ERGEBNISBAND

KiT

Koordination individueller Teilhabe: Bedarfsermittlung und Leistungserbringung wie aus einer Hand

Modellprojekt ▪ Bundesprogramm rehapro ▪ Erster Förderaufruf

Projektverantwortlich:
Deutsche Rentenversicherung Bund
Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg
Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland
Deutsche Rentenversicherung Nordbayern
Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd
Deutsche Rentenversicherung Schwaben
Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz
Deutsche Rentenversicherung Hessen
Deutsche Rentenversicherung Saarland

Gefördert durch:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

rehapro

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Der vorliegende Ergebnisband stellt das Modellprojekt KiT aus dem Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ vor.

Mit rehapro fördert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Erprobung innovativer Ansätze in den Bereichen Prävention, Rehabilitation und Nachsorge in den Jobcentern und Rentenversicherungsträgern und setzt damit den gesetzlichen Auftrag gemäß § 11 SGB IX um. Ziel ist es, die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu stärken und die trägerübergreifende Zusammenarbeit zu verbessern. Wirksame Ansätze sollen identifiziert und in das Regelangebot der Jobcenter und Rentenversicherungsträger übernommen werden. Die gewonnenen Erkenntnisse aus rehapro können so allen Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zugutekommen.

In diesem Band werden die Inhalte und Ziele des Projekts KiT erläutert. Des Weiteren werden die Ergebnisse und Erkenntnisse zu den innovativen Ansätzen des Projekts sowie deren Wirkungen präsentiert. Außerdem werden Verstetigungsoptionen vor Ort sowie Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und bundesweiten Verstetigung dargestellt.

Mit der Dokumentation der Ergebnisse sollen der Erkenntnisgewinn aus den rehapro-Projekten nachhaltig verankert und eine Basis für den Diskussionsprozess zur bundesweiten Verstetigung geschaffen werden. Die Veröffentlichung der Ergebnisbände auf der Website bundesprogramm-rehapro.de macht die Erkenntnisse für alle Beteiligten und Interessierten sichtbar, leicht zugänglich und nutzbar.

Inhaltsverzeichnis

1 Darstellung des Modellprojekts 4
1.1 Ausgangslage 4
1.2 Inhalte 5
1.3 Ziele 8
1.4 Organisation/Beteiligte Akteure 8
1.5 Wissenschaftliche Begleitung 10

2 Ergebnisse des Modellprojekts 14
2.1 Inanspruchnahme 14
2.2 Soziodemographische Merkmale 14
2.3 Arbeitsfähigkeit und Erwerbstätigkeit 14
2.4 Gesundheitszustand 14
2.5 Teilhabebedarf und Handlungsziele 15
2.6 Zielerreichung 16
2.7 Dauer des Fallmanagements 16
2.8 Arbeitsfähigkeit und Berufstätigkeit 16
2.9 Veränderung gesundheitlicher Zielvariablen 17
2.10 Bewertung des Fallmanagements 17
2.11 Qualifikation für Fallmanagement 18
2.12 Umsetzung von Fallmanagement 18
2.13 Case Load 21
2.14 Zusammenarbeit mit Netzwerkpartnern 22
2.14.1 Zugang ins Fallmanagement 22
2.14.2 Kooperationen und Netzwerkarbeit 24
2.15 Beratungspfade 27
2.16 Zusammenfassung 28

3 Erkenntnisse zu den innovativen (Teil-)Ansätzen und deren Wirkungen 29

4 Verstetigung vor Ort 36
4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung 36
4.2 Verstetigung im eigenen Rentenversicherungsträger 37
4.2.1 Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd 37
4.2.2 Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg 37
4.2.3 Deutsche Rentenversicherung Bund 38
4.2.4 Deutsche Rentenversicherung Hessen 38
4.2.5 Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland 38
4.2.6 Deutsche Rentenversicherung Nordbayern 38
4.2.7 Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz 39
4.2.8 Deutsche Rentenversicherung Saarland 39
4.2.9 Deutsche Rentenversicherung Schwaben 39

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung 40

6 Anlagen 42
6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt 42
6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis 42
6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen 44

1 Darstellung des Modellprojekts

1.1 Ausgangslage

Leistungen zur Teilhabe in Deutschland besitzen im internationalen Vergleich sowohl qualitativ als auch quantitativ ein hohes Niveau. Menschen mit einem (komplexen) Teilhabebedarf haben die Chance, im Anschluss an die Inanspruchnahme solcher Leistungen wieder regelhaft und nachhaltig am Arbeitsleben und an der Gesellschaft teilzuhaben. Probleme entstehen im deutschen Rehabilitationssystem insbesondere da, wo die herkömmlichen zur Verfügung gestellten Teilhabeleistungen nicht mehr ausreichen, um die individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarfe der leistungsberechtigten Personen zu decken (Egen & Beyer, 2022; Egen et al., 2024). Dies gilt vor allem für Menschen, die zusätzlich zu ihren gesundheitsinduzierten Beeinträchtigungen weitere, teilweise komplexe (u. a. soziale, finanzielle und familiäre) Problemlagen in anderen Teilhabe- und Lebensbereichen aufweisen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2018). Darauf zugeschnittene Rehabilitationsstrategien zeichnen sich daher einerseits durch eine sinnvolle Verknüpfung verschiedener Einzelleistungen und andererseits – bedingt durch das stark gegliederte Versorgungssystem in Deutschland – eine sehr enge und gut abgestimmte fallbezogene Zusammenarbeit verschiedener Rehabilitationsträger, Leistungserbringer, anderer professioneller Akteure und schließlich den Betroffenen selbst aus. Um die notwendige Koordination solcher Strategien sicherzustellen, werden von den Rehabilitationsträgern Beratungsstrukturen bereitgestellt. Dabei konzentriert sich die Beratung seitens der Rehabilitationsträger derzeit in erster Linie auf die jeweils eigenen Leistungen zur Teilhabe (im Falle der Gesetzlichen Rentenversicherung: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, im Weiteren LTA) und erreicht insbesondere die Fälle an den Schnittstellen zwischen verschiedenen Rechtskreisen bzw. Rehabilitationsträgern nur unzureichend. Die Kooperation mit anderen Akteuren ist regional sehr unterschiedlich und erscheint häufig einseitig von einem rechtskreisspezifischen Orientierungsrahmen geprägt. Die daraus resultierenden Probleme führen oftmals dazu, dass notwendige, passgenaue Leistungen nicht oder nicht zeitnah erbracht werden können. Die Versorgungsunterbrechungen an den Schnittstellen zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren sowie Rehabilitations- und Leistungsträgern vermindern die Effektivität der Rehabilitation. Das vorhandene, sehr gut entwickelte Rehabilitationssystem in Deutschland kann damit nicht immer effektiv und effizient genutzt werden.

Vor diesem Hintergrund wurde die Reform der Eingliederungshilfe mit dem Ziel realisiert, ein modernes Teilhaberecht zu schaffen, das dem Grundsatz der Personenzentrierung verpflichtet ist. Mit dem „Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen“ (Bundesteilhabegesetz [BTHG]) vom 23. Dezember 2016 wurde dieses Versprechen eingelöst, indem einerseits die rechtskreisübergreifende Koordination der Leistungen der Rehabilitationsträger verbindlich ausgestaltet (SGB IX Teil 1) und andererseits die Eingliederungshilfe grundlegend reformiert wurde (SGB IX Teil 2). Übergreifend ist mit Blick auf das BTHG/SGB IX insbesondere die Abkehr von einrichtungsbezogenen zu personenzentrierten Leistungen sowie die Ausweitung der Rechte auf Beratung und die Mitwirkung der leistungsberechtigten Personen an den dort rechtlich normierten Planungsverfahren hervorzuheben.

Zur Lösung der o. g. Schnittstellenprobleme sowie zur personenzentrierten Beratung und Begleitung von Versicherten mit komplexen Hilfe- und Unterstützungsbedarfen kommen vor allem folgenden Bestimmungen in Teil 1 des SGB IX eine besondere Bedeutung zu:

In Anlehnung an das der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) zugrunde liegende bio-psycho-soziale Modell wird ein neu gefasster Behinderungsbegriff eingeführt (§ 2 Abs. 1 SGB IX).

Bei den an den individuellen Bedarfen ausgerichtete Erbringung der Teilhabeleistungen muss den Wünschen und Bedürfnissen der leistungsberechtigten Personen umfassend Rechnung getragen werden (§ 8 Abs. 1 SGB IX).

Zur einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs müssen alle im SGB IX aufgeführten Rehabilitationsträger (§ 6 Abs. 1) und damit auch die Rentenversicherungsträger gem. § 13 SGB IX systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel einsetzen, um eine individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung der Versicherten zu gewährleisten.

Entsprechend der §§ 14 ff. SGB IX soll im Rahmen des Teilhabeverfahrens die Zusammenarbeit der verschiedenen Rehabilitationsträger gestärkt werden, wobei der Gesetzgeber eindeutige Vorgaben zur Zuständigkeit und trägerübergreifenden Zusammenarbeit definiert hat.

Gem. § 19 Abs. 1 und 2 SGB IX muss der leistende Rehabilitationsträger – sobald verschiedene Leistungsgruppen oder mehrere Rehabilitationsträger für die Leistungserbringung in Betracht kommen – einen Teilhabeplan unter Einbeziehung der leistungsberechtigten Person erstellen.

In diesem gesetzlichen Rahmen drückt sich der Grundgedanke der Personenzentrierung vor allem in der partizipativen, also gemeinsamen Erarbeitung einer Teilhabeplanung aus. Personen mit komplexen Teilhabebedarfen erhalten so die Möglichkeit, ihre Lebensplanung und -gestaltung durch die Unterstützung einer personenbezogenen Beratung und Koordinierung individuell und nach ihren persönlichen Wünschen und Erfordernissen vorzunehmen.

1.2 Inhalte

Vor dem Hintergrund der oben dargestellten gesetzlichen Rahmenbedingungen und den übergreifenden Zielen von rehapro stand im Mittelpunkt des Modellprojekts KiT die umfassende Erprobung und Verstetigung eines Fallmanagements (FM) für eine einzelfallorientierte Koordination der Rehabilitation über Leistungs- und Leistungsträgergrenzen hinaus. Die Zusammenarbeit zwischen den Rentenversicherungsträgern, weiteren Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern sowie den Versicherten sollte dabei „wie aus einer Hand“ erfolgen. Durch die Umsetzung eines auf den Personenkreis mit besonderem gesundheitlichen Unterstützungsbedarf abgestimmten Fallmanagements sollte

- die Erwerbsfähigkeit der Versicherten erhalten oder wiederhergestellt sowie
- einer drohenden oder vorliegenden (Teil-)Erwerbsminderung entgegengewirkt und damit
- die gesellschaftliche und berufliche Teilhabe verbessert werden.

Fallmanagement wird verstanden als eine handlungsfeld- und organisationsspezifische Anwendung des Case Managements. Case Management als Handlungsansatz ist eine Adaption aus den USA und Großbritannien und wird von der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management e. V. (DGCC) folgendermaßen definiert:

„Case Management ist eine Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisationen zu dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen. Der Handlungsansatz ist zugleich ein Programm, nach dem Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden können.“ (DGCC - Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e. V, 2020)

Die Literatur nennt zahlreiche Felder in denen Case Management zum Einsatz kommt. Je nach Ausrichtung, Zielsetzung, Gesetzgebung und Nutzenden hat jeder Bereich seine Spezifika ausgebildet:

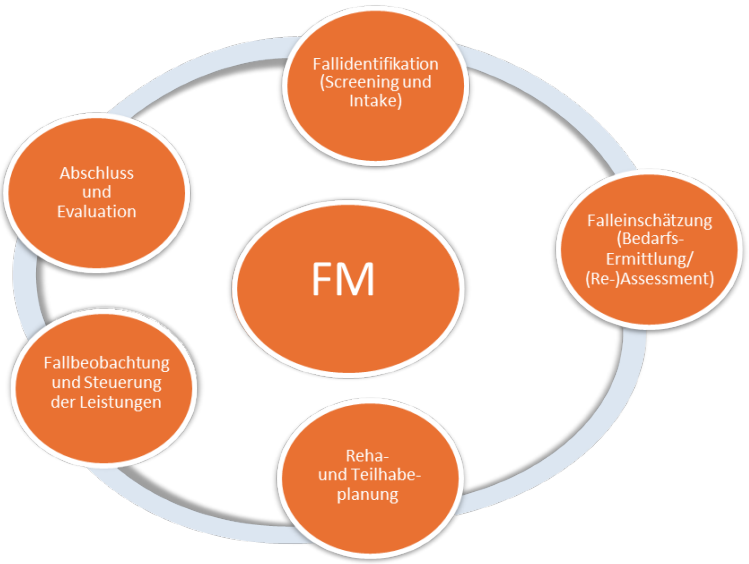
- Case Management in der Sozialen Arbeit (Case Management in der Familienhilfe, in der Kinder- und Jugendhilfe, in der Arbeit mit Suchtabhängigen und Wohnungslosen und in der rechtlichen Betreuung)
- Case Management in Gesundheit und Pflege
- Case Management in Resozialisierung (mit straffällig gewordenen Menschen)
- Case Management in der Rehabilitation (Case Management in der Behindertenhilfe und bei Sozialversicherungsträgern wie Renten- und Unfallversicherung)
- Case Management zur Arbeitsmarktintegration (Monzer, 2024; Wendt, 2024).

In den Anwendungsfeldern wird der Begriff Case Management häufig durch den Begriff Fallmanagement ersetzt. Im Kontext der Deutschen Rentenversicherung hat sich daher der Begriff Fallmanagement etabliert und ist zunächst und speziell im Bereich der Rehafachberatung angesiedelt.

Aufgaben im Fallmanagement sind neben der personenzentrierten Beratung und Entscheidungsfindung (über die verschiedenen Möglichkeiten in der Rehabilitation) insbesondere die Steuerung der kooperativen Leistungserschließung und -erbringung bei komplexen Fallkonstellationen in der Lebenssituation von Versicherten, die passgenaue Hilfen und Leistungen benötigen. Neben der Arbeit

mit den Betroffenen kommt insbesondere den Vernetzungsaktivitäten ein herausragender Stellenwert zu. Kenntnisse der regionalen Versorgungsstrukturen und das Eingebundensein in diese Strukturen sind essenziell. Das Fallmanagement ist damit befasst, mögliche Barrieren auszuräumen und notwendige Versorgungsprozesse in Gang zu setzen.

Das Vorgehen im Fallmanagement gliedert sich in fünf aufeinander aufbauende Handlungsschritte bzw. Phasen und wird auch Regelkreis genannt.



Die Ausgestaltung dieser Phasen strukturiert den Fallmanagementprozess. Diese Teilschritte laufen hintereinander ab und bieten auch die Möglichkeit der Rückkopplung, um Anpassungen vornehmen zu können.

1. Fallidentifikation/-klärung (Screening und Intake)

Die richtige Auswahl der Versicherten hat eine hohe Bedeutung für die Effektivität und Effizienz des Fallmanagements. Die Rentenversicherungsträger benennen Auswahlkriterien zur Identifikation der Versicherten(-gruppen). Grundsätzlich gilt, dass Fallmanagement für solche Fallkonstellationen angezeigt ist, bei denen persönliche oder Umweltfaktoren (Kontextfaktoren) den standardmäßigen Rehabilitationsverlauf erschweren oder verhindern. Dies können beispielsweise bestimmte Erkrankungen oder auch persönliche, familiäre oder wirtschaftliche Beeinträchtigungen sein. Die Aufnahme kann über interne (Sachbearbeitung oder Rehafachberatung) oder externe (medizinische Rehabilitation oder andere Einrichtungen) Zugangswege erfolgen. Hierzu wird über ein Screening eingeschätzt, bei welchen Personen, unter Berücksichtigung individueller Hemmnisse/Barrieren und Ressourcen, Hinweise auf Unterstützungs- bzw. Fallmanagementbedarf vorliegen. Anschließend erfolgt im Rahmen des Intake die Aufnahme in das Fallmanagement. Die Entscheidung über die Aufnahme wird im persönlichen Gespräch zwischen FM-Fachkraft und Versicherten gemeinsam getroffen.

2. Falleinschätzung: Situationsaufnahme und Bedarfsermittlung

In der Bedarfsermittlung geht es darum, die vorliegenden, zunächst nur grob erfassten Angaben zu den individuellen Bedarfslagen und die damit verbundenen Herausforderungen detaillierter zu erfassen, zu systematisieren und auszuwerten. Gespräche mit Versicherten sowie ggf. Angehörigen oder der Kontakt zu Dritten und Befundanalysen sind Bestandteil dieser umfassenden und ganzheitlichen Bedarfsermittlung. Der bestehende Reha- und Teilhabebedarf wird unter Berücksichtigung der relevanten Lebens- bzw. Teilhabebereiche (basierend auf der ICF-Systematik) erhoben und eingeschätzt.

3. Reha-/Teilhabeplanung: Ziele, Maßnahmen, Zeiten, Verantwortung

In der Phase der Reha- bzw. Teilhabeplanung werden auf Basis der erhobenen Bedarfe Ziele, Maßnahmen und Zeitkontingente festgelegt bzw. abgestimmt.

4. Fallbeobachtung und Steuerung der Leistungen

Ist die Planung der Ziele und der entsprechenden Maßnahmen abgeschlossen, geht es unmittelbar an deren Umsetzung. Auch diese begleitet die FM-Fachkraft. Dabei ist darauf zu achten, dass der im Reha-/Teilhabeplan festgehaltene Zeitrahmen eingehalten wird, die definierten Ziele erreicht werden und der vereinbarte Informationsfluss sichergestellt wird. Die FM-Fachkraft übernimmt während der Maßnahmenumsetzung eine Monitoring-Funktion. Es geht einerseits darum, darauf zu achten, ob die Versicherten bei Aufgaben und Veränderungsschritten vorankommen, andererseits gilt es auch mit den Akteuren im Netzwerk zusammenzuarbeiten und einen Überblick darüber zu behalten, ob sich diese an die getroffenen Vereinbarungen halten, oder ob es ggf. Abweichungen gibt.

5. Abschluss und Evaluation

Grundsätzlich gelten FM-Fälle als abgeschlossen, wenn die vereinbarten Ziele erreicht sind und/oder sich die individuelle Situation und Entwicklung der Versicherten als stabil darstellen. Diese Bedingungen treffen i. d. R. zu, wenn ein Arrangement der Maßnahmen und Hilfen erfolgt ist und im Rahmen des Monitorings auf seine Funktionsfähigkeit hin überprüft wurde und davon auszugehen ist, dass die Versicherten die noch anstehenden Ziele ohne weitere Begleitung der FM-Fachkraft erreichen können. Das Fallmanagement endet ebenfalls, wenn die Versicherten das Fallmanagement von sich aus abbrechen oder die Zusammenarbeit mit den Versicherten für die FM-Fachkraft (z. B. aufgrund andauernd fehlender Mitwirkung) untragbar wird. Die exakte Dauer eines Fallmanagement-Prozesses hängt somit von dem individuellen Unterstützungsbedarf ab. Die Evaluation erfolgt durch Überprüfung nach Aktenlage, die um ein Abschlussgespräch ergänzt wird. Hier kann eine gemeinsame Fallbewertung durch FM-Fachkraft und Teilnehmenden stattfinden.

Im Fokus des Fallmanagements stehen Versicherte, bei denen aufgrund (erheblicher) gesundheitlicher Beeinträchtigungen und komplexer Hilfe- und Unterstützungsbedarfe eine Gefährdung bzw. Minderung der Erwerbsfähigkeit vorliegt. Der Zugang zu diesen Versicherten erfolgte größtenteils auf Basis der vorab bestehenden Zuständigkeit der Rentenversicherungsträger, einer laufenden oder durchgeführten medizinischen Rehabilitation bzw. einer Zuweisung zur Rehafachberatung aufgrund eines festgestellten Bedarfs an LTA. Im Projekt wurden unterschiedliche Zielgruppen in verschiedenen Regionen einbezogen:

- Versicherte mit kardiologischen Erkrankungen (Region Süd)
- Versicherte mit psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen (Region Südwest)
- Versicherte mit längerer Arbeitslosigkeit/Arbeitsunfähigkeit (Region Ost)
- Versicherte mit komplexem Unterstützungsbedarf (Region Nordwest)

Als Einschlusskriterium wurde von Beginn an die freiwillige Teilnahme am Fallmanagement vereinbart - gültig für Versicherte aller Modellregionen.

Im Projektverlauf wurden die im Projektantrag genannten Zielgruppen und Zugangswege mehrmals an die jeweiligen (regionalen) Rahmenbedingungen angepasst sowie, mit Blick auf die Rekrutierung von Versicherten, Ein- und Ausschlusskriterien für das Fallmanagement spezifiziert. Dabei wurden vor allem aufgrund der nicht zufriedenstellenden Zuweisung im Projektverlauf folgende Veränderungen der Zielgruppenbeschreibung bzw. der Einschlusskriterien vorgenommen:

- Herabsenkung der Mindestdauer einer bestehenden Arbeitslosigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit von zwölf auf sechs Monate (Region Ost)
- Erweiterung der Zielgruppe bzw. der Einschlusskriterien um die Hauptdiagnose Sucht vor allem in Hinblick auf die interne Zuweisung von Versicherten (Region Südwest)
- Erweiterung der Zielgruppe bzw. der Einschlusskriterien um psychosomatische bzw. orthopädische Erkrankungen (Region Süd).

Als wesentliche Zugangswege in das Fallmanagement wurden auf externer Ebene medizinische Rehabilitationskliniken, Jobcenter und die Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung sowie auf interner Ebene insbesondere die Rehafachberatung und die Sachbearbeitung festgelegt.

1.3 Ziele

Im Rahmen des Modellprojekts KiT wurde das Erreichen folgender übergreifender Projektziele angestrebt:

Projektziel 1

Versicherte mit einem komplexen gesundheitlichen Hilfe- und Unterstützungsbedarf erhalten ein auf den individuellen Bedarf abgestimmtes Fallmanagement, welches alle notwendigen Leistungen zur Teilhabe koordiniert. Das umfasst, dass das Fallmanagement die berechtigten Wünsche der Versicherten berücksichtigt, dass der Rehabilitationsprozess für die Versicherten und die beteiligten Leistungserbringer sowie ggf. für weitere Rehabilitationsträger transparent geplant wird und dass die Versicherten mit der Rehabilitation frühzeitig beginnen können bzw. alle erforderlichen Rehabilitationsleistungen unverzüglich erbracht werden. Damit verbunden ist, dass die Wiedereingliederungsquote insbesondere bei komplexeren Fällen steigt.

