

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

Inhaltsverzeichnis

1. Hintergrund	3
1.1. Demografischer Wandel und Veränderungen der Arbeitswelt	3
1.2. Bedeutung psychischer Erkrankungen	4
1.3. Normative Anforderungen an die Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung	5
1.4. Zielsetzung des Konzeptes	5
2. Rechtliche Rahmenbedingungen.....	5
3. Fallmanagementdefinition der Rentenversicherung.....	7
4. Fallbezogene Vorgehensweise im Fallmanagement.....	13
4.1. Rolle und Aufgaben des Fallmanagers.....	13
4.2. Durchführung des Fallmanagements im Umfeld der Rehabilitation	15
4.2.1. Phase 1: Fallidentifikation	23
4.2.2. Phase 2: Bedarfsermittlung.....	28
4.2.3. Phase 3: Reha-Planung	31
4.2.4. Phase 4: Überwachung und Steuerung der Leistungen (Monitoring).....	34
4.2.5. Phase 5: Abschluss und Evaluation des Einzelfalls.....	36
4.3. Internes und externes Fallmanagement	38
4.4. Fallbezogene Kooperation.....	39
4.4.1. Partner innerhalb der Rentenversicherung.....	40
4.4.2. Partner, mit denen die Rentenversicherung regelhaft zusammenarbeitet	42
4.4.3. Partner, mit denen die Rentenversicherung bedarfsbezogen zusammenarbeitet	45
5. Systemebenen des Fallmanagements.....	46
5.1. Grundsätzliches zu den Ebenen des Fallmanagements	46
5.2. Organisationsebene im Fallmanagement	48
5.2.1. Anforderungen auf Organisationsebene.....	48
5.2.2. Dokumentation und Qualitätssicherung.....	49
5.2.3. Personelle Anforderungen und Qualifikationen	51
5.3. Netzwerkebene im Fallmanagement	53
5.4. Ansätze zur Ressourcenschätzung	56
6. Literatur.....	58

1. Hintergrund

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

1.1. Demografischer Wandel und Veränderungen der Arbeitswelt

Zu den zentralen gesellschaftlichen Veränderungen mit Auswirkungen auf die Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung zählt der demografische Wandel. Nach Prognosen des statistischen Bundesamtes kommt es aufgrund des Renteneintritts der geburtenstarken Jahrgänge bei gleichzeitig recht niedriger Geburtenrate zu einer Verringerung der Erwerbspersonenzahl sowie des Anteils der Erwerbspersonen an der Gesamtbevölkerung. Dies stellt insbesondere für das umlagefinanzierte System der sozialen Sicherung eine Herausforderung dar. Zugleich wird es als Folge des demografischen Wandels zu einem höheren Anteil älterer Arbeitnehmer und damit einer Alterung der Erwerbsbevölkerung insgesamt kommen (Statistisches Bundesamt, 2009¹; Statistisches Bundesamt, 2013). Wie Routinedatenauswertungen der gesetzlichen Rentenversicherung zeigen, steigt die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung mit dem Alter der Versicherten. Der demografische Wandel wird damit auch – zumindest zeitweise – zu steigenden Ausgaben auf Seiten der Rentenversicherung führen (DRV, 2016).

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

¹ Alle Angaben unter Berücksichtigung des wahrscheinlichsten Prognosevariante „Primärvariante“

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

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

1.2. Bedeutung psychischer Erkrankungen

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

1.3. Normative Anforderungen an die Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung

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

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

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

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

1.4. Zielsetzung des Konzeptes

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

2. Rechtliche Rahmenbedingungen

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

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

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

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

3. Fallmanagementdefinition der Rentenversicherung

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

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

Fallmanagementdefinition

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

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

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

Erläuterungen zur Definition:

„am individuell zu ermittelnden Bedarf ausgerichtete Vorgehensweise“:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je nach Bedarfssituation des Versicherten sind in der praktischen Ausgestaltung des Fallmanagements verschiedene Intensitätsstufen zu unterscheiden. Diese sind in der folgenden Tabelle (siehe Tabelle 1) dargestellt.

Tabelle 1: Individuumsbezogene Vorgehensweisen nach Intensitätsstufen

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

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

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

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

Stufe 3 – bei komplexer, schwierig abzuschätzender Bedarfslage. Zur Zielerreichung sind Beratung, intensive Begleitung und individualisierte Koordination notwendig. Es ist ein hoch individuelles Vorgehen mit einer intensiven Vernetzung zwischen allen am Prozess beteiligten Akteuren geboten. Die notwendigen Netzwerkstrukturen existieren noch nicht und müs-

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

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

Reha(fach)beratung und Fallmanagement

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

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

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

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

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

4. Fallbezogene Vorgehensweise im Fallmanagement

4.1. Rolle und Aufgaben des Fallmanagers

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

– Der Unterstützer

Der Unterstützer liefert im Innenverhältnis zum Versicherten die notwendige Unterstützung im Sinne eines Empowerments (Stärkung der eigenen Potentiale). Wichtige Aufgaben sind die Motivationsarbeit und die Hilfe bei der Entwicklung von Perspektiven. Im Fallmanagement der Rentenversicherung ist diese Rolle beispielsweise bei der Erstellung eines Reha- bzw. Teilhabeplans in Kooperation mit dem Versicherten, bei der die Entwicklung neuer Ziele und zugehöriger Umsetzungsstrategien im Mittelpunkt stehen, oder bei der ggf. notwendigen Motivation des Versicherten zur Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber oder mit Beratungsstellen wichtig.

– Der Fürsprecher

Die Rolle des Fürsprechers ist nach außen gerichtet und wird eingenommen, wenn es für den Versicherten berechtigte Ansprüche geltend zu machen oder unberechtigte Forderungen abzuwehren gilt. Im Fallmanagement der Rentenversicherung kann diese Rolle beispielsweise im Kontakt mit dem Arbeitgeber von Bedeutung sein, wenn die Klärung von Konfliktsituationen oder die Erörterung von Möglichkeiten zur Gestaltung des Arbeitsplatzes oder der Arbeitsumgebung im Mittelpunkt steht.

– Der Vermittler

Der Vermittler kennt die Versorgungslandschaft und eröffnet dem Versicherten den Zugang zu den benötigten Angeboten und koordiniert deren Zusammenwirken. Im Fallmanagement der Rentenversicherung geht es hier insbesondere um die Planung und Initiierung von Kontakten mit Kooperationspartnern wie beispielsweise dem Arbeitgeber, anderen Sozialleistungsträgern, Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen (vgl. Kapitel 4.4 und 5.3).

– *Der Zuweiser*

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

Keine dieser vier Rollen ist in der Praxis des Fallmanagements in Reinform anzutreffen. Vielmehr werden diese – miteinander teilweise konkurrierenden – Funktionen je nach Situation miteinander kombiniert und unterschiedlich gewichtet. Die Akzentuierung der Rolle richtet sich nach den Erfordernissen der Situation sowie den Möglichkeiten und Grenzen des Versicherten und von dessen Umfeld.

Innerhalb seiner Rollen übernimmt der Fallmanager spezifische Aufgaben, die sich aus der in Kapitel 4.2 dargestellten Vorgehensweise im Fallmanagement ableiten lassen. Zu diesen Aufgaben gehören im Wesentlichen:

– *Beratung als zentrale Aufgabe*

Als Kernaufgabe im Fallmanagement ist zunächst die Beratung zu Fragen der Rehabilitation und Teilhabe zu nennen, wobei insbesondere auch trägerübergreifende Aspekte zu berücksichtigen sind. Im Einzelnen gehört dazu die Erstberatung von Versicherten u. a. zur Ermittlung eines über eine medizinische „Standard“-Rehabilitation hinausgehenden weiterführenden Rehabilitationsbedarfs. Hierzu kann auch der Einsatz von geeigneten Screeninginstrumenten erforderlich sein. Weitergehend sind bei komplexen Problemlagen individuell ausgestaltete Beratungen mit vertrauensbildendem, planendem und motivierendem Charakter durchzuführen.

Vor-Ort-Besuche in Betrieben, bei den Versicherten und bei Kooperationspartnern sind bei entsprechendem Bedarf während des gesamten Fallmanagements obligatorisch.

– *Durchführung und Auswertung von Assessments*

Eine weitere Aufgabe besteht in der Einleitung, Durchführung und Ergebnisanalyse von Assessments² zur Ermittlung eines Unterstützungsbedarfs, insbesondere bei beruflichen Fragestellungen. Dazu zählt auch die Erhebung von Tätigkeitsprofilen und deren Vergleich mit den Fähigkeiten der Versicherten.

² Assessment wird hier verstanden als Erhebung, Bewertung und Dokumentation der Einschätzungen, Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche, sowie der individuellen Ressourcen und Problemlage des Versicherten. Zur genauen Definition des Begriffs „Assessment“ vgl. Kapitel 4.2.2.

– *Zielformulierung und Maßnahmenplanung in interdisziplinären Teams*

Bei der Reha- bzw. Teilhabepflege sind im interdisziplinären Austausch die konsensuale Erarbeitung von Rehabilitationszielen, die Auswahl und Diskussion geeigneter Maßnahmen sowie deren Planung erforderlich. Im Zuge dessen gehören die Kontaktaufnahme zu Kooperationspartnern, nach Bedarf auch einzelfallabhängig eine Erweiterung der Angebote im Netzwerk, die Initiierung und die Moderation von Reha- bzw. Teilhabekonferenzen sowie die Erstellung individueller Reha- bzw. Teilhabepflegepläne zu den Aufgaben eines Fallmanagers.

– *Überwachung und Steuerung des (Wieder-)Eingliederungsprozesses*

Während der Durchführung der geplanten Maßnahmen steht die Steuerung und Überwachung des (Wieder-)Eingliederungsprozesses im Vordergrund. In einem kommunikativen Prozess gilt es, stetig einen Soll-Ist-Abgleich durchzuführen und gegebenenfalls intervenierend tätig zu werden. Hierzu müssen mitunter kurzfristig notwendige Entscheidungen getroffen werden.

– *Dokumentation und Evaluation*

Der (Wieder-)Eingliederungsprozess wird fortlaufend mit geeigneten Instrumenten dokumentiert. Im Anschluss an den Prozess wird eine Qualitätsprüfung in Form einer einzelfallbezogenen Evaluation durchgeführt.

– *Netzwerkmanagement*

Zur Sicherstellung einer zügigen, nahtlosen und adäquaten Leistungserbringung sind der Aufbau und die Pflege von Kooperationen mit Leistungsträgern und Leistungserbringern im Sinne eines Netzwerks erforderlich. Dies erfolgt sowohl in der Fallarbeit als auch fallunabhängig in Gremien und Verbänden.

