

# Case Management als Handlungsmethode im Kontext der Rehabilitation

Thomas Keck, Norbert Gödecker-Geenen und Prof. Dr. Hugo Mennemann

Die Deutsche Rentenversicherung propagiert bundesweit die passgenaue, individuelle Rehabilitationsleistung für alle Versicherten. Das setzt voraus, dass die Rehabilitationsbedarfe individuell ermittelt und befriedigt werden. Mit den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation (gem. § 22 ff. Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IX) hat die Deutsche Rentenversicherung regionale Einrichtungen vor Ort, die eine umfassende, individuelle Beratung in komplexen Situationen ermöglichen sollen. Psychosoziale Fragen nehmen im rehabilitativen Beratungs- und Behandlungsgeschehen zunehmend einen bedeutsamen Raum ein. Notwendig sind methodische Ansätze, um im interdisziplinären Kontext geeignete Wege der sozialen und beruflichen Integration zu finden. Die Rahmenvereinbarung „Gemeinsame Servicestellen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation“<sup>1</sup> stellte bereits eine gute Grundlage zur Ausgestaltung der qualifizierten Beratungsleistungen im Bereich der Rehabilitations- und Teilhabeleistungen dar. Der Handlungsansatz des Case Management (CM) bildet nun die Basis für die methodische Ausgestaltung dieser wichtigen Einrichtungen und kann sie mit mehr Leben erfüllen. Dabei handelt es sich um einen adressatenorientierten Steuerungsprozess mit dem besonderen Fokus auf Beratung und Unterstützung sowie auf die vernetzte Kooperation der beteiligten Akteure. Dieser Beitrag beschreibt die Grundlagen des CM in der Rehabilitation und stellt die notwendigen Rahmenbedingungen für die Implementierung des Handlungsansatzes in der Rehabilitationsfachberatung der Rentenversicherung (RV) dar. Erläutert werden die besonderen Beratungs- und Unterstützungsbedarfe im Handlungsfeld und im Hinblick auf das Rehabilitationsziel „Return to work“. Die Einführung eines strukturierten CM verlangt aber auch eine Veränderung der Gesamtorganisation, der Handlungsabläufe und der Haltung gegenüber den Kunden der RV. Im Mittelpunkt stehen dabei serviceorientierte Dienstleistungen eines Sozialversicherungsträgers im Sinne eines regionalen Ansprechpartners für Versicherte und Arbeitgeber. Abschließend wird der Implementierungsprozess des CM in der Rehabilitationsfachberatung der Deutschen Rentenversicherung Westfalen in einer Modellregion vorgestellt.

## 1. Methodische und konzeptionelle Grundlagen der Rehabilitationsfachberatung der RV

### 1.1 Psychosoziale Problemlagen im Rehabilitationsprozess

Durch eine Krankheit treten zahlreiche Veränderungen in das Leben des Menschen (z. B. Befindlichkeitsstörungen, Veränderungen der Alltagsumwelt, Zusammenbruch der Alltagsorganisation, berufliche Veränderungen) und stellen vieles bisher als selbstverständlich Geglauhtes in Frage<sup>2</sup>. Psychosoziale Unterstützungsbedarfe im Prozess der Rehabilitation ergeben sich insbesondere bei komplikationsreichen Verläufen und durch soziale Konsequenzen, die mit der Erkrankung verbunden sind. Beratung zielt dabei insbesondere auf die psychosozialen Folgen von Krankheit und ihre Auswirkungen auf den Alltag, den Beruf und die nachgehenden Versorgungssysteme. Dazu gehört vor allem die Betrachtung der beruflichen, sozialen und/oder finanziellen Problemlagen.

Die Anforderungen an Beratung im Kontext von Krankheit und Rehabilitation sind daher vielschichtig. Patienten benötigen einen behutsamen Umgang in Bezug auf die Kommunikationsform, die Auswahl der Beratungsthemen sowie im Hinblick auf die Krankheitsbewältigung. Der Berater benötigt vertiefte Krankheitskenntnisse wie auch ein umfassendes Verständnis von Prävention und Gesundheit<sup>3</sup>. Fast drei Viertel aller Krankheiten sind als chronische Erkrankungen einzustufen, am bedeutsamsten sind Herz-Kreislaufkrankungen, Beschwerden des Muskel- und Skelettsystems, Stoffwechselerkrankungen, Tumorerkrankungen und psychische Störungen. Es ist deshalb von einer großen Anzahl nicht nur medizinisch, sondern auch sozial unterstützungsbedürftiger Menschen auszugehen<sup>4</sup>.

### 1.2 Ziele der Rehabilitationsfachberatung der RV

Rehabilitationsfachberatung für Menschen mit komplexen Problemlagen erfordert ein bio-psycho-soziales Verständnis des Rehabilitationsgeschehens. Die verschiedenen Lebensbereiche des Rehabilitanden müssen betrachtet und miteinander in Beziehung gesetzt werden. Inwieweit er beruflich integriert werden kann, hängt entscheidend von der Bewältigung der individuellen Problemlagen ab. Im Rahmen der Beratung stehen daher neben dem beruflichen Integrationsprozess auch persönliche und lebenspraktische Beratungsthemen im Mittelpunkt.

<sup>1</sup> Vgl. BAR (Hrsg.): Rahmenvereinbarung Gemeinsame Servicestellen, Frankfurt, 2010.

<sup>2</sup> Vgl. Hörning; Medizinische Grundbegriffe für soziale Berufe – Sozialmedizin, Gesundheit, Krankheit, Behinderung, Public Health, in: Schwarzer: Medizinische Grundlagen für soziale Berufe, Dortmund, 2011.