Projektziel 2

Die beteiligten Akteure setzen das Fallmanagement vergleichbar um und berücksichtigen die regionalen Besonderheiten (z. B. Arbeitsmarkt, Netzwerkpartner). Dies beinhaltet, dass in den Modellregionen FM-Fachkräfte zur Verfügung stehen, die nach einem einheitlichen und anerkannten Curriculum (inkl. Zertifizierungsmöglichkeit durch die DGCC) ausgebildet wurden und dass das Weiterbildungs-Curriculum in den DRV-Bildungskatalog aufgenommen wird. Es bedeutet darüber hinaus, dass die Geschäftsprozesse der Rehabilitationsträger inklusive notwendiger Dokumentation und Datenverarbeitung an die Erfordernisse des Fallmanagements angepasst sind und die Unterschiede bei der (regionalen) Umsetzung von Fallmanagement transparent und nachvollziehbar dargestellt werden.

Projektziel 3

In den am Projekt beteiligten Modellregionen arbeiten die Rentenversicherungsträger mit weiteren Rehabilitationsträgern und Netzwerkpartnern ohne hemmende Barrieren zusammen, d. h. Verzögerungen im Rehabilitationsprozess werden frühzeitig erkannt, Abstimmungsroutinen für die interne Organisation und die externe Zusammenarbeit liegen vor und für bestimmte Versichertengruppen sind adäquate Beratungspfade etabliert.

1.4 Organisation/Beteiligte Akteure

An der Implementierung und praktischen Erprobung von Fallmanagement waren neun Rentenversicherungsträger als Verbundpartner beteiligt. Diese wurden in vier Modellregionen (MR) gruppiert: Die MR Nordwest – bestehend aus der DRV Bund – umfasste das Gebiet von Niedersachsen und Bremen. Die MR Ost umfasste das Gebiet von Berlin, Brandenburg, Thüringen, Sachsen und Sachsen-Anhalt und bestand aus den dortigen Regionalträgern der DRV Berlin-Brandenburg und der DRV Mitteldeutschland, sowie der DRV Bund. Die MR Süd beinhaltete das Gebiet von Bayern und somit die Tätigkeit der Regionalträger Nordbayern, Schwaben und Bayern Süd sowie der DRV Bund. Die MR Südwest bestand aus den Regionalträgern Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland sowie der DRV Bund.

Darüber hinaus brachten die DRV Baden-Württemberg, die DRV Braunschweig-Hannover, die DRV Nord, die DRV Oldenburg-Bremen, die DRV Rheinland und die DRV Westfalen als Kooperationspartner ihre teils vorhandenen Erfahrungen aus ihrer Umsetzung von Fallmanagement in das Modellprojekt ein.

Die Gesamtkoordination und wissenschaftliche Begleitung erfolgten durch ein Forschungsteam aus Mitarbeitenden der FOGS – Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH in Köln sowie drei Fachexperten Prof. Dr. Peter Löcherbach (ehemals Katholische

Hochschule Mainz), Prof. Dr. Christian Rexrodt und Prof. Dr. Edwin Toepler (beide Hochschule Bonn-Rhein-Sieg).

Zeitlich gliederte sich das fünfjährige Modellprojekt in drei Phasen: Entwicklung und Schulung, Implementation und Qualitätssicherung, Transfer in die Routine. In Phase 1 erfolgten die notwendigen Vorbereitungen zur Umsetzung des Fallmanagements. Diese beinhaltete neben der Festlegung der Zielgruppen und Zugangswege die Schulung der FM-Kräfte sowie die Entwicklung des Weiterbildungscurriculums, der Instrumente und Prozesse.

In Phase 2 wurde das Fallmanagement gemäß der Zielsetzung „Leistung wie aus einer Hand“ in den vier Modellregionen auf Einzelfall-, Organisations- und Netzwerkebene erprobt.

Die dritte Phase des Projekts umfasste vorrangig die datengestützte Bewertung und Reflexion der gewählten Vorgehensweisen und Arbeitsschritte sowie die Einleitung erster Maßnahmen zur Verstetigung des Fallmanagements.

Phasenübergreifend wurde die Implementierung, die Erprobung und die Verstetigung des Fallmanagements in die Routineorganisation der neun Rentenversicherungsträger mit Blick auf die Zielsetzungen des Modellprojekts vom Forschungsteam beratend begleitet und evaluiert.

Hinsichtlich der Projektstruktur und -organisation von KiT wurden – aufgrund der flächenmäßigen Größe des Projekts und der Komplexität – von Beginn an verschiedene Steuerungsebenen unterschieden: Die Gesamtsteuerung auf der überregionalen Ebene und das Projektmanagement der Teilprojekte in den vier Modellregionen.

Die Gesamtsteuerung erfolgte auf überregionaler Ebene durch eine Koordinierungsgruppe, die sämtliche modellregionübergreifende Themen und Aufgaben bearbeitete, die dann in den einzelnen Regionen umgesetzt wurden. Die regionale Steuerung wurde in jeder der vier Modellregionen (bzw. der regionalen Teilprojekte) durch eine Steuerungsgruppe wahrgenommen. Jedes regionale Teilprojekt wurde von Mitgliedern des Forschungsteams fachlich gecoacht. Die Coaches bildeten gemeinsam mit den Projektverantwortlichen der jeweiligen Rentenversicherungsträger die regionalen Steuerungsteams. Diese hatten u. a. sicherzustellen, dass das Fallmanagement in den regionalen Teilprojekten auf einem vergleichbaren und den fachlichen Standards entsprechenden Niveau durchgeführt wurde.

Neben dieser vertikalen Steuerungsebene wurden auf einer horizontalen Steuerungsebene überregional zusätzlich Fachgruppen für teilprojektübergreifende Aufgaben eingerichtet. Folgende Fachgruppen wurden initiiert:

- Fachgruppe „Curriculum“
- Fachgruppe „Instrumente und Dokumentation“
- Fachgruppe „Beratungspfade“.

Zu den Aufgaben der Fachgruppen gehörte u. a. die Entwicklung eines Curriculums für die Qualifizierung zur FM-Fachkraft bzw. für die Umsetzung der Weiterbildungskurse, die Entwicklung der Fallmanagement-Instrumente zur Dokumentation sowie die Zusammenfassung übertragbarer Vorgehensweisen zu Beratungspfaden.

Vor allem in den ersten Jahren (2020 bis Anfang/Mitte 2022) des KiT-Modellprojekts hat die Corona-Pandemie den Implementierungsprozess des Fallmanagements und die Durchführung der wissenschaftlichen Begleitung gravierend beeinflusst, z. T. deutlich gehemmt. Dies betraf in besonderer Weise folgende Arbeitsschritte:

Die Entwicklung des Curriculums und die darauf aufbauende Weiterbildung der Rehafachberatenden zu FM-Fachkräften mussten überwiegend online umgesetzt werden. Ebenso fanden die von der wissenschaftlichen Begleitung in Präsenz geplanten Auftaktveranstaltungen auf überregionaler und regionaler Ebene mit den Teilnehmenden des Modellprojekts und den Kooperationspartnern sowie die Austausch- und Informationsgremien der Leitungskräfte der Verbundpartner, der Fachgruppen sowie die Treffen/Coachings mit den FM-Fachkräften und Fachexperten in Online-Formaten statt.

Im Rahmen der Projektlaufzeit wurden von der wissenschaftlichen Begleitung unterschiedliche Informations- und Beteiligungsformate durchgeführt. In den Jahren 2021 bis 2025 fanden drei Implementierungsworkshops, zwei Evaluationsworkshops, zwei Beiratssitzungen und eine

Abschlussveranstaltung statt. Diesen Beteiligungsformate kamen im Projektverlauf mehrere sich ergänzende Funktionen zu:

- Informieren der Verbundpartner über den aktuellen Projektstand und anstehende Arbeitspakete und Erhebungen
- Vorstellen, diskutieren und verknüpfen von (Zwischen-)Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitung
- Fachlicher Austausch zu zentralen Projektthemen und übergreifenden Fragestellungen.

1.5 Wissenschaftliche Begleitung

Die wissenschaftliche Begleitung hatte die Aufgabe, die Implementation des Fallmanagement-Konzepts in die Rentenversicherungspraxis und die damit einhergehenden Abstimmungs- und Anpassungsprozesse (Harmonisierung) formativ und summativ zu evaluieren. Hierbei bestand eine wesentliche Teilaufgabe darin, zu bewerten, in welchem Maße die Projektziele erreicht worden sind. Wichtigstes Ziel der wissenschaftlichen Begleitung war es, auf Grundlage der Evaluationsergebnisse zentrale Erkenntnisse und Handlungsempfehlungen für den Transfer bzw. die Verstetigung des Fallmanagements in die Routineorganisation der beteiligten Rentenversicherungsträger zu generieren. In der Durchführung der Evaluation und der Ergebnisdarstellung bezieht sich die wissenschaftliche Begleitung insbesondere auf die Standards der DeGEval - Gesellschaft für Evaluation e. V. (2016), im Einzelnen Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness und Genauigkeit der Evaluation. Das als Grundlage für die Implementation dienende Fallmanagement-Konzept (Kaluscha et al., 2017) wurde für die Deutsche Rentenversicherung in einem Vorprojekt im Zeitraum von 2015 bis 2017 ausgearbeitet und im Rahmen des Modellprojekts KiT weiterentwickelt und adaptiert.

Eine zentrale Herausforderung bestand darin, die neun Verbundpartner in den Modellregionen zielführend zu beraten, wissenschaftlich zu begleiten und dabei einerseits den jeweiligen Gegebenheiten vor Ort Rechnung zu tragen und andererseits eine modellregionenübergreifende Evaluationsperspektive einzunehmen. Die Evaluation erfolgte aus methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen überwiegend modellregionenübergreifend, einige Teilevaluationen konnten jedoch auch modellregionenspezifisch ausgewertet und entsprechend dargestellt werden.

Aus den Projektzielen wurden zentrale Fragestellungen der Evaluation abgeleitet. Diese Fragestellungen leiteten die Überprüfung und Bewertung der Projektziele und sind hier auszugsweise dargestellt:

- Welche Zugangswege haben sich mit Blick auf die verschiedenen Zielgruppen des Fallmanagements in den vier Modellregionen herausgebildet und bewährt? Welche Hürden konnten identifiziert werden? Welche Zugänge haben sich nicht bewährt und aus welchen Gründen?
- Welche Netzwerkstrukturen konnten durch das Fallmanagement in den regionalen Teilprojekten aufgebaut bzw. optimiert werden? Sind Verstetigungspotentiale für die Netzwerke erkennbar bzw. unter welchen Bedingungen können Netzwerke verstetigt werden?
- Welche Ressourcen sowie Kompetenzen sind erforderlich, um das Fallmanagement zielführend zu realisieren?
- Welche Anforderungen ergeben sich in Hinblick auf die Geschäftsprozesse der Verbundpartner und für die beteiligten Mitarbeitendengruppen?
- Welche Umsetzungspotentiale und -hürden können auf der Organisations- und Leitungsebene mit Blick auf das Fallmanagement festgestellt werden? Lassen sich Ansätze identifizieren, um Hürden erfolgreich begegnen zu können?
- Welche soziodemografischen und sozioökonomischen sowie gesundheits- bzw. krankheitsbezogenen Merkmale haben am Fallmanagement teilnehmende Versicherte? Wie stellt sich die berufliche Situation von Versicherten dar?
- Wie schätzen Versicherte ihre persönliche Leistungsfähigkeit und ihren Gesundheitszustand sowie die Chancen auf eine Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung ihrer Erwerbsfähigkeit ein?
- Wie bewerten die teilnehmenden Versicherten, den Reha-Prozess u. a. hinsichtlich ihres persönlichen Nutzens und ihrer Zufriedenheit, der Kompetenz der FM-Fachkräfte, der Qualität der Beratung, Beratungsbeziehung und Fallkoordination, der Berücksichtigung eigener Wünsche und Ziele, den Möglichkeiten und Grenzen eigener Mitwirkung, der Passung des Reha-/Teilhabeplans und der Unverzüglichkeit und Bedarfsorientierung der Leistungserbringung?

Zur Überprüfung und Bewertung der Projektziele wurden qualitative und quantitative Methoden empirischer Sozialforschung eingesetzt und die Ergebnisse trianguliert (Mayring, 2017).

Von den insgesamt 2.252 Versicherten, die einer Teilnahme am Fallmanagement zustimmten, stimmten 844 auch der Teilnahme an der Begleitstudie zu, dies entspricht 38 %. Es gibt hinsichtlich der Studienteilnahmerate große Unterschiede zwischen den Trägern. Die Anteile reichen von 8 % bei der DRV Berlin-Brandenburg und 11 % bei der DRV Mitteldeutschland bis zu 98 % bei der DRV Rheinland-Pfalz. Die Studienteilnahmeraten nach MR betragen 56 % in der MR Nordwest, 18 % in der MR Ost, 69 % in der MR Süd und 50 % in der MR Südwest.

In der Fachgruppe Instrumente und Dokumentation wurden drei Fallmanagementinstrumente erarbeitet: die Bedarfsermittlung, der Reha-/Teilhabeplan und die Abschlussdokumentation. Die Instrumente dienen den FM-Fachkräften vor allem zur systematischen und standardisierten Dokumentation der Beratungsprozesse und Fallmanagementphasen. Die Fallmanagementinstrumente enthalten standardisierte Datenfelder (bspw. zu Erwerbsstatus und Arbeitsfähigkeit) und Freitextfelder (u. a. zur gesundheitlichen Situation). Die abschließenden Stichproben pro Fallmanagementinstrument umfassen folgende Fallzahlen:

- Bedarfsermittlung: n = 820 (36 % aller Teilnehmenden am Fallmanagement)
- Reha-/Teilhabeplan: n = 739 (33 % aller Teilnehmenden)
- Abschlussdokumentation: n = 629 (28 % aller Teilnehmenden).

Die deutlich geringere Zahl der Abschlussdokumentationen lässt sich vermutlich in den meisten Fällen damit begründen, dass das Fallmanagement nicht im Laufe der Erhebungszeit (bis Ende Dezember 2024) abgeschlossen werden konnte.

Insgesamt liegen von 576 Versicherten (25% aller Teilnehmenden) alle drei Fallmanagementinstrumente vor und von 616 Versicherten (27% aller Teilnehmenden) die Bedarfsermittlung und die Abschlussdokumentation.

Die Stichprobengrößen pro Fallmanagementinstrument nach Modellregion variieren stark. Dies liegt sowohl an unterschiedlichen Größen der Modellregionen und der Anzahl der Teilnehmenden am Fallmanagement als auch an unterschiedlichen Studienteilnahmeraten.

Das Studiendesign umfasste auch teilstandardisierte Fragebogenerhebungen zu drei Erhebungszeitpunkten mit am Fallmanagement teilnehmenden Versicherten, die einer Beteiligung an der Begleitstudie zugestimmt hatten. Versicherte erhielten zu Beginn (t1), zum Ende (t2) und sechs Monate nach Ende (t3) des Fallmanagements einen Fragebogen. Die Versichertenfragebogen waren ähnlich aufgebaut und enthielten je nach Erhebungszeitpunkt unterschiedliche Vertiefungs- und Wiederholungsfragen. Mit dem Fragebogen zu Beginn des Fallmanagements (t1) wurden insbesondere sozio-demografische und -ökonomische Merkmale der Versicherten, ihre aktuelle gesundheitliche Situation und Aspekte ihrer Bildungs- und Erwerbsbiografie erhoben. Mit den Fragebogen zu t2 und t3 wurden neben Daten zu Gesundheitsstatus und Erwerbstätigkeit auch Bewertungen zur Teilnahme am Fallmanagement erhoben. Im Rahmen der Wiederholungsfragen wurden als standardisierte Instrumente u. a. der Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (Deck et al., 2011) und das Mental Health Inventory (MHI-5) eingesetzt (Berwick et al., 1991; Rumpf et al., 2001).

Die abschließenden Stichprobengrößen pro Fragebogenerhebung lauten wie folgt:

- t1: n = 586 (26 % aller Teilnehmenden am Fallmanagement)
- t2: n = 329 (15 % aller Teilnehmenden am Fallmanagement)
- t3: n = 218 (10 % aller Teilnehmenden am Fallmanagement).

Ferner liegen für 271 Versicherte der t1- und t2-Fragebogen, für 176 Versicherte der t1- und t3-Fragebogen und für 145 Versicherte alle drei Fragebogen vor.

Ergänzend zu den Versichertenbefragungen zu drei Erhebungszeitpunkten und den Erhebungen über die Fallmanagementinstrumente wurden leitfadengestützte retrospektive Telefoninterviews mit Versicherten nach Abschluss ihres Fallmanagements geführt. Insgesamt konnten von 58 kontaktierten Versicherten 27 Versicherte für Interviews rekrutiert werden. Die Rekrutierung erfolgte durch die FM-Fachkräfte. Ein Ziel bei der Rekrutierung war es, Versicherte aus den vier Modellregionen in etwa gleichem Umfang für die Interviewteilnahme zu gewinnen. Dieses Ziel konnte nur teilweise erreicht

werden. Die Anzahl der Teilnehmenden pro Modellregion gestaltete sich wie folgt: Modellregion Nordwest: n = 9, Modellregion Südwest: n = 8, Modellregion Süd: n = 8 und Modellregion Ost: n = 2. Von der DRV Mitteldeutschland und der DRV Hessen konnten keine Versicherten für Interviews gewonnen werden.

Im Rahmen der Interviews wurden, neben dem Alter und Geschlecht, der Anlass für die Teilnahme am Fallmanagement, die Anzahl persönlicher und telefonischer Kontakte mit der FM-Fachkraft und die Dauer des Fallmanagements abgefragt. Der Fokus der Interviews lag auf dem Erleben der Versicherten im Fallmanagementprozess, der Bewertung ihres Fallmanagements und der Beziehung zur FM-Fachkraft.

Es wurden insgesamt neun semistrukturierte, leitfadengestützte Experteninterviews mit Mitarbeitenden aus dem Arbeitsbereich berufliche Rehabilitation bzw. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der neun Verbundpartnern zu Projektbeginn geführt. Schwerpunkt bildete die Analyse von Rahmenbedingungen und Geschäftsprozessen im Bereich Rehabilitation der beteiligten Verbundpartner. Die übergreifende Fragestellung der Bestandsaufnahme lautete: Wie ist der Status Quo in den vier Modellregionen bzw. bei den Verbundpartnern im Bereich berufliche Rehabilitation/Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vor Implementierung des Fallmanagements? Die Anzahl der Interviewten (n = 20) pro Interview variierte bei neun geführten Interviews zwischen einer Person und vier Personen. Den Interviewten wurde zur Vorbereitung der Interviewleitfaden zugesandt. Die 20 Interviewten lassen sich grob den drei Hierarchieebenen Leitungsebene, mittlere Leitungsebene, Ebene der Mitarbeitenden zuordnen.

Ziel der leitfadengestützten Experteninterviews zur Implementierung und Verstetigung von Fallmanagement Anfang 2024 war es, Einschätzungen zum Implementierungsprozess von Fallmanagement und einer möglichen Verstetigung aus Perspektive der beteiligten Leitungskräfte zu erhalten. Es konnten 17 Gesprächsteilnehmende rekrutiert werden. Insgesamt wurden 13 Interviews geführt, davon neun Einzelinterviews und vier Doppelinterviews, d. h. mit jeweils zwei Interviewteilnehmenden.

Als Grundlage für eine Weiterentwicklung und Verbesserung der Weiterbildungsabläufe und -inhalte wurde im April 2022 eine evaluierende Onlinebefragung durchgeführt. Insgesamt 63 Rehafachberatende bzw. FM-Fachkräfte wurden per E-Mail zur Teilnahme an der Onlinebefragung eingeladen. 50 FM-Fachkräfte nahmen an der Befragung teil. Die Anzahl der Antwortenden pro Frage variiert leicht (44 bis 50).

Im Februar und März 2023 wurde die erste Onlinebefragung der FM-Fachkräfte (t1) zur Implementierung durchgeführt. Es nahmen 47 von 59 FM-Fachkräften an der Befragung teil. Es gab jedoch auch unvollständig ausgefüllte Datensätze, so dass die Anzahl der Antwortenden pro Frage variiert. Inhaltlich war die erste Onlinebefragung in insgesamt sechs Teile gegliedert: Allgemeiner Teil (Alter, Qualifikation usw.), Nutzung Fallmanagementinstrumente, Zusammenarbeit mit anderen Trägergruppen und Kooperationspartnern, Zusammenarbeit in der Organisation, Fallmanagement und Rehafachberatung (vergleichend), Arbeit im Fallmanagement und Implementierungsprozess.

Im April und Mai 2024 wurde die zweite Onlinebefragung der FM-Fachkräfte (t2) durchgeführt. Es nahmen 50 von 58 FM-Fachkräften (81 %) teil. Es gab jedoch auch zu t2 unvollständig ausgefüllte Datensätze, so dass die Anzahl der Antwortenden pro Frage variiert. Sieben FM-Fachkräfte, die zum Zeitpunkt der ersten Befragung teilgenommen haben, waren zum Zeitpunkt der zweiten Befragung nicht mehr im Projekt tätig, zugleich waren zwölf neue FM-Fachkräfte tätig.

Auch die zweite Onlinebefragung bestand aus insgesamt sechs Teilen, teilweise mit Wiederholungsfragen: Allgemeiner Teil, Arbeit im Fallmanagement, Gestaltung der Fallmanagementphasen, Zusammenarbeit in der Organisation, Zusammenarbeit mit anderen Trägergruppen und Kooperationspartnern, Fallmanagement und Versteigungspotenziale.

Die leitfadengestützten Experteninterviews mit FM-Fachkräften zur Implementierung von Fallmanagement wurden im Oktober und November 2023 geführt. Ziel der Erhebung war es, Einschätzungen zum Implementierungsprozess von Fallmanagement und zu einer möglichen Verstetigung von der operativen Trägerebene zu erhalten. Es meldeten sieben Regionalträger FM-Fachkräfte zur Interviewteilnahme bzw. Fachkräfte meldeten sich direkt beim Forschungsteam (n = 7).

Um Aussagen darüber treffen zu können, welcher Zeitaufwand im Fallmanagement entsteht, sollten die FM-Fachkräfte ihre Tätigkeiten für zwei Zeiträume (zweimal vier Wochen) dokumentieren. Zur

Aufwandserfassung wurden zwei Erhebungen mit jeweils 23 Arbeitstagen durchgeführt: die erste erfolgte vom 04.10. bis 03.11.2023 und die zweite vom 26.02. bis 27.03.2024. In einem eigens entworfenen Onlinebefragungsinstrument sollten die FM-Fachkräfte für Tage, an denen die Befragten im Fallmanagement tätig waren, detaillierte Angaben zu den Tätigkeiten machen.

