 World-Café

Nach einer kurzen Erläuterung folgte die Durchführung von Kleingruppendiskussionen im Rahmen eines World-Cafés. In drei Gruppen diskutierten die Workshopteilnehmer über die Themen Implementierung von Fallmanagement auf Einzelfallebene, auf Organisationsebene und auf Netzwerkebene.

Im Folgenden werden die zentralen Aspekte der Diskussionen kurz zusammengefasst.

Themengebiet 1: Implementierung auf Einzelfallebene



In den Diskussionsrunden zur Implementierung des Fallmanagements auf Einzelfallebene wurden die folgenden Punkte angesprochen:

Rahmenbedingungen:

Zunächst standen die Rahmenbedingungen für eine effektive und effiziente Vorgehensweise im Fallmanagement im Mittelpunkt. Es wurde schnell deutlich, dass die notwendigen personellen Ressourcen vorhanden sein müssen, um ein Fallmanagement gemäß dem Konzept

leisten zu können. Das Bundesteilhabegesetz und die damit verbundenen Neuerungen werden von den Experten als Chance gesehen, das Fallmanagement jetzt anzustoßen. Eine gute Möglichkeit dafür wäre ein gemeinsames Vorgehen der jeweiligen Regionalträger und der Bundesträger in Modellregionen, in denen dann auch trägerübergreifend, z. B. mit der Krankenversicherung, der Unfallversicherung oder der Arbeitsagentur zusammengearbeitet wird.

Vorgehen:

Bezüglich des Vorgehens im Einzelfall wurde deutlich, dass definierte Kriterien gewünscht sind, wann ein Fallmanagement beginnen und wann ein Fallmanagement enden soll. Für die Zugangskriterien wird die Entwicklung eines hilfreichen Screening-Instrumentariums angeregt. Dies bedingt auch, dass datenschutzrechtliche Regelungen ggf. angepasst werden müssen. Begründet wird dies mit dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF und der damit verbundenen Erfordernis, auch Kontextfaktoren zu erfassen. Bezüglich der Dokumentation im Fallmanagement wird eine IT-gestützte Plattform benötigt, mit deren Hilfe auch trägerübergreifend Doppelerhebungen vermieden werden können. Weiterhin werden zur Umsetzung von Fallmanagement ein pro-aktives, motivationsförderndes Handeln und der Aufbau professioneller Netzwerkstrukturen als notwendig angesehen.

Kompetenzen:

Angesprochen werden des Weiteren die notwendigen Kompetenzen für die Umsetzung von Fallmanagement. Hier stellt insbesondere ein modernes, ganzheitliches Verständnis von Rehabilitation sowie ein zielorientiertes und nicht maßnahmengeleitetes sowie trägerübergreifendes Denken ein wesentliches Element dar. Das traditionelle Zuständigkeitsdenken muss überwunden werden. Die Frage muss sein „Was ist im Einzelfall notwendig?“ Dabei ist grundsätzlich das gesamte Lebensumfeld des Rehabilitanden zu betrachten – eine Fixierung auf das eigene Leistungsportfolio ist zu vermeiden.

Einführung:

Des Weiteren betrachteten die Diskussionsteilnehmer auch die Einführung des Fallmanagements auf Einzelfallebene. Die Experten schlagen vor, im Zuge einer Soll-Ist-Analyse die Unterschiede zur aktuellen Praxis der Beratung transparent darzustellen. Ein Kernpunkt sind dabei die für das Fallmanagement erforderlichen Entscheidungskompetenzen „vor Ort“. Bei der Konzeption der Qualifizierungsmodule müssen des Weiteren die unterschiedlichen Vorbildungen und Vorerfahrungen der Reha-Berater berücksichtigt werden. Entsprechend wird ein modular aufgebautes, aber deutschlandweit einheitliches Curriculum favorisiert. Eine trägerübergreifende Zusammenarbeit hätte hier auch logistische Vorteile, da so schneller die

notwendigen Teilnehmerzahlen für Schulungen erreicht und die einzelnen Träger organisatorisch entlastet werden können. Der gesamte Einführungsprozess soll unter enger Einbindung der Reha-Berater realisiert werden, damit diese die Einführung des Fallmanagements auch auf ihr eigenes Engagement zurückführen können.

Themengebiet 2: Implementierung auf Organisationsebene



In den Diskussionsrunden wurden zur Implementierung des Fallmanagements auf Organisationsebene folgende Punkte diskutiert:

Motivation für die Einführung:

Die Teilnehmer betonten zunächst die Bedeutung des Bundesteilhabegesetzes, aus dem sich aus ihrer Sicht die Notwendigkeit eines systematischen Fallmanagements ableiten lässt. Zudem bietet auch das Flexirentengesetz Ansatzpunkte für das Fallmanagement. Neben diesen externen Faktoren stellen die weiter verbesserte Versichertenorientierung sowie die stärkere Einbeziehung des Arbeitgebers wichtige, auch nichtmonetäre Nutzenaspekte des Fallmanagements dar, so dass das Fallmanagement aus Sicht der Experten der Diskussionsrunde in der Gesamtbetrachtung als Chance für die Weiterentwicklung der Rehabilitation durch die Rentenversicherung betrachtet wird.

Organisatorische Verankerung:

Das Fallmanagement sollte als organisatorische Einheit installiert werden, entweder in einer bestehenden Organisationseinheit oder als neue organisatorische Einheit. Nicht zielführend erscheint es den Diskussionsteilnehmern, das Fallmanagement lediglich als zusätzliche Aufgabe der Reha-Abteilung zu betrachten. Im Weiteren sollte bei der organisatorischen Verankerung darauf geachtet werden, dass die Fallmanager über die notwendige Entscheidungskompetenz für die Durchführung des Fallmanagements verfügen. Weiter gehört die Einbeziehung der Selbstverwaltung und der Führungsebenen zur organisatorischen Verankerung. Die Teilnehmer betonen auch die Einbeziehung der Netzwerkebene und im Fall der externen Vergabe des Fallmanagements die Formulierung von Anforderungen an externe Fallmanagement-Dienstleister.

Ressourcen:

Für die Experten der Diskussionsrunden ist es zentral, dass die inhaltlichen Diskussionen zum Fallmanagement nicht von der Ressourcendiskussion dominiert werden. Übereinstimmend wird festgehalten, dass eine personelle Grundausstattung für das Fallmanagement geschaffen werden sollte, bevor die Leistung erbracht werden kann. Dies ist auch bezüglich der Motivation im Bereich der Reha(fach)beratung wesentlich. Eine genaue Berechnung der erforderlichen Ressourcen kann jedoch erst nach einer Modellphase erfolgen. Die Teilnehmer sprechen sich dafür aus, die für den Beginn notwendigen Ressourcen sinnvollerweise auf Trägerebene festzulegen. Dazu ist es notwendig, den Rahmen und die Zielgruppe für die modellhafte Einführung des Fallmanagements zu definieren.

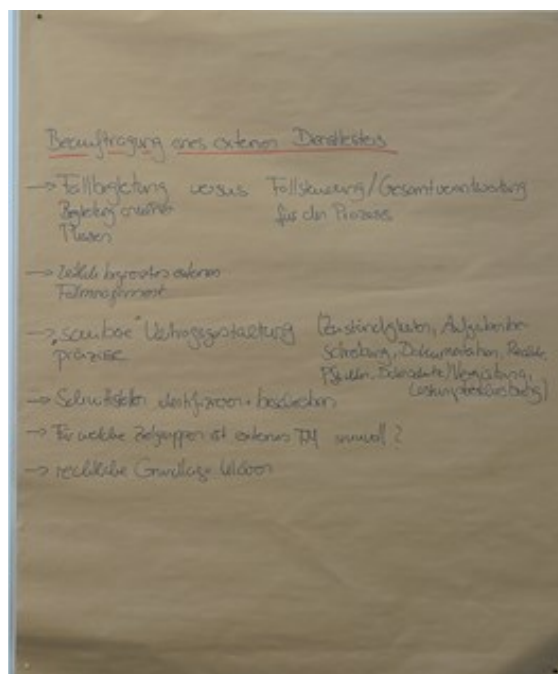
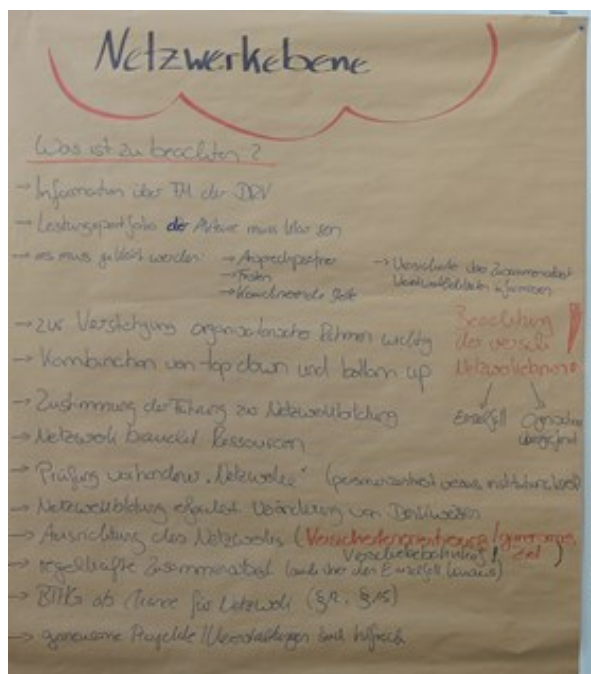
Einführung:

Die Teilnehmer schlagen eine modellhafte Einführung in ca. vier bis fünf regionalen Modellprojekten vor. Die Einführung sollte grundsätzlich trägerübergreifend, aber unter maßgeblicher Einbeziehung der jeweiligen Regionalträger durchgeführt werden. In den Modellprojek-

ten sollten unterschiedliche Zielgruppen und Umsetzungsmöglichkeiten erprobt werden. Begonnen werden sollte mit Zielgruppen, für die ein deutlicher Fallmanagementbedarf vorliegt. Genannt werden z. B. Fallmanagementprojekte für psychisch bzw. psychosomatisch erkrankte Personen sowie eine externe und eine interne Erbringung von Fallmanagement. Die Modellprojekte sollten wissenschaftlich begleitet und in Bezug auf die Wirksamkeit evaluiert werden. Zu achten ist aus Sicht der Teilnehmer auf einen, allen Modellprojekten gemeinsamen Fallmanagementkern, auf dem aufbauend regionale Besonderheiten und Schwerpunktsetzungen möglich sind („Buffet-Modell“). Der gemeinsame Kern betrifft die Fallmanagementdefinition und das Stufenmodell. Zu ihm gehört es auch, das Fallmanagement einheitlich in der IT-Struktur abzubilden und gemeinsame Instrumente vorzusehen.

Für die Einführung erscheinen den Teilnehmern zeitlich zu den Einführungsschritten versetzt stattfindende Schulungen sinnvoll. Hierfür sollte ein gemeinsames, auf anerkannten Standards beruhendes Curriculum entwickelt werden. Das Curriculum sollte sich an den spezifischen Bedingungen der Rentenversicherungsträger und den dort für das Fallmanagement vorgesehenen Berufsgruppen orientieren. Im Rahmen der Schulungen sollte auch ein Austausch der für unterschiedliche Träger tätigen Fallmanager ermöglicht werden.

Themengebiet 3: Implementierung auf Netzwerkebene



In den drei Diskussionsrunden zur Implementierung von Fallmanagement auf Netzwerkebene wurden folgende Punkte diskutiert:

Verständnis von Netzwerk:

Inhaltlich differenzieren die Diskussionsteilnehmer zwischen Netzwerkarbeit, die sich direkt auf den Einzelfall bezieht und Netzwerkarbeit, die die Besprechung übergreifender Herausforderungen und Vereinbarungen betrifft.

Voraussetzungen für Netzwerkarbeit:

Im Rahmen der Diskussionen wurde als wichtige Voraussetzung für den Aufbau und die Pflege von Netzwerken die Zustimmung und Unterstützung der Führungsebene genannt. Diese Unterstützung durch die Führungsebene beinhaltet insbesondere die Bereitstellung von Ressourcen für die Netzwerkarbeit. Zudem erfordert die Arbeit im Netzwerk aus Sicht der Teilnehmer die Veränderung bestehender Denkweisen. Bewusst oder unbewusst stehen häufig bei der Zusammenarbeit insbesondere von Sozialleistungsträgern die Interessen der eigenen Organisation im Vordergrund. Netzwerkarbeit kann aber nur dann erfolgreich stattfinden, wenn die Interessen und Bedarfe des Versicherten im Mittelpunkt stehen. Insofern sollte die bestmögliche Unterstützung des Versicherten für alle Beteiligten eines Netzwerks das vorrangige Ziel sein. Als eine Chance für die Netzwerkarbeit werden auch die gesetzlichen Vorgaben des SGB IX gesehen. So lasse sich unter anderem bereits aus § 12 SGB IX (alt) sowie aus § 15 SGB IX (neu) die Notwendigkeit von Netzwerken ableiten.

Aufbau von Netzwerken:

Der Aufbau von Netzwerken kann aus Sicht der Diskussionsteilnehmer sowohl aus der Praxis heraus (bottom up) als auch über Rahmenvereinbarungen (top down) erfolgen. Abhängig ist dies unter anderem von den jeweiligen Netzwerkpartnern. Auch ein bottom up angebahntes Netzwerk muss jedoch letztendlich über schriftliche Vereinbarungen abgesichert werden. Zum Netzwerkaufbau gehören für die Diskussionsteilnehmer die Information der Netzwerkpartner über das Fallmanagementangebot der Rentenversicherung sowie die Information der Rentenversicherungsmitarbeiter über das Leistungsportfolio der anderen Akteure im Netzwerk. Es gilt zudem, in einem Netzwerk Ansprechpartner, Fristen sowie die koordinierende Stelle festzulegen, außerdem muss der Versicherte über die Netzwerkarbeit und die Akteure im Netzwerk informiert sein. Auch die den Prozess koordinierende Stelle muss dem Versicherten bekannt sein. Aus Sicht der Diskussionsteilnehmer kann die Netzwerkarbeit durch aktorsübergreifende Projekte oder Veranstaltungen unterstützt werden. Im Rahmen des Aufbaus neuer Netzwerke sollten im Weiteren bestehende Netzwerke darauf geprüft werden, inwieweit sie tatsächlich die Kriterien eines Netzwerkes erfüllen.

Externes Fallmanagement:

In den Diskussionen wurde neben den beschriebenen Punkten auch das Themengebiet des externen Fallmanagements angesprochen. Aus Sicht der Teilnehmer verbleibt auch bei einem externen Fallmanagement die Gesamtverantwortung für den Prozess beim zuständigen Rentenversicherungsträger – Schnittstellen zwischen dem externen Fallmanager und dem beim Rentenversicherungsträger verantwortlichen Mitarbeiter müssen daher identifiziert und beschrieben werden. Zudem ist eine präzise Vertragsgestaltung mit dem externen Dienstleister eine wichtige Voraussetzung für eine gelingende Zusammenarbeit. Hierbei sind beispielsweise die zu erbringenden Leistungen, die Dokumentationspflichten und die Vergütung zu klären. Zentral ist es, die rechtlichen Grundlagen eines externen Fallmanagements sowie die Zielgruppe, für die ein externes Fallmanagement bei einem Rentenversicherungsträger in Betracht kommt, festzulegen.

1.10 Abschluss und Verabschiedung

Zum Abschluss des Workshops wurde von Herrn Dr. Buschmann-Steinhage ein Fazit gezogen, hierbei hob er die folgenden Punkte hervor:

- Die Umsetzung von Fallmanagement erfordert Ressourcen, die von den Rentenversicherungsträgern zur Verfügung gestellt werden müssen.
- Die Umsetzung von Fallmanagement ist mit einer Veränderung von Vorgehens-/Arbeitsweisen und damit auch einer Veränderung von Denkweisen verbunden. Zudem brauchen die Fallmanager die für eine erfolgreiche Arbeit notwendigen Qualifikationen.
- Die Vorgehensweisen der Rentenversicherungsträger im Fallmanagement sind derzeit unterschiedlich. Es gehe nun darum, sich auf einen einheitlichen Rahmen und zentrale Punkte des Fallmanagements, die von allen umgesetzt werden, zu einigen.
- Sowohl die Regional- als auch die Bundesträger müssen sich im Fallmanagementkonzept wiederfinden können.
- Fallmanagement kann helfen, die gesetzlichen Anforderungen des Bundesteilhabegesetzes zu erfüllen.

Im weiteren Projektverlauf erfolgt nun die Einarbeitung der Anmerkungen des Expertenworkshops ins Konzept. Anfang September wird das letzte Treffen der Projektsteuerungsgruppe stattfinden. Nach Abschluss der Konzeptüberarbeitung wird das Konzept in verschiedenen Gremien der DRV Bund (z. B. AKRQG – Arbeitskreis Reha-Wissenschaft, Qualitätssicherung und Grundsätze sowie der Selbstverwaltung) diskutiert und dort das weitere Vorgehen festgelegt.

Das Projekt endet zum 30.09.2017.

Abschließend dankte Herr Dr. Buschmann-Steinhage dem Projektteam für die Organisation und Vorbereitung des Workshops sowie den Teilnehmern für die anregenden und produktiven Diskussionen.

Programm

Montag, 19. Juni 2017

- ab 12.00 Uhr** **Anmeldung und Begrüßungsimbiss**
- 12.45 Uhr** **Begrüßung**
Präsidentin Gundula Roßbach
- 13.00 Uhr** **Vorstellung des Projektes**
Dr. Rainer Kaluscha
- 13.15Uhr** **Fallmanagementdefinition in der DRV**
Prof. Peter Löcherbach
- 13.35 Uhr** **Diskussion im Plenum**
Moderation: Dr. Rolf Buschmann-Steinhage
- 14.00 Uhr** **Vorstellung des Konzeptes: Einzelfallebene im Fallmanagement**
Prof. Christian Rexrodt
- 14.20 Uhr** **Diskussion im Plenum**
Moderation: Dr. Rolf Buschmann-Steinhage
- 14.45 Uhr** **Pause**
- 15.15 Uhr** **Vorstellung des Konzeptes: Organisationsebene im Fallmanagement**
Prof. Edwin Toepler
- 15.35 Uhr** **Diskussion im Plenum**
Moderation: Dr. Rolf Buschmann-Steinhage
- 16.00 Uhr** **Vorstellung des Konzeptes: Netzwerkebene des Fallmanagements**
Lucia Schmid
- 16.20 Uhr** **Diskussion im Plenum**
Moderation: Dr. Rolf Buschmann-Steinhage
- 16.45 Uhr** **Ende des ersten Tages**
- ab 19.30** **Möglichkeit zu gemeinsamem Abendessen der Workshopteilnehmer
im Restaurant Salento, Eisenzahnstraße 16**

Dienstag, 20. Juni 2017

- 09.00 Uhr** **Begrüßung**
Dr. Rolf Buschmann-Steinhage
- 09.10 Uhr** **Podiumsdiskussion: Einführung von Fallmanagement – Chancen und Herausforderungen**
Teilnehmer: Norbert Gödecker-Geenen, Oliver Niemann,
Steffen Dannenberg
Moderation: Dr. Rolf Buschmann-Steinhage, Prof. Peter Löcherbach
- 10.10 Uhr** **Pause**
- 10.40 Uhr** **Implementierung von Fallmanagement
„World-Café“ in 3 Runden**
Moderiert durch die Mitglieder der Steuerungsgruppe
Themen:
6. Einzelfallebene
7. Organisationsebene
8. Netzwerkebene
- 12.00 Uhr** **Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse des „World-Cafés“**
Moderatoren der Themengruppen
- 12.30 Uhr** **Ausblick und Verabschiedung**
Dr. Rolf Buschmann-Steinhage
- 12.45 Uhr** **Ende**

Anhang 5: Fallmanagementkonzept

Konzept zum
„Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“
der Deutschen Rentenversicherung

1. Hintergrund

Der demografische Wandel und die sich aus einer schnell verändernden Arbeitswelt ergebenden Anforderungen an die Beschäftigten haben zu einer Veränderung der Bedarfe in Bezug auf Rehabilitation und Teilhabe geführt. Gleichzeitig ist eine deutliche Zunahme der Bedeutung psychischer Erkrankungen zu beobachten. Mehr denn je besteht für die Rentenversicherung die Notwendigkeit, zur Erreichung des Ziels der nachhaltigen beruflichen (Wieder-)Eingliederung möglichst zeitnah, passgenau und ganzheitlich in der Beratung, Rehabilitation und Unterstützung der Versicherten vorzugehen. Eine Vorgehensweise im Sinne des Fallmanagements kann hierzu einen wichtigen Beitrag leisten. Den Rahmen für rehabilitative Leistungen bilden die in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), der UN-Behindertenrechtskonvention sowie den Vorgaben des Sozialgesetzbuchs (SGB) IX (einschließlich des Bundesteilhabegesetzes (BTHG)) verankerten Grundsätze. Auch diese benennen bereits wesentliche Elemente einer Vorgehensweise im Sinne des Fallmanagements.

1.1. Demografischer Wandel und Veränderungen der Arbeitswelt

Zu den zentralen gesellschaftlichen Veränderungen mit Auswirkungen auf die Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung zählt der demografische Wandel. Nach Prognosen des statistischen Bundesamtes kommt es aufgrund des Renteneintritts der geburtenstarken Jahrgänge bei gleichzeitig recht niedriger Geburtenrate zu einer Verringerung der Erwerbspersonenzahl sowie des Anteils der Erwerbspersonen an der Gesamtbevölkerung. Dies stellt insbesondere für das umlagefinanzierte System der sozialen Sicherung eine Herausforderung dar. Zugleich wird es als Folge des demografischen Wandels zu einem höheren Anteil älterer Arbeitnehmer und damit einer Alterung der Erwerbsbevölkerung insgesamt kommen (Statistisches Bundesamt, 2009³; Statistisches Bundesamt, 2013). Wie Routinedatenauswertungen der gesetzlichen Rentenversicherung zeigen, steigt die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung mit dem Alter der Versicherten. Der demografische Wandel wird damit auch – zumindest zeitweise – zu steigenden Ausgaben auf Seiten der Rentenversicherung führen (DRV, 2016).

