

**Fachkonzept
„Fallmanagement nach
medizinischer Rehabilitation“**



**Deutsche
Rentenversicherung**

Nord

Stand: 01. Januar 2024

Inhaltsverzeichnis

1.	EINLEITUNG.....	3
2.	DEFINITION UND ZIELE DES FALLMANAGEMENTS	4
3.	ZIELGRUPPEN	5
3.1.	FALLKONSTELLATIONEN.....	6
3.2.	GRUNDVORAUSETZUNGEN.....	6
3.3.	AUSSCHLUSSGRÜNDE	7
4.	HINWEISE ZU EINZELNEN INDIKATIONEN	7
4.1.	FALLMANAGEMENT BEI PSYCHOSOMATISCHEN ERKRANKUNGEN	8
4.2.	FALLMANAGEMENT BEI ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN	8
4.3.	FALLMANAGEMENT BEI ONKOLOGISCHEN ERKRANKUNGEN.....	9
4.4.	FALLMANAGEMENT BEI NEUROLOGISCHEN ERKRANKUNGEN.....	10
4.5.	FALLMANAGEMENT BEI AKUTEN HERZERKRANKUNGEN	10
5.	ZUGANGSVERFAHREN	11
6.	ABLAUF UND WEITERES VERFAHREN	12
7.	ABRECHNUNG	14
8.	ANFORDERUNGEN AN DIE ANBIETER VON FALLMANAGEMENT.....	15
8.1.	KONZEPT	15
8.2.	FALLMANAGEMENT-ANBIETER.....	16
8.3.	ERFORDERLICHE QUALIFIKATIONEN / KOMPETENZEN DER FALLMANAGER*INNEN	16
9.	KONTAKTDATEN UND ANSPRECHPERSONEN	18
10.	FORMULARE.....	18

1. Einleitung

Ein wesentliches Ziel der Reha-Strategie der Deutschen Rentenversicherung Nord (DRV Nord) ist die nachhaltige berufliche Wiedereingliederung nach einer medizinischen Rehabilitation.

Die DRV Nord bietet bereits eine Reihe von Maßnahmen zur Sicherung des Reha-Erfolgs an. Dazu gehören verschiedene Reha-Nachsorgeprogramme, die betriebsärztlichen Rückkehrgespräche nach der Reha, wenn der betriebsärztliche Dienst die Rehabilitation eingeleitet hat und die stufenweise Wiedereingliederung.

Von der medizinischen Rehabilitation und der Nachsorge profitieren jedoch Rehabilitanden/Rehabilitandinnen mit schwer zu bewältigenden beruflichen Problemen oder nach Arbeitsplatzverlust nicht ausreichend.

Insbesondere folgende (subjektive) Arbeitsbelastungen können bei Versicherten, die bereits an psychisch bedingten Funktionseinschränkungen leiden, zur weiteren Arbeitsunfähigkeit nach Abschluss der Reha führen, wenn keine anderen Auswege erkennbar sind:

- dequalifizierende Tätigkeit, die dem Ausbildungsstand oder den Fähigkeiten des Arbeitnehmers nicht entspricht,
- geringe Wertschätzung,
- Konflikte am Arbeitsplatz,
- wenige Selbstregulations- und Entscheidungsmöglichkeiten (Monotonie, autoritärer oder nicht nachvollziehbarer Führungsstil),
- keine Möglichkeiten der Selbstbestätigung,
- Ängste vor Arbeitsplatzverlust,
- keine Ausweich- oder Wechsellmöglichkeiten (z. B. Schichtprobleme),
- subjektive oder objektive Überforderung.

Bei Versicherten mit komplexen Problemlagen kann nach Entlassung aus einer medizinischen Rehabilitation eine intensive persönliche Begleitung und Koordination von Maßnahmen erforderlich sein, um eine nachhaltige berufliche Wiedereingliederung zu erreichen. Das in diesem Konzept beschriebene Fallmanagement stellt eine solche systematische und umfassende Unterstützung dar.

Kernelemente des Fallmanagements sind eine personenzentrierte Beratung, Begleitung, Planung und Koordination des weiteren Rehabilitations- und Integrationsprozesses. Bei der Bedarfsermittlung wird das bio-psycho-soziale Modell des ICF zugrunde gelegt. Die Ausgestaltung des Fallmanagements ist in entscheidendem Maße abhängig vom fördernden und hemmenden Einfluss der persönlichen und der Umweltfaktoren.

ren auf die berufliche Wiedereingliederung. Das Fallmanagement ist stets ressourcenorientiert. Die selbstbestimmte Teilhabe des/der Versicherten bleibt wesentliches Ziel des Fallmanagements.

Das Fallmanagement bedarf einer engen Vernetzung mit der Reha-Einrichtung, in der die Rehabilitation stattgefunden hat, mit dem regionalen Versorgungssystem im weiten Sinn des Wortes (d. h. einschl. Sozialleistungsträger, Selbsthilfe ...), mit dem Arbeitgebenden, mit dem persönlichen Umfeld des/der Versicherten und mit der Deutschen Rentenversicherung Nord selbst.

