

Rahmenkonzept
„Fallmanagement nach medizinischer
Rehabilitation“

**Rahmenkonzept Fallmanagement nach medizinischer Rehabilitation nach
§ 31 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland**

EINLEITUNG	3	
RAHMENBEDINGUNGEN.....	4	
1	ALLGEMEINES	4
2	DEFINITION UND ZIELE DES FALLMANAGEMENTS	5
3	ANSPRUCHSBERECHTIGTER PERSONENKREIS.....	6
3.1	<i>Fallkonstellationen</i>	6
4	HINWEISE ZU EINZELNEN INDIKATIONEN	8
4.1	<i>FM bei psychosomatischen Erkrankungen</i>	8
4.2	<i>FM bei Abhängigkeitserkrankungen</i>	8
4.3	<i>FM bei onkologischen Erkrankungen</i>	9
4.4	<i>FM bei neurologischen Erkrankungen</i>	10
4.5	<i>FM bei akuten Herzerkrankungen</i>	10
4.6	<i>FM bei Sehbeeinträchtigungen</i>	10
5	VERORDNUNG UND AUSWAHL DER FALLMANAGER	11
6	EINGANG UND VERARBEITUNG DER VERORDNUNG	12
7	AUSWAHL UND ERSTGESPRÄCH MIT DEN FALLMANAGERN.....	12
8	UMFANG DER LEISTUNG.....	12
9	VERLÄNGERUNG UND VORZEITIGE BEENDIGUNG	14
10	SCHNITTSTELLE ZU LTA	15
11	ABSCHLUSS DES VERFAHRENS	15
12	ABRECHNUNG UND DOKUMENTATION	16
13	QUALITÄTSMANAGEMENT	16
14	DATENSCHUTZRECHTLICHE REGELUNGEN	16
15	UNFALLVERSICHERUNG	17
16	KÜNDIGUNG	18
ANLAGE 1: ANFORDERUNGEN ZUR ANERKENNUNG DER LEISTUNGSERBRINGER.....	19	
ANLAGE 2: HINWEISE ZUR ABRECHNUNG DES FALLMANAGEMENTS NACH MEDIZINISCHER REHABILITATION.....	21	
ANLAGE 3: PILOTIERUNG UND EVALUATION	23	
ANLAGE 4: KONTAKTDATEN UND ANSPRECHPERSONEN.....	24	
ANLAGE 5: FORMULARE	25	

Einleitung

Ein wesentliches Ziel der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland (DRV MD) ist die nachhaltige berufliche Wiedereingliederung nach einer medizinischen Rehabilitation.

Die DRV MD bietet bereits eine Reihe von Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolgs an. Dazu gehören verschiedene Reha-Nachsorgeprogramme sowie die betriebsärztlichen Rückkehrgespräche nach der Rehabilitation, wenn der betriebsärztliche Dienst die Rehabilitation eingeleitet hat und eine stufenweise Wiedereingliederung notwendig ist.

Von der medizinischen Rehabilitation und der Nachsorge profitieren jedoch nicht alle Versicherten¹ in ausreichendem Maße. Das trifft vermehrt Versicherte mit schwer zu bewältigenden beruflichen Problemen oder Versicherte, die ihren Arbeitsplatz verloren haben. Bezogen auf 1000 durchgeführte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation fallen etwa 10 Versicherte aus dem System. Sie gehen nicht in das Erwerbsleben zurück, erhalten aber auch keine beruflichen Rehabilitationsleistungen. Das Fallmanagement (FM) kann hier helfen, indem die Versicherten frühzeitig und proaktiv angesprochen werden.

Das FM soll den Versicherten helfen, die Erfahrungen und Erkenntnisse, die sie während ihrer Rehabilitationsleistung gemacht haben, auch in ihrem Alltag anzuwenden. Dadurch soll der Übergang von der stationären oder ganztägig ambulanten Rehabilitation in den Arbeitsalltag unterstützt werden. Das auf ihr Erwerbsleben ausgerichtete FM bietet den Versicherten die Möglichkeit, Konflikte, Probleme und Belastungen auf ihrem Arbeitsplatz oder bei der Arbeitssuche mit Unterstützung eines Fallmanagers eigenverantwortlich zu lösen.

Das vorliegende Konzept zur Anwendung des FM für Versicherte der DRV MD wurde mit freundlicher Genehmigung der DRV Nord übernommen. Anpassungen beziehen sich auf den Namen des Leistungsträgers und auf die ausschließliche Integration der Berufsförderungswerke Mitteldeutschlands (Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen) als Leistungserbringer.

Die Berufsförderungswerke in Mitteldeutschland verfügen über langjährige Erfahrungen im gesamten Leistungsspektrum und sind Spezialisten im Fall- und Schnittstellenmanagement. Durch ihre Einbindung als Leistungserbringer, wird die DRV MD den Änderungen des Bundesteilhabegesetzes und der darin geforderten engen Zusammenarbeit der Leistungsträger gerecht.

¹ Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird ggf. die gewohnte männliche Sprachform bei personenbezogenen Substantiven und Pronomen verwendet. Dies impliziert jedoch keine Benachteiligung, sondern soll im Sinne der sprachlichen Vereinfachung als geschlechtsneutral zu verstehen sein.

Rahmenbedingungen

Die im Folgenden beschriebenen Rahmenbedingungen sind Bestandteil des Anerkennungsschreibens und regeln den Ablauf des Verfahrens sowie die Bedingungen der Zusammenarbeit. Die Beteiligten werden im Folgenden als Leistungserbringer, Versicherte und DRV MD benannt.