Eine weitere bedeutsame Aufgabe stellt der Aufbau und die Pflege von Kontakten zu Arbeitgebern der Region dar. Hier ist auch eine Beratung und Unterstützung von Unternehmen bei der (Wieder-)Eingliederung von Arbeitnehmern unter Nutzung der o. g. Netzwerke zu nennen.

4.2. Durchführung des Fallmanagements im Umfeld der Rehabilitation

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

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

Die Fallidentifikation findet statt, sobald erste Hinweise darauf vorliegen, dass der individuelle Reha-Bedarf nicht durch Standardleistungen der Rehabilitation gedeckt werden kann. Es folgen die individuelle Bedarfsermittlung mit einer differenzierten Betrachtung der Problemsituation und im Anschluss die Reha-Planung mit der Festlegung der Ziele und den passenden Maßnahmen und Leistungen, den jeweiligen Zuständigkeiten und den zeitlichen Abläufen. Danach folgt während der Leistungserbringung das Monitoring, durch das der Prozess überwacht und bei Bedarf gesteuert wird. Nach Fallabschluss dient die Fallevaluation der Überprüfung der Zielerreichung. Beim Fallmanagement im Umfeld der Rehabilitation wird empfohlen, die gemeinsame Empfehlung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zum Reha-Prozess zu beachten. Hier finden sich einige Hinweise auch zu trägerübergreifenden Fragestellungen.

EXKURS: Case Management – Inhaltsbereiche nach der Definition der DGCC

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

- eine Kontaktaufnahme mit dem Adressaten-/Klienten³(-system), Klärung der Angemessenheit von Case Management und eine Vereinbarung zur Einleitung des Case Managements,
- eine umfassende, die unterschiedlichen Perspektiven beinhaltende, strukturierte und systematische, weitgehend standardisierte Beschreibung und Dokumentation der Versorgungs- und Lebenssituation (Ressourcen und Probleme) sowie der Bedarfslage des Adressaten-/Klientensystems,
- eine Festlegung der Ziele und Unterstützungsleistungen in einem „Serviceplan“,
- die Vermittlung und Abstimmung passender Unterstützungs-/Leistungsangebote,

³ Der im Kontext der Rehabilitation „Rehabilitand“ genannte Leistungsempfänger, wird im Case Management allgemeiner als „Adressat“ oder „Klient“ bezeichnet.

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

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

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

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

EXKURS: Beratung im Fallmanagement

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

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

Im Folgenden werden die einzelnen Prozessschritte bei der Durchführung und die mit den verschiedenen Intensitätsstufen verbundenen charakteristischen Merkmale des Fallmanagements näher erläutert. Zur Veranschaulichung dient dabei der dargestellte Geschäftsprozess (siehe Abbildung 1).

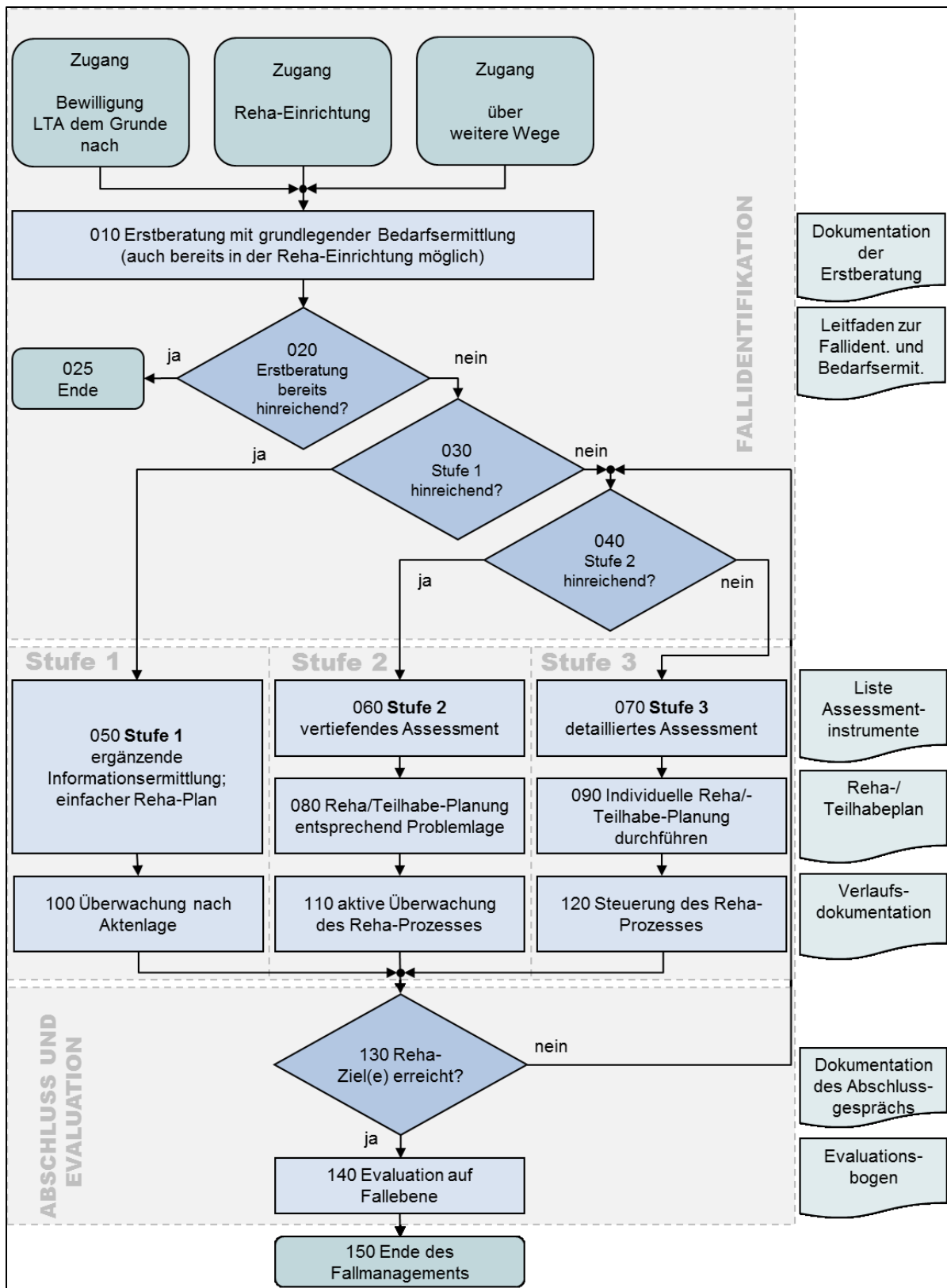


Abbildung 1: Geschäftsprozess: Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe

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

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

Im Folgenden wird zunächst zusammenfassend die Charakteristik der Intensitätsstufen des vorliegenden Fallmanagementkonzepts in den unterschiedlichen Fallmanagementphasen überblicksartig dargestellt (Tabelle 2).

Tabelle 2: Charakteristik der Fallmanagement-Intensitätsstufen nach Phasen des Fallmanagements

	Stufe 1⁴	Stufe 2	Stufe 3
grundsätzliche Charakteristik des Gesamtprozesses	Standardversorgung mit der Möglichkeit, diese im Bedarfsfall individuell zu variieren Ausschließlich etablierte Netzwerkstrukturen	Fallgruppenorientierte Pfade, die durch individuell ausgewählte Unterstützungsangebote flankiert werden, z. B. Entschuldung Überwiegend etablierte Netzwerkstrukturen	Am individuellen Bedarf orientiert zusammengestellte Angebotspalette Überwiegend neu zu schaffende Netzwerkstrukturen
Phase 1	Schritte 010, 020, 025, 030, 040		
Fallidentifikation	Sofern eine weitergehende Beratung/Begleitung erforderlich ist, erfolgt nach der Erstberatung eine vorläufige Zuordnung zu den Intensitätsstufen 1, 2 oder 3, die im späteren Prozess angepasst werden kann. Für die Zuordnung kann der „Leitfaden zur Unterstützung der Fallidentifikation und Bedarfsermittlung“ (vgl. Kapitel 4.2.1) als Orientierungshilfe herangezogen werden.		

⁴ Bei Stufe 1 handelt es sich noch nicht um Fallmanagement im engeren Sinne, aber um eine fallmanagementorientierte Beratung und Begleitung (vgl. Kapitel 3)

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

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

4.2.1. Phase 1: Fallidentifikation

Die Idee des Fallmanagements ist eng verknüpft mit der Auswahl von Versicherten, die aufgrund ihrer gesundheitlichen, beruflichen und/oder sozialen Situation für einen begrenzten Zeitraum einer individuellen persönlichen Beratung, Begleitung und Koordination bedürfen, um wieder selbstbestimmt am (Arbeits-)Leben teilhaben zu können. Die richtige Auswahl der Adressaten hat eine hohe Bedeutung für die Effektivität und Effizienz des Fallmanagements. Effektivität und Effizienz leiden, wenn Personen in das Fallmanagement aufgenommen werden, deren nachhaltige Teilhabe auch ohne Fallmanagement erreicht werden kann oder wenn ein vorliegender Fallmanagementbedarf nicht rechtzeitig erkannt und der optimale Zeitpunkt für Interventionen verpasst wird.

Eine entscheidende Rolle spielen – neben Art und Schwere der Funktionseinschränkungen auf körperlicher und psychischer Ebene und den daraus resultierenden Beeinträchtigungen im Bereich der Aktivitäten sowie der beruflichen und sozialen Teilhabe – die vom Gesundheitsschaden unabhängigen umwelt- und personbezogenen Kontextfaktoren. Wenn sich Kontextfaktoren ungünstig auf die gesundheitliche, berufliche und soziale Situation auswirken, stellen sie Barrieren auf dem Weg zur Teilhabe dar. Bei einem positiven Einfluss sind sie wichtige Ressourcen und Förderfaktoren. Bei der Fallidentifikation sind Kontextfaktoren daher individuell überblicksartig zu ermitteln und in die Beurteilung, ob eine Aufnahme ins Fallmanagement angezeigt ist oder nicht, einzubeziehen. Zu beachten ist, dass sich bei der Betrachtung der bestehenden Barrieren in einigen Fällen zunächst ein umfangreicher Unterstützungsbedarf ergibt, der jedoch unter Berücksichtigung der Förderfaktoren wieder relativiert werden kann.

Einen wichtigen Faktor bei der Entscheidung, welche Intensitätsstufe gewählt wird, stellt auch die regionale Versorgungsstruktur dar. Bestehen im Hinblick auf die im Screening⁵ identifizierte Problemlage hinreichende Erfahrungswerte und entsprechende etablierte Versorgungspfade sowie ortsnahe Angebote, reicht in der Regel Stufe 2 aus. Fehlen solche Angebotsstrukturen oder erscheinen diese vor dem Hintergrund der Problemlage möglicherweise nicht hinreichend flexibel, ist häufig Stufe 3 angezeigt.