Das vorliegende Konzept wurde auf Grundlage eines Projektes der DRV Nord gemeinsam mit der Fachklinik Aukrug der DRV Nord, der Curtius Klinik GmbH & Co. KG in Bad Malente, der Rehabilitationsklinik Garder See GmbH in Lohmen sowie den Fallmanagementanbietern Dr. Grosch Consulting GmbH und Brücke Schleswig-Holsteing GmbH entwickelt und pilotiert. Eine wichtige Grundlage dafür bildete das Konzept des Fallmanagements der DRV Braunschweig-Hannover. Aufgrund der positiven Erfahrungen wurde das Angebot zu einem Regelangebot für Versicherte der DRV Nord im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation etabliert.

2. Definition und Ziele des Fallmanagements

Fallmanagement wird im Sinne einer personenzentrierten Rehabilitation als eine am Einzelfall orientierte Arbeitsweise verstanden, in deren Rahmen vorhandene Ressourcen des Rehabilitanden/ der Rehabilitandin, Versorgungsoptionen und benötigte Versorgungsleistungen im medizinischen, psychischen, sozialen und beruflichen Bereich gesucht, geklärt, geplant, verbessert, umgesetzt, koordiniert, überwacht und bewertet werden.

Das Fallmanagement orientiert sich eng an den Bedürfnissen und erhobenen Notwendigkeiten des/der Versicherten, wobei der/die Versicherte am Fallmanagement stets kommunikativ und interaktiv beteiligt ist.

Die Ziele des Fallmanagements für die Rentenversicherung sind die

- Erhaltung des bestehenden Arbeitsplatzes,
- Reintegration ins Erwerbsleben insbesondere Erlangung eines Arbeitsplatzes bei Arbeitslosigkeit und
- Begleitung bzw. Förderung des Genesungsprozesses.

Zur Erreichung dieser übergeordneten Ziele des Fallmanagements kommen folgende Teilziele in Frage:

- die Entwicklung und Umsetzung einer Motivationsstrategie mit eigenem Anreizsystem zusammen mit dem/der Versicherten,

- die Feststellung der funktionalen Einschränkungen und der daraus folgenden Beeinträchtigungen hinsichtlich der Aktivitäten und der Partizipation insb. am Arbeitsleben sowie
- die Feststellung derer sozialrechtlicher Konsequenzen und daraus folgend
- das zeitnahe Erkennen weiterer erforderlicher Interventionen bzw. Unterstützungsbedarfe, damit eine kontinuierliche und angemessene Versorgung im gegliederten Sozialversicherungssystem gewährleistet wird,
- die Beratung bezüglich Leistungen anderer Sozialleistungsträger und ggf. Unterstützung derer Beantragung.

Folgende Teilziele sind vom Erwerbsstatus abhängig:

Bei Versicherten mit vorhandenem Arbeitsplatz:

- die Unterstützung der Eingliederung auf den vorhandenen Arbeitsplatz,
- das Erlernen eines nicht-gesundheitsschädigenden Umgangs mit subjektiven Arbeitsbelastungen,
- die Kontaktaufnahme mit dem/der Arbeitgebenden oder sonstigen Vertretenden/Mitgliedern des Unternehmens bei Bedarf und Zustimmung des/der Versicherten.
- die schnellstmögliche Initiierung weiterer notwendiger Maßnahmen, sofern eine Rückkehr auf den alten Arbeitsplatz aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr möglich ist.

Bei vorliegender Arbeitslosigkeit:

- die Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche und im Bewerbungsprozess,
- die kooperative Entwicklung und Stabilisierung individueller Bewältigungsstrategien,
- die Entwicklung und Umsetzung von Strategien zur Unterhaltung und Fortentwicklung des sozialen Netzwerks des/der Versicherten (Familie, Freundschaftskreis, Kollegen und Kolleginnen, Hausärztliche Praxis ...).

3. Zielgruppen

Das Fallmanagement richtet sich an Versicherte mit einem komplexen Unterstützungsbedarf nach Entlassung aus einer medizinischen Rehabilitation. Das Angebot kommt insbesondere in Frage bei durch Versicherte kommunizierter Unsicherheit, bei Erwartungsängsten oder unzureichenden eigenen Ressourcen zur Problemlösung.

3.1. Fallkonstellationen

Das Fallmanagement richtet sich insbesondere an folgende Personen oder Fallkonstellationen:

- a. Versicherte mit einem festen Beschäftigungsverhältnis, die nicht in der Lage sind, Schwierigkeiten oder Hindernisse zur Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz aus eigener Kraft zu bewältigen. Die Komplexität des erforderlichen Unterstützungsbedarfs ist in solchen Fällen ein wichtiges Kriterium für ein Fallmanagement. Weiteres Indikationskriterium ist eine ambivalente Motivation zur Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit.
- b. Versicherte, die nach der Reha nicht mehr im ursprünglichen Betrieb arbeiten können, jedoch grundsätzlich für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit geeignet sind. Indikation für ein Fallmanagement ist insbesondere ein Bedarf an Unterstützung, Motivation und Koordinierung beim Umgang mit den involvierten Behörden (z.B. der Arbeitsagentur) und sonstigen Hilfsangeboten. Oft fehlt es den Betroffenen an Fähigkeiten und Fertigkeiten, um einen neuen Arbeitsplatz zu finden oder die Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten des Sozialsystems umfassend zu nutzen, wenn einzelne Sozialleistungsträger nur wenig Kapazitäten haben, die Betroffenen ausführlich zu beraten und an die richtigen Stellen zu leiten. Die Versicherten benötigen ggf. auch Unterstützung bei notwendigen Gesprächen mit dem/der bisherigen Arbeitgebenden im Zusammenhang mit der Auflösung des Arbeitsverhältnisses.
- c. Versicherte, die bereits vor Beginn der Reha arbeitslos waren und nicht in der Lage sind, ohne Unterstützung erfolgreich einen neuen Arbeitsplatz zu erlangen (s.a. Punkt b).