1 Allgemeines

Die Implementierung des FM bietet für Versicherte der DRV MD eine zeitnahe, passgenaue und ganzheitliche Beratung – im Prinzip: wie aus einer Hand. Damit geht das FM über die reine Beratung zur Wiederherstellung der beruflichen Teilhabe hinaus und führt zu einer besseren (Re-)Integrationsquote. Es stellt damit ein bewährtes Konzept dar, dass insbesondere bei zunehmender Anzahl an Versicherten mit besonderer Problemlage, auf deren individuellen Bedürfnisse reagiert. Zeitgleich werden die Sozialarbeiter der Rehabilitationseinrichtung entlastet, wenn es um Fragen des Entlassungsmanagement geht.

Insbesondere folgende (subjektive) Aspekte können bei Versicherten mit physisch und/oder psychisch bedingten Funktionseinschränkungen, zur weiteren Arbeitsunfähigkeit nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation 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 Wechselmöglichkeiten (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 FM stellt eine solche systematische und umfassende Unterstützung dar.

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

Rahmenbedingungen

Wiedereingliederung. Das FM ist stets ressourcenorientiert. Die selbstbestimmte Teilhabe der Versicherten bleibt wesentliches Ziel des FM.

2 Definition und Ziele des Fallmanagements

Die Ziele des FM für die DRV MD 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 FM kommen folgende Teilziele in Frage:

- die Entwicklung und Umsetzung einer Motivationsstrategie mit eigenem Anreizsystem zusammen mit dem Versicherten,
- die Feststellung der funktionalen Einschränkungen und der daraus folgenden Beeinträchtigungen hinsichtlich der Aktivitäten und der Partizipation insbesondere am Arbeitsleben sowie
- die Feststellung 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 bei der 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 den Arbeitgebenden oder sonstigen Vertretenden/Mitgliedern des Unternehmens bei Bedarf und Zustimmung des Versicherten,
- die schnellstmögliche Initiierung weiterer notwendigen 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 Versicherten (Familie, Freundeskreis, Kollegen und Kolleginnen, Hausärztliche Praxis ...).

3 Anspruchsberechtigter Personenkreis

Das Angebot richtet sich an Versicherte, die eine stationäre, ganztägig ambulante oder ambulante Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der DRV MD durchgeführt haben.

3.1 Fallkonstellationen

Das FM 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 medizinischen Rehabilitationsleistung nicht mehr im ursprünglichen Betrieb arbeiten können, jedoch grundsätzlich für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit geeignet sind. Indikation für ein FM 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 Versicherten an Fähigkeiten und Fertigkeiten, einen neuen Arbeitsplatz zu finden oder die Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten des Sozialsystems umfänglich zu nutzen, wenn einzelne Sozialleistungsträger nur wenig Kapazitäten haben, die Versicherten ausführlich zu beraten und an die richtigen Stellen zu vermitteln. Die Versicherten benötigen ggf. auch Unterstützung bei notwendigen Gesprächen mit dem bisherigen Arbeitgeber im Zusammenhang mit der Auflösung des Arbeitsverhältnisses.
- c) Versicherte, die bereits vor Beginn der medizinischen Rehabilitationsleistung arbeitslos waren und nicht in der Lage sind, ohne Unterstützung erfolgreich einen neuen Arbeitsplatz zu erlangen (s.a. Punkt b).

Folgende **Grundvoraussetzungen** müssen erfüllt werden:

- ein Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von mindestens drei Stunden pro Tag;
- eine ausreichende Motivation;
- der grundsätzliche Wille zur Mitarbeit;
- die Bereitschaft, die Unterstützung anzunehmen;
- das Einverständnis mit der durch die Rehabilitationseinrichtung festgestellten sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung.

Ausgeschlossen sind Versicherte,

- die bereits eine konkrete Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) erhalten oder
- die mit einer Leistungsfähigkeit von unter drei Stunden pro Tag auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt entlassen werden oder
- die eine volle Erwerbsminderungsrente auf Dauer beziehen oder
- die eine Rente wegen Alters von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente beziehen oder beantragt haben oder
- die 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 Rehabilitationseinrichtung zum laufenden Antrag auf EM-Rente Stellung nimmt. Sollte jedoch die Rehabilitation einem vor der Rehabilitation 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.
- der Bezug einer vollen Erwerbsminderungsrente auf Zeit (aufgrund der Arbeitsmarktlage), da hier ein Leistungsvermögen von mindestens drei bis unter sechs Stunden gegeben ist
- Ein laufendes Verfahren zur Beantragung von LTA. Das FM endet erst mit dem tatsächlichen Beginn einer konkreten LTA.
- Ein LTA-Verfahren dem Grunde nach („Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben dem Grunde nach“ und „Vermittlung in einen Betrieb“)
- Eine bestehende Arbeitsunfähigkeit
- Die Teilnahme an einer Reha-Nachsorgeleistung, an einem Funktionstraining, Reha-Sport oder an einer stufenweisen Wiedereingliederung.

Die Leistung erfordert eine inhaltliche Vorbereitung während der Rehabilitationsleistung. Daher ist eine **nachträgliche Antragstellung** durch die Versicherten **nicht möglich**.

4 Hinweise zu einzelnen Indikationen

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

4.1 FM bei psychosomatischen Erkrankungen

Psychische Erkrankungen wirken negativ auf praktisch alle Lebensbereiche der Versicherten 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 Versicherten durch die medizinische 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 hingegen eine aktive Auseinandersetzung der Versicherten 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 FM an. Ist eine Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses möglich, begleiten die Fallmanager bei Bedarf den Versicherten bei notwendigen Gesprächen mit dem Arbeitgeber oder den Kollegen, die selbst im Umgang mit psychisch kranken Menschen oft unsicher sind und hilft, eine neue Basis für eine geeignete Zusammenarbeit aufzubauen. Kann die bisherige berufliche Tätigkeit nicht fortgeführt werden, ist eine Begleitung des Versicherten durch den Fallmanager 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 LTA, wie z. B. einer Qualifizierungsmaßnahme oder Bewerbung auf geeignete Stellenangebote. Der Fallmanager kann auch z. B. helfen, familiäre Konflikte zu lösen oder eine kritische Schuldsituation zu bewältigen.