Im vorliegenden Konzept erfolgt die Fallidentifikation über drei unterschiedliche Zugangswege.

– *Zugang aus der medizinischen Rehabilitation*

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

⁵ Screening bezeichnet eine kurze, leicht durchführbare Erhebung, die es ermöglicht, Personen mit einem erhöhten Risiko für eine Problemsituation oder eine Erkrankung zu identifizieren

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

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

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

Wird eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben dem Grunde nach genehmigt, findet häufig routinemäßig ein Erstberatungsgespräch sowie ggf. eine weitergehende Beratung statt. Im Rahmen des Erstberatungsgesprächs mit einem Reha(fach)berater besteht die Möglichkeit zur Beurteilung der möglicherweise vorliegenden erschwerenden Bedingungen und damit der Notwendigkeit einer weitergehenden Unterstützung im Rahmen eines intensiveren Fallmanagements.

– *Zugang über weitere Wege*

Neben den beschriebenen Zugangswegen können sich Hinweise auf einen entsprechenden Bedarf auch zu anderen Zeitpunkten und über andere Wege ergeben. Insbesondere die proaktive Kontaktaufnahme mit spezifischen Versichertengruppen (z. B. arbeitsunfähig aus der medizinischen Rehabilitation entlassenen Personen) im Nachgang zur medizinischen Rehabilitation kann einen ergänzenden Zugangsweg darstellen. Im Weiteren zu nennen sind ein Zugang bei Antrag auf Erwerbsminderungsrente oder bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ohne routinemäßiges Erstberatungsgespräch, aus einer Beratung beim Firmenservice oder einer stufenweisen Wiedereingliederung heraus.

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

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

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

Leitfaden zur Unterstützung der Fallidentifikation und Bedarfsermittlung

Berufliche Situation

Gibt es Anzeichen für Probleme im beruflichen Bereich, insbesondere im Hinblick auf den Erhalt oder die Wiedererlangung eines Arbeitsplatzes?

Anhaltspunkte dafür sind u. a.:

- körperliche und/oder psychische Anforderungen am Arbeitsplatz mit bestehender Leistungsfähigkeit schwer zu bewältigen
- kein oder nur befristetes Arbeitsverhältnis, Mehrfachbeschäftigung
- mangelnde Unterstützung oder Akzeptanz im Betrieb
- beeinträchtigt Verhältnis zu Arbeitgeber und/oder Kollegen

Arbeitsbezogenes Verhalten und Erleben

Gibt es Anzeichen im arbeitsbezogenen Verhalten und Erleben einer Person, die eine intensivere Betreuung bei der beruflichen (Wieder-)Eingliederung notwendig machen?

Anhaltspunkte dafür sind u. a.:

- ungünstige Bewältigungsstrategien in Belastungssituationen (z. B. pessimistische Einstellung bei der Problembewältigung)
- hohe Resignationstendenz bei Misserfolg
- geringe Distanzierungsfähigkeit vom beruflichen Alltag
- eingeschränkte Rückkehrmotivation in den Betrieb bzw. in die letzte Tätigkeit

Gesundheitliche Situation

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

Anhaltspunkte dafür sind u. a.:

- medizinische Komplikationen oder Rückfälle
- Begleiterkrankungen (Komorbiditäten)

Sonstige Merkmale der Person

Gibt es Anzeichen für darüber hinaus hemmend wirkende Faktoren bei weiteren die Person betreffenden Merkmalen?

Anhaltspunkte dafür sind u. a.:

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

Familiäre und soziale Situation

Gibt es Anzeichen für störende Einflussfaktoren aus dem sozialen Umfeld?

Anhaltspunkte dafür sind u. a.:

- geringe soziale Unterstützung
- schwerwiegende private Konfliktsituationen

- Ausgrenzungs- und Diskriminierungserfahrungen
- schwerwiegende Erkrankung nahestehender Personen

Finanzielle Situation

Gibt es Anzeichen für finanzielle Schwierigkeiten?

Anhaltspunkte dafür sind u. a.:

- finanzielle Verpflichtungen wie Unterhaltszahlungen
- mehrere oder hohe Ratenzahlungen
- laufendes Insolvenzverfahren

Erschwerende Bedingungen

Gibt es Anzeichen für Optimierungsbedarf im Gesamtverlauf?

Anhaltspunkte dafür sind u. a.:

- mehrere schwerwiegende Probleme
- Problemketten (ein Problem führt zum nächsten)
- Schwierigkeiten in der Prozesssteuerung, in der Kontaktaufnahme/Kommunikation mit Leistungserbringern
- schwieriger Zugang zu Unterstützungsangeboten oder adäquater medizinischer Versorgung (z. B. fehlender Psychotherapieplatz)

Fördernde Faktoren

Gibt es Anzeichen auf im Rehabilitationsprozess fördernd wirkende Faktoren?

Anhaltspunkte dafür sind u. a.:

- optimistische, resiliente Persönlichkeit
- stabile soziale/familiäre Einbindung
- solide finanzielle Gesamtsituation
- Wohnsituation mit guter Anbindung
- Mobilität

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

4.2.2. Phase 2: Bedarfsermittlung

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

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

Konkret sollte der Fallmanager zunächst die berufliche Situation differenziert analysieren. Bei erkennbarem Bedarf und sofern vorhanden, sollte der Arbeitgeber kontaktiert und der Arbeitsplatz des Versicherten besucht werden. Dort kann beispielsweise ermittelt werden, wie die Anforderungen am Arbeitsplatz konkret aussehen, wie das berufliche Umfeld wirtschaftlich und hinsichtlich seiner Unternehmenskultur aufgestellt ist und wie sich das Verhältnis zu Vorgesetzten und Kollegen darstellt. Daraus kann sich die Notwendigkeit einer (zeitweisen oder permanenten) Anpassung des bestehenden Arbeitsplatzes oder einer Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz ergeben. Auch Maßnahmen zur Veränderung der Arbeitsorganisation oder der Personalentwicklung, z. B. qualifizierende Maßnahmen, können sich als zielführend erweisen.

Bei der Bedarfsermittlung können u. a. Assessmentverfahren angewendet werden, die bisher bereits im Kontext von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eingesetzt werden. Des

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

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

Wesentlich ist, dass der Fallmanager, sofern Erhebungen extern durchgeführt wurden, zügig über die Ergebnisse der Bedarfsermittlung informiert wird. Nur so können alle notwendigen Akteure am (Wieder-)Eingliederungsprozess rechtzeitig beteiligt werden. Es ist sicherzustellen, dass die Akteure vor Ort entsprechend informiert, sensibilisiert und qualifiziert sind, eine solche Vorgehensweise mitzutragen, und über die notwendigen Kommunikationsstrukturen verfügen, die dafür erforderlich sind.

EXKURS: DGCC Rahmenempfehlung zum Assessment

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

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

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

in der Stufe 1

In dieser Stufe findet über die Erstberatung (Schritt 010) bzw. die bereits im Zuge einer vorangehenden medizinischen Rehabilitation oder die bei der Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben durchgeführten Gespräche hinaus ein ergänzendes Beratungsge-

spräch (Schritt 050) statt. In diesem Gespräch mit dem Fallmanager werden die zentralen Kontextfaktoren analysiert und, sofern bisher noch nicht bekannt, entsprechend erfasst. Des Weiteren erfolgt – so notwendig und gewünscht – eine Beteiligung des Arbeitgebers.

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

in der Stufe 2

Ist die Aufnahme ins Fallmanagement vereinbart (Schritt 040), wird zunächst die Bedarfsanalyse (Schritt 060) fortgeführt. Im Fallmanagement ist von Bedeutung, dass die Bedarfsermittlung im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells der ICF ganzheitlich und individuell erfolgt. Es ist die Frage zu klären, welche konkreten Auswirkungen auf die Aktivitäten und die berufliche Teilhabe sich durch vorhandene Strukturschäden und Funktionseinschränkungen unter Berücksichtigung der individuellen Konstellation der Kontextfaktoren ergeben.

In persönlichen Beratungsgesprächen sind den (Wieder-)Eingliederungsprozess beeinflussende Faktoren tiefergehend zu analysieren als es orientiert am „Leitfaden zur Unterstützung der Fallidentifikation und Bedarfsermittlung“ im Rahmen der Erstberatung möglich ist. Relevant können im negativen Fall noch unentdeckte gesundheitliche Beeinträchtigungen sein, wie beispielsweise psychische Schwierigkeiten, oder auch berufliche Herausforderungen wie ungeklärte Fehlzeiten oder eine drohende Kündigung. Auch eine unklare wirtschaftliche Situation des Betriebes oder eine fehlende Zukunftsperspektive hinsichtlich der ausgeübten Tätigkeit können von Bedeutung sein.

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

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

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

in der Stufe 3

In der Stufe 3 ist über die Stufe 2 hinaus im Rahmen eines detaillierten Assessments ggf. mit Hilfe speziell ausgewählter Assessmentinstrumente und weiteren Besuchen im beruflichen und ggf. im häuslichen Bereich (Schritt 070) eine umfassende Bedarfsanalyse durchzuführen. Aufgabe ist hier, einerseits ein vollständiges Bild der individuellen Lebenssituation und der damit verbundenen Herausforderungen zu generieren sowie unmittelbare Unterstützungsmöglichkeiten durch Familie, Freunde, Verwandte und Nachbarn zu erfassen. Andererseits sind die Versorgungsstrukturen vor Ort zu analysieren und zu beurteilen, inwieweit existierende Angebote sinnvoll in den (Wieder-)Eingliederungsprozess eingebunden werden können oder ob nach speziellen Lösungen für den Einzelfall gesucht werden muss.

EXKURS: Basiskonzept und Toolbox zur Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation

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

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

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

4.2.3. Phase 3: Reha-Planung

Ist der individuelle Bedarf ermittelt, schließt sich die Reha-Planung an. Hier ist unter Federführung des Fallmanagers in einem kooperativen Prozess gemeinsam mit dem Versicherten und ggf. weiteren Akteuren (z. B. Ärzte, Therapeuten, Arbeitgeber, Angehörige, Sozialdienst) abzuwägen und festzuhalten, welche Rehabilitationsziele vor dem Hintergrund der individuellen Situation, der aktuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten realistisch erscheinen und welche Maßnahmen geeignet sind, diese Ziele zu erreichen (Schritte 080, 090). Für eine zielführende und effiziente Reha-Planung ist es eine wichtige Voraussetzung, dass der Fallmanager über die entsprechende Entscheidungskompetenz verfügt, um die notwendigen und vereinbarten Maßnahmen auch zeitnah einleiten zu können.