3.2. Grundvoraussetzungen

Folgende Grundvoraussetzungen müssen erfüllt werden:

- ein Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt über drei Stunden,
- eine Motivation im Ansatz,
- der grundsätzliche Wille zur Mitarbeit,
- die Bereitschaft, die Unterstützung anzunehmen,
- das Einverständnis mit der durch die Klinik festgestellten sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung.

3.3. **Ausschlussgründe**

Ausgeschlossen sind die Versicherten, die

- bereits eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten oder
- mit einer Leistungsfähigkeit von unter drei Stunden pro Tag auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt entlassen werden oder
- die eine volle Erwerbsminderungsrente auf Dauer beziehen oder
- eine Rente wegen Alters von wenigstens 66,6667 Prozent der Vollrente beziehen oder beantragt haben oder
- eine Leistung beziehen, die regelmäßig bis zum Beginn einer Rente wegen Alters gezahlt wird (z.B. Betriebsrente).

Nicht zum Ausschluss führen

- ein laufendes Erwerbsminderungs- (EM)-Rentenverfahren, vor allem, wenn Versicherte durch die Krankenkasse (§ 51 SGB V) oder die Agentur für Arbeit (§ 145 SGB III) zur Antragstellung aufgefordert wurden und weiterhin die Bereitschaft besteht, wieder arbeiten zu wollen. Wichtig ist, dass die Klinik zum laufenden Antrag auf EM-Rente Stellung nimmt. Sollte jedoch die Rehabilitation einem vor der Reha bereits existierenden Rentenbegehren nicht entgegengewirkt haben, ist dieses als Kontraindikation für ein Fallmanagement zu betrachten. Das Fallmanagement endet mit dem tatsächlichen Bezug einer vollen Erwerbsminderungsrente auf Dauer.
- der Bezug einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung auf Zeit oder Dauer.
- ein laufendes Verfahren zur Beantragung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA). Das Fallmanagement endet erst mit dem tatsächlichen Beginn einer qualifizierenden LTA-Maßnahme.
- die Teilnahme an einer Reha-Nachsorgeleistung oder an einer stufenweisen Wiedereingliederung

Das Fallmanagement kann auch nach einer von der DRV Nord finanzierten Anschlussrehabilitation (AHB) durchgeführt werden.

4. **Hinweise zu einzelnen Indikationen**

Im Folgenden werden einzelne indikationsspezifische Hinweise gegeben, die für das Fallmanagement von Bedeutung sein können.

4.1. Fallmanagement bei psychosomatischen Erkrankungen

Psychische Erkrankungen wirken negativ auf praktisch alle Lebensbereiche der Betroffenen und insbesondere auf ihr direktes persönliches Umfeld: Familie, Arbeit und Freundeskreis. Bei der Arbeit geht es nicht nur um die Frage, ob der Arbeitsplatz leistungsgerecht ist, sondern auch um die Qualität der (sozialen) Integration im Unternehmen bzw. im Arbeitsteam. Werden die Folgen von psychischen Erkrankungen nicht beachtet, drohen soziale Isolation, Arbeitslosigkeit und Armut.

Auch wenn die Rehabilitanden/ Rehabilitandinnen durch die Rehabilitation gestärkt wurden, verbleiben nach der Entlassung noch viele Probleme, die für eine stabile Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben gelöst werden müssen. Ängste, Schuld- oder Schamgefühle sowie die Sorge um Stigmatisierung verhindern dahingegen eine aktive Auseinandersetzung der Betroffenen mit ihren Problemen. Gleichzeitig führen die typischen Erkrankungsmanifestationen, wie z. B. Antriebsverminderung oder Ängste dazu, dass Angebote des Versorgungs- und Hilfesystems nicht oder nicht adäquat in Anspruch genommen werden.

Hier setzt das Fallmanagement an. Ist eine Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses möglich, begleitet der/die Fallmanager*in bei Bedarf den betroffenen Menschen bei notwendigen Gesprächen mit dem/der Arbeitgebenden oder den Kolleg*innen, die selbst im Umgang mit psychisch kranken Menschen oft unsicher sind und hilft, eine neue Basis für ein geeignetes Zusammenarbeiten aufzubauen. Kann die bisherige berufliche Tätigkeit nicht fortgeführt werden, ist eine Begleitung der Betroffenen durch den oder die Fallmanager*in bei folgenden Schritten meist erforderlich: Kündigung des bisherigen Arbeitsvertrags in einer Form, die sich für den weiteren beruflichen Werdegang nicht negativ auswirkt, Entwicklung einer neuen, realistischen beruflichen Perspektive, Beantragung von Leistungen zur Teilhabe, wie z. B. einer Qualifizierungsmaßnahme oder Bewerbung auf geeignete Stellenangebote. Der oder die Fallmanager*in kann auch z.B. helfen, familiäre Konflikte zu lösen oder eine kritische Schulden Situation zu bewältigen.