<sup>3</sup> Vgl. Ansen/Gödecker-Geenen/Nau: Soziale Arbeit im Krankenhaus, München, 2004.

<sup>4</sup> Vgl. Rosenbrock/Gerlinger: Gesundheitspolitik, Bern, 2014.

Aufgabe der Rehabilitationsfachberatung ist es, die Bestimmung des Reha-Zieles durch eine erweiterte Sozial- und Berufsanamnese zu verbessern und die sozialen, persönlichen und beruflichen Probleme des Patienten zu verstehen und zu mindern. Darüber hinaus gilt es geeignete Wiedereingliederungsformen mit dem Patienten zu erarbeiten und zu realisieren sowie adäquate Kostenträgerregelungen herbeizuführen, um diese Maßnahmen durchführen zu können<sup>5</sup>.

Durch Vernetzung und Kooperation mit externen Dienstleistern und Institutionen (z. B. mit verschiedenen Beratungsstellen, Sozialpsychiatrischen Diensten, Integrationsfachdiensten) erhält der Rehabilitand die für seine individuelle Lebenssituation geeignete Unterstützung. Dabei werden die vorhandenen Ressourcen im Umfeld des Rehabilitanden ermittelt und bei Bedarf im Rahmen des Rehabilitationsprozesses nutzbar gemacht.

### 1.3 Der Beratungsprozess im Kontext der beruflichen Rehabilitation

Die Phasen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation sind in der Regel ein längerer Behandlungs- und Betreuungsprozess. Beratung wird in diesem Kontext als Prozessbegleitung, ratgebende Institution und unterstützendes Element verstanden. Im Fokus der Rehabilitationsfachberatung der RV liegen die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Der Rehabilitationsfachberater führt mit dem Rehabilitanden zu Beginn des Beratungsprozesses ein umfassendes Assessment durch, d. h. eine standardisierte Erhebung der sozialen und beruflichen sowie der gesundheitlichen Aspekte (Krankengeschichte/Selbsteinschätzung der Krankheit).

Diese Maßnahme hat das Ziel, die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen festzustellen und nachgehend so zu organisieren, dass sie nahtlos ineinander greifen (vgl. §§ 10 bis 13 SGB IX). Sie bildet die Grundlage für eine angemessene Einschätzung des sozialen und beruflichen Umfeldes des Rehabilitanden, seiner sozialen und wirtschaftlichen Stellung sowie seiner Arbeitsplatzsituation und ist handlungsleitend für eine möglichst sachgerechte prognostische Aussage sowie für die folgenden Planungsschritte. Es soll eine möglichst dauerhafte berufliche Integration vorbereitet und erreicht werden. Dazu muss der Rehabilitationsprozess an den individuellen Bedürfnissen und Fähigkeiten des Rehabilitanden orientiert sein und in Absprache und Abstimmung mit allen am Rehabilitationsprozess Beteiligten geschehen.

Der Rehabilitationsfachberater der RV ist in diesem Rahmen vor allem für die Fallgestaltung und -steuerung verantwortlich. Der Rehabilitand benötigt fortlaufend individuelle Beratung im Umgang mit seiner Gesamtsituation und den daraus resultierenden Fol-

gen besonders im Hinblick auf die berufliche Integration. Der Berater kontaktiert bei Bedarf den Arbeitgeber, den Leistungserbringer und andere Beteiligte im beruflichen Rehabilitationsverlauf, um die weitere Vorgehensweise abzustimmen und zu beraten. Er sorgt für die Erstellung und Umsetzung eines Teilhabeplanes. Die Komplexität des Rehabilitations- und Sozialsystems erfordert umfassende Kenntnisse über Verfahrensweisen, rechtliche Regelungen und Zuständigkeiten im Bereich der Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen.

## 2. Grundlagen des CM

Case Management ist – leider – ein missverständlicher Begriff mit Blick auf den fachlich gemeinten Inhalt: das Interessante am Case Management ist nicht, wie der Begriff „Case“ (übersetzt: „Fall“) vermuten lässt, die Einzelfallebene, sondern die Verbindung der drei Ebenen Einzelfall, Organisation und institutionelle Netzwerkebene. Diese Verbindung wird durch konsequente Orientierung am Bedarf der Versicherten bzw. der Adressaten der Hilfe hergestellt. „Case“ meint die Situation, in der sich der Versicherte befindet und die geschickt gehandhabt

werden soll mit Blick auf die notwendigen und vor Ort zur Verfügung stehenden Hilfeangebote. Es sollen Hilfemaßnahmen vermittelt werden, die nach Möglichkeit eine Wiedereingliederung in den Beruf ermöglichen. Die notwendige Hilfe geht dabei im Einzelfall nicht selten über die Zuständigkeit eines einzelnen Kostenträgers für die Bewilligung von Hilfemaßnahmen hinaus. So werden Menschen in komplexen Hilfesituationen nicht selten zwischen unterschiedlichen Kostenträgern hin- und hergeschoben, ohne die gesamte Situation der Versicherten, den „Fall“, an einer Stelle umfassend in den Blick zu nehmen und zu bearbeiten<sup>6</sup>.

Hierin liegt ein weiteres Missverständnis. Lässt der Begriff „Management“ eine Distanz zum Menschen erahnen oder sogar vermuten, der Hilfeempfänger würde zum Objekt professioneller Handlung, so zielt der gemeinte Inhalt doch auf das Gegenteil: der Versicherte wird in seiner gesamten Lebenslage in den Hilfeprozess einbezogen. Alle zur Klärung des Hilfebedarfs relevanten Lebensbereiche werden gemeinsam betrachtet. Mit der Implementierung von CM entscheidet sich eine Organisation, einen Leitbildwechsel vorzunehmen: Entgegen der primären Orientierung der Berater an den geschaffenen Angeboten des

Thomas Keck ist Erster Direktor und Norbert Gödecker-Geenen ist Mitarbeiter der Abteilung für Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, Prof. Dr. Hugo Mennemann ist Mitarbeiter der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen.