An der ersten Aufwandserfassung haben insgesamt 56 und an der zweiten 43 FM-Fachkräfte teilgenommen. Nicht alle Teilnehmenden haben für alle jeweils 23 Tage ihre Tätigkeiten dokumentiert. Um zu verlässlicheren Ergebnissen zu kommen, wurden die Auswertungen zum Großteil nur auf Basis der Befragten erstellt, die für mindestens 21 Tage des jeweiligen Erhebungszeitraums Angaben gemacht haben. Dies waren bei der ersten Erfassung 42 Personen und bei der zweiten 38 Personen.

Um Erkenntnisse zu gewinnen, wie viel Zeitaufwand pro Fall entsteht, sollte eine begrenzte Zahl an FM-Fachkräften ihre Tätigkeiten für mindestens einen Fall über dessen gesamte Dauer dokumentieren. Die Aufwandserfassung erfolgte während des gesamten Jahres 2024. Es wurde eine Mindestzahl von 15 bis 20 FM-Fachkräften für die Datenerhebung angestrebt. Für die Auswertung lagen acht Fallaufwandsdokumentationen im Längsschnitt vor.

Für die Erhebung im Längsschnitt wurde, wie für die Aufwandserfassung der Arbeit im Fallmanagement im Querschnitt, eine Onlinebefragung via LimeSurvey erstellt.

Die Auswertung qualitativer Daten, u. a. Interviewprotokolle und Antworten auf offene Fragen in Onlinebefragungen, wurden im Forschungsprozess mithilfe qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring, 2022; Schreier, 2014) mit der Analysesoftware MAXQDA ausgewertet. Quantitative Daten, u. a. aus Onlinebefragungen und Fallmanagement-Instrumenten wurden statistisch mit der Software IBM SPSS 29 ausgewertet.

2 Ergebnisse des Modellprojekts

2.1 Inanspruchnahme

Mit Blick auf das Projektziel, Versicherten mit einem komplexen gesundheitlichen Hilfe- und Unterstützungsbedarf ein auf ihren Bedarf abgestimmtes Fallmanagement anzubieten, ist zunächst festzustellen, dass 2.252 Personen ein Fallmanagement im Projekt erhalten haben. Geplant waren 4.296 Teilnehmende. Dass die geplanten Fallzahlen nicht erreicht werden konnten, ist, regional unterschiedlich ausgeprägt, auf verschiedene Gründe zurückzuführen. Exemplarisch sei genannt: Die Vermittlung von Versicherten durch die externen Zuweiser erfolgte nicht in dem ursprünglich angestrebten Umfang. Personalausfälle und -wechsel sowie die damit jeweils verbundenen Einarbeitungszeiten der FM-Fachkräfte führten zu einer geringeren Rekrutierung von Versicherten als konzeptionell vorgesehen. Gleichzeitig war der Beginn des Projektes von dem Pandemie-Geschehen geprägt, welches ebenfalls Einfluss auf die Rekrutierung hatte. Bei der Projektkonzeption wurde angenommen, dass die Umsetzung von Fallmanagement i. d. R. sechs Monate in Anspruch nehmen würde. Entgegen dieser Annahme dauerte das Fallmanagement z. T. erheblich länger. Dies ist u. a. darauf zurückzuführen, dass die Anzahl der Fälle mit sehr komplexen Bedarfslagen deutlich höher war als angenommen.

2.2 Soziodemographische Merkmale

Die Analyse der Merkmale der Versicherten, die an der Begleitstudie teilgenommen haben, ergibt, dass diese mehrheitlich weiblich (56 %) sind. Die mit 37 % am stärksten vertretene Altersgruppe ist zwischen 50 bis 59 Jahre alt. Weitere 31 % sind 40 bis 49 Jahre alt. Der Mittelwert der Stichprobe liegt bei 46,4 Jahren. 39 % der Befragten sind verheiratet oder leben in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, 38 % sind ledig und 21 % geschieden oder die Lebenspartnerschaft wurde aufgehoben. Mit 89 % ist die deutliche Mehrheit der Versicherten in Deutschland geboren. Die Mehrheit der Befragten gibt als höchsten Schulabschluss einen Realschulabschluss an (45 %), gefolgt von Hauptschulabschluss (31 %), Fachabitur (11 %) und Abitur (10 %). Lehre bzw. Berufsausbildung ist der mit Abstand häufigste genannte höchste berufsqualifizierende Abschluss (69 %). Zudem geben 9 % an, keinen oder noch keinen Berufsabschluss zu haben.

2.3 Arbeitsfähigkeit und Erwerbstätigkeit

Zu Beginn des Fallmanagements war mehr als die Hälfte der Befragten (51 %) arbeitslos oder erwerbslos. Weiterhin waren 27 % in Vollzeit und 13 % in Teilzeit berufstätig. Der Anteil der arbeitslosen oder erwerbslosen Personen liegt somit weitaus höher als der Anteil von 5 bis 6 % in der Gesamtbevölkerung (Bundesagentur für Arbeit, 2025). Ferner gaben 64 % der Befragten zu Beginn des FM an aktuell arbeitsunfähig zu sein. Der größte Teil der Befragten (59 %) war in den letzten 24 Monaten mehr als 52 Wochen arbeitsunfähig.

2.4 Gesundheitszustand

Die Befragung zum aktuellen allgemeinen Gesundheitszustand ergab, dass dies 11 % der Befragten mit sehr gut oder gut (davon nur 3 Befragte „sehr gut“) beantworteten, 56 % mit mittelmäßig, 27 % mit schlecht und 6 % mit sehr schlecht. Diese Werte belegen die starke gesundheitliche und psychosoziale Belastung der Versichertenstichprobe. Zum Vergleich wird die subjektive Gesundheit von ca. 70 % (95 %-Konfidenzintervall 69,0 % – 70,9 %) der Teilnehmenden an der vom Robert Koch-Institut durchgeführten Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) als sehr gut oder gut eingeschätzt (Heidemann et al., 2021).

Anhand der Selbstangaben zu Körpergröße (cm) und Körpergewicht (kg) konnte für 574 Versicherte der Body Mass Index (BMI) berechnet werden. 67 % der Befragten liegen mit ihren Angaben im Bereich von Übergewicht (BMI ≥ 25 kg/m2) oder Adipositas (BMI ≥ 30 kg/m2). Im Vergleich zu den

Ergebnissen der GEDA-Studie (Schienkiewitz et al., 2022) sind die Werte der Versichertenstichprobe auch hier besonders auffällig.

Der „Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe“ (IMET) misst indikationsübergreifend das in der ICF formulierte Konstrukt Teilhabe bei Personen mit unterschiedlichen chronischen Krankheiten. Der IMET besteht aus neun Fragen zur subjektiven Einschätzung der Einschränkung in verschiedenen Lebensbereichen (Deck et al., 2011). Der Indexwert variiert zwischen 0 und 90, wobei der Wert 90 die maximale Einschränkung in allen Lebensbereichen bedeutet. In der Stichprobe liegt der Mittelwert bei 42,1. Der Wert der KiT-Stichprobe liegt etwas höher als derjenige der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im neurologischen und psychosomatischen Bereich (38,3 bzw. 34,7) und sehr viel höher als derjenige der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im pneumologischen Bereich (25,5) und in der Bevölkerung Lübecks (17,4).

Mittels eines weiteren Assessmentinstruments wurde die mentale Gesundheit der Befragten erhoben. Das „Mental Health Inventory 5“ (MHI-5) besteht aus 5 Items und wurde in der Vergangenheit in der Bevölkerungsbefragung „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA-Studie) eingesetzt. In dieser wurden Grenzwerte ermittelt, um den Indexwert zu kategorisieren. Laut dieser Werte fallen 64 % der KiT-Stichprobe in die Kategorie „beeinträchtige mentale Gesundheit“ und weitere 29 % weisen eine unterdurchschnittliche mentale Gesundheit auf. In der GEDA-Stichprobe der Befragung von 2010 betragen diese Anteile 10,5 % bzw. 27,6 % und liegen somit deutlich niedriger (Robert Koch-Institut, 2014).

Ergänzend zu den Ergebnissen aus den Versichertenbefragungen können die Angaben aus den Bedarfsermittlungen herangezogen werden. Es zeigt sich, dass nahezu drei Viertel der Versicherten eine psychische oder psychosomatische Erkrankung aufweisen und fast zwei Drittel – teils zusätzlich – eine oder mehrere orthopädische Erkrankungen sowie ein Drittel eine kardiologische Erkrankung. Bei 28% der Versicherten findet sich in der Bedarfsermittlung eine Angabe zum GdB. Bei weiteren 5 % wurde angegeben, dass ein GdB aktuell beantragt wird.

2.5 Teilhabebedarf und Handlungsziele

Im Rahmen der Bedarfsermittlung wurden die Bedarfslagen der Versicherten in sieben Teilhabebereichen erfasst. Der größte Anteil der Teilhabebedarfe bezog sich auf die gesundheitliche und psychomentale Situation (84 %) und die Arbeits- und Beschäftigungssituation (85 %), gefolgt vom Bereich Qualifizierung und Bildung (76 %). Im Bereich der wirtschaftlichen Situation wurde bei 60 % der Versicherten ein Bedarf festgehalten. Für die Lebensbereiche Alltagsbewältigung, Selbstmanagement und Mobilität sowie soziale Beziehungen wurden bei 42 % bzw. 37 % der Versicherten Bedarfe dokumentiert. Ein geringer Anteil adressierte den Bereich des gesellschaftlichen und kulturellen Lebens (14 %). Es wurden in den meisten Fällen Bedarfslagen in mehreren Lebens- bzw. Teilhabebereichen festgestellt. Bei 4 % der Studienteilnehmenden wurde nur ein Lebensbereich adressiert, bei 12 % zwei Bereiche, bei 22 % drei Bereiche, bei 28 % vier Bereiche, bei 17 % fünf Bereiche, bei 11 % sechs Bereiche und bei 5 % alle sieben Bereiche.

In Anknüpfung an die im Rahmen der Bedarfsermittlung identifizierten Teilhabebedarfe wurden bei der Reha- und Teilhabeplanung mit den Versicherten Handlungsziele festgelegt. Diese wurden im KiT-Instrument Reha- und Teilhabeplan dokumentiert (n = 739). Der größte Anteil der Handlungsziele bezog sich auf die gesundheitliche und psychomentale Situation (86 %), gefolgt von der Arbeits- und Beschäftigungssituation (79 %) und dem Bereich Qualifizierung und Bildung (65 %). Im Bereich der wirtschaftlichen Situation wurden bei 54 % der Versicherten ein oder mehrere Ziele festgehalten. Für die Bereiche Alltagsbewältigung, Selbstmanagement und Mobilität sowie soziale Beziehungen wurden bei jeweils rund einem Drittel der Versicherten Handlungsziele dokumentiert. Ein geringer Anteil adressierte den Bereich des gesellschaftlichen und kulturellen Lebens (10 %). Es wurden in den meisten Fällen pro Versicherten Handlungsziele in mehreren Lebens- bzw. Teilhabebereichen festgelegt. Demnach zeigen die Ergebnisse zu Teilhabebedarfen und Handlungszielen, dass neben den Bereichen Beschäftigung und Qualifizierung auch weitere wichtige Lebensbereiche im Sinne von ICF wie wirtschaftliche Situation und soziale Beziehungen in den Fokus des FM genommen wurden. Es wird deutlich, dass - anders als in der Rehafachberatung - im Fallmanagement die Bedarfssituation von Versicherten umfassender und tiefgehender exploriert und über Handlungsziele bearbeitet wird.

2.6 Zielerreichung

Zum Ende des Fallmanagements wurde die Zielerreichung der zwischen Versicherten und FM-Fachkräften vereinbarten Handlungsziele eingeschätzt. Die Zielerreichung für die Studienteilnehmenden, für die diese Angaben vorliegen, wurde in den betreffenden sieben Teilhabebereichen überwiegend hoch eingeschätzt. In sechs der sieben Teilhabebereiche wird die Zielerreichung in über 80 % der jeweiligen Fälle mit erwartet oder mehr bzw. viel mehr als erwartet, bewertet. Einzig im Bereich des gesellschaftlichen und kulturellen Lebens ist dieser Anteil mit 70 % etwas geringer.

2.7 Dauer des Fallmanagements

Über das Datum der Bedarfsermittlung und der Abschlussdokumentation kann die Dauer des Fallmanagements berechnet werden. Für 540 Fälle liegen die Angaben zu beiden Daten vor. Der Mittelwert liegt bei 42,8 Wochen, der Median bei 40 Wochen. Mit einer Spannweite von 4 bis 119 Wochen variiert die Dauer jedoch stark. In 7 % der Fälle dauerte das FM 4 bis 13 Wochen, also maximal drei Monate. Bei jeweils ca. 20 % der Fälle lagen zwischen Bedarfsermittlung und Abschlussdokumentation 14 bis 26, 27 bis 39 oder 40 bis 52 Wochen, d. h. etwa 60 % der Fälle wurden 14 bis 52 Wochen begleitet. Mehr als ein Jahr bis zu anderthalb Jahren dauerten weitere 24 % der Fälle. 7 % der Fälle umfassen eine Dauer von mehr als anderthalb bis über zwei Jahren.

2.8 Arbeitsfähigkeit und Berufstätigkeit

In der Abschlussdokumentation sollte zudem festgehalten werden, wie der Status bei Arbeitsfähigkeit und Erwerbstätigkeit der Versicherten zu Beginn und Ende des Fallmanagements waren. Da nicht für alle Studienteilnehmende, die das Fallmanagement beendet haben, Angaben vorliegen, werden nachfolgend zwei Varianten vorgestellt (sowohl inklusive als auch exklusive der fehlenden Angaben). Bei Einbezug der fehlenden Angaben (n = 629), zeigt sich, dass bei 43 % der Versicherten die Arbeitsfähigkeit zum Ende des Fallmanagements wiederhergestellt und bei weiteren 9 % gesichert werden konnte. Für 26 % der Versicherten wurde keine Angabe gemacht. Wird dieser Anteil ausgenommen (n = 468), liegt die Quote der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bei 58 % und die Quote der Sicherung bei 13 %. Des Weiteren wurden diese Anteile in unterschiedlichen Subgruppen verglichen. Es zeigt sich eine leicht höhere Quote der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bei Frauen, jüngeren Versicherten (unter 50 Jahre) und Versicherten mit nur einem Erkrankungsbereich. Hinsichtlich der anderen Merkmale können keine bedeutsamen Unterschiede festgestellt werden.

Hinsichtlich der Veränderung der Berufstätigkeit waren bei Einbezug der fehlenden Angaben (n = 629) 15 % der Versicherten zum Ende des FM wieder berufstätig (Return-to-Work (RTW)) und bei 9 % konnte die Berufstätigkeit erhalten werden (Stay-at-Work). Bei 24 % wurde zum Abschluss „Sonstiges“ angegeben, was überwiegend eine berufsbildende Maßnahme oder ein Praktikum umfasst, jedoch nicht immer spezifiziert wurde. Für 30 % der Stichprobe liegen keine Angaben vor.

Wird der Anteil fehlender Werte exkludiert, liegt die sogenannte Return-to-Work-Quote bei 22 % und die Stay-at-Work-Quote bei 12 % (n = 441). Der Anteil derjenigen, für die zum Abschluss „Sonstiges“ als Beschäftigung angegeben wurde, erhöht sich somit auf 34 %. Auch diese Anteile wurden in unterschiedlichen Subgruppen verglichen. Es zeigt sich eine leicht höhere Return-to-Work-Quote bei Versicherten im mittleren Alter (40-49 Jahre) und Versicherten mit wiedererlangter Arbeitsfähigkeit sowie mindestens erwarteter Zielerreichung im gesundheitlichen Bereich. Hinsichtlich der anderen Merkmale können keine bedeutsamen Unterschiede festgestellt werden.

Für einen Blick auf längerfristig erzielte Ergebnisse kann die Befragung der Versicherten einige Monate nach Abschluss des Fallmanagements herangezogen werden. Von den 201 Versicherten, die bei der t3-Befragung geantwortet haben, konnten 10 % die Berufstätigkeit von vor der Rehamaßnahme wiederaufnehmen, 42 % konnten eine neue Berufstätigkeit antreten und 48 % gaben keine Berufstätigkeit an. Weiterhin gaben von den Versicherten mit Berufstätigkeit (n = 99) 33 % an, sehr zufrieden und weitere 44 % eher zufrieden mit der aktuellen Arbeitsstelle zu sein. 18 % gaben an eher unzufrieden und lediglich 4 % sehr unzufrieden zu sein.

Es muss allerdings betont werden, dass Zielvariablen wie Arbeitsfähigkeit und Erwerbstätigkeit durch den gesamten Rehabilitationsprozess und die damit einhergehenden Maßnahmen beeinflusst werden. Vor dem Hintergrund der hohen und mehrdimensionalen Belastungen der erreichten Versichertengruppen hat das Fallmanagement wahrscheinlich einen hohen Anteil an den insgesamt positiv zu bewertenden Veränderungen. Jedoch kann der genaue Anteil des Fallmanagements nicht isoliert angegeben und bewertet werden, so dass auf Grundlage der Daten in erster Linie Wirkhinweise hinsichtlich des Fallmanagements abgeleitet werden können.

2.9 Veränderung gesundheitlicher Zielvariablen

Weitere Wirkhinweise auf Versichertenebene liefern der Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (IMET), die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands und das Mental Health Inventory (MHI-5) aus den Versichertenbefragungen. Die Auswertungen zeigen, dass der IMET-Summenscore im Mittel bei den teilnehmenden Befragten zum Ende des Fallmanagements statistisch signifikant etwas geringer ist als zu Beginn, jedoch bei geringer Effektstärke. Die Analyse der individuellen Veränderung erlaubt eine detailliertere Aussage. Die Auswertung zeigt, dass sich die Teilhabeeinschränkung bei 46 % der Befragten verringert hat, bei 32 % unverändert ist und bei 22 % erhöht hat.

Die Versicherten sollten zudem in der Befragung zum Ende des Fallmanagements ihren Gesundheitszustand einschätzen (5 Stufen von sehr gut bis sehr schlecht). Der Vergleich mit der Angabe aus der ersten Befragung zeigt, dass sich bei 32 % der 263 Befragten der Zustand verbessert hat, nämlich bei 17 % von mittelmäßig auf gut oder sogar sehr gut und bei 15 % von sehr schlecht oder schlecht auf mittelmäßig oder gut. Bei weiteren 6 % blieb der Gesundheitszustand unverändert gut oder sehr gut und bei 30 % blieb es bei der Bewertung „mittelmäßig“, was bei der hoch belasteten Stichprobe nennenswert ist. Ferner bewerteten 16 % ihre Gesundheit unverändert als schlecht oder sehr schlecht und bei 15 % hatte sich der Zustand nach eigener Wahrnehmung verschlechtert.

In eine ähnliche Richtung weisen die Ergebnisse zur mentalen Gesundheit, gemessen mit dem MHI-5. Die Auswertungen zeigen, dass der MHI-Wert im Mittel bei den teilnehmenden Befragten zum Ende des Fallmanagements statistisch signifikant höher ist als zu Beginn, jedoch bei geringer Effektstärke. Die Analyse der individuellen Veränderung erlaubt eine detailliertere Aussage. Die Auswertung zeigt, dass sich die mentale Gesundheit bei 49 % der Befragten verbessert und bei 22 % verschlechtert hat, bei 29 % ist sie unverändert.

2.10 Bewertung des Fallmanagements

Die Versicherten wurden gebeten ihre Erfahrungen mit dem Fallmanagement bzw. ihrer FM-Fachkraft anhand verschiedener Aussagen zu beurteilen. Die Ergebnisse sind insgesamt sehr positiv. Demnach liegt der Anteil der Versicherten, der die höchste Bewertungskategorie (stimmt vollkommen) angegeben hat, bei sieben von acht Aussagen über 50 %. Am höchsten bewertet wurden die Aussagen zum Begegnen auf Augenhöhe (68 % stimmen vollkommen zu) und zur Verlässlichkeit der FM-Fachkräfte (78 % stimmen vollkommen zu).

Der Aussage, dass sich die eigenen Wünsche und Bedarfe in den vereinbarten Zielen im Reha-/Teilhabeplan widerspiegeln, stimmen 37 % vollkommen und 41 % weitgehend zu. Der Aspekt sich bei Entscheidungen eingebunden zu fühlen bzw. die Partizipation an den Rehabilitationsplanungen spielt demnach für Versicherte eine wichtige Rolle. Nach der Einschätzung der Versicherten hat sich der Ablauf des Fallmanagements überwiegend an den vereinbarten Zielen und Maßnahmen orientiert (52 % stimmen vollkommen zu, 31 % weitgehend).

Entsprechend hoch wird von den Versicherten zum Abschluss auch die Gesamtzufriedenheit mit dem Fallmanagement bewertet. 57 % der Befragten sind sehr zufrieden und 31 % eher zufrieden, lediglich 3 % sind sehr unzufrieden mit dem Fallmanagement.

Die Versicherten wurden zudem gebeten ihre Bewertung des Fallmanagements mit eigenen Worten zu begründen. Hier auszugsweise einzelne Zitate:

„Die Fallmanagerin hat sich von Beginn an sehr engagiert gezeigt und ist sowohl auf mich und meine Gedanken/Vorschläge eingegangen, als auch mit eigenen Ideen und Maßnahmen auf mich zugekommen. Dabei konnte in jedem Bereich an den benötigten Lösungen gearbeitet werden und ich konnte sehr viel Positives mitnehmen."

„Es ist sehr positiv eine direkte Ansprechperson zu haben. Probleme und Sorgen wurden versucht zu lösen. Man sieht sich nicht allein vor einem Berg, den man nicht bewältigen kann, sondern man wird begleitet. Das ist eine große emotionale Entlastung!"

„Es wurden Maßnahmen auf meinen persönlichen Bedarf zugeschnitten!"

"Individueller Unterstützungsbedarf ist nicht immer gewährleistet."

„Das Ziel, meine Arbeitsfähigkeit zu erhalten, ist erreicht. Manchmal wünschte ich mir mehr Kontakt zum FM und mehr Aktivität."