4.2. Fallmanagement bei Abhängigkeitserkrankungen

Auf Grundlage des Konzeptes zur "Beruflichen Orientierung in der Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter - BORA" wird der beruflichen Orientierung während der Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter ein hoher Stellenwert beigemessen. Für eine erfolgreiche Fortführung bereits eingeleiteter Schritte soll die Reha-Einrichtung das bisher Erreichte im Förderplan ausführlich darstellen. Das Fallmanagement bietet die Möglichkeit, die erkannten Problemlagen durch eine aufsuchende, mobile Begleitung aktiv anzugehen.

Nach dem erfolgreichen Abschluss einer stationären Entwöhnung kommt der ambulanten Fortführung oder der Nachsorge eine besondere Bedeutung für die Sicherung des Reha-Erfolges und die Festigung der Abstinenz zu. Neben der Verordnung des Fallmanagements sollen daher weiterhin auch Nachsorgeleistungen eingeleitet werden. Das Vorgehen des Fallmanagements soll bei Zustimmung des Rehabilitanden/ der Rehabilitandin mit der Nachsorgeeinrichtung abgestimmt werden.

Nach der langen Behandlung in der Reha-Einrichtung und bei häufig vorausgegangenen krankheitsbedingten beruflichen Konfliktsituationen ist die Rückkehr zum bisherigen Arbeitsplatz und die Wiederaufnahme der Kontakte mit Kollegen/ Kolleginnen, Arbeitgebenden und weiteren beruflichen Kontakten ein besonders kritischer Zeitpunkt, bei dem manche Versicherte eine individuelle Unterstützung benötigen. Hierbei kann auch die Aufklärung über den Umgang mit „trockenen“ Abhängigkeitserkrankten oder die Klärung von Fragen zum Umgang der Kollegen und Kolleginnen mit Alkohol von Bedeutung sein.

Auch gilt es nach Entlassung aus der Entwöhnung mit der Unterstützung des Fallmanagers eine vertrauensvolle Beziehung zu beteiligten Sozialleistungsträgern wie z. B. der Agentur für Arbeit oder dem Jobcenter aufzubauen.

Schließlich können die Fallmanager gezielt arbeitslose Versicherte bei Bewerbungen (unter)stützen und ggf. Kontakte zu potentiellen Arbeitgebenden selbst anbahnen. Dabei nehmen sie eine vermittelnde Rolle ein, die dazu beiträgt die Umstände der mit Stigmata belasteten Abhängigkeitserkrankung objektiv darzustellen und einen Rahmen für die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit vorzuschlagen.

4.3. Fallmanagement bei onkologischen Erkrankungen

Nicht selten haben die betroffenen Menschen über eine längere Zeit mit den Folgen der Erkrankung zu kämpfen. Sie fühlen sich erschöpft und nicht mehr so belastbar. Sowohl die Krebserkrankung als auch die Therapie selbst können zu Funktionseinschränkungen führen (z. B. Fatigue-Syndrom, Sensibilitätsstörungen), die sich auf den Arbeitseinsatz - vielleicht unerwartet - negativ auswirken. Es geht beim Fallmanagement um die gemeinsame Suche nach Wegen, die helfen, Schritt für Schritt in den Beruf zurückzukehren.

Nach der Reha und mit der Wiederaufnahme der Arbeit können sich auch folgende Fragen ergeben, die Betroffene mit dem Fallmanager/ der Fallmanagerin besprechen möchten:

- Sollen Arbeitgebende und Kollegen/ Kolleginnen über die Erkrankung informiert werden? Bei einem vertrauensvollen Verhältnis kann es beiden Seiten helfen,

von der Erkrankung zu erzählen. Die Arbeitgebendenseite bekommt die Möglichkeit, die Hintergründe für häufigere oder längere Krankschreibungen nachzuvollziehen und kann eher Unterstützung anbieten, Es kann auch leichter werden, den Arbeitsplatz gemeinsam an die veränderte körperliche oder seelische Situation anzupassen.

- Ein weiteres Thema kann die Reduzierung der Arbeitszeit sein. Die Fallmanager/ Fallmanagerinnen können eine wichtige Rolle in der Information und Unterstützung in Hinblick auf die finanzielle Situation und bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten übernehmen.

Immer ist dabei aber der Wunsch nach Normalität und die Angst vor Stigmatisierung und übertriebenem Mitleid zu beachten.

4.4. Fallmanagement bei neurologischen Erkrankungen

Menschen mit neurologischen Erkrankungen zeichnen sich hinsichtlich der Art und des Grads der Einschränkungen durch eine große Heterogenität aus. Die Symptome können sichtbar und/ oder unsichtbar sein, sich auf neurokognitive Funktionen (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Vorausplanung), auf die Koordinationsfähigkeit, auf sensible und sensorische Fähigkeiten oder die Feinmotorik beziehen und sich auch in verschiedenen Einschränkungen zugleich äußern. Die häufig resultierenden Schwierigkeiten in Beruf und Alltag sind entsprechend komplex und schwer vorhersehbar. Manche, als weniger bedeutungsvoll betrachtete Defizite können für die Ausübung der Berufstätigkeit gravierende Folgen haben und zu großen Enttäuschungen, Konflikten mit Arbeitgebenden und Kollegen/ Kolleginnen bei der Wiederaufnahme der Arbeit führen. Hier sollen gemeinsam mit dem Fallmanager/ der Fallmanagerin durch Analyse der Probleme und Berücksichtigung vorhandener Ressourcen individuelle Lösungen erarbeitet werden.