Begleitet wird der demografische Wandel durch eine sich auf Basis von Digitalisierung, Globalisierung und kulturellem Wandel schnell verändernde Arbeitswelt. Diese ist gekennzeichnet durch ... (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2017)

³ Alle Angaben unter Berücksichtigung des wahrscheinlichsten Prognosevariante „Primärvariante“

- einen Wegfall von Arbeitsplätzen mit hohem Anteil an Routinetätigkeiten und einer gleichzeitigen Zunahme von Arbeitsplätzen beispielsweise in den Bereichen IT, Forschung und Entwicklung,
- eine einerseits starke Vereinfachung von Arbeitsprozessen, bei denen nur noch monotone Arbeiten durch Menschen übernommen werden, und andererseits eine Verdichtung von Arbeitsprozessen durch zunehmend komplexere, vernetzte und autonome Systeme,
- einen zunehmenden Fachkräftemangel insbesondere im Bereich hochqualifizierter naturwissenschaftlicher Tätigkeiten,
- einen Rückgang an Normalarbeitsverhältnissen und eine Zunahme an atypischer Beschäftigung wie geringfügige und befristete Beschäftigung oder Leiharbeit,
- einen Trend hin zu flexiblen Arbeitszeiten und dezentralen Arbeitsorten und damit verbunden höhere Anforderungen an die zeitliche und örtliche Flexibilität der Arbeitnehmer.

Diese Veränderungen können für den Einzelnen Chancen, für Andere aber auch große Herausforderungen darstellen, die die Aufrechterhaltung oder (Wieder-)Eingliederung in das Erwerbsleben bei chronischen Erkrankungen deutlich erschweren.

1.2. Bedeutung psychischer Erkrankungen

Psychische Erkrankungen haben in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Wie Auswertungen verschiedener Krankenkassen zeigen, sind die Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Erkrankungen seit 2005 deutlich angestiegen (BKK Dachverband, 2015; Badura et al, 2016, Techniker Krankenkasse, 2016). Auch für die Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung ist diese Entwicklung zu beobachten. So hat die Anzahl an medizinischen Rehabilitationsleistungen aufgrund psychischer Erkrankungen deutlich zugenommen. Im Jahr 2008 wurden rund 148.100 stationäre medizinischen Rehabilitationsleistungen aufgrund psychischer Erkrankungen durchgeführt, im Jahr 2015 waren es bereits rund 176.600 Maßnahmen (DRV, 2016). Auch die Bedeutung von psychischen Komorbiditäten in der medizinischen Rehabilitation somatischer Erkrankungen ist nicht zu unterschätzen. Bei rund 20% der Rehabilitanden mit somatischen Erkrankungen treten diese auf (DRV, 2015). Entsprechend dem für den Bereich der medizinischen Rehabilitation zu beobachtenden Anstieg kann diese Entwicklung auch für den Bereich der Erwerbsminderungsrenten beobachtet werden. Im Jahr 2015 erhielten 29% mehr Personen eine Erwerbsminderungsrente aufgrund einer psychischen Erkrankung als noch 2008 (DRV, 2016). Auch wenn noch zu diskutieren ist, inwieweit der Anstieg auf eine höhere gesellschaftliche Sensibilität und nicht eine tatsächliche Zunahme der Erkrankungen zurückzuführen ist, muss möglichst frühzeitig mit passenden Beratungs- und Leistungsangeboten reagiert werden.

1.3. Normative Anforderungen an die Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung

Sowohl die gesetzliche Verankerung der ICF im SGB IX als auch die Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention haben einen Paradigmenwechsel in der Rehabilitation eingeleitet. Dieser ist gekennzeichnet durch ...

- eine Ausrichtung am Ziel der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft,
- die Förderung der Selbstbestimmung und Eigenverantwortung einer Person,
- einer ganzheitlichen Betrachtung der Gesundheitssituation einer Person einschließlich der personbezogenen Faktoren und der Umweltfaktoren,
- einem verstärkt ressourcenorientierten und individuellen Vorgehen.

Die Träger der sozialen Sicherungssysteme und darunter auch die gesetzliche Rentenversicherung sind aufgefordert, ihre Beratungs- und Leistungsangebote so auszugestalten, dass diese Grundsätze Berücksichtigung finden.

Insbesondere im BTHG finden sich wichtige Anforderungen an die Leistungsträger, die die bereits genannten Punkte weiter betonen und bei entsprechendem Bedarf eine Vorgehensweise im Sinne des Fallmanagements nahe legen. Zentral ist hier die Umsetzung des Teilhabeplanverfahrens, das insbesondere eine stärkere Zusammenarbeit der Leistungsträger erfordert.

1.4. Zielsetzung des Konzeptes

Vor dem Hintergrund der dargestellten Veränderungen und der gegebenen Grundsätze rehabilitativer Arbeit führen bereits heute verschiedene Rentenversicherungsträger Fallmanagement durch, um durch ein passgenaues Leistungsangebot die langfristige berufliche (Wieder-)Eingliederung zu fördern. Die Vorgehensweisen der verschiedenen Träger bei der Umsetzung von Fallmanagement unterscheiden sich jedoch deutlich. Mit dem nun vorliegenden Konzept sollen daher gemeinsame Eckpunkte für ein Fallmanagement geschaffen werden, die bei allen Rentenversicherungsträgern Anwendung finden können.

2. Rechtliche Rahmenbedingungen

Die Rentenversicherungsträger erbringen Leistungen zur Teilhabe, um die Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu erhalten oder wieder herzustellen. Genauer ist es das Ziel dieser Leis-

tungen der Rentenversicherung, „den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten vorzubeugen, entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern und sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederinzugliedern“ (§ 9 SGB VI). Um dieses Ziel zu erreichen, gehören zum Leistungsumfang der Rentenversicherung insbesondere Leistungen zur Prävention (§14 SGB VI), Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 15 SGB VI), Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 16 SGB VI), Leistungen zur Nachsorge (§ 17 SGB VI) sowie sonstige und ergänzende Leistungen (§§ 31, 28 SGB VI). Die gesetzlichen Grundlagen dieser Leistungen sind im SGB VI und SGB IX definiert.

Erst in jüngster Vergangenheit wurden verschiedene gesetzliche Änderungen beschlossen, die auch Auswirkungen auf die Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung haben. Hierzu gehören insbesondere die Änderungen, die sich aus der Verabschiedung des BTHG und dessen schrittweiser Umsetzung ab 2017 im SGB IX ergeben. In den gesetzlichen Vorgaben des SGB IX (neu) wird nun eine deutlich stärkere Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger gefordert. Dies spiegelt sich insbesondere in den §§ 14 und 15, 19 bis 21 sowie 25 wieder. Zur Umsetzung einer besseren Zusammenarbeit soll das sog. Teilhabeplanverfahren eingeführt werden. In Fällen, bei denen Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder verschiedener Rehabilitationsträger in Anspruch genommen werden, sollen demnach ein Teilhabeplan erstellt und bei Bedarf Teilhabeplankonferenzen mit den an der Leistungserbringung beteiligten Akteuren durchgeführt werden. Diese Neuerungen ergänzen damit die bereits bisher im SGB IX enthaltene Vorgaben zur Leistungserbringung; allen voran die Forderung nach einer nahtlosen und zügigen Erbringung von Leistungen in § 12 SGB IX (alt). Auch die Zusammenarbeit der Träger wurde bereits bisher gesetzlich geregelt (§§ 12-13 SGB IX (alt)). Mit Blick auf die Vorgehensweisen des Fallmanagements beschreiben diese Paragraphen bereits wesentliche Prinzipien und legen damit auch die Umsetzung des Fallmanagements nahe.

Neben den im BTHG enthaltenen Änderungen trat zum 14. Dezember 2016 das „Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz – FlexiG)“ in Kraft. Dieses erweitert den Katalog der Pflichtleistungen der Rentenversicherung unter anderem um Präventionsleistungen (§ 14 SGB VI) sowie um Leistungen der Nachsorge (§ 17 SGB VI).

3. Fallmanagementdefinition der Rentenversicherung

Der Begriff „Fallmanagement“ wird in der Praxis nicht immer einheitlich verwendet, so dass für das vorliegende Konzept zunächst ein gemeinsames Verständnis des Begriffs hergestellt werden soll. Bezogen auf die Rehabilitation der Rentenversicherung reicht insbesondere bei erschwerenden Bedingungen eine reine Beratung zur Wiederherstellung der beruflichen Teilhabe oft nicht aus. Hier bietet Fallmanagement einen Rahmen für die weitere Begleitung der betroffenen Versicherten und die notwendige Koordination der Maßnahmen. International wird häufig der Begriff „Case Management“ verwendet, welcher den theoretischen Bezugsrahmen dieses Konzepts darstellt.

Dem vorliegenden Fallmanagementkonzept für die Rentenversicherung wird die folgende Fallmanagementdefinition zu Grunde gelegt:

Fallmanagementdefinition

Das Fallmanagement der Deutschen Rentenversicherung ist eine am individuell zu ermittelnden Bedarf ausgerichtete Vorgehensweise und verfolgt primär das Ziel der Erhaltung und Wiedererlangung der Teilhabe am Arbeitsleben. Kernelemente sind eine personenorientierte Beratung, Planung, Begleitung und Koordination des Rehabilitationsprozesses. Fallmanagement greift die besonderen beruflichen Problemlagen auf und umfasst unterschiedliche Intensitätsstufen. Dabei ist die schnittstellenübergreifende Vernetzung benötigter Leistungsangebote von zentraler Bedeutung.

Bei der Bedarfsermittlung wird das bio-psycho-soziale Modell der ICF zugrunde gelegt. Die Ausgestaltung des Fallmanagements im Einzelfall ist in entscheidendem Maße abhängig vom fördernden und hemmenden Einfluss der person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren. Die selbstbestimmte Teilhabe des Versicherten bleibt wesentliches Ziel des Fallmanagements.

Das Management im Einzelfall bedarf einer adäquaten Einbindung in die Organisation und in das regionale Versorgungssystem. Die Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen und die Vernetzung mit anderen Akteuren stellen dabei Organisationsaufgaben der Rentenversicherungsträger dar.

Erläuterungen zur Definition:

„am individuell zu ermittelnden Bedarf ausgerichtete Vorgehensweise“:

Im Mittelpunkt von Fallmanagement stehen adressatenorientierte Vorgehensweisen, die den Einzelfall und seine Besonderheiten in den Blick nehmen und standardisierte Prozesse er-

gänzen. Je mehr die individuelle Bedarfslage ein kooperatives Vorgehen mit spezifischen Absprachen erfordert, desto weniger greifen Regelversorgungspfade oder – im Umkehrschluss – desto häufiger müssen diese ergänzt werden. Daher sind besonders zugeschnittene und mit unterschiedlichen Leistungserbringern und ggf. auch Leistungsträgern abgestimmte Maßnahmen notwendig, um den Rehabilitationsverlauf erfolgreich zu gestalten. Fallmanagement findet insbesondere Anwendung, wenn es darum geht, komplexe Rehabilitationsprozesse, die aufgrund von besonderen Erschwernissen mit den herkömmlichen Verfahren und Leistungen nicht erfolgreich abgeschlossen werden können, bei der beruflichen Wiedereingliederung besser steuern zu können und damit bessere Ergebnisse zu erzielen. Das Fallmanagementkonzept basiert theoretisch auf dem Handlungsansatz des Case Managements (siehe Definition der Case Management Society of America (CMSA) oder der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC)).

„verfolgt primär das Ziel der Erhaltung und Wiedererlangung der Teilhabe am Arbeitsleben“:

Alle Aktivitäten im Fallmanagement sind darauf ausgerichtet, die bestehenden Beeinträchtigungen der beruflichen Teilhabe zu reduzieren und eine nachhaltige berufliche Teilhabe zu ermöglichen. Das Fallmanagement der Rentenversicherung richtet sich dabei an all diejenigen Versicherten, deren berufliche Teilhabe gefährdet oder bereits eingeschränkt ist, und deren berufliche Teilhabe voraussichtlich mit den herkömmlichen Verfahren und Leistungen allein nicht wiederhergestellt werden kann.

„personenorientierte Beratung, Planung, Begleitung und Koordination des Rehabilitationsprozesses“:

Die Anwendung Case Management-spezifischer Methodik sichert ein fachliches Vorgehen unter Nutzung informeller und formeller Netzwerke im und für den Einzelfall. Der Gegenstand des Fallmanagements ist eine komplexe Problemlage, die die berufliche Teilhabe beeinträchtigt. Beratung und Begleitung sind auf diese Problemlage hin ausgerichtet. Beratungen im Fallmanagement finden nicht nur mit Versicherten, sondern auch mit weiteren Akteuren (z. B. Angehörigen, Arbeitgebern, Leistungserbringern, Sozialleistungsträgern) statt und haben einen klärenden Charakter. Das Teilhabeziel wird kooperativ und in koordinierter Weise zu erreichen gesucht. Managementfunktionen bestehen in der Einleitung von Kooperation, dem Motivieren, der Unterstützung und Herbeiführung von Entscheidungen wie auch der Kontrolle, dass Vereinbarungen eingehalten und Maßnahmen durchgeführt werden.

„Das Management im Einzelfall bedarf einer adäquaten Einbindung in die Organisation und in das regionale Versorgungssystem“:

Die Umsetzung von Fallmanagement bedarf der systematischen Verankerung in der Organisation: Damit die Leistungsprozesse im System der Rehabilitation effektiv und effizient gesteuert werden können, werden bei Aufgaben, Zuständigkeiten, Abläufen sowie internen und externen Kooperationen die Grundsätze des Fallmanagements berücksichtigt. Um die Belange der Versicherten zu erfüllen, ist zudem eine interinstitutionelle Vernetzung (z. B. Vernetzung zwischen Sozialleistungsträgern, Beratungsstellen, Rehabilitationseinrichtungen) notwendig.

„Die Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen und die Vernetzung mit anderen Akteuren stellen dabei Organisationsaufgaben der Rentenversicherungsträger dar“:

Erfolgreiches Fallmanagement erfordert personelle und sachliche Ressourcen. Um einen definierten Rahmen für die Zusammenarbeit zwischen den jeweiligen Mitarbeitern bereitzustellen sollte die Vernetzung mit anderen Akteuren seitens der Organisation abgesichert sein (z. B. in Form von Verfahrensabsprachen).

Je nach Bedarfssituation des Versicherten sind in der praktischen Ausgestaltung des Fallmanagements verschiedene Intensitätsstufen zu unterscheiden. Diese sind in der folgenden Tabelle (siehe **Tabelle 14**) dargestellt.

Tabelle 14: Individuumsbezogene Vorgehensweisen nach Intensitätsstufen

Intensitätsstufen	Verfahren	Zielgruppe	Akteure	Intensität	Caseload	geschätzter Anteil
Stufe 1	Beratung und Begleitung ohne umfassende Koordination	bei Rehabilitationsbedarf und Bedarf an personalisierter Beratung	wenige Akteure, i. d. R. eines Leistungsträgers	niedrig Erstberatung und ggf. weitere Kontakte nach Bedarf	hohe Fallzahl durchschnittlich ca. 4 Std.	~15% der Versicherten aus medizinischer oder beruflicher Rehabilitation
Stufe 2	Beratung, Begleitung und Koordination auf Basis bestehender Versorgungspfade und Netzwerkstrukturen	bei häufig wiederkehrenden, ähnlichen Fallkonstellationen mit erhöhter Bedarfslage	mehrere Akteure in bestehenden Netzwerken	mittel regelmäßige Kontakte	mittlere Fallzahl durchschnittlich ca. 15 Std.	~5% der Versicherten aus medizinischer oder beruflicher Rehabilitation
Stufe 3	Beratung, intensive Begleitung und individualisierte Koordination auf Basis neuer Netzwerkstrukturen	bei komplexer, schwierig abzuschätzender Bedarfslage	mehrere bis viele Akteure, z. T. in neuartiger Konstellation	hoch regelmäßige Kontakte in kürzeren Abständen	geringe Fallzahl durchschnittlich ca. 45 Std.	≤1% der Versicherten aus medizinischer oder beruflicher Rehabilitation

Die in Tabelle 1 dargestellten Intensitätsstufen ziehen unterschiedliche Vorgehensweisen nach sich: Alle drei Stufen basieren auf der beraterischen Grundhaltung des Fallmanagements; hierzu gehören eine personenzentrierte Haltung sowie eine Orientierung am individuellen Bedarf des Versicherten unter Berücksichtigung seiner Ressourcen. Die Zuordnung eines Falles zu einer Intensitätsstufe ist nicht endgültig, sie kann sich ändern, wenn sich die Situation des Versicherten ändert oder neue Informationen offensichtlich werden.

Stufe 1 – bei Rehabilitationsbedarf und Bedarf an personalisierter Beratung. Diese Stufe zeichnet sich durch eine hohe Anschlussfähigkeit an die derzeitige Praxis aus und setzt an den bestehenden Verfahrensabläufen an. Sie umfasst viele bisher bereits existierende Beratungsangebote und ist gekennzeichnet durch ein Case Management-orientiertes Vorgehen, d. h. eine personenzentrierte Haltung und eine explizite Versichertenorientierung. Ein Vorgehen im Sinne eines Fallmanagements der Stufe 2 oder 3 und die insbesondere mit einer Arbeit im Netzwerk verbundene Koordination sind nicht notwendig. Werden im Rahmen der Beratung für den Rehabilitationsverlauf erschwerende Bedingungen offensichtlich, wird geprüft, in wieweit eine Unterstützung durch ein intensiveres Fallmanagement (Stufe 2 und 3) notwendig ist.

Stufe 2 – bei häufig wiederkehrenden, ähnlichen Fallkonstellationen mit erhöhter Bedarfslage. Zur Zielerreichung sind Beratung, Begleitung und Koordination notwendig. Auch diese Stufe ist hoch anschlussfähig an Vorgehensweisen der derzeitigen Praxis. Hierunter lassen sich die bei einigen Rentenversicherungsträgern bereits eingeführten Fallmanagementkonzepte fassen, z. B. Fallmanagement Sucht. Diese Stufe ist gekennzeichnet durch fallgruppenorientierte Vorgehensweisen, die auf Besonderheiten der jeweiligen Fallgruppe ausgerichtet sind und passende Vernetzungsstrukturen anbieten. Das fallgruppenorientierte Vorgehen kann sowohl auf spezifische Erkrankungsgruppen als auch auf andere, die berufliche Wiedereingliederung erschwerende Problemlagen wie z. B. Langzeitarbeitslosigkeit, fokussieren. Die Umsetzung der fallgruppenorientierten Pfade setzt die Beschreibung der Bedarfskonstellationen der Zielgruppe sowie die schriftliche Festlegung eines einheitlichen Vorgehens im Sinne eines Handlungsleitfadens voraus. Auf dieser Grundlage sind geeignete Vorgehensweisen und entsprechende Netzwerkstrukturen für die fallbezogene Arbeit gegeben, so dass in Stufe 2 von einem mittleren Koordinationsaufwand ausgegangen werden kann. Dort, wo die definierten Pfade nicht mehr ausreichen, ist der Übergang zur Stufe 3 angezeigt.

Stufe 3 – bei komplexer, schwierig abzuschätzender 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. Die notwendigen Netzwerkstrukturen existieren noch nicht und müs-

sen zunächst aufgebaut werden, der Koordinationsaufwand ist folglich hoch. Die spezifischen Vorgehensweisen in dieser Stufe des Fallmanagements erfordern entsprechend qualifiziertes Personal und sind gegenüber den Stufen 1 und 2 mit einem erhöhten Ressourcenbedarf verbunden.

Unabhängig von der Intensitätsstufe ist das Fallmanagement sowohl auf Versicherte mit Bedarf an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die häufig bereits bisher von der Reha(fach)beratung beraten und unterstützt wurden, als auch auf Versicherten, die keinen Bedarf an entsprechenden Leistungen, aber dennoch Bedarf an Unterstützung aufweisen, ausgerichtet.

Reha(fach)beratung und Fallmanagement

Die Umsetzung von Fallmanagement steht innerhalb der Rentenversicherung in engem Zusammenhang mit den bereits bestehenden Angeboten der Reha(fach)beratung.

Die Reha(fach)beratung bezeichnet die **Beratung und Begleitung von Versicherten im Rahmen der Gewährung von Leistungen zur Teilhabe** mit dem primären Ziel, die berufliche (Wieder-)Eingliederung eines Versicherten zu erreichen. Aufgrund unterschiedlicher Rahmenbedingungen, Vorgehensweisen und Zuständigkeiten unterscheidet sich die Praxis der Reha(fach)beratung bei den Rentenversicherungsträgern. In vielen Fällen findet sie derzeit im Zusammenhang mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben statt.

Fallmanagement ist ein Ansatz, der dazu genutzt werden kann, insbesondere bei Vorliegen erschwerender Bedingungen, die **Vorgehensweisen in der Reha(fach)beratung auszugestalten**. Er bietet neben **fallbezogenen Vorgehensweisen** auch Hinweise, wie **Organisationen und Netzwerke** dieses Vorgehen strukturell unterstützen können.

Bisher wurden im Rahmen der Reha(fach)beratung bereits, wenngleich in unterschiedlichem Maße und abhängig von Ausbildung und Berufserfahrung der Reha(fach)berater, Vorgehensweisen im Sinne des Fallmanagements genutzt. Diese können im Rahmen der hier beschriebenen Intensitätsstufen umgesetzt, konkretisiert und Versicherten angeboten werden.

Um die Einteilung in die drei beschriebenen Intensitätsstufen zu verdeutlichen, werden im Anhang des Konzeptes exemplarisch einige Beispielfälle unterschiedlicher Fallkomplexität vorgestellt.