<sup>5</sup> Gödecker-Geenen: Beratung als zentrale Ressource im Rehabilitationsprozess – welche Beratungs- und Steuerungskompetenzen werden benötigt?, unveröffentlichter Vortrag auf der Fachtagung Rehabilitation, Münster, 2012.

<sup>6</sup> Wendt: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen: eine Einführung, 5. aktualisierte Aufl., Freiburg i. Br., 2010.

Kostenträgers und Dienstleistungserbringers gemäß der jeweiligen primären Zuständigkeit und der Logik der Verwaltungsabläufe werden die Beratung und der Zuschnitt der Teilhabeplanung am Bedarf der Versicherten ausgerichtet. Die Organisation beschreitet einen komplexen und aufwendigen Weg von der Angebots- zur Bedarfsorientierung. Bedarf meint dabei (im Unterschied zum subjektiven Bedürfnis), die vom Versicherten geäußerten sowie von den Experten anerkannten Hilfenotwendigkeiten in den unterschiedlichen Lebensbereichen.

Case Management ist demnach ein am Bedarf der Adressaten der Hilfe ausgerichtetes organisations- und netzwerkgestaltendes Handlungskonzept. Idealerweise soll „Hilfe aus einer Hand“ ermittelt und gesteuert werden. Das regionale Versorgungsgefüge wird auf den Einzelfall hin ausgerichtet. Gut wäre es, wenn die Strukturen und Kompetenzen der Akteure in der Region benannt und geklärt (Koordination) sowie die handlungsbezogenen Prozesse miteinander vereinbart (Kooperation) sind. Die Metapher „Netzwerk“ wird im CM fachlich definiert über die Koordination und Kooperation der Akteure im regionalen Versorgungsgefüge. Der Steuerer der Angebote, der Case Manager, bedarf dazu in irgendeiner Form der Legitimierung. Netzwerkverbünde mit schriftlich geregelten Vereinbarungen, Vereine mit Vereinssatzungen oder integrierte Versorgungssysteme mit Verträgen sind hilfreich, um verbindlich die Zuständigkeiten und Abläufe mit Blick auf den Einzelfall regeln zu können. Das ist eine komplexe und den gesellschaftlichen Orientierungen zunächst widersprechende Aufgabe. In der Moderne sind wir rational orientiert der Idee der Ausdifferenzierung der Berufe, Kostenträger und Dienstleistungsanbieter sowie der Individualisierung und Pluralisierung der Lebensweisen gefolgt. Nun stellt sich nicht zuletzt mit Blick auf Fragen der Effektivität und der Effizienz des Versorgungssystems im gesundheitlichen und sozialen Bereich die Frage nach der geregelten Zusammenarbeit, der Verbindung der Akteure. Da ist die Verwendung des Bildes vom Netzwerk sinnvoll. Allerdings ist sie leicht ausgesprochen, aber schwer realisiert. Insbesondere müssen Interessenkonflikte und Positionsstreitigkeiten der Akteure vor Ort und innerhalb des gegliederten Systems der Sozialversicherung austariert und gehandhabt werden<sup>7</sup>.

Auf der Organisationsebene müssen die Organisationsstruktur und der Ablauf so gestaltet werden, dass eine Ausrichtung der Angebote am Bedarf des Adressaten und damit vor allem eine Kompetenzzuschreibung an die Berater, adressatenorientiert Entscheidungen treffen zu können, gegeben sind. Verwaltung benötigt rechtliche Sicherheit in der Zuständigkeit und Gewährung von Hilfen, zeitliche Linearität in den Abläufen sowie Eindeutigkeit und Nachprüfbarkeit in den Entscheidungen. Die Berater, die sich der stets vielfältigen, vieldeutigen und irratio-

nalen Lebenswelt der Adressaten in ihrem Alltag zuwenden, müssen demgegenüber in Widersprüchen denken, Unterschiedliches berücksichtigen und aufeinander beziehen. Die Lösungsansätze müssen die Gesamtheit der Widersprüchlichkeit der Lebenshaltung und -weisen der Adressaten in den Blick nehmen, um dann ggf. auch überraschend und intuitiv zu Entscheidungen zu kommen. Denn Entscheidungen in komplexen Hilfesituationen sind nicht im Vorhinein planbar, sie entsprechen nicht Leitlinien oder Checklisten, vielmehr müssen sie im Gespräch mit dem Adressaten der Hilfe in der Situation bezogen auf einen zeitlichen Hilfeprozess sowie die gesamte Lebenssituation einbeziehend getroffen werden. Berater benötigen Entscheidungsspielräume in ihrem Handeln bezogen auf die individuelle Betrachtung des Einzelfalls, die rechtliche Basis für die Leistungsgewährung muss dabei aber erhalten bleiben. Notwendig ist ein Abgleich der rechtlich verbindlichen Handlung mit den im Rahmen des Beratungsprozesses notwendigen Bedarf der Betroffenen. Dieser Prozess muss nachvollziehbar und transparent sein.