4.5. Fallmanagement bei akuten Herzerkrankungen

Die Frage, ob eine Rückkehr in den alten Beruf möglich ist, hängt stark davon ab, wie sehr die Herzfunktion nach der Reha noch beeinträchtigt ist und wie hoch die körperliche Belastung am Arbeitsplatz ist (z. B. bei Handwerksberufen, Pflegeberufen) oder ob die Sicherheit anderer gefährdet werden kann (z. B. bei Feuerwehrleuten, Fahrzeugführenden im öffentlichen Verkehr). Die Fahrerlaubnis kann von essentieller Bedeutung sein. Es ist die Aufgabe der Reha-Ärztinnen und -Ärzte eine solche Einschätzung über die berufliche Leistungsfähigkeit vorzunehmen. Ist eine Rückkehr an den Arbeitsplatz nicht möglich, kann das Fallmanagement bei dem Aufbau einer neuen beruflichen Perspektive, bei der Suche nach einem anderen Arbeitsplatz oder bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben helfen. Auch bei einer

stufenweisen Wiedereingliederung in einem dafür nur teilweise geeigneten Umfeld kann für einen reibungslosen Prozess die Unterstützung durch Fallmanager/ Fallmanagerinnen sinnvoll sein.

Eine lebensbedrohliche Erkrankung wie ein Herzinfarkt kann aber auch Ängste um einen erneuten Herzinfarkt und depressive Gedanken z.B. wegen der verminderten Leistungsfähigkeit auslösen. Diese Symptome können sich bei der Wiederaufnahme der Arbeit verstärken und zur weiteren Arbeitsunfähigkeit oder zum Abbruch einer stufenweisen Wiedereingliederung führen. Möglicherweise wird von den ärztlich Behandelnden eine gezielte Therapie verordnet. Eine begleitende Reha-Nachsorge, die von der Reha-Einrichtung verordnet wurde, kann auch gezielt helfen und sollte möglichst regelmäßig in Anspruch genommen werden.

5. Zugangsverfahren

1. Im Rahmen der (medizinisch- beruflich-orientierten) Rehabilitation ermittelt das Reha-Team anhand einer Checkliste den Unterstützungsbedarf und erstellt bei Bedarf einen detaillierten Förderplan (**Vordruck Bedarfsanalyse und Förderplan: K 5072**). Bei der Indikationsstellung muss zwischen den Angeboten der Rehabilitations-Nachsorge, bei der ein individuelles Fallmanagement nur begrenzt (z.B. Psy-RENA nach psychosomatischer Reha oder Sucht-Nachsorge) bzw. gar nicht (z.B. T-RENA bei Erkrankungen des Bewegungs- und Haltungsapparates) wahrgenommen werden kann und dem Fallmanagement unterschieden werden. Die Verordnung einer Nachsorgeleistung stellt grundsätzlich keinen Ausschlussgrund dar.
2. Die Versicherten werden über das Fallmanagement nach medizinischer Rehabilitation aufgeklärt. Sie erhalten ein Merkblatt, welches die wichtigsten Informationen zum Fallmanagement beinhaltet (**Vordruck K 5071**). Ist der/die Versicherte bereit, am Fallmanagement teilzunehmen, verordnet der/die behandelnde Reha-Arzt/Reha-Ärztin diese Leistung anhand des **Vordrucks K 5070**.

Hinweis: Die Formulare sind jederzeit in der aktuellsten Version auf der Internetseite der DRV Nord unter der Rubrik „Services → Regionale Formulare und Anträge“ abrufbar.

3. Die Rehabilitationseinrichtung wählt in Abstimmung mit dem/der Versicherten aus der Liste der durch die DRV Nord zugelassenen Anbieter einen vom Einzugsgebiet für den Versicherten/die Versicherte passenden Anbieter aus und lädt ihn/sie zum Erstgespräch ein.
4. Das Erstgespräch des/der Versicherten mit dem Fallmanager/der Fallmanagerin findet grundsätzlich in der Rehabilitationseinrichtung ggf. unter Beteiligung eines/einer Mitarbeitenden des Reha-Teams (z.B. Psychotherapeut*in oder

Sozialdienstmitarbeiter*in), in der vorletzten, spätestens zu Beginn der letzten Woche in der Reha statt (Übergabegespräch) und dient des Kennenlernens und der groben Planung dieser beruflich-rehabilitativen Unterstützungsmaßnahme.

Dieselbe Person (Fallmanager*in), die das Erstgespräch durchführt, übernimmt am Heimatort die Betreuung des/der Versicherten.

Kann das Erstgespräch in Ausnahmefällen nicht in der Klinik stattfinden, weil z.B. die Rehabilitationsklinik außerhalb des Einzugsbereichs dieses Anbieters liegt und dadurch unverhältnismäßige Fahrzeiten entstehen würden, findet der Erstkontakt alternativ telefonisch oder in Form eines Videogespräches statt. Ein erster persönlicher Kontakt erfolgt dann kurzfristig, möglichst **innerhalb von zwei Wochen nach der Rehabilitation am Heimatort**. Dieser Termin wird noch während der Rehabilitation festgelegt.