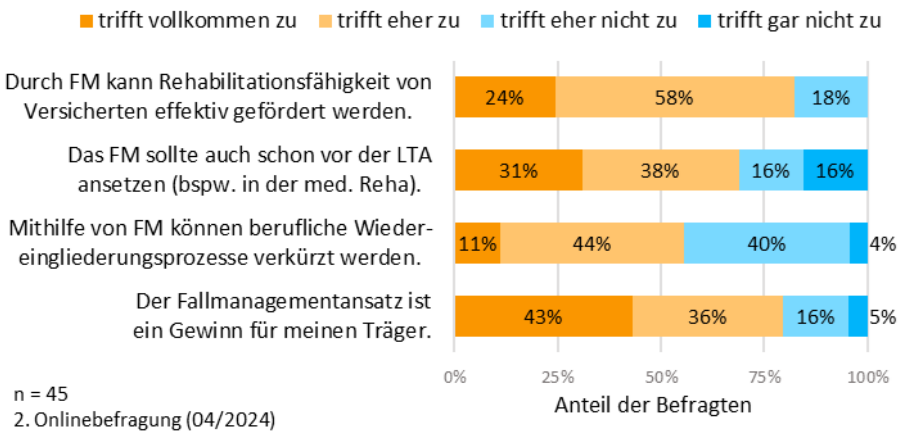
2.11 Qualifikation für Fallmanagement

Mit Blick auf das zweite Projektziel, das vorsieht, dass die beteiligten Akteure das Fallmanagement vergleichbar umsetzen und dabei die regionalen Besonderheiten berücksichtigen, lässt sich festhalten, dass die am Projekt beteiligten Rehafachberatenden eine vergleichbare Qualifikation durch die gemeinsame Weiterbildung zu FM-Fachkräften erhalten haben. Basis bildete das im Projekt entwickelte und auf die Rentenversicherungsträger zugeschnittenen Curriculum, das einerseits die Standards der DGCC und gleichzeitig die Besonderheiten des Fallmanagements in der Rehabilitation ausreichend erfüllen sollte. Die Weiterbildung erfolgte in den Jahren 2021 bis 2022 und umfasste insgesamt neun Module, die neben allgemeinen Grundlagen auf arbeitsfeldspezifische Curricula ausgerichtet sind, damit die FM-Fachkräfte die Kompetenz erwerben, Versicherte mit komplexen Rehabilitationsbedarfen zu beraten und den Prozess begleitend zu steuern.

Auf Basis der Befragung zur Weiterbildung und weiteren Erkenntnissen im Projekt wurde das Curriculum im Projektverlauf angepasst. Insgesamt hat sich gezeigt, dass die Qualifizierung von Fachkräften im bzw. für das Fallmanagement einen wichtigen Baustein darstellt, da mit der Weiterbildung die Chancen steigen, dass die fallbezogene Anwendung in der Praxis nach einheitlichen Standards erfolgt. Daher wurde die Weiterbildung in den Bildungskatalog der Rentenversicherung als Routineangebot aufgenommen.

2.12 Umsetzung von Fallmanagement

Was die Umsetzung von Fallmanagement betrifft, so zeigen die Auswertung der leitfadengestützten Interviews und der Onlinebefragungen der FM-Fachkräfte, dass Fallmanagement bei den neun beteiligten Rentenversicherungsträgern mehrheitlich sehr positiv bewertet wird. Zehn von elf interviewten FM-Fachkräften betrachten Fallmanagement u. a. als guten und sinnvollen Ansatz und lohnend für alle Versicherten. Die Ergebnisse der zweiten Onlinebefragung zum Ende der Implementierungsphase (t2: n = 50) bestätigen dieses Ergebnis. Die Befragten geben mehrheitlich an, dass durch Fallmanagement die Rehabilitationsfähigkeit von Versicherten effektiv gefördert werden kann (82 %: stimme vollkommen/eher zu) und daher schon vor dem Antrag auf/Bewilligung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ansetzen sollte (69 %: stimme vollkommen/eher zu). 55 % sind zudem der Auffassung, dass durch Fallmanagement berufliche Wiedereingliederungsprozesse verkürzt werden können. Insgesamt sehen 79 % das Fallmanagement als Gewinn für den eigenen Träger.

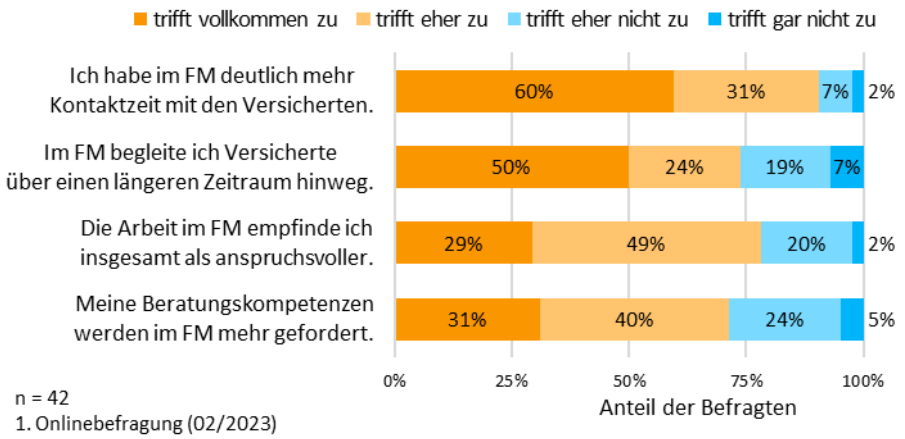


n = 45
2. Onlinebefragung (04/2024)

Bei den Führungskräften gehen die Einschätzungen in eine ähnliche Richtung. 15 von 17 interviewten Führungskräften bewerten Fallmanagement u. a. als wichtiges Instrument und Konzept für eine personenorientierte Vorgehensweise und ein Vehikel zur ganzheitlichen Betrachtung der Lebenssituation von Versicherten. Darüber hinaus schätzen sie die Einführung von Fallmanagement vor dem Hintergrund des gesetzlichen Beratungsauftrags der Deutschen Rentenversicherung als vorgezeichneten Weg, zeitgemäßen und logischen Schluss und wichtige Säule zur Stärkung und Professionalisierung der Rehafachberatung ein.

Als wichtigste Veränderung, die mit der Implementierung von Fallmanagement einhergeht, nennen die FM-Fachkräfte in den Interviews, die größeren zeitlichen Kapazitäten (acht von elf). Sie könnten sich im Fallmanagement mehr Zeit für die Beratung nehmen, flexibler auf die Problemlagen der Versicherten reagieren, Vor-Ort-Besuche realisieren und Netzwerkarbeit betreiben. Es wird umfänglicher und zeitintensiver beraten, tiefergehender gefragt und nachgefragt sowie enger mit Versicherten und Netzwerkpartnern zusammengearbeitet. Darüber hinaus geben sie an, dass die in der Weiterbildung vermittelte Haltung und der fallmanagementspezifische Blickwinkel ihre Arbeits- und Beratungsroutinen stark verändert haben (sieben von elf). Bedarfslagen von Versicherten werden bspw. möglichst ganzheitlich erfasst. Dementsprechend liegt der Fokus bei der Bedarfsermittlung nicht mehr ausschließlich auf den Lebensbereichen Arbeit und Qualifikation, sondern es werden sechs weitere Lebensbereiche in die Bedarfsermittlung mit einbezogen (u. a. wirtschaftliche und familiäre Situation).

Im Vergleich zur Rehafachberatung geben die meisten Befragten in der ersten Onlinebefragung an, im Fallmanagement deutlich mehr Kontaktzeit mit den Versicherten (91 %: trifft vollkommen/eher zu) zu haben und diese über einen längeren Zeitraum hinweg zu begleiten (74 %: trifft vollkommen/eher zu). Darüber hinaus wird die Arbeit im Fallmanagement insgesamt als anspruchsvoller beurteilt (78 %: trifft vollkommen/eher zu) und dementsprechend die Beratungskompetenzen der FM-Fachkräfte stärker gefordert (71 %: trifft vollkommen/eher zu).



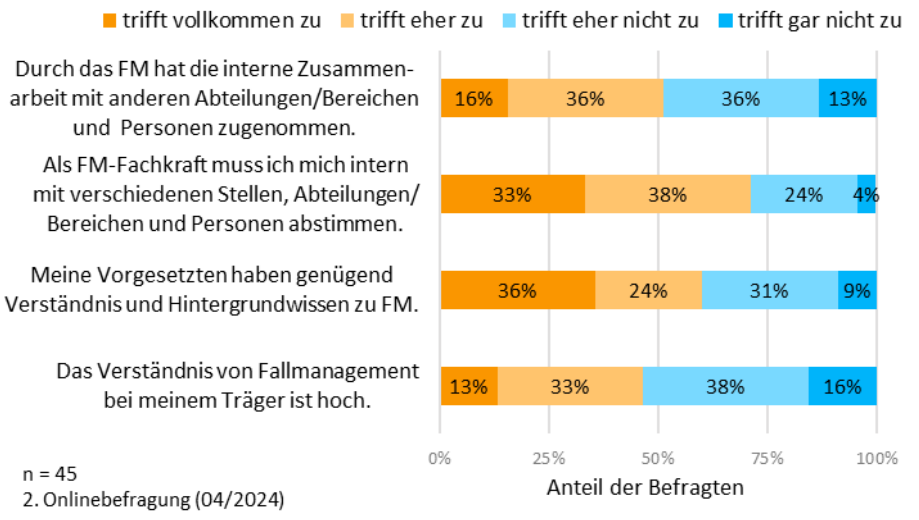
n = 42
1. Onlinebefragung (02/2023)

Als weitere wesentliche Veränderung wird von FM-Fachkräften in der zweiten Onlinebefragung mehrheitlich genannt, dass sie durch das Fallmanagement mehr Möglichkeiten haben (68 %: trifft vollkommen/eher zu), Rehaprozesse zu gestalten und zu steuern, sowohl in der Organisation als

auch mit externen Partnern. Den eigenen Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum im Rahmen des Fallmanagements bewertet die überwiegende Mehrheit der FM-Fachkräfte positiv

Ungefähr die Hälfte der Führungskräfte nannten in den Interviews als für sie bedeutsamste Veränderung durch die Implementierung von Fallmanagement eine teils deutlich erhöhte Beratungsqualität (8 von 17 Interviewten). Sie führen dies insbesondere auf die mit dem Fallmanagement einhergehenden Beratungsstandards und die in der Weiterbildung vermittelte Beratungshaltung zurück. Ferner identifizieren sie in der veränderten Vorgehensweise und Beratungspraxis eine Verschiebung von einer behörden- bzw. verwaltungsbezogenen hin zu einer stärker versicherten- bzw. personenzentrierten Perspektive in der beruflichen Rehabilitation. Aus Sicht einiger Führungskräfte waren trägerinterne Bewusstseinsbildungs-, Diskussions- und Reflexionsprozesse (5 von 17) im Zuge der Implementierung eine weitere bedeutsame Veränderung. Der eigene bzw. rentenversicherungsbezogene Beratungsauftrag wurde reflektiert und ein Verständnis für personenzentrierte Beratung geschaffen oder vertieft. Die Ergebnisse der zweiten Onlinebefragung der FM-Fachkräfte (t2) legen hierzu allerdings nahe, dass flankierende Abstimmungs- und Reflexionsprozesse zur Implementierung nicht bei allen Trägern stattgefunden haben. Zwischen 28 und 41 % der FM-Fachkräfte stimmen den Aussagen a) zu einem intensiveren Austausch im Verlauf der Implementierung, b) zu einem fachlichen Dialog sowie c) der Abstimmung von Arbeitsprozessen und einem rahmenden Vorgehen mit Teammitgliedern und Vorgesetzten eher nicht oder überhaupt nicht zu.

Die Einführung von Fallmanagement hat auch Veränderungen in der Zusammenarbeit in intraorganisationalen Netzwerken ausgelöst. Demnach gab bei der zweiten Onlinebefragung mehr als die Hälfte der befragten FM-Fachkräfte (52 %: trifft vollkommen/eher zu) an, nun häufiger mit Personen aus anderen Abteilungen und Bereichen ihres Trägers zu kooperieren. Generell stimmen sie sich in ihrer neuen Rolle als FM-Fachkraft intensiv intern ab (71 %: trifft vollkommen/eher zu). Das Verständnis für Fallmanagement bei den Trägern kann allerdings insgesamt (54 %: eher nicht/gar nicht) und bei den Vorgesetzten im Speziellen (40 %: eher nicht/gar nicht) als ausbaufähig bewertet werden.



Hinsichtlich der Qualität der Zusammenarbeit in intraorganisationalen Netzwerken werden auf Grundlage der Befragungsergebnisse einige Entwicklungspotenziale deutlich. Während für die befragten FM-Fachkräften die fallbezogene Zusammenarbeit mit Teammitgliedern aus der Rehafachberatung (23 %) und Mitarbeitenden der Sachbearbeitung (40 %) überwiegend gut zu funktionieren scheint, ist dies bei der Zusammenarbeit mit Vorgesetzten (53 %) nur eingeschränkt und mit dem Sozialmedizinischen Dienst (SMD, 68 %) sehr eingeschränkt zutreffend. 27 FM-Fachkräfte von neun Rentenversicherungsträgern (Bewertung SMD) und 21 FM-Fachkräfte von fünf Rentenversicherungsträgern (Bewertung Vorgesetzte) bewerten die fallbezogene Zusammenarbeit mit dem SMD bzw. Vorgesetzten als ausbaufähig. Im Rahmen der Interviews hat sich gezeigt, dass die teils sehr schwierige fallbezogene Zusammenarbeit mit dem SMD stark trägerabhängig und oftmals historisch gewachsen ist.

Hinsichtlich der Einführung einer Innovation wie Fallmanagement, die eine veränderte Rolle und ein teils anderes und neues Vorgehen und Aufgabenspektrum für die FM-Fachkräfte mit sich bringt, kommt der organisationalen Unterstützung eine besondere Bedeutung zu. Nahezu zwei Drittel der teilnehmenden FM-Fachkräfte bewerten die Unterstützung durch Vorgesetzte in ihrer neuen Rolle

als FM-Fachkraft zum zweiten Erhebungszeitpunkt mit mindestens eher gut, fast ein Drittel sogar mit sehr gut. Jedoch beurteilen auch 38 % die Unterstützung durch Vorgesetzte mit eher schlecht, schlecht oder sehr schlecht. Die Unterstützung durch Teammitglieder wird positiver eingeschätzt. Insgesamt rund 80 % erachten die interne kollegiale Unterstützung als mindestens gut.

Die FM-Fachkräfte wurden zu ihrem individuellen Vorgehen im Fallmanagement befragt. Demnach sollten sie angeben, ob sie die Versicherten in den FM-Phasen aktiv einbinden konnten. Ein Großteil der 45 FM-Fachkräfte haben bei der zweiten Onlinebefragung angegeben, dass sie Versicherte in die Bedarfsermittlung (80 %: ja/eher ja) und die Reha- und Teilhabeplanung (71 %: ja/eher ja) aktiv einbinden konnten. Für die Fallevaluation und den Fallabschluss konnte dies nur rund die Hälfte bejahen (55 %: ja/eher ja). Bei der aktiven Beteiligung von Versicherten am Hilfe- bzw. Rehabilitationsprozess handelt es sich nicht nur um ein grundlegendes Handlungsprinzip und einen Qualitätsanspruch des Case Managements, sondern zudem um eine im BTHG rechtlich verankerte Anforderung an rehabilitationsspezifische Leistungsprozesse. Entsprechend sind die Ergebnisse nicht nur, aber insbesondere mit Blick auf die Beteiligung am Fallabschluss, nicht zufriedenstellend.

In der zweiten Onlinebefragung wurden die FM-Fachkräfte darum gebeten, ihr Vorgehen in den jeweiligen FM-Phasen in einem offenen Textfeld zu beschreiben. Die Auswertung führte zu keinen belastbaren Ergebnissen und machte in erster Linie die große Bandbreite und die Unterschiede bei den jeweiligen Vorgehensweisen, Beratungspraxen als auch den Persönlichkeiten der FM-Fachkräfte deutlich. Dies steht im Einklang mit den Ergebnissen aus den Interviews mit FM-Fachkräften und Führungskräften. Hier wurde betont, dass die FM-Fachkräfte bei der Beratung und Gestaltung von Beratungsprozessen freie Hand haben. Grundsätzlich gilt, dass Beratungsprozesse sehr individuell sind und sich in erster Linie am tatsächlichen Bedarf der Versicherten orientieren müssen. Fallmanagement fußt allerdings auf Beratungs- und Verfahrensstandards, die gewahrt und organisationsbezogen adaptiert und weiterentwickelt werden müssen. Dies führt idealerweise zu einer Standardisierung und Vergleichbarkeit von Beratungs- und Fallmanagementprozessen in der Organisation und prozeduraler Fairness gegenüber den Versicherten. Die Ergebnisse legen nahe, dass bei der zukünftigen Verstetigung von Fallmanagement bei den beteiligten Rentenversicherungsträgern auf die Vergleichbarkeit und Nachvollziehbarkeit von Beratungsprozessen ein verstärktes Augenmerk zu richten ist.

Die Gesamtbewertung der trägerspezifischen Implementierung und organisationalen Einbindung von FM durch die FM-Fachkräfte fällt durchwachsen aus. Auch wenn mehrheitlich die Implementierung und organisationale Einbindung beim eigenen Träger eher gut bis sehr gut bewertet wird (57 %), beurteilen 43 % die Umsetzung und organisationale Einbindung kritischer.

2.13 Case Load

Es kann festgehalten werden, dass der Aufwand im Fallmanagement deutlich höher ist als in der regelhaften Rehafachberatung. Dies bedeutet, dass wesentlich weniger Fälle im Fallmanagement (durchschnittliches Verhältnis 1:20) betreut werden können. Der zeitliche Aufwand für fallbezogene Tätigkeiten beträgt etwa 75 %, während fallübergreifende Tätigkeiten 25 % des Gesamtaufwands ausmachen. Dies unterstreicht zwar die Relevanz direkter Beratung und ausführlicher Dokumentation, macht aber auch deutlich, dass fallübergreifende koordinative und administrative Prozesse im Hintergrund stets präsent sind. Beratungen mit Versicherten werden dabei über verschiedene Kontaktformen durchgeführt, wobei persönlicher und telefonischer Kontakt deutlich häufiger vorkommt als schriftlicher Kontakt. Videotelefonische Beratungen spielen eine sehr geringe Rolle im Arbeitsalltag der FM-Fachkräfte. Der interne fallbezogene Austausch wird hauptsächlich im Team der Rehafachberatung vollzogen. Externe Kontakte bestehen hauptsächlich mit beruflichen Rehaeinrichtungen, wie es auch in der regelhaften Rehafachberatung üblich ist. Das eher seltene Auftreten anderer externer Kontakte veranschaulicht, dass das Hilfesystem zwar vielfältig ist, aber nicht immer intensiv genutzt wird. Ein Teil der FM-Fachkräfte führt eine fallübergreifende Netzwerkbildung und -pflege regelmäßig durch. Insgesamt weisen die Ergebnisse der Aufwandserfassung erneut auf eine starke Heterogenität in der Umsetzung von Fallmanagement hin. Gleichwohl die Ergebnisse nur bedingt auf einen zukünftigen Regelbetrieb übertragbar sind, liefern sie wertvolle Hinweise für mögliche Optimierungen.

Des Weiteren zeigt die Auswertung des Aufwands konkreter Fälle wie individuell die Fallbetreuung ausgestaltet wird. Aufgrund einer sehr kleinen Stichprobe können keine grundsätzlichen Muster

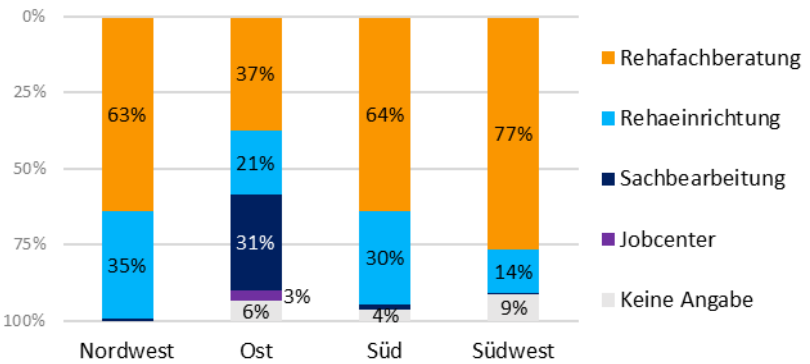
herausgearbeitet werden. Zusammenhänge zwischen Zeitaufwand und der Anzahl der Bedarfsbereiche oder vereinbarten Maßnahmen können nicht nachgewiesen werden. Wahrscheinlich spielen andere Faktoren, wie die individuelle Verfassung der Versicherten, die Qualität der Bedarfe sowie ein Zusammenspiel äußerer Faktoren eine Rolle.

2.14 Zusammenarbeit mit Netzwerkpartnern

Mit dem dritten Projektziel wird die Zusammenarbeit mit weiteren Rehabilitationsträgern und Netzwerkpartnern im Rahmen von Fallmanagement sowie die Entwicklung von Beratungspfaden beleuchtet. Dabei erfüllen die Netzwerkpartner in den einzelnen Phasen des Fallmanagements unterschiedliche Funktionen. In der Phase der Fallidentifikation erfolgt über zuweisende externe Netzwerkpartner ein Screening in Bezug auf Versicherte mit potenziellem Fallmanagementbedarf. Im Verfahrensschritt Bedarfsermittlung und -feststellung wird u. a. das fallbezogene Netzwerk dazu genutzt, um ein professionsübergreifendes Assessment zu ermöglichen. Bei der Reha-/Teilhabeplanung und den aus Teilhabebedarfen abgeleiteten Zielen und Umsetzungsschritten steht anschließend die Nutzung der Ressourcen in Form von Dienstleistungen der Netzwerkpartner im Vordergrund. Im Monitoring geht es dann insbesondere um die Überwachung der Maßnahmen im Netzwerk.

2.14.1 Zugang ins Fallmanagement

Im Projektverlauf hat sich gezeigt, dass der mit Abstand häufigste Zugangsweg ins Fallmanagement, die interne Zuweisung aus der Rehafachberatung ist. Die Angaben stammen aus den von den Trägern geführten Dokumentationslisten, d. h. es sind auch die Zugangswege von Versicherten enthalten, die nicht an der wissenschaftlichen Begleitung teilgenommen haben. Insgesamt sind 53 % der Versicherten über die Rehafachberatung in das Fallmanagement aufgenommen worden. Teilweise erfolgte die Aufnahme direkt von den im Modellprojekt tätigen FM-Fachkräften, wie die Interviews mit Versicherten vermuten lassen. Während in den Modellregionen Nordwest und Süd rund zwei Drittel der Fälle aus der Rehafachberatung stammen, sind es in Südwest fast 80 % und in der Region Ost etwa ein Drittel. Der seltenere Zugang über die Rehafachberatung in Ost ist darauf zurückzuführen, dass bei einem RV-Träger die Sachbearbeitung ein häufig genutzter Zugangsweg war (31 %). Die Zuweisung aus Rehaeinrichtungen/-kliniken war deutlich geringer als erwartet (insgesamt 22 %, in Modellregionen Nordwest und Süd am höchsten mit rund einem Drittel der Fälle) und auch der Weg über die Jobcenter in der Region Ost (Zielgruppe Arbeitslose) wurde mit 3 % der Fälle kaum genutzt. Der Beginn der Rekrutierung für die Teilnahme am Fallmanagement erfolgte im Januar 2022 und war damit noch durch die Einschränkungen der Coronapandemie beeinflusst. Besonders die Rekrutierung über die Rehakliniken hat sich allerdings auch nach Auslaufen der meisten Corona bedingten Einschränkungen im April 2022 kaum verändert.