Im Vergleich des Komplexitätsgrades auf der Netzwerk- und Organisationsebene ist die Erarbeitung von Arbeitsinstrumenten auf der Einzelfallebene relativ leicht umsetzbar. Hier müssen ausschließlich die Berater den Sinn der Standardisierung von Dokumentationsinstrumenten verstehen und diese mit Blick auf ihre Erfahrungen und Berufspraxis in Anlehnung an Konzepte und Theorien formulieren. Konkrete Ergebnisse im Rahmen der Schulung können hier häufig am leichtesten erzielt werden. Die Standardisierung des CM ist mit Blick auf die personenbezogene Beratung vielfältig methodisch anschlussfähig. Die Gefahr ist vielmehr, dass die Instrumente als Checklisten missbräuchlich eingesetzt werden. Von der Klärung der Zuständigkeit („Case finding“) über die Situationsaufnahme und Bedarfsfeststellung („Assessment“) sowie die Planung der Hilfen („Service“- oder auch „Teilhabeplan“), die Prozessbeobachtung und -steuerung („Monitoring“) bis hin zur Evaluation ist CM ein Handlungskonzept, das immanent danach strebt, die Strukturen und Prozesse gemäß der Evaluationsergebnisse stets weiter zu entwickeln.

CM ist ein mitarbeiterintensives, einzelfallbezogenes Instrument. Es kommt nur zum Einsatz, wenn

- mehrere Akteure an der Bedarfsdeckung beteiligt sind, also die Steuerung der Hilfen notwendig wird,
- regelhafte Hilfeprozessverläufe mit Blick auf die Besonderheit dieses Einzelfalles nicht greifen,
- die professionelle Hilfe notwendig ist und
- die Hilfe vom Adressaten gewollt ist.

In den meisten Fällen wird CM nicht notwendig sein, weil Beratungsprozesse ohne ein zusätzliches Erschließen mehrerer Hilfeangebote und Koordination von Hilfen ausreichen. Ist CM allerdings implementiert, so kann das höchste Niveau an lebenslagenorientierter Steuerung von Hilfen angeboten werden.

<sup>7</sup> Monzer: Case Management Grundlagen. Heidelberg u. a. 2013.



Die Instrumente auf der Einzelfallebene, die Ausrichtung der Strukturen und Abläufe der Organisation sowie die Koordinationsstrukturen und Kooperationsprozesse sind Voraussetzungen und Hilfsmittel im Hintergrund. Die Implementierung von CM setzt kompetente Berater auf der Einzelfallebene voraus. Die Handlungsfähigkeit der Berater auf der Einzelfallebene hängt maßgeblich von der konzeptgebundenen Organisationsgestaltung und dem Aufbau der Netzwerkebene ab. Die Berater müssen autorisiert sein und mit entsprechenden Kompetenzen ausgestattet werden, adressatenbezogen in der Situation beraten und die Angebote im Netz steuern zu können.

Die Berater müssen mit Ambiguitäten, d.h. unterschiedlichen Erwartungen an ihre berufliche Rolle, umgehen können. Sie sind dem Adressaten verpflichtet, ihn zu unterstützen („supporter“) und ggf. auch fürsprechend für ihn tätig zu sein („advocacy“). Zudem sind sie der Gesellschaft verpflichtet und regeln Zugänge zu Hilfeformen („gate keeper“) und vermitteln Angebote („broker“). Zudem sind sie den Interessen und Leitlinien der eigenen Organisation sowie ihrer Fachlichkeit verpflichtet. Die Rollenanforderungen widersprechen sich und lassen sich nicht theoretisch auflösen. Vielmehr müssen die Widersprüche begriffen werden, um sie in der jeweiligen konkreten Situation bewusst entscheidend lebbar zu machen. Die fachliche und ethische Grundorientierung am Bedarf der Versicherten führt zu ethischen Dilemmata, die reflektiert werden und zu denen eine Haltung sowie konkrete Handlungen gefunden werden müssen.

Eine Organisation ist gut beraten CM zu implementieren, wenn Sie die Notwendigkeit sieht oder ernsthaft daran interessiert ist,

- die internen Strukturen und Abläufe am Bedarf der Adressaten auszurichten,
- nach klugen Wegen zu suchen, die Verwaltungslogik und die Beratungslogik mit Blick auf den Alltag der Adressaten aufeinander zuzuführen,
- eine Schulung der mittleren Managementebene sowie der Berater durchführen zu wollen,
- vernetzt mit anderen Dienstleistungserbringern und Kostenträgern zusammen zu arbeiten, d.h., Koordinationsstrukturen und Kooperationsprozesse mit anderen Partnern verbindlich zu regeln,
- sich als „einen Baustein“ im Versorgungsgefüge der Hilfen in komplexen Hilfesituationen zu begreifen,
- die Instrumente der Dokumentation zu standardisieren und damit
- die Qualität der Beratung auf ein inhaltliches Mindestniveau festzuschreiben sowie
- klare Rollenzuschreibungen und Prozessschritte zu formulieren.

Es bedarf der Bereitschaft, sich einem nicht geringen Aufwand zu unterziehen, wenn CM implementiert werden soll. Warum sollte eine Organisation dies tun?

Die Ausdifferenzierung des Kostenträger- und Leistungsanbietersystems hat zu vielfältigen Brüchen in der Versorgungszuwendung geführt, sowohl zwischen den Versorgungssystemen stationär und ambulant als auch zwischen den im Einzelfall zuständigen Kostenträgern, Dienstleistungsanbietern und den beteiligten Professionen. Der politische Druck, effektive und effiziente Gesamtversorgungen – ausgerichtet am Bedarf des Adressaten der Hilfe – gemeinsam zu erbringen, steigt. Diese Entwicklung wird wohl eher noch zunehmen. Insofern richten sich Organisationen, die CM implementieren, auf die Anforderungen in der Zukunft aus. Der Weg ist mitnichten schnell zurückzulegen und banal<sup>8</sup>.