Anmerkung: Generell soll die Reha-Einrichtung ihre Rehabilitandinnen und Rehabilitanden proaktiv über das Angebot des Fallmanagements informieren. Wichtig ist, dass in der Rehabilitationseinrichtung klare Ansprechpersonen sowohl für die Rehabilitanden/Rehabilitandinnen als auch für die Fallmanager*innen benannt werden.

6. Ablauf und weiteres Verfahren

Zeitnah nach der Reha-Entlassung findet der erste Gesprächstermin des Fallmanagers/der Fallmanagerin mit dem/der Versicherten statt, meist in seiner/ihrer häuslichen Umgebung. Zu Beginn des Fallmanagements bestimmen die Fallmanager kooperativ mit den Versicherten die Ziele, erheben und dokumentieren die für die Zielerreichung prägenden Defizite und Ressourcen. Die erforderlichen beruflich-rehabilitativen Unterstützungsmaßnahmen werden auf der Grundlage des Übergabegesprächs konkret geplant und umgesetzt.

Die Verordnungsdauer beläuft sich auf 6 Monate nach Reha-Ende und umfasst maximal 15 Zeitstunden für persönliche Gespräche und Kontakte mit den Versicherten sowie ggf. Dritten aus dem Arbeitsumfeld und der Familie. Hierbei können alle zur Kommunikation zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, immer unter Beachtung der besonderen datenschutzrechtlichen Anforderungen, zum Einsatz kommen.

Eine Verlängerung des Fallmanagements um maximal 3 Monate und maximal 15 weitere Zeitstunden ist durch eine Benachrichtigung der DRV Nord durch den/die Fallmanager*in möglich (**Vordruck K 5075**). Grundlage der Begründung einer Verlängerung

bilden die bisher wahrgenommenen Termine, der bisherige Ablauf und die bereits erzielten Ergebnisse des Fallmanagements sowie die beschriebenen Ziele der geplanten Verlängerung.

Die Tätigkeiten der Fallmanager/der Fallmanagerinnen können sich auf alle beruflichen Wiedereingliederungen hemmenden Lebensumstände beziehen:

- der Aufbau einer tragfähigen Beziehung mit dem/der Versicherten,
- die Förderung der Arbeitsmotivation bzw. der Motivation zur Rückkehr ins Erwerbsleben,
- der Ermittlung des Unterstützungsbedarfs,
- der Formulierung von gemeinsamen Zielen mit dem/der Versicherten, Überwachung der Ziele und Anpassung der Interventionen,
- der Arbeit mit dem/der Versicherten an störungsspezifischen Problemen, Stärkung der eigenen Ressourcen, Förderung von zusätzlichen Fähigkeiten und Bewältigungsstrategien, um das Verhältnis zwischen Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden nachhaltig zu stärken,
- der Unterstützung bei der Umsetzung des in der Rehabilitation Erlernen (z.B. Tagesstrukturplan),
- der Motivation zu einer gesunden Lebensführung,
- einer Arbeitsplatzbegehung mit Erfassung der Problemlage und des individuellen Unterstützungsbedarfs ggf. Begleitung bei wichtigen klärenden Gesprächen mit dem/der Arbeitgebenden,
- die Unterstützung bei der Kontaktaufnahme des/der Versicherten mit Betriebs-/ Personalrat, Betriebsärztlichem Dienst (z.B. im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements), Behindertenbeauftragten, Integrationsfachdienst und sonstigen sozialen Leistungsbereichen,
- ein gemeinsamer Aufbau einer beruflichen Perspektive,
- bei Bedarf die Einleitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA): Bei der Analyse des Unterstützungsbedarfs ist zu bedenken, dass bei Versicherten, deren Leistungsvermögen für die letzte Arbeitstätigkeit aufgehoben ist und bei denen die persönlichen Voraussetzungen erfüllt sind, die Erwerbstätigkeit durch Leistungen der Rentenversicherung zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten werden kann. Umgekehrt wird in der Regel nach der medizinischen Rehabilitation bei Versicherten, deren Leistungsvermögen für die letzte Arbeitstätigkeit nicht aufgehoben ist, keine Leistung zu Teilhabe am Arbeitsleben durch die Rentenversicherung bewilligt.
- die Unterstützung bei Bewerbungen,
- die Unterstützung bei der Beantragung von Maßnahmen durch andere Leistungserbringer (z. B. Agentur für Arbeit),
- die Unterstützung bei der Wahrnehmung therapeutischer Maßnahmen, z.B. Hilfe bei der Suche nach einem Psychotherapeuten/einer Psychotherapeutin,
- die Unterstützung beim Anschluss an einer Selbsthilfegruppe
- entlastende Gespräche mit dem/der Versicherten, aber keine Psychotherapie.

Die Einbindung der Fallmanager/Fallmanagerinnen in Gespräche oder eine weitere Zusammenarbeit mit Dritten erfolgt nur nach schriftlichem Einverständnis des/der Versicherten.

Am Ende des Fallmanagements erhält die DRV Nord einen ausführlichen Abschlussbericht (**Vordruck K 5076**).