4. Fallbezogene Vorgehensweise im Fallmanagement

4.1. Rolle und Aufgaben des Fallmanagers

Charakteristisch für ein Fallmanagement ist, dass die Fallverantwortung und Koordination in den Händen einer Person und zwar des Fallmanagers liegt, der allen Beteiligten als Ansprechpartner bekannt ist und in dieser Funktion akzeptiert wird. Dabei kommen dem Fallmanager – je nach Situation in unterschiedlichem Ausmaß – vier verschiedene Rollen zu. Dies sind die Rollen des Unterstützers (supporter), des Fürsprechers (advocate), des Vermittlers (broker) und des Zuweisers (gate keeper).

– Der Unterstützer

Der Unterstützer liefert im Innenverhältnis zum Versicherten 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 dem Versicherten, bei der die Entwicklung neuer Ziele und zugehöriger Umsetzungsstrategien im Mittelpunkt stehen, oder bei der ggf. notwendigen Motivation des Versicherten zur Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber oder mit Beratungsstellen wichtig.

– Der Fürsprecher

Die Rolle des Fürsprechers ist nach außen gerichtet und wird eingenommen, wenn es für den Versicherten berechtigte 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.

– Der Vermittler

Der Vermittler kennt die Versorgungslandschaft und eröffnet dem Versicherten 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 (vgl. Kapitel 4.4 und 5.3).

– *Der Zuweiser*

Der Zuweiser sorgt dafür, dass ausschließlich qualitätsgesicherte und zielführende Angebote zur Auswahl kommen und verhindert Maßnahmen mit geringer Effektivität und Effizienz. Bei der Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern berücksichtigen die Fallmanager 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.

Innerhalb seiner Rollen übernimmt der Fallmanager spezifische Aufgaben, die sich aus der in Kapitel 4.2 dargestellten 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 „Standard“-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 Assessments⁴ zur Ermittlung eines Unterstützungsbedarfs, insbesondere bei beruflichen Fragestellungen. Dazu zählt auch die Erhebung von Tätigkeitsprofilen und deren Vergleich mit den Fähigkeiten der Versicherten.

⁴ Assessment wird hier verstanden als Erhebung, Bewertung und Dokumentation der Einschätzungen, Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche, sowie der individuellen Ressourcen und Problemlage des Versicherten. Zur genauen Definition des Begriffs „Assessment“ vgl. Kapitel 4.2.2.

– *Zielformulierung und Maßnahmenplanung in interdisziplinären Teams*

Bei der Reha- bzw. 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 eines Fallmanagers.

– *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 einzelfallbezogenen 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.

4.2. Durchführung des Fallmanagements im Umfeld der Rehabilitation

Die Durchführung des Fallmanagements folgt grundsätzlich einer standardisierten Struktur, die auf Managementkonzepten basiert und die sich für den Handlungsansatz Case Management als zielführend erwiesen hat. Charakteristisch dafür ist die Einteilung des Managementprozesses in mehrere Phasen, die im Anwendungskontext Rehabilitation wie folgt lauten:

- Phase 1: Fallidentifikation
- Phase 2: Bedarfsermittlung
- Phase 3: Reha-Planung
- Phase 4: Überwachung und Steuerung der Leistungen (Monitoring)
- Phase 5: Abschluss und Evaluation des Einzelfalls

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-Planung 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.

EXKURS: Case Management – Inhaltsbereiche nach der Definition der DGCC

Die dargestellte Einteilung des (Wieder-)Eingliederungsprozesses geht auf die von der Deutschen Gesellschaft für Care- und Case Management (DGCC) formulierten Rahmenempfehlungen zum Case Management zurück, die die Grundlage für Fallmanagementkonzepte darstellen. Die Durchführung des Case Managements auf der Einzelfallebene wird demnach bezüglich der zentralen Inhaltsbereiche wie folgt definiert:

- eine Kontaktaufnahme mit dem Adressaten-/Klienten⁵(-system), Klärung der Angemessenheit von Case Management und eine Vereinbarung zur Einleitung des Case Managements,
- eine umfassende, die unterschiedlichen Perspektiven beinhaltende, strukturierte und systematische, weitgehend standardisierte Beschreibung und Dokumentation der Versorgungs- und Lebenssituation (Ressourcen und Probleme) sowie der Bedarfslage des Adressaten-/Klientensystems,
- eine Festlegung der Ziele und Unterstützungsleistungen in einem „Serviceplan“,
- die Vermittlung und Abstimmung passender Unterstützungs-/Leistungsangebote,

⁵ Der im Kontext der Rehabilitation „Rehabilitand“ genannte Leistungsempfänger, wird im Case Management allgemeiner als „Adressat“ oder „Klient“ bezeichnet.

- die Sicherung, Prüfung, Bewertung und Steuerung der einzelnen Unterstützungs-/Leistungsangebote im Prozess sowie
- die Bewertung mit Abschluss des gesamten Case Management-Prozesses/-Handlungsablaufs.

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

Der Fallmanager pflegt je nach Bedarf einen engen Kontakt zum Versicherten, ist als persönlicher Berater und Betreuer wichtige Bezugsperson und verfügt über eine entsprechende Vertrauensstellung. Er ist aber nicht als „Einzelkämpfer“ tätig. Eine enge Zusammenarbeit und ein Austausch im Team der Fallmanager sowie bei Bedarf mit weiteren Experten sind zentral. Bei Urlaub oder im Krankheitsfall greift eine Vertretungsregelung. Die Ansprechpartner für den Versicherten und alle sonstigen im Einzelfall beteiligten Personen sind im Vorfeld zu benennen. Ein Flyer mit Informationen zum Fallmanager und seinem Team und eine ansprechend gestaltete Internetseite sind im Sinne der Versichertenorientierung eine wichtige Unterstützungsmaßnahme, die Vertrauen fördert und die notwendige Bindung schafft.

Wenn der Fallmanager im Zuge des Fallmanagements personenbezogene Informationen über den Versicherten an Dritte weitergibt, holt er vorher dazu die Einwilligung des Versicherten ein. Zu der Einwilligung gehört die Information darüber, welche Informationen weitergegeben werden sollen.

EXKURS: Beratung im Fallmanagement

Ein wesentliches Element des Fallmanagements stellt die Beratung dar. Dabei ist es wichtig, dass ein gemeinsames Verständnis von „Beratung“ vorhanden ist und Beratung klar von „Informieren“ und „Therapie“ abgegrenzt wird. Während „Informieren“ überwiegend unidirektional vom Sender zum Empfänger verläuft, handelt es sich beim Beraten immer um einen dialogischen Prozess, von dem beide Seiten profitieren. Während der Beratung zeigt sich der Berater interessiert und analysiert durch den Einsatz professioneller Beratungsmethoden, z. B. aktives Zuhören, motivierende Gesprächsführung, Reflexion, möglichst umfassend die aktuelle Situation seines Klienten. Nur so können im Anschluss mögliche Maßnahmen gegenübergestellt und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit beurteilt sowie Fähigkeiten und Fertigkeiten des Klienten zur Problembewältigung aktiviert werden. Der Klient erlangt durch die Beratung eine Vorstellung vom anstehenden Prozess, Ungewissheit und Unsicherheit werden

gemindert, Bewältigungsstrategien erarbeitet und Kompetenzen gestärkt. Der Fallmanager ist kein Therapeut. Er wirkt partnerschaftlich, unterstützend, koordinierend und begleitend, aber nicht heilend bzw. kurativ.

Im Folgenden werden die einzelnen Prozessschritte bei der Durchführung und die mit den verschiedenen Intensitätsstufen verbundenen charakteristischen Merkmale des Fallmanagements näher erläutert. Zur Veranschaulichung dient dabei der dargestellte Geschäftsprozess (siehe **Abbildung 9**).

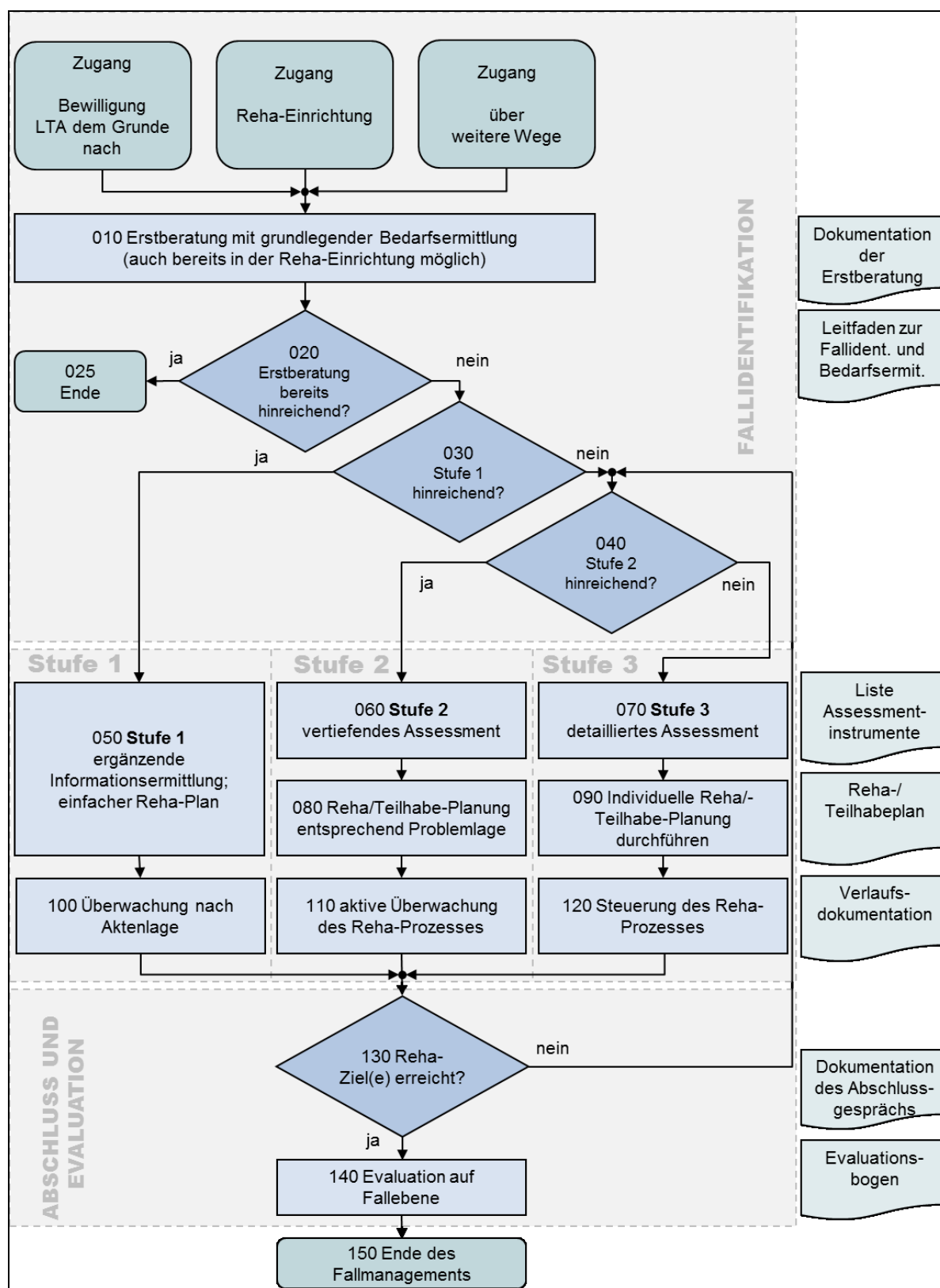


Abbildung 9: Geschäftsprozess: Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe

Wichtig festzuhalten ist, dass in der Praxis der Rentenversicherung, unabhängig vom Zugangsweg ins Fallmanagement, die Phasen 1 und 2 verschmelzen können. Eine erste Bedarfsermittlung wird bereits bei der Fallidentifikation vorgenommen, um diese auf fundierte Erkenntnisse bezüglich der aktuellen Problemsituation des Versicherten stützen zu können

und eine möglichst zielsichere Zuordnung zu den einzelnen Intensitätsstufen vorzunehmen. Folglich können die Entscheidung über einen bestehenden Unterstützungsbedarf, die in der Regel in der Erstberatung erfolgt (Schritt 010), und die Bedarfsermittlung (Schritte 050, 060, 070) in weniger komplexen Fällen im Rahmen eines einzigen Kontaktes bzw. eines Beratungsgesprächs umgesetzt werden. Die Erstberatung, bei der in der Regel durch einen Mitarbeiter der Rentenversicherung, ausführliche Informationen zum Teilhabebedarf erhoben werden, wird dann bereits der Stufe 1 (Schritt 050) zugeordnet. Dies gilt auch, wenn sich im Beratungsgespräch herausstellt, dass keine weitere Unterstützung notwendig ist. Nicht zur Stufe 1 zählen ggf. durchgeführte telefonische Kontakte zur groben Einschätzung des bestehenden Bedarfs.

Im Folgenden wird zunächst zusammenfassend die Charakteristik der Intensitätsstufen des vorliegenden Fallmanagementkonzepts in den unterschiedlichen Fallmanagementphasen überblicksartig dargestellt (Tabelle 15).

Tabelle 15: Charakteristik der Fallmanagement-Intensitätsstufen nach Phasen des Fallmanagements

	Stufe 1 ⁶	Stufe 2	Stufe 3
grundsätzliche Charakteristik des Gesamtprozesses	Standardversorgung mit der Möglichkeit, diese im Bedarfsfall individuell zu variieren Ausschließlich etablierte Netzwerkstrukturen	Fallgruppenorientierte Pfade, die durch individuell ausgewählte Unterstützungsangebote flankiert werden, z. B. Entschuldung Überwiegend etablierte Netzwerkstrukturen	Am individuellen Bedarf orientiert zusammengestellte Angebotspalette Überwiegend neu zu schaffende Netzwerkstrukturen
Phase 1	Schritte 010, 020, 025, 030, 040		
Fallidentifikation	Sofern eine weitergehende Beratung/Begleitung erforderlich ist, erfolgt nach der Erstberatung eine vorläufige Zuordnung zu den Intensitätsstufen 1, 2 oder 3, die im späteren Prozess angepasst werden kann. Für die Zuordnung kann der „Leitfaden zur Unterstützung der Fallidentifikation und Bedarfsermittlung“ (vgl. Kapitel 4.2.1) als Orientierungshilfe herangezogen werden.		

⁶ Bei Stufe 1 handelt es sich noch nicht um Fallmanagement im engeren Sinne, aber um eine fallmanagementorientierte Beratung und Begleitung (vgl. Kapitel 3)

	<p>Als Barriere wirkende Kontextfaktoren sind vorhanden.</p> <p>Eine weitergehende Beratung ist notwendig.</p> <p>Teilhabe ist jedoch durch Beratung und Begleitung ohne umfassende Koordination erreichbar.</p>	<p>Eine komplexe Problemlage ist auszumachen, z. B. Arbeitslosigkeit, chronische Erkrankung, ungünstige familiäre Konstellationen.</p> <p>Teilhabe ist durch personenorientierte Unterstützung im Rahmen bestehender Versorgungspfade erreichbar.</p>	<p>Es handelt sich um eine sehr komplexe Lebenssituation mit kombinierten Problemlagen, z. B. Langzeitarbeitslosigkeit mit chronischer Erkrankung.</p> <p>Teilhabe erfordert eine personenorientierte, individuelle Unterstützung auf Basis neuer Kooperationen.</p>
<p>Phase 2</p> <p>Bedarfs- ermittlung</p>	<p>Schritt 050</p> <p>Assessment im Rahmen eines persönlichen Gesprächs zur Erfassung der zentralen Kontextfaktoren</p> <p>Gespräche haben weitgehend informierenden Charakter.</p>	<p>Schritt 060</p> <p>vertiefendes Assessment im Rahmen eines persönlichen Gesprächs und ggf. Einsatz von anhand der Fallgruppe ausgewählten Assessmentinstrumenten</p> <p>Gespräche haben informierenden, aber auch analysierenden Charakter.</p>	<p>Schritt 070</p> <p>detailliertes Assessment im Rahmen eines persönlichen Gesprächs und Einsatz spezieller, anhand der Problemlage ausgewählter Assessmentinstrumente</p> <p>Gespräche haben überwiegend analysierenden Charakter.</p>

Phase 3	Schritt 050	Schritt 080	Schritt 090
Reha-Planung	Einfacher Reha-Plan, mit festgelegtem Ziel und standardisierten Abläufen Maximal in einzelnen Punkten individualisiert	Teilindividualisierter Reha-Plan mit individuellen Zielen ergänzend zum festgelegten Hauptziel und weitgehend standardisierten Abläufen Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben Teilhabepan nach § 19 SGB IX (neu) bei trägerübergreifenden Aufgaben, ggf. Teilhabekonferenz nach § 20 SGB IX (neu)	Obligatorische Erstellung eines umfassenden Reha-Planes mit individuellen Zielen, variabel und fortschreibbar Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben Teilhabepan nach § 19 SGB IX (neu) bei trägerübergreifenden Aufgaben, ggf. Teilhabekonferenz nach § 20 SGB IX (neu)
Phase 4	Schritt 100	Schritt 110	Schritt 120
Überwachung und Steuerung der Leistungen	Überwachung des Reha-Fortschritts nach Aktenlage oder bei einer Rückmeldung an den Fallmanager bei Interventionsbedarf	Überwachung des Reha-Fortschritts zusätzlich durch Kontakte zum Versicherten, dem Arbeitgeber sowie dem Leistungserbringer und Steuerung bei Bedarf	Steuerung des (Wieder-)Eingliederungsprozesses durch regelmäßige Kontakte und Reha-Plan-Gespräche mit Fortschreibung des Reha- bzw. Teilhabepans
Phase 5	Schritte 130, 140	Schritte 130, 140	Schritte 130, 140
Abschluss und Evaluation des Einzelfalls	Überprüfung des Erfolgs nach Aktenlage ggf. Identifizierung eines weiteren Bedarfs	über Stufe 1 hinaus Überprüfung des individuellen Reha- bzw. Teilhabepans im Verlauf und bei Bedarf Erhebung des subjektiven Behandlungserfolgs und von Aspekten des Fallmanagementprozesses	über Stufe 2 hinaus Durchführung einer obligatorischen Erhebung des subjektiven Behandlungserfolgs und von Aspekten des Fallmanagementprozesses sowie Ermittlung der Einschätzung der Kooperationspartner

4.2.1. Phase 1: Fallidentifikation

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 personbezogenen 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.

Einen wichtigen Faktor bei der Entscheidung, welche Intensitätsstufe gewählt wird, stellt auch die regionale Versorgungsstruktur dar. Bestehen im Hinblick auf die im Screening⁷ identifizierte Problemlage hinreichende Erfahrungswerte und entsprechende etablierte Versorgungspfade sowie ortsnahe Angebote, reicht in der Regel Stufe 2 aus. Fehlen solche Angebotsstrukturen oder erscheinen diese vor dem Hintergrund der Problemlage möglicherweise nicht hinreichend flexibel, ist häufig Stufe 3 angezeigt.

Im vorliegenden Konzept erfolgt die Fallidentifikation über drei unterschiedliche Zugangswege.

– *Zugang aus der medizinischen Rehabilitation*

Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation werden entsprechend den Anforderungen der Rentenversicherung umfangreiche Informationen vom Rehabilitanden erhoben und im ein-

⁷ Screening bezeichnet eine kurze, leicht durchführbare Erhebung, die es ermöglicht, Personen mit einem erhöhten Risiko für eine Problemsituation oder eine Erkrankung zu identifizieren

heitlichen Reha-Entlassungsbericht dokumentiert. Die Einrichtung erhält so ein ausführliches Bild der Situation des Versicherten. Auf dieser Grundlage identifiziert die Rehabilitationseinrichtung solche Versicherte, bei denen sich Hinweise auf einen über die medizinische Rehabilitation hinausgehenden Unterstützungsbedarf ergeben. Besondere Aufmerksamkeit wird hierbei auf Versicherten der Stufen B und C der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) gelegt, wobei auch Versicherte der Stufe A nicht von einer weiteren Unterstützung ausgeschlossen werden. Liegen Hinweise auf einen über die Rehabilitation hinausgehenden Unterstützungsbedarf vor, leitet die Einrichtung dies an den zuständigen Rentenversicherungsträger weiter. Vorstellbar ist hier ein Vorgehen analog zur Aussprache einer Empfehlung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Rehabilitationseinrichtung. Optimaler Weise erfolgt dieser Hinweis bereits während der medizinischen Rehabilitation und wird durch weitergehende fallmanagementrelevante Informationen und zentrale Ergebnisse beispielsweise von ggf. durchgeführten Testverfahren (z. B. FCE-Verfahren, psychologische Tests) ergänzt. Zur Unterstützung der Identifikation der Versicherten stellt der Rentenversicherungsträger den Einrichtungen eine Handreichung mit entsprechenden Auswahlkriterien sowie notwendigen Erläuterungen zur Verfügung (siehe hierzu nachgehenden „Leitfaden zur Unterstützung der Fallidentifikation und Bedarfsermittlung“).

Im Weiteren findet – bereits in der Rehabilitation oder zeitnah am Wohnort des Versicherten – ein Gespräch mit dem zuständigen Reha(fach)berater oder einem ggf. bereits beauftragten externen Fallmanager statt. Hier wird geprüft, ob sich der durch die Einrichtung identifizierte Unterstützungsbedarf bestätigt. Ist dies der Fall, so wird beurteilt, inwieweit Bedingungen vorliegen, die den (Wieder-)Eingliederungsverlauf erschweren, und damit ein Fallmanagement der Stufe 2 oder 3 notwendig ist, oder ob eine Unterstützung im Rahmen der Stufe 1 ausreichend erscheint.

– *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 einem Reha(fach)berater besteht die Möglichkeit zur Beurteilung der möglicherweise vorliegenden erschwerenden Bedingungen und damit der Notwendigkeit einer weitergehenden Unterstützung im Rahmen eines intensiveren Fallmanagements.