### **3. CM in der Rehabilitation der RV: Implementierung des Handlungsansatzes in einer Modellregion der Deutschen Rentenversicherung Westfalen**

Die Deutsche Rentenversicherung Westfalen implementiert den Ansatz von CM in der Rehabilitationsfachberatung zunächst in einer Modellregion. Alle Rehabilitationsfachberater erhalten eine berufs begleitende, zertifizierte Weiterbildung nach dem Standard der Deutschen Gesellschaft für Case und Care Management (DGCC)<sup>9</sup>. Im Rahmen dieser Inhouse-Schulung wird fortlaufend eine Verbindung zur realen Beratungssituation hergestellt.

#### **3.1 Qualifizierung der Beratungsfachkräfte**

Die Implementierung von CM berührt das Grundverständnis sowohl von Beratung als auch der Organisation. Es öffnet die Strukturen und Abläufe hin zu einer Orientierung am Bedarf der Adressaten. Die Mittel, klare Verwaltungsabläufe und Erhalt der Organisation, werden dem Zweck, den Menschen zu helfen, in der Frage der Verhältnismäßigkeit gegenübergestellt. Damit sind Grundhaltung und Ausrichtung einer Organisation und ihrer Mitglieder berührt. Die Grundhaltung, der Habitus, wird kulturell häufig unausgesprochen eingeübt und hat sich über Jahre oder Jahrzehnte ausgebildet. Die Berater handeln zu einem großen Teil nach Routinen auf der Grundlage ihrer Erfahrungen. Die Grundhaltung und die Routinen hinterfragen und ggf. verändern zu wollen, ist die höchste Herausforderung in der Schulung.

Typische Widerstände gegen Veränderungen und Hinweise auf die Abgabe der eigenen Verantwortung sind z. B.:

- „Da muss sich zunächst die Organisation verändern und die wird sich bestimmt nicht ändern. Ich kann in meiner Rolle nichts bewirken.“

<sup>8</sup> Wissert: Unterstützungsmanagement als Rehabilitations- und Integrationskonzept bei der ambulanten Versorgung älterer, behinderter Menschen, Aachen, 2001.

<sup>9</sup> Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) (Hrsg.): Rahmenempfehlungen zum Handlungskonzept Case Management, Heidelberg u. a. 2009.

- „Haben wir das nicht immer schon so gemacht? Es gibt keinen Bedarf zu einer Veränderung!“
- „Praxis ist anders. Es macht keinen Sinn, theoretischen Überlegungen in der Praxis folgen zu wollen!“
- „Haben wir dafür überhaupt die erforderlichen Kompetenzen?“
- „Ist das eigentlich noch unser Auftrag?“
- „Können wir das überhaupt leisten?“ (Zeitaufwand, Menge an Daten)

Die Aussagen sind für die Teilnehmer der Schulungen evident. Der Weg der Schulung muss einer der Einbeziehung sein: Theorie und Praxis haben ihre eigene Dignität und folgen unterschiedlichen Kriterien. Das Erfahrungswissen der Berater trägt sie im beruflichen Alltag. Die Person des Beraters, seine Erfahrungen, Überzeugungen und Emotionen spielen in der Schulung eine zentrale Rolle: Widerstände zeigen zu bearbeitende Themen an, sie werden zum „Motor“ der Entwicklung, wenn sie nicht gebrochen, sondern aufgegriffen werden. Fachliche Differenzierung der Begriffe, ein Sich-gegenseitig-verstehen-Wollen und Ernst-nehmen der Sorgen und Erfahrungen sind zentral. Gruppenaufgaben nach fachlichen Kurzvorträgen, die Entscheidungskompetenzen im Konkreten bei den Beratern lassen, und auch Rollenspiele mit anschließenden fachlichen Erörterungen können hilfreiche Methoden sein, um eine verändernde Begegnung zwischen Theorie und Praxis auf Augenhöhe zu ermöglichen. Dazu ist hilfreich, dass der Ausbilder um seine eigenen Kompetenzgrenzen weiß und nicht davon ausgeht, die Praxis besser kennen und über sie allein entscheiden zu können.

Das Besondere einer Inhouse-Schulung ist, dass die gelehrten Inhalte direkt in der Institution umgesetzt werden. Im laufenden Prozess verändern Berater ihre Einstellungen und Vorgehensweisen. Entstehende Brüche und Fragen kommen direkt zur Sprache. Das erfordert Geduld und Zeit: die Inhalte können nicht nur auf einer von der Praxis abstrahierten Ebene in einem theoretischen Vakuum erörtert werden. Es ist gleichsam immer eine Live-Situation. Konkrete Arbeitsinstrumente, Strukturvorschläge und Prozessverläufe sind idealerweise das entstehende Produkt aus den konzeptuellen Vorgaben und den eigenen kulturellen und fachlichen Bedingungen vor Ort. Insofern sind sie stets überraschend, neu und nicht im Vorhinein planbar. Je länger CM in Deutschland erörtert und implementiert wird, desto größer ist das Basiswissen; die Instrumente und Techniken verfeinern sich.

### 3.2 Ergebnisse aus dem Schulungsprozess und Auswirkungen auf die Praxis

Im Rahmen des Schulungsprozesses der Berater wurde schrittweise an verschiedenen Aspekten des beruflichen Handelns im Sinne des CM gearbeitet. Erarbeitete Instrumente werden in der Beratung direkt nutz-

bar gemacht, im realen Beratungshandeln zunächst erprobt und später in die Verfahrensabläufe integriert. Dieser sehr praxisorientierte Schulungsstil führt zu einer erhöhten Akzeptanz und Identifizierung der Rehabilitationsfachberater mit den Veränderungsprozessen in der Organisation. Erarbeitet wurden verschiedene Handlungsleitlinien für die Beratungspraxis.