Grundsätzlich erfordert ein Fallmanagement die schriftliche Dokumentation des Ziels bzw. der Ziele und der durchzuführenden Maßnahmen, eine zeitliche Orientierung und klare Zuständigkeiten sowie die Benennung aller am Prozess beteiligten Partner. All dies ist in einem Reha-Plan festzuhalten. Dieser kann je nach Komplexität der Bedarfssituation knapp (Stufe 1), mitunter aber auch sehr ausführlich (Stufe 3) ausfallen. Ebenso kann im Zuge des Prozesses eine Anpassung, auch Fortschreibung genannt, erforderlich sein.

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

EXKURS: Managementpläne

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

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

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

Wesentliche Elemente des Reha-Plans sind

- Angaben zum Versicherten und zu den Angehörigen sowie ggf. zu Betreuern
- Diagnose, Art der Gesundheitsstörung/Behinderung
- sich daraus ergebende Folgen für die Aktivitäten und die Teilhabe
- relevante fördernde und hemmende umwelt- und personbezogene Kontextfaktoren

- besondere Belange und Bedürfnisse des Versicherten
- bereits im Vorfeld gewährte Leistungen mit Angabe der Leistungsträger und -erbringer
- aktueller Teilhabebedarf mit daraus abgeleiteten strategischen und operativen Zielen
- tabellarische Übersicht mit Zielen, passenden Maßnahmen, Zuständigkeiten und Zeitpunkten
- Beteiligte und deren Kontaktdaten
- Unterschriften aller Verantwortlichen, inkl. des Versicherten und ggf. weiterer Beteiligter.

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

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

in der Stufe 1

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

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

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

in der Stufe 2

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

Schuldnerberatung, Psycho- oder Paartherapien oder eine begleitende Maßnahme zur Gewichtsreduktion zu nennen.

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

in der Stufe 3

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

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

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

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

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

Bei längerfristigen Leistungen, wie einer beruflichen Neuorientierung bei einem Bildungsträger, bedarf es auch beim Leistungserbringer einer professionellen persönlichen Begleitung,

die in der Lage ist, mögliche Komplikationen, die die Einhaltung der vereinbarten Ziele gefährden, wahrzunehmen und zügig an den Fallmanager zu berichten.

Grundsätzlich ist im Verlauf der beruflichen (Wieder-)Eingliederung eine an den jeweils aktuellen Gegebenheiten orientierte Anpassung der Intensitätsstufe der Unterstützung möglich. Vor allem bei im Verlauf auftretenden Komplikationen oder neuen Erkenntnissen über den Prozess beeinflussende Kontextfaktoren, ist eine solche Veränderung sinnvoll.

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

in der Stufe 1

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

in der Stufe 2

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

in der Stufe 3

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

EXKURS: DGCC Rahmenempfehlung zum Monitoring

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

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

4.2.5. Phase 5: Abschluss und Evaluation des Einzelfalls

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

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

in der Stufe 1

In der Stufe 1 wird nach Aktenlage überprüft, ob sich das Rehabilitationsziel im vorgegebenen zeitlichen und finanziellen Rahmen hat erreichen lassen. Sollten sich im Vergleich zu ähnlich gelagerten Fällen der Stufe 1 Unterschiede ausmachen lassen, wird ebenfalls nach Aktenlage geprüft, welche Faktoren dazu geführt haben und ob daraus Erkenntnisse für die

Weiterentwicklung der Standardprogramme gewonnen werden können, die es in Zukunft zu beachten gilt. Zudem sollte den Versicherten angeboten werden, sich auch nach Beendigung des Fallmanagements, bei erneut bestehendem Bedarf, nochmals zu melden. Alternativ könnte nach einem definierten Zeitraum bei bestimmten Versichertengruppen auch eine telefonische Kontaktaufnahme durch den Fallmanager erfolgen.

in der Stufe 2

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

in der Stufe 3

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

EXKURS: DGCC Rahmenempfehlung zur Evaluation

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

4.3. Internes und externes Fallmanagement

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

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

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

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

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

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

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

Mit den beiden Möglichkeiten der Durchführung von Fallmanagement können auch zwei unterschiedliche Finanzierungsmodelle verbunden sein. Bei externer Durchführung von Fallmanagement dürfte die Finanzierung vorzugsweise als sonstige Leistungen zur Eingliederung von Versicherten in das Erwerbsleben nach § 31 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI (Kontenklasse 4) erfolgen. Bei einer internen Umsetzung von Fallmanagement besteht die Möglichkeit der

Finanzierung als Verwaltungs- und Verfahrenskosten (Kontenklasse 7). Ob das Fallmanagement intern durchgeführt oder an externe Dienstleister vergeben wird, ist vom jeweiligen Träger individuell abzuwägen.

Bei einem externen Fallmanagement wird die Fallbegleitung für einen definierten Zeitraum und mit einem bestimmten Umfang an einen externen Dienstleister vergeben. Der Rentenversicherungsträger legt hierfür den Rahmen (u. a. Dauer, Intensität, Entscheidungsbefugnisse) der Fallbegleitung fest. Insofern verbleibt die Gesamtverantwortung für den (Wieder-)Eingliederungsprozess auch im externen Fallmanagement beim Rentenversicherungsträger. Aus diesem Grund ist die Verankerung des Fallmanagements auf Organisationsebene des jeweiligen Rentenversicherungsträgers auch bei einem externen Fallmanagement unverzichtbar. Die organisatorische Verankerung ist eine wichtige Voraussetzung für die Gestaltung der Schnittstelle zwischen Rentenversicherungsträger und externem Dienstleister sowie für die Gewährleistung der Umsetzbarkeit der im externen Fallmanagement geplanten Vorgehensweisen beim Rentenversicherungsträger. Als Teil der organisatorischen Verankerung sind feste Absprachen zum Schnittstellenmanagement zwischen dem Dienstleister und dem Rentenversicherungsträger zu treffen und ein angemessener Informationsaustausch zu gewährleisten. Es ist daher notwendig, beim Träger einen Verantwortlichen als Ansprechpartner für den externen Fallmanager festzulegen. Auf diese Weise soll sichergestellt werden, dass auch bei einem extern durchgeführten Fallmanagement Entscheidungswege so kurz wie möglich gehalten werden und bei Bedarf ein fließender Übergang zwischen den Intensitätsstufen gewährleistet ist.

4.4. Fallbezogene Kooperation

Im Fallmanagement muss auf vielfältige, teils sehr individuelle Bedarfe von Versicherten eingegangen werden. Dies erfordert die Kooperation mit verschiedenen Partnern. Partner können dabei sowohl Stellen innerhalb der Rentenversicherung als auch externe Stellen sein. In beiden Fällen müssen zur Regelung der Kooperationsbeziehungen Absprachen getroffen werden. Bei der internen Kooperation müssen zudem Kompetenzen und Weisungsbefugnisse der einzelnen Stellen ggf. an die Erfordernisse der Kooperation angepasst werden.

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

Die Grundlage für die fallbezogene Kooperation stellt der festgestellte Hilfebedarf dar. Als zentrales Instrument der Kooperation dient der im Kapitel 4.2 erläuterte Reha-Plan. Die dort festgelegten Maßnahmen bilden die Grundlage der fallbezogenen Kooperation. Festgelegt werden sie möglichst anlässlich eines Reha-Plan-Gesprächs mit dem Versicherten und je nach Bedarf weiteren Kooperationspartnern. Falls weitere Leistungsträger beteiligt sind, können in diesem Gespräch auch Absprachen im Sinne des Teilhabeplanes nach § 19 SGB IX (neu) getroffen werden. Auch wenn die Durchführung des Fallmanagements an einen externen Kooperationspartner delegiert wird, ist das Instrument des Reha-Planes einzusetzen und sollte in die Vereinbarung zum externen Fallmanagement aufgenommen werden.

Generell gilt, dass auch bei Bestehen von vielfältigen Kooperationsbeziehungen die Steuerung des Falles im Sinne einer regelmäßigen Plan-Ist-Kontrolle beim Fallmanager verbleibt.

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

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

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

4.4.1. Partner innerhalb der Rentenversicherung

Zu dieser Gruppe gehören Partner aus folgenden Arbeitsbereichen:

- Reha-Sachbearbeitung
- Reha-Beratung
- Sozialmedizinischer Dienst
- Auskunft- und Beratungsstellen
- Firmenservice
- Ansprechstellen nach § 12 SGB IX (neu)
- gemeinsame Servicestellen⁶

⁶ soweit sie auch nach der Gesetzesänderung von der Rentenversicherung weiterbetrieben werden

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

1. Einheitliches, in der Organisation verankertes Verständnis von Fallmanagement

Dazu erscheint es notwendig, in den o. g. Arbeitsbereichen das in dem vorliegenden Konzept formulierte Verständnis von Fallmanagement zu verankern. Dazu gehört auch ein Beratungsansatz, der sich an dem konkreten Bedarf orientiert und es vermeidet, Erwartungen beim Versicherten zu wecken, die im Rahmen des gesetzlichen Auftrages nicht realisiert werden können. Die Verankerung von Fallmanagement stellt eine Führungsaufgabe dar und kann durch Schulungen sowie die Integration in die Arbeitsprozesse unterstützt werden.

2. Entscheidungskompetenz des Fallmanagers

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

3. Flexibilität und Priorisierung

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

4. Management der internen Schnittstellen

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

5. Integration in die IT-Struktur

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

Zu beachten sind auch die gesetzlichen Vorgaben zur Dokumentation. Hierzu gehören unter anderem die Anforderungen zum Teilhabeverfahrensbericht nach § 41 SGB IX (neu). Da-

nach soll die Anzahl trägerübergreifender Teilhabepfanungen, Teilhabepfankonferenzen sowie der nachträglichen Änderungen und Fortschreibungen der Teilhabepfäne inkl. der durchschnittlichen Geltungsdauer der Teilhabepfäne erfasst werden.

4.4.2. Partner, mit denen die Rentenversicherung regelmäßig zusammenarbeitet

Zu dieser Gruppe gehören medizinische und berufliche Rehabilitationseinrichtungen sowie andere Sozialleistungsträger⁷. Die regelmäßige Zusammenarbeit dieser Partner sollte durch Absprachen bzw. Verträge geregelt sein, um effiziente und reibungslose Abläufe zu gewährleisten. Insbesondere mit Leistungserbringern der medizinischen und beruflichen Rehabilitation können konkrete Anforderungen zu deren Aufgaben im Rahmen des Fallmanagements definiert werden.

– medizinische Rehabilitationseinrichtungen

Beim Zugang zum Fallmanagement aus der medizinischen Rehabilitation heraus unterstützen Rehabilitationseinrichtungen bei der Fallidentifikation. Hinweise über einen möglicherweise nach der medizinischen Rehabilitation weiterhin bestehenden Unterstützungsbedarf leiten sie an den zuständigen Rentenversicherungsträger weiter. Während einer medizinischen Rehabilitation werden zudem umfangreiche Informationen zur Situation des Versicherten erhoben. Um Doppelerhebungen oder Informationsverlust zu vermeiden, sollte im Rahmen des Fallmanagements auf diese Informationen zurückgegriffen werden. Die Übermittlung von zentralen Informationen für ein nachfolgendes Fallmanagement durch die Rehabilitationseinrichtungen kann hierbei sinnvoll sein. Darüber hinaus können Rehabilitationseinrichtungen Partner bei der Umsetzung eines als externe Dienstleistung erbrachten Fallmanagements sein.