Nordwest n = 189, Ost n = 1147, Süd n = 425, Südwest n = 466
Dokumentationslisten

Weitergehende Erkenntnisse zur Zuweisung ins Fallmanagement, möglichen Hürden und Entwicklungspotenzialen liefern die Ergebnisse der Interviews mit FM-Fachkräften und Leitungskräften.

Die interviewten FM-Fachkräfte berichten ebenfalls, dass die Zuweisung von Versicherten überwiegend intern erfolgt (n = 5) und hauptsächlich sehr komplexe Fälle zugewiesen werden. Generell sollte

die interne Zuweisung aus Sicht der FM-Fachkräfte weiter ausgebaut werden. Die Zuweisung erfolgt in der Regel durch die Rehafachberatung.

Trotz regelmäßiger Kontakte und einem stetigen Informationsfluss ist der Anteil an Klinikzuweisungen schon seit Projektbeginn sehr gering (n = 4). Zwei FM-Fachkräfte berichten, dass es trotz regelmäßigen Nachfassens hauptsächlich kurzfristige Effekte bei den Rehakliniken gibt. Das heißt, kurz nach einem Kontakt mit einer Rehaklinik würden auch die Zuweisungen zeitweise zunehmen, dann aber schnell wieder aussetzen. Als ein möglicher Grund wird die hohe Arbeitsauslastung und schwierige Personalsituation in den Rehakliniken angeführt, insbesondere im Kliniksozialdienst. Eine andere FM-Fachkraft berichtet, dass bei ihrem Träger zwar genügend Versicherte ins Fallmanagement zugewiesen werden, diese jedoch nicht schon während der medizinischen Reha in den Kliniken beraten werden. Fallmanagement sollte aber auch schon vor einem LTA-Verfahren ansetzen und nicht erst nach Bewilligung, denn dann wären schon viele Schritte gegangen. Eine andere FM-Fachkraft erklärt hierzu, dass es noch schwer ist an Versicherte heranzukommen, bevor Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Raum stehen, da die Rehakliniken nicht darauf ausgerichtet sind, solche Fälle zu fokussieren. Weiterhin berichtet eine Befragte, dass besonders zu Beginn der Rekrutierung viele von Rehakliniken gescreente und zugewiesene Fälle nicht gepasst haben.

Auch wenn sich laut einer FM-Fachkraft, im Rahmen des Projekts, die Zusammenarbeit mit Jobcentern bei ihrem Träger deutlich verbessert habe, funktioniere die Zuweisung durch die Jobcenter nicht. Sie ist darüber hinaus der Auffassung, dass der Zugang über die Integrationsfachdienste (IFD) ins Fallmanagement ausgebaut werden sollte.

Ergebnisse der Onlinebefragungen der FM-Fachkräfte ergänzen die Erkenntnisse zur Zuweisung durch Rehakliniken und Jobcenter. Die Befragten berichten, dass eine wesentliche Hürde für die Zuweisung durch Rehakliniken ist, dass die Kliniksozialdienste wenig Zeit hätten und insgesamt überlastet wären (n = 11). Ferner würde es im Kliniksozialdienst eine hohe Fluktuation unter den Mitarbeitenden geben (n = 4) und der Informationsaustausch wäre unregelmäßig (n = 5).

Mit Blick auf Jobcenter wird deren hohe Anzahl als eine Hürde betrachtet (n = 4). Des Weiteren werden teils unklare Zuständigkeiten und der Datenschutz (jeweils n = 4) als Barrieren in der Kooperation mit Jobcentern genannt.

Die Ergebnisse aus den Interviews mit Leitungskräften weisen in eine ähnliche Richtung. Sechs Leitungskräfte geben an, dass im Rahmen des Projekts überwiegend intern über die Rehafachberatung rekrutiert wurde und dies zukünftig weiter intensiviert werden sollte. Eine Leitungskraft berichtet, dass der Intake hauptsächlich durch interne Zuweisungen nach LTA-Zusage geprägt war. Für die Zukunft wird jedoch das Ziel formuliert, die medizinische Reha stärker in den Fokus zu nehmen und frühzeitiger zu rekrutieren.

Die Zuweisung von Fällen durch die Jobcenter hat nach Aussage der Leitungskräfte im Rahmen des Projekts nicht gut oder überhaupt nicht funktioniert (n = 8). Trotz dieser Einschränkung betrachten Leitungskräfte die Jobcenter und auch die Agenturen für Arbeit (AfA) weiterhin als wichtige Ansprech- und Kooperationspartner bei der Zuweisung ins Fallmanagement. Generell erscheint die Kooperationsqualität mit Jobcentern und Agenturen für Arbeit regional sehr unterschiedlich und personenabhängig zu sein.

Alle interviewten Leitungskräfte (n = 17) nehmen Bezug auf die Zuweisung von Rehakliniken. Mehrheitlich wird berichtet, dass es im Rahmen des Projekts nur sehr wenig Zuweisungen von Rehakliniken gab. Die Zusammenarbeit mit den Rehakliniken wird insgesamt als ‚schwierig' und ‚wenig gewinnbringend' oder auch ‚enttäuschend' beurteilt (n = 9).

Trotz dieser übergreifenden Bewertungen wird der Zugang ins Fallmanagement über die Rehakliniken für die Zukunft als sehr wichtig eingeschätzt. Die Zusammenarbeit mit den Rehakliniken bei der Zuweisung erfordere einen engen und regelmäßigen Austausch und sei personen- und leitungsabhängig und müsse weiter vertieft werden. Insbesondere die Kooperation mit dem Sozialdienst wird für die Zuweisung als erfolgskritisch betrachtet und müsse weiter intensiviert werden. Darüber hinaus werden neben einer engen Kooperation mit dem Sozialdienst auch die regelmäßige Sensibilisierung und Schulung von Ärzten und die Klinikberatungen und -sprechtage als wesentliche Erfolgsfaktoren genannt.

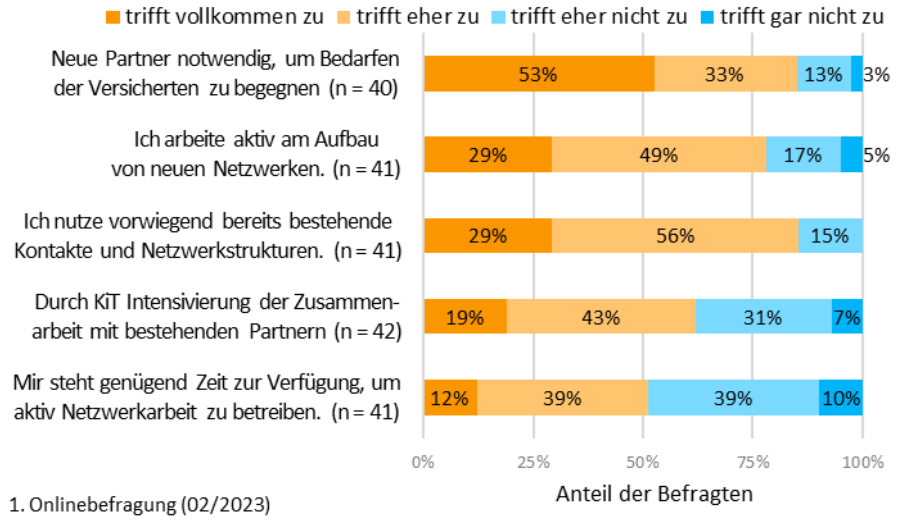
2.14.2 Kooperationen und Netzwerkarbeit

Die mit dem Fallmanagement einhergehende Netzwerkarbeit führt zu veränderten Anforderungen und Arbeitsweisen in der Rehafachberatung. Im Fallmanagement wird zwischen fallbezogenen und fallübergreifenden bzw. -unabhängigen Netzwerken unterschieden.

Die fallbezogene Netzwerkarbeit umfasst dabei die gezielte Zusammenarbeit zwischen FM-Fachkraft und weiteren Akteuren in und außerhalb der Organisation (bspw. Vorgesetzte, Schuldnerberatende, Arbeitgebende oder Angehörige) in Bezug auf einen bestimmten Einzelfall bzw. eine versicherte Person mit Unterstützungsbedarf.

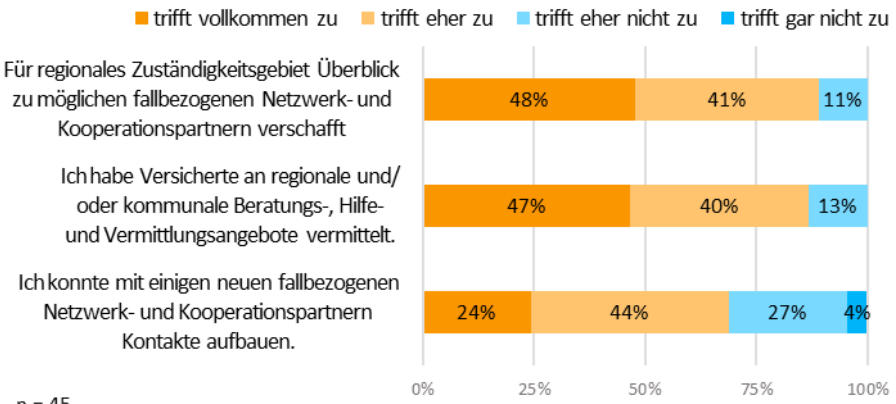
Die fallunabhängige Netzwerkarbeit bezieht sich auf die Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen FM-Fachkräften, Führungskräften und den Rentenversicherungsträgern insgesamt mit weiteren relevanten Akteuren in der eigenen Organisation und im Hilfe- und Versorgungssystem (bspw. andere Träger der Rehabilitation, Wohlfahrtsverbände, Arbeitgebende, kommunale/regionale Gremien und Einrichtungen), die unabhängig von spezifischen Fällen erfolgen bzw. über Einzelfälle hinausgehen.

Die große Mehrheit der FM-Fachkräfte sieht die Notwendigkeit, den Kontakt zu neuen Netzwerkpartnern aufzubauen, um den Bedarfslagen der Versicherten gerecht werden zu können (86 %: trifft vollkommen/eher zu) und arbeitet aktiv am Netzwerkaufbau (78 %: trifft vollkommen/eher zu). Zur ersten Onlinebefragung (t1) werden, weil neue Netzwerke noch im Aufbau sind, vorwiegend bereits bestehende Kontakte und Netzwerkstrukturen genutzt (85 %: trifft vollkommen/eher zu). Ferner hat sich aus Sicht der meisten Befragten die Zusammenarbeit mit Netzwerkpartnern durch das Fallmanagement intensiviert (62 %: trifft vollkommen/eher zu). Allerdings gibt auch nahezu die Hälfte der Befragten an (49 %: trifft eher nicht/gar nicht zu), dass ihnen nicht genügend Zeit für aktive Netzwerkarbeit zur Verfügung steht.

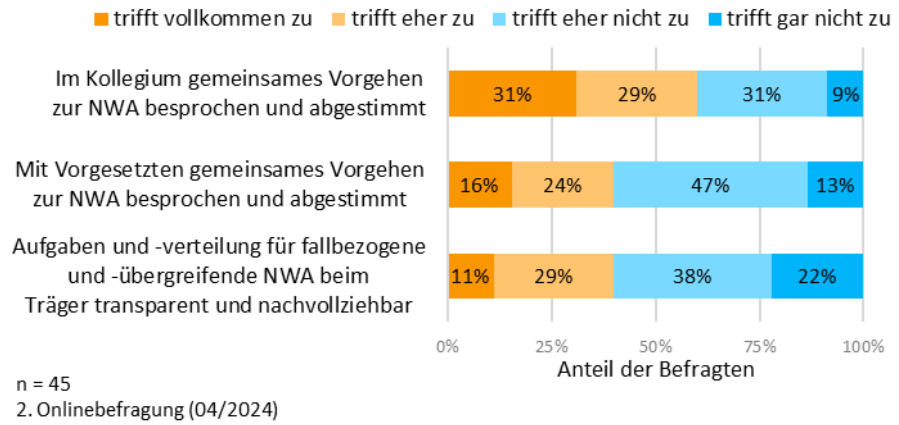


1. Onlinebefragung (02/2023)

Weitere Erkenntnisse zur Umsetzung der Netzwerkarbeit im Rahmen des Modellprojekts bzw. Fallmanagements liefert die zweite Onlinebefragung der FM-Fachkräfte zum Ende der Implementierungsphase. Die große Mehrheit der FM-Fachkräfte (89 %: trifft vollkommen/eher zu) hat sich im Rahmen des Modellprojekts für ihr regionales Zuständigkeitsgebiet einen Überblick zu fallbezogenen Netzwerk- und Kooperationspartnern verschafft und bereits Versicherte an regionale oder kommunale Beratungs-, Hilfe- und Vermittlungsangebote weitervermittelt (87 %: trifft vollkommen/eher zu). Kontakte zu neuen fallbezogenen Netzwerkpartnern konnten etwa 68 % der FM-Fachkräfte aufbauen (trifft zu/eher zu).



Während jedoch auf Ebene der individuellen Fallarbeit die Netzwerkarbeit von den FM-Fachkräften als ein wesentlicher und integraler Bestandteil des Fallmanagements verstanden und eingeschätzt wird, bewerten sie die Umsetzung auf Organisations- bzw. Trägerebene kritischer. Demnach stimmen zwar insgesamt 60 % vollkommen oder eher zu, dass mit Teammitgliedern ein gemeinsames Vorgehen zur Netzwerkarbeit abgestimmt wurde, aber lediglich 40 %, dass dies auch mit Vorgesetzten erfolgt ist. Dementsprechend bewerten 60 % der FM-Fachkräfte die Aufgaben und Aufgabenverteilung hinsichtlich fallbezogener und -unabhängiger Netzwerkarbeit bei ihren Trägern als nicht transparent und nachvollziehbar. Dieses Ergebnis ist hervorzuheben, da im Rahmen des Fallmanagements Netzwerkarbeit eine wesentliche Führungsaufgabe darstellt. Transparente Aufgaben und Aufgabenverteilung in der Netzwerkarbeit sind daher ein wichtiger Indikator für eine gelungene organisationale Einbindung von Fallmanagement.



Die Bewertung der FM-Fachkräfte zur Umsetzung der Netzwerkarbeit auf Trägerebene werden durch die Ergebnisse der Interviews mit Führungskräften bestätigt und ergänzt (n = 17). Die qualitative Auswertung zum Thema Netzwerkarbeit hat in erster Linie deutlich gemacht, wie heterogen das Handlungsfeld Netzwerkarbeit bei den einzelnen Rentenversicherungsträgern verstanden und umgesetzt wird. Daher lassen sich hierzu kaum übergreifende oder vergleichbare Erkenntnisse generieren. Leitungskräfte berichten zwar häufiger (n = 7), dass sich die externe Vernetzung und Netzwerkarbeit im Rahmen des Projekts bei ihrem Träger weiterentwickelt hat, es bleibt jedoch meist offen in welchem Umfang.

Der größte Verdienst des Modellprojekts bzw. von Fallmanagement hinsichtlich Netzwerkarbeit scheint demnach zu sein, dass bei den Rentenversicherungsträgern ein (stärkeres) Bewusstsein dafür entstanden ist, dass Netzwerkarbeit und -bildung über die klassischen und bereits vor dem Projekt bestehenden Rehabilitationsnetzwerke (insbesondere mit Leistungserbringern) hinausgeht und eigene Aktivitäten und Formate erfordern. Die in verschiedenen Regionen durchgeführten Netzwerktreffen zum Kennenlernen und Austausch mit potenziellen bzw. neuen Netzwerkpartnern werden von Leitungskräften in dieser Hinsicht als erste wichtige Schritte wahrgenommen.

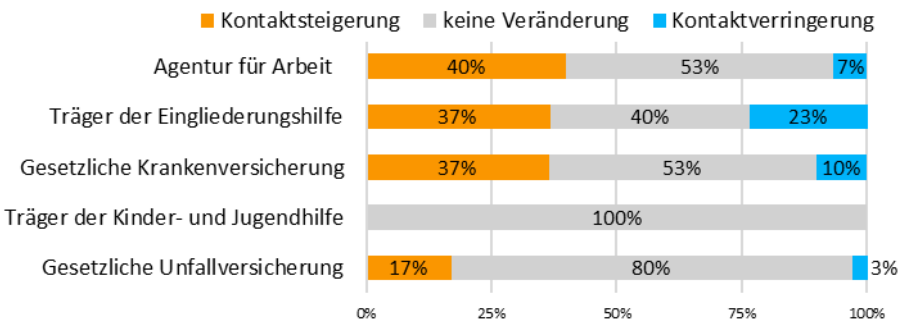
Eine der wenigen übergreifenden Erkenntnisse ist, dass im Projektverlauf Netzwerkarbeit vor allem fallbezogen umgesetzt wurde und die fallübergreifende Netzwerkarbeit weniger im Fokus stand.

Dies wird insbesondere auch mit den sich sehr stark unterscheidenden Rahmenbedingungen in den Modellregionen bzw. bei den dort verorteten Rentenversicherungsträgern begründet. In ländlich geprägten Regionen wird die fallbezogene Netzwerkarbeit auch deshalb als besonders zielführend bewertet (n = 5), weil – anders als in Großstädten wie Berlin, Dresden oder München – kaum fallübergreifende Netzwerkstrukturen vorhanden sind, an die angeknüpft werden könnte.

Als besonders bedeutsam für den Netzwerkaufbau bzw. die Pflege betrachten die Leitungskräfte den persönlichen Kontakt und Austausch mit (potenziellen) Netzwerkpartnern. Dementsprechend wird konstatiert, dass die durchgeführten Netzwerktreffen in den Regionen von den teilnehmenden Netzwerkpartnern sehr positiv aufgenommen wurden. Ferner wird ein ‚guter regionaler Überblick' der zuständigen FM-Fachkräfte über Netzwerkstrukturen als besonders wertvoll und wichtig für den Aufbau und die Weiterentwicklung externer Netzwerke bewertet.

Im Rahmen der Onlinebefragungen wurden die FM-Fachkräfte außerdem nach ihren Kontakten mit weiteren Trägern der Rehabilitation gefragt. Besonders stark ausgeprägt unter den FM-Fachkräften ist der Kontakt mit der Agentur für Arbeit. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt 2024 haben 59 % der 46 Befragten angegeben regelmäßig und 30 % manchmal in Kontakt zur AfA zu stehen. Der Kontakt zu den Trägern der Eingliederungshilfe ist deutlich geringer ausgeprägt als der zur AfA. Der Kontakt zu den gesetzlichen Krankenversicherungen war 2024 überwiegend eher selten (39 %) oder nicht vorhanden (30 %). Mit Abstand am geringsten war im Jahr 2024 der Kontakt zu den Trägern der Kinder- und Jugendhilfe und der Gesetzlichen Unfallversicherung. Kontakt mit Trägern der Kriegsopferversorgung/-fürsorge haben nur vier FM-Fachkräfte angegeben.

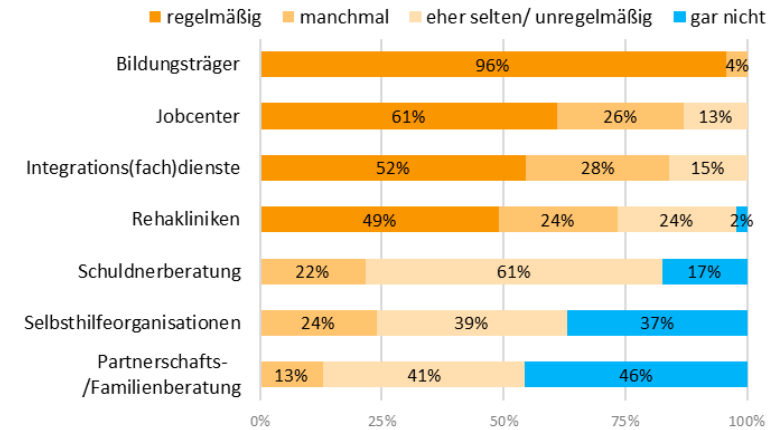
Da sowohl in der ersten als auch der zweiten Erhebung nach der Kontakthäufigkeit mit den anderen Trägern der Rehabilitation gefragt wurde, kann ein Zeitvergleich vorgenommen werden, um Veränderungen im Projektverlauf zu untersuchen. Der Vergleich der Antworten der 30 FM-Fachkräfte, die in beiden Befragungen Angaben gemacht haben, zeigt bei jeweils rund 40 % eine Kontaktsteigerung mit der Agentur für Arbeit, Trägern der Eingliederungshilfe und den Krankenkassen, für 17 % (n = 5) auch mit den Unfallkassen. Bei diesen Trägern gab es gleichzeitig jedoch bei einigen wenigen FM-Fachkräften eine Kontaktverringerung, wobei dies nur eine Person bei den Unfallkassen, zwei bei den Agenturen für Arbeit und drei bei den Krankenkassen betrifft, aber immerhin sieben (23 %) bei den Trägern der Eingliederungshilfe. Möglicherweise handelt es sich hierbei aber nur um den Vergleich zweier Momentaufnahmen, da kein fester Zeitraum in der Frage vorgegeben war.



n = 30
Vergleich 1. (02/2023) und 2. Onlinebefragung (04/2024)

Bei der ersten Onlinebefragung konnten in einem Freitextfeld Hürden in der Zusammenarbeit mit den weiteren Trägern der Rehabilitation angegeben werden. Die offenen Angaben wurden für die Auswertung kategorisiert. 30 FM-Fachkräfte haben dazu geantwortet. Über die weiteren Rehabilitationsträger hinweg wurden Datenschutz und Datenverarbeitung (n = 20) sowie unklare Zuständigkeiten (n = 14) als häufigste Hürden genannt.