#### ● Handlungsleitlinie 1: Nicht jeder Reha-Fall ist ein Case-Management-Fall: Notwendig ist ein Screeninginstrument zur Ermittlung des Bedarfs

Erarbeitet wurden Kriterien zur Feststellung einer komplexen Problemlage (s. Abb.1, S.104). Als relevante Aspekte für das CM wurden drei Kernbereiche benannt. Bei Vorliegen von mehr als einem Unterstützungsbedarf in einem Problembereich geht man davon aus, dass ein Bedarf an CM besteht. Das Screening erfolgt im Rahmen des Erstberührungskontaktes. Berücksichtigt werden an dieser Stelle auch die vorhandenen Unterstützungsressourcen im sozialen und beruflichen Umfeld des Rehabilitanden. Unterschieden wird zwischen einem berufsbezogenen CM (häufig in der Zuständigkeit des Rehafachberaters) und einem lebenslagenorientierten CM (durch Vernetzung mit anderen Beratungsdiensten oder Dienstleistern).

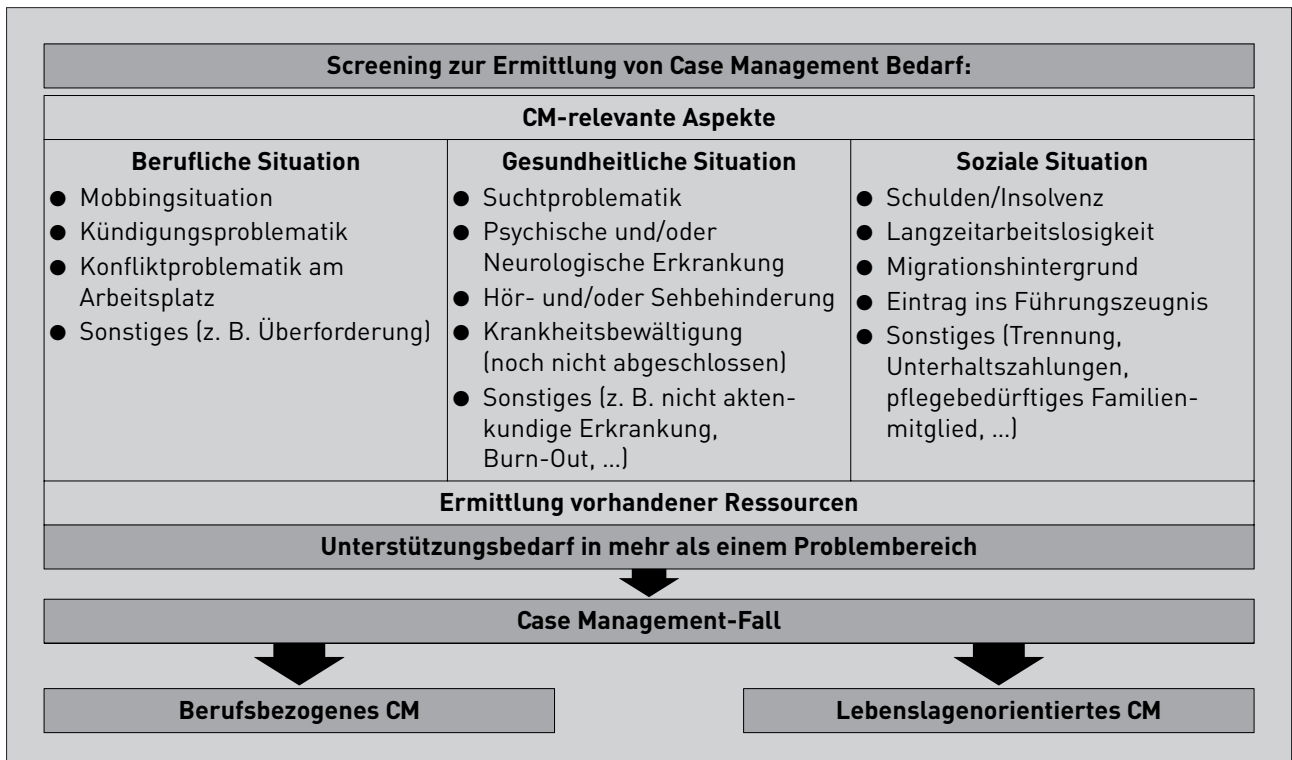
#### ● Handlungsleitlinie 2: Case Management verläuft als standardisierter Prozess

Der Beratungsprozess im CM durchläuft einen standardisierten Phasenverlauf mit verschiedenen Komponenten (s. Abb. 2, S. 104). Am Anfang des Prozesses steht eine umfassende Situationsanalyse sowie eine nachgehende Bedarfsfeststellung und Teilhabeplanung. Diese muss mit dem Rehabilitanden aktiv abgestimmt und verbindlich verabredet werden. Aufgabe des Rehabilitationsfachberaters ist es, für die nachgehende Umsetzung des Teilhabeplanes innerhalb der RV und für die Einbeziehung verschiedener Kooperationspartner zu sorgen. Dabei sind zahlreiche Vernetzungsleistungen mit Leistungsträgern/-erbringern, Arbeitgebern und anderen insbesondere sozialen Diensten zu erbringen. Der Berater nimmt nachgehend die Rollen der Prozessbeobachtung und -steuerung wahr. Durch standardisierte Instrumente wird der Gesamtprozess entsprechend evaluiert. Gegebenenfalls müssen durch Veränderungen in der Situation des Rehabilitanden verschiedene Anpassungen an der Teilhabeplanung vorgenommen werden.