– *Zugang über weitere Wege*

Neben den beschriebenen Zugangswegen können sich Hinweise auf einen entsprechenden Bedarf auch zu anderen Zeitpunkten und über andere Wege ergeben. Insbesondere die pro-

aktive Kontaktaufnahme mit spezifischen Versichertengruppen (z. B. arbeitsunfähig aus der medizinischen Rehabilitation entlassenen Personen) im Nachgang zur medizinischen Rehabilitation kann einen ergänzenden Zugangsweg darstellen. Im Weiteren zu nennen sind ein Zugang bei Antrag auf Erwerbsminderungsrente oder bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ohne routinemäßiges Erstberatungsgespräch, aus einer Beratung beim Firmenservice oder einer stufenweisen Wiedereingliederung heraus.

Die Fallidentifikation – von der Feststellung erster Hinweise auf einen bestehenden Bedarf ggf. bei Leistungserbringern bis zur Aufnahme in eine der Intensitätsstufen 1 bis 3 – stellt gewisse Anforderungen an die Organisation. Um zügig und zielgenau erschwerende Bedingungen erfassen und die „richtigen“ Versicherten ins Fallmanagement und zugleich in die richtige Intensitätsstufe (Schritte 020, 030, 040) aufnehmen zu können, bedarf es transparenter Auswahlkriterien, effektiver Screeninginstrumente sowie einer adäquaten Dokumentation. Die verwendeten Instrumente müssen die Erfassung zentraler Kontextfaktoren ermöglichen und damit den Entscheidungsprozess unterstützen. Die Aufnahme in das Fallmanagement wird im Rahmen einer Einzelfallprüfung vorgenommen.

Ein wesentliches Kriterium für die Aufnahme in das Fallmanagement ist, dass eine komplexe Bedarfslage vorliegt, bei der eine einfache Information oder Beratung oder auch eine Versorgung entlang bestehender (Regel-)Versorgungspfade nicht greifen. Für die Rentenversicherung sind hier ausgeprägte Beeinträchtigungen der beruflichen Teilhabe von besonderer Bedeutung. Um eine eindeutige Fallidentifikation zu ermöglichen, empfiehlt es sich, einheitliche Zugangskriterien festzulegen. Als Orientierung für die Fallidentifikation dient der unten stehende „Leitfaden zur Unterstützung der Fallidentifikation und Bedarfsermittlung“. Dieser erlaubt eine erste grobe Einschätzung der Situation des Versicherten.

Wesentlich ist auch, dass mit den Institutionen bzw. Akteuren, die in den Fallmanagementprozess einbezogen sind, klare Vereinbarungen zur Informationsweitergabe getroffen und entsprechende Kommunikationsstrukturen geschaffen werden.

Leitfaden zur Unterstützung der Fallidentifikation und Bedarfsermittlung

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 nur befristetes Arbeitsverhältnis, Mehrfachbeschäftigung

- mangelnde Unterstützung oder Akzeptanz im Betrieb
- beeinträchtigt Verhältnis zu Arbeitgeber und/oder Kollegen

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

Gesundheitliche Situation

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

Anhaltspunkte dafür sind u. a.:

medizinische Komplikationen oder Rückfälle
Begleiterkrankungen (Komorbiditäten)

Sonstige Merkmale der Person

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
- eingeschränkte Mobilität (z. B. kein Führerschein)
- geringe Sprachkenntnisse oder Verständigungsschwierigkeiten
- bestehende Vorstrafen

Familiäre und soziale Situation

Gibt es Anzeichen für störende Einflussfaktoren aus dem sozialen Umfeld?

Anhaltspunkte dafür sind u. a.:

geringe soziale Unterstützung
schwerwiegende private Konfliktsituationen
Ausgrenzungs- und Diskriminierungserfahrungen
schwerwiegende Erkrankung nahestehender Personen

Finanzielle Situation

Gibt es Anzeichen für finanzielle Schwierigkeiten?

Anhaltspunkte dafür sind u. a.:

finanzielle Verpflichtungen wie Unterhaltszahlungen

mehrere oder hohe Ratenzahlungen

laufendes Insolvenzverfahren

Erschwerende Bedingungen

Gibt es Anzeichen für Optimierungsbedarf im Gesamtverlauf?

Anhaltspunkte dafür sind u. a.:

mehrere schwerwiegende Probleme

Problemketten (ein Problem führt zum nächsten)

Schwierigkeiten in der Prozesssteuerung, in der Kontaktaufnahme/Kommunikation mit Leistungserbringern

schwieriger Zugang zu Unterstützungsangeboten oder adäquater medizinischer Versorgung (z. B. fehlender Psychotherapieplatz)

Fördernde Faktoren

Gibt es Anzeichen auf im Rehabilitationsprozess fördernd wirkende Faktoren?

Anhaltspunkte dafür sind u. a.:

optimistische, resiliente Persönlichkeit

stabile soziale/familiäre Einbindung

solide finanzielle Gesamtsituation

Wohnsituation mit guter Anbindung

Mobilität

Die in der Phase 1 vorgenommene Einstufung ist nicht als abschließend, sondern als vorläufig zu betrachten. Bei der Aufnahme in ein über die Stufe 1 hinausgehendes Fallmanagement ist es wichtig zu betonen, dass die Einleitung und Inanspruchnahme eines Fallmanagements immer eines beiderseitigen Einverständnisses und einer entsprechenden Vereinbarung bedarf, die in einem individuellen Reha-Plan realisiert werden kann.

4.2.2. Phase 2: Bedarfsermittlung

Die Bedarfsermittlung erfolgt zunächst losgelöst von etwa zu erbringenden Leistungen. Es gilt, die während der Fallidentifikation mit der Erstberatung zunächst grob erfasste individuelle Problemsituation 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. Bei der Bedarfsermittlung ist immer eine ausführliche Erörterung mit dem Versicherten durchzuführen, um seine „Sicht der Dinge“, seine Einschätzungen, Wünsche und Befürchtungen aufzunehmen und in die Analyse einzubeziehen. Im Verlauf des Fallmanagements ist aufgrund sich ändernder Rahmenbedingungen fortgehend eine Überprüfung des ermittelten Bedarfs zu gewährleisten (Re-Assessment). Im Laufe dieser differenzierten Bedarfsermittlung kann sich durch die genauere Betrachtung der Problemlage ergeben, dass eine andere Intensitätsstufe der Betreuung eher dem Bedarf entspricht. Entsprechend ist die Stufe anzupassen.

In der Praxis der Rentenversicherungsträger findet ein Teil der Bedarfsermittlung bereits in den Rehabilitationseinrichtungen während einer medizinischen Rehabilitation statt (vgl. Schritt 010), wobei über die herkömmliche multiprofessionelle Diagnostik hinaus weitere Testverfahren (FCE-Verfahren, psychologische Tests) zum Einsatz kommen können. Ein direkter Einbezug des Rentenversicherungsträgers findet i. d. R. dabei noch nicht statt. Ergeben sich während der medizinischen Rehabilitation Hinweise darauf, dass über die aktuelle Rehabilitation hinaus weiterer Unterstützungsbedarf bestehen könnte, sollte der zuständige Fallmanager idealerweise unmittelbar eingebunden werden und von da an die weitere Bedarfsermittlung koordinieren. Aufgrund des engen zeitlichen Rahmens ist das jedoch nicht immer möglich. Zwingend sollte jedoch ein entsprechender Hinweis an den Rehabilitationsträger bei Abschluss der Rehabilitation erfolgen.

Konkret sollte der Fallmanager zunächst die berufliche Situation differenziert analysieren. Bei erkennbarem Bedarf und sofern vorhanden, sollte der Arbeitgeber kontaktiert und der Arbeitsplatz des Versicherten besucht werden. Dort kann beispielsweise ermittelt werden, wie die Anforderungen am Arbeitsplatz konkret aussehen, wie das berufliche Umfeld wirtschaftlich und hinsichtlich seiner Unternehmenskultur aufgestellt ist und wie sich das Verhältnis zu Vorgesetzten und Kollegen darstellt. 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.

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 bisherigen (Wieder)Eingliederungsprozess vorliegende Befunde, Berichte und Gutachten im Fallmanagement zu berücksichtigen. Alle vorliegenden oder spezifisch erhobenen Informationen sind in weitgehend standardisierter Form zu dokumentieren.

Im Weiteren sollte grundsätzlich ein Abgleich des Fähigkeitsprofils des Versicherten mit dem Anforderungsprofil seines bestehenden oder ggf. auch angestrebten Arbeitsplatzes durchgeführt werden. Der sich aus diesem Profilvergleich ergebende Handlungsbedarf ist entsprechend zu dokumentieren.

Wesentlich ist, dass der Fallmanager, sofern Erhebungen extern durchgeführt wurden, zügig über die Ergebnisse der Bedarfsermittlung informiert wird. Nur so können 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.

EXKURS: DGCC Rahmenempfehlung zum Assessment

Das Assessment versteht sich als Prozesselement eines komplexen Beratungs- und Unterstützungsablaufs. Das Assessment umfasst die Erhebung, Bewertung und Dokumentation der subjektiven Einschätzungen, Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche des Adressaten-/Klientensystems („subjektiver“ Bedarf) sowie der fachlich-professionell festgestellten individuellen Ressourcen- und Problemlage („objektiver“ Bedarf) hinsichtlich der Versorgungs- und Lebenssituation des Adressaten-/Klientensystems. Das Assessment schließt das soziale, örtliche und institutionelle Umfeld ein. Berücksichtigt werden relevante Informationen seitens der Person des Adressaten/Klienten selbst als auch seines sozialen und institutionellen Umfeldes. Diese werden aus fachlich-professioneller wie aus Adressaten-/Klientensicht erfasst, besprochen und eingeschätzt.

Es bildet die Grundlage für die weiterführende Zielformulierung der Hilfe sowie Auswahl und Planung der Unterstützungs-/Leistungsangebote.

Im Folgenden werden die Spezifika der Bedarfsermittlung in den einzelnen Intensitätsstufen erläutert.

in der Stufe 1

In dieser Stufe findet über die Erstberatung (Schritt 010) bzw. die bereits im Zuge einer vorangehenden medizinischen Rehabilitation oder die bei der Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben durchgeführten Gespräche hinaus ein ergänzendes Beratungsgespräch (Schritt 050) statt. In diesem Gespräch mit dem Fallmanager werden die zentralen Kontextfaktoren analysiert und, sofern bisher noch nicht bekannt, entsprechend erfasst. Des Weiteren erfolgt – so notwendig und gewünscht – eine Beteiligung des Arbeitgebers.

Die Gespräche haben vor allem den Zweck, den Versicherten sowie den Arbeitgeber über die weitere Vorgehensweise zu informieren. Es werden zum Beispiel Möglichkeiten der Unterstützung am Arbeitsplatz und ergänzende Qualifizierungsmaßnahmen erörtert sowie die Möglichkeit eines Eingliederungszuschusses an den Arbeitgeber erläutert. Ergeben sich im Laufe des Gesprächs Hinweise auf problematische Faktoren, ist ein Übergang in Stufe 2 zu erwägen.

in der Stufe 2

Ist die Aufnahme ins Fallmanagement vereinbart (Schritt 040), wird zunächst die Bedarfsanalyse (Schritt 060) fortgeführt. Im Fallmanagement ist von Bedeutung, dass die Bedarfsermittlung im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells der ICF ganzheitlich und individuell erfolgt. 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 persönlichen Beratungsgesprächen sind den (Wieder-)Eingliederungsprozess beeinflussende Faktoren tiefergehend zu analysieren als es orientiert am „Leitfaden zur Unterstützung der Fallidentifikation und Bedarfsermittlung“ im Rahmen der Erstberatung möglich ist. Relevant können im negativen Fall noch unentdeckte gesundheitliche Beeinträchtigungen sein, wie beispielsweise psychische Schwierigkeiten, oder auch berufliche Herausforderungen wie ungeklärte Fehlzeiten oder eine drohende Kündigung. Auch eine unklare wirtschaftliche Situation des Betriebes oder eine fehlende Zukunftsperspektive hinsichtlich der ausgeübten Tätigkeit können von Bedeutung sein.

Durch den Einsatz von Assessmentinstrumenten, die i. d. R. bei einem Leistungserbringer zur Anwendung kommen, können bei Bedarf die Leistungsfähigkeiten des Versicherten und Hinweise auf die Motivation ermittelt werden.

Familiär sind beispielsweise Konfliktsituationen oder die Betreuungssituation von Kindern zu eruieren. Auch ein Pflegebedarf nahestehender Angehöriger kann eine Herausforderung darstellen. Hinsichtlich der finanziellen Situation ist zu ermitteln, ob das Familieneinkommen auch in Zukunft hinreichend ist und ob belastende Verbindlichkeiten bestehen. Bei Auftreten mehrerer hemmender Faktoren ist ein Übergang in Stufe 3 zu erwägen.

Im Zuge dieser umfassenden Bedarfsanalyse sollten soweit möglich auch der Arbeitgeber sowie ggf. die nächsten Angehörigen mit einbezogen werden.

in der Stufe 3

In der Stufe 3 ist über die Stufe 2 hinaus im Rahmen eines detaillierten Assessments ggf. mit Hilfe speziell ausgewählter Assessmentinstrumente und weiteren Besuchen im beruflichen

und ggf. im häuslichen Bereich (Schritt 070) eine umfassende Bedarfsanalyse durchzuführen. Aufgabe ist hier, einerseits ein vollständiges Bild der individuellen Lebenssituation und der damit verbundenen Herausforderungen zu generieren sowie unmittelbare Unterstützungsmöglichkeiten durch Familie, Freunde, Verwandte und Nachbarn zu erfassen. Andererseits sind die Versorgungsstrukturen vor Ort zu analysieren und zu beurteilen, inwieweit existierende Angebote sinnvoll in den (Wieder-)Eingliederungsprozess eingebunden werden können oder ob nach speziellen Lösungen für den Einzelfall gesucht werden muss.

EXKURS: Basiskonzept und Toolbox zur Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation

Die BAR stellt ein im Rahmen ihres (derzeit laufenden) b3-Projekts in Kooperation mit der Hochschule Magdeburg Stendal entwickeltes Basiskonzept für die Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation zur Verfügung. Wesentliche Eckpunkte dabei sind

- die Definition und Abstimmung von Grundsätzen für die Bedarfsermittlung,
- die Entwicklung von konzeptuellen Grundlagen für Bedarfsermittlungsprozesse unter Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells,
- die Analyse und Strukturierung zur Bedarfsermittlung eingesetzter Instrumente und Verfahren in einer übersichtlichen Toolbox.

Auf diese Empfehlungen und die Toolbox kann nach Fertigstellung auch im Fallmanagement der Rentenversicherungsträger zugegriffen werden.

4.2.3. Phase 3: Reha-Planung

Ist der individuelle Bedarf ermittelt, schließt sich die Reha-Planung an. Hier ist unter Federführung des Fallmanagers in einem kooperativen Prozess gemeinsam mit dem Versicherten 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 (Schritte 080, 090). Für eine zielführende und effiziente Reha-Planung ist es eine wichtige Voraussetzung, dass der Fallmanager 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-Plan festzuhalten. Dieser kann je nach Komplexität der Bedarfssituation knapp (Stufe 1), mitunter aber auch sehr ausführlich (Stufe 3) ausfallen. Ebenso kann im Zuge des Prozesses eine Anpassung, auch Fortschreibung genannt, erforderlich sein.

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

EXKURS: Managementpläne

Managementpläne stellen verbindliche Vereinbarungen hinsichtlich geplanter Ziele und Maßnahmen mit Angaben über Verantwortlichkeiten im Sinne einer VDMI-Matrix (Verantwortlichkeit, Durchführung, Mitarbeit, Information) und eine Zeitplanung mit Meilensteinen dar. Sie sind von allen Seiten zu unterzeichnen, um die Verbindlichkeit zu bekräftigen. Ein Erfolgsfaktor ist dabei, dass diese Planungen nicht vage und unter Vorbehalt der Bewilligung durch die Verwaltung stattfinden. Damit verbunden ist auch eine eindeutige Verständlichkeit des Planes. Einfache und klare Formulierungen in verständlicher Sprache sind komplizierten, fachlichen Spezialtermini vorzuziehen. Sind in den Prozess Menschen involviert, die über eine geringe Kompetenz in der deutschen Sprache verfügen, ist einfache Sprache zu verwenden.

Die Erstellung und eine ggf. erforderliche Fortschreibung des Reha-Plans ist Aufgabe des Fallmanagers und geschieht im Benehmen mit dem Versicherten. Fragen des Versicherten zum Reha-Plan werden persönlich und individuell beantwortet.

Für den Reha-Plan ist ein standardisiertes Instrument angezeigt, das je nach Bedarf modular ergänzt werden kann. Hier ist es sinnvoll, die Möglichkeiten des elektronischen Datenmanagements zu nutzen. In der Praxis der Rentenversicherung kommt bei einigen Trägern bereits ein Reha-Plan zum Einsatz.

Wesentliche Elemente des Reha-Plans sind

- Angaben zum Versicherten und zu den Angehörigen sowie ggf. zu Betreuern
- Diagnose, Art der Gesundheitsstörung/Behinderung
- sich daraus ergebende Folgen für die Aktivitäten und die Teilhabe
- relevante fördernde und hemmende umwelt- und personbezogene Kontextfaktoren
- besondere Belange und Bedürfnisse des Versicherten
- bereits im Vorfeld gewährte Leistungen mit Angabe der Leistungsträger und -erbringer

- aktueller Teilhabebedarf mit daraus abgeleiteten strategischen und operativen Zielen
- tabellarische Übersicht mit Zielen, passenden Maßnahmen, Zuständigkeiten und Zeitpunkten
- Beteiligte und deren Kontaktdaten
- Unterschriften aller Verantwortlichen, inkl. des Versicherten und ggf. weiterer Beteiligter.

Insbesondere wenn die Zusammenarbeit mehrerer Leistungserbringer jenseits etablierter Regelpfade erforderlich ist, wird ein nach § 19 SGB IX (neu) geforderter Teilhabeplan erstellt. Es handelt sich dabei um eine – auf Ebene der BAR vereinbarte bzw. noch zu vereinbarende – Sonderform eines Reha-Planes, der trägerübergreifend abgestimmt ist. Bei Notwendigkeit trägerübergreifender Kooperation im Rehabilitationsverlauf kann die Erstellung des Teilhabeplans im Rahmen einer Teilhabekonferenz nach § 20 SGB IX (neu) erforderlich sein. Hierbei sind zukünftige Vereinbarungen der Träger zu beachten.

Im Folgenden werden die Spezifika der Reha-Planung in den einzelnen Intensitätsstufen erläutert.

in der Stufe 1

In Stufe 1 basiert der Reha-Plan auf einem Muster mit standardisierten Empfehlungen, die auf Erfahrungswerten aus vergleichbaren Fällen basieren. Davon ausgehend besteht die Möglichkeit, in überschaubarem Umfang individuelle Ziele oder Teilziele zu ergänzen und entsprechende zusätzliche Maßnahmen in den Plan einzubinden. Der etablierte Regelpfad wird dabei jedoch eingehalten.

Typisches Ziel wäre die erfolgreiche Wiedereingliederung beim alten Arbeitgeber nach medizinischer Rehabilitation. Die hierfür notwendigen Maßnahmen, beispielsweise die geringfügige Umgestaltung des Arbeitsplatzes, können unbürokratisch auf Basis von Absprachen zwischen dem Arbeitgeber, dem Versicherten und dem Reha(fach)berater umgesetzt werden.

Sollten erschwerende Rahmenbedingungen auftreten, z. B. Bedenken der Beteiligten, die eine mögliche Weiterbeschäftigung in Frage stellen, ist ein Übergang in Stufe 2 sinnvoll.

in der Stufe 2

Stufe 2 erfordert einen höheren Individualisierungsgrad des Reha-Plans. Die Ziele orientieren sich deutlicher an den individuellen Belangen des Versicherten. Insgesamt ist der Reha-Plan ausführlicher und enthält auch persönliche Wünsche bzw. Bedürfnisse des Versicherten. Der (Wieder-)Eingliederungsprozess orientiert sich aber nach wie vor an etablierten Pfaden, die von begleitenden Maßnahmen flankiert werden können. Beispielhaft wären hier Schuldnerberatung, Psycho- oder Paartherapien oder eine begleitende Maßnahme zur Gewichtsreduktion zu nennen.

In diesem Zusammenhang sollte auch hier, wenn vorhanden und durch den Versicherten gewünscht, der Arbeitgeber eingebunden werden. Darüber hinaus können für flankierende Maßnahmen im Rahmen etablierter Kooperationspfade in Einzelfällen weitere Rehabilitationsträger, wie Krankenkasse oder Arbeitsagentur, in den Prozess einbezogen werden.

in der Stufe 3

Stufe 3 erfordert einen vollständig individualisierten Reha-Plan. Etablierte Pfade sind aufgrund der Besonderheit der Problemlage nicht hinreichend nutzbar. Es sind im Verlauf mitunter kurzfristige, motivierende Zwischenziele zu formulieren, mit denen Teilerfolge dokumentiert und überprüft werden können. Hier sind beispielsweise die Ziele eines Betriebspraktikums, die Ziele einer Suchtberatung in einem Entwöhnungsprozess oder einer Schuldnerberatung im Rahmen einer Privatinsolvenz zu nennen. Im Weiteren zählen hierzu private und familiäre Zwischenziele, wie die Harmonisierung einer Beziehung zu Familienangehörigen.

4.2.4. Phase 4: Überwachung und Steuerung der Leistungen (Monitoring)

Ist die Planung der Ziele und der entsprechenden Maßnahmen abgeschlossen, geht es unmittelbar an deren Umsetzung. Dies geschieht koordiniert durch den Fallmanager vorrangig in institutionalisierten Netzwerken.

In der Praxis der Rentenversicherungsträger sind bereits zahlreiche Leistungserbringer in Netzwerken organisiert (vgl. Kapitel 4.4 und 5.3). Insbesondere in Stufe 3 müssen jedoch oft weitere Leistungserbringer in das Netzwerk eingebunden werden. Dazu müssen Kommunikations- und Berichtswege definiert und verbindlich vereinbart werden, damit eine reibungslose Leistungserbringung ohne Verzögerungen und Schnittstellenprobleme gewährleistet werden kann.