– berufliche Rehabilitationseinrichtungen

Aus dem Fallmanagement heraus kann sich für Versicherte ein Bedarf an beruflichen Rehabilitationsleistungen ergeben. Leistungserbringer können hier vor allem Berufsförderungswerke, freie Bildungsträger, berufliche Trainingszentren oder Werkstätten für behinderte Menschen sein. Diese bieten neben beruflicher Rehabilitation auch spezialisierte, berufsbezogene Assessmentverfahren an oder können wie medizinische Rehabilitationseinrichtungen Partner bei der Umsetzung eines als externe Dienstleistung erbrachten Fallmanagements sein.

⁷ Akteure, die ebenfalls wichtige Partner sind, mit denen aber i.d.R. nur auf Einzelfallbasis Kontakt besteht, so dass bei der Kooperation nicht auf Rahmenabsprachen zurückgegriffen werden kann, wie beispielsweise Arbeitgeber, sind unter Kapitel 4.4.3 erfasst.

– *Integrationsfachdienste*

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

– *Technische Berater*

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

– *Sozialleistungsträger*

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

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

– *Agentur für Arbeit und Jobcenter*

Häufige Schnittstellen im Rahmen des Fallmanagements ergeben sich mit den zuständigen Jobcentern bzw. den jeweiligen kommunalen Trägern sowie der Agentur für Arbeit. Insbesondere, wenn Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation durch den zuständigen Rentenversicherungsträger erbracht wurden, können zur beruflichen Eingliederung entsprechend des jeweiligen Zuständigkeitsbereichs Vermittlungsleistungen des Jobcenters oder der Agentur für Arbeit notwendig werden.

– *Gesetzliche Krankenversicherung*

Im Fallmanagement kann eine Zusammenarbeit mit der zuständigen Krankenkasse insbesondere dann notwendig werden, wenn ambulante Therapien begleitend zu oder im Anschluss an Leistungen der Rentenversicherung notwendig sind. Beispielhaft kann hier die Durchführung einer Psychotherapie im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation genannt werden. Auch wenn die Notwendigkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung unter Kostenträgerschaft der Krankenkassen besteht, können Absprachen hilfreich sein.

– *Gesetzliche Unfallversicherung*

Seltener als mit den beiden vorangegangenen Trägern, aber dennoch für einzelne Fallkonstellationen notwendig sein kann eine Zusammenarbeit mit der gesetzlichen Unfallversicherung. Insbesondere, wenn im Zusammenhang mit Leistungen nach einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit, Maßnahmen im Leistungsbereich der Rentenversicherung wie beispielsweise eine Suchtrehabilitation notwendig werden, sind Kooperationen wichtig.

– *Gesetzliche Pflegeversicherung*

Die Notwendigkeit einer Kooperation mit der Pflegeversicherung rückt in den Fokus, wenn gleichzeitig zu Leistungen der Rentenversicherung ein Pflegegrad beim Versicherten anerkannt wurde bzw. dieser aufgrund entsprechender Einschränkungen der Selbstständigkeit beantragt werden kann. Analog gilt dies, wenn der Versicherte durch die Pflege von Angehörigen so in Anspruch genommen wird, dass seine Arbeitsfähigkeit gefährdet ist.

– *Eingliederungshilfe*

Bei Versicherten, bei denen gleichzeitig zur Leistungsgewährung durch die Rentenversicherung Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe bestehen, können entsprechende Kooperationen notwendig werden.

– *Integrationsämter*

Die Integrationsämter stellen bei Versicherten mit einer anerkannten Schwerbehinderung bzw. Gleichstellung einen wichtigen Kooperationspartner dar. Sie haben im Einzelfall weitgehende Möglichkeiten, Leistungen zur Teilhabe, auch direkt an den Arbeitgeber, zu übernehmen.

4.4.3. Partner, mit denen die Rentenversicherung bedarfsbezogen zusammenarbeitet

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

– *Arbeitgeber*

Im Rehabilitationsverlauf sind Arbeitgeber wichtige Kooperationspartner. Im Mittelpunkt der Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeber können beispielsweise die Anpassung des Arbeitsplatzes, die Erörterung von Möglichkeiten zur stufenweisen Wiedereingliederung oder auch die Besprechung von Mobbing-situationen oder zwischenmenschlichen Konflikten stehen. Für ein gelingendes Fallmanagement sind flexible und kurzfristige Kontaktmöglichkeiten zwischen dem Betrieb und dem Fallmanager eine zentrale Voraussetzung. Wie in Modellprojekten bereits erprobt, kann hier eine enge Zusammenarbeit mit Werks- und Betriebsärzten gewinnbringend sein. Sofern im Betrieb vorhanden, sind auch die Verantwortlichen des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) wichtige Ansprechpartner. Aufgrund der Vielzahl der Betriebe wird es nur in wenigen Fällen (z. B. ortsansässige Großbetriebe) regelmäßige Kooperationen mit eingespielten Abläufen geben. Häufig wird der Kontakt bei Zustimmung des Betroffenen fallbezogen aufgebaut werden müssen.

– *Beratungsstellen*

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

– *Selbsthilfegruppen und ergänzende, unabhängige Teilhabeberatung*

Bei chronischen Erkrankungen oder langandauernden Belastungssituationen leisten Selbsthilfegruppen eine wertvolle Unterstützung. In ihrem Bereich verfügen sie oft über eine genaue Kenntnis der regionalen Angebotsstruktur und können ggf. weitere Ansprechpartner vermitteln. In diesem Zusammenhang bietet sich das Peer Counseling an. Peers weisen eine hohe Glaubwürdigkeit auf und können im Einzelfall eine unterstützende Funktion einnehmen. Mit der ergänzenden, unabhängigen Teilhabeberatung nach § 32 SGB IX (neu) wird bundesweit eine Struktur aufgebaut, die genutzt werden kann, um auf das regionale Beratungs- und Unterstützungssystem zuzugreifen.

- *Partner aus dem persönlichen Umfeld*

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

5. Systemebenen des Fallmanagements

5.1. Grundsätzliches zu den Ebenen des Fallmanagements

Das Fallmanagement umfasst neben der bereits beschriebenen Fallebene (vgl. Kapitel 4) weitere sog. Systemebenen. Diese bilden den Rahmen für die operative Arbeit mit den Versicherten. Die Systemebenen lassen sich in die Ebene des Versorgungsmanagements, die Netzwerkebene und die Organisationsebene gliedern. Abbildung 2 stellt diese Ebenen im Überblick dar und nennt auf jeder Ebene einige wichtige Managementinstrumente.

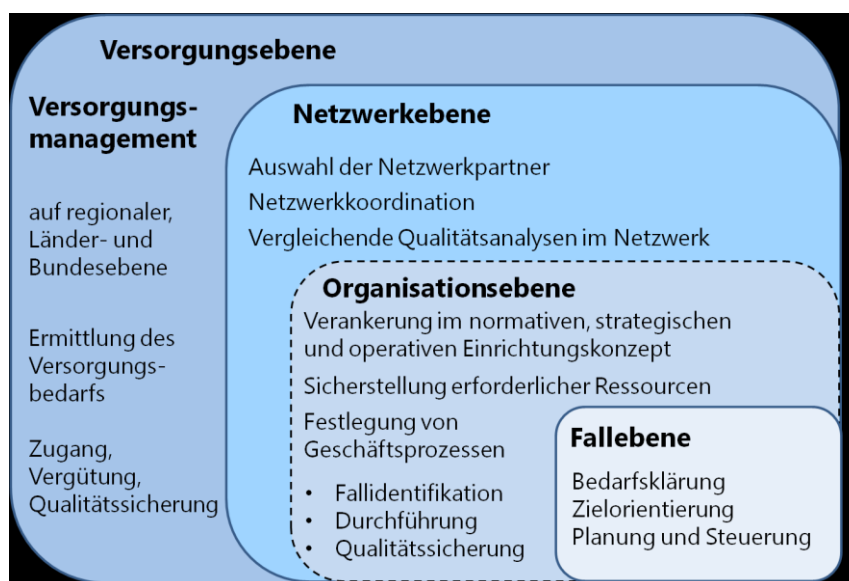


Abbildung 2: Ebenen des Fallmanagements (Eigene Darstellung)

Die Organisationsebene betrifft die Einrichtung, in der das Fallmanagement organisatorisch verankert ist. Im Fall des vorliegenden Konzeptes sind dies die Rentenversicherungsträger und zusätzlich, sofern das Fallmanagement extern durchgeführt wird, die Organisation des Dienstleisters, der beauftragt wird. Neben der normativen Verankerung im Einrichtungskonzept gelten die Sicherstellung der erforderlichen Ressourcen sowie die Abbildung des Fallmanagements im Geschäftsprozess der Organisation als erfolgsrelevante Managementaufgaben.

Die Netzwerkebene bezieht sich auf die operative Zusammenarbeit zwischen Rentenversicherungsträgern und den Kooperationspartnern im Fallmanagement (z. B. weitere Trägern der sozialen Sicherung, Leistungserbringer) sowie auf die Zusammenarbeit zwischen den Kooperationspartnern (vgl. Kapitel 4.4 und 5.3). Wichtige Managementaufgaben betreffen die Auswahl und die Aufnahme von Netzwerkpartnern, die Koordination der fallbezogenen und der netzwerkbezogenen Aktivitäten sowie die Qualitätsentwicklung des Netzwerkes. Hier bieten sich vergleichende Analysen zwischen den Netzwerkpartnern an, wie sie das Qualitätssicherungsprogramm beispielsweise für Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation bereits vorsieht.

Die Ebene des Versorgungssystems bildet den übergreifenden Rahmen. Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben und der administrativen Organisation auf Bundes-, Landes- und regionaler Ebene bildet sich das konkret nutzbare Versorgungssystem heraus. Es enthält diejenigen Leistungen, die für das Fallmanagement genutzt werden können. Für die Feststellung und Fortschreibung des fachlich und regional erforderlichen Versorgungsbedarfes entsprechend § 36 Abs. 1 SGB IX (neu) kann die Praxis des Fallmanagements wichtige Hinweise liefern. Darüber hinaus gehören Fragen der Zulassung von Einrichtungen, der Belegung und der Vergütung zu den Aufgaben des Versorgungsmanagements. In Bezug auf die Qualitätssicherung tritt die Feststellung und Analyse des Outcomes, verstanden als die nachhaltige Erfüllung des Versorgungsbedarfs in den Fokus der Versorgungsforschung. Das Verhältnis von Fallmanagement und Versorgungsmanagement gestaltet sich damit wechselseitig. Das Fallmanagement ist auf eine Einbettung im System der Versorgung angewiesen und das Versorgungsmanagement benötigt die Erfahrungen der Fallmanagementpraxis.