#### ● Handlungsleitlinie 3: Individuelle Betrachtung des Einzelfalls: Im Rahmen des adressatenorientierten CM-Prozesses wird der Versicherte in seiner Komplexität verstanden

In der adressatenorientierten Beratung im Rahmen des CM wird der Versicherte in seiner Gesamtlebenssituation im Sinne der bio-psycho-sozialen Perspektive betrachtet (s. Abb. 3, S. 105). Hervorzuheben sind die beruflichen, sozialen und medizinischen Aspekte sowie der Bereich der Ressourcen im Umfeld des

Abb. 1: Screeninginstrument zur Ermittlung von CM-Bedarf (eigene Darstellung)



Rehabilitanden. Um das Kernziel der dauerhaften beruflichen Integration zu erreichen, kann es notwendig sein, auch Unterstützungsprozesse außerhalb der klassischen Zuständigkeit der RV anzuregen und zu organisieren. Auch mit diesen Diensten muss sich der Rehabilitationsfachberater vernetzen und bei Bedarf abstimmen.

- **Handlungsleitlinie 4: Verständnis der Fallverantwortung: Die Fallverantwortung im CM der Rentenversicherung verbleibt im Gesamtprozess beim Rehabilitationsfachberater**

Im Sinne eines umfassenden Rehabilitationsverständnisses bleibt die Fallverantwortung im Rahmen des Rehabilitationsprozesses der RV beim Rehabilitationsfachberater. Er übernimmt die Planungs-, Steuerungs- und Vernetzungsfunktionen und ist regionaler Ansprechpartner für die Versicherten und die Kooperationspartner. Er delegiert bestimmte Teilaufgaben an andere Institutionen und Fachdienste (z. B. Dienstleister, Berufsförderungswerke, Beratungsstellen). Die Ergebnisse der verschiedenen Teilprozesse fließen in den Gesamtprozess ein.

- **Handlungsleitlinie 5: Netzwerkverständnis: Kooperation im Netzwerk erfordert Kooperationsvereinbarungen**

Zur strategischen Kooperation mit Netzwerkpartnern im Rahmen des Rehabilitationsprozesses sind erforderlich:

- ein klarer Handlungsauftrag zur Erbringung der Dienstleistung,

- verbindliche Absprachen zu Dauer und Umfang der Dienstleistung,
- Absprachen zur Informationsübermittlung im Einzelfall,

Abb. 2: Elemente des CM-Prozesses (eigene Darstellung)

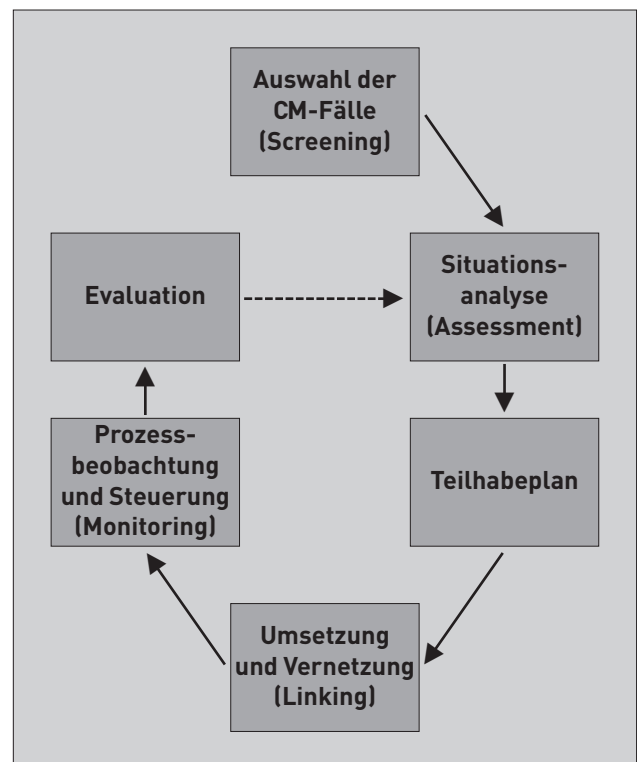
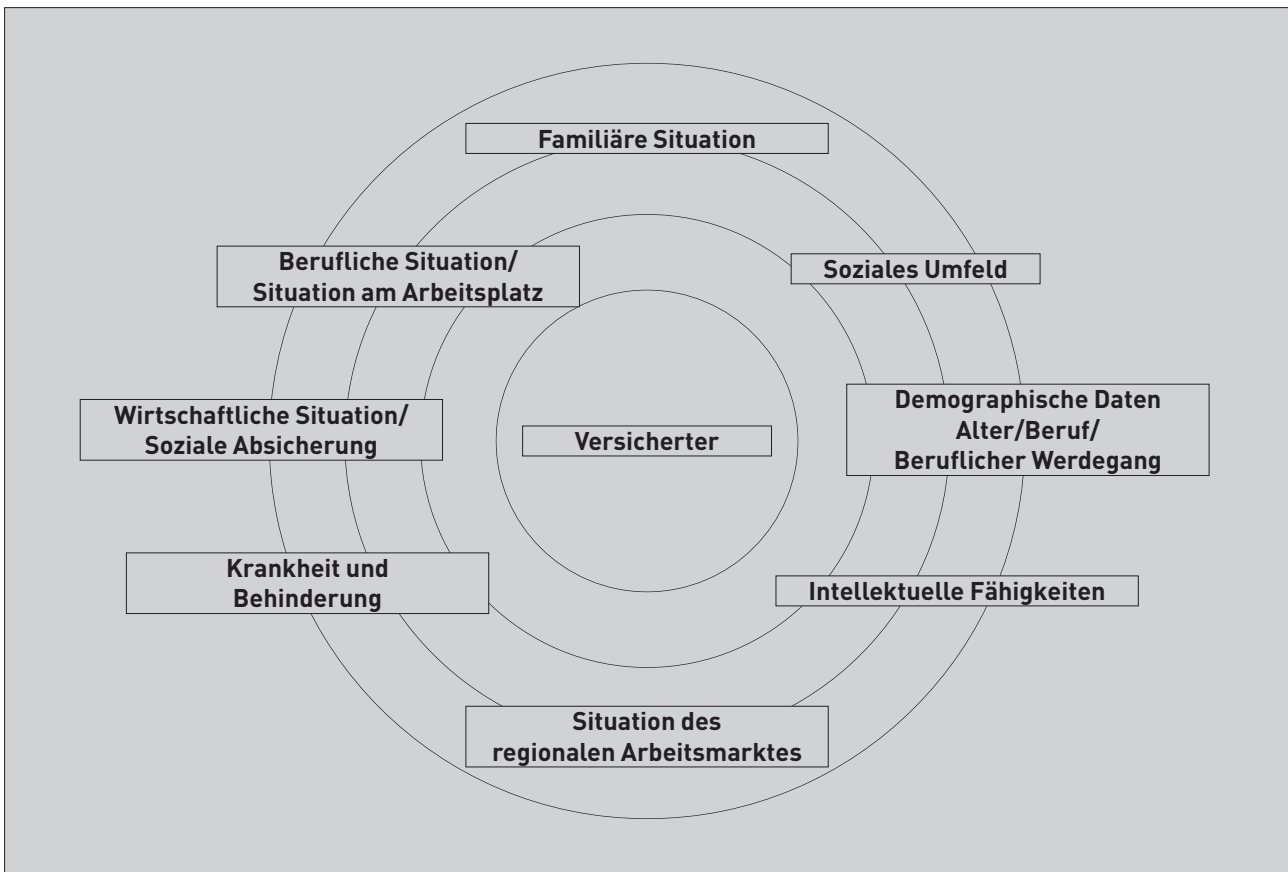