Abbruch: Die Teilnahme endet vorzeitig,

- wenn das Hauptziel erreicht wurde und kein Unterstützungsbedarf mehr besteht,
- mit dem Tod des/der Versicherten,
- wenn der/die Versicherte seine/ihre Beteiligung schriftlich widerruft (was jederzeit möglich ist),
- bei mangelnder Kooperationsbereitschaft des/der Versicherten (z.B. der/die Versicherte fehlt unentschuldig oder arbeitet nicht mit!),
- bei Unterbrechung von mehr als sechs Wochen (Krankenhausbehandlung, interkurrente Erkrankungen ...),
- bei fehlender Erfolgsaussicht,
- bei einem Wegzug aus dem Zuständigkeitsbereich der DRV Nord,
- mit dem tatsächlichen Bezug einer vollen Erwerbsminderungsrente auf Dauer,
- ggf. bei bewilligter Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben- hier ist die Frage nach der Fortführung des Fallmanagements mit dem/der Reha-Fachberater*in der DRV Nord zu klären, spätestens jedoch mit Beginn einer konkreten/ qualifizierenden Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben.

7. Abrechnung

Bereits die Verordnung des Fallmanagements durch die Rehabilitationseinrichtung gilt als Kostenzusage im Namen der DRV Nord. Eine gesonderte Kostenübernahmeerklärung durch die DRV Nord ist nicht vorgesehen. Der/die Versicherte bestätigt seine/ihre Teilnahme durch Unterschrift auf dem Formular „Bestätigung der Teilnahme am Fallmanagement“ (**Vordruck K 5073**). Termine mit Dritten müssen nicht unterschrieben werden.

Die Abrechnung erfolgt minutengenau. Grundlage dafür ist die gesamte Dauer der Kontakte (auch telefonische Kontakte, E-Mails, SMS etc.) mit dem/der Versicherten oder Dritten.

Fahrkosten der Versicherten werden auf Antrag (**Vordruck K 5074**) in Höhe einer täglichen Pauschale erstattet, sofern sie tatsächlich entstanden sind. Dies gilt für folgende Fahrten:

- Fahrten zu den Fallmanagern/Fallmanagerinnen (Beratung findet nicht beim Versicherten statt),
- Fahrten zu gemeinsamen Terminen mit den Fallmanagern/Fallmanagerinnen beim Arbeitgebenden, behandelnden Arzt/Ärztin, Behörden u.a., sofern diese von den Fallmanagern/Fallmanagerinnen initiiert wurden.

Alle erforderlichen Informationen zur Abrechnung sind den „Hinweisen der Deutschen Rentenversicherung zur Abrechnung von Fallmanagement nach medizinischer Rehabilitation“ zu entnehmen.

8. Anforderungen an die Anbieter von Fallmanagement

Die DRV Nord stellt folgende Voraussetzungen für die Zulassung von Fallmanagern/Fallmanagerinnen bzw. Fallmanagementanbietern:

8.1. Konzept

Das bei der DRV Nord einzureichende Konzept soll auf folgende Themen eingehen:

- Leistungserbringer, juristische Form, Adresse (Hauptsitz und sonstige Standorte), geographisches Einzugsgebiet,
- Kooperationen, Vernetzungen,
- Allgemeines Konzept der Einrichtung, Organisation, Leistungsangebot,
- Konzeptionelle Überlegungen zum Fallmanagement, Ziele, Zielgruppen,
- Durchführung des Fallmanagements: Methoden des Fallmanagements, Struktur, Umfang, Begleitung und Unterstützung im Betrieb, Kooperation mit der Reha-Einrichtung und der DRV Nord,
- Formen und Wege der Kommunikation mit den Versicherten, Angaben zur Erreichbarkeit der Fallmanager/Fallmanagerinnen für die Versicherten,
- Krisenintervention und Beschreibung des Notfallmanagements,
- bisherige Erfahrungen mit Fallmanagement,
- Ort der Beratungsgespräche, Räumlichkeiten, die eventuell dafür zur Verfügung stehen,
- Dokumentation,
- Personal: Qualifikation der im Fallmanagement tätigen Personen (Qualifikationsnachweise) und persönliche Kompetenzen, besondere Ressourcen,
- Besondere Kompetenzen in der Betreuung von Menschen mit Behinderungen,
- Maßnahmen der Qualitätssicherung (z.B. Supervision, Fortbildungen, Abbruchanalysen). Die *Trägerübergreifenden Beratungsstandards* der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation sind einzuhalten,
- Datenschutzrelevante Regelungen.

8.2. Fallmanagement-Anbieter

Die Leistungsanbieter sollen mindestens zwei qualifizierte Fallmanager/Fallmanagerinnen nachweisen, um die nahtlose Betreuung der Versicherten (z.B. bei Krankheit oder Urlaub) zu gewährleisten.

8.3. Erforderliche Qualifikationen / Kompetenzen der Fallmanager*innen

Die Zulassung als Fallmanager*in setzt ein abgeschlossenes humanwissenschaftliches Studium auf dem Gebiet der Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Pädagogik oder Psychologie und eine entsprechende mindestens 2-jährige Berufserfahrung in der Beratung nach dem abgeschlossenen Studium voraus. Das abgeschlossene Studium der Psychologie erfordert zusätzlich den Nachweis von mindestens 40 Unterrichtseinheiten sozialrechtlicher Kenntnisse.