Nach Einleitung der Maßnahmen wird die entsprechende Umsetzung durch den Fallmanager begleitet. Dabei achtet er darauf, dass der im Reha-Plan festgehaltene Zeitrahmen überprüft wird, die definierten Ziele und Zwischenziele erreicht werden und der vereinbarte Informationsfluss sichergestellt ist. Sollten sich Unregelmäßigkeiten abzeichnen, reagiert er umgehend, ermittelt die Bedingungen (Re-Assessment) und nimmt in Abstimmung mit den Beteiligten bei Bedarf eine Anpassung der Ziele und des Reha-Planes vor.

Bei längerfristigen Leistungen, wie einer beruflichen Neuorientierung bei einem Bildungsträger, bedarf es auch beim Leistungserbringer einer professionellen persönlichen Begleitung, die in der Lage ist, mögliche Komplikationen, die die Einhaltung der vereinbarten Ziele gefährden, wahrzunehmen und zügig an den Fallmanager zu berichten.

Grundsätzlich ist im Verlauf der beruflichen (Wieder-)Eingliederung eine an den jeweils aktuellen Gegebenheiten orientierte Anpassung der Intensitätsstufe der Unterstützung möglich.

Vor allem bei im Verlauf auftretenden Komplikationen oder neuen Erkenntnissen über den Prozess beeinflussende Kontextfaktoren, ist eine solche Veränderung sinnvoll.

Im Folgenden werden die Spezifika der Überwachung und Steuerung der Leistung in den einzelnen Intensitätsstufen erläutert.

in der Stufe 1

In der Stufe 1 (Schritt 100) wertet der Fallmanager in erster Linie schriftliche Rückmeldungen aus. Zusätzliche telefonische Nachfragen beim Versicherten, beim Arbeitgeber oder bei der beruflichen Rehabilitationseinrichtung ergänzen bei Bedarf die Informationen zum Fallverlauf. Sollten Abweichungen vom Regelverlauf auftreten, die einer mehr als einmaligen Intervention bedürfen, erfolgt ein Übergang in Stufe 2.

in der Stufe 2

In der Stufe 2 (Schritt 110) empfiehlt sich ein regelmäßiger telefonischer Kontakt zum Versicherten. In regelmäßigen Abständen (z. B. alle acht Wochen) geführte persönliche Gespräche über den Verlauf und etwaige Bedürfnisse des Versicherten können auf Einladung des Fallmanagers stattfinden. Darüber hinaus sind Kontakte mit dem Arbeitgeber oder den Leistungserbringern zum Abgleich des Fortschritts der vereinbarten Maßnahmen notwendig. Die Kommunikation wird aktiv von allen Beteiligten gefördert. Bei erkennbaren Abweichungen vom Plan veranlasst der Fallmanager eine Überprüfung der festgelegten Ziele und der Maßnahmen. Bei größeren Komplikationen, die die bisherige Vorgehensweise und die Erreichung der Ziele ernsthaft in Frage stellen, erfolgt ein Übergang in Stufe 3.

in der Stufe 3

Die Stufe 3 (Schritt 120) erfordert eine enge Begleitung des Versicherten. Etwa monatlich finden persönliche Gespräche mit dem Versicherten sowie ggf. den Bezugspersonen und Leistungserbringern zur Überwachung des (Wieder-)Eingliederungsprozesses statt. Aufgrund der Komplexität des Bedarfs können Anpassungen der Reha-Planung und ein Umsteuern sowie kurzfristig ergänzende Maßnahmen erforderlich werden.

EXKURS: DGCC Rahmenempfehlung zum Monitoring

Eine besondere Herausforderung während des Monitorings ist die richtige Balance zwischen guter Informiertheit, Kontrolle oder Intervention und der Selbstregulation der Beteiligten. Deswegen sind für ein wirksames Monitoring funktionierende Kontakte sowie verbindliche Absprachen und Vereinbarungen (Kontrakte) aber auch prognostische Einschätzungen notwendig. Treten von vorangegangenen Einschätzungen abweichende Ereignisse auf, muss

das Case Management auf der Fall- und oder der Angebotsebene aktiv werden und gegebenenfalls ein Re-Assessment durchführen.

Das Monitoring muss den oder die Adressaten/Klienten, die informellen Angebote, die formellen Angebote und das Case Management selbst berücksichtigen.

4.2.5. 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. Im erfolgreichen Fall endet das Fallmanagement, wenn die vereinbarten Ziele erreicht sind und sich die individuelle Situation des Versicherten als stabil darstellt. Falls die berufliche Teilhabe im Laufe des Prozesses nicht mehr als realistisches Ziel angesehen werden kann, sind mit dem Versicherten geeignete andere Formen der Unterstützung zu besprechen und der Zugang zu diesen zu vermitteln. Eine Möglichkeit kann ein Antrag auf Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sein. Des Weiteren ist eine Vermittlung an ggf. zuständige andere Träger der sozialen Sicherung im Rahmen der trägerübergreifenden Kooperation zu prüfen. Erst dann kann das Fallmanagement der Rentenversicherung abgeschlossen werden.

Nach Abschluss des Fallmanagements ist der Ablauf zu bewerten. Dazu wird neben der grundsätzlich geforderten Qualitätssicherung nach den §§ 36, 37 und 38 SGB IX (neu), die die Rehabilitationsträger zu gewährleisten haben, eine Evaluation des Einzelfalles durchgeführt (Schritt 140).

in der Stufe 1

In der Stufe 1 wird nach Aktenlage überprüft, ob sich das Rehabilitationsziel im vorgegebenen zeitlichen und finanziellen Rahmen hat erreichen lassen. Sollten sich im Vergleich zu ähnlich gelagerten Fällen der Stufe 1 Unterschiede ausmachen lassen, wird ebenfalls nach Aktenlage geprüft, welche Faktoren dazu geführt haben und ob daraus Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der Standardprogramme gewonnen werden können, die es in Zukunft zu beachten gilt. Zudem sollte den Versicherten angeboten werden, sich auch nach Beendigung des Fallmanagements, bei erneut bestehendem Bedarf, nochmals zu melden. Alternativ könnte nach einem definierten Zeitraum bei bestimmten Versichertengruppen auch eine telefonische Kontaktaufnahme durch den Fallmanager erfolgen.

in der Stufe 2

In der Stufe 2 wird über Stufe 1 hinaus der Grad der Zielerreichung der individuell formulierten Ziele betrachtet. Ebenso wird geprüft, ob der zeitliche Ablauf der einzelnen Maßnahmen den Planungen entspricht. Eventuelle Abweichungen werden analysiert und mögliche Erkenntnisse der Weiterentwicklung der fallgruppenorientierten Pfade einschließlich ihrer Netzwerke zugeführt. Im Ermessen des Fallmanagers können, wenn etwa Fragen zur Leistungserbringung oder zur Zusammenarbeit mit dem Fallmanager offen sind, der subjektive Behandlungserfolg sowie Aspekte des Fallmanagementprozesses mittels eines Evaluationsbogens erhoben werden.

in der Stufe 3

Neben einer obligatorischen Erhebung des objektiven wie subjektiven Behandlungserfolges sowie verschiedener Aspekte des Fallmanagementprozesses wird eine Evaluation durch eine Einschätzung der Kooperationspartner zum Gesamtverlauf der Rehabilitation vorgenommen. Die Erkenntnisse werden dokumentiert und für vergleichbare Fallkonstellationen als Erfahrungswerte verfügbar gemacht.

EXKURS: DGCC Rahmenempfehlung zur Evaluation

Die abschließende Bewertung des Case Management-Prozesses umfasst die Prüfung und zusammenfassende Beurteilung der Ergebnisse der im Verlauf des Case Managements erbrachten Leistungen nach den in der Serviceplanung festgelegten Kriterien sowie den im Verlauf des Case Managements beobachteten Veränderungen im Hilfebedarf des Adressaten/Klienten. Die abschließende Bewertung besteht aus einer den gesamten Leistungsprozess reflektierenden Zusammenfassung, dem Festhalten der erreichten Zielsetzungen und -zustände bzw. ggf. der Analyse der Bedingungen, die eine positive Zielerreichung verhindern.

4.3. Internes und externes Fallmanagement

Für die Durchführung von Fallmanagement auf Einzelfallebene bestehen für die Rentenversicherungsträger prinzipiell zwei Möglichkeiten:

1. Übernahme des Fallmanagements durch eigene Mitarbeiter des Rentenversicherungsträgers (internes Fallmanagement),
2. Vergabe des Fallmanagements an Dienstleister außerhalb des Rentenversicherungsträgers (externes Fallmanagement).

Auch eine Kombination der beiden Möglichkeiten ist denkbar. So ist es möglicherweise vorteilhaft, ausschließlich das Fallmanagement für spezifische Versichertengruppen oder einer bestimmten Fallmanagementstufe extern durchführen zu lassen.

Die dargestellten Möglichkeiten der Umsetzung von Fallmanagement haben spezifische Vor- und Nachteile. Die Vorteile eines rentenversicherungsintern durchgeführten Fallmanagements finden sich insbesondere ...

- in der Reduktion von Schnittstellen (keine Schnittstelle zum externen Fallmanager),
- in einer höheren Entscheidungskompetenz des Fallmanagers (Mitarbeiter des Trägers ist der Fallmanager),
- in möglicherweise praktikableren und individuelleren Lösungsansätzen bei der Begleitung von Versicherten (rentenversicherungseigene Mitarbeiter kennen die Strukturen und Prozesse des Trägers sehr gut und können das „Mögliche“ abschätzen).

Die Vorteile eines extern an einen Dienstleister vergebenen Fallmanagements finden sich wiederum insbesondere ...

- in den spezifischen Fachkenntnissen des externen Dienstleisters (spezifische Zielgruppen im Fallmanagement erfordern gegebenenfalls spezielle Fachkenntnisse),
- in der höheren Flexibilität des Rentenversicherungsträgers hinsichtlich der Beauftragung von externen Dienstleistern (im Vergleich zur festen Einstellung neuer Mitarbeiter beim Rentenversicherungsträger),
- in der zeitlichen Entlastung der Mitarbeiter des Rentenversicherungsträgers.

Mit den beiden Möglichkeiten der Durchführung von Fallmanagement können auch zwei unterschiedliche Finanzierungsmodelle verbunden sein. Bei externer Durchführung von Fallmanagement dürfte die Finanzierung vorzugsweise als sonstige Leistungen zur Eingliederung von Versicherten in das Erwerbsleben nach § 31 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI (Kontenklasse 4) erfolgen. Bei einer internen Umsetzung von Fallmanagement besteht die Möglichkeit der Finanzierung als Verwaltungs- und Verfahrenskosten (Kontenklasse 7). Ob das Fallmanagement intern durchgeführt oder an externe Dienstleister vergeben wird, ist vom jeweiligen Träger individuell abzuwägen.

Bei einem externen Fallmanagement wird die Fallbegleitung für einen definierten Zeitraum und mit einem bestimmten Umfang an einen externen Dienstleister vergeben. Der Rentenversicherungsträger legt hierfür den Rahmen (u. a. Dauer, Intensität, Entscheidungsbefugnisse) der Fallbegleitung fest. Insofern verbleibt die Gesamtverantwortung für den (Wieder-)Eingliederungsprozess auch im externen Fallmanagement beim Rentenversicherungsträger. Aus diesem Grund ist die Verankerung des Fallmanagements auf Organisationsebene des

jeweiligen Rentenversicherungsträgers auch bei einem externen Fallmanagement unverzichtbar. Die organisatorische Verankerung ist eine wichtige Voraussetzung für die Gestaltung der Schnittstelle zwischen Rentenversicherungsträger und externem Dienstleister sowie für die Gewährleistung der Umsetzbarkeit der im externen Fallmanagement geplanten Vorgehensweisen beim Rentenversicherungsträger. Als Teil der organisatorischen Verankerung sind feste Absprachen zum Schnittstellenmanagement zwischen dem Dienstleister und dem Rentenversicherungsträger zu treffen und ein angemessener Informationsaustausch zu gewährleisten. Es ist daher notwendig, beim Träger einen Verantwortlichen als Ansprechpartner für den externen Fallmanager festzulegen. Auf diese Weise soll sichergestellt werden, dass auch bei einem extern durchgeführten Fallmanagement Entscheidungswege so kurz wie möglich gehalten werden und bei Bedarf ein fließender Übergang zwischen den Intensitätsstufen gewährleistet ist.

4.4. 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.

In den Absprachen sind nach Möglichkeit die Aufgaben der Kooperationspartner in Hinblick auf das angestrebte Ergebnis sowie deren zeitlicher Umfang zu beschreiben. Weiter ist festzulegen, wie fallbezogene Informationen ausgetauscht werden und wie mit Abweichungen vom Reha-Plan umgegangen wird. Bei Kooperationspartnern, mit denen häufig zusammengearbeitet wird, sollten diese Informationspflichten und -regelungen in übergreifende fallunabhängige Vereinbarungen aufgenommen werden (vgl. Kapitel 5.3).

Die Grundlage für die fallbezogene Kooperation stellt der festgestellte Hilfebedarf dar. Als zentrales Instrument der Kooperation dient der im Kapitel 4.2 erläuterte Reha-Plan. Die dort festgelegten Maßnahmen bilden die Grundlage der fallbezogenen Kooperation. Festgelegt werden sie möglichst anlässlich eines Reha-Plan-Gesprächs mit dem Versicherten 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 (neu) getroffen werden. Auch wenn die Durchführung des Fallmanagements an einen externen Kooperationspartner delegiert wird, ist das Instrument des Reha-Planes 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 beim Fallmanager verbleibt.

Das Konzept unterscheidet im Rahmen der fallbezogenen Kooperation die folgenden Partner:

1. Partner innerhalb der Rentenversicherung
2. Partner, mit denen die Rentenversicherung regelhaft zusammenarbeitet
3. Partner, mit denen die Rentenversicherung (nur) bedarfsbezogen zusammenarbeitet

Besonders wichtig ist die Kooperation mit dem Versicherten. Er nimmt im Fallmanagement eine aktive Rolle ein. Der Einbindung des Versicherten kommt im Fallmanagement eine hohe Bedeutung zu. So wird der gemeinsam erstellte Reha-Plan auch von dem Versicherten gegengezeichnet und der Versicherte hat die Möglichkeit, zu jedem Zeitpunkt mit dem Fallmanager Kontakt aufzunehmen, um im Reha-Verlauf auftretende Fragen zu besprechen. Eine wichtige Grundlage für die aktive Kooperation besteht im bereits erwähnten Vertrauensverhältnis zwischen dem Versicherten und dem Fallmanager.

4.4.1. Partner innerhalb der Rentenversicherung

Zu dieser Gruppe gehören Partner aus folgenden Arbeitsbereichen:

- Reha-Sachbearbeitung
- Reha-Beratung
- Sozialmedizinischer Dienst
- Auskunft- und Beratungsstellen
- Firmenservice
- Ansprechstellen nach § 12 SGB IX (neu)
- gemeinsame Servicestellen⁸

Neben der zentralen, bereits erwähnten Funktion des Reha-Plans stellen die folgenden Punkte Erfolgsfaktoren für eine gelingende interne Kooperation dar:

1. Einheitliches, in der Organisation verankertes Verständnis von Fallmanagement

Dazu erscheint es notwendig, in den o. g. Arbeitsbereichen das in dem vorliegenden Konzept formulierte Verständnis von Fallmanagement zu verankern. Dazu gehört auch ein Beratungsansatz, der sich an dem konkreten Bedarf orientiert und es vermeidet, Erwartungen beim Versicherten zu wecken, die im Rahmen des gesetzlichen Auftrages nicht realisiert

⁸ soweit sie auch nach der Gesetzesänderung von der Rentenversicherung weiterbetrieben werden

werden können. Die Verankerung von Fallmanagement stellt eine Führungsaufgabe dar und kann durch Schulungen sowie die Integration in die Arbeitsprozesse unterstützt werden.

2. Entscheidungskompetenz des Fallmanagers

Entsprechend dem Fallführungsprinzip werden dem Fallmanager die notwendigen Kompetenzen übertragen. Etwaige Berührungspunkte zu anderen Verantwortungsbereichen sind zu regeln. Nach Möglichkeit sind dazu fallbezogenen Kompetenzen aus den kooperierenden Bereichen dem Fallmanager zu übertragen.

3. Flexibilität und Priorisierung

Vor dem Hintergrund der Dringlichkeit und Zeitsensibilität der Betreuung von Versicherten im Fallmanagement ist es notwendig, Angelegenheiten dieser Versicherter bei internen Abläufen bedarfsbezogen zu priorisieren.

4. Management der internen Schnittstellen

Die Schnittstellen des Fallmanagements zu angrenzenden (Reha-)Prozessen sind festzulegen. Dazu gehört die Benennung der Informations- und Dokumentationsaufgaben zwischen den kooperierenden Stellen. Zu achten ist auch auf Rückmeldeprozeduren, mit denen initiierende Stellen über den weiteren Fallverlauf informiert werden. Die Verankerung des Fallmanagements in den Arbeitsprozessen sollte mit der begleitenden Reflexion der eigenen Strukturen und Arbeitsweisen verbunden werden.

5. Integration in die IT-Struktur

Das Fallmanagement bedarf der adäquaten Unterstützung durch die interne IT und sollte nach Möglichkeit rentenversicherungswest einheitliche Dokumente vorsehen. Insbesondere die Mehrfacherhebungen identischer Sachverhalte muss vermieden werden. Vorgeschlagen wird, die Dokumentation an dem Reha-Plan und seinen Fortschreibungen zu orientieren.

Zu beachten sind auch die gesetzlichen Vorgaben zur Dokumentation. Hierzu gehören unter anderem die Anforderungen zum Teilhabeverfahrensbericht nach § 41 SGB IX (neu). Danach soll die Anzahl trägerübergreifender Teilhabepfanungen, Teilhabepfan Konferenzen sowie der nachträglichen Änderungen und Fortschreibungen der Teilhabepfan inkl. der durchschnittlichen Geltungsdauer der Teilhabepfan erfasst werden.

4.4.2. Partner, mit denen die Rentenversicherung regelhaft zusammenarbeitet

Zu dieser Gruppe gehören medizinische und berufliche Rehabilitationseinrichtungen sowie andere Sozialleistungsträger⁹. Die regelmäßige Zusammenarbeit dieser Partner sollte durch Absprachen bzw. 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.

– *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. Die Übermittlung von zentralen Informationen für ein nachfolgendes Fallmanagement durch die Rehabilitationseinrichtungen kann hierbei sinnvoll sein. 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.

– *Integrationsfachdienste*

Integrationsfachdienste können als Leistungserbringer im Fallmanagement beauftragt werden. Sie unterstützen bei der beruflichen Wiedereingliederung durch die Beratung von Versicherten und Arbeitgebern, wenn es beispielsweise um die Umgestaltung des Arbeitsplatzes,

⁹ Akteure, die ebenfalls wichtige Partner sind, mit denen aber i.d.R. nur auf Einzelfallbasis Kontakt besteht, so dass bei der Kooperation nicht auf Rahmenabsprachen zurückgegriffen werden kann, wie beispielsweise Arbeitgeber, sind unter Kapitel 4.4.3 erfasst.

die Vorbereitung von Bewerbungsunterlagen, die Erstellung von Fähigkeitsprofilen oder die Stellensuche geht.

– *Technische Berater*

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

– *Sozialleistungsträger*

Besonders bei komplex gelagerten Fällen treten im Fallmanagement Schnittstellen zwischen den Sozialleistungsträgern auf. Sind Leistungen weiterer Träger erforderlich, sind diese in den Reha-Plan aufzunehmen. Wenn es erforderlich ist, kann der Fallmanager im Einvernehmen mit den anderen Beteiligten eine Teilhabekonferenz veranlassen. In diesem Zusammenhang wird festgelegt, welche Leistungen von welchem Träger übernommen werden. Gegenüber den externen Kooperationspartnern kann ein Fallmanager von Seiten des leistenden Sozialleistungsträgers als Ansprechpartner benannt werden. Bei mehreren beteiligten Sozialleistungsträgern ist hier zunächst eine Klärung herbeizuführen.

Auf die für das Fallmanagement der Rentenversicherung relevanten Schnittstellen mit verschiedenen Sozialleistungsträgern und damit dem bestehenden Kooperationsbedarf wird im Folgenden kurz eingegangen:

– *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 ge-

nannt werden. Auch wenn die Notwendigkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung unter Kostenträgerschaft der Krankenkassen besteht, können Absprachen hilfreich sein.

– *Gesetzliche Unfallversicherung*

Seltener als mit den beiden vorangegangenen Trägern, aber dennoch für einzelne Fallkonstellationen notwendig sein kann eine Zusammenarbeit mit der gesetzlichen Unfallversicherung. 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 beim Versicherten anerkannt wurde bzw. dieser aufgrund entsprechender Einschränkungen der Selbstständigkeit beantragt werden kann. Analog gilt dies, wenn der Versicherte durch die Pflege von Angehörigen so in Anspruch genommen wird, dass seine Arbeitsfähigkeit gefährdet ist.

– *Eingliederungshilfe*

Bei Versicherten, 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 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.

4.4.3. Partner, mit denen die Rentenversicherung bedarfsbezogen zusammenarbeitet

Insbesondere für Fälle der Stufen 2 und 3 sind über die unter 4.4.2 genannten Partner hinaus Kooperationspartner notwendig, die für individuelle Bedarfe, die jenseits standardisierter Vorgehensweisen erforderlich sind, Unterstützung anbieten können. Die folgende Aufzählung in Frage kommender Partner ist daher nicht abschließend zu verstehen.