Diese Ebenen gelten als Voraussetzungen für eine zielgerichtete und erfolgreiche Beratung sowie Steuerung im Einzelfall.

EXKURS: Case Management und Versorgungsmanagement

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

Bezogen auf das vorliegende Konzept für ein Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe zeigt sich, dass auf den genannten Ebenen bereits organisatorische Regelungen bei den einzelnen Rentenversicherungsträgern vorliegen, so dass es vorrangig darum geht, das

Fallmanagement in diese Regelungen einzubetten bzw. vorhandene Regelungen an die Erfordernisse des Fallmanagements anzupassen.

5.2. Organisationsebene im Fallmanagement

5.2.1. Anforderungen auf Organisationsebene

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

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

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

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

5.2.2. Dokumentation und Qualitätssicherung

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

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

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

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

Die Qualitätssicherung für das vorliegende Fallmanagement kann über fünf Qualitätsindikatoren auf den Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erfolgen (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Qualitätsindikatoren und zugehörige Kennzahlen nach Qualitätsebenen

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

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

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

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

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

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

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

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

5.2.3. Personelle Anforderungen und Qualifikationen

Die vielfältigen Aufgaben in der Beratung, Begleitung und Koordination des (Wieder-)Eingliederungsprozesses erfordern vom Fallmanager sowohl fachliche (Wissen und Fertigkeiten) als auch personale Kompetenzen (Sozialkompetenz und Selbständigkeit). Tabelle 4 zeigt eine Auflistung von Kompetenzen, über die Fallmanager und damit auch die für die Rentenversicherungsträger im Fallmanagement tätigen Mitarbeiter einschließlich gegebenenfalls beauftragter externer Dienstleister verfügen sollten.

Tabelle 4: Kompetenzen von Mitarbeitern im Fallmanagement (FM)

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

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

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

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

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

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

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

5.3. Netzwerkebene im Fallmanagement

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

Leistungen möglichst „wie aus einer Hand“ erscheinen. Dazu ist es notwendig, für häufig auftretende Fallkonstellationen übergreifende Vereinbarungen zu treffen, um im Einzelfall zeitaufwändige Absprachen auf das notwendige Minimum zu reduzieren. Fallübergreifende Vereinbarungen haben im Weiteren das Ziel, die in der Praxis meist personengebundenen Netzwerke institutionell abzusichern, so dass auch bei personellen Wechseln unter den Ansprechpartnern eine inhaltliche Kontinuität sichergestellt werden kann. Lose, aufgrund mehrmaliger Zusammenarbeit getroffene Absprachen, stellen daher noch keine fallunabhängige Kooperation oder Vernetzungsstruktur im Sinne dieses Konzeptes dar.

EXKURS: Netzwerk

Von einem Netzwerk wird im Case Management gesprochen, wenn es sich um einen auf Dauer angelegten Zusammenschluss von rechtlich selbständigen Partnern handelt, die arbeitsteilig ein gemeinsames Ziel verfolgen und sich dabei gegenseitig unterstützen. Das Bild eines Staffellaufes kann die Zusammenarbeit in einem Netzwerk verdeutlichen. In Übergabesituationen orientieren sich die Partner in ihrer Leistungserbringung jeweils an den Anforderungen des abgebenden bzw. übernehmenden Partners. Die Planung und Überwachung des gesamten Leistungsprozesses liegt in den Händen einer koordinierenden Stelle.

Kooperationspartner, mit denen regelhaft zusammengearbeitet wird, stellen einen wichtigen Teil des Versorgungsnetzwerkes der Rentenversicherung dar. Bei diesen Partnern bietet es sich an, übergreifende Vereinbarungen zutreffen. Diese Netzwerkpartner sollten mit dem Konzept des Fallmanagements bei Leistungen zur Teilhabe vertraut sein. Sie nehmen sowohl hinsichtlich der Steuerung im Einzelfall als auch der Zusammenarbeit im Netzwerk eine aktive Rolle ein. Bei Kooperationspartnern, die bedarfsbezogen bei Einzelfällen Leistungen im Rahmen des Fallmanagements erbringen, sind Absprachen zur Zusammenarbeit fallbezogen zu treffen.

Da der zuständige Rentenversicherungsträger in der Regel im Netzwerk die Funktion einer koordinierenden Stelle einnimmt, obliegt ihm auch die Organisation der Netzwerkstrukturen. Dies kann über bilaterale Kooperationsvereinbarungen mit jedem Netzwerkpartner geschehen. In der Zusammenarbeit mit Leistungserbringern ist auch deren Beitritt zu einem Netzwerk mit festgeschriebenen Rechten und Pflichten denkbar. Für den Aufbau, die Koordination und die Pflege von Netzwerken sind durch den Rentenversicherungsträger personelle und zeitliche Ressourcen vorzusehen.

Unterschieden werden kann zwischen der fallübergreifenden Kooperation und Vernetzung mit Leistungsträgern und der fallübergreifenden Kooperation und Vernetzung mit Leistungserbringern.

– *Kooperation und Vernetzung mit Leistungsträgern*

Eine erfolgreiche Netzwerkarbeit mit den verschiedenen Leistungsträgern setzt voraus, dass die beteiligten Träger im Sinne des Gesamtinteresses der sozialen Sicherung und des gesetzlichen Auftrages zur Sicherstellung der Teilhabe zusammenarbeiten. Nach § 39 SGB IX (neu) sind unter den Sozialleistungsträgern auf Ebene der BAR Verfahrensabsprachen zu schließen. Um deren operative Umsetzung zu gewährleisten, müssen diese auf regionaler Ebene durch entsprechende Vereinbarungen konkretisiert werden.

Wesentliche Inhalte der Vereinbarungen sind

- die Definition der gemeinsamen Zielgruppen und Leistungen,
- die Gewährleistung einer kurzfristigen Erreichbarkeit und fester Ansprechpartner,
- die Vereinbarung von Rückmeldefristen,
- die Vereinbarung von Vorgehensweisen zur Einhaltung des Datenschutzes,
- die Festlegung von Dokumentations- und Evaluationsroutinen.

– *Kooperation und Vernetzung mit Leistungserbringern*

Die fallunabhängige Vernetzung mit Leistungserbringern betrifft in erster Linie häufig auftretende Bedarfe und häufig nachgefragte Leistungsgruppen. Bei der Auswahl und Zusammensetzung des Netzwerkes ist neben der Kompetenz auch darauf zu achten, dass die Partner Ressourcen für die Qualitätssicherung und erfahrungsbasierte Weiterentwicklung des Netzwerkes einbringen können. Bei Leistungserbringern, mit denen im Rahmen der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation zusammengearbeitet wird, kann die bestehende Leistungsvereinbarung um Leistungen, die ggf. spezifisch für das Fallmanagement erbracht werden, erweitert werden.

Neben dem Leistungsportfolio und Vergütungsfragen sind wesentliche Inhalte

- Aufnahmezeiten (Antrittszeit),
- feste Ansprechpartner,
- Verwendung eines einheitlichen Reha-Plan-Dokumentes bzw. eine Regelung, welches Dokument in der trägerübergreifenden Zusammenarbeit verwendet wird,
- umgehende Information, falls die Zielerreichung des Reha-Plans gefährdet erscheint,
- regelmäßige Reha-Plan-Gespräche, ggf. Teilhabekonferenzen,
- regelmäßige Evaluation der Zusammenarbeit.

Des Weiteren ist an besondere Bedarfe von Migranten (interkulturelle Kompetenzen, Sprachkenntnisse), Personen im Rollstuhl sowie mit Seh- oder Hörbehinderung zu denken.

Von besonderer Bedeutung ist auch die regelmäßige Weiterentwicklung des Netzwerkes im Hinblick auf sich verändernde Bedarfssituationen und neue Leistungsformen. Dazu bieten sich regelmäßige Netzwerkkonferenzen an.

5.4. Ansätze zur Ressourcenschätzung

Da bisher nur wenige Erfahrungswerte zum Unterstützungsbedarf bei Versicherten der Rentenversicherung existieren und diese aufgrund der Unterschiedlichkeit der aktuell vorliegenden Fallmanagementkonzepte nur sehr eingeschränkt vergleichbar sind, stellen die folgenden Schätzungen zum Anteil an Versicherten mit Unterstützungsbedarf sowie zum durchschnittlichen Arbeitsaufwand je Versicherter in den Intensitätsstufen lediglich erste Anhaltspunkte dar.

– *Schätzung des Anteils an Versicherten mit Unterstützungsbedarf*

Auf Basis von Routinedatenauswertungen und Expertenerfahrungen wird der prozentuale Anteil an Versicherten mit Bedarf an Unterstützung folgendermaßen geschätzt:

- Stufe 1: ~15% der Versicherten aus medizinischer oder beruflicher Rehabilitation
- Stufe 2: ~5% der Versicherten aus medizinischer oder beruflicher Rehabilitation
- Stufe 3: ≤1% der Versicherten aus medizinischer oder beruflicher Rehabilitation.

Insgesamt dürfte daher ein Anteil von ca. 21% der Versicherten aus einer medizinischen oder beruflichen Rehabilitation Unterstützungsbedarf in einer der drei Intensitätsstufen besitzen. Die Schätzung der Versicherten mit Bedarf umfasst dabei all diejenigen Versicherten, mit denen mindestens ein Kontakt in Form eines persönlichen Treffens durchgeführt wird. Es ist davon auszugehen, dass nicht alle Versicherten mit Bedarf das Angebot eines Fallmanagements auch annehmen, so dass der Anteil von Versicherten, die am Fallmanagement tatsächlich teilnehmen, kleiner sein kann.

– *Schätzung zum durchschnittlichen Arbeitsaufwand*

Für die Schätzung des durchschnittlichen Arbeitsaufwandes wird ebenfalls auf Expertenerfahrungen zurückgegriffen. Da bisher kein vergleichbares dreistufiges Konzept vorliegt, kann auch diese Schätzung lediglich erste Anhaltspunkte liefern.

Für die einzelnen Stufen wird von folgendem durchschnittlichen Arbeitsaufwand ausgegangen:

- Stufe 1: durchschnittlich 4 Stunden je Versicherter
- Stufe 2: durchschnittlich 15 Stunden je Versicherter

- Stufe 3: durchschnittlich 45 Stunden je Versicherter

Die angegebenen durchschnittlichen Arbeitsaufwände umfassen die Kontaktzeit sowie die notwendige Vor- und Nachbereitung. Nicht enthalten ist der Arbeitsaufwand, der ggf. zur ersten Identifikation von Hinweisen auf einen bestehenden Bedarf beispielsweise im Rahmen einer ersten telefonischen Kontaktaufnahme benötigt wird.