Grundsätzlich wird eine Weiterbildung auf dem Gebiet des Case Managements (z.B. DGCC oder gleichwertig) beziehungsweise zum Disability Manager, zur Disability Managerin erwartet.

Wird ein anderer Studienabschluss oder eine Berufsausbildung im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens (z.B. Gesundheits- und Krankenpflegerin/-Krankenpfleger) nachgewiesen oder erfolgte die Qualifikation lediglich durch Weiterbildungen (z.B. Fachkraft für Rehabilitation, Rehabilitationspädagogische Zusatzqualifikation), kann im Einzelfall eine Zulassung erfolgen. Hierfür muss eine entsprechende mindestens 5-jährige Berufserfahrung nach dem entsprechenden Abschluss in der Beratung, die mit der Zielsetzung nach diesem Konzept vergleichbar ist, nachgewiesen werden.

Zusätzlich ist der Nachweis personaler, methodischer, beratungsrelevanter und sozialrechtlicher Kompetenzen in einem Umfang von mindestens 240 Unterrichtseinheiten (davon 160 Unterrichtseinheiten Beratungskompetenz und 40 Unterrichtseinheiten Sozialrecht) erforderlich.

Dieser zusätzliche Nachweis ist für ausgebildete Disability Manager/Managerinnen nach dem Curriculum der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und Case-Managern/-Managerinnen (z.B. DGCC oder gleichwertig) nicht erforderlich.

Aus der Beschreibung der beruflichen Erfahrungen und den dazu eingereichten Unterlagen/Nachweisen muss ersichtlich sein, dass der Fallmanager/die Fallmanagerin über die im Folgenden dargestellten Kenntnisse und Kompetenzen verfügt.

- Fachliche und methodische Kenntnisse:
 - Arbeitsmarktkennntnisse,
 - berufskundliche Kenntnisse,
 - sozialrechtliche Kenntnisse,
 - Kenntnisse über Zugangsvoraussetzungen und –wege, sowie Inhalte der

- Leistungen zur Teilhabe der Sozialleistungsträger,
- methodische Kenntnisse von Kommunikation, Gesprächsführung und Moderation sowie
 - Grundkenntnisse der Krankheitsbilder der zu betreuenden Menschen, wünschenswert ist Reha-Erfahrung.

- Vernetzung

- Kenntnis der Versorgungsstrukturen und –angebote,
- Kontakte
 - zu Fachärzten/Fachärztinnen, Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen und Beratungsstellen,
 - zur Agentur für Arbeit, zum Jobcenter,
 - zu betriebsärztlichen Diensten und Arbeitgebenden,
 - zu betrieblichen Schwerbehindertenvertretenden, Betriebs- und Personalräten,
 - zu den Sozialleistungsträgern und deren Beratungsstellen,
 - zu regionalen Kontaktstellen der Selbsthilfegruppen.

- Soziale Kompetenzen

- Kommunikationsfähigkeit und Kontaktfreude,
- Verhandlungsgeschick,
- Abgrenzungs- und Distanzierungsfähigkeit,
- objektives Urteilsvermögen,
- Konfliktfähigkeit,
- Kompromissfähigkeit,
- Kritikfähigkeit,
- Offenheit und Ehrlichkeit,
- transparente Arbeitsweise,
- Empathie,
- interkulturelle Sensibilität,
- selbstständige, flexible und strukturierte Arbeitsweise,
- Pragmatismus,
- gute schriftliche und mündliche Ausdrucksweise,
- Flexibilität hinsichtlich der Arbeitszeit und der Arbeitsumgebung,
- Kreativität,
- Zuverlässigkeit,
- Beratungserfahrung.

Die Fallmanager/Fallmanagerinnen sollen keine Rechtsauskünfte an Versicherte oder Arbeitgebende geben und keine therapeutischen Aufgaben übernehmen.

9. Kontaktdaten und Ansprechpersonen

Name	Telefonnummer	E-Mail
Cornelia Kraus	0451 / 485 10090	cornelia.kraus@drv-nord.de

Anschrift:

Deutsche Rentenversicherung Nord
Stabsstelle Reha-Strategie, Grundsatz und Steuerung
Ziegelstraße 150
23556 Lübeck

Postadresse für alle versichertenbezogenen Unterlagen:

Deutsche Rentenversicherung Nord
Dokumentenzentrum Lübeck
23544 Lübeck

10. Formulare

K 5070	Verordnung von Fallmanagement
K 5071	Merkblatt zum Fallmanagement
K 5072	Bedarfsanalyse und Förderplan
K 5073	Teilnahmebestätigung
K 5074	Antrag auf Fahrkostenerstattung
K 5075	Verlängerungsanzeige zum Fallmanagement
K 5076	Abschlussdokumentation zum Fallmanagement
K 5077	Übersicht der zum Fallmanagement zugelassenen Leistungsanbieter

Die Formulare (ausfüllbare und speicherbare PDF-Files mit Mehrfertigungen) werden von der DRV Nord erstellt, bei Bedarf überarbeitet und sind jederzeit in der aktuellsten Version auf der Internetseite der DRV Nord unter der Rubrik „Services → Regionale Formulare und Anträge“ abrufbar.