Abb. 3 Die bio-psycho-soziale Perspektive



- ein formalisiertes/standardisiertes zeitnahes Berichtswesen,
- die Benennung von verbindlichen Ansprechpartnern für den Rehabilitanden.

Im Rahmen des Schulungsprozesses wurden geeignete Instrumente für die Kooperation mit externen Partnern erarbeitet. Sie werden nun durch die Rehabilitationsfachberater in der Praxis erprobt.

● **Handlungsleitlinie 6: Qualitätsstandards in der Leistungsbewilligung: Die Kriterien für die Bewilligung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben müssen transparent und nachvollziehbar sein**

Berufliches Handeln im Rahmen des CM erfordert eine standardisierte Bedarfsermittlung, klare Entscheidungskriterien, eine abgestimmte Zielplanung und eine transparente Leistungsbewilligung. Der Prozess muss standardisiert dokumentiert und für den Rehabilitanden nachvollziehbar sein. Im Sinne eines selbstbestimmten Teilhabeverständnisses ist der

Rehabilitand während dieses Vorgehens in geeigneter Weise einzubeziehen.

**4. Schlussbetrachtungen**

Die Rehabilitationsträger stehen im Bereich der beruflichen Teilhabe vor großen Veränderungen. Die demographische Entwicklung sowie die notwendige verlängerte Lebensarbeitszeit erfordern gezielte Maßnahmen, um älter werdende Rehabilitanden mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen beschäftigungsfähig zu halten und eine dauerhafte berufliche Integration zu unterstützen. Notwendig sind zahlreiche Veränderungen im Bereich der Leistungsgewährung/-erbringung der Leistungen zur beruflichen Teilhabe. Das hat auch der durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) angestoßene Entwicklungsprozess RehaFutur gezeigt. Gefordert wurde die Weiterentwicklung von Beratungskonzepten in der beruflichen Rehabilitation als wesentliche Voraussetzung für die selbstbestimmte und selbstverantwortliche Einbeziehung der Leistungsberechtigten in den Rehabilitationsprozess<sup>10</sup>. Rehabilitanden benötigen im Rahmen des Verfahrens der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassende Beratung und eine geeignete Prozessbegleitung. Zur Klärung des Einzelfalls sind außerdem umfassende Vernetzungsleistungen mit den beteiligten Akteuren erforderlich. Insbesondere Arbeitgeber benötigen umfassende Unterstützung bei

<sup>10</sup> Deutsche Akademie für Rehabilitation e.V./Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (Hrsg.): Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation auf Basis der Empfehlungen der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur unter Beteiligung der Akteure – Projekt zur Koordination des Entwicklungsprozesses – Abschlussbericht, Bonn, 2012.

Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) und der Integration von beeinträchtigten Mitarbeitern.

Die Deutsche Rentenversicherung hat deshalb ihre Dienstleistungen im Bereich der Beratung der Versicherten und der Arbeitgeber erheblich ausgebaut und wird diesen Prozess in den Regionen Westfalens weiter fortsetzen. Wichtige Bausteine sind dabei der Rehafachberatungsdienst, der Betriebsservice Gesunde Arbeit sowie die Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation<sup>11</sup>. Der Handlungsansatz des CM bietet geeignete Methoden und Instrumente, um einen am individuellen Bedarf orientierten beruflichen Teil-

habeprozess zu steuern und die zügige Umsetzung zu gewährleisten.

Dieser Beitrag verdeutlicht, dass die Implementierung von CM ein längerfristiger und umfassender Organisationsprozess ist. Die Weiterentwicklung der Beratungsangebote der RV stellt eine Kompetenzerweiterung für die Beratungsfachkräfte dar, um den umfassenden Anforderungen des künftigen Rehabilitationsgeschehens gerecht zu werden.

---

<sup>11</sup> Keck/Gödecker-Geenen: Neue Beratungsangebote in der Rehabilitation, in: RVaktuell, 11/2012, S. 355–359, Berlin, 2012.