– *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 Mobbing-situationen oder zwischenmenschlichen Konflikten stehen. Für ein gelingendes Fallmanagement sind flexible und kurzfristige Kontaktmöglichkeiten zwischen dem Betrieb und dem Fallmanager eine zentrale Voraussetzung. Wie in Modellprojekten bereits erprobt, kann hier eine enge Zusammenarbeit mit Werks- und Betriebsärzten gewinnbringend sein. Sofern im Betrieb vorhanden, sind auch die Verantwortlichen des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) wichtige Ansprechpartner. 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.

– *Beratungsstellen*

Um flexibel auf die Bedarfslage des Versicherten reagieren zu können, bietet es sich an, Beratungsstellen einzubinden. Zentrale Partner können hier beispielsweise Suchtberatungsstellen, die Schuldner- oder auch die Erziehungs-, Familien- und Lebensberatung sein.

– *Selbsthilfegruppen und ergänzende, unabhängige Teilhabeberatung*

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. Mit der ergänzenden, unabhängigen Teilhabeberatung nach § 32 SGB IX (neu) wird bundesweit eine Struktur aufgebaut, die genutzt werden kann, um auf das regionale Beratungs- und Unterstützungssystem zuzugreifen.

– *Partner aus dem persönlichen Umfeld*

Partner aus dem persönlichen Umfeld, wie beispielsweise behandelnde Ärzte, Therapeuten oder Angehörige, kennen die individuelle Bedarfslage besonders gut und können daher die Geschwindigkeit und Zielorientierung des Fallmanagements positiv unterstützen.

5. Systemebenen des Fallmanagements

5.1. Grundsätzliches zu den Ebenen des Fallmanagements

Das Fallmanagement umfasst neben der bereits beschriebenen Fallebene (vgl. Kapitel 4) 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 2 stellt diese Ebenen im Überblick dar und nennt auf jeder Ebene einige wichtige Managementinstrumente.

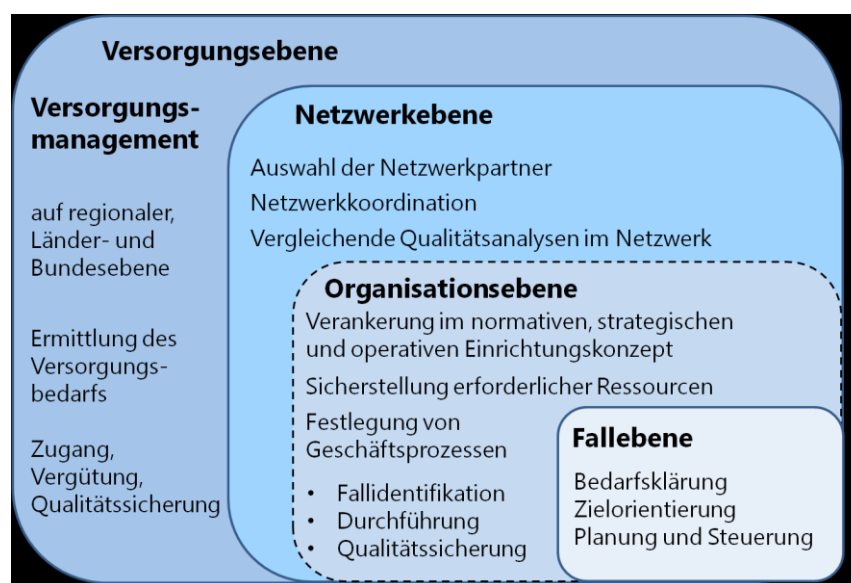


Abbildung 10: Ebenen des Fallmanagements (Eigene Darstellung)

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 Dienstleisters, 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. weitere Trägern der sozialen Sicherung, Leistungserbringer) sowie auf die Zusammenarbeit zwischen den Kooperationspartnern (vgl. Kapitel 4.4 und 5.3). Wichtige Managementaufgaben betreffen die Auswahl und die Aufnahme von Netzwerkpartnern, die Koordination der fallbezogenen und der netzwerkbezogenen Aktivitäten sowie die Qualitätsentwicklung des Netzwerkes. Hier bieten sich vergleichende Analysen zwischen den Netzwerkpartnern an, wie sie das Quali-

tätssicherungsprogramm beispielsweise für Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation bereits vorsieht.

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. Für die Feststellung und Fortschreibung des fachlich und regional erforderlichen Versorgungsbedarfes entsprechend § 36 Abs. 1 SGB IX (neu) kann die Praxis des Fallmanagements wichtige Hinweise liefern. Darüber hinaus gehören Fragen der Zulassung von Einrichtungen, der Belegung und der Vergütung zu den Aufgaben des Versorgungsmanagements. 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.

EXKURS: Case Management und Versorgungsmanagement

Fallmanagement verfolgt entsprechend dem internationalen Verständnis von Case Management neben der Hilfe im Einzelfall auch das Ziel, das Versorgungssystem in Hinblick auf die Bedarfsorientierung und Nahtlosigkeit zu verbessern. Die Erfahrungen der Arbeit auf der Fallebene sind daher regelmäßig in Bezug auf die notwendigen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen in der Case Management-Organisation, dem Case Management-Netzwerk und dem Versorgungssystem insgesamt zu reflektieren.

Bezogen auf das vorliegende Konzept für ein Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe zeigt sich, dass auf den genannten Ebenen bereits organisatorische Regelungen bei den einzelnen Rentenversicherungsträgern vorliegen, so dass es vorrangig darum geht, das Fallmanagement in diese Regelungen einzubetten bzw. vorhandene Regelungen an die Erfordernisse des Fallmanagements anzupassen.

5.2. Organisationsebene im Fallmanagement

5.2.1. Anforderungen auf Organisationsebene

Um das Fallmanagement auf Einzelfallebene durchführen zu können, ist dieses zunächst von der Organisation selbst, d. h. dem jeweiligen Rentenversicherungsträger, als eine notwendige Aufgabe im Bereich der Rehabilitation zu definieren. Nach dieser normativen Verankerung durch die oberste Leitung kann das Fallmanagement in der Aufbauorganisation des jeweiligen Rentenversicherungsträgers verortet und mit Ressourcen ausgestattet werden. Auf der Ebene der Ablauforganisation bietet es sich an, das Fallmanagement als einen Geschäftsprozess im Bereich der Rehabilitation aufzunehmen. Dazu kann das in Kapitel 4.2 dargelegte Prozessmodell als Grundlage verwendet werden.

Die Verankerung von Fallmanagement auf der Organisationsebene beinhaltet für die Rentenversicherungsträger unter anderem die folgenden Aspekte:

- Die Berücksichtigung des Fallmanagements in der strategischen Zielplanung der Organisation sowie die regelmäßige Überprüfung der Zielerreichung
- Die Organisation adäquater Zugangswege in das Fallmanagement
- Zur Verfügung stellen einheitlicher Dokumentationsvorlagen entsprechend der im Geschäftsprozess dargestellten Dokumente (z. B. Dokumentation der Erstberatung, Reha-/Teilhabeplan, Verlaufsdocumentation)
- Sicherstellung von Abbildungsmöglichkeiten der Arbeitsabläufe des Fallmanagements auf IT-Ebene
- Gestaltung der Schnittstellen zu angrenzenden Prozessen möglichst ohne Informationsverluste oder Doppelerhebungen
- Aufbau und Pflege von institutionellen Netzwerken mit den am Prozess beteiligten Akteuren (vgl. Kapitel 5.3)
- Sicherstellung der Erreichbarkeit der Fallmanager trotz häufiger Außendiensttätigkeiten
 - hierfür sollte eine Ansprechfunktion im BackOffice geschaffen werden
- Sicherstellung kurzer Entscheidungswege – damit die Entscheidung über erforderliche Leistungen nicht zu Unterbrechungen in der Leistungserbringung führen, sollten die Fallmanager mit Entscheidungskompetenzen versehen werden, die es ihnen bei häufigen Fallgestaltungen ermöglicht ohne weitere Entscheidungsebenen zu agieren

Weitere Hinweise zur Verankerung von Fallmanagement ergeben sich aus Kapitel 4.4.1.

5.2.2. Dokumentation und Qualitätssicherung

Eine angemessene Dokumentation im Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe umfasst die folgenden Instrumente:

1. Dokumentation der Erstberatung
inkl. Leitfaden zur Unterstützung der Fallidentifikation und Bedarfsermittlung
2. Reha-Plan/Teilhabeplan
inkl. Verlaufsdokumentation mit Ergebnisprotokollen der Beratungsgespräche
inkl. Feststellung der Zielerreichung zum Abschluss
3. Dokumentation des Abschlussgesprächs
inkl. Evaluationsbogen

Zu prüfen ist, ob der Entlassungsbericht aus der medizinischen Rehabilitation für die Übermittlung fallmanagementrelevanter Informationen angepasst werden sollte. Auch eine rentenversicherungsträgerübergreifend einheitliche Gestaltung der einzelnen Instrumente im Fallmanagement sollte in Betracht gezogen werden. Insbesondere bezüglich einer Aufnahme einzelner Informationen aus dem Fallmanagement in die Routinedaten, erscheint dies sinnvoll. Die Dokumentation dient neben der Informationsweitergabe an beteiligte Stellen und Netzwerkpartner auch als Grundlage der Evaluation und Qualitätssicherung.

Bei der Entwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen für das Fallmanagement bietet es sich an, auf vorhandene Instrumente aufzubauen oder diese ggf. um den Aspekt des Fallmanagements zu erweitern. Mit den Instrumenten der Qualitätssicherung der Rentenversicherung für Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation (z. B. Erhebung der Strukturqualität von Einrichtungen, Befragung der Rehabilitanden zur Zufriedenheit mit der Rehabilitation und dem Ergebnis, Bewertung des Rehabilitationsprozesses durch Peers) liegen auf der Netzwerkebene bereits etablierte Verfahren vor. In Anlehnung an diese Instrumente können auch Instrumente zur Sicherstellung der Qualitätsanforderungen bei der Erbringung von Fallmanagement durch externe Dienstleister erarbeitet werden. Als Qualitätsanforderungen im externen Fallmanagement sollte insbesondere auf Fallmanagementqualifikationen des eingesetzten Personals sowie eine schnelle Erreichbarkeit und die Sicherstellung der Dokumentations- und Berichtserfordernisse Wert gelegt werden. Des Weiteren ist zu prüfen, ob die im Fallmanagement erbrachten Leistungen über ein Klassifikationssystem ähnlich der Klassifikation therapeutischer Leistungen oder der Leistungsklassifikation für die berufliche Rehabilitation erfasst werden sollten.

Die Qualitätssicherung für das vorliegende Fallmanagement kann über fünf Qualitätsindikatoren auf den Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erfolgen (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16: Qualitätsindikatoren und zugehörige Kennzahlen nach Qualitätsebenen

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
Fachkompetenz:	Nahtlosigkeit:	Integrationserfolg:
Anteil der Fallmanager mit anerkannter Fallmanagementweiterbildung	Zeitdauer zwischen Ende einer vorangegangenen Leistung bzw. dem Antragseingang und der Entscheidung über die Aufnahme ins Fallmanagement in Tagen	Anteil an Versicherten mit erfolgreicher beruflicher Wiedereingliederung
	Versichertenzufriedenheit – Prozesse:	Versichertenzufriedenheit – Ergebnisse:
	subjektive Zufriedenheit der Versicherten mit den Prozessen im Fallmanagement bei Fallabschluss	subjektive Zufriedenheit der Versicherten mit dem Ergebnis des Fallmanagements bei Fallabschluss

Auf der Ebene der Strukturqualität gilt die Fachkompetenz der mit dem Fallmanagement betrauten Mitarbeiter als Qualitätsindikator. Diese ist ein wichtiger Erfolgsfaktor insbesondere bei der Einführung von Fallmanagement. Gemessen wird dieser Indikator anhand der Quote des im Fallmanagement eingesetzten Personals mit einer entsprechenden Weiterbildung.

Auf der Ebene der Prozessqualität gilt zunächst der möglichst nahtlose Beginn des Fallmanagements als ein Qualitätsindikator. Dieser kann je nach Zugangsweg ins Fallmanagement in der Zeitdauer zwischen dem Ende einer dem Fallmanagement vorangegangenen Leistung (z. B. einer medizinischen Rehabilitation) oder dem Antragseingang (z. B. Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) und der Entscheidung über die Aufnahme ins Fallmanagement gemessen werden. Dieser Indikator sollte in allen Fällen erhoben werden. Im Weiteren erscheint als Indikator der Prozessqualität die Erhebung der Versichertenzufriedenheit mit den Prozessen, respektive der Betreuung im Fallmanagement sinnvoll. Die Erhebung dieses Indikators in Form einer standardisierten Versichertenbefragung sollte für die Stufen 2 und 3 vorgesehen werden.

Auf der Ebene der Ergebnisqualität kann der Integrationserfolg als objektiver und die Versichertenzufriedenheit mit dem Ergebnis des Fallmanagements als subjektiver Indikator herangezogen werden. Für die Ermittlung des Integrationserfolgs bieten sich Auswertungen auf Basis von Routinedaten an. Dies setzt voraus, dass in den Routinedaten der Träger ein Merkmal zur Kennzeichnung von Versicherten, die im Rahmen des Fallmanagementkonzeptes Unterstützung erhalten, aufgenommen wird. Die Ermittlung der Versichertenzufriedenheit

mit dem Ergebnis des Fallmanagements sollte, wie die Erhebungen zum Prozess, für die Stufen 2 und 3 durchgeführt werden.

Bei den Versichertenbefragungen zu Prozess und Ergebnis sollte geprüft werden, inwieweit die Erhebungen ggf. als Modul in die bestehenden Instrumente zur Befragung der Versicherten integriert werden können. Es könnte zudem sinnvoll sein, in der Einführungsphase des Fallmanagements alle Versicherten der Stufen 2 und 3 zu befragen, später kann die Erhebung dann ggf. auf eine zufällig ausgewählte Stichprobe beschränkt werden.

Die vorgestellten fünf Qualitätsindikatoren zeigen einen ersten Realisierungsschritt, um die Qualitätssicherung für das Fallmanagement aufzubauen. Da für die Qualitätsindikatoren bislang keine Vergleichswerte vorliegen, erscheint es sinnvoll, Kennzahlen zur Beurteilung der Indikatoren auf Erfahrungswerten beruhend erst nach einer gewissen Zeit der Umsetzung des Fallmanagementkonzeptes festzulegen.

Nach Vorliegen der ersten Daten und Erfahrungen kann das System in einem zweiten Schritt verfeinert werden. So erscheint eine Erweiterung der Indikatoren etwa um Kennzahlen zum Verhältnis von Ressourcen und Fallmengen, zur Qualität der Einteilung in die Intensitätsstufen, zur Zusammenarbeit im Netzwerk (Übergabezeiten) und zur Nachhaltigkeit (24 Monatskatamnesen) im zweiten Schritt sinnvoll. Der Erfolg des Fallmanagements kann sich über die genannten Qualitätsindikatoren hinaus auch in einer hohen Zufriedenheit der Arbeitgeber der Versicherten im Fallmanagement äußern.

5.2.3. Personelle Anforderungen und Qualifikationen

Die vielfältigen Aufgaben in der Beratung, Begleitung und Koordination des (Wieder-)Eingliederungsprozesses erfordern vom Fallmanager sowohl fachliche (Wissen und Fertigkeiten) als auch personale Kompetenzen (Sozialkompetenz und Selbständigkeit). **Tabelle 17** zeigt eine Auflistung von Kompetenzen, über die Fallmanager und damit auch die für die Rentenversicherungsträger im Fallmanagement tätigen Mitarbeiter einschließlich gegebenenfalls beauftragter externer Dienstleister verfügen sollten.

Tabelle 17: Kompetenzen von Mitarbeitern im Fallmanagement (FM)

Dimensionen der Fachkompetenz	
Wissen	Fertigkeiten
Wissen über Hintergründe und Rahmenbedingungen des FM	Beratungskompetenz
Wissen über die Grundlagen und Leitprinzipien des FM	Moderationskompetenz
Wissen über das Ablaufmodell des FM	Fallsteuerungskompetenz
Wissen über die Fallgruppen des FM	Kompetenz zur Nutzung von Instrumenten und Umsetzung der Dokumentation
Wissen über Netzwerke	Rollensicherheit als Fallmanager
Kenntnisse der Aufgaben und Rollen des Fallmanagers	Kompetenz im Netzwerkmanagement
Kenntnisse über Beratung und Selbstreflexion	Kompetenz in der Umsetzung von FM im Rahmen der Organisation
Wissen über Sozialrecht und rechtliche Verankerung des FM	
Wissen über Datenschutz	
Dimensionen der Personalen Kompetenz	
Sozialkompetenz	Selbstständigkeit
Wertschätzende Grundhaltung	Selbstorganisation
Kommunikative Kompetenz	Systematisches Arbeiten
Empathie	Teamarbeit und kollegiale Beratung
Kooperative Grundhaltung	Bereitschaft zur Selbstreflexion
Verhandlungsgeschick	
Zuverlässigkeit und Verbindlichkeit	
Belastungsfähigkeit	
Selbstkritische und reflektierte Haltung	

Im Bereich der Fachkompetenz ist zunächst das umfangreiche Wissen zum Fallmanagement, seinen Prinzipien, Abläufen und Elementen als auch zu den sozialrechtlichen Hintergründen und Verwaltungsabläufen zu nennen. Des Weiteren umfasst der Bereich der Fachkompetenz verschiedene Fertigkeiten wie beispielsweise Moderations- und Beratungskompetenz sowie die Kompetenz zur Nutzung verschiedener im Fallmanagement relevanter Instrumente. Im Bereich der personalen Kompetenzen ist ein hohes Maß an Sozialkompetenz unerlässlich. Hierzu gehören unter anderem sehr gute kommunikative Kompetenzen, die in Gesprächen mit dem Versicherten und den Kooperationspartnern zum Tragen kommen. In seiner Funktion als Lotse benötigt der Fallmanager im Weiteren gute kooperative Kompetenzen sowie ein hohes Maß an Verhandlungsgeschick. Der Bereich der Selbstständigkeit um-

fasst schließlich unter anderem die Bereitschaft zur Selbstreflexion. Dies ist insbesondere bei der Ergebnisbewertung zentral, um die eigene Arbeit möglichst realistisch einschätzen zu können.

Wie auf Basis der dargestellten Kompetenzen deutlich wird, erfordert die Durchführung von Fallmanagement eine spezifische Qualifizierung. Diese sollte die dargestellten Kompetenzen einschließlich des Fachwissens zu den drei Fallmanagementebenen – Einzelfall, Organisation und Netzwerk – vermitteln. Intensiv geschult werden sollten die mit der operativen Umsetzung des Fallmanagements betrauten Rentenversicherungsmitarbeiter sowie die als Ansprechpartner für Versicherte und deren Fallmanager im externen Fallmanagement tätigen Mitarbeiter der Rentenversicherung. Bei der Schulung sollten die unterschiedlichen Grundqualifikationen der Rentenversicherungsmitarbeiter berücksichtigt und auf diesen aufgebaut werden (z. B. Ausbildung als Sozialversicherungsfachangestellte, Studium zum Sozialarbeiter/-pädagogen, Verwaltungsstudium). Ziel ist es, ein gemeinsames Verständnis von Fallmanagement in der Rentenversicherung zu erreichen. Bei der Qualifizierung sollte zudem ein ausgewogenes Verhältnis an Theorie- und Praxisanteilen berücksichtigt werden. Um ein qualitativ hochwertiges Fallmanagement auch auf Ebene der Qualifikationen zu verankern, empfiehlt sich im Weiteren die Erarbeitung eines Kerncurriculums.

Die Umsetzung von Fallmanagement in den drei Intensitätsstufen bedarf der Verankerung von Fallmanagement in der Organisation, d. h. bei den Rentenversicherungsträgern selbst. Im Rahmen der Implementierung von Fallmanagement ist es daher geboten, nicht ausschließlich die als Fallmanager tätigen Mitarbeiter sowie die als Ansprechpartner im externen Fallmanagement beschäftigten Personen zu qualifizieren. Des Weiteren sollten die Grundlagen des Fallmanagements auch an Mitarbeiter, die Prozesse mit Schnittstellen zum Fallmanagement betreuen, sowie an Mitarbeiter der mittleren Führungsebene vermittelt werden.

Sinnvoll erscheint es zudem, die Qualifizierung der Mitarbeiter mit der Implementierung von Fallmanagement zu verbinden. Dies erleichtert die schrittweise Einführung, unterstützt eine gemeinsame Grundausrichtung und ermöglicht es, erste Umsetzungserfahrungen bei der weiteren Einführung zu berücksichtigen.

Auch wenn die Durchführung des Fallmanagements auf Einzelfallebene an einen externen Dienstleister vergeben und durch diesen durchgeführt wird, ist eine angemessene Qualifizierung der Fallmanager nachzuweisen.

5.3. Netzwerkebene im Fallmanagement

Das Fallmanagement im Einzelfall ist auf ein Netzwerk angewiesen, welches ohne Verzögerung bedarfsgerechte Leistungen anbieten kann. Gegenüber dem Versicherten sollen diese

Leistungen möglichst „wie aus einer Hand“ erscheinen. Dazu ist es notwendig, für häufig auftretende Fallkonstellationen übergreifende Vereinbarungen zu treffen, um im Einzelfall zeitaufwändige Absprachen auf das notwendige Minimum zu reduzieren. Fallübergreifende Vereinbarungen haben im Weiteren das Ziel, die in der Praxis meist personengebundenen Netzwerke institutionell abzusichern, so dass auch bei personellen Wechseln unter den Ansprechpartnern eine inhaltliche Kontinuität sichergestellt werden kann. Lose, aufgrund mehrmaliger Zusammenarbeit getroffene Absprachen, stellen daher noch keine fallunabhängige Kooperation oder Vernetzungsstruktur im Sinne dieses Konzeptes dar.

EXKURS: Netzwerk

Von einem Netzwerk wird im Case Management gesprochen, wenn es sich um einen auf Dauer angelegten Zusammenschluss von rechtlich selbständigen Partnern handelt, die arbeitsteilig ein gemeinsames Ziel verfolgen und sich dabei gegenseitig unterstützen. Das Bild eines Staffellaufes kann die Zusammenarbeit in einem Netzwerk verdeutlichen. In Übergabesituationen orientieren sich die Partner in ihrer Leistungserbringung jeweils an den Anforderungen des abgebenden bzw. übernehmenden Partners. Die Planung und Überwachung des gesamten Leistungsprozesses liegt in den Händen einer koordinierenden Stelle.