Darüber hinaus wurden die FM-Fachkräfte nach weiteren Netzwerk- und Kooperationspartnern im Fallmanagement gefragt. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt im Jahr 2024 war der Kontakt mit Bildungsträgern bei den Befragten besonders stark ausgeprägt (96 % regelmäßig), gefolgt von Jobcentern (61 % regelmäßig), Integrationsfachdiensten (52 % regelmäßig) und Rehakliniken (49 % regelmäßig). Der Kontakt zu Schuldnerberatung, Partnerschafts- und Familienberatung sowie Selbsthilfeorganisationen war überwiegend eher selten oder bestand gar nicht.



n = 46
2. Onlinebefragung (04/2024)

Schließlich wurden die FM-Fachkräfte nach der Quantität und Qualität ihrer Arbeitgeberkontakte im Fallmanagement gefragt. Es ist zu beachten, dass über die Hälfte der an der Begleitstudie teilnehmenden Versicherten zu Beginn des Fallmanagements arbeitslos waren und daher keinen Arbeitgeber hatten. Nahezu die Hälfte der Befragten (46 %) gibt an, bei bis zu einem Drittel ihrer Fälle enger mit Arbeitgebern zusammengearbeitet zu haben, 35 % (n = 16) bei ein bis zwei Drittel ihrer Fälle. 18 % der Befragten (n = 8) hatten bislang bei keinem ihrer Fälle Arbeitgeberkontakt. Insgesamt wird die Zusammenarbeit mit Arbeitgebern von den 37 FM-Fachkräften, die Kontakte mit Arbeitgebern hatten, sehr positiv bewertet (49 %: sehr gut/gut). Lediglich zwei FM-Fachkräfte beurteilen die Zusammenarbeit als eher schlecht. Die Antwortkategorien schlecht und sehr schlecht wurden nicht gewählt. Hinsichtlich der Zusammenarbeit mit Arbeitgebern wurden die FM-Fachkräfte nach förderlichen und hemmenden Faktoren gefragt. 29 Befragte beantworteten die Frage mit Freitext. Als besonders förderlich wurde es erlebt, wenn persönliche Gespräche mit Arbeitgebern geführt werden können. Ferner werden gute Ergebnisse mit den Arbeitgebern insbesondere aufgrund der Fördermöglichkeiten der Rentenversicherung wie den Eingliederungszuschuss erzielt (n = 14). Wichtig sei es zudem, finanzielle Zusagen zu geben und dann auch einzuhalten (n = 6). Als Hürden in der Kooperation mit Arbeitgebenden nennen die FM-Fachkräfte besonders die Umsetzung von Mitarbeitenden im Betrieb (n = 20). Oftmals fehlen alternative betriebsinterne Tätigkeiten (n = 10) oder es besteht wenig Interesse die Mitarbeitenden umzusetzen (n = 6) und/oder weiter zu beschäftigen (n = 8). Teilweise fehlt es auf der Arbeitgeberseite auch am Verständnis für die gesundheitlichen Einschränkungen der Mitarbeitenden.

2.15 Beratungspfade

Anknüpfend an das bio-psycho-soziale Modell der ICF wurden im Rahmen des KiT-Modellprojekts Beratungspfade erarbeitet. Bei speziellen, sich in Reha-Prozessen wiederkehrend als hemmend zeigenden Rahmenbedingungen können Interventionsempfehlungen in Form von Beratungspfaden Anhaltspunkte für eine effektive und effiziente Teilhabeplanung darstellen. Beratungspfade visualisieren beispielhaft sinnvolle Vorgehensweisen, geben Hinweise auf zu klärende Fragen und verweisen auf bundesweit tätige sowie regionale Netzwerkpartner, die Angebote zur jeweiligen Problemlage vorhalten. Es wurden fünf häufig auftretende Fallsituationen mit bestimmten hemmenden Kontextfaktoren:

- unklares oder unsicheres Arbeitsverhältnis,
- kein Beschäftigungsverhältnis,
- finanzielle Problemlage,
- bestehende Abhängigkeitserkrankung oder
- eine psychische oder psychosomatische Erkrankung, die den Rehabilitationsprozess behindert,

herausgearbeitet, für die jeweils ein Beratungspfad modelliert wurde.

Im Laufe des Projekts wurden in der Fachgruppe weitere Problemfelder identifiziert, die im Nachgang zum Projekt intensiver betrachtet werden sollten. Hierbei handelt es sich im Besonderen um

Versicherte mit Sprachbarrieren und Versicherte, die ihre Angehörigen betreuen bzw. pflegen sowie um Versicherte, die von Wohnungslosigkeit betroffen oder bedroht sind.

Die gemeinsam entwickelten Beratungspfade, die von der Bedarfserkennung und der Zuweisung bis zur Nachsorge reichen, haben den Vorteil, dass bei bestimmten Zielgruppen komplexe Fallgestaltungen, die derzeit eines intensiven Fallmanagements bedürfen, in Zukunft aufgrund bewährter Strukturen und Prozesse bei höherer Effektivität und Effizienz einen geringeren Aufwand erfordern. In dem Maße, in dem für schwierige Fallkonstellationen spezialisierte Beratungspfade entwickelt und vorgehalten werden, kann davon ausgegangen werden, dass der Ressourcenaufwand für das individuelle Fallmanagement reduziert werden kann.

Allerdings muss festgehalten werden, dass sich trotz der beobachteten Muster bei den Vorgehensweisen, ein äußerst heterogenes Feld an lokalen und regionalen Besonderheiten gezeigt hat. Auch bei sehr ähnlichen Fallgestaltungen unterschieden sich die Vorgehensweisen mitunter bis auf die lokale Ebene hinunter, abhängig davon, welche FM-Fachkräfte federführend tätig waren. Die Fachgruppe einigte sich deshalb schließlich darauf, dass die Beratungspfade durch regionale Spezifika ergänzt werden sollen.

Über die reinen Beratungspfade und erläuternden Informationen hinaus, wurde eine (exemplarische) Sammlung von jeweils bundesweit tätigen als auch regional angesiedelten Behörden, Ansprechstellen und Dienstleistern angelegt. Ergänzend dazu wurden die FM-Fachkräfte der beteiligten Modellregionen gebeten, vorhandene Kontaktlisten lokaler Netzwerkpartner zur Verfügung zu stellen, die systematisch erfasst und in einer gemeinsamen Kontaktdatenbank abgelegt wurden.

Die Verknüpfung der Beratungspfade mit der Kontaktdatenbank ist als ein im Zuge des Modellprojekts KiT entwickelter Prototyp anzusehen.

2.16 Zusammenfassung

Die Ergebnisse belegen, dass Versicherte mit einem komplexen gesundheitlichen Unterstützungsbedarf erreicht wurden und an einem auf den individuellen Bedarf zugeschnittenen Fallmanagement teilgenommen haben, wenn auch nicht im angestrebten Umfang. Darüber hinaus wird deutlich, dass die Versicherten mehrheitlich mit der Qualität des Fallmanagements und der persönlichen Begleitung durch die FM-Fachkraft (sehr) zufrieden waren. Es finden sich Hinweise darauf, dass das Fallmanagement sowohl einen wichtigen Beitrag zur Wiederherstellung und Sicherung von Arbeitsfähigkeit und Erwerbstätigkeit als auch zur Reduktion von Teilhabeeinschränkungen und der Verbesserung des seelischen Befindens in einer hoch belasteten Bevölkerungsgruppe leisten kann. Die Weiterbildung zur FM-Fachkraft wurde umgesetzt und die am Projekt beteiligten Reha-Beratenden gemeinsam auf Basis eines entwickelten Curriculums geschult. Das Konzept Fallmanagement wird von Führungskräften und FM-Fachkräften überwiegend sehr positiv bewertet. Die Ergebnisse zur intraorganisationalen Zusammenarbeit und die Gesamtbewertung der Implementierung weisen jedoch auf eine noch nicht ausreichende Implementierung und organisationale Einbindung von Fallmanagement bei etwa einem Drittel der beteiligten Rentenversicherungsträger hin. Für die Zugangswege kann konstatiert werden, dass der interne Zugangsweg über die Rehafachberatung funktioniert. Der externe Zugang über die medizinischen Reha-Einrichtungen wurde als schwierig, aber ausbauwürdig, insbesondere mit Blick auf Frühzeitigkeit und Nahtlosigkeit bewertet. Der Prozess und die Kommunikation müssen jedoch anders gestaltet werden. Der Zugang über das Job-Center konnte nicht erfolgreich etabliert werden. Im Projekt wurden modellhaft für fünf Fallgestaltungen Beratungspfade entwickelt. Die fallbezogene Netzwerkarbeit konnte ausgebaut werden und Aktivitäten zur fallübergreifenden Vernetzung wurden durchgeführt. Insgesamt zeigt sich, dass die Netzwerkarbeit noch großes Entwicklungspotenzial hat. Zu berücksichtigen ist hierbei die regional sehr heterogene Versorgungslandschaft, die ein trägerübergreifendes standardisiertes Vorgehen erschwert und, in Abhängigkeit von den Bedingungen in der Region, unterschiedlichen Ressourceneinsatz erfordert.

3 Erkenntnisse zu den innovativen (Teil-)Ansätzen und deren Wirkungen

Die Adressierung von komplexem gesundheitlichem Unterstützungsbedarf fokussiert auf Versichertengruppen mit Mehrbelastungen, die bisher in der Rehabilitation nicht optimal versorgt werden und häufig das Rehabilitationsziel (berufliche Wiedereingliederung bzw. RTW) nicht erreichen. Dieser Personenkreis konnte im KiT-Projekt adressiert werden. Die Einschränkungen der Teilhabe sind bei der KiT-Stichprobe zu Beginn des Fallmanagements im Vergleich zu anderen rehabilitationsbezogenen Stichproben deutlich erhöht. Aus den in der KiT-Stichprobe festgestellten Beeinträchtigungen ergibt sich ein vergleichsweise hoher Bedarf in verschiedenen Lebens- und Teilhabebereichen. Darüber hinaus gibt etwa ein Drittel der befragten Versicherten zu Beginn des Fallmanagements ihren Gesundheitszustand als sehr schlecht oder schlecht und 56 % als mittelmäßig an.

Fallmanagement ist in der Regel nicht wegen einer spezifischen Erkrankung oder Beeinträchtigung erforderlich, sondern meist aufgrund einer Mehrfachbelastung durch umweltbezogene Kontextfaktoren, die häufig auch mit einer psychischen Störung oder Beeinträchtigung einhergehen. Hieraus resultiert ein komplexer Rehabilitations- und Teilhabebedarf, der eine koordinierte Steuerung der Leistungen und ein entsprechendes regionales/kommunales Leistungserbringernetzwerk erfordert.

Zentrale Indikatoren zur Bemessung des Erfolgs von Fallmanagement sind Arbeitsfähigkeit und Berufstätigkeit. Die Wiederherstellung und der Erhalt der Arbeitsfähigkeit und Berufstätigkeit der Versicherten werden durch KiT wesentlich unterstützt. Eine monokausale Verbindung zwischen Fallmanagement und RTW ist im Projekt nicht nachweisbar. Die erreichten Versichertengruppen zeigen hohe und mehrdimensionale Belastungen, was zu einer erhöhten Fallkomplexität führt. Fallmanagement greift die multiplen Bedarfe ganzheitlich auf, so dass angenommen werden kann, dass Fallmanagement einen Anteil an den positiven Veränderungen unter anderem im Hinblick auf RTW hat. Die gemessene Verbesserung der Teilhabeeinschränkungen ist ein weiterer Hinweis für die Leistungsfähigkeit von Fallmanagement. Bedeutsam ist auch, wie die Leistungsempfänger das neue Angebot bewerten. Fachliche und methodische Qualität werden ausgesprochen hoch eingeschätzt, was die Potenziale der Maßnahme unterstreicht.

Der Aufwand für das Fallmanagement hängt von mehreren Faktoren ab. Die im Projekt durchgeführten Erhebungen bestätigen die Annahme, dass ein funktionsfähiges Fallmanagement der Einbettung in interne und externe „Care“-Strukturen bedarf. So zeigt sich, dass die fallbezogene Arbeit zur fallübergreifenden Tätigkeit etwa im Verhältnis 75 % zu 25 % steht. Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass der (Zeit-)Aufwand nach Fallschwere variiert. Relevante interne und externe Akteure werden insbesondere bei hochkomplexen Fallkonstellationen hinzugezogen. Schließlich hängt der Steuerungsaufwand im Einzelfall von den vorhandenen Vernetzungsstrukturen und von der Einrichtung bzw. Entwicklung von Beratungspfaden ab. Der aktuelle Personalbedarf sollte über eine Personalbemessung in der Rehafachberatung und die zu erwartenden Fallzahlen abgeschätzt und regelhaft überprüft werden. Für das erforderliche zusätzliche Personal sind Weiterbildungskapazitäten entsprechend des in KiT erarbeiteten Curriculums vorzusehen. Ein weiterer wichtiger Aspekt der Ressourcenplanung besteht darin, dass die systematische Netzwerkbildung explizit zum Aufgabenspektrum der FM-Fachkräfte gehört und folglich aufwandsbezogen berücksichtigt werden muss. Ferner ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass Netzwerkarbeit nicht nur für die FM-Fachkräfte eine wichtige Tätigkeit darstellt, sondern auch für die jeweils zuständigen Abteilungs- bzw. (Fach-)Bereichsleitung. Dabei bezieht sich diese Aufgabe einerseits auf bereits bestehende Netzwerke bspw. mit Leistungsanbietern, andererseits auf den systematischen und strukturierten Aufbau von Kooperationen mit anderen Rehabilitations- bzw. Sozialleistungsträgern. Für diese Tätigkeiten sowie für Qualitätssicherungsaktivitäten müssen ausreichend zeitliche Ressourcen vorgesehen werden.

Die wesentlichen Handlungselemente des Fallmanagements wurden, trotz teils starker Unterschiede in den organisatorischen und personellen Ausgangs- und Rahmenbedingungen, bei den am Modellprojekt beteiligten Rentenversicherungsträgern in vergleichbarer Weise umgesetzt. Sowohl aus der Sicht der befragten FM-Fachkräfte als auch aus der Perspektive der Führungskräfte wird Fallmanagement als Instrument bzw. Konzept personenzentrierter Vorgehensweise überwiegend positiv sowie als lohnend und sinnvoll für die Versicherten eingeschätzt. Zudem wird Fallmanagement vor dem

Hintergrund des gesetzlichen Beratungsauftrags der Deutschen Rentenversicherung als wichtiger Baustein zur Stärkung der Rehafachberatung angesehen.

Die praktische Umsetzung des fünfphasigen Fallmanagement-Regelkreises erfolgte, in Abhängigkeit von den Erfahrungen der FM-Fachkräfte, den organisatorischen und sachlichen Rahmenbedingungen sowie der regionalen Ausgangssituation der jeweiligen Rentenversicherungsträger, in unterschiedlich intensiver Weise.

Die diesen Regelkreis strukturierenden, auf Basis der ICF gemeinsam entwickelten Instrumente (Bedarfsermittlung, Teilhabe-/Rehaplan und Abschlussdokumentation) werden in der Umsetzung von Fallmanagement von allen FM-Fachkräfte eingesetzt. Gleichwohl konnte im Projekt festgestellt werden, dass Umfang und Qualität, der jeweils in den Instrumenten erfassten Daten und qualitativen Einschätzungen zwischen den FM-Fachkräften sehr unterschiedlich und verbesserungsbedürftig sind.

Mit Blick auf die Digitalisierung der Fallmanagement-Prozesse geht insbesondere aus der Befragung der FM-Fachkräfte hervor, dass die fehlende Integration fallmanagementspezifischer Leistungsprozesse in die digitale Umgebung der Rentenversicherungsträger ein Hemmnis für eine reibungslose Implementierung des Fallmanagements darstellt. Vor allem die im Rahmen des Modellprojekts entwickelten Instrumente konnten bei keinem der beteiligten neun Träger in ausreichendem Umfang in die digitale Umgebung integriert werden, was die Dateneingabe und -pflege teils erheblich erschwerte.

Auf der fachlichen und organisatorischen Ebene der am Modellprojekt beteiligten Rentenversicherungsträger geht die Einführung von Fallmanagement aus Sicht der befragen FM-Fachkräfte und Führungskräfte sowohl mit positiven als auch negativen Veränderungen einher:

Vor allem von den FM-Fachkräften wird positiv hervorgehoben, dass im Rahmen des Fallmanagements zielgenauer und flexibler auf die Problemlagen der Versicherten eingegangen wird und diese umfassender beraten und begleitet werden können. Zudem ermöglicht Fallmanagement sowohl in der eigenen Organisation als auch in der Zusammenarbeit mit externen Netzwerkpartnern, Rehabilitationsprozesse effektiver zu gestalten und zu steuern. Auch aus Sicht des überwiegenden Teils der Führungskräfte hat die Einführung des Fallmanagements zu einer teilweise deutlich höheren Beratungsqualität geführt. Insbesondere aus Sicht einzelner Führungskräfte geht mit der Einführung von Fallmanagement trägerintern ein positiv zu bewertender Bewusstseinsbildungs-, Diskussions- und Reflexionsprozess im Hinblick auf den Beratungsauftrag und dessen konkrete Umsetzung einher.

Mit der Umsetzung von Fallmanagement wurden bei den Rentenversicherungsträgern teils auch problematische und hemmende Prozesse in der innerorganisatorischen Zusammenarbeit deutlich.

Die Gesamtbewertung der trägerspezifischen Umsetzung von Fallmanagement in die Organisationsstrukturen der Rentenversicherung durch die FM-Fachkräfte fällt daher durchwachsen aus: Während rund 60 % der Befragten die Implementierung und organisatorische Einbindung beim eigenen Träger als eher gut bis sehr gut bewerten, beurteilen rund 40 % diese eher kritisch.

Für die erfolgreiche Implementierung von Fallmanagement werden in den quantitativen und qualitativen Befragungen der FM-Fachkräfte und der Führungskräfte vor allem folgende Voraussetzungen bzw. Anforderungen genannt, die im Rahmen des Verstetigungsprozesses berücksichtigt werden sollten:

- Angemessene bzw. ausreichende personelle und finanzielle Ressourcen für die Durchführung von Fallmanagement
- Umfassende (normative) Verankerung des Fallmanagements in den Organisationsstrukturen der Rentenversicherungsträger
- Anpassung der Aufbau- und Ablauforganisation der Rentenversicherungsträger in Hinblick auf die fachlichen Anforderungen des Fallmanagements
- Praxisbezogene Digitalisierung der fallmanagementbezogenen Leistungs- und Dokumentationsprozesse
- Klärung der Zuständigkeiten und Aufgabenverteilung vor allem in Bezug auf die (fallbezogene und fallübergreifende) Netzwerkbildung zwischen Führungskräften und FM-Fachkräften
- Stärkere Einbeziehung der regionalen Ausgangs- und Rahmenbedingungen vor allem in Hinblick auf die jeweils vorfindbaren und nutzbaren Angebotsstrukturen

- Regelmäßiger und verbindlicher Austausch zwischen den FM-Fachkräften und den Führungskräften zur konkreten Durchführung von Fallmanagement

Um das Fallmanagement auf Einzelfallebene umzusetzen, ist dieses zunächst von der Organisation selbst, d. h. dem jeweiligen Rentenversicherungsträger, als eine wesentliche Aufgabe im Bereich der Rehabilitation zu definieren. Mit der normativen Verankerung wird die Verantwortlichkeit für den Aufbau, die Verwirklichung, die Aufrechterhaltung und die fortlaufende Verbesserung des Fallmanagements auf der Organisationsebene der Rentenversicherungsträger festgelegt. Zudem erfordert die erfolgreiche Verstetigung von Fallmanagement eine zielführende Anpassung der bestehenden Strukturen und Vorgehensweisen innerhalb einer Organisation. Eine bewusste Entscheidung der obersten Führungsebene für das Fallmanagement ist unabdingbar. In diesem Sinne ist es zentral, dass von Seiten der obersten Führungsebene eine positive Haltung zum Fallmanagement vertreten und die Umsetzung aktiv unterstützt wird, wie auch bei anderen organisationalen Veränderungsprozessen. Neben der normativen Verankerung und Aufnahme in die Führungsaufgaben ist das Fallmanagement in die Aufbau- und Ablauforganisation des Rentenversicherungsträgers zu integrieren. Dabei müssen die Rentenversicherungsträger grundsätzlich entscheiden, welches Fallmanagementmodell sie implementieren wollen (siehe 4.1).

Auf Ebene der Ablauforganisation bietet es sich an, das Fallmanagement als einen Geschäftsprozess im Bereich der Rehabilitation aufzunehmen. Mit Blick auf die Implementierung und Verstetigung des Fallmanagements sollten dabei vor allem folgende Kernprozesse berücksichtigt werden:

- Zuweisung und Aufnahme in das Fallmanagement
- Ermittlung und Feststellung des Fallmanagementbedarfs
- Planung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe
- Steuerung und Begleitung des Fallmanagementprozesses
- Evaluation und Qualitätssicherung des Fallmanagements

Bei diesen Kernprozessen ist darauf zu achten, dass die relevanten Schnittstellen zu bestehenden, angrenzenden Prozessen definiert und abgebildet werden. Dies betrifft neben der Antragsbewilligung und der sozialmedizinischen Prüfung in besonderer Weise die Zuweisung, die verschiedenen Fallmanagementphasen und die sich daraus ergebenden Aufgaben.

Zur Ablauforganisation gehört auch die Berücksichtigung des Fallmanagements in den Unterstützungsprozessen wie vor allem der Personalplanung, der Planung von Weiterbildungen, der Öffentlichkeitsarbeit und der Qualitätsentwicklung.

Im Rahmen fundierter Qualitätssicherungsmaßnahmen sollte das Fallmanagement aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet und neben dem RTW auch weitere wichtige, prozessbezogene Indikatoren berücksichtigt werden. Auf Ebene des Einzelfalls ist der Verlauf jedes durchgeführten Fallmanagements in Hinblick auf die Zielerreichung und die Maßnahmen-Planung zu evaluieren. Als Erhebungsgrundlage dienen die Fallmanagement-Routineinstrumente (Bedarfsermittlung, Reha- und Teilhabeplanung sowie Abschlussdokumentation). Folgende Qualitätsindikatoren werden für die Fallebene vorgeschlagen:

- Erreichung der Teilhabeziele in den Lebens- und Teilhabebereichen
- Reduzierung von Reha-/Teilhabeproblemen
- Erhöhung von Ressourcen
- Reduzierung/Wegfall/Unabhängigkeit von Transferleistungen
- Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit
- Wiedereingliederung in das Erwerbsleben
- Zufriedenheit und subjektiver Nutzen der versicherten Personen
- Bewertung des Fallmanagementprozesses insgesamt aus Versichertenperspektive und
- Berücksichtigung von Wünschen und Bedürfnissen der versicherten Personen.

Diese Evaluation sollte von der zuständigen FM-Fachkraft am Ende des Fallmanagements durchgeführt werden. Die zu diesem Zeitpunkt noch nicht messbaren Indikatoren sollten im Rahmen der Versicherten-Befragung zu einem späteren Zeitpunkt erhoben werden. Jährliche statistische Auswertungen sind ein wesentlicher Teil der Qualitätssicherungsmaßnahmen und des (Fach)Controllings auf der Organisationsebene mit Blick auf die Dimensionen Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität. Über Indikatoren sollten bspw. die Fachkompetenz, der Case Load, die Kontaktaufnahme, die Zusammenarbeit im Netzwerk oder die Teilhabeerfolge abgebildet werden.