4.2 FM bei Abhängigkeitserkrankungen

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

Nach dem erfolgreichen Abschluss einer stationären Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen kommt der ambulanten Fortführung oder der Nachsorge eine besondere Bedeutung für die Sicherung des Rehabilitationserfolges und die Festigung der

Rahmenbedingungen

Abstinenz zu. Neben der Verordnung des FM sollen daher weiterhin auch Nachsorgeleistungen eingeleitet werden. Das Vorgehen des FM soll bei Zustimmung des Versicherten mit der Nachsorgeeinrichtung abgestimmt werden.

Nach der langen Durchführung der Rehabilitationsleistung und bei häufig vorausgegangenem krankheitsbedingtem beruflichen Konfliktsituationen ist die Rückkehr zum bisherigen Arbeitsplatz und die Wiederaufnahme der Kontakte mit Kollegen, Arbeitgeber 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 mit Suchtmitteln von Bedeutung sein.

Auch gilt es nach Entlassung aus der stationären Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen 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 unterstützen und ggf. Kontakte zu potenziellen Arbeitgebern 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 FM bei onkologischen Erkrankungen

Nicht selten haben die Versicherten über eine längere Zeit mit den Folgen der Erkrankung zu kämpfen. Sie fühlen sich erschöpft und nicht mehr so belastbar. Sowohl die onkologische Erkrankung als auch die Therapie selbst können zu Funktionseinschränkungen führen (z. B. Fatigue-Syndrom, Sensibilitätsstörungen), die sich auf die Arbeitsfähigkeit - vielleicht unerwartet - negativ auswirken. Es geht beim FM um die gemeinsame Suche nach Wegen, die helfen, Schritt für Schritt in das Arbeitsleben zurückzukehren. Nach der Rehabilitation und mit der Wiederaufnahme der Arbeit können sich Fragen ergeben, die Versicherte mit den Fallmanagern besprechen möchten:

- Sollen Arbeitgeber und Kollegen über die Erkrankung informiert werden? Bei einem vertrauensvollen Verhältnis kann es beiden Seiten helfen, von der Erkrankung zu erzählen. Die Arbeitgeberseite bekommt die Möglichkeit, die Hintergründe für häufigere oder längere Arbeitsunfähigkeitszeiten 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 können eine wichtige Rolle in der Information und Unterstützung im Hinblick auf die finanzielle Situation und bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten übernehmen.

Rahmenbedingungen

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

4.4 FM 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 verschiedene 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 Arbeitgebern und Kollegen bei der Wiederaufnahme der Arbeit führen. Hier sollen gemeinsam mit dem Fallmanager durch Analyse der Probleme und Berücksichtigung vorhandener Ressourcen individuelle Lösungen erarbeitet werden.

4.5 FM bei akuten Herzerkrankungen

Die Frage, ob eine Rückkehr auf den alten Arbeitsplatz möglich ist, hängt stark davon ab, wie sehr die Herzfunktion nach der Rehabilitation noch beeinträchtigt ist und wie hoch die körperliche Belastung am Arbeitsplatz ist (z. B. bei Handwerkern, Pflegeberufen) oder ob die Sicherheit anderer gefährdet werden kann (z. B. bei Feuerwehrleuten, Fahrzeugführenden im öffentlichen Verkehr). Die Fahrerlaubnis kann von essenzieller Bedeutung sein. Es ist die Aufgabe der Reha-Ärzte eine solche Einschätzung über die berufliche Leistungsfähigkeit vorzunehmen. Ist eine Rückkehr an den Arbeitsplatz nicht möglich, kann das FM bei dem Aufbau einer neuen beruflichen Perspektive helfen. Auch bei einer stufenweisen Wiedereingliederung in einem dafür nur teilweise geeigneten Umfeld, kann für einen reibungslosen Prozess die Unterstützung durch die Fallmanager sinnvoll sein. Eine lebensbedrohliche Erkrankung wie ein Herzinfarkt kann 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 Ärzten eine gezielte Therapie verordnet. Eine begleitende Rehabilitationsnachsorge, die von der Rehabilitationseinrichtung verordnet wurde, kann gezielt helfen und sollte regelmäßig in Anspruch genommen werden.

4.6 FM bei Sehbeeinträchtigungen

Sehbehinderung und Blindheit sind in der Regel irreversibel, und gerade die erworbene Sehbehinderung und Erblindung stellen einen krisenhaften biografischen Bruch dar. Im Vergleich zu anderen gesundheitlichen Einschränkungen zeigt sich in der ophthalmologischen Rehabilitation, dass bei Eintreten einer Sehbeeinträchtigung Unterstützungsangebote im gesamten System einzelnen Akteuren wenig bekannt, die Akteure untereinander wenig

Rahmenbedingungen

vernetzt sind und sich so Menschen mit einer Seheinschränkung schneller in einer „Sackgasse“ befinden, als bei anderen Erkrankungen.

Neben den Einschränkungen bei der finanziellen Absicherung der Betroffenen besteht durch die Frühverrentung in Verbindung mit der Sehbehinderung stets die Gefahr der sozialen Isolation und den damit einhergehenden Problemfeldern, insbesondere behinderungsassoziierten psychischen Beeinträchtigungen bis hin zur Bedrohung der selbständigen Lebensführung.

Berufliche Teilhabe für sehbehinderte und blinde Menschen ist grundsätzlich möglich, kann jedoch durch verschiedene Hindernisse erschwert werden, wie mangelnde Barrierefreiheit am Arbeitsplatz, Vorurteile von Arbeitgebern und Arbeitskollegen, begrenzter Zugang zu Weiterbildungen und technologische Hindernisse. Im Rahmen der beruflichen Integration ist es wichtig, barrierefreie Arbeitsplätze zu identifizieren, Schulungen für adaptive Technologien anzubieten und das Arbeitsumfeld anzupassen. Die Sensibilisierung der Mitarbeiter und Arbeitgeber für die Herausforderungen von Sehbehinderten ist zentral.