Kooperationspartner, mit denen regelhaft zusammengearbeitet wird, stellen einen wichtigen Teil des Versorgungsnetzwerkes der Rentenversicherung dar. Bei diesen Partnern bietet es sich an, übergreifende Vereinbarungen zutreffen. Diese Netzwerkpartner sollten mit dem Konzept des Fallmanagements bei Leistungen zur Teilhabe vertraut sein. Sie nehmen sowohl hinsichtlich der Steuerung im Einzelfall als auch der Zusammenarbeit im Netzwerk eine aktive Rolle ein. Bei Kooperationspartnern, die bedarfsbezogen bei Einzelfällen Leistungen im Rahmen des Fallmanagements erbringen, sind Absprachen zur Zusammenarbeit fallbezogen zu treffen.

Da der zuständige Rentenversicherungsträger in der Regel im Netzwerk die Funktion einer koordinierenden Stelle einnimmt, obliegt ihm auch die Organisation der Netzwerkstrukturen. Dies kann über bilaterale Kooperationsvereinbarungen mit jedem Netzwerkpartner geschehen. In der Zusammenarbeit mit Leistungserbringern ist auch deren Beitritt zu einem Netzwerk mit festgeschriebenen Rechten und Pflichten denkbar. Für den Aufbau, die Koordination und die Pflege von Netzwerken sind durch den Rentenversicherungsträger personelle und zeitliche Ressourcen vorzusehen.

Unterschieden werden kann zwischen der fallübergreifenden Kooperation und Vernetzung mit Leistungsträgern und der fallübergreifenden Kooperation und Vernetzung mit Leistungserbringern.

– *Kooperation und Vernetzung mit Leistungsträgern*

Eine erfolgreiche Netzwerkarbeit mit den verschiedenen Leistungsträgern setzt voraus, dass die beteiligten Träger im Sinne des Gesamtinteresses der sozialen Sicherung und des gesetzlichen Auftrages zur Sicherstellung der Teilhabe zusammenarbeiten. Nach § 39 SGB IX (neu) sind unter den Sozialleistungsträgern auf Ebene der BAR Verfahrensabsprachen zu schließen. Um deren operative Umsetzung zu gewährleisten, müssen diese auf regionaler Ebene durch entsprechende Vereinbarungen konkretisiert werden.

Wesentliche Inhalte der Vereinbarungen sind

- die Definition der gemeinsamen Zielgruppen und Leistungen,
- die Gewährleistung einer kurzfristigen Erreichbarkeit und fester Ansprechpartner,
- die Vereinbarung von Rückmeldefristen,
- die Vereinbarung von Vorgehensweisen zur Einhaltung des Datenschutzes,
- die Festlegung von Dokumentations- und Evaluationsroutinen.

– *Kooperation und Vernetzung mit Leistungserbringern*

Die fallunabhängige Vernetzung mit Leistungserbringern betrifft in erster Linie häufig auftretende Bedarfe und häufig nachgefragte Leistungsgruppen. Bei der Auswahl und Zusammensetzung des Netzwerkes ist neben der Kompetenz auch darauf zu achten, dass die Partner Ressourcen für die Qualitätssicherung und erfahrungsbasierte Weiterentwicklung des Netzwerkes einbringen können. Bei Leistungserbringern, mit denen im Rahmen der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation zusammengearbeitet wird, kann die bestehende Leistungsvereinbarung um Leistungen, die ggf. spezifisch für das Fallmanagement erbracht werden, erweitert werden.

Neben dem Leistungsportfolio und Vergütungsfragen sind wesentliche Inhalte

- Aufnahmezeiten (Antrittszeit),
- feste Ansprechpartner,
- Verwendung eines einheitlichen Reha-Plan-Dokumentes bzw. eine Regelung, welches Dokument in der trägerübergreifenden Zusammenarbeit verwendet wird,
- umgehende Information, falls die Zielerreichung des Reha-Plans gefährdet erscheint,
- regelmäßige Reha-Plan-Gespräche, ggf. Teilhabekonferenzen,
- regelmäßige Evaluation der Zusammenarbeit.

Des Weiteren ist an besondere Bedarfe von Migranten (interkulturelle Kompetenzen, Sprachkenntnisse), Personen im Rollstuhl sowie mit Seh- oder Hörbehinderung zu denken.

Von besonderer Bedeutung ist auch die regelmäßige Weiterentwicklung des Netzwerkes im Hinblick auf sich verändernde Bedarfssituationen und neue Leistungsformen. Dazu bieten sich regelmäßige Netzwerkkonferenzen an.

5.4. Ansätze zur Ressourcenschätzung

Da bisher nur wenige Erfahrungswerte zum Unterstützungsbedarf bei Versicherten der Rentenversicherung existieren und diese aufgrund der Unterschiedlichkeit der aktuell vorliegenden Fallmanagementkonzepte nur sehr eingeschränkt vergleichbar sind, stellen die folgenden Schätzungen zum Anteil an Versicherten mit Unterstützungsbedarf sowie zum durchschnittlichen Arbeitsaufwand je Versicherter in den Intensitätsstufen lediglich erste Anhaltspunkte dar.

– *Schätzung des Anteils an Versicherten mit Unterstützungsbedarf*

Auf Basis von Routinedatenauswertungen und Expertenerfahrungen wird der prozentuale Anteil an Versicherten mit Bedarf an Unterstützung folgendermaßen geschätzt:

- Stufe 1: ~15% der Versicherten aus medizinischer oder beruflicher Rehabilitation
- Stufe 2: ~5% der Versicherten aus medizinischer oder beruflicher Rehabilitation
- Stufe 3: ≤1% der Versicherten aus medizinischer oder beruflicher Rehabilitation.

Insgesamt dürfte daher ein Anteil von ca. 21% der Versicherten aus einer medizinischen oder beruflichen Rehabilitation Unterstützungsbedarf in einer der drei Intensitätsstufen besitzen. Die Schätzung der Versicherten mit Bedarf umfasst dabei all diejenigen Versicherten, mit denen mindestens ein Kontakt in Form eines persönlichen Treffens durchgeführt wird. Es ist davon auszugehen, dass nicht alle Versicherten mit Bedarf das Angebot eines Fallmanagements auch annehmen, so dass der Anteil von Versicherten, die am Fallmanagement tatsächlich teilnehmen, kleiner sein kann.

– *Schätzung zum durchschnittlichen Arbeitsaufwand*

Für die Schätzung des durchschnittlichen Arbeitsaufwandes wird ebenfalls auf Expertenerfahrungen zurückgegriffen. Da bisher kein vergleichbares dreistufiges Konzept vorliegt, kann auch diese Schätzung lediglich erste Anhaltspunkte liefern.

Für die einzelnen Stufen wird von folgendem durchschnittlichen Arbeitsaufwand ausgegangen:

- Stufe 1: durchschnittlich 4 Stunden je Versicherter
- Stufe 2: durchschnittlich 15 Stunden je Versicherter

- Stufe 3: durchschnittlich 45 Stunden je Versicherter

Die angegebenen durchschnittlichen Arbeitsaufwände umfassen die Kontaktzeit sowie die notwendige Vor- und Nachbereitung. Nicht enthalten ist der Arbeitsaufwand, der ggf. zur ersten Identifikation von Hinweisen auf einen bestehenden Bedarf beispielsweise im Rahmen einer ersten telefonischen Kontaktaufnahme benötigt wird.

Werden die hier vorliegenden Schätzungen zum Anteil an Versicherten mit Bedarf und zum Arbeitsaufwand zugrunde gelegt, ist mit einer Erhöhung der notwendigen Ressourcen insbesondere in der Reha(fach)beratung bzw. den Ressourcen für externe Dienstleister zu rechnen. In welchem Umfang Ressourcen erhöht werden müssen, dürfte sich jedoch bei den Rentenversicherungsträgern unterscheiden. Abhängig könnte dies beispielsweise sein von der bisherigen Praxis der Reha(fach)beratung, der Charakteristik der Versicherten (z. B. Krankheitsspektrum, Berufsgruppenspektrum), der regionalen Arbeitsmarktsituation oder auch der im Bereich des Fallmanagements bereits vorliegenden Konzepte, auf die der jeweilige Träger zurückgreifen kann.

Bei den Ressourcenschätzungen ist zu berücksichtigen, dass die Durchführung von Fallmanagement zunächst zwar eine Erhöhung der verfügbaren Ressourcen erfordert, dass zugleich jedoch auch Synergien mit bestehenden Prozessen im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben möglich sind. Durch eine frühzeitige Unterstützung von Versicherten im Fallmanagement kann ggf. auf die spätere Durchführung von häufig recht kostenintensiven Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben verzichtet werden. In diesem Sinne sind möglicherweise auch Einsparungen durch die Umsetzung von Fallmanagement möglich. Es wird zudem davon ausgegangen, dass durch das Fallmanagement eine höhere berufliche Wiedereingliederungsquote erzielt und Frühberentungen vermieden werden können.

6. Literatur

Statistisches Bundesamt (2009). Demografischer Wandel in Deutschland. Zugriff am 28.02.2017 unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/DemografischerWandel/EntwicklungErwerbpersonenzahl5871104099004.pdf?__blob=publicationFile

Statistisches Bundesamt (2015). Bevölkerung Deutschlands bis 2016. Zugriff am 28.02.2017 unter https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2015/bevoelkerung/Pressebrochure_Bevoelk2060.pdf?__blob=publicationFile

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2017). Weissbuch: Arbeiten 4.0. Zugriff am 27.02.2017 unter http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a883-weissbuch.pdf;jsessionid=4CD2777AC35834D770B21027653D4760?__blob=publicationFile&v=7

Deutsche Rentenversicherung (2016). Reha-Bericht. Update 2016. Zugriff am 01.03.2017 unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/04_reha_jahresberichte/downloads_reha_jahresberichte/reha_bericht_update_2016.pdf?__blob=publicationFile&v=3

BKK Dachverband (2015). Langzeiterkrankungen. Zahlen, Daten, Fakten. Zugriff am 06.03.17 unter http://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/publikationen/gesundheitsreport_2015/BKK_Gesundheitsreport_2015.pdf

Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.) (2016). Fehlzeiten-Report 2016 Unternehmenskultur und Gesundheit - Herausforderungen und Chancen. Berlin: Springer.

Techniker Krankenkasse (2016). Gesundheitsreport 2016 – Gesundheit zwischen Beruf und Familie. Zugriff am 06.03.2017 unter <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/855594/Datei/3451/TK-Gesundheitsreport-2016-Zwischen-Beruf-und-Familie.pdf>

Deutsche Rentenversicherung (2015). Reha-Bericht. Zugriff am 06.03.2017 unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/03_statistiken/02_statistikpublikationen/02_rehabericht_2015.pdf?__blob=publicationFile&v=4

Deutsche Rentenversicherung (2016). Rentenversicherung in Zeitreihen. Zugriff am 06.03.2017 unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/238700/publicationFile/62588/03_rv_in_zeitreihen.pdf

Case Management Society of America (2010). Standards of Practice for Case Management. Zugriff am 09.05.2017 unter

<http://www.cmsa.org/portals/0/pdf/memberonly/StandardsOfPractice.pdf>

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (Hrsg.) (2015). Case Management Leitlinien. Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen. Heidelberg: Medhochzwei.

Anhang 1 zum Fallmanagementkonzept: Fallbeispiele unterschiedlicher Komplexität

Fallkomplexität gering – Stufe 1

Beispiel 1

Geschlecht	männlich
Alter	31
Kinder	keine
Familienstand	verheiratet
Gesundheitliche Situation (z. B. körperliche/psychische Situation, Komorbiditäten, Suchterkrankungen, gesundheitliche Ressourcen)	Bandscheibenvorfall L4/L5; zuletzt medizinische Rehabilitationsleistung durch RV-Träger; seit Jahren Rückenbeschwerden, sonst guter Gesundheitszustand bei leichtem Übergewicht; kein GdB
Berufliche Situation (z. B. Beruf, Erwerbssituation, Anstellungsverhältnis, Mobbing, berufliche Ressourcen)	gelernter Maschinenbauer mit Abschluss seit 12 Jahren in ungekündigter Stellung als angestellter Maschinenbauer mit Montagetätigkeit
Familiäre Situation (z. B. familiäre Unterstützung, Scheidung, pflegender Angehöriger)	verheiratet; keine Kinder
Finanzielle Situation (finanzielle Probleme und Ressourcen)	Krankengeldbezug 1.750 €; Ehefrau ist Hausfrau; keine Schulden, Sparguthaben ca. 4.000 €
Aktivitäten (z. B. Veranlassung von Assessmentverfahren oder Einleitung einer LTA, Durchführung von Arbeitgebergesprächen, Kontaktaufnahme mit Beratungsstellen, Abstimmung mit Krankenkasse)	DRV erklärt sich zuständig für LTA nach Durchführung einer medizinischen Rehabilitation; Erstberatung durch Reha-Fachberater; Klärung der Unterstützungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz, Veranlassung einer Teilqualifizierung bei gleichzeitiger Einarbeitung beim bisherigen Arbeitgeber, Zahlung eines Eingliederungszuschusses durch RV-Träger
Nutzen des Fallmanagements (Welcher Gewinn konnte durch das Fallmanagement erzielt werden, der ohne ein Fallmanagement vermutlich nicht zu erreichen gewesen wäre?)	Wiedereingliederung beim bisherigen Arbeitgeber durch LTA sowie durch die reguläre Betreuung des Reha-Fachberaters; kein besonderes Fallmanagement nötig

<p>Ergebnis (z. B. Rente, versicherungspflichtige Beschäftigung, gelöste Problematiken)</p>	<p>versicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen; keine weiteren Probleme zu lösen</p>
---	--

Beispiel 2

Geschlecht	weiblich
Alter	43
Kinder	eine Tochter (15)
Familienstand	geschieden
Gesundheitliche Situation (z. B. körperliche/psychische Situation, Komorbiditäten, Suchterkrankungen, gesundheitliche Ressourcen)	seit 10 Jahren an Multiple Sklerose erkrankt, zuletzt medizinische Rehabilitation durch RV-Träger, gute medikamentöse Einstellung
Berufliche Situation (z. B. Beruf, Erwerbssituation, Anstellungsverhältnis, Mobbing, berufliche Ressourcen)	gelernte Verwaltungsfachangestellte, seit 10 Jahren in der öffentlichen Verwaltung mit viel Kundenkontakt tätig (Empfangsbereich)
Familiäre Situation (z. B. familiäre Unterstützung, Scheidung, pflegender Angehöriger)	nach Scheidung stabile Beziehung mit neuem Partner, keine besonderen Schwierigkeiten im familiären Umfeld
Finanzielle Situation (finanzielle Probleme und Ressourcen)	regelmäßige Unterhaltszahlungen für die Tochter vom Ex-Mann, keine Schulden
Aktivitäten (z. B. Veranlassung von Assessmentverfahren oder Einleitung einer LTA, Durchführung von Arbeitgebergesprächen, Kontaktaufnahme mit Beratungsstellen, Abstimmung mit Krankenkasse)	nach medizinischer Rehabilitation Gespräch mit dem zuständigen Reha-Fachberater, es stellt sich heraus, dass der Kundenkontakt für die Versicherte zunehmend belastend ist; Besprechung von Möglichkeiten zur veränderten Arbeitsorganisation mit der Versicherten und telefonisch auch mit dem Arbeitgeber;
Nutzen des Fallmanagements (Welcher Gewinn konnte durch das Fallmanagement erzielt werden, der ohne ein Fallmanagement vermutlich nicht zu erreichen gewesen wäre?)	geringfügige Unterstützung der Versicherten und des Arbeitgebers bei der Umorganisation des Arbeitsplatzes, dadurch Aufrechterhaltung des Beschäftigungsverhältnisses
Ergebnis (z. B. Rente, versicherungspflichtige Beschäftigung, gelöste Problematiken)	weiterhin versicherungspflichtige Beschäftigung beim bisherigen Arbeitgeber

Fallkomplexität mittel – Stufe 2

Beispiel 3

Geschlecht	weiblich
Alter	38
Kinder	ein Sohn (15)
Familienstand	verheiratet
Gesundheitliche Situation (z. B. körperliche/psychische Situation, Komorbiditäten, Suchterkrankungen, gesundheitliche Ressourcen)	psychische Erkrankung (Depression); zuletzt medizinische Rehabilitation durch RV-Träger; zuvor häufige undefinierte Fehlzeiten; Übergewicht; GdB 30
Berufliche Situation (z. B. Beruf, Erwerbssituation, Anstellungsverhältnis, Mobbing, berufliche Ressourcen)	gelernte Versicherungskauffrau; nach 17 Jahren Tätigkeit wegen fortdauernder Arbeitsunfähigkeit gekündigt, danach geringfügige Tätigkeit als Telefonistin
Familiäre Situation (z. B. familiäre Unterstützung, Scheidung, pflegender Angehöriger)	verheiratet; 15-jähriger Sohn ist schulpflichtig
Finanzielle Situation (finanzielle Probleme und Ressourcen)	Familieneinkommen ca. 2.200 €; Ehemann ist berufstätig; 70.000 € Schulden wegen Immobilienkauf; Sparguthaben ca. 6.000 €
Aktivitäten (z. B. Veranlassung von Assessmentverfahren oder Einleitung einer LTA, Durchführung von Arbeitgebergesprächen, Kontaktaufnahme mit Beratungsstellen, Abstimmung mit Krankenkasse)	Erklärung der Zuständigkeit für LTA nach medizinischer Rehabilitation; Erstberatung durch Reha-Fachberater (Qualifizierungswunsch); in der Folge Veranlassung eines Assessments im BFW zur Klärung der kognitiven Leistungsfähigkeit und der Belastbarkeit, Motivation der Versicherten zur Durchführung einer Psycho- und Paartherapie sowie Kontaktaufnahme mit der Krankenkasse zur Einleitung einer Psycho- und Paartherapie; anschließend Veranlassen einer Teilqualifizierung im kaufmännischen und beratenden Bereich und Organisation der nachgehenden Einarbeitung (bei neuem Arbeitgeber), Zahlung eines Eingliederungszuschusses durch RV-Träger

<p>Nutzen des Fallmanagements (Welcher Gewinn konnte durch das Fallmanagement erzielt werden, der ohne ein Fallmanagement vermutlich nicht zu erreichen gewesen wäre?)</p>	<p>Wiedereingliederung bei einem neuen Arbeitgeber durch LTA und erweiterte Maßnahmen des Reha-Fachberaters Fallmanagement führte zur Einschaltung der Krankenversicherung wegen therapeutischer Angebote sowie der Agentur für Arbeit zur Unterstützung der Vermittlungsbemühungen</p>
<p>Ergebnis (z. B. Rente, versicherungspflichtige Beschäftigung, gelöste Problematiken)</p>	<p>versicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen; persönliche Problematik konnte geklärt werden (Eheprobleme); begleitende Stabilisierung der Psyche durch Psychotherapie führte zu verbesserter Belastbarkeit in der Qualifizierung; über persönlichen Kontakt des Arbeitsvermittlers konnte in Kooperation mit dem Reha-Träger ein Arbeitsplatz gefunden werden, der bisherige Kenntnisse aufgreift</p>

Beispiel 4

Geschlecht	männlich
Alter	46
Kinder	keine
Familienstand	verheiratet
Gesundheitliche Situation (z. B. körperliche/psychische Situation, Komorbiditäten, Suchterkrankungen, gesundheitliche Ressourcen)	Zwangsgedanken/Zwangsstörung, Kontrollzwänge; GdB 40
Berufliche Situation (z. B. Beruf, Erwerbssituation, Anstellungsverhältnis, Mobbing, berufliche Ressourcen)	Beschäftigungsverhältnis als Entsorger seit 1995, Abholung von Sonderabfällen aufgrund der Zwangsstörungen und Kontrollzwänge kann der Versicherte nicht mehr eigenständig und eigenverantwortlich als LKW-Fahrer arbeiten
Familiäre Situation (z. B. familiäre Unterstützung, Scheidung, pflegender Angehöriger)	Ehefrau unterstützt den Versicherten, bekommt die Probleme „live“ mit; Versicherter hat Schlafstörungen, rechnet in Gedanken die Touren durch, erstellt Zeit und Ablaufpläne etc.
Finanzielle Situation (finanzielle Probleme und Ressourcen)	arbeitsunfähig mit Krankengeld seit einem halben Jahr
Aktivitäten (z. B. Veranlassung von Assessmentverfahren oder Einleitung einer LTA, Durchführung von Arbeitgebergesprächen, Kontaktaufnahme mit Beratungsstellen, Abstimmung mit Krankenkasse)	medizinische Rehabilitation für psychisch Erkrankte in Form einer MBOR durchgeführt; anschließendes Erstgespräch mit dem Reha-Fachberater und Durchführung eines Betriebsbesuchs; im dortigen Gespräch Klärung der Umsetzung auf eine Stelle als Beifahrer und Anleiter für neue Fahrer besprochen und eine betriebliche Erprobung für einen Monat zur langsamen Heranführung an die Wiederaufnahme der Arbeit vereinbart, außerdem Kostenübernahme für nötige Qualifikationen im Form eines Ausbildungszuschusses in Höhe von 500 Euro an den Betrieb in Aussicht gestellt, außerdem Antrag auf Gleichstellung für Schwerbehinderte bei der Arbeitsagentur in die Wege geleitet und ersten Kontakt zum Integrationsamt hergestellt, wo der Betrieb Minderleistungsausgleich beantragen wird