Werden die hier vorliegenden Schätzungen zum Anteil an Versicherten mit Bedarf und zum Arbeitsaufwand zugrunde gelegt, ist mit einer Erhöhung der notwendigen Ressourcen insbesondere in der Reha(fach)beratung bzw. den Ressourcen für externe Dienstleister zu rechnen. In welchem Umfang Ressourcen erhöht werden müssen, dürfte sich jedoch bei den Rentenversicherungsträgern unterscheiden. Abhängig könnte dies beispielsweise sein von der bisherigen Praxis der Reha(fach)beratung, der Charakteristik der Versicherten (z. B. Krankheitsspektrum, Berufsgruppenspektrum), der regionalen Arbeitsmarktsituation oder auch der im Bereich des Fallmanagements bereits vorliegenden Konzepte, auf die der jeweilige Träger zurückgreifen kann.

Bei den Ressourcenschätzungen ist zu berücksichtigen, dass die Durchführung von Fallmanagement zunächst zwar eine Erhöhung der verfügbaren Ressourcen erfordert, dass zugleich jedoch auch Synergien mit bestehenden Prozessen im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben möglich sind. Durch eine frühzeitige Unterstützung von Versicherten im Fallmanagement kann ggf. auf die spätere Durchführung von häufig recht kostenintensiven Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben verzichtet werden. In diesem Sinne sind möglicherweise auch Einsparungen durch die Umsetzung von Fallmanagement möglich. Es wird zudem davon ausgegangen, dass durch das Fallmanagement eine höhere berufliche Wiedereingliederungsquote erzielt und Frühberentungen vermieden werden können.

6. Literatur

Statistisches Bundesamt (2009). Demografischer Wandel in Deutschland. Zugriff am 28.02.2017 unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/DemografischerWandel/EntwicklungErwerbpersonenzahl5871104099004.pdf?__blob=publicationFile

Statistisches Bundesamt (2015). Bevölkerung Deutschlands bis 2016. Zugriff am 28.02.2017 unter https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2015/bevoelkerung/Pressebrochure_Bevoelk2060.pdf?__blob=publicationFile

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2017). Weissbuch: Arbeiten 4.0. Zugriff am 27.02.2017 unter http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a883-weissbuch.pdf;jsessionid=4CD2777AC35834D770B21027653D4760?__blob=publicationFile&v=7

Deutsche Rentenversicherung (2016). Reha-Bericht. Update 2016. Zugriff am 01.03.2017 unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/04_reha_jahresberichte/downloads_reha_jahresberichte/reha_bericht_update_2016.pdf?__blob=publicationFile&v=3

BKK Dachverband (2015). Langzeiterkrankungen. Zahlen, Daten, Fakten. Zugriff am 06.03.17 unter http://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/publikationen/gesundheitsreport_2015/BKK_Gesundheitsreport_2015.pdf

Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.) (2016). Fehlzeiten-Report 2016 Unternehmenskultur und Gesundheit - Herausforderungen und Chancen. Berlin: Springer.

Techniker Krankenkasse (2016). Gesundheitsreport 2016 – Gesundheit zwischen Beruf und Familie. Zugriff am 06.03.2017 unter <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/855594/Datei/3451/TK-Gesundheitsreport-2016-Zwischen-Beruf-und-Familie.pdf>

Deutsche Rentenversicherung (2015). Reha-Bericht. Zugriff am 06.03.2017 unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/03_statistiken/02_statistikpublikationen/02_rehabericht_2015.pdf?__blob=publicationFile&v=4

Deutsche Rentenversicherung (2016). Rentenversicherung in Zeitreihen. Zugriff am 06.03.2017 unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/238700/publicationFile/62588/03_rv_in_zeitreihen.pdf

Case Management Society of America (2010). Standards of Practice for Case Management. Zugriff am 09.05.2017 unter

<http://www.cmsa.org/portals/0/pdf/memberonly/StandardsOfPractice.pdf>

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (Hrsg.) (2015). Case Management Leitlinien. Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen. Heidelberg: Medhochzwei.

Anhang 1: Fallbeispiele unterschiedlicher Komplexität

Fallkomplexität gering – Stufe 1

Beispiel 1

Geschlecht	männlich
Alter	31
Kinder	keine
Familienstand	verheiratet
Gesundheitliche Situation (z. B. körperliche/psychische Situation, Komorbiditäten, Suchterkrankungen, gesundheitliche Ressourcen)	Bandscheibenvorfall L4/L5; zuletzt medizinische Rehabilitationsleistung durch RV-Träger; seit Jahren Rückenbeschwerden, sonst guter Gesundheitszustand bei leichtem Übergewicht; kein GdB
Berufliche Situation (z. B. Beruf, Erwerbssituation, Anstellungsverhältnis, Mobbing, berufliche Ressourcen)	gelernter Maschinenbauer mit Abschluss seit 12 Jahren in ungekündigter Stellung als angestellter Maschinenbauer mit Montagetätigkeit
Familiäre Situation (z. B. familiäre Unterstützung, Scheidung, pflegender Angehöriger)	verheiratet; keine Kinder
Finanzielle Situation (finanzielle Probleme und Ressourcen)	Krankengeldbezug 1.750 €; Ehefrau ist Hausfrau; keine Schulden, Sparguthaben ca. 4.000 €
Aktivitäten (z. B. Veranlassung von Assessmentverfahren oder Einleitung einer LTA, Durchführung von Arbeitgebergesprächen, Kontaktaufnahme mit Beratungsstellen, Abstimmung mit Krankenkasse)	DRV erklärt sich zuständig für LTA nach Durchführung einer medizinischen Rehabilitation; Erstberatung durch Reha-Fachberater; Klärung der Unterstützungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz, Veranlassung einer Teilqualifizierung bei gleichzeitiger Einarbeitung beim bisherigen Arbeitgeber, Zahlung eines Eingliederungszuschusses durch RV-Träger
Nutzen des Fallmanagements (Welcher Gewinn konnte durch das Fallmanagement erzielt werden, der ohne ein Fallmanagement vermutlich nicht zu erreichen gewesen wäre?)	Wiedereingliederung beim bisherigen Arbeitgeber durch LTA sowie durch die reguläre Betreuung des Reha-Fachberaters; kein besonderes Fallmanagement nötig

Ergebnis (z. B. Rente, versicherungspflichtige Beschäftigung, gelöste Problematiken)	versicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen; keine weiteren Probleme zu lösen
---	--

Beispiel 2

Geschlecht	weiblich
Alter	43
Kinder	eine Tochter (15)
Familienstand	geschieden
Gesundheitliche Situation (z. B. körperliche/psychische Situation, Komorbiditäten, Suchterkrankungen, gesundheitliche Ressourcen)	seit 10 Jahren an Multiple Sklerose erkrankt, zuletzt medizinische Rehabilitation durch RV-Träger, gute medikamentöse Einstellung
Berufliche Situation (z. B. Beruf, Erwerbssituation, Anstellungsverhältnis, Mobbing, berufliche Ressourcen)	gelernte Verwaltungsfachangestellte, seit 10 Jahren in der öffentlichen Verwaltung mit viel Kundenkontakt tätig (Empfangsbereich)
Familiäre Situation (z. B. familiäre Unterstützung, Scheidung, pflegender Angehöriger)	nach Scheidung stabile Beziehung mit neuem Partner, keine besonderen Schwierigkeiten im familiären Umfeld
Finanzielle Situation (finanzielle Probleme und Ressourcen)	regelmäßige Unterhaltszahlungen für die Tochter vom Ex-Mann, keine Schulden
Aktivitäten (z. B. Veranlassung von Assessmentverfahren oder Einleitung einer LTA, Durchführung von Arbeitgebergesprächen, Kontaktaufnahme mit Beratungsstellen, Abstimmung mit Krankenkasse)	nach medizinischer Rehabilitation Gespräch mit dem zuständigen Reha-Fachberater, es stellt sich heraus, dass der Kundenkontakt für die Versicherte zunehmend belastend ist; Besprechung von Möglichkeiten zur veränderten Arbeitsorganisation mit der Versicherten und telefonisch auch mit dem Arbeitgeber;
Nutzen des Fallmanagements (Welcher Gewinn konnte durch das Fallmanagement erzielt werden, der ohne ein Fallmanagement vermutlich nicht zu erreichen gewesen wäre?)	geringfügige Unterstützung der Versicherten und des Arbeitgebers bei der Umorganisation des Arbeitsplatzes, dadurch Aufrechterhaltung des Beschäftigungsverhältnisses
Ergebnis (z. B. Rente, versicherungspflichtige Beschäftigung, gelöste Problematiken)	weiterhin versicherungspflichtige Beschäftigung beim bisherigen Arbeitgeber

Fallkomplexität mittel – Stufe 2

Beispiel 3

Geschlecht	weiblich
Alter	38
Kinder	ein Sohn (15)
Familienstand	verheiratet
Gesundheitliche Situation (z. B. körperliche/psychische Situation, Komorbiditäten, Suchterkrankungen, gesundheitliche Ressourcen)	psychische Erkrankung (Depression); zuletzt medizinische Rehabilitation durch RV-Träger; zuvor häufige undefinierte Fehlzeiten; Übergewicht; GdB 30
Berufliche Situation (z. B. Beruf, Erwerbssituation, Anstellungsverhältnis, Mobbing, berufliche Ressourcen)	gelernte Versicherungskauffrau; nach 17 Jahren Tätigkeit wegen fortdauernder Arbeitsunfähigkeit gekündigt, danach geringfügige Tätigkeit als Telefonistin
Familiäre Situation (z. B. familiäre Unterstützung, Scheidung, pflegender Angehöriger)	verheiratet; 15-jähriger Sohn ist schulpflichtig
Finanzielle Situation (finanzielle Probleme und Ressourcen)	Familieneinkommen ca. 2.200 €; Ehemann ist berufstätig; 70.000 € Schulden wegen Immobilienkauf; Sparguthaben ca. 6.000 €
Aktivitäten (z. B. Veranlassung von Assessmentverfahren oder Einleitung einer LTA, Durchführung von Arbeitgebergesprächen, Kontaktaufnahme mit Beratungsstellen, Abstimmung mit Krankenkasse)	Erklärung der Zuständigkeit für LTA nach medizinischer Rehabilitation; Erstberatung durch Reha-Fachberater (Qualifizierungswunsch); in der Folge Veranlassung eines Assessments im BFW zur Klärung der kognitiven Leistungsfähigkeit und der Belastbarkeit, Motivation der Versicherten zur Durchführung einer Psycho- und Paartherapie sowie Kontaktaufnahme mit der Krankenkasse zur Einleitung einer Psycho- und Paartherapie; anschließend Veranlassen einer Teilqualifizierung im kaufmännischen und beratenden Bereich und Organisation der nachgehenden Einarbeitung (bei neuem Arbeitgeber), Zahlung eines Eingliederungszuschusses durch RV-Träger