Das Fallmanagement bei sehbehinderten Menschen erfordert besondere Aufmerksamkeit und Anpassungen, um ihre individuellen Bedürfnisse zu berücksichtigen.

5 Verordnung und Auswahl der Fallmanager

Das Fallmanagement kann grundsätzlich von Rehabilitationseinrichtungen für alle Versicherten der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland verordnet werden.

Im Rahmen der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ermittelt das Reha-Team der Rehabilitationseinrichtung anhand einer Checkliste unter Beachtung der Grundvoraussetzungen den Unterstützungsbedarf und erstellt bei Bedarf einen detaillierten Förderplan (Formular G4982-09). Die Verordnung einer Nachsorgeleistung stellt grundsätzlich keinen Ausschlussgrund dar.

Die Versicherten werden über das FM nach medizinischer Rehabilitation aufgeklärt. Sie erhalten ein Merkblatt, welches die wichtigsten Informationen zum FM beinhaltet (Formular G4981-09). Ist der Versicherte bereit, am FM teilzunehmen, verordnet der behandelnde Reha-Arzt diese Leistung anhand des Formulars G4980-09.

Die Verordnung (G4980-09) sowie der Förderplan (G4982-09) sind in vierfacher Ausfertigung zu unterschreiben (Verordnung vom Arzt und Versicherten; Förderplan vom Reha-Team-Verantwortlichen):

- ein Exemplar verbleibt in der Rehabilitationseinrichtung,
- ein Exemplar erhält die DRV MD,
- ein Exemplar erhält der Versicherte,
- ein Exemplar erhält der Leistungserbringer.

6 Eingang und Verarbeitung der Verordnung

Die Verordnung und der Förderplan gehen als Antrag gemeinsam mit der Entlassungsmitteilung bei dem Reha-Team der Abteilung Produktion und Service ein. Dafür ist grundsätzlich der elektronische Datenaustausch im XML-Format nach § 301 Abs. 4 SGB V zu nutzen. Bereits die Verordnung des FM durch die Rehabilitationseinrichtung gilt als Kostenzusage im Namen der DRV MD. Die Verordnung ist durch die Sachbearbeitung auf die Ausschlussgründe des FM zu prüfen. Ein Bewilligungsbescheid oder eine Aufnahmemitteilung sind nicht erforderlich. Die Sachbearbeitung dokumentiert das FM als neue Leistung nach § 31 SGB VI (Folgeleistung nach stationärer Rehabilitation).

7 Auswahl und Erstgespräch mit den Fallmanagern

Die DRV MD beauftragt für die Durchführung des FM während der Modellphase die Berufsförderungswerke in Mitteldeutschland als qualifizierte externe Leistungserbringer (s.a. Anlage 1). Eine Übersicht mit den Kontaktdaten der Leistungserbringer und den Indikationen stehen im Formular G4983-09 zur Verfügung.

Die Rehabilitationseinrichtung wählt, in Abstimmung mit dem Versicherten, ein vom Einzugsgebiet für den Versicherten passendes BFW als Anbieter aus der **Liste der Anbieter** (Formular G4983-09) und vereinbart einen Termin zum Erstgespräch.

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

Ein erster bzw. weiterer persönlicher Kontakt erfolgt dann kurzfristig, möglichst **innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung der Rehabilitationsleistung, am Heimatort**. Dieser Termin wird noch während der Rehabilitation festgelegt.

Anmerkung: Generell soll die Rehabilitationseinrichtung ihre Versicherten proaktiv über das Angebot des FM informieren. Wichtig ist, dass in der Rehabilitationseinrichtung klare Ansprechpersonen sowohl für die Versicherten als auch für die Fallmanager benannt werden.

Das Erstgespräch zwischen dem Fallmanager und dem Versicherten findet in Abhängigkeit von der Entfernung der Rehabilitationseinrichtung zum Wohnort persönlich, telefonisch oder per Videokonferenz in der Rehabilitationseinrichtung ggf. unter Beteiligung eines Mitarbeitenden des Reha-Teams (z. B. Psychotherapeut/in oder Sozialdienstmitarbeiter/in), in der vorletzten, spätestens zu Beginn der letzten Woche während der Rehabilitationsleistung statt (Übergabegespräch) und dient dem Kennenlernen und der groben Planung des FM's.

Das Erstgespräch wird nicht auf die Gesamtdauer von 15 Stunden angerechnet.

8 Umfang der Leistung

Zu Beginn des FM bestimmt der Fallmanager kooperativ mit dem Versicherten die Ziele, erhebt und dokumentiert die für die Zielerreichung prägenden Defizite und Ressourcen. Die

Rahmenbedingungen

erforderlichen beruflich-rehabilitativen Unterstützungsleistungen werden auf der Grundlage des Übergabegesprächs konkret geplant und umgesetzt.

Die reguläre Verordnungsdauer beläuft sich auf 6 Monate nach Ende der medizinischen Rehabilitationsleistung und umfasst maximal 15 Zeitstunden (900 Minuten) 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. Voraussetzung für Gespräche mit Dritten ist immer ein ausdrückliches schriftliches Einverständnis des Versicherten, welches der beauftragte Fallmanager einholt.

Die Tätigkeiten der Fallmanager können sich auf alle, die berufliche Wiedereingliederung hemmenden, Lebensumstände beziehen:

- der Aufbau einer tragfähigen Beziehung mit den Versicherten;
- die Förderung der Arbeitsmotivation bzw. der Motivation zur Rückkehr ins Erwerbsleben;
- der Ermittlung des Unterstützungsbedarfs;
- der Formulierung von gemeinsamen Zielen mit den Versicherten, Überwachung der Ziele und Anpassung der Interventionen;
- der Arbeit mit den 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 Erlernten (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 Arbeitgebenden;
- die Unterstützung bei der Kontaktaufnahme 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 LTA;
- 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;
- die Unterstützung beim Anschluss an eine Selbsthilfegruppe;
- entlastende Gespräche mit den Versicherten, aber keine Psychotherapie

Direkte Leistungen:

- Persönliche Gespräche und Kontakte mit den Versicherten sowie gegebenenfalls dritten Personen aus dem Arbeitsumfeld, der Familie, dem Freundeskreis oder der behandelnden Ärzte.
- Kurzinterventionen
- teilnehmerbezogene Netzwerkarbeit
- Bei Bedarf können die Fallmanager mit Zustimmung des Versicherten auch Kontakt zum jeweiligen Arbeitgeber aufnehmen. Ein Arbeitgebergespräch kann mit oder ohne dem Versicherten stattfinden. Die Organisation der Termine wird dem individuellen Bedarf angepasst; Kontakte sollen aber regelmäßig stattfinden.

Indirekte Leistungen:

- Dokumentation und Recherche
- Organisation der Leistung (Einsatzplanung, Vertretungen etc.)
- Fallbesprechungen
- Kooperation mit der DRV MD

Diese Leistungen sind im vereinbarten Kostensatz (siehe Anlage 2, Abschnitt 1) enthalten.

9 Verlängerung und vorzeitige Beendigung

Eine Verlängerung des FM ist in Abstimmung mit dem Fallmanager möglich. Es ist sowohl eine Verlängerung des Verordnungszeitraumes (ohne zusätzliche Stunden) um maximal 3 Monate möglich als auch eine Verlängerung um maximal 3 Monate mit bis zu 15 weiteren Zeitstunden (900 Minuten).

Die Verlängerung wird von den Leistungserbringern mit dem Formular G4986-09 bei der DRV MD angezeigt und enthält Aussagen zum bisherigen Ablauf und Ergebnissen sowie zu der Notwendigkeit und den Zielen der Verlängerung.

Beim bewilligten Leistungsumfang handelt es sich um eine maximale Zusage. Die Stunden müssen nicht im vollen Umfang in Anspruch genommen werden.

Eine Verlängerung über den maximalen Verordnungszeitraum von 9 Monaten nach Ende der medizinischen Rehabilitation oder über 30 Zeitstunden (1800 Minuten) hinaus ist nicht vorgesehen.

Das Formular G4986-09 ist zum Vorgang zu nehmen. Eine Bewilligung der Verlängerung ist nicht erforderlich.

Das FM **endet vorzeitig**, wenn eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- das Hauptziel wurde erreicht und es besteht kein Unterstützungsbedarf mehr;
- Tod des Versicherten;
- der Versicherte widerruft seine Beteiligung schriftlich (jederzeit möglich);
- mangelnde Kooperationsbereitschaft des Versicherten (z. B. unentschuldigtes Fehlen oder arbeitet nicht mit);

Rahmenbedingungen

- bei einer Unterbrechung von mehr als sechs Wochen (Krankenhausbehandlung, interkurrente Erkrankungen u. a.);
- fehlende Erfolgsaussicht;
- bei einem Wegzug des Versicherten aus dem Zuständigkeitsbereich der DRV MD;
- bei Bezug einer vollen Erwerbsminderungsrente auf Dauer;
- mit Beginn einer konkreten LTA;
- wenn ein Ausschlussgrund hinzutritt.

Bis zum konkreten Beginn einer LTA, kann das FM fortgeführt werden. Ein LTA-Antrag führt nicht zwingend zum sofortigen Abbruch. Analog dazu gilt: die Beantragung einer vollen Erwerbsminderungsrente auf Dauer, führt nicht zwingend zum sofortigen Abbruch. Der tatsächliche Bezug einer vollen Erwerbsminderungsrente auf Dauer hingegen, führt zum sofortigen Abbruch des FM.

Wird das FM abgebrochen, kann eine neue Verordnung nur im Anschluss an eine erneut durchgeführte medizinische Rehabilitationsleistung erteilt werden.

10 Schnittstelle zu LTA

Für einen optimalen Übergang aus dem FM als nachgehende Leistung einer medizinischen Rehabilitation zu LTA ist das frühzeitige Erkennen des Bedarfs an weiterführenden LTA bereits während des FMs wichtig.

Wird ein Bedarf durch den Fallmanager festgestellt, ist ein entsprechender Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich (normales Antragsverfahren einschließlich ärztlicher Befundbericht). Mit Beginn der konkreten Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben ist das Fallmanagement abgeschlossen (s.o. Kriterien zur vorzeitigen Beendigung).

Bei bereits laufenden LTA-Verfahren erfolgt bis zur Beendigung des Fallmanagement eine Abstimmung zwischen dem Fallmanager und dem zuständigen Reha-Fachberater.

11 Abschluss des Verfahrens

Das FM ist spätestens nach Ablauf der 30 Zeitstunden (1800 Minuten) bzw. nach 9 Monaten nach Abschluss der medizinischen Leistung zur Rehabilitation beendet. Am Ende des FM erhält die DRV MD einen qualifizierten und differenzierten Abschlussbericht (Formular G4987-09) mit Aussagen zum Ergebnis des FM sowie weitergehenden Empfehlungen. Es wird detailliert zu stattgefundenen Inhalten des FM, Reflexionen und Einzelgesprächen berichtet. Fazit und Ausblick beinhalten dann einen individuellen Ist-Stand und mögliche wie notwendige Ausblicke sowie Hinweise zu Veränderungen.

Die Abschlussdokumentation (Formular G4987-09) wird mit der Abrechnung (Formular G4984-09) und dem Teilnahmenachweis (Formular G4985-09) übersandt.

12 Abrechnung und Dokumentation

Der Leistungserbringer verfügt über ein standardisiertes Dokumentationssystem in dem Einzelgespräche, Maßnahmeplanung und -fortschreibung festgehalten werden. Die persönlichen Kontakte werden per Unterschrift der Teilnehmer (Formular G4985-09) dokumentiert. Alle anderen Kontakte werden im selben Formular durch den Fallmanager aufgelistet.

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

Fahrkosten der Versicherten werden nach Abschluss des FM auf Antrag (Formular G4988-09) in Höhe einer täglichen Pauschale (siehe Anlage 2, Abschnitt 2) erstattet, sofern sie tatsächlich entstanden sind. Dies gilt für folgende Fahrten:

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

Alle erforderlichen Informationen zur Abrechnung sind der „Anlage 2 „Hinweise zur Abrechnung des FM nach medizinischer Rehabilitation“ zu entnehmen.

13 Qualitätsmanagement

Die Leistung wird in das interne Qualitätsmanagementsystem der Leistungserbringer eingebunden. Qualitätsüberprüfungen finden regelmäßig statt.

Die Leistungserbringer organisieren eine regelmäßige Vertretungsregelung und ein Krisenmanagement.

Konzeptionelle, organisatorische oder personelle Änderungen sind unverzüglich (letztere unter Beifügung der Qualifikationsnachweise) anzuzeigen.

14 Datenschutzrechtliche Regelungen

Die Anforderungen des Datenschutzes werden jederzeit eingehalten. Der Leistungserbringer hält detaillierte Beschreibungen und Prozesse vor.

Die Vertragspartner verpflichten sich, die Bestimmungen zum Schutz personenbezogener Daten nach der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), insbesondere auch zum Schutz von Sozialdaten nach dem Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch - (SGB X) sowie ggf. weitere einschlägige bundes- oder landesrechtliche Vorschriften zum Datenschutz einzuhalten.

Sozialdaten, die die DRV Mitteldeutschland als Rehabilitationsträger zur Durchführung der Leistung an die Leistungserbringer übermittelt, dürfen nur zweckgebunden verarbeitet werden. Nach § 78 Abs. 1 SGB X haben Sie diese in demselben Umfang geheim zu halten, wie die

Rahmenbedingungen

DRV Mitteldeutschland als Stelle nach § 35 SGB I. Von den vertraglichen Regelungen unberührt bleibt die ärztliche Schweigepflicht.

Die Mitarbeiter des Leistungserbringers weisen im Einzelfall beteiligte Dritte schriftlich auf die Wahrung der Vertraulichkeit hin. Sie nehmen Kontakt zu beteiligten Dritten nur nach vorheriger schriftlicher Zustimmung des Versicherten auf.

Die Leistungserbringer verpflichten sich, ihre Mitarbeiter durch Einholung unterschriebener Verpflichtungserklärungen an die Wahrung der Vertraulichkeit zu binden. Diese Verpflichtungserklärungen können durch die DRV MD eingesehen werden.

Die Leistungserbringer werden die Personen, die an der Erbringung der Dienstleistung beteiligt sind oder derer sie sich zur Erfüllung der von ihnen zu erbringenden Leistungen bedient, auf die Wahrung der Vertraulichkeit und der geltenden Datenschutzbestimmungen in schriftlicher Form verpflichten.

Die Leistungserbringer verpflichten sich darüber hinaus, die Sozialdaten und sonstigen personenbezogenen Daten der Rehabilitanden Daten ausschließlich im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften zu verarbeiten und nicht für eigene oder fremde, außerhalb der Zweckbestimmung dieser Vereinbarung liegende Zwecke, zu nutzen oder zu speichern.

Sie informieren die Versicherten darüber, dass personenbezogene Daten erhoben, weiterverarbeitet und gespeichert und der DRV MD übermittelt werden. Dabei werden nur solche Daten erhoben und weiterverarbeitet, die für die Durchführung der Leistungen oder zur Erreichung des Leistungsziels erforderlich sind. Personenbezogene Daten der Versicherten dürfen ohne deren Einverständnis nicht Personen oder Institutionen außerhalb der DRV Mitteldeutschland bekannt gegeben werden. Hierfür haften die Leistungserbringer auch für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Beauftragten (vergleiche § 78 SGB X). Personenbezogene Daten sind zu löschen, wenn sie für die Aufgabenerledigung nicht mehr erforderlich sind und keine gesetzliche Aufbewahrungsfrist entgegensteht. Die Leistungserbringer stellen die fristgerechte Löschung der Daten sicher.

Hinweis: Die Versicherten werden in der Rehabilitationseinrichtung auf die Weitergabe ihrer Daten (insbesondere der Bedarfsanalyse, des Reha-Entlassungsberichtes und gegebenenfalls einer Arbeitsplatzbeschreibung) hingewiesen und bestätigen ihr Einverständnis mit Unterzeichnung der Verordnung (Formular G4980-09).

15 Unfallversicherung

Der gesetzliche Unfallversicherungsschutz der Deutschen Rentenversicherung erstreckt sich derzeit nicht auf ambulante nachgehende Leistungen. Der Leistungserbringer kann eine Unfallversicherung für die an dem FM teilnehmenden Versicherten abschließen, falls nicht, sind die Versicherten vor Beginn der Leistung auf den fehlenden Unfallversicherungsschutz hinzuweisen.

16 Kündigung

Die Anerkennung kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende von beiden Seiten (Leistungserbringer und DRV MD) durch ordentliche Kündigung beendet werden. Nach wirksamer Kündigung erfolgt der reguläre Abschluss aller im Rahmen des Vertrages begonnenen Fallbegleitungsfälle auf der Grundlage dieser Anerkennung. Eine außerordentliche Kündigung der Zusammenarbeit ist nur aus wichtigem Grund möglich. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn die Leistungen, die Gegenstand der Vereinbarung sind, in erheblichem Umfang mangelhaft oder unvollständig erbracht werden und hierdurch der Vorhabenzweck vereitelt, gefährdet oder beeinträchtigt wird oder bei schwerwiegenden Verstößen gegen die Inhalte dieser Vereinbarung.

Die Kündigung hat schriftlich – im Falle der außerordentlichen Kündigung unter Angabe des Kündigungsgrundes – zu erfolgen.

Anlage 1: Anforderungen zur Anerkennung der Leistungserbringer

Die DRV MD stellt folgende Voraussetzungen für die Anerkennung von Leistungserbringern sowie deren Fallmanager:

1. Durchführungskonzept

Anerkannt werden Leistungserbringer, die ein Durchführungskonzept eingereicht haben, das den Rahmenbedingungen der DRV MD entspricht und auf folgende Themen eingeht:

- Leistungserbringer, juristische Form, Adresse (Hauptsitz und sonstige Standorte), geographisches Einzugsgebiet;
- Kooperationen, Vernetzungen;
- Allgemeines Konzept der Einrichtung, Organisation, Leistungsangebot;
- Konzeptionelle Überlegungen zum FM, Ziele, Zielgruppen;
- Durchführung des FM: Methoden des FM, Struktur, Umfang, Begleitung und Unterstützung im Betrieb, Kooperation mit der Rehabilitationseinrichtung und der DRV Mitteldeutschland;
- Formen und Wege der Kommunikation mit den Versicherten, Angaben zur Erreichbarkeit der Fallmanager für die Versicherten;
- Krisenintervention und Beschreibung des Notfallmanagements;
- bisherige Erfahrungen mit FM;
- Ort der Beratungsgespräche, Räumlichkeiten, die dafür zur Verfügung stehen;
- Dokumentation;
- Personal: Qualifikation der im FM 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.

2. Erforderliche Qualifikationen/Kompetenzen der Fallmanager

Die Leistungserbringer sollen **mindestens zwei qualifizierte Fallmanager** beschäftigen, um die nahtlose Betreuung der Versicherten (z. B. bei Krankheit oder Urlaub) zu gewährleisten.

Die Anerkennung als Fallmanager 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.

Anlage 1: Hinweis zur Anerkennung der Leistungserbringer

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 Anerkennung 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 nach dem Curriculum der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und Case-Managern (z. B. DGCC oder gleichwertig) nicht erforderlich.

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

➤ Fachliche und methodische Kenntnisse:

- Arbeitsmarkt- und berufskundliche Kenntnisse,
- sozialrechtliche Kenntnisse,
- Kenntnis der Versorgungsstrukturen und -angebote,
- 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 Rehabilitationserfahrung.

➤ Vernetzung

- zu Fachärzten, Psychotherapeuten und Beratungsstellen;
- zur Agentur für Arbeit, zum Jobcenter, zugelassene kommunale Träger (Optionskommunen);
- zu betriebsärztlichen Diensten, Arbeitgebern und betrieblichen Interessenvertretung;
- zu den Sozialleistungsträgern und deren Beratungsstellen;
- zu regionalen Kontaktstellen der Selbsthilfegruppen.

➤ Soziale Kompetenzen

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

Die Prüfung und Anerkennung der Leistungserbringer erfolgen durch das Team Medizinische Reha-Einrichtungen der DRV MD.

Anlage 2: Hinweise zur Abrechnung des Fallmanagements nach medizinischer Rehabilitation

Der 6-monatige Bewilligungszeitraum beginnt am Tag nach dem Ende der medizinischen Rehabilitation. Bereits die Verordnung des FM durch die Rehabilitationseinrichtung gilt als Kostenzusage der DRV MD. Eine gesonderte Kostenübernahmeerklärung durch die DRV MD ist nicht erforderlich.

Die Versicherten bestätigen ihre Teilnahme durch Unterschrift auf dem Formular G4984-09. **Termine mit Dritten müssen nicht unterschrieben werden beziehungsweise werden durch Unterschrift der Fallmanager bestätigt.**

1. Kosten der Fallmanager

Die Kosten für das Fallmanagement nach der medizinischen Rehabilitation werden mittels des Formulars G4984-09 gegenüber der DRV MD nach Abschluss des FM geltend gemacht. Pro Fall soll eine Endabrechnung vorgelegt werden. Dieser Abrechnung sind der Teilnahmenachweis (Formular G4985-09) und die Abschlussdokumentation (Formular G4987-09) beizufügen.

Die Überweisung der Kosten erfolgt auf das vom Leistungserbringer angegebene Konto. Die Bankverbindung und das Institutionskennzeichen (IK) sind in der Reha-Einrichtungsdatenbank gespeichert. Änderungen sind unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

Abgerechnet werden grundsätzlich nur Leistungen solange die Voraussetzungen für das Fallmanagement durch den Versicherten erfüllt sind. Leistungen, die nach Eintreten eines Ausschlussgrundes oder eines zum Abbruch führenden Grundes erbracht werden, können durch die Leistungserbringer nicht abgerechnet werden bzw. werden nicht vergütet. Werden der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland derartige Gründe bekannt, setzt sie den zuständigen Leistungserbringer umgehend in Kenntnis. Die Fallmanager selbst überprüfen regelmäßig die bestehenden Voraussetzungen auf Veränderungen.

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

Das **Erstgespräch in der Rehabilitationseinrichtung** soll nach dem aktuell geltenden Stundensatz ebenfalls minutengenau abgerechnet werden (Gesprächszeit). Das Gleiche gilt, wenn das Erstgespräch per Telefon beziehungsweise Videogespräch erfolgt. Das Erstgespräch kann zusätzlich abgerechnet werden, das heißt es erfolgt keine Anrechnung auf die Gesamtdauer des FM von 15 Stunden (900 Minuten). Eine zusätzliche Abrechnung der Fahrzeit erfolgt nicht. Dieses ist bereits im Vergütungssatz inkludiert. **Eine Abrechnung des Erstgesprächs kann auch dann erfolgen, wenn anschließend kein FM durchgeführt wird.**

Bei einer vorangegangenen **stationären** Rehabilitation können die Leistungserbringer für das Erstgespräch **zusätzlich** 150,00 EUR pro Teilnehmenden als **pauschale**

Aufwandsentschädigung in Rechnung stellen, **soweit das Gespräch in der Rehabilitationseinrichtung stattfand**. Bei einer ganztägig ambulanten Rehabilitation kann eine pauschale Aufwandsentschädigung nicht abgerechnet werden.

Finden an einem Tag in einer Rehabilitationseinrichtung mehrere Gespräche statt, kann die pauschale Aufwandsentschädigung nur 1x abgerechnet werden.

Der Kostensatz für 60 Minuten beträgt für die gesamte Einzelleistung des FM **93,00 EUR** ($93,00/60 = 1,55$ EUR). Mit diesem Kostensatz sind folgende Kosten abgegolten:

- Jahressonderzahlungen wie z. B. Weihnachtsgeld,
- eine Pauschale für Leitungsaufgaben,
- eine Verwaltungs- und Sachkostenpauschale in Höhe von 30 % des Bruttogehalts,
- eine Pauschale für Fahrkosten.

Die Zeiten für Teamsitzungen, Dokumentation, Vor- und Nachbereitung von Terminen, Öffentlichkeitsarbeit und Recherche sind dabei berücksichtigt und dürfen nicht gesondert abgerechnet werden.

2. Fahrkosten für Versicherte

Fahrkosten der Versicherten werden nach Abschluss des FM auf Antrag (Formular G4988-09) in Höhe einer täglichen Pauschale von 5,00 EUR unabhängig von der Art der Beförderung oder der Entfernung erstattet, sofern sie tatsächlich entstanden sind.

Dies gilt für folgende Fahrten:

- Fahrten zu den Fallmanagern (Beratung findet nicht beim Versicherten statt),
- Fahrten zu gemeinsamen Terminen mit den Fallmanagern beim Arbeitgeber, behandelnden Arzt, Behörden unter anderem, sofern diese von den Fallmanagern initiiert wurden.

3. Sonstige Hinweise

Die Sachbearbeitung ist für die Abrechnung und deren Plausibilitätsprüfung zuständig.

Als nachgehende Leistung läuft die Finanzierung über die Kontenklasse 46 der DRV MD.

Ein Anspruch auf Haushaltshilfe während der Teilnahme am FM besteht nicht. Verdienstausschlag oder ähnliche Aufwendungen werden nicht erstattet.

Ein Anspruch auf Übergangsgeld während des FM besteht ebenfalls nicht.

Anlage 3: Pilotierung und Evaluation

Die Einführung des FM startet als drei jähriges Modellprojekt und wird während der gesamten Zeit wissenschaftlich begleitet. Die primären Ziele bestehen in der Bewertung der indikationsübergreifenden Implementierungsphase und der Identifizierung von prozessualen und konzeptionellen Optimierungsbedarfen für die DRV MD.

Eine Forschungseinrichtung soll die formative Evaluation der Modellphase übernehmen. Konkret sollen die folgenden Ziele erreicht werden:

- Beschreibung der erreichten Zielgruppe
- Beschreibung von Veränderungen, die die Versicherten während des FM erreichen, und wie und in Abhängigkeit von welchen Faktoren, sich der Übergang in Arbeit gestaltet
- Exploration der Hintergründe von fehlender Teilhabe am Arbeitsmarkt von Menschen nach einer medizinischen Rehabilitation
- Vergleich mit zielähnlichen Versorgungsstrukturen und Erfahrungen
- Vorschläge zur Optimierung des Programms und zur flächendeckenden Ausweitung
- Analyse von Konzepten und Dokumenten
- Fragebogenerhebung aller Versicherten der medizinischen Rehabilitation aus den beteiligten Rehabilitationskliniken
- Fokusgruppeninterviews
- Telefoninterviews mit den Fallmanagern, Experteninterviews
- Analyse administrativer Daten zur Erwerbstätigkeit bei Versicherten des FM und sonstigen, möglichst vergleichbaren Rehabilitanden

Anlage 4: Kontaktdaten und Ansprechpersonen

Name	Telefonnummer	E-Mail
Anja Stoye	+49 345 213-21425	anja.stoye@drv-md.de
Verona Becker	+49 345 213-21540	verona.becker@drv-md.de

Anschrift:

Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland
Abteilung Reha-Strategie und SMD
Referat Reha-Strategie und medizinische Reha-Einrichtungen
Paracelsusstraße 21
06114 Halle

Postadresse für alle versichertenbezogenen Unterlagen:

Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland
99117 Erfurt

Anlage 5: Formulare

Zur Einleitung eines Fallmanagement nach medizinischer Rehabilitation

- G4980-09 Verordnung von Fallmanagement nach medizinischer Rehabilitation
- G4981-09 Information zum Fallmanagement nach medizinischer Rehabilitation
- G4982-09 Bedarfsanalyse und Förderplan - Fallmanagement nach medizinischer Rehabilitation
- G4983-09 Anbieterliste für das Fallmanagement nach medizinischer Rehabilitation

Für Anbieter des Fallmanagements nach medizinischer Rehabilitation

- G4984-09 Abrechnung des Fallmanagements nach medizinischer Rehabilitation
- G4985-09 Teilnahmenachweis - Anlage zur Abrechnung des Fallmanagements nach medizinischer Rehabilitation
- G4986-09 Verlängerungsanzeige zum Fallmanagement nach medizinischer Rehabilitation
- G4987-09 Abschlussdokumentation zum Fallmanagement nach medizinischer Rehabilitation

Für Teilnehmer am Fallmanagement nach medizinischer Rehabilitation

- G 4988-09 Antrag auf Fahrkostenerstattung bei Fallmanagement nach medizinischer Rehabilitation

Die Formulare (ausfüllbare und speicherbare PDF-Files mit Mehrfertigungen) sind jederzeit in der aktuellen Version im Internet abrufbar.