<p>Nutzen des Fallmanagements (Welcher Gewinn konnte durch das Fallmanagement erzielt werden, der ohne ein Fallmanagement vermutlich nicht zu erreichen gewesen wäre?)</p>	<p>schnelle Kontaktaufnahme zum Versicherten und Betrieb, Planung sowie Realisierung der Umsetzung</p>
<p>Ergebnis (z. B. Rente, versicherungspflichtige Beschäftigung, gelöste Problematiken)</p>	<p>Versicherter konnte trotz der gesundheitlichen Einschränkungen im Betrieb verbleiben und weiter einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgehen</p>

Beispiel 5

Geschlecht	männlich
Alter	53 Jahre
Kinder	ein Sohn (15)
Familienstand	getrennt lebend
Gesundheitliche Situation (z. B. körperliche/psychische Situation, Komorbiditäten, Suchterkrankungen, gesundheitliche Ressourcen)	chronische Rückenbeschwerden, Alkoholabhängigkeit zuletzt in ganztägig-ambulanter Reha-Einrichtung, Herzprobleme
Berufliche Situation (z. B. Beruf, Erwerbssituation, Anstellungsverhältnis, Mobbing, berufliche Ressourcen)	ungelernter Gärtner, angestellt bei seinem Arbeitgeber seit 1981
Familiäre Situation (z. B. familiäre Unterstützung, Scheidung, pflegender Angehöriger)	getrennt lebend; wohnt im Sommer in einem Wohnwagen, im Winter bei einer Partnerin
Finanzielle Situation (finanzielle Probleme und Ressourcen)	unterhaltspflichtig dem Sohn gegenüber
Aktivitäten (z. B. Veranlassung von Assessmentverfahren oder Einleitung einer LTA, Durchführung von Arbeitgebergesprächen, Kontaktaufnahme mit Beratungsstellen, Abstimmung mit Krankenkasse)	Versicherter kam zum geplanten Erstgespräch in der Reha-Einrichtung nicht; zu einem späteren Zeitpunkt persönliches Gespräch des Versicherten mit dem Reha-Fachberater; Durchführung eines Arbeitgeberbesuchs gemeinsam mit der Leiterin der Reha-Einrichtung
Nutzen des Fallmanagements (Welcher Gewinn konnte durch das Fallmanagement erzielt werden, der ohne ein Fallmanagement vermutlich nicht zu erreichen gewesen wäre?)	aufgrund diverser Pflichtverletzungen des Versicherten dem Arbeitgeber gegenüber hätte er ohne das gemeinsame Gespräch evtl. seinen Arbeitsplatz verloren, es wurde ihm dort verdeutlicht, dass er bereits einen Schonarbeitsplatz hat und er unbedingt auch seinen Meldepflichten bei Arbeitsunfähigkeit nachkommen muss; Arbeitgeber ist für das Thema Alkoholabhängigkeit beim Versicherten sensibilisiert
Ergebnis (z. B. Rente, versicherungspflichtige Beschäftigung, gelöste Problematiken)	Versicherter arbeitet wieder auf seinem Schonarbeitsplatz, erneute Nachfrage des Fallmanagers beim Arbeitgeber in einigen Monaten geplant

Fallkomplexität hoch – Stufe 3

Beispiel 6

Geschlecht	männlich
Alter	26
Kinder	eine Tochter (9)
Familienstand	ledig, von der Kindsmutter getrennt lebend
Gesundheitliche Situation (z. B. körperliche/psychische Situation, Komorbiditäten, Suchterkrankungen, gesundheitliche Ressourcen)	psychische Erkrankung (Depression), Drogenabhängigkeit, multiple Erkrankungsbilder (internistisch, dermatologisch, orthopädisch); GdB 50
Berufliche Situation (z. B. Beruf, Erwerbssituation, Anstellungsverhältnis, Mobbing, berufliche Ressourcen)	abgebrochene Ausbildung zum Maurer, verschiedene (teilweise kurzzeitige) Hilfstätigkeiten; seit 2011 durchgehend arbeitslos
Familiäre Situation (z. B. familiäre Unterstützung, Scheidung, pflegender Angehöriger)	ledig; seit 2010 kein Kontakt zur Kindsmutter und Tochter; Tochter schulpflichtig; kein Kontakt zu Eltern
Finanzielle Situation (finanzielle Probleme und Ressourcen)	Arbeitslosengeld-II-Bezieher; ca. 80.000 € Schulden; keine finanziellen Ressourcen
Aktivitäten (z. B. Veranlassung von Assessmentverfahren oder Einleitung einer LTA, Durchführung von Arbeitgebergesprächen, Kontaktaufnahme mit Beratungsstellen, Abstimmung mit Krankenkasse)	Zuständigkeitserklärung der DRV für LTA nach medizinischer Rehabilitation Abhängigkeitskranker; Erstberatung durch Reha-Fachberater (Reha-Ziel: direkte Vermittlung in Arbeit ohne Qualifizierung); in der Folge Teilnahme an einer Integrationsmaßnahme im BFW mit psychologischer und medizinischer Begleitung veranlasst, ambulante Betreuung durch Suchtberatungsstelle eingeleitet, Kontakt mit Schuldnerberatung über Integrationsfachdienst hergestellt, Mediation und begleitete (Jugendamt, Erziehungsberatung) Kontaktabahnung zur Tochter initiiert, mehrmonatiges Berufspraktikum bei einem Arbeitgeber (Haushaltsauflösungen) ermöglicht und nachgehend Einarbeitung bei neuem Arbeitgeber (Umzugsunternehmen) organisiert, Zahlung eines Eingliederungszuschusses durch RV-Träger

<p>Nutzen des Fallmanagements (Welcher Gewinn konnte durch das Fallmanagement erzielt werden, der ohne ein Fallmanagement vermutlich nicht zu erreichen gewesen wäre?)</p>	<p>Wiedereingliederung bei einem neuen Arbeitgeber durch differenziertes Fallmanagement ermöglicht; Fallmanagement (Wiederherstellung des Kontaktes zur Tochter, professionelle Entschuldung) ermöglichte überhaupt erst den Aufbau einer persönlichen Perspektive und einer Arbeitsmotivation; die beruflichen Eingliederungsbemühungen wurden in besonderer Weise durch Maßnahmen wie Krisenintervention und Suchtberatung begleitet und konnten nur so zum Erfolg gebracht werden; hierdurch wurde der zunächst prognostizierte dauerhafte Rentenbezug vermieden und Beitragszahlungen generiert</p>
<p>Ergebnis (z. B. Rente, versicherungspflichtige Beschäftigung, gelöste Problematiken)</p>	<p>versicherungspflichtige Beschäftigung (Vollzeit) aufgenommen und damit nachhaltig Rentenzahlung vermieden; persönliche Problematik konnte geklärt werden (Beziehung zur Tochter und Kindsmutter); nachhaltige Stabilisierung der Psyche durch Suchtberatung und Begleitung durch BFW führte zu verbesserter Belastbarkeit in Integrationsmaßnahme; Praktikum und Probebeschäftigung; Entwicklung einer nachhaltigen Lebensperspektive durch strukturierte Planung der Entschuldung</p>

Anhang 6: Empfehlungen zur Implementierung

Empfehlungen zur Implementierung eines Fallmanagementkonzeptes in der Rentenversicherung

1. Grundsätze der Implementierung

Die Implementierung des Fallmanagements soll einerseits fachlich möglichst einheitlich gelingen und andererseits den unterschiedlichen Strukturen und Bedingungen der Rentenversicherungsträger Rechnung tragen. Es empfiehlt sich daher eine „top-down-Implementierung“, die den Trägern Handlungsspielraum ermöglicht, gleichzeitig aber ein gemeinsames Fallmanagementkonzept und damit auch eine einheitliche Vorgehensweise erkennen lässt.

Für die erfolgreiche Implementierung eines Fallmanagements sind zunächst einige zentrale Prinzipien zu berücksichtigen:

- Die Implementierung ist Führungsaufgabe.

Die für die Einführung und Durchführung eines Fallmanagements notwendigen Veränderungen können nur erfolgreich realisiert werden, wenn die Grundsätze des Fallmanagements von der Führungsebene der Rentenversicherungsträger befürwortet und die damit verbundenen Veränderungen konsequent umgesetzt werden.

- Die Implementierung erfordert die Anpassung von Organisationsstrukturen und Vorgehensweisen.

Bei der Einführung von Fallmanagement sollten bestehende Organisationsstrukturen und Vorgehensweisen auf ihre Adressatenorientierung hin geprüft und ggf. entsprechend verändert werden. Zentral ist insbesondere die Ermöglichung einer organisatorisch unterstützten engen Zusammenarbeit der Reha(fach)beratung mit der Sachbearbeitung beispielsweise durch die Bildung regionaler Teams. Des Weiteren können u. a. Veränderungen in den Entscheidungskompetenzen der Reha(fach)berater sowie die Festlegung neuer Ansprechpartnern und Verantwortlichen für bestimmte Prozesse notwendig sein.

- Die Implementierung erfordert ausreichende Ressourcen.

Sowohl bei einem intern durch Rentenversicherungsmitarbeiter als auch einem extern durch Dienstleister umgesetzten Fallmanagement werden durch die intensivere Unterstützung von Versicherten sowie die damit verbundene Netzwerkarbeit und -pflege ausreichende Ressourcen benötigt. Um insbesondere bei einem intern umgesetzten Fallmanagement die Bedenken der für das Fallmanagement zuständigen Mitarbeiter zu reduzieren und bereits in der Pilotphase ein qualitativ hochwertiges Fallmanagement zu ermöglichen, ist es sinnvoll, die notwendigen personellen Ressourcen bereits in der Pilotphase vorzuhalten. Des Weiteren kann sich durch die Notwendigkeit fallmanagement-spezifischer Infrastruktur wie beispielsweise entsprechender Dokumentationssoftware weiterer Ressourcenbedarf ergeben.

- Die Implementierung erfordert den Einbezug der Fachkräfte.

Der Einbezug der später im Fallmanagement tätigen Mitarbeiter bereits in der Implementierungsphase fördert die Akzeptanz der angestrebten Veränderungen und stellt die Praktikabilität der geplanten Vorgehensweisen sicher. Auch bei der Entwicklung der im Fallmanagement notwendigen Instrumente sollten Mitarbeiter, die mit der operativen Umsetzung des Fallmanagements betraut sind, beteiligt werden.

- Die Implementierung erfordert die Qualifizierung der Mitarbeiter.

Die Qualifizierung der Mitarbeiter sollte möglichst in trägerübergreifend gestalteten Weiterbildungsveranstaltungen umgesetzt werden. Die gemeinsame Weiterbildung der Mitarbeiter der Rentenversicherungsträger ermöglicht einen überregionalen Austausch und fördert das gemeinsame Selbstverständnis als Fallmanager sowie die Reflexion der Besonderheiten vor Ort. Grundlage der Weiterbildung sollte ein für alle Rentenversicherungsträger einheitliches Curriculum sein.

- Die Implementierung erfordert die Entwicklung geeigneter Instrumente und Dokumentationsstrukturen.

Die Entwicklung der für das Fallmanagement notwendigen Instrumente und Dokumentationsstrukturen liegt in der Verantwortung der Rentenversicherungsträger. Innerhalb der Rentenversicherung sollten die Instrumente und Dokumentationsstrukturen weitgehend einheitlich gestaltet werden. Die Entwicklung von Instrumenten und Dokumentationsstrukturen kann im Rahmen der Einführung des Fallmanagements Bestandteil der Weiterbildungsveranstaltungen sein.

- Die Implementierung erfordert ein effizientes Projektmanagement.

Um eine systematische Implementierung des Fallmanagements zu ermöglichen, sollte ein effizientes Projektmanagement mit einer Aufgaben-, Zeit- und Meilensteinplanung sowie einem entsprechenden Projektcontrolling eingesetzt werden.

- Die Implementierung erfolgt in Pilotregionen.

Die Implementierung des Fallmanagements über Pilotregionen bietet die Möglichkeit, schrittweise die notwendigen Prozesse zu verfeinern und Erfahrungen beispielsweise zur Zielgruppendefinition, zu den benötigten Ressourcen sowie zu relevanten Kennzahlen zu gewinnen. Zudem ist es auf diese Weise möglich, unterschiedliche Vorgehensweisen im Fallmanagement zu erproben. Modelle für ein pfadorientiertes Fallmanagement (Stufe 2 im Fallmanagementkonzept) können arbeitsteilig entwickelt und den jeweils anderen Trägern zur Verfügung gestellt werden. Auch der Netzwerkaufbau kann während der Pilotierung schrittweise erfolgen.

- Die Implementierung erfordert eine entsprechende wissenschaftliche Begleitung.

Die Einführung des Fallmanagements in den Pilotregionen sollte wissenschaftlich begleitet werden. Es sollten sowohl die Prozesse als auch die Ergebnisse des Fallmanagements analysiert und Rückschlüsse auf die Vorgehensweise gezogen werden.

2. Projektorganisation und Projektphasen der Implementierung

Für die Einführung eines gemeinsamen Fallmanagements in der Rentenversicherung empfiehlt sich eine Projektorganisation auf drei Ebenen, die die Zusammenarbeit der verschiedenen Rentenversicherungsträger ermöglicht.

1. Trägerübergreifende Ebene: Auf dieser Ebene sollte unter Beteiligung möglichst vieler Rentenversicherungsträger eine Arbeitsgruppe (AG) zum Fallmanagement gebildet werden. Diese Ebene bietet die Möglichkeit übergreifende Absprachen zum Konzept sowie zur Vorgehensweise bei der Implementierung zu treffen.
2. Ebene der Pilotregionen: Auf Ebene der Regionen sollten möglichst die Rentenversicherungsträger einer Region zusammenarbeiten. Auch die Bundesträger sollten in die Pilotregionen einbezogen werden. Es gilt hier im Rahmen einer Lenkungsgruppe (LK) die Implementierung des Fallmanagementkonzeptes mit den Instrumenten des Projektmanagements zu steuern. Auf dieser Ebene sollten die im Fallmanagement tätigen Mitarbeiter sowie optimaler Weise auch ein externer Experte aus dem Bereich des Fallmanagements, der den Prozess fachlich supervidiert, einbezogen werden.

3. Ebene der Rentenversicherungsträger (RVT): Auf Trägerebene sind die Voraussetzungen zu schaffen, um Versicherte für die Pilotprojekte zu identifizieren und das Fallmanagement umzusetzen.

Abbildung 11 veranschaulicht die drei Ebenen der Implementierung.

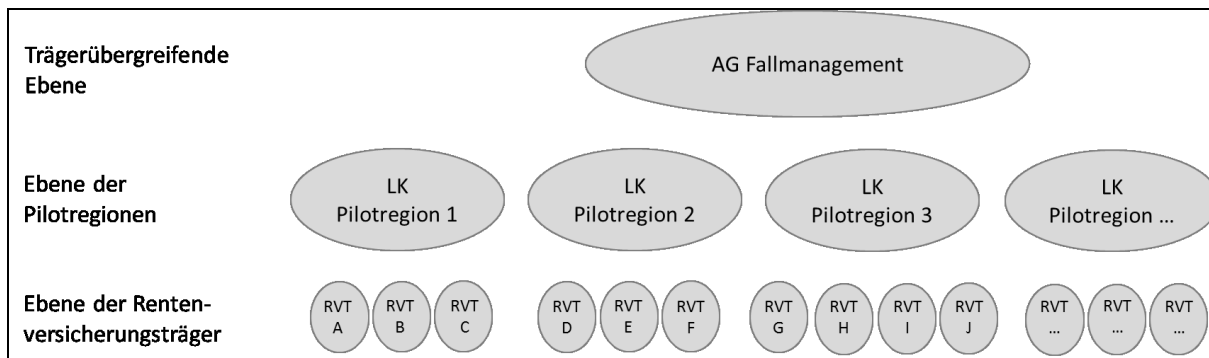


Abbildung 11: Ebene der Fallmanagementimplementierung

Der Implementierung liegt eine phasenorientierte Projektplanung zugrunde. Die Projektphasen werden durch Qualifizierungskurse begleitet. In den Kursen wird den im Fallmanagement tätigen Mitarbeitern das notwendige Wissen und die notwendigen Kompetenzen orientiert an den Projektphasen vermittelt. Gleichzeitig dienen die Kurse dem Austausch unter den Pilotregionen und reflektieren die Einführungserfahrungen.

Abbildung 2 stellt wesentliche Punkte der Projektplanung für die Implementierung des Fallmanagementkonzepts vor. Bei der Umsetzung des Implementierungsvorhabens sind diese entsprechend weiter zu differenzieren.

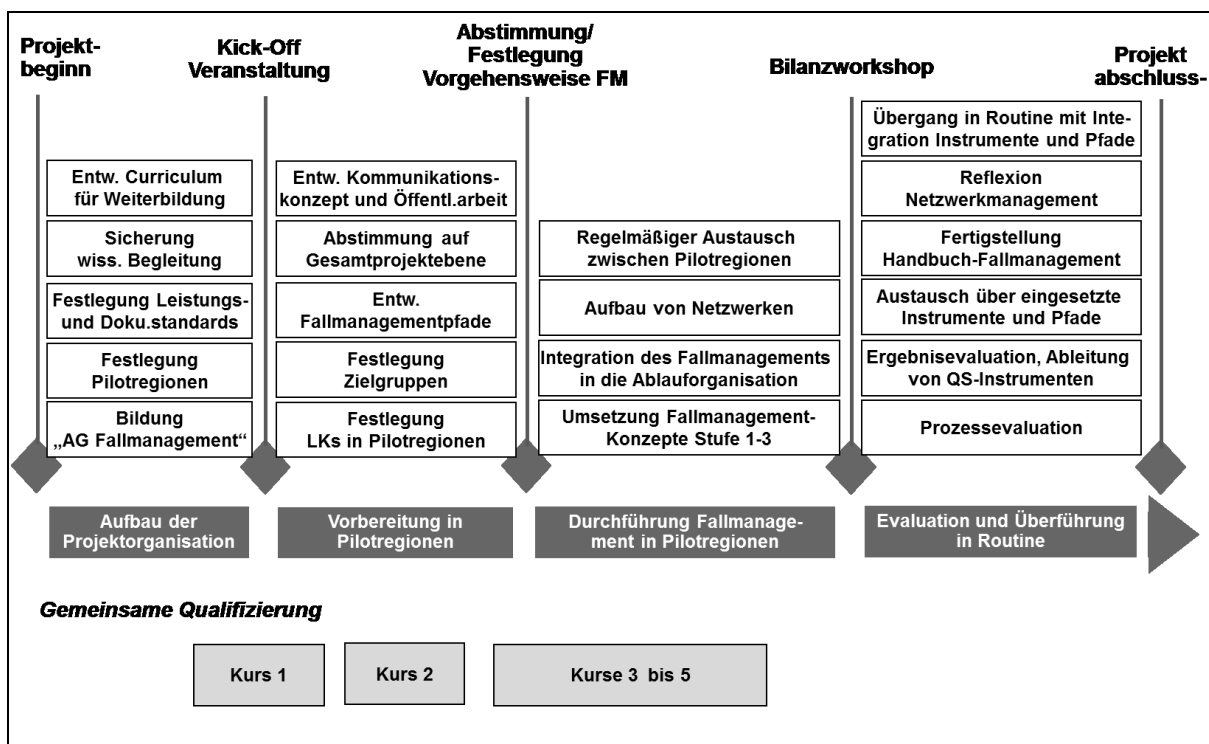


Abbildung 12: Phasen der Fallmanagementimplementierung

Das Projekt startet mit der Phase „**Aufbau der Projektorganisation**“. Diese findet auf trägerübergreifender Ebene statt. Zu ihr gehören die folgenden Aufgaben:

- Bildung einer „AG Fallmanagement“ auf Bundesebene
- Festlegung von Pilotregionen mit dem Ziel, dass alle Rentenversicherungsträger der jeweiligen Region teilnehmen.
- Festlegung der für alle Pilotregionen geltenden Leistungs- und Dokumentationsstandards.

Vorgeschlagen wird die Erstellung eines gemeinsamen Handbuchs für das Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe, welches im Laufe des Projektes mit den Ergebnissen aus den Pilotregionen gefüllt wird. Es stellt die dauerhafte Umsetzung des Fallmanagements in der Routine sicher.

- Sicherung der wissenschaftlichen Begleitung
- Entwicklung eines Curriculums für die Fallmanagement-Weiterbildung

Die Phase „**Vorbereitung in den Pilotregionen**“ findet vor allem auf der Ebene der Pilotregionen statt. Zu ihr gehören folgende Aufgaben:

- Festlegung von LKs in den Pilotregionen
- Identifizierung und Festlegung von Zielgruppen und speziellen Bedarfskonstellationen abhängig vom Bedarf in den jeweiligen Pilotregionen
- Entwicklung der zielgruppen- und bedarfsspezifischen Fallmanagementpfade (Stufe 2)
- Abstimmung auf Gesamtprojektebene
- Entwicklung eines Kommunikationskonzeptes und sukzessive Aufnahme in die Öffentlichkeitsarbeit der Träger

Die Phase „**Durchführung des Fallmanagements in den Pilotregionen**“ umfasst folgende Aufgaben:

- Umsetzung des Fallmanagementkonzeptes mit den Stufen 1 bis 3 für definierte Zielgruppen und regionale Bedarfskonstellationen
- Integration des Fallmanagements in die Ablauforganisation der einzelnen Rentenversicherungsträger
- Aufbau von Netzwerken

- Regelmäßiger Austausch zwischen den Pilotregionen

Die Phase „**Evaluation und Überführung in die Routine**“ findet auf allen Ebenen statt. Zu ihr gehören folgende Aufgaben

- Prozessevaluation der Durchführung des Fallmanagements
- Ergebnisevaluation der Durchführung des Fallmanagements und Ableitung von Qualitätssicherungsinstrumenten für die Routine
- Austausch über die in den Pilotregionen eingesetzten Instrumente und Pfade
- Fertigstellung des Handbuch-Fallmanagement mit den validierten Instrumenten und Pfaden
- Reflexion des Netzwerkmanagements
- Übergang in die Routinephase mit Integration der geeigneten Instrumente und Pfade in die Organisation der Rentenversicherungsträger