Die Ergebnisse der Qualitätssicherung bilden die Grundlage kontinuierlicher Verbesserung. Es wird vorgeschlagen, einen jährlichen Qualitätsentwicklungsworkshop mit den FM-Fachkräften durchzuführen. Dort werden die Qualitätssicherungsergebnisse vor dem Hintergrund der Praxiserfahrungen reflektiert und Hinweise auf Verbesserungsbedarf identifiziert. Zur Festigung und Weiterentwicklung des trägerübergreifenden Fallmanagements erscheint es sinnvoll, dass alle beteiligten Rentenversicherungsträger nach Beendigung des KiT-Modellprojekts ihre Erfahrungen mit dem Fallmanagement austauschen und die oben genannten Qualitätskennzahlen jährlich vergleichen. In trägerübergreifend zusammengesetzten Arbeitsgruppen können überregionale Verbesserungspotentiale realisiert und die Lösungen allen Beteiligten zur Verfügung gestellt bzw. zur Weiterentwicklung des Fallmanagementkonzeptes genutzt werden.

Mit Blick auf die Netzwerkbildung, die im Rahmen des Fallmanagements sowohl die Zusammenarbeit mit langjährigen Netzwerkpartnern als auch den Aufbau neuer Kooperationsbeziehungen mit für das Fallmanagement relevanten Akteuren betrifft, sieht der größte Teil der FM-Fachkräfte die fachliche Notwendigkeit den Kontakt zu neuen Netzwerkpartnern aufzubauen, um den teils komplexen Bedarfslagen der Versicherten gerecht zu werden. Im Verlauf des Modellprojekts hat sich deshalb die überwiegende Zahl der FM-Fachkräfte für ihr regionales/kommunales Zuständigkeitsgebiet, anknüpfend an bestehende Kontakte, einen vertieften Überblick vor allem zu weiteren fallbezogenen Kooperationspartnern verschafft und dazu u. a. Netzwerklisten erstellt. Auch die in den vier Modellregionen vereinzelt stattgefundenen Netzwerktreffen haben zu einer besseren Kenntnis der vor Ort tätigen (potenziellen) Netzwerkpartner beigetragen.

Wie Befunde der Evaluation zeigen, verfügten die FM-Fachkräfte in der Anfangsphase des KiT-Projekts trägerübergreifend erwartungsgemäß meist über langjährige Kooperationsbeziehungen zu Rehabilitationskliniken, Berufsförderungswerken, freien Bildungsträgern, Beruflichen Trainingszentren, Inklusions- bzw. Integrationsämter sowie Werkstätten für Menschen mit Behinderungen. Im Verlauf des Modellprojekts konnte mit Blick auf die konkrete Umsetzung des Fallmanagements insbesondere die fallbezogene Zusammenarbeit zu Jobcentern, Sucht- und Schuldnerberatungsstellen oder anderen Angeboten der psychosozialen Versorgung entweder neu aufgebaut oder vertieft werden. Allerdings verlief diese Zusammenarbeit unterschiedlich ausgeprägt. Bei einem Teil der FM-Fachkräfte herrscht noch eine stark auf herkömmliche LTA-Leistungen fokussierte Sichtweise bei der fallbezogenen Zusammenarbeit mit anderen Akteuren vor. Umfänglichere fallbezogene Kooperationsbeziehungen zu anderen Rehabilitationsträgern – wie durch das BTHG/SGB IX im Rahmen der Teilhabeplanung gewünscht – bestehen auf Basis der Befragungsergebnisse der FM-Fachkräfte in erster Linie zu den Agenturen für Arbeit. In Bezug auf die Träger der Eingliederungshilfe, die Gesetzlichen Krankenkassen und die Unfallkassen konnte im Rahmen von KiT nur eine eher geringe bzw. punktuelle Zusammenarbeit beobachtet werden, die allerdings im Projektverlauf geringfügig ausgebaut werden konnte.

Vor diesem Hintergrund ist es wenig überraschend, dass im Rahmen von KiT nur in einer geringen Zahl von Fällen eine rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit im Sinne des BTHG/SGB IX zwischen verschiedenen Rehabilitationsträgern stattgefunden hat.

Trägerübergreifend kann auf Basis der Evaluationsergebnisse konstatiert werden, dass es den im Projekt beteiligten Rentenversicherungsträgern bisher nur sehr punktuell gelungen ist, sich auf regionaler bzw. kommunaler Ebene an fallunabhängigen Netzwerken (wie Gesundheitskonferenzen, Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften oder vergleichbarer Gremien) zu beteiligen bzw. diese für eine Weiterentwicklung einer leistungsanbieter- und leistungsträgerübergreifenden Kooperation zu nutzen. Dabei ist es den an KiT beteiligten Rentenversicherungsträgern erwartungsgemäß eher in Großstädten als in ländlich strukturierten Regionen gelungen, an fallübergreifenden Netzwerken mitzuarbeiten.

Ein großer Verdienst des KiT-Modellprojekts besteht darin, dass bei den Rentenversicherungsträgern ein (stärkeres) Bewusstsein dafür entstanden ist, dass die fallbezogene und fallübergreifende Netzwerkarbeit über die bereits bestehenden Kontakte zu langjährigen Kooperationspartnern ausgedehnt werden muss und eigene Initiativen erfordert. Die in den vier Modellregionen dazu durchgeführten Netzwerktreffen wurden in dieser Hinsicht als erste wichtige Schritte wahrgenommen.

Daraus ergeben sich für die Verstetigung folgende Empfehlungen:

Auf Seiten der Rentenversicherungsträger muss der grundsätzliche Wille vorhanden sein, gemeinsam mit anderen Organisationen Netzwerkstrukturen zu entwickeln. Zugleich muss die Bereitschaft

bestehen, Strukturen, Prozesse und Aufgaben der eigenen Organisation mit Blick auf die Netzwerkbildung generell und die Erwartungen der Netzwerkpartner zu hinterfragen und anzupassen. Ziel sollte es dabei sein, die Netzwerkbildung als Handlungsansatz in der Organisationskultur der Rentenversicherungsträger zu verankern und zum integralen Bestandteil des Arbeitsalltags der Führungskräfte und der FM-Fachkräfte zu machen. Führungskräfte (Top down) und operativ tätige FM-Fachkräfte (Bottom up) sollten über das Know-how und ausreichende zeitliche Ressourcen für die Schaffung und Weiterentwicklung von Netzwerken verfügen. Dabei sollte eindeutig festgelegt werden, dass die FM-Fachkräfte vorrangig für die fallbezogene und die Führungskräfte für die fallunabhängige Netzwerkbildung zuständig sind. Insbesondere Führungskräfte sollten für sich Zeitkontingente für die Netzwerkbildung einplanen und den Aufbau von Kooperationsbeziehungen zu relevanten Netzwerkpartnern in Dienstbesprechungen regelmäßig mit den FM-Fachkräften besprechen.

Zur Intensivierung der fallbezogenen Netzwerkbildung sollten organisatorische und personelle Maßnahmen in Angriff genommen werden, um neue Kooperationspartner zu gewinnen. Dabei könnte sich die Rekrutierung relevanter Netzwerkpartner für das Fallmanagement beispielhaft an folgenden Fragestellungen orientieren:

- Welche Akteure sollten aufgrund gesetzlicher und politischer Vorgaben in die fallbezogene Zusammenarbeit einbezogen werden?
- Welche Akteure sind – gemessen an den (komplexen) Unterstützungsbedarfen der Versicherten – für das fallbezogene Netzwerk (zwingend) erforderlich?
- Welche Akteure bringen ein besonderes Leistungsspektrum mit, das für eine fallbezogene Zusammenarbeit besonders wichtig ist?
- Welche Akteure haben bereits Interesse signalisiert, fallbezogen zu kooperieren?
- Mit welchen Akteuren bestehen bereits aus den vergangenen Jahren positive Kooperationserfahrungen?

Parallel dazu sollte recherchiert werden, ob in den regionalen Zuständigkeitsbereichen der Rentenversicherungsträger bereits fallbezogene Netzwerke bestehen, die mit Blick auf die Umsetzung von Fallmanagement von den FM-Fachkräften genutzt werden können. Dabei handelt es sich um unterschiedliche Formate von Fall- oder Hilfeplankonferenzen sowie Informations-, Austausch- und Fachgremien, wie Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften, kommunale Gesundheitskonferenzen, in denen je nach Zielgruppe und Region/Kommune unterschiedliche Akteure u. a. (teil-)stationäre und ambulante Leistungserbringer, Beschäftigte kommunaler Ämter, Vertretungen Betroffener und Selbsthilfe, repräsentiert sind.

Sollte eine Analyse zu dem Ergebnis kommen, dass in den jeweiligen Zuständigkeitsbereichen der Rentenversicherungsträger noch keine fallbezogenen Netzwerke bestehen, sollten diese unter Einbeziehung der vorhandenen und neu zu gewinnender Netzwerkpartner gemeinsam nach und nach entwickelt werden. Zugleich stellt die Durchführung unterschiedlicher Formen von Fallkonferenzen mit verschiedenen Akteuren ein wichtiges Instrument fallbezogener Zusammenarbeit dar.

In bestehenden fallbezogenen Netzwerken sollten vorrangig die FM-Fachkräfte mitwirken, die dafür entsprechende Ressourcen erhalten und in der Wahrnehmung dieser Aufgabe von den Führungskräften ihrer Rentenversicherungsträger unterstützt werden.

Die Beratungspfade mit den verknüpften Informationen zu Angeboten, Netzwerkpartnern bis hin zu lokalen Ansprechpersonen unterstützen FM-Fachkräfte zielführend darin, Versicherten mit einem komplexen gesundheitlichen Hilfe- und Unterstützungsbedarf, ein auf deren individuelle Situation abgestimmtes Fallmanagement, das alle erforderlichen Leistungen zur Teilhabe koordiniert, anzubieten. In Kenntnis erprobter und als zielführend erkannter Handlungsoptionen können unter Berücksichtigung der Wünsche der Versicherten Rehabilitationsprozesse effizient und effektiv und für alle Beteiligten transparent und nahtlos geplant werden. Weiterhin besteht durch die Beratungspfade eine gewisse Standardisierung der Prozesse, so dass die Akteure das Fallmanagement unter Berücksichtigung der regionalen/kommunalen Besonderheiten in bewährter Weise so weit wie möglich vergleichbar umsetzen, wobei die Unterschiede bei der regionalen/kommunalen Umsetzung transparent und nachvollziehbar dargestellt sind

Durch die Beratungspfade, deren Nutzung und die dadurch generierte Routine wird erreicht, dass die Rentenversicherungsträger mit weiteren Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern regelhaft ohne hemmende Barrieren zusammenarbeiten können. Vor diesem Hintergrund wird vorgeschlagen, dass von der Deutschen Rentenversicherung eine bundesweit agierende, alle Träger

berücksichtigende Stelle eingerichtet wird, die mit der Weiterentwicklung und Pflege des Tools Beratungspfade beauftragt wird. Weiterhin müssen Verantwortliche bei den einzelnen Trägern benannt werden, die sich in den jeweiligen Regionen um eine regelmäßige Aktualisierung der Daten kümmern. Dazu gehört neben der Pflege der Ansprechpartner in der Kontaktdatenbank auch die Weiterentwicklung bestehender und die Modellierung neuer Beratungspfade, insofern sich entsprechende Muster in der Routine des Fallmanagements ergeben. Hierzu sollten in regelmäßigen Abständen entsprechende Workshops angeboten werden, in denen Erfahrungen ausgetauscht, konsentiert und entsprechend gesichert werden. Diese Form des Wissensmanagements stellt eine Maßnahme der Qualitätssicherung im Kontext von Rehabilitation und Teilhabe dar und trägt zur Optimierung des Systems der sozialen Sicherung bei.

Es ist aber ebenso denkbar, dass im Sinne einer rechtskreisübergreifenden Zusammenarbeit mit weiteren Trägern der Rehabilitation, wie der Krankenversicherung, der Arbeitslosenversicherung, der Eingliederungshilfe oder der Gesetzlichen Unfallversicherung, eine auf übergeordneter Ebene realisierte Lösung für alle im Kontext von Rehabilitation und Teilhabe tätigen FM-Fachkräfte geschaffen wird. Als verantwortliche Stelle käme hierfür beispielsweise die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) in Frage. So könnte perspektivisch ein umfassendes, den Prozess der Rehabilitation in seiner gesamten Komplexität unterstützendes Tool entstehen, das auch bei Zuständigkeit mehrerer Rehabilitationsträger in einem Teilhabeplanverfahren Barrieren in der Zusammenarbeit abzubauen hilft.

Akteure, mit denen eine regelhafte Zusammenarbeit stattfindet bzw. in Angriff genommen werden soll, stellen wichtige Mitglieder fallunabhängiger Netzwerke dar. Bei dieser Art der Netzwerkpartner bietet es sich an, übergreifende Vereinbarungen (ggf. in Schriftform) zur Art und Weise der Kooperation zu treffen. Diese Netzwerkpartner sollten mit dem Konzept des Fallmanagements bei Leistungen zur Teilhabe vertraut sein. Sie spielen sowohl hinsichtlich der Einzelfallsteuerung als auch in der Zusammenarbeit im Netzwerk eine wichtige Rolle. In derartigen Netzwerk-(Verbünden) können auch für bestimmte Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen Beratungspfade (weiter-)entwickelt werden, die eine leitlinienorientierte Vorgehensweise für diese Gruppen beschreiben.

Es können zumindest zwei Ausgangssituationen unterschieden werden: Zum einen kann der zuständige Rentenversicherungsträger selbst die Bildung eines Netzwerkes initiieren und dabei die Funktion einer koordinierenden Stelle einnehmen. In dieser Funktion würde ihm i. d. R. auch die Organisation des Netzwerks obliegen. Dies könnte z. B. über bilaterale Kooperationsvereinbarungen mit jedem Netzwerkpartner geschehen. Zum anderen besteht aber auch die Möglichkeit, dass vertretende Personen der Rentenversicherungsträger Mitglied in bestehenden regional ausgerichteten Netzwerken sind bzw. werden und dabei die bereits existierenden Kooperationsbeziehungen zwischen den beteiligten Akteuren nutzen.

Eine erfolgreiche Netzwerkarbeit mit anderen Rehabilitations- bzw. 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 können unter den Rehabilitationsträgern im Sinne des § 6 Abs. 1 SGB IX Absprachen zu einer trägerübergreifenden Zusammenarbeit geschlossen werden. Um deren operative Umsetzung zu gewährleisten, sollten diese auf regionaler/kommunaler Ebene durch entsprechende (schriftliche) Vereinbarungen konkretisiert werden. Wesentliche Inhalte könnten sich auf folgende Aspekte beziehen

- Definition gemeinsamer Ziele, Zielgruppen und Leistungen
- Gewährleistung einer kurzfristigen Erreichbarkeit und fester Ansprechpersonen
- Vereinbarung von Rückmeldefristen
- Vereinbarung von Vorgehensweisen zur Einhaltung des Datenschutzes
- Festlegung von Dokumentations- und Evaluationsroutinen
- Kooperation und Vernetzung mit Leistungserbringern

Die fallunabhängige Vernetzung mit Leistungserbringern betrifft in erster Linie häufig auftretende Teilhabe- und Unterstützungsbedarfe sowie häufig nachgefragte Leistungsgruppen. Bei der Auswahl und Zusammensetzung dieser Netzwerkvariante ist neben der fachlichen Kompetenz auch darauf zu achten, dass die Partner personelle Ressourcen für die Qualitätssicherung und die erfahrungsbasierte Weiterentwicklung des Netzwerkes einbringen können. Bei Leistungserbringern, mit denen im Rahmen der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation enger 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:

- Aufnahmefristen (Antrittslaufzeit)
- feste Ansprechpersonen
- Verwendung einheitlicher Dokumente bzw. Festlegung einer Regelung, welche Dokumente in der trägerübergreifenden Zusammenarbeit verwendet werden
- regelmäßige Reha-/Teilhabeplan-Gespräche, ggf. Teilhabekonferenzen
- regelmäßige Evaluation der Zusammenarbeit

Je nach Zielgruppe des Fallmanagements können von den Rentenversicherungsträgern aufgrund von Erfahrungen der wissenschaftlichen Begleitung aus anderen Untersuchungen und Projekten beispielhaft u. a. folgende Gremien, Arbeitsgemeinschaften oder Arbeitskreise generell für eine fallunabhängige Netzwerkarbeit genutzt werden, die sich meist sowohl an Rehabilitations- bzw. Leistungsträger als auch an Leistungserbringer richten:

- sogenannte Regionale Planungskonferenzen/Regionalkonferenzen (ggf. für unterschiedliche Zielgruppen zuständig)
- Kommunale Gesundheitskonferenzen und/oder Arbeitsgruppen (ggf. für unterschiedliche Zielgruppen zuständig)
- Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften/Gemeindepsychiatrische Verbünde (insbesondere für die Zielgruppe psychisch und/oder suchtkranker Menschen zuständig)
- Arbeitsgemeinschaften/Arbeitskreise zu unterschiedlichen Zielgruppen wie suchtkranke, wohnungslose und arbeitslose Menschen.

Durch die Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention und das in Kraft treten des BTHG/SGB IX hat ein Paradigmenwechsel stattgefunden. Im Kontext der Rehabilitation steht nicht mehr vorrangig die Behebung von Struktur- und Funktionsstörungen im Mittelpunkt. Vielmehr geht es im Sinne der ICF und des durch das BTHG/SGB IX neugefassten Behinderungsbegriffs, um die selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Die damit verbundene Notwendigkeit einer umfassenden und personenzentrierten Bedarfsermittlung und -feststellung unter Einbezug relevanter Kontextfaktoren und darauf basierend einer individuellen Ziel- und Maßnahmenplanung erfordert insbesondere in komplexen Fallkonstellationen eine professionelle Steuerung und Koordination einer rechtskreisübergreifenden Leistungserbringung.

Wie das Modellprojekt KiT gezeigt hat, ist hier auch für die Rehabilitation das Fallmanagement ein insgesamt zielführender und erfolgreicher Handlungsansatz. Dieser lässt sich jedoch nicht von heute auf morgen in der Praxis bzw. im Regelgeschäft umsetzen, sondern erfordert bei den umsetzenden Rentenversicherungsträgern vor allem eine darauf ausgerichtete Anpassung personeller und organisationsinterner Strukturen und Prozesse und ebenso eine entsprechende Haltung und ein Bewusstsein.

4 Verstetigung vor Ort

4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung

Die Verstetigung von Fallmanagement durch die Deutsche Rentenversicherung ist grundsätzlich über verschiedene Wege denkbar.

Hierbei sind zunächst die rechtlichen Grundlagen zu berücksichtigen. Fallmanagement ist bisher keine im SGB VI oder SGB IX definierte Leistung für die Rentenversicherung. Auch in den Sozialgesetzbüchern der anderen Rehabilitations- bzw. Sozialleistungsträgern wird Fallmanagement nicht explizit aufgegriffen. Lediglich in SGB XIV Soziale Entschädigung werden die Leistungen des Fallmanagements unter § 30 beschrieben. Die Rentenversicherung kann nach aktuellem Gesetzesstand (Stand 18.12.2025) Fallmanagement selbst durch eigenes Personal als Verwaltungsverfahren erbringen. Die Finanzierung erfolgt über die Verwaltungs- und Verfahrenskosten. Alternativ kann Fallmanagement als sonstige Leistung zur Teilhabe nach § 31 Absatz 1 Nr. 1 SGB VI erbracht werden. In diesem Fall kann die Leistungserbringung durch externe Anbieter erfolgen. Die Finanzierung sonstiger Leistungen zur Teilhabe erfolgt über das Rehabilitationsbudget der Rentenversicherung. Das Erbringen von Fallmanagement als sonstige Leistung zur Teilhabe ist jedoch an die Bedingung geknüpft, dass sowohl die versicherungsrechtlichen als auch die persönlichen Voraussetzungen des Versicherten erfüllt sein müssen. Dies schränkt die Möglichkeit, Fallmanagement als Leistung zur Verfügung zu stellen, mit Blick auf den Zeitpunkt und die Zielgruppe ein.

Der Gesetzgeber hat am 12. August 2025 den Referentenentwurf des Gesetzes zur Anpassung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vorgelegt, der u.a. die explizite gesetzliche Verankerung von Fallmanagement im SGB VI vorsieht. Der Bundestag hat am 6. November 2025, den Gesetzentwurf der Bundesregierung „zur Anpassung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (SGB-VI-Anpassungsgesetz) beschlossen. Da das Gesetzgebungsverfahren zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen ist, muss die weitere Entwicklung abgewartet werden.

Ausgehend vom aktuellen gesetzlichen Rahmen sind drei Optionen denkbar: Fallmanagement als Verwaltungsverfahren intern zu erbringen oder als sonstige Leistung zur Teilhabe mit den oben genannten Einschränkungen extern erbringen zu lassen oder eine Kombination aus internem und externem Modell zu wählen.

Ein Vorteil des internen Modells besteht darin, dass mit der Nutzung und Weiterentwicklung des Fallmanagement-Ansatzes die Teilhabe-Beratung durch die Rentenversicherung weiter professionalisiert, stärker an der Person und ihrem Bedarf ausgerichtet und individualisiert werden kann. Darüber hinaus wird über das interne Modell eher eine unmittelbare und effektive Steuerung der Fälle sichergestellt.

Das Projekt hat verdeutlicht, dass bei einer internen Verortung von Fallmanagement das Verhältnis zur Rehafachberatung zu klären ist. So ist denkbar, dass Fallmanagement und Rehafachberatung in einem Gesamtansatz verknüpft werden. Dies bedeutet, dass alle Rehafachberatenden für das Fallmanagement zu qualifizieren sind. Alternativ können Rehafachberatung und Fallmanagement als zwei getrennte Geschäftsprozesse umgesetzt werden, die von unterschiedlichen Mitarbeitenden mit unterschiedlichen Qualifikationen durchgeführt werden. In diesem Fall müssen die Schnittstellen zwischen beiden Prozessen beschrieben werden, z. B. bedarfsbezogener Wechsel des Versicherten von der Rehafachberatung ins Fallmanagement und umgekehrt. Auch zu berücksichtigen ist, dass es bei der Variante der Spezialisierung besonders herausfordernd sein kann, ein flächendeckendes Angebot im Sozialraum des Versicherten sicherzustellen.

Ein Vorteil des externen Modells ist in der Möglichkeit zu sehen, für Versichertengruppen mit Bedarfen, die sehr spezifische Kompetenzen erfordern, geeignete und ressourcenschonende Angebote zu schaffen. Darüber hinaus kann über das externe Modell flexibler auf Bedarfsschwankungen reagiert werden und damit besser eine nahtlose Leistungserbringung sichergestellt werden. Hierbei muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Fallverantwortung weiterhin beim Rehabilitationsträger verbleibt, Schnittstellen nach extern entstehen und Ressourcen für Aufgaben wie Zulassung und Leistungsabrechnung eingeplant werden müssen.