<p>Nutzen des Fallmanagements (Welcher Gewinn konnte durch das Fallmanagement erzielt werden, der ohne ein Fallmanagement vermutlich nicht zu erreichen gewesen wäre?)</p>	<p>Wiedereingliederung bei einem neuen Arbeitgeber durch LTA und erweiterte Maßnahmen des Reha-Fachberaters Fallmanagement führte zur Einschaltung der Krankenversicherung wegen therapeutischer Angebote sowie der Agentur für Arbeit zur Unterstützung der Vermittlungsbemühungen</p>
<p>Ergebnis (z. B. Rente, versicherungspflichtige Beschäftigung, gelöste Problematiken)</p>	<p>versicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen; persönliche Problematik konnte geklärt werden (Eheprobleme); begleitende Stabilisierung der Psyche durch Psychotherapie führte zu verbesserter Belastbarkeit in der Qualifizierung; über persönlichen Kontakt des Arbeitsvermittlers konnte in Kooperation mit dem Reha-Träger ein Arbeitsplatz gefunden werden, der bisherige Kenntnisse aufgreift</p>

Beispiel 4

Geschlecht	männlich
Alter	46
Kinder	keine
Familienstand	verheiratet
Gesundheitliche Situation (z. B. körperliche/psychische Situation, Komorbiditäten, Suchterkrankungen, gesundheitliche Ressourcen)	Zwangsgedanken/Zwangsstörung, Kontrollzwänge; GdB 40
Berufliche Situation (z. B. Beruf, Erwerbssituation, Anstellungsverhältnis, Mobbing, berufliche Ressourcen)	Beschäftigungsverhältnis als Entsorger seit 1995, Abholung von Sonderabfällen aufgrund der Zwangsstörungen und Kontrollzwänge kann der Versicherte nicht mehr eigenständig und eigenverantwortlich als LKW-Fahrer arbeiten
Familiäre Situation (z. B. familiäre Unterstützung, Scheidung, pflegender Angehöriger)	Ehefrau unterstützt den Versicherten, bekommt die Probleme „live“ mit; Versicherter hat Schlafstörungen, rechnet in Gedanken die Touren durch, erstellt Zeit und Ablaufpläne etc.
Finanzielle Situation (finanzielle Probleme und Ressourcen)	arbeitsunfähig mit Krankengeld seit einem halben Jahr
Aktivitäten (z. B. Veranlassung von Assessmentverfahren oder Einleitung einer LTA, Durchführung von Arbeitgebergesprächen, Kontaktaufnahme mit Beratungsstellen, Abstimmung mit Krankenkasse)	medizinische Rehabilitation für psychisch Erkrankte in Form einer MBOR durchgeführt; anschließendes Erstgespräch mit dem Reha-Fachberater und Durchführung eines Betriebsbesuchs; im dortigen Gespräch Klärung der Umsetzung auf eine Stelle als Beifahrer und Anleiter für neue Fahrer besprochen und eine betriebliche Erprobung für einen Monat zur langsamen Heranführung an die Wiederaufnahme der Arbeit vereinbart, außerdem Kostenübernahme für nötige Qualifikationen im Form eines Ausbildungszuschusses in Höhe von 500 Euro an den Betrieb in Aussicht gestellt, außerdem Antrag auf Gleichstellung für Schwerbehinderte bei der Arbeitsagentur in die Wege geleitet und ersten Kontakt zum Integrationsamt hergestellt, wo der Betrieb Minderleistungsausgleich beantragen wird

<p>Nutzen des Fallmanagements (Welcher Gewinn konnte durch das Fallmanagement erzielt werden, der ohne ein Fallmanagement vermutlich nicht zu erreichen gewesen wäre?)</p>	<p>schnelle Kontaktaufnahme zum Versicherten und Betrieb, Planung sowie Realisierung der Umsetzung</p>
<p>Ergebnis (z. B. Rente, versicherungspflichtige Beschäftigung, gelöste Problematiken)</p>	<p>Versicherter konnte trotz der gesundheitlichen Einschränkungen im Betrieb verbleiben und weiter einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgehen</p>

Beispiel 5

Geschlecht	männlich
Alter	53 Jahre
Kinder	ein Sohn (15)
Familienstand	getrennt lebend
Gesundheitliche Situation (z. B. körperliche/psychische Situation, Komorbiditäten, Suchterkrankungen, gesundheitliche Ressourcen)	chronische Rückenbeschwerden, Alkoholabhängigkeit zuletzt in ganztägig-ambulanter Reha-Einrichtung, Herzprobleme
Berufliche Situation (z. B. Beruf, Erwerbssituation, Anstellungsverhältnis, Mobbing, berufliche Ressourcen)	ungelernter Gärtner, angestellt bei seinem Arbeitgeber seit 1981
Familiäre Situation (z. B. familiäre Unterstützung, Scheidung, pflegender Angehöriger)	getrennt lebend; wohnt im Sommer in einem Wohnwagen, im Winter bei einer Partnerin
Finanzielle Situation (finanzielle Probleme und Ressourcen)	unterhaltspflichtig dem Sohn gegenüber
Aktivitäten (z. B. Veranlassung von Assessmentverfahren oder Einleitung einer LTA, Durchführung von Arbeitgebergesprächen, Kontaktaufnahme mit Beratungsstellen, Abstimmung mit Krankenkasse)	Versicherter kam zum geplanten Erstgespräch in der Reha-Einrichtung nicht; zu einem späteren Zeitpunkt persönliches Gespräch des Versicherten mit dem Reha-Fachberater; Durchführung eines Arbeitgeberbesuchs gemeinsam mit der Leiterin der Reha-Einrichtung
Nutzen des Fallmanagements (Welcher Gewinn konnte durch das Fallmanagement erzielt werden, der ohne ein Fallmanagement vermutlich nicht zu erreichen gewesen wäre?)	aufgrund diverser Pflichtverletzungen des Versicherten dem Arbeitgeber gegenüber hätte er ohne das gemeinsame Gespräch evtl. seinen Arbeitsplatz verloren, es wurde ihm dort verdeutlicht, dass er bereits einen Schonarbeitsplatz hat und er unbedingt auch seinen Meldepflichten bei Arbeitsunfähigkeit nachkommen muss; Arbeitgeber ist für das Thema Alkoholabhängigkeit beim Versicherten sensibilisiert
Ergebnis (z. B. Rente, versicherungspflichtige Beschäftigung, gelöste Problematiken)	Versicherter arbeitet wieder auf seinem Schonarbeitsplatz, erneute Nachfrage des Fallmanagers beim Arbeitgeber in einigen Monaten geplant

Fallkomplexität hoch – Stufe 3

Beispiel 6

Geschlecht	männlich
Alter	26
Kinder	eine Tochter (9)
Familienstand	ledig, von der Kindsmutter getrennt lebend
Gesundheitliche Situation (z. B. körperliche/psychische Situation, Komorbiditäten, Suchterkrankungen, gesundheitliche Ressourcen)	psychische Erkrankung (Depression), Drogenabhängigkeit, multiple Erkrankungsbilder (internistisch, dermatologisch, orthopädisch); GdB 50
Berufliche Situation (z. B. Beruf, Erwerbssituation, Anstellungsverhältnis, Mobbing, berufliche Ressourcen)	abgebrochene Ausbildung zum Maurer, verschiedene (teilweise kurzzeitige) Hilfstätigkeiten; seit 2011 durchgehend arbeitslos
Familiäre Situation (z. B. familiäre Unterstützung, Scheidung, pflegender Angehöriger)	ledig; seit 2010 kein Kontakt zur Kindsmutter und Tochter; Tochter schulpflichtig; kein Kontakt zu Eltern
Finanzielle Situation (finanzielle Probleme und Ressourcen)	Arbeitslosengeld-II-Bezieher; ca. 80.000 € Schulden; keine finanziellen Ressourcen
Aktivitäten (z. B. Veranlassung von Assessmentverfahren oder Einleitung einer LTA, Durchführung von Arbeitgebergesprächen, Kontaktaufnahme mit Beratungsstellen, Abstimmung mit Krankenkasse)	Zuständigkeitserklärung der DRV für LTA nach medizinischer Rehabilitation Abhängigkeitskranker; Erstberatung durch Reha-Fachberater (Reha-Ziel: direkte Vermittlung in Arbeit ohne Qualifizierung); in der Folge Teilnahme an einer Integrationsmaßnahme im BFW mit psychologischer und medizinischer Begleitung veranlasst, ambulante Betreuung durch Suchtberatungsstelle eingeleitet, Kontakt mit Schuldnerberatung über Integrationsfachdienst hergestellt, Mediation und begleitete (Jugendamt, Erziehungsberatung) Kontaktabahnung zur Tochter initiiert, mehrmonatiges Berufspraktikum bei einem Arbeitgeber (Haushaltsauflösungen) ermöglicht und nachgehend Einarbeitung bei neuem Arbeitgeber (Umzugsunternehmen) organisiert, Zahlung eines Eingliederungszuschusses durch RV-Träger

<p>Nutzen des Fallmanagements (Welcher Gewinn konnte durch das Fallmanagement erzielt werden, der ohne ein Fallmanagement vermutlich nicht zu erreichen gewesen wäre?)</p>	<p>Wiedereingliederung bei einem neuen Arbeitgeber durch differenziertes Fallmanagement ermöglicht; Fallmanagement (Wiederherstellung des Kontaktes zur Tochter, professionelle Entschuldung) ermöglichte überhaupt erst den Aufbau einer persönlichen Perspektive und einer Arbeitsmotivation; die beruflichen Eingliederungsbemühungen wurden in besonderer Weise durch Maßnahmen wie Krisenintervention und Suchtberatung begleitet und konnten nur so zum Erfolg gebracht werden; hierdurch wurde der zunächst prognostizierte dauerhafte Rentenbezug vermieden und Beitragszahlungen generiert</p>
<p>Ergebnis (z. B. Rente, versicherungspflichtige Beschäftigung, gelöste Problematiken)</p>	<p>versicherungspflichtige Beschäftigung (Vollzeit) aufgenommen und damit nachhaltig Rentenzahlung vermieden; persönliche Problematik konnte geklärt werden (Beziehung zur Tochter und Kindsmutter); nachhaltige Stabilisierung der Psyche durch Suchtberatung und Begleitung durch BFW führte zu verbesserter Belastbarkeit in Integrationsmaßnahme; Praktikum und Probebeschäftigung; Entwicklung einer nachhaltigen Lebensperspektive durch strukturierte Planung der Entschuldung</p>