Die dritte Option, beide Modelle zu kombinieren, bringt die Vorteile der Flexibilität bei Mengenschwankungen und das bedarfsbezogene Hinzuziehen von Spezialkompetenzen sowie das Sicherstellen der internen Beratungskompetenzen und die interne Steuerungshoheit mit sich, fordert gleichzeitig aber auch eine gut abgestimmte Schnittstellenarbeit und mehr Unterstützungsprozesse ein.

4.2 Verstetigung im eigenen Rentenversicherungsträger

4.2.1 Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

Die Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd führt das Fallmanagement nach Ende des Modellprojekts intern als gesonderten Geschäftsprozess innerhalb der Teams Reha-Fachberatung weiter. Externes Fallmanagement bleibt wenigen Spezialfällen mit besonderen Bedarfslagen vorbehalten. Ab Anfang 2026 wird Fallmanagement als Pilotprojekt und flächendeckendes Angebot im örtlichen Zuständigkeitsbereich ausgerollt. Die hierfür erforderliche Anzahl an Mitarbeitenden hat die Weiterbildung zu FM-Fachkräften bereits abgeschlossen. Für die übergreifende Koordination und fallunabhängige Netzwerkarbeit werden zusätzliche Personalkapazitäten vorgehalten. Im Rahmen der Pilotierung soll ein Workshop zu den Praxiserfahrungen durchgeführt werden sowie anschließend eine Personalbemessung vor einer Überführung in das Regelgeschäft.

4.2.2 Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

Die Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg verfügt bereits seit 2018 über ein Reha-Fallmanagement-Konzept. Wie die Deutsche Rentenversicherung Bund, wird auch die Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg das Fallmanagement nach Ende des Modellvorhabens "KiT" als internes Modell (Schwerpunkt: Leistungsgruppe LTA) in Form eines Gesamtansatzes aus Reha-Fachberatung und Fallmanagement fortführen, und zwar zunächst am Standort Berlin - zuständig für die Region Berlin und angrenzende Regionen im Umland -, da ihr hier schon die für die Durchführung und Anwendung des Fallmanagements erforderlichen qualifizierten Fachkräfte zur Verfügung stehen. Um die Betreuung der bereits ins Fallmanagement aufgenommen Versicherten auch nach dem Ende des Modellvorhabens "KiT" weiter qualitativ gut sicher stellen zu können, wird von den am Standort Berlin tätigen Reha-Fachberater*innen / Fall-Manager*innen schon seit dem 01.07.2025 verstärkt (auch) auf ein externes Fallmanagement (Maßnahmen nach § 45 SGB II / sog. Coachings) zurückgegriffen.

Die im Land Brandenburg an mehreren Standorten tätigen Reha-Fachberater*innen nehmen bereits seit dem 18.08.2025 sukzessive an der Weiterbildungsmaßnahme "Fallmanagement in der Rehabilitation" (Abschluss: Erwerb eines allgemein gültigen Zertifikats als Fallmanager*in in der Deutschen Rentenversicherung mit gleichzeitiger Anerkennung als Case Manager*in (DGCC)) teil. Nach derzeitiger Planung ist davon auszugehen, dass das Fallmanagement spätestens 30.06.2026 flächendeckend in der gesamten Region Berlin-Brandenburg durchgeführt werden kann.

Im Rahmen des Fallmanagements bietet die Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg zudem bereits seit dem 01.07.2023 ein externes und eine Mischform aus externem und internem Fallmanagement "light" an. Bei dem externen Fallmanagement handelt es sich um ein "Fallmanagement während oder nach Leistungen zur medizinischen Rehabilitation" durch das Berufsförderungswerk Berlin-Brandenburg (BFW BB), das vom BFW BB seit dem 01.01.2024 als Regelleistung angeboten und von beim BFW als Fallmanager*innen tätige Mitarbeiter*innen durchgeführt wird.

Die Mischform (externes und internes Fallmanagement "light") kommt dann zum Tragen, wenn das Ziel des "Fallmanagements während oder nach Leistungen zur medizinischen Rehabilitation" - die Koordination des Übergangsprozesses von medizinischen Rehabilitation (LMR) zur beruflichen Rehabilitation (LTA) - erreicht ist (hier endet die Zuständigkeit des Fallmanagements im / beim BFW BB), im Einzelfall aber im Anschluss daran noch eine weitergehender Unterstützungsbedarf der Versicherten / Rehabilitanden im Hinblick auf die berufliche Wiedereingliederung gegeben ist, wofür ausnahmslos die Fallmanager*innen der Deutschen Rentenversicherung Berlin-Brandenburg zuständig sind.

Beide Formen des Fallmanagements beabsichtigt die Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg auch zukünftig fortzuführen.

Eine trägerinterne Entscheidung, ob und inwieweit die Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg neben den vorgenannten drei Formen des Fallmanagements zukünftig für die Durchführung des Fallmanagements auch auf externe Anbieter mit zurückgreifen wird, steht vorbehaltlich der weiteren gesetzlichen Entwicklungen noch aus.

4.2.3 Deutsche Rentenversicherung Bund

Die Deutsche Rentenversicherung Bund führt Fallmanagement nach Ende des Modellvorhabens KiT zunächst als internes Modell in Form eines Gesamtansatzes aus Rehaberatung und Fallmanagement an den Standorten weiter, an denen qualifizierte FM-Fachkräfte zur Verfügung stehen. Zudem werden sukzessive bis zum Jahr 2028 alle Rehaberatenden der Deutschen Rentenversicherung Bund zu FM-Fachkräften weitergebildet. Darüber hinaus unterstützt die Deutsche Rentenversicherung Bund die rentenversicherungsträgerübergreifenden Aktivitäten, die unter 5. beschrieben werden. Die Entscheidung über die Inanspruchnahme externer Anbieter für die Durchführung von Fallmanagement steht noch aus. Hier sind die weiteren Entwicklungen (siehe 5.) abzuwarten.

4.2.4 Deutsche Rentenversicherung Hessen

Für die Einführung eines Fallmanagements bei der DRV Hessen dient das zum 30.06.2025 abgeschlossene rehapro Projekt „Kit“ als Rahmen, um die bei diesem Projekt gemachten Erfahrungen, die entwickelten Instrumente und die gewachsenen Beratungspfade in die Implementierung einfließen zu lassen. Neben dem Projekt „Kit“ ist der Reha-Fachberatungsdienst der DRV Hessen mit weiteren Projekten betraut, die im Rahmen eines umfassenden Fallmanagements zusammengefasst werden, da immer die gleiche Zielgruppe der Versicherten mit einer oder mehreren besonderen (problematischen) Bedarfslagen tangiert ist. Hierbei ist es erforderlich, alle Reha-Fachberater zeitnah als Fallmanager weiter zu qualifizieren. Die Inanspruchnahme externer Anbieter für die Durchführung von Fallmanagement ist zunächst nicht vorgesehen.

4.2.5 Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland

Bei der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland wird auf der Grundlage des bundesweiten Rahmenkonzeptes ab 2026 ein Umsetzungskonzept erstellt werden, um mit der Implementierung des Fallmanagements zu starten. Im Zuge der Konzepterstellung werden zusätzlich zu den wissenschaftlichen Ergebnissen aus dem rehapro Modellprojekt KiT auch erste Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Begleitstudie BEiFall des internen Projektes „Fallmanagement nach med. Reha“, welches innerhalb der DRV Mitteldeutschland in Zusammenarbeit mit den mitteldeutschen Berufsförderungswerken seit 2024 umgesetzt wird, einfließen. Die DRV Mitteldeutschland engagiert sich darüber hinaus aktiv in rentenversicherungsübergreifenden Aktivitäten u. a. der Projektgruppe Fallmanagement (PGFMB) zum Thema Fallmanagement.

4.2.6 Deutsche Rentenversicherung Nordbayern

Die Deutsche Rentenversicherung Nordbayern führt Fallmanagement nach Ende des Modellvorhabens KiT als internes Modell in Form eines Gesamtansatzes aus Rehafachberatung und Fallmanagement weiter. Die drei beteiligten Kliniken des Modellprojektes wurden informiert, dass die Zuweisung nach Projektende fortgeführt wird. Hinsichtlich der Indikationen gibt es keine Einschränkungen. Es wurden bereits zwei weitere Fallmanager ausgebildet. Die Weiterbildung weiterer Fallmanager:innen ist geplant. Derzeit ist die Inanspruchnahme externer Anbieter für das reguläre Fallmanagement nicht geplant, allerdings könnte es künftig bei besonders komplexen Fällen oder speziellen Zielgruppen das interne Fallmanagement unterstützen.

4.2.7 Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

Bei der DRV Rheinland-Pfalz wird auch nach der Projektlaufzeit die Weiterbildung der Rehafachberater*innen zu DGCC Fallmanager*innen fortgeführt. Ebenso wird nach dem Ende von rehapro KiT die Implementierung des Fallmanagements hausintern fortgesetzt. Im Zuge der Zuweisung konnten zwei Einrichtungen für die Erprobung des künftigen Überleitungsbogen gewonnen werden. Während der Übergangsphase zwischen dem Projektende und der Verstetigung des Fallmanagements werden die Entwicklungen der Projektgruppe Fallmanagement und Begleitung (PGFMB) der DRV Bund verfolgt und in einem hausinternen Implementierungskonzept an die regionalen sowie hausspezifischen Bedarfe angepasst.

4.2.8 Deutsche Rentenversicherung Saarland

Die Deutsche Rentenversicherung Saarland strebt nach Abschluss des Modellvorhabens KiT die Einführung eines Fallmanagements als Angebot für Versicherte grundsätzlich an. Dabei ist vorgesehen das Fallmanagement als rein internes Angebot aus Reha-Fachberatung und Fallmanagement umzusetzen. In diesem Zusammenhang wurden bereits alle Reha-Fachberatende der Deutschen Rentenversicherung Saarland zu FM-Fachkräften weitergebildet. Im Rahmen der Verstetigung und Überführung von Fallmanagement in das Regelangebot werden die Erfahrungen und Erkenntnisse aus der Erprobung von Fallmanagement im Projekt genutzt sowie bereits bestehende Netzwerke zwischen Akteur*innen der Region weiter ausgebaut. In regelmäßigen Austauschformaten zwischen beteiligten Akteur*innen der Abteilungsleitung, Fallmanager*innen und Mitarbeitende aus anderen Abteilungen erfolgt die Abstimmung zur Umsetzung von Fallmanagement. Weitere fachliche und organisatorische Entscheidungen und die Planung zur Einführung von Fallmanagement in der Aufbau- und Ablauforganisation stehen aus. Hier sind die Entwicklungen zum Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung zum Fallmanagement nach Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie die gesetzlichen Entwicklungen abzuwarten.

4.2.9 Deutsche Rentenversicherung Schwaben

Die Deutsche Rentenversicherung Schwaben führt nach Ende des Modellprojektes Fallmanagement zunächst als internes Modell in Form eines Gesamtansatzes aus Rehafachberatung und Fallmanagement weiter. Es ist vorgesehen bzw. erfolgt bereits, alle Rehafachberatenden der Deutschen Rentenversicherung Schwaben und die direkten Führungskräfte sukzessive zu FM-Fachkräften zu qualifizieren. Nach der Entscheidung durch die Gremien der DRV zu einem Rahmenkonzept zum Fallmanagement im Übergang von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wird ein Umsetzungskonzept für die DRV Schwaben unter Einbezug der Erfahrungen aus dem Projekt erstellt werden. Die Entscheidung über die Inanspruchnahme externer Anbieter für die Durchführung von Fallmanagement steht noch aus.

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung

Die Erfahrungen der neun Verbundpartner aus der Erprobung von Fallmanagement im Projekt zeigen, dass die bundesweite Verstetigung eines internen Fallmanagements grundsätzlich möglich ist, wenn die organisatorischen und personellen Voraussetzungen, wie im Ergebnisband skizziert, von den jeweiligen Rentenversicherungsträgern dafür geschaffen werden, die regionalen Besonderheiten des Versorgungssystems sowie die trägerspezifischen Strukturen und Rahmenbedingungen zu berücksichtigen.

Für die Umsetzung eines in zentralen Punkten vergleichbaren Fallmanagements der Rentenversicherung spielt neben der gemeinsamen Weiterbildung die Entwicklung eines Rahmenkonzeptes eine wesentliche Rolle, um gemeinsame Anforderungen zu definieren und Eckpunkte festzulegen, die insbesondere mit Blick auf Schnittstellen zu Externen wie Leistungserbringern und Netzwerkpartnern aufwandsarme und transparente Prozesse ermöglichen. Die Deutsche Rentenversicherung hat im Jahr 2024 eine trägerübergreifende Projektgruppe Fallmanagement und Begleitung eingesetzt, die solch ein Rahmenkonzept entwickelt und die bundesweite Umsetzung von Fallmanagement auf Basis des Rahmenkonzeptes begleiten wird.

Literaturverzeichnis

Berwick, D. M., Murphy, J. M., Goldman, P. A., Ware, J. E., Barsky, A. J. & Weinstein, M. C. (1991). Performance of a five-item mental health screening test. Medical care, 29(2), 169–176.

Deck, R., Mittag, O., Hüppe, A., Muche-Borowski, C. & Raspe, H. (2011). IMET - Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe. https://doi.org/10.23668/psycharchives.6548

DGCC - Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e. V. (2020). Case Management Leitlinien: Rahmenempfehlung, Standards und ethische Grundlagen (2. Auflage). Case Management in der Praxis. medhochzwei Verlag. http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:31-epflicht-1757517

DeGEval - Deutsche Gesellschaft für Evaluation e. V. (2016). Standards für Evaluation: – Langfassung https://www.degeval.org/fileadmin/content/Z03_Publikationen/DeGEval-Standards/DeGEval-Standards_fuer_Evaluation.pdf

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2018). Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA): Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung (Sozialmedizin und Rehabilitation).

Egen, C. & Beyer, J. (2022). Rehabilitative Versorgungslücken in Deutschland: Eine kritische Bestandsaufnahme für den Bereich der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung. das Krankenhaus, 114(9), 761–770.

Egen, C., Busche, T., Bethge, M., Bassler, M. & Gutenbrunner, C. (2024). Ist das Konstrukt der Rehabilitationsfähigkeit in seiner Anwendung durch DRV und GKV ausgrenzend? Ein Diskussionsbeitrag. Die Rehabilitation, 63(2), 74–77. https://doi.org/10.1055/a-2263-2627

Heidemann, C., Scheidt-Nave, C., Beyer, A.-K., Baumert, J., Thamm, R., Maier, B., Neuhauser, H., Fuchs, J., Kuhnert, R. & Hapke, U. (2021). Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. https://doi.org/10.25646/8456

Kaluscha, R., Krischak, G., Schmid, L., Löcherbach, P, Rexrodt C. & Toepler, E. (2017). Konzept zum „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“ der Deutschen Rentenversicherung. Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung (ifr) an der Universität Ulm.

Mayring, P. (2017). Evidenztriangulation in der Gesundheitsforschung. KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 69(S2), 415–434. https://doi.org/10.1007/s11577-017-0464-z

Mayring, P. (2022). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken (13., überarbeitete Auflage). Beltz.

Monzer, M. (2024). Case Management Grundlagen (3. Auflage). Case Management in der Praxis. medhochzwei Verlag. https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=31534323

Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2014). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. RKI.

Rumpf, H. J., Meyer, C., Hapke, U & John, U. (2001). Screening for mental health: validity of the MHI-5 using DSM-IV Axis I psychiatric disorders as gold standard. Psychiatry research, 105(3), 243–253. https://doi.org/10.1016/s0165-1781(01)00329-8

Schienkiewitz, A., Kuhnert, R., Blume, M. & Mensink, G. B. (2022). Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland - Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. Vorab-Onlinepublikation. https://doi.org/10.25646/10292

Schreier, M. (2014). Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. Vorab-Onlinepublikation. https://doi.org/10.17169/fqs-15.1.2043 (Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, Vol 15, No 1 (2014).

Wendt, W. R. (2024). Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen (8. Aufl.). Lambertus Verlag. https://content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783784137421

6 Anlagen

6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt

Übersichtskasten

Projekttitel	Koordination individueller Teilhabe: Bedarfsermittlung und Leistungserbringung wie aus einer Hand
Akronym	KiT
Zuwendungsempfänger	Deutsche Rentenversicherung Bund
	Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg
	Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland
	Deutsche Rentenversicherung Nordbayern
	Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd
	Deutsche Rentenversicherung Schwaben
	Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz
	Deutsche Rentenversicherung Hessen
	Deutsche Rentenversicherung Saarland
Projektbeteiligte	Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover
	Deutsche Rentenversicherung Westfalen
	Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
	Deutsche Rentenversicherung Nord
	Deutsche Rentenversicherung Rheinland
	Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen
Förderaufruf	Erster Förderaufruf
Projektzeitraum	1.7.2020 bis 30.6.2025

6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis

15. Reha-Symposium des NRFB „Neue Wege zur Sicherung der Teilhabe - Förderprogramm rehapro - 19. - 20. Oktober 2023 Johannesbad Fachklinik Bad Füssing

Rexrodt, Christian: Zurechtfinden im Leistungsdschungel: Koordination individueller Teilhabe (KIT) (Vortrag)

33. Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium 18. - 20. März 2024 in Bremen

Satellitenveranstaltung auf dem Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium mit dem Titel "KiT-Fallmanagement - Vom Modellprojekt zur Verstetigung" (Toepler, Edwin; Vorsatz, Nadine)

Vorsatz, Nadine Vorsatz: Um was geht es? – Das Kit-Projekt im Überblick

Ehlen, Sebastian Ehlen: Wie ist der aktuelle Stand? – Ergebnisse und Hinweise der wissenschaftlichen Begleitung

Scheiblich, Sabine: Was bedeutet Fallmanagement in der Praxis? – Der Blickwinkel einer Fallmanagerin

Blaut, Tobias: Wie kann Fallmanagement verstetigt werden? – Der Blickwinkel der Organisation

Oliva, Hans; Blauert, Christian: Was ändert sich durch Fallmanagement in der Zusammenarbeit? – Der Blickwinkel der Netzwerkpartner

Ehlen, Sebastian Ehlen; Arenz, Milena: Implementierung von Fallmanagement bei neun Rentenversicherungsträgern: Ergebnisse der Onlinebefragung von Fallmanager*innen (t1)" (Vortrag)

Fachlicher Beitrag im Rahmen des "DGRW Update: Fallmanagement im SGB VI"

3. Tag der Patientenlotsen 10. Oktober 2024 in Berlin

Rexrodt, Christian: Impuls: „Grenzenlose“ Beratungspfade im Kontext des Fallmanagements bei Leistungen zur Teilhabe“(Vortrag)

Vorsatz, Nadine: Blick in die Praxis: Koordination individueller Teilhabe – Erkenntnisse aus dem DRV-Reha-Projekt KiT (Vortrag)

23. Europäischer Gesundheitskongress 10. – 11.Oktober 2024 in München

Blaut, Tobias: Koordination individueller Teilhabe (KiT) – Fallmanagement der Rentenversicherung (Vortrag)

34. Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium 18. - 20. März 2025 in Nürnberg

Satellitenveranstaltung: (R)evolution Fallmanagement – lessons learned and lessons to learn (Toepler, Edwin; Vorsatz, Nadine)

Konrad, Andreas Konrad: Die Personenzentrierung

Ratzinger, Beatrix Ratzinger: Frustrationen aushalten

Löcherbach, Peter: Einheit in Vielfalt

Oliva, Hans: Messen und Steuern

Rexrodt, Christian: Arbeiten im Netzwerk

Ehlen, Sebastian; Klinger Julia: Wie bewerten Rehafachberater:innen und Führungskräfte der Deutschen Rentenversicherung die Implementierung von Fallmanagement? Erkenntnisse aus retrospektiven Experteninterviews (Vortrag)

Fachtagung „Innovationsperspektiven beruflicher Rehabilitation in Zeiten der Polykrise“ Universität Duisburg-Essen 09. Mai 2025

Rexrodt, Christian: KiT – Koordination individueller Teilhabe Einführung von Fallmanagement bei den Trägern der Deutschen Rentenversicherung (Vortrag)

Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) 17. - 19. September 2025 in der Charité Berlin

Ehlen, Sebastian; Klinger, Julia: Implementation von Case Management bei der Deutschen Rentenversicherung – Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung zum Projekt KiT (Vortrag)

26. Rehabilitationswissenschaftliche Symposium der GfR e.V. und des BBMD: „Fallmanagement zur Förderung der beruflichen Wiedereingliederung“ 07. November 2025 in Halle

Vorsatz, Nadine: Fallmanagement der Deutschen Rentenversicherung - Erkenntnisse aus dem reha-pro Modellvorhaben KiT (Vortrag)

13. Reha-Symposium von vffr, Uni Lübeck und DRV Nord REHAvolution – Innovationen für die Zukunft der Rehabilitation 17. November 2025

Leauclair, Ina: Fallmanagement in der Rentenversicherung: Hype oder Gamechanger? (Vortrag)

6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen

Löcherbach, P., Ehlen, S., Arenz, M. & Oliva, H. (2022). Fallmanagement in der Rehabilitation. Wie die Rentenversicherung das Case Management nutzt und entwickelt. Case Management, 19 (4), S. 191-195.

Ehlen, S., Löcherbach, P., Oliva, H., Schmidt, S. (2024). Qualifizierung im Case Management im Bereich Rehabilitation. Case Management, 21 (2), S. 74-79.

Löcherbach, P., Oliva, H. & Toepler, E. & Rexrodt, C. (2025). Fallmanagement in der Rehabilitation – Welche Aufgaben hat eine Fallmanagementorganisation? Case Management 4/2025

Oliva, H, Ehlen, S., Klinger, J., Kirvel, S., Löcherbach, P., Toepler & E., Rexrodt, C. (2025) Umsetzung von Fallmanagement in der Deutschen Rentenversicherung unter besonderer Berücksichtigung der Netzwerkbildung. Nachrichtendienst des Deutschen Vereins

Ehlen S., Klinger J., Arenz M., Löcherbach P., Toepler E., Rexrodt C., Kirvel S. & Oliva H. (Under Review) Fallmanagement implementieren bei der Deutschen Rentenversicherung – Erkenntnisse aus der Prozessevaluation des Modellprojekts „KiT“. Die Rehabilitation

Impressum

Herausgeber:
Bundesministerium für Arbeit und Soziales
11017 Berlin

Stand: September 2026

Hier abonnieren Sie die Newsletter des BMAS: www.bmas.de/newsletter

Service für hörbeeinträchtigte und gehörlose Menschen:

E-Mail: info.gehoerlos@bmas.bund.de
Gebärdentelefon: www.gebaerdentelefon.de/bmas

Satz/Layout: neues handeln AG
Fotos: Alle Fotos wurden vom Projekt zur Verfügung gestellt.

Wenn Sie aus dieser Publikation zitieren wollen, dann bitte mit genauer Angabe des Herausgebers, des Titels und des Stands der Veröffentlichung

Gefördert durch:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

rehapro

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages