



Institut für
empirische
Soziologie
Nürnberg

3/2002

***„Case Management
zur Erhaltung von Arbeits- und
Ausbildungsverhältnissen
behinderter Menschen
(CMB)“***

**Erster Sachstandsbericht der wissenschaftlichen
Begleitung einer Modellinitiative der
*Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation***

Projektleitung:
Dr. Hendrik Faßmann
Dr. Rainer Wasilewski

Projektbearbeitung:
Doris Brader
Dr. Hendrik Faßmann
Christina Wübbecke

unter Mitarbeit von:
Julia Lewerenz
Daniela Mattern
Yuriko Inoue

MATERIALIEN

**ISSN 1616-6884 (Print)
ISSN 1618-6540 (Internet)**

Zitierweise:

Brader, Doris; Faßmann, Hendrik; Wübbecke, Christina (2002)
„Case Management zur Erhaltung von Arbeits- und Ausbildungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)“ – Erster Sachstandsbericht einer Modellinitiative der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, 3/2002, Nürnberg: IfeS

Redaktion: Dr. Rainer Wasilewski Marienstraße 2 90402 Nürnberg

© Jeder Nachdruck, jede Vervielfältigung (gleich welcher Art)
und jede Abschrift – auch auszugsweise – bedürfen
der ausdrücklichen Genehmigung des
Instituts für empirische Soziologie
an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Marienstraße 2 90402 Nürnberg
Telefon 0911 – 23 565 0, Fax 0911 – 23 565 50
<http://www.ifes.uni-erlangen.de>
e-mail: info@ifes.uni-erlangen.de

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Abbildungsverzeichnis	7
Übersichtenverzeichnis	7
Tabellenverzeichnis	8
Abkürzungen	8
1 Problemstellung	9
2 Case Management als Instrument zur klientenorientierten und integrierten sozialen Unterstützung Hilfebedürftiger	18
2.1 Case Management als Aufgabe zur Verknüpfung von Klient-, Dienstleistungs- und Finanzierungssystem	19
2.2 Der Prozeß des Case Managements	23
3 Das <i>BAR</i>-Konzept „Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)“ und die Anlage des Modellprojekts	26
3.1 Das CMB-Konzept der <i>Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation</i>	26
3.1.1 Anliegen, Adressaten und Abläufe	26
3.1.2 CMB-Organisationsformen	32
3.1.2.1 CMB durch die Arbeitsverwaltung oder andere Rehabilitationsträger („Reha-Träger-Modell“)	32
3.1.2.2 CMB durch „eingekaufte“ Träger („Einkaufsmodell“)	34
3.2 Ziele und Anlage des CMB-Modellprojekts	35
3.2.1 Ziele des Modellprojekts	35
3.2.2 Projektakteure: Beteiligte & Betroffene	36
3.3 Modellstandorte und Durchführungsorganisationen	38
3.3.1 Die Auswahl der Modellstandorte	38
3.3.2 Die Durchführungsorganisationen	41
4 Design der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts	47
4.1 Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung	48
4.1.1 Beitrag zur Qualitätssicherung und Verbesserung	48
4.1.2 Formative und summative Evaluation des Modellprojekts	52
4.2 Forschungsfragestellungen	58
4.2.1 Fragestellungen bezogen auf die Betriebe	58
4.2.2 Fragestellungen bezogen auf die Rehabilitanden	59
4.2.3 Fragestellungen bezogen auf die beteiligten Rehabilitationsträger	60
4.2.4 Fragestellungen bezogen auf die CMB-Stellen	60
4.3 Vorgehen	61
4.3.1 Formative Evaluation von Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität von CMB	61
4.3.2 Summative Evaluation von Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität von CMB	67
4.4 Einhaltung von Datenschutzvorgaben und Evaluationsstandards	70
4.5 Berichtlegung	71
5 Aktivitäten der Begleitforschung im Berichtszeitraum	72
5.1 Interne Vorbereitung der wissenschaftlichen Begleitung	72
5.2 Arbeitssitzungen im Berichtszeitraum	73
5.3 Eingangsinterviews an den CMB-Modellstandorten	76
5.4 Entwicklung eines Instrumentariums zur CMB-Dokumentation	77
5.5 Serviceleistungen für die CMB-Modellstandorte	88
5.5.1 Bereitstellung von Informationsmaterialien	88
5.5.2 Übermittlung CMB-relevanter Informationen	88
5.5.3 Einrichtung einer CMB-Mailing-Liste	89
5.6 Öffentlichkeitsarbeit, Teilnahme an Tagungen und sonstige Kontakte	90

	Seite
6	Ergebnisse
	92
6.1	Synoptische Übersicht über die wichtigsten Merkmale des CMB an den Standorten
	92
6.1.1	Standort 1: Einkaufsmodell
	93
6.1.2	Standort 2: Einkaufsmodell
	94
6.1.3	Standort 3: Einkaufsmodell
	96
6.1.4	Standort 4: Reha-Träger-Modell
	97
6.1.5	Standort 5: Einkaufsmodell
	98
6.1.6	Standort 6: Einkaufsmodell
	100
6.1.7	Standort 7: Einkaufsmodell
	101
6.1.8	Standort 8: Reha-Träger-Modell
	103
6.1.9	Standort 9: Reha-Träger-Modell
	104
6.1.10	Standort 10: Reha-Träger-Modell
	105
6.1.11	Standort 11: Einkaufsmodell
	107
6.1.12	Standort 12: Einkaufsmodell
	108
6.1.13	Standort 13: Reha-Träger-Modell
	110
6.1.14	Standort 14: Einkaufsmodell
	111
6.1.15	Standort 15: Einkaufsmodell
	112
6.1.16	Standort 16: Einkaufsmodell
	113
6.2	Wichtige Charakteristika der Projektimplementierung im Standortvergleich
	115
6.2.1	Die Projektinitiierung
	115
6.2.1.1	Die vom Arbeitsamt (mit-)finanzierten Projekte
	115
6.2.1.2	Die übrigen Projekte
	116
6.2.2	Die Beweggründe der Standorte zur Teilnahme am Modellprojekt
	117
6.2.2.1	Die Interessen der CMB durchführenden Rehabilitationsträger
	117
6.2.2.2	Die Interessen der CMB durchführenden Bildungsträger
	117
6.2.3	Die Partizipation der MitarbeiterInnen der CMB-Stellen an Projekteinführung und Konzeptentwicklung
	118
6.2.4	Die Finanzierung des CMB
	119
6.2.5	Die Personalausstattung der CMB-Stellen
	121
6.2.6	Vertraglich vereinbarte Fallzahlen und Freistellung
	123
6.2.7	Die Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit der CMB-Stellen zu Projektbeginn
	124
6.3	Merkmale der CMB-Konzepte im Standortvergleich
	125
6.3.1	Ziele und Aufgaben von CMB
	126
6.3.2	Zielgruppe und Auswahlkriterien
	126
6.3.3	Zugangswege
	127
6.3.4	Ablauf des CMB
	127
6.3.5	Nachbetreuung und Nachbefragung der KlientInnen
	130
6.3.6	Abschluß eines Falles
	130
6.3.7	Erfolgreiches CMB
	131
6.4	Die Kooperation der CMB-Stellen mit den Rehabilitationsträgern
	132
6.4.1	Kooperation der CMB-Stellen mit den Krankenkassen hinsichtlich des Zugangs von gesundheitlich beeinträchtigten Beschäftigten zum CMB
	132
6.4.2	Kooperation der CMB-Stellen mit den übrigen Rehabilitationsträgern
	133
6.5	Die bisherigen Probleme und positiven Entwicklungen an den Projektstandorten
	136
6.5.1	Probleme an den Projektstandorten
	136
6.5.2	Positive Entwicklungen an den Projektstandorten
	140
6.6	Aktuelle Fallzahlen der Projektstandorte
	141
6.7	Zusammenfassung und Diskussion
	142
7	Ausblick
	144
Literaturverzeichnis	149

Abbildungsverzeichnis		Seite
Abbildung 1	Prozeß-orientierte Grundsätze und Hindernisse im Rehabilitationsprozeß	10
Abbildung 2	Vorteile des Ausgliederungsverhinderungsmanagements	12
Abbildung 3	Verfahren bzw. Arbeitsweise des Ausgliederungsverhinderungsmanagements	14
Abbildung 4	Ökonomischer Ansatz der Wohlfahrtsproduktion	18
Abbildung 5	Aktions- und Konfliktfeld des Case Managers	20
Abbildung 6	Case Management als Verknüpfungsaufgabe	20
Abbildung 7	"Magisches Dreieck" der Kernfunktionen von Case Management	21
Abbildung 8	Phasen des Case Managements	23
Abbildung 9	Was ist Case Management?	25
Abbildung 10	Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen (CMB)	27
Abbildung 11	CMB-Auswahlkriterien der Krankenversicherung	29
Abbildung 12	Arbeitsverwaltungsrechtliche Voraussetzungen für CMB	29
Abbildung 13	Rentenversicherungsrechtliche Voraussetzungen für CMB nach §§ 10, 11 SGB VI	30
Abbildung 14	Möglicher CMB-Ablauf, Verhandlungsinhalte und Kooperationspartner	31
Abbildung 15	Ziele des CMB-Modellprojekts	36
Abbildung 16	CMB-Projektakteure: Beteiligte & Betroffene	37
Abbildung 17	CMB-Projektstandorte	39
Abbildung 18	Organisationsform des CMB nach Standorten	40
Abbildung 19	CMB-Durchführungsorganisationen	41
Abbildung 20	Aufgaben der CMB-Begleitforschung: Überblick	47
Abbildung 21	Funktionale Wirkungskette qualitätsrelevanter Kriterien zur Programmbeurteilung	49
Abbildung 22	Kriterien für CMB-Strukturqualität	50
Abbildung 23	Kriterien für CMB-Prozeßqualität	50
Abbildung 24	Kriterien für CMB-Ergebnisqualität	51
Abbildung 25	Evaluationskonzept der CMB-Begleitforschung	53
Abbildung 26	CMB-Evaluationskonzept: Summative Evaluation	53
Abbildung 27	CMB-Evaluationskonzept: Formative Evaluation	54
Abbildung 28	Funktionen der CMB-Begleitforschung	56
Abbildung 29	Arbeiten im Rahmen der formativen CMB-Evaluation	66
Abbildung 30	Besondere Leistungen der Begleitforschung im Rahmen der formativen CMB-Evaluation	66
Abbildung 31	Arbeiten im Rahmen der summativen CMB-Evaluation	70
Abbildung 32	Vereinbarung über Modalitäten der Zusammenarbeit zwischen den mit Case Management befaßten Personen und dem Evaluationsteam	78
Abbildung 33	Funktionen der CMB-Dokumentation	79
Abbildung 34	Dokumentation als Basis für die CMB-Wirksamkeitsanalyse	80
Abbildung 35	Forderungen an das CMB-Dokumentationssystem	81
Abbildung 36	Überblick über die CMB-Erhebungsunterlagen	83
Abbildung 37	Einverständniserklärung	84
Abbildung 38	CMB-Dokumentation: Ablaufschema	87
Abbildung 39	CMB-Probleme (Stand: März 2002)	137
Abbildung 40	Standortspezifisch positive Ergebnisse (Stand März 2002)	140
Abbildung 41	Anliegen und möglicher TeilnehmerInnen von CMB-Konferenzen	145
Abbildung 42	Planung von CMB-Konferenzen	146
Abbildung 43	Möglicher Ablauf einer CMB-Konferenz	147
Übersichtenverzeichnis		
Übersicht 1	Zentrale Merkmale der formativen und summativen Evaluation im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts	55
Übersicht 2	Übersicht über CMB-Dokumentationsformulare, Dokumentationsfunktionen und Erhebungszeitpunkte	85

Tabellenverzeichnis		Seite
Tabelle 1	Größenklassen von Betrieben	15
Tabelle 2	Größenstruktur der deutschen Unternehmen	16
Tabelle 3	Finanzierung der Modellprojekte an den Standorten (Stand: März 2002)	120
Tabelle 4	Personalausstattung der CMB-Stellen (Stand: März 2002)	121
Tabelle 5	Vereinbarung über die Anzahl zu betreuender Fälle und Freistellung der Case Manager (Stand: März 2002)	123
Tabelle 6	Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit der Standorte in der Anfangsphase des Modellprojekts (Stand: September/Oktober/ November 2001)	125
Tabelle 7	Zugangswege zum CMB (Stand: September/Oktober/ November 2001)	128
Tabelle 8	Kooperationsbeziehungen der Case ManagerInnen mit den Krankenkassen sowie dem MDK (Stand: Dezember/Januar 2001/2002)	134
Tabelle 9	Aktuelle Fallzahlen (Stand: März 2002)	142

Abkürzungen

ÄD	Ärztlicher Dienst
AA	Arbeitsamt
AGHfst	<i>Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Hauptfürsorgestellen</i>
AOK	<i>Allgemeine Ortskrankenkasse(n)</i>
AP	Arbeitserprobung
BA	<i>Bundesanstalt für Arbeit</i>
BAR	<i>Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation</i>
BayStMinAS	<i>Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen</i>
BBW	Berufsbildungswerk
BDA	<i>Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände</i>
BfA	<i>Bundesversicherungsanstalt für Angestellte</i>
BFW	Berufsförderungswerk
BG	Berufsgenossenschaft
BMA	<i>Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung</i>
C-Fall	Für CMB vorgesehener Klient
CMB	Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungs- und Ausbildungsverhältnissen behinderter Menschen
DAK	<i>Deutsche Angestelltenkrankenkasse(n)</i>
DGB	<i>Deutscher Gewerkschaftsbund</i>
HVBG	<i>Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften</i>
IAB	<i>Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit</i>
ifeS	<i>Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg</i>
IFD	Integrationsfachdienst
IKK	<i>Innungskrankenkasse(n)</i>
KK	Krankenkasse
LAA	Landesarbeitsamt
LVA	Landesversicherungsanstalt
MDK	<i>Medizinischer Dienst der Krankenkassen</i>
MDS	<i>Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen</i>
NIDMR	<i>National Institute of Disability Management and Research</i>
o.S.	ohne Seitenangabe
PD	Psychologischer Dienst
PRR-Maßnahme	Maßnahme „Praxisorientierte Reintegration von Rehabilitanden“
PSU	Psychologische Untersuchung
RehaAnglG	Rehabilitationsangleichungsgesetz
RTSC	Real Time Strategic Change
SB	Schwerbehinderte(n)
SchwBAG	Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter vom 16. Mai 2000
SGB	Sozialgesetzbuch
TB	Technischer Beratungsdienst
VDR	<i>Verband Deutscher Rentenversicherungsträger</i>
ZIB-Maßnahme	Maßnahme „Zurück in den Beruf“

1 Problemstellung

Behinderungen sind in den wenigsten Fällen angeboren, sondern drohen erst im Laufe des (Arbeits-)Lebens als Folge einer allgemeinen Krankheit einzutreten oder treten dann erst tatsächlich ein.¹ Gleichwohl richten sich die Bemühungen im Bereich der beruflich-sozialen Rehabilitation bisher beinahe ausschließlich darauf, Menschen² mit Behinderungen erstmalig in den Arbeitsmarkt zu integrieren, oder kommen zum Tragen, wenn eine Person aufgrund ihrer Behinderungen schon längerfristig nicht erwerbstätig war. Demgegenüber wird jenen Menschen bisher weniger Aufmerksamkeit gewidmet,³ deren bestehendes Beschäftigungsverhältnis infolge einer erstmals auftretenden Behinderung gefährdet ist oder durch das Fortschreiten einer bereits vorhandenen Behinderung die Berufstätigkeit beeinträchtigt wird⁴. Gerade solche Personen sind, wenn sie arbeitslos werden, in der Regel nur schwer in den allgemeinen Arbeitsmarkt reintegrierbar, und diese Schwierigkeiten nehmen mit der Dauer der Arbeitslosigkeit zu. Dies ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, daß

- der Wettbewerb auf dem Arbeits- und Ausbildungsmarkt eine berufliche Neuorientierung immer schwieriger macht,
- die Betroffenen überwiegend den älteren Jahrgängen angehören, die besonders schwer zu vermitteln bzw. an einem neuen Arbeitsplatz einzugliedern sind,
- ca. zwei Drittel dieser Personen aus einfacher gestalteten gewerblichen Vorberufen kommen und daher z.T. nur schwer beruflich um- oder neu zu qualifizieren sind,
- diesen sich häufig kumulierenden Schwierigkeiten zusätzlich immer höhere Anforderungen an die berufliche Handlungskompetenz gegenüber stehen.⁵

Hinzu treten Hemmnisse, die aufgrund von Besonderheiten des gegliederten Sozialversicherungssystems⁶ einer frühzeitigen, zügigen, kontinuierlichen, nahtlosen und integrierten Re-

¹ Vgl. Haines 1998: 833; Albrecht 1999: 1

² Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Rahmen der vorliegenden Abhandlung, abgesehen von geschlechtsneutralen Bezeichnungen, jeweils die männliche Form als *pars pro toto* verwendet. Eine Diskriminierung weiblicher Personen ist damit nicht beabsichtigt.

³ Als Ausnahmen mögen die Aktivitäten der Gesetzlichen Unfallversicherung im Zuge der Berufshilfe gelten (siehe dazu etwa: Trachte / Zitzler 1991; Braun / Kuwatsch 2000: 37ff; Mehrhoff 2000; Seifert 2000), die gelegentlich auch von privaten Versicherungsgesellschaften „kopiert werden (siehe dazu: Rischar 1999; 2000; Neumann 2000). Daneben sei hier die stufenweise Wiedereingliederung genannt, die ebenfalls darauf ausgerichtet ist, arbeitsunfähige Arbeitnehmer nach länger andauernder schwerer Krankheit unter therapeutischer Überwachung des jeweils erreichten Gesundheitszustandes schrittweise wieder an die volle Arbeitsbelastung am bisherigen Arbeitsplatz heranzuführen und somit die negativen Folgen einer langandauernden Ausgliederung der Betroffenen aus dem Erwerbsleben zu vermeiden (siehe dazu auch: Faßmann / Oertel 1991a; 1991b, BAR 1992; Oertel / Faßmann 1995).

⁴ Vgl. Albrecht 1999: 1; Göbel 1999: 209

⁵ Vgl. Maier-Lenz 2000: 4; siehe dazu auch: Kommissionsdienststellen 1998: 7f

habilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen entgegenstehen. Zudem können solchen Barrieren Ursachen-Kategorien zugeschrieben werden wie⁷

- *strukturelle Gründe* wegen fragmentierter Zuständigkeit von Diensten und Einrichtungen;⁸
- *prozedurale Unterschiede* bei der Wahrnehmung von Aufgaben und Leistungserbringung;
- *finanzielle Interessen* aufgrund unterschiedlicher Refinanzierungsmöglichkeiten;
- *professionelles Selbstverständnis* unterschiedlicher Berufe und Dienste (z.B. primär medizinisch-behandelnd, pflegerisch-versorgend, sozial-rehabilitativ);
- *Statuskonkurrenz* zwischen Akteuren, etwa im Hinblick auf Autonomie, Besitzstände und Anerkennung (siehe dazu *Abbildung 1*).

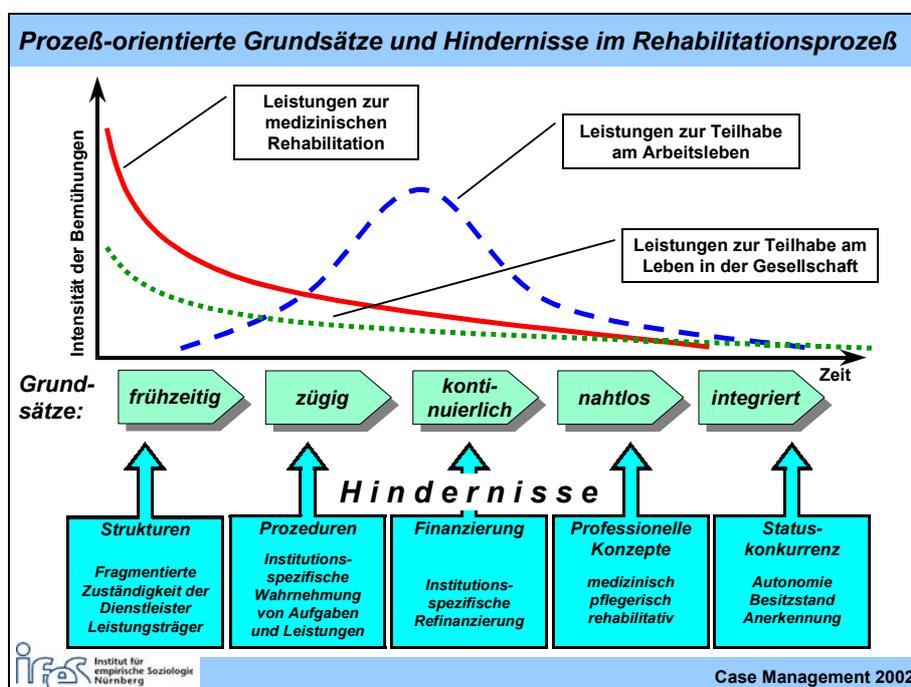


Abbildung 1

⁶ Dies gilt nicht nur für Deutschland, sondern wird etwa auch in der Schweiz beklagt. (Vgl. Schmidt 2001a: 10)

⁷ Vgl. Hardy / Turrell / Wistow 1992: 11. Siehe dazu etwa auch: Kirch in: Tophoven / Meyers-Middendorf 1994: 778; Schröder et al. (1998: 280ff) sprechen in diesem Zusammenhang von systembedingter „ideeller“, „finanzieller“ und „individueller Desintegration“ chronisch Kranker.

⁸ So scheitern Bemühungen – trotz bestehender institutionenübergreifender Regelungen und Rechtsvorschriften über Zuständigkeiten (z.B. § 14 SGB IX) – noch oftmals an den Grenzen der Leistungsträger, da Maßnahmen "aus einer Hand" nicht vorgesehen sind und weil sich der nach § 5 Abs. 3 RehaAnglG vorgesehene Gesamtplan zur Rehabilitation nur begrenzt als wirksames Instrument zur (flexiblen) Integration und Steuerung der erforderlichen Maßnahmen erwiesen hat. (Vgl. Faßmann et al. 1988: 206ff; Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 1994: 241; siehe auch: Götting 1998: 554f)

Solche Probleme treten vor allem an den institutionellen Schnittstellen⁹ im Rehabilitationsprozeß, insbesondere beim Übergang von der medizinischen zur beruflich-sozialen Rehabilitation¹⁰ immer wieder auf und stehen nicht nur einer beruflichen (Wieder-)Eingliederung der Betroffenen entgegen, sondern begünstigen geradezu die endgültige Ausgliederung chronisch und langandauernd kranker, behinderter sowie von Behinderung bedrohter Personen aus dem Erwerbsleben.¹¹

Vor diesem Hintergrund wird das Fehlen eines konsequent praktizierten „*Ausgliederungsverhinderungsmanagements*“ beklagt¹², wie es sich in Form eines „Disability Managements“ in den USA, Kanada und anderswo bereits seit vielen Jahren bewährt hat.¹³ Dies ist insofern zu bedauern, als anzunehmen ist, daß derartige Initiativen mit dem Ziel der Aufrechterhaltung des Beschäftigungsverhältnisses mit demselben Arbeitgeber (*job retention* im Sinne von Weiterbeschäftigung) für alle Betroffenen mit einer Reihe von Vorteilen verbunden sind (siehe auch *Abbildung 2*):¹⁴

Vorteile für die Rehabilitanden

- Beschleunigung des Zugangs zu geeigneten Maßnahmen¹⁵

⁹ Siehe dazu etwa: *Schröder / Schmidt* 1998: 18f; *Deck et al.* 2000: 431f; *Haines* 2000: 122; *Matzeder* 2000: 33f; *Schmidt-Ohlemann* 2000: 115. Modelle zur Beschreibung und Optimierung der Schnittstellen finden sich bei *Winge et al.* 2002: 41ff.

¹⁰ Im bundesdeutschen gegliederten Rehabilitationssystem kann der Bereich der *Gesetzlichen Unfallversicherung* als Ausnahme gelten: Sie hat den Auftrag, im Rahmen von Heilbehandlung und Berufshilfe "mit allen geeigneten Mitteln" tätig zu werden: Da sie im Leistungsfall alleiniger "Herr des Verfahrens" ist, läßt sich eine nahtlose und kontinuierliche Betreuung des Verletzten vom Beginn der medizinischen (Akut-) Versorgung bis hin zum Abschluß der beruflichen Rehabilitation erfahrungsgemäß in optimaler Weise verwirklichen. Dies wird nicht zuletzt durch die Institution des *Berufshelfers* möglich, bei dem die Fäden der Berufshilfe zusammenlaufen und der die von ihm befürworteten und eingeleiteten Maßnahmen nach drei Seiten zu vertreten hat: gegenüber dem Verletzten, gegenüber den anderen beteiligten Stellen (z.B. Arbeitgeber) und gegenüber seiner Verwaltung (vgl. *Trachte / Zitzler* 1991: 81; *Wesche* 1998; *Mehrhoff* 2000; *Seifert* 2000). Ähnliche Konzeptionen haben sich in der Zwischenzeit auch im Bereich privater Haftpflichtversicherer durchgesetzt (siehe etwa: *Rischar* 1999, 2000; *Neumann* 2000; *Bürle* 2001; *Hartmann* 2001; *Morger* 2001; *ohne Verfasser* 2001; *Schnetzler* 2001).

¹¹ Vgl. *Feldes / Brummack* 2001: 29

¹² Vgl. *Haines* 1998: 833f

¹³ Siehe dazu z.B.: *Akabas / Gates / Galvin* 1992; *Fersh / Thomas* 1993; *Galvin* 1995; *Shrey / Lacerte* 1995; *Veres / Sims* 1995; *Hesselund / Cox* 1996; *Albrecht* 1999; *Kuwatsch* 1999; *NIDMR* 1999; *Schena* 1999; *Braun / Kuwatsch* 2000; *NIDMR* 2000; *Nijhuis* 2000. Internetrecherchen belegen eine Fülle entsprechender kommerzieller Angebote nicht nur in Kanada und den USA, sondern z.B. auch in Australien, Großbritannien, den Niederlanden, der Schweiz, Singapur und Süd Afrika. Die Konzentration der betreffenden Aktivitäten auf bestimmte Staaten läßt sich durch die dort bestehenden Unfallversicherungssysteme erklären, die – ähnlich der bundesdeutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – aufgrund der Erfahrungsstarifizierung (*experience rating*) starke Anreize zur Weiterbeschäftigung behinderter Arbeitnehmer beinhalten (vgl. *Albrecht* 1999: 4; *Braun / Kuwatsch* 2000: 28).

¹⁴ Vgl. *Arbeitsamt Nürnberg* 2000: 2; siehe dazu auch: *Akabas / Gates / Galvin* 1992; *Göbel* 1999: 209; *Braun / Kuwatsch* 2000: 23f; *Göbel* 2000a: 93; *Göbel* 2000b: 263

¹⁵ Gerade dies wird als besonders bedeutsam angesehen, da das Invalidisierungsrisiko mit der Zeit der beruflichen Ausgliederung zunimmt (vgl. *Schmidt* 2001a: 10).

- Überwinden von Schnittstellen im gegliederten Sozialversicherungssystem¹⁶
- Verbleib in der gewohnten (Arbeits-)Umgebung
- Vermeidung des Rollen- und Identitätsverlusts¹⁷ durch
 - beruflichen Abstieg und / oder sozialen Abstieg wegen Arbeitslosigkeit oder unterwertigen Neueinsatz nach Umschulung
 - vorzeitige Berentung
- Vermeidung finanzieller Einbußen durch Bezug von Entgeltersatzleistungen wie Kranken-, Übergangs-, Unterhaltsgeld, Arbeitslosengeld, -hilfe, Rente



Abbildung 2

Vorteile für die Unternehmen

- Verbleib von geschätzten langjährigen Mitarbeitern
- Erhalt qualifizierter, fachkompetenter Mitarbeiter im Betrieb
- Nutzung behinderter Personen als „bessere Arbeitskräfte“ (weniger Absenzen, mehr Firmentreue)¹⁸
- Erhalt von Bildungsinvestitionen für das Unternehmen
- ggf. Vermeiden einer Ausgleichsabgabe
- „Behindertenfreundlicher Betrieb“ als Werbeargument¹⁹

¹⁶ Vgl. Schmidt 2001a: 10. Allerdings ist auch bei Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses sicherlich nicht in jedem Falle auszuschließen, daß es – etwa im Falle einer Änderungskündigung – zu beruflichem Abstieg kommt.

¹⁷ Vgl. Schmidt 2001b: 29

Vorteile für Sozialversicherungsträger und Staat

- Beschleunigung des Rehabilitationsverfahrens
- Einsparung von Sozialversicherungsleistungen²⁰
- Einnahme von Sozialversicherungsbeiträgen, Steuern und Abgaben
- effektiverer Einsatz von Haushaltsmitteln

Entsprechend haben sich auch die Dienststellen der *Europäischen Kommission* geäußert: Eine „Beschäftigungsstrategie, die stark auf vorbeugende Maßnahmen und frühzeitiges, aktives Eingreifen ausgerichtet ist, hat große Bedeutung für Menschen, die einem hohen Risiko ausgesetzt sind, ihre Stelle zu verlieren, und die, wenn sie einmal arbeitslos sind, dies höchstwahrscheinlich für längere Zeit bleiben werden. Dies gilt wohl für Behinderte noch mehr als für alle anderen Arbeitnehmer (...) Die Kosten für wirksame Maßnahmen zur Vorbeugung und Arbeitsplatzhaltung liegen erheblich unter den langfristigen Kosten der sozialen Abhängigkeit.“²¹

Als bedeutendste Instrumente und Strategieansätze, mit denen behinderte Menschen im Erwerbsleben gehalten werden können, haben sich jene als besonders effektiv erwiesen, die in möglichst enger Verbindung zu regulären Beschäftigungsverhältnissen stehen. Dazu zählen arbeitsbegleitende Betreuungs- und Unterstützungsdienste²² sowie technische und organisatorische Anpassungen des Arbeitsplatzes an die Erfordernisse, die sich aufgrund der Behinderung für die jeweilige Erwerbstätigkeit ergeben.²³

¹⁸ Vgl. *Schmidt* 2001b: 29f

¹⁹ Vgl. *Schmidt* 2001b: 30

²⁰ *Göbel* (1999: 218; 2000a: 107) errechnete für 1998 mögliche Netto-Einsparungen in Höhe von insgesamt 110 Mio. DM an Arbeitslosengeld / Arbeitslosenhilfe-Leistungen, wenn 10.000 Arbeitsverhältnisse Behinderter durch frühzeitiges Eingreifen erhalten werden könnten. *Kissling* (2001: 12) weist darauf hin, daß Menschen ohne Arbeit häufiger krank und öfter hospitalisiert sind, mehr Medikamente einnehmen und häufiger den Arzt aufsuchen als Menschen mit Arbeit und deshalb ein Mehrfaches an Kosten für das Gesundheitswesen verursachen. Siehe auch: *Koerdt* 2001: 42

²¹ *Kommissionsdienststellen* 1998: 10 Siehe dazu auch: *Feldes / Brummack* 2001: 18f

²² Im Rahmen des „Disability Management“ arbeiten solche Dienste zumeist als besondere Abteilungen kommerzieller Versicherungsgesellschaften oder unter privater Regie im Auftrag von Unternehmen und Versicherungsgesellschaften (vgl. *Braun / Kuwatsch* 2000: 24. Siehe dazu etwa auch: *Cherek / Taylor* 1995; *Bürle* 2001; *Morger* 2001; *ohne Verfasser* 2001; *Schnetzler* 2001). Nach den Vorstellungen des vom kanadischen *NIDMR* (1999, 2000) entwickelten und umgesetzten Ansatzes wird Disability Management direkt in den Unternehmen von eigenen qualifizierten Disability Management Coordinators durchgeführt (siehe dazu auch: *Millington / Strauser* 1998). Eine Übertragung dieses Modells auf deutsche Verhältnisse wird jedoch sowohl von Vertretern der Rehabilitationsträger als auch von Unternehmensrepräsentanten – mit Ausnahme einiger Großunternehmen – für unrealistisch gehalten (vgl. *Braun / Kuwatsch* 2000: 53f). Gleichwohl werden solche Unterstützungsdienste nicht zuletzt auf europäischer Ebene auch von Seiten der Gewerkschaften gefordert. Siehe dazu: *Feldes / Brummack* 2001: 41ff.

²³ Vgl. *Albrecht* 1999: 3. Siehe dazu auch: *Niehaus / Schmal / Heinrich* 2001: 22ff

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen, Postulate und Erfahrungen kann Ausgliederungsverhinderungsmanagement als ein Verfahren verstanden werden (siehe *Abbildung 3*), das darauf abzielt, bestehende, aber gefährdete Beschäftigungsverhältnisse²⁴ langfristig zu erhalten.



Abbildung 3

Dazu ist es erforderlich, durch geeignete Maßnahmen einen möglichst frühzeitigen Zugang zu Arbeitnehmern bzw. Auszubildenden sicherzustellen, deren gesundheitliche Disposition und / oder bestehende Arbeitsplatzsituation voraussichtlich zur Aufgabe des Arbeits- bzw. Ausbildungsverhältnisses führen werden. Ist dies gelungen, kann versucht werden, durch frühzeitige Interventionen die gefährdeten Personen an die aufgrund ihrer gesundheitlichen

²⁴ Das bundesdeutsche Sozialrecht subsumiert unter den Begriff „Beschäftigung“ „die nichtselbständige Arbeit, insbesondere in einem Arbeitsverhältnis“ (§ 7 SGB IV Abs. 1 Satz 1) sowie „den Erwerb beruflicher Kenntnisse, Fertigkeiten oder Erfahrungen im Rahmen betrieblicher Berufsbildung“ (§ 7 SGB IV Abs. 2). Insofern handelt es sich im folgenden um Synonyme, wenn entweder von „Beschäftigungsverhältnissen“ oder von „Arbeits- und/oder Ausbildungsverhältnissen“ die Rede ist.

Beeinträchtigungen veränderte Situation am Arbeitsplatz anzupassen und / oder die Arbeitsbedingungen im Sinne der Betroffenen zu verändern.²⁵

Möglichkeiten für ein frühzeitiges Ausgliederungsverhinderungsmanagement wurden bisher vor allem im Bereich von Großbetrieben geprüft.²⁶ Schon *Kotthoff* (1987) hatte aber in seiner Untersuchung über den Umgang mit gesundheitlich beeinträchtigten Personen in der Arbeitswelt festgestellt, daß größere Unternehmen mit mehr als 500 Beschäftigten weitaus häufiger einen integrativen Umgang mit behinderten Mitarbeitern praktizieren als kleinere Betriebe mit weniger als 100 Beschäftigten, die öfter rücksichtslos mit gesundheitlich angeschlagenen Mitarbeitern umgehen.²⁷ Dies wird nicht zuletzt auf die in größeren Betrieben häufiger vorhandenen institutionalisierten Sozialbeziehungen (z.B. durch Wahl einer Arbeitnehmervertretung) zurückgeführt. Hier werden betriebsexternen Stellen (z.B. Hauptfürsorgestellen) lediglich geringe Beeinflussungschancen auf den betrieblichen Arbeitseinsatz zugeschrieben, sieht man ab von Betrieben, die bereits von sich aus einen integrativen Umgang mit gesundheitlich beeinträchtigten Mitarbeitern pflegen.²⁸

Vor diesem Hintergrund erscheint es besonders interessant zu prüfen, ob und wie sich Ausgliederungsverhinderungsmanagement gerade im Bereich von Klein- und Mittelbetrieben²⁹

²⁵ Siehe dazu auch den Beitrag von *Wittwer* (2000: 378), der Wiedereingliederungsmanagement allerdings nicht auf Erhaltungsinterventionen beschränkt wissen will, sondern auch Strategien für Menschen mit Behinderungen subsumiert, die ihren Arbeitsplatz bereits verloren haben.

²⁶ Siehe dazu insbesondere die Studie von *Niehaus / Schmal / Heinrich* 2001, die entsprechende Möglichkeiten im Bereich der deutschen Automobilindustrie untersuchte. Siehe im übrigen auch: *Bahlke* 2001a; 2001b: 234; *Schmal / Niehaus / Heinrich* 2001: 246

²⁷ Vgl. *Kotthoff* 1987: 41. Zu den Vorbehalten, die Arbeitgeber gesundheitlich angeschlagenen Arbeitnehmern entgegenbringen, und den Strategien, sich Forderungen nach behinderungsadäquater Arbeitsplatzgestaltung zu widersetzen siehe etwa: *Harlan / Robert* 1998.

²⁸ Vgl. *Kotthoff* 1987: 45

²⁹ Wie die nachfolgende Tabelle zeigt, wird der Begriff „Klein- und Mittelbetriebe“ sehr uneinheitlich gehandhabt:

Tabelle 1: Größenklassen von Betrieben

Größenklasse	Branche (Zahl der Beschäftigten)*						Pauschal**	
	Industrie	Hanwerk	Großhandel	Einzelhandel	Verkehr/Kommunikation	Dienstleistung	Zahl der Beschäftigten	Umsatz DM/Jahr
<i>klein</i>	bis 49	bis 2	bis 9	bis 2	bis 2	bis 2	bis 49	bis 1 Mio.
<i>mittel</i>	50 – 499	3 – 49	10 – 199	3 – 49	3 – 49	3 – 49	50 – 499	1 bis 100 Mio.
<i>groß</i>	ab 500	ab 50	ab 200	ab 50	ab 50	ab 50	ab 500	über 100 Mio.

* Nach *Pfohl* 1990: 10; ähnlich: *Gruhler* 1984: 17

** Nach *Gruhler* 1984: 16

verwirklichen läßt, um auch dort Beschäftigungs- und Ausbildungsverhältnisse gesundheitlich angeschlagener und behinderter Personen erhalten zu können. Dies ist um so bedeutender anzusehen, als nach der letzten Arbeitsstättenzählung von 1987 in ca. 99% aller Betriebe weniger als 100 und in 93% weniger als 20 Beschäftigte arbeiten.³⁰ Umgekehrt sind rund 25% aller in deutschen Unternehmen Beschäftigten in Kleinbetrieben mit weniger als 10 und weitere 10% in Kleinbetrieben mit 10 bis 19 Beschäftigten tätig.

Gerade in kleineren Betrieben fehlen aber überproportional häufig Artikulationsinstanzen wie Arbeitsschutz-, Arbeitssicherheitsinstanzen, Betriebskrankenkassen³¹ sowie Arbeitnehmerinteressenvertretungen³², die als innerbetriebliche und strukturelle Basis für Gesundheitsförderungs- und Ausgliederungsverhinderungsaktivitäten dienen könnten.³³

Tabelle 2: Größenstruktur der deutschen Unternehmen (vgl. Krüger-Hemmer / Veldhues 1989: 703)

Art der Betriebe (Beschäftigte)	Arbeitsstätten		Beschäftigte	
	absolut	%	absolut	%
Großbetriebe (1000 u. mehr)	1.565	0,06	3.574.000	13,3
Größere Betriebe (100 – 999)	32.392	1,25	7.885.000	29,2
Mittelbetriebe (20 – 99)	152.392	5,90	6.054.000	22,4
Kleinbetriebe (10 – 19)	211.828	8,21	2.808.000	10,4
Kleinstbetriebe (2 – 9)	1.532.803	59,38	6.003.000	22,3
Ein-Mann-Betriebe	650.211	25,19	650.211	2,4
Betriebe insgesamt	2.581.171	100,00	26.974.211	100,0

Sollen solche Maßnahmen auch in diesen Bereichen eingeleitet werden und tatsächlich greifen, bedarf es des vertrauensvollen Zusammenwirkens von vielen Akteuren nicht nur im Betrieb, sondern auch im Bereich der Sozialleistungsträger. Insofern erscheint es sinnvoll, daß es eine bestimmte Stelle federführend übernimmt, den Abstimmungsprozeß zwischen allen Betroffenen und Beteiligten zu moderieren und Lösungen, die von ihnen allen getragen

³⁰ Siehe dazu: Krüger-Hemmer / Veldhues 1989: 703; Wassermann 1992: 11

³¹ Vgl. Keppner 1996 99ff

³² Siehe dazu: Keppner 1996: 84ff

³³ Vgl. Hauß 1991: 24; Keppner 1996: 98

werden auszuhandeln. Dies sind typischerweise Aufgaben, die anhand gängiger Case-Management³⁴-Methoden angegangen und erfolgreich³⁵ gelöst werden können.³⁶

³⁴ Es sei bereits an dieser Stelle auf folgende Sprachregelung in diesem Bericht hingewiesen: Demnach bezeichnet „Case Management“ hier stets *allgemein gängige* Konzepte und Methoden. Demgegenüber wird immer dann, wenn das im Rahmen des Modellprojekts zu erprobende Konzept gemeint ist, von „CMB“ geredet.

³⁵ So etwa: *Cherek / Taylor* 1995; *Ford et al.* 1996; *Björkman / Hansson* 2000: 43f; *Mowbray / Bybee / Collins* 2000

³⁶ Siehe dazu auch: *Bahlke* 2001b: 234; *Schmal / Niehaus / Heinrich* 2001: 246

2 Case Management als Instrument zur klientenorientierten und integrierten sozialen Unterstützung Hilfebedürftiger

Angesichts der Probleme, die sich aufgrund einer zunehmenden Differenzierung und Sektorisierung sozialer Dienstleistungen (z.B. im Bereich der ambulanten Betreuung und Nachsorge psychisch Kranker) ergaben, wurde Ende der 70er Jahre in den angelsächsischen Ländern das *Case Management* als neue Methode der Sozialarbeit entwickelt: Dabei handelt es sich im allgemeinen³⁷ um eine am Einzelfall orientierte Arbeitsweise, in deren Rahmen geklärt, geplant, umgesetzt, koordiniert, überwacht und bewertet wird, was an Dienstleistungen zur individuellen Bedarfsdeckung notwendig und im Hinblick auf die verfügbaren Ressourcen qualitäts- und kostenbewußt erreichbar ist.³⁸

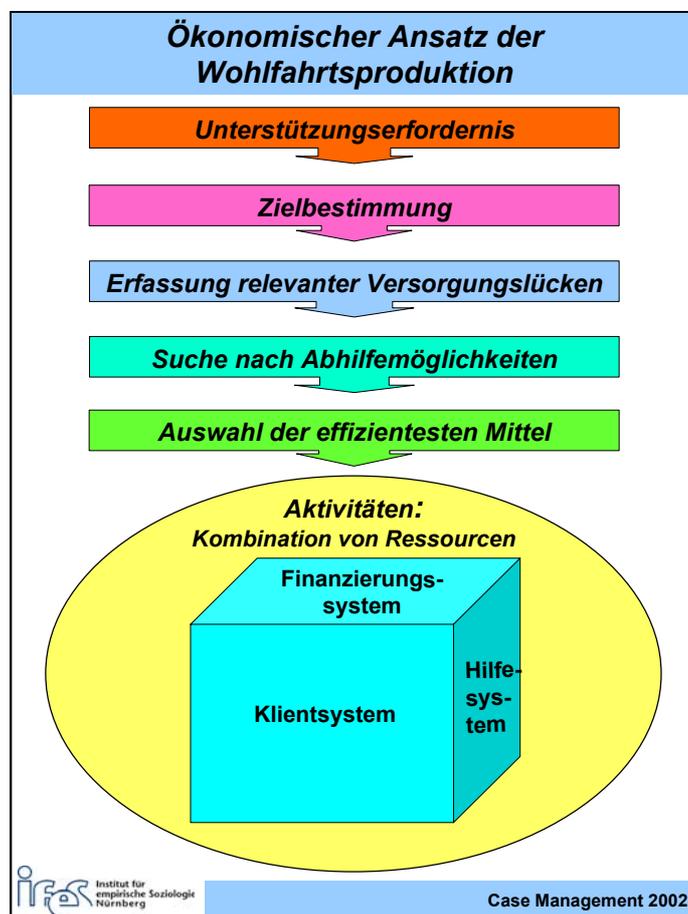


Abbildung 4

³⁷ Es ist darauf hinzuweisen, daß auch unter Fachleuten keineswegs Übereinstimmung besteht im Hinblick auf die Inhalte des Begriffs selbst sowie mehr oder weniger synonym gebrauchte Fachausdrücke (wie z.B. *Fallmanagement*, *Unterstützungsmanagement*) sowie benachbarter Konzepte (*Sozialmanagement*, *Disease Management*, *Care Management*, *Pflegemanagement*, *Disability Management*, *Managed Care*). Eine Erörterung der begrifflichen Unterschiede würde hier zu weit führen. Der interessierte Leser sei daher verwiesen z.B. auf Ewers 1995: 4f oder Wendt 1997: 44ff.

Dem Konzept liegt der nachfolgend skizzierte *ökonomische Ansatz der Wohlfahrtsproduktion* zugrunde (siehe *Abbildung 4*): Besteht ein Unterstützungserfordernis, werden nacheinander

- Ziele bestimmt,
- die für die Zielerreichung relevanten Defizite („*Welfare shortfalls*“) genauer erfaßt,
- die Mittel zur Abdeckung der Mängel gesucht,
- die effizientesten Mittel zur Bedarfsdeckung in der gegebenen Situation gewählt.

Der Output entsprechender Aktivitäten ist dann Resultante der gewählten Kombination von Ressourcen³⁹

- des Klientensystems (persönliche Eigenschaften der Klienten),
- des vorhandenen informellen und formellen Hilfesystems,
- der zur Unterstützung bereitgestellten Finanzmittel

und dem Geschick, mit dem diese Ressourcen eingesetzt werden.

2.1 Case Management als Aufgabe zur Verknüpfung von Klient-, Dienstleistungs- und Finanzierungssystem

Der *Case Manager* agiert in einem Spannungsfeld (siehe *Abbildung 5*): Hier treffen aufeinander

- die Klientenwünsche im Hinblick auf eine bestimmte Versorgung mit Hilfen und Dienstleistungen,
- das Angebot an solchen Hilfen sowie
- die Einschätzung potentieller Kostenträger über Art und Ausmaß der erforderlichen Hilfen.

Eine völlige Deckung dieser drei Aspekte ist kaum möglich. Insofern wird es häufig erforderlich sein, nach Kompromissen zu suchen.

Aufgabe von Case Management ist es nun, die Beziehungen zwischen dem Klientensystem, dem Ressourcen-(Hilfe-) und dem Finanzierungssystem mit dem Ziel einer Optimierung

³⁸ Vgl. *Renshaw et al.* 1991: 126; *Howe* 1994: XX; *Ewers* 1995: 4; *Meierjürgen* 1997: 18; *Wendt* 1997: 54; *The Case Management Society of America* 1995 zit. in: *Wendt* 1997: 154

³⁹ Siehe dazu auch: *Knapp* 1984 zit. nach *Wendt* 1991b: 15

professionell zu bearbeiten und personenbezogen einen Versorgungszusammenhang herzustellen⁴⁰ (siehe *Abbildung 6*).

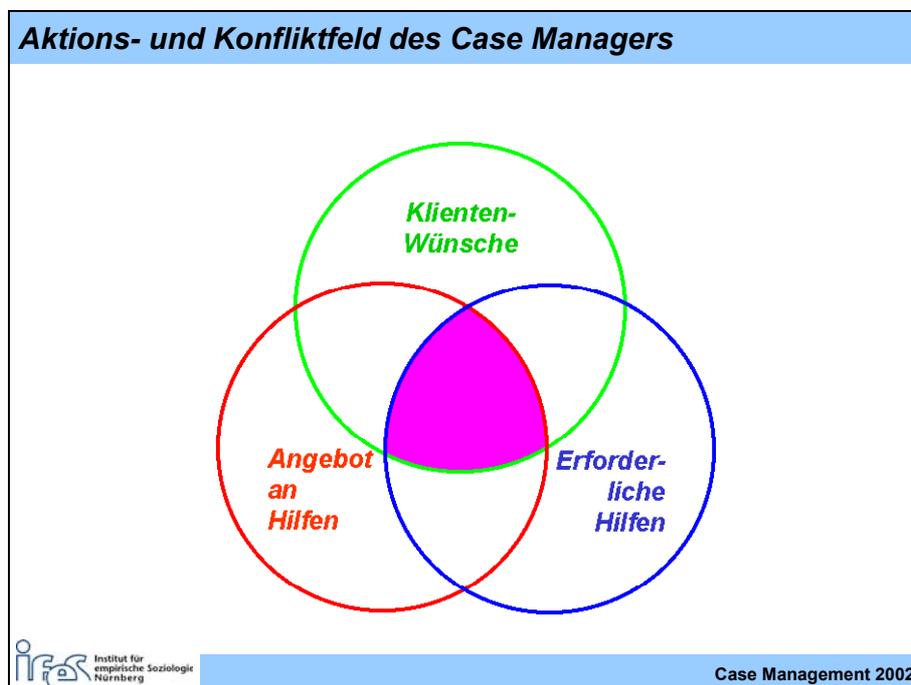


Abbildung 5

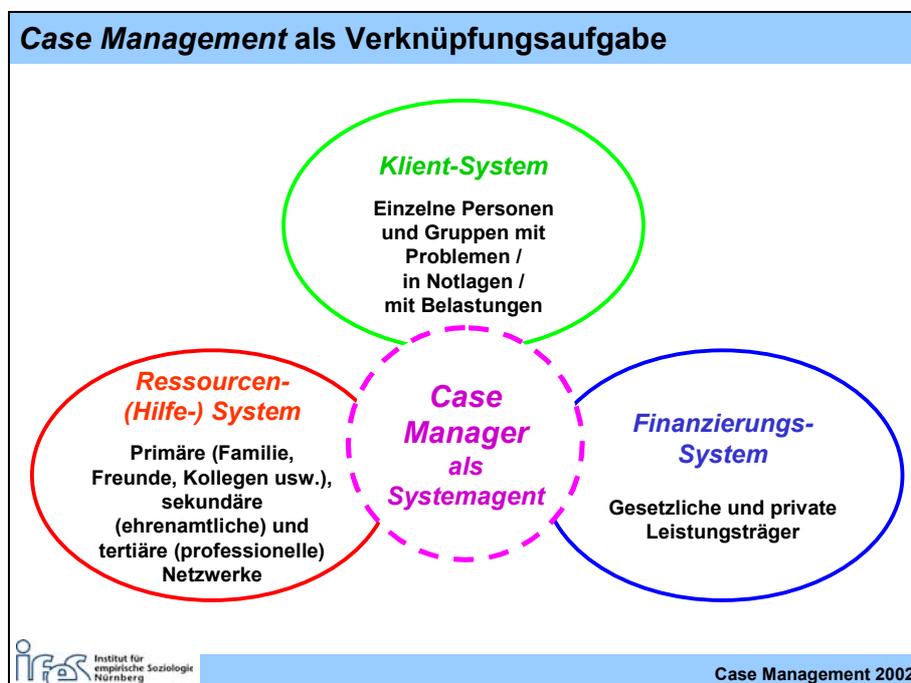


Abbildung 6

⁴⁰ Vgl. Lowy 1988: 34; *The Case Management Society of America* 1995 zit. in: Wendt 1997: 154; Wendt 1997: 30. Case Management entspricht diesem Verständnis nach dem „Principal-Agent-Modell“ zur Optimierung von Schnittstellen, über das Winge et al. (2001: 42f) berichten.

Der *Case Manager* übernimmt hier Aufgaben eines „Systemagenten“: Er organisiert, koordiniert und unterhält ein Netzwerk aus formellen und informellen Unterstützungsmöglichkeiten und Aktivitäten: Damit versucht er, den verschiedenen Aspekten der Lebenslage seiner in der Regel sozial schwachen, wenig kompetenten oder anderweitig hilfebedürftigen, gelegentlich aber durchaus auch anspruchsvollen Klienten möglichst effektiv und effizient zu begegnen. In diesem Zusammenhang erfüllt Case Management drei zentrale, zugleich konkurrierende Kernfunktionen⁴¹ (siehe dazu *Abbildung 7*):

- Anwaltschaftliche Schutzfunktion (*advocacy function*) zur Vertretung von Klienteninteressen (z.B. von Patienten, Konsumenten)
- Vermittlung bedarfsgerechter Leistungen entsprechend des jeweiligen Versorgungsbedarfs (*broker function*)
- Steuerung des Zugangs zur Versorgung sowie eines effizienten Mitteleinsatzes (*gate-keeper function*)

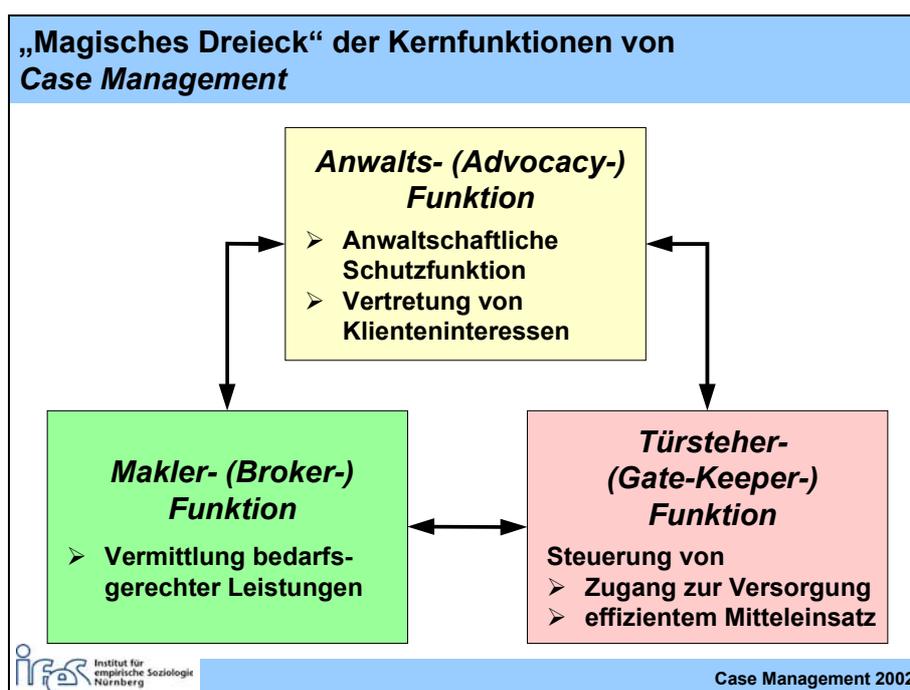


Abbildung 7

Dabei ist der *Case Manager* bestrebt,

- die Fähigkeit des Klienten zur Wahrnehmung sozialer Unterstützungs- und Dienstleistungen zu entwickeln,

⁴¹ Vgl. Ewers 1996: 25ff; Meierjürgen 1997: 18; Wendt 1997: 145ff; Björkman / Hansson 2000: 43

- die Potentiale sozialer Netzwerke und wichtiger sozialer Dienste im Interesse des Klienten zu fördern,
- die Effektivität und Effizienz der sozialen Dienstleistungserbringung zu steigern.⁴²

Einerseits hilft er dem *Klienten*,

- sein persönliches Umfeld (Familie, Freunde, Nachbarn, Arbeitskollegen) sowie
- das soziale Dienstleistungssystem zu nutzen.

Andererseits unterstützt er die in spezifische strukturelle und institutionelle Gegebenheiten eingebundenen Dienste, dem Klienten in dessen komplexer Situation gerecht zu werden.⁴³ Dazu muß der Case Manager eine disziplin- und bereichsübergreifende Schlüsselposition einnehmen⁴⁴ und hat dabei folgende Aufgaben:

- Er funktioniert als verantwortlicher Ansprechpartner für alle Arten von Unterstützung; an ihn kann sich der Hilfesuchende und jeder weitere Ansprechpartner wenden.
- Er koordiniert Ziele, soziale Dienstleistungen und Informationen
 - über Organisationsgrenzen hinweg,
 - über Fachbereiche von Diensten hinweg,
 - zwischen formellen und informellen Leistungsbereichen.
- Er verschafft Klienten Zugang zur Unterstützung, die ohne Beistand durch das Netz des Dienstleistungssystems fallen würden.
- Er verhilft Dienstleistungsanbietern und informellen Helfern durch *feed back* hinsichtlich der Wirksamkeit der unterstützenden Aktivitäten zur Selbstkorrektur.
- Er trägt zur Qualitätsverbesserung von Bewältigung und Unterstützung bei, indem er soziale Kompetenzen des Klienten fördert und dazu entsprechende Beiträge von allen Seiten einfordert.
- Er liefert Informationen über die Lebenslage der Klientel für die Sozialplanung.
- Er identifiziert und reduziert Leistungsangebote, die sich überschneiden, und trägt dadurch zur Verbesserung der Kosten-Nutzen-Relation bei.⁴⁵

⁴² Vgl. *Moxley* 1989: 17

⁴³ Vgl. *Wendt* 1991b: 20

⁴⁴ Gelegentlich wird allerdings bezweifelt, ob ein neutraler Case Manager die ihm übertragenen Aufgaben tatsächlich erfüllen kann. Ihm wird vorgeworfen, über kurz oder lang selbst Teil der unpersönlichen Bürokratie zu werden, durch die er den Klienten eigentlich leiten soll. Im klinischen Bereich wird daher befürwortet, dem behandelnden Therapeuten diese Rolle zu überlassen. (Vgl. *Lamb* 1980)

⁴⁵ Vgl. *Moxley* 1989: 16f. Eine tatsächliche Kostenreduktion konnte durch Case Management allerdings zumindest im Bereich der Gesundheitsversorgung nicht immer nachgewiesen werden (vgl. *Boult et al.* 2000: 998ff).

Erfahrungsgemäß variieren die Möglichkeiten von *Case Management* hinsichtlich Quantität und Qualität erheblich. Diese sind abhängig von den vorhandenen Ressourcen und der Leistungsfähigkeit der Sozialverwaltung.

2.2 Der Prozeß des Case Managements

Entsprechend dem ihm zugrunde liegenden ökonomischen Modell läuft der Prozeß des *Case Managements* in funktionellen Phasen ab (siehe *Abbildung 8*):

- Einschätzung bzw. Abklärung (*assessment*) von
 - individuellen und sozialen situativen Gegebenheiten
 - Bedürfnissen
 - Ressourcen
- Planung von Bewältigungs- und Unterstützungsaktivitäten (*planning*)

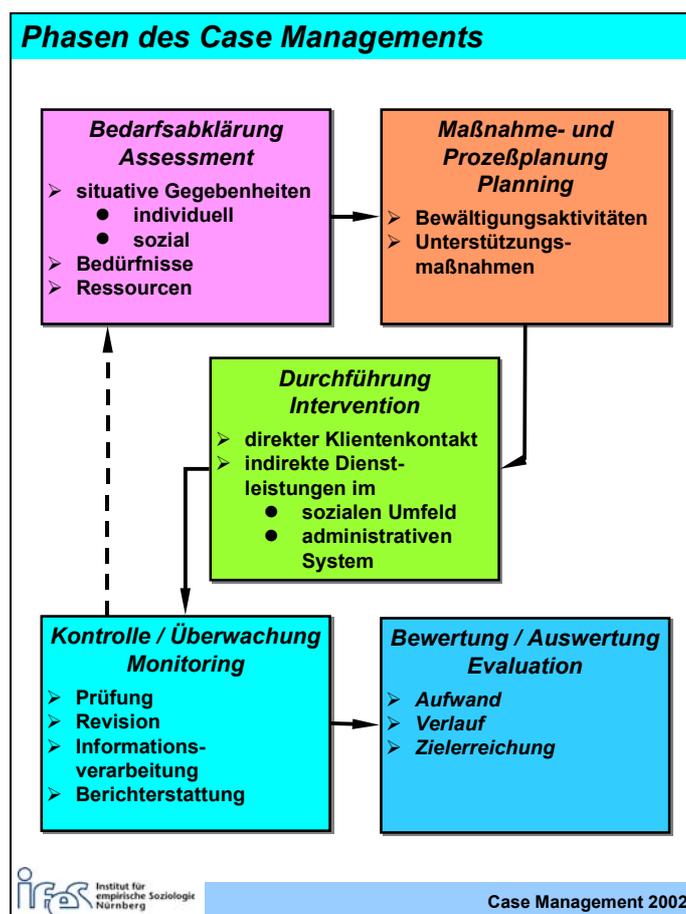


Abbildung 8

- Durchführung (*direct/indirect intervention*) in Form
 - direkter Dienstleistungen (*direct intervention*) im unmittelbaren Kontakt zum Klienten – hier kann der *Case Manager* Sachwalter, beratender Begleiter, technischer Assistent, Spezialist für Informationen und Vermittler von sozialen Kompetenzen sein –,
 - indirekter Dienstleistungen (*indirect intervention*) im sozialen Umfeld und im administrativen System – hier wirkt der *Case Manager* als Vermittler von Diensten und Ressourcen, Überweisungsinstanz, Koordinator über die Grenzen einer Organisation hinweg, Anwalt des Klienten und Organisator sozialer Netze –,
- Kontrolle und Überwachung (*monitoring*) der Durchführung der Unterstützungsleistungen durch Prüfung, Revision, Informationsverarbeitung und Berichterstattung,
- Evaluation (*evaluation*) der Aktivitäten im Rahmen des *Case Managements* unter Berücksichtigung von Aufwand, Verlauf und Zielerreichung.⁴⁶

Ballew und *Mink* (1991) weisen darauf hin, daß dem eigentlichen Case Management eine Phase der „Verpflichtung“ (Kontrakt) vorausgehen sollte, die der Vertrauensbildung zwischen dem *Case Manager* und dem Klienten, der Klärung der Rollen der in den Prozeß eingebundenen Personen und dem Aushandeln gegenseitiger Erwartungen dient.⁴⁷

Abbildung 9 faßt noch einmal die wesentlichen Aspekte von Case Management zusammen.

Insgesamt gesehen wird *Case Management* heute auf vielen Einsatzgebieten als geeignetes und praxiserprobtes Konzept angesehen. So unterscheidet man etwa:⁴⁸

- *Häusliches Pflegemanagement* zur ambulanten Versorgung Pflegebedürftiger,
- *Geriatrisches Case Management* zur spezialisierten medizinischen und pflegerischen Versorgung alter Menschen im Anschluß an einen stationären Aufenthalt,
- *Case Management im Krankenhaus* zur Organisation der Versorgung einzelner Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung,
- *Notfall-Verfahrensmanagement* zur schnellen und routinierten Versorgung von Klienten bei akuten gesundheitlichen, psychischen oder sozialen Krisen,

⁴⁶ Vgl. *Lowy* 1980: 32ff; *Moxley* 1989: 16ff; *Wendt* 1991b: 25ff; *Wendt* 1997: 97: 158ff. Siehe dazu etwa auch: *Weil* 1991: 84ff; *Tophoven* 1995: 163; *Seidel / Grabow / Schultze* 1996: 139ff; *Raiff / Shore* 1997: 44ff; *The Case Management Society of America* 1995 zit. in: *Wendt* 1997:158ff; *Wendt* 1998: 58ff

⁴⁷ Vgl. *Ballew / Mink* 1991: 65ff; siehe dazu auch: *Wendt* 1997: 65ff

⁴⁸ Vgl. *Wendt* 1997: 56f; 165ff. Die Auflistung ist nicht erschöpfend: Über neuere Modelle für unterschiedliche Adressatengruppen berichtet *Tophoven* (1995: 163ff). Eine Regelfinanzierung konnte allerdings nicht für jede dieser Varianten erreicht werden.

- *Langzeit-Versorgungsmanagement* zur Dauerversorgung von chronisch Kranken oder Behinderten,
- *Klinisches bzw. Psychiatrisches Case Management* zur klinischen Behandlung bzw. nachstationären Versorgung von psychisch kranken Menschen⁴⁹,

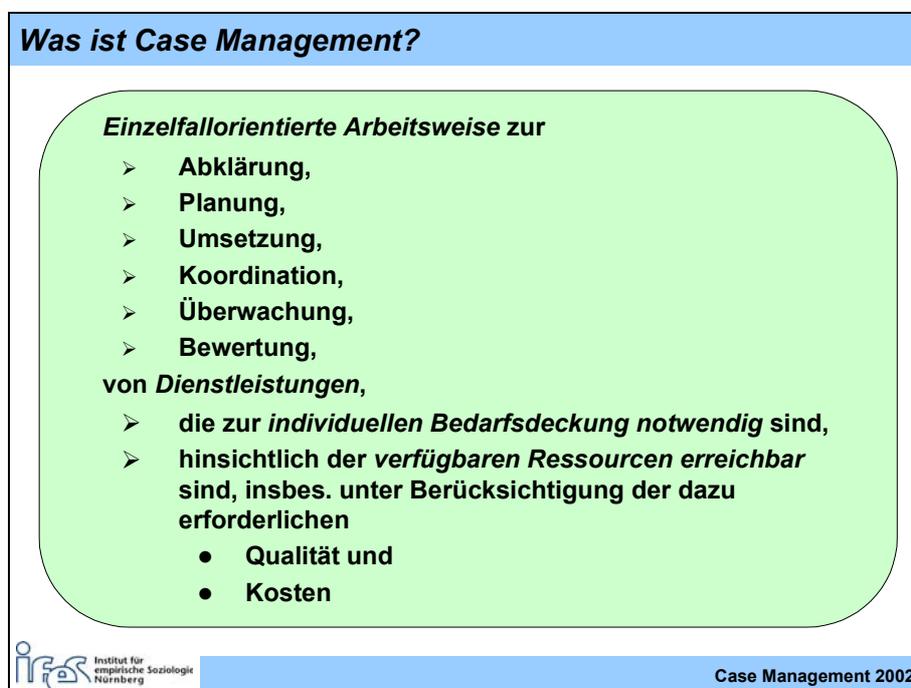


Abbildung 9

- *Behandelndes Case Management* zur Reintegration schädelhirnverletzter Unfallopfer⁵⁰,
- *Case Management bei Straffälligen* zur Resozialisierung Straffälliger vor und nach ihrer Entlassung aus dem Strafvollzug,
- *Case Management am Arbeitsplatz* zur betrieblichen Gesundheitsförderung, sozialen Unterstützung bei Erkrankungen bzw. Behinderungen sowie bei der Wiedereingliederung in Arbeit und Beruf.

Da Case Management als Handlungskonzept in den letzten Jahren Verbreitung in vielen Bereichen der Sozialarbeit gefunden hat, ist diese Liste keineswegs abschließend.⁵¹

⁴⁹ Eine Übersicht über Case-Management-Modelle im Bereich der (gemeindenahen) Psychiatrie findet sich bei *Schleuning et al.* (2000: 2ff). Diese Varianten unterscheiden sich teilweise ganz erheblich im Hinblick auf Merkmale wie Adressaten und Anzahl betreuter Patienten, aufsuchende Arbeit, teamgestütztes Case Management, 24-Stunden-Verfügbarkeit, Berücksichtigung der Patientenperspektive, Häufigkeit und Ort der Kontakte, Vorhaltung therapeutischer Leistungen und besonderer Trainingsangebote (vgl. ebd. 4f).

⁵⁰ Vgl. *Ehrhardt* 1999

⁵¹ Vgl. *Gerhardinger* 2002: 14ff

3 Das *BAR*-Konzept „Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)“

3.1 Das CMB-Konzept der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation*

3.1.1 Anliegen, Adressaten und Abläufe

Vor dem Hintergrund der positiven Erfahrungen, die in anderen Bereichen mit *Case Management* gemacht wurden, erscheint es plausibel, dieses Konzept auch zu nutzen, um den Rehabilitationsprozeß zu optimieren. Entsprechende Vorstellungen wurden im Bereich der Prävention und Rehabilitation durch Krankenkassen⁵² sowie im Zusammenhang mit *Disability Management* formuliert, wo es vorrangig um Maßnahmen zur raschen Wiedereingliederung behinderter bzw. von Behinderung bedrohter Personen auf Unternehmensebene unter Einbindung aller beteiligten Akteure (Arbeitgeber, Arbeitnehmer) geht.⁵³

Unter Berücksichtigung der besonderen Risiken einer beruflichen Ausgliederung kranker und behinderter Menschen aus der Arbeitswelt einerseits und den Chancen andererseits, die einem frühzeitigen aktiven Eingreifen in diesem Zusammenhang zugeschrieben werden, legte die *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* im Jahre 2000 ein Konzept für ein Modellprojekt „Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)“ vor.⁵⁴ Es sieht vor, in sehr kurzer Frist

- Adressaten, d.h. gesundheitlich beeinträchtigte bzw. behinderte und deshalb von einem Verlust des Beschäftigungsverhältnisses bedrohte Personen ausfindig zu machen,
- nach Möglichkeiten zur Weiterbeschäftigung dieser Menschen zu suchen und diese zu verwirklichen unter flankierendem Einsatz geeigneter Alternativen behinderungsgerechten Gestaltens⁵⁵ wie
 - stufenweise Wiedereingliederung,
 - behinderungsgerechtes Training bzw. Übung der Fähigkeiten und / oder Fertigkeiten,

⁵² Siehe dazu etwa *Hüllen / Schulz* 1997; *Meierjürgen* 1997; *Hüllen / Chruszcz* 1998; *Chruszcz / Hamed / Zoike* 2000: 399

⁵³ Siehe dazu z.B.: *Rupp / Bell / McManus* 1994; *Galvin* 1995; *Hesselund / Cox* 1996: 34ff; *Göbel* 1999; *Kuwatsch* 1999; *Mahlstedt-Hölker* 1999: 112ff; *Braun / Kuwatsch* 2000; *Göbel* 2000a; 2000b: 266ff; *Nijhuis* 2000

⁵⁴ Dieses Konzept wurde in der Folge geringfügig modifiziert. Siehe dazu: *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* 2001

⁵⁵ Siehe dazu: *Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung* 1996: III.2–6; *Niehaus / Schmal / Heinrich* 2001: 18ff

- Vermittlung notwendiger Qualifikationen im gewohnten betrieblichen Umfeld oder auch extern (z.B: Anpassungs-Bildungsmaßnahmen nach § 87 Abs. I Nr. 1 SGB III),
- behinderungsgerechte räumliche Anordnung und Gestaltung des Arbeitsplatzes,
- behinderungsgerechte Veränderung von Arbeitsablauf / Arbeitsinhalt
- Auswahl bzw. Entwicklung technischer Arbeitshilfen,
- Teilmechanisierung
- Umsetzung auf einen behinderungsgerechten Arbeitsplatz oder
- Schaffung eines entsprechenden neuen Arbeitsplatzes.

Grundlegend ist ein fallbezogenes Reha-Management, das dazu beitragen soll, das Verfahren zur Aufrechterhaltung des bestehenden Beschäftigungsverhältnisses schneller, zielgenauer und sparsamer durchzuführen.

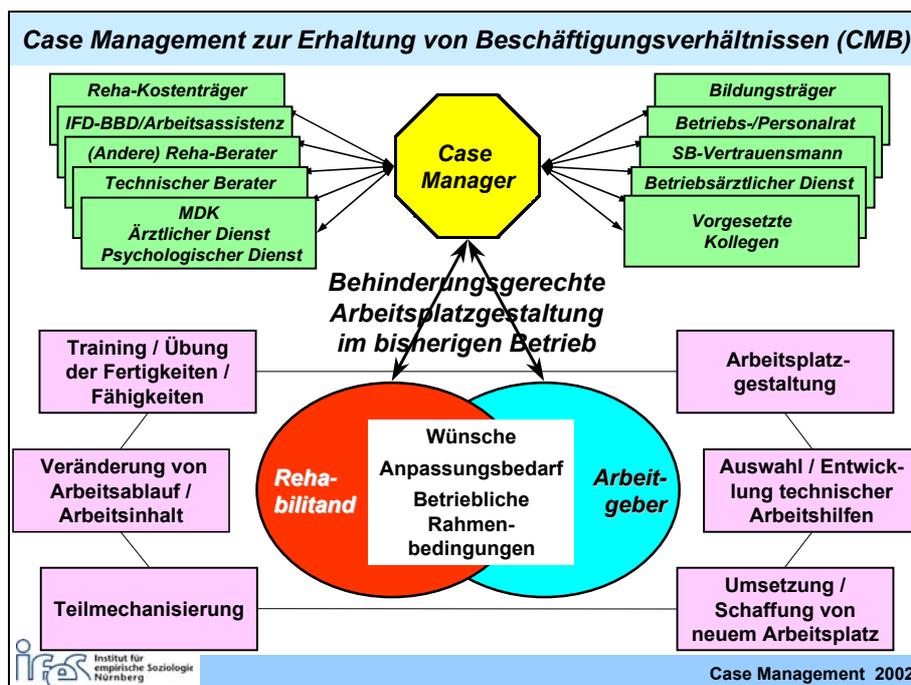


Abbildung 10

Aufgabe des Case Managers ist es, in enger Kooperation mit dem Betrieb durch Leistungen der beruflichen Rehabilitation die negativen Auswirkungen der Behinderung auf die Beschäftigung zu kompensieren. Er fungiert dabei als Vermittler zwischen Rehabilitand, Arbeitgeber und anderen Rehabilitationsträgern, pflegt Kontakte mit den Medizinischen Diensten der Krankenkassen, dem Ärztlichen Dienst (ÄD), dem Psychologischen Dienst (PD) des Arbeitsamtes sowie Betriebsräten, Schwerbehindertenvertrauensleuten, Betriebsärzten, Arbeitsas-

sistenten und Bildungsträgern. In Abstimmung mit allen Beteiligten wird festgelegt, welche Hilfen der Rehabilitand benötigt (siehe dazu *Abbildung 10*).⁵⁶

Allerdings kann die Entscheidung für eine Erhaltungsintervention des CMB beim Arbeitgeber nicht gegen den Willen der behinderten Person getroffen werden; vielmehr muß dieser den erforderlichen Aktivitäten vorher schriftlich zustimmen.⁵⁷

Nach dem Konzept der *BAR* hat CMB „*Dienstleistungen zu arrangieren und zu koordinieren, um für den Versicherten alle vorhandenen Ressourcen im Rehabilitationsprozeß möglichst optimal zu nutzen. Case Management ist ein Prozeß der Zusammenarbeit, in dessen Verlauf eingeschätzt, geplant, umgesetzt, koordiniert und überwacht wird, in dem aber auch Optionen und Dienstleistungen ermittelt werden, um den (gesundheitlichen) Bedarf des Betroffenen mittels Kommunikation und mit verfügbaren Leistungsressourcen auf qualitätvolle und kostensparende Weise zu decken. Es ist damit Bindeglied zwischen dem Betroffenen, den Leistungsträgern und den zahlenden Rehabilitationsträgern*“.⁵⁸ Somit entspricht das Konzept dem in *Abschnitt 1.2* wiedergegebenen klassischen Verständnis von Case Management.⁵⁹

Ergänzt wird, daß „*unter Case Management (...) in diesem Zusammenhang vor allem ein Verfahren / Methode verstanden (wird), die es ermöglicht, zu einem möglichst frühen Zeitpunkt diejenigen ArbeitnehmerInnen herauszufinden, deren gesundheitliche Disposition und / oder bestehende Arbeitsplatzsituation voraussichtlich zur Aufgabe des Beschäftigungsverhältnisses führen wird, und dieses Arbeitsverhältnis durch eine frühzeitige Einwirkung auf die individuellen und betrieblichen Rahmenbedingungen langfristig zu erhalten*“.⁶⁰ Demnach handelt es sich hier offensichtlich um Ausgliederungsverhinderungsmanagement, wie es in *Abschnitt 1.1 (Abbildung 3)* bereits skizziert wurde.

Zielgruppe des CMB sind somit alle behinderten Arbeitnehmer und Auszubildende, bei denen zu erwarten ist, daß sie in Zukunft ihre berufliche Tätigkeit am bisherigen Arbeits- / Ausbildungsplatz nicht mehr uneingeschränkt ausüben können, der Betrieb aber bereit ist, sie

⁵⁶ Vgl. *Arbeitsamt Nürnberg* 2000: 1

⁵⁷ Vgl. *BAR* 2001: 2. Siehe auch: *Arbeitsamt Nürnberg* 2000: 2; *Maier-Lenz* 2000: 5

⁵⁸ *BAR* 2001: 2

⁵⁹ Siehe dazu etwa: *Renshaw et al.* 1991: 126; *Howe* 1994: XX; *Ewers* 1995: 4; *Meierjürgen* 1997: 18; *Wendt* 1997: 54; *The Case Management Society of America* 1995 zit. in: *Wendt* 1997: 154; *Göbel* 1999: 210; 2000a: 94; *Ewers* 2000a: 42ff; 2000b: 56ff; *Faßmann* 2000a: 3; 2000b. Andere, auf die besonderen Bedarfslagen psychisch kranker Menschen zugeschnittene Modelle werden vorgestellt bei: *Schleuning et al.* 2000: 2ff.

⁶⁰ *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation*, Brief zur Projektausschreibung vom 19.9.2000, S. 2.

nach einer entsprechenden Ausgestaltung des Arbeits- oder Ausbildungsplatzes, Umsetzung oder beruflichen Anpassung weiter zu beschäftigen bzw. auszubilden.

CMB-Auswahlkriterien der Krankenversicherung

Nach ärztlichem Gutachten (MDK) ist

- **der Versicherte im Hinblick auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit auf Dauer arbeitsunfähig**
- **die Erwerbsfähigkeit des Versicherten erheblich gefährdet oder gemindert (§ 51 SGB V)**

MDK-Gutachten ist einzuholen, wenn

- **der Versicherte auffallend häufig Arbeitsunfähigkeitsperioden aufweist**
- **Langzeitarbeitsunfähigkeit (über 8 Wochen Dauer) vorliegt**
- **schwere Akuterkrankungen (z.B. Herzinfarkt) eingetreten sind**

 Institut für empirische Soziologie Nürnberg

Case Management 2002

Abbildung 11

Arbeitsverwaltungsrechtliche Voraussetzungen für CMB

Behinderte Menschen (§ 19 SGB III)

„(1) Behindert (...) sind Menschen, deren Aussichten, am Arbeitsleben teilzuhaben oder weiter teilzuhaben, wegen Art und Schwere ihrer Behinderung (...) nicht nur vorübergehend wesentlich gemindert sind und die deshalb Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigen (...).“

(2) Behinderten Menschen stehen Menschen gleich, denen eine Behinderung mit den in Absatz 1 genannten Folgen droht.“

Verhältnis zu anderen Leistungsträgern (§ 22 SGB III)

„(2) Allgemeine und besondere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einschließlich der Leistungen an Arbeitgeber und der Leistungen an Träger dürfen nur erbracht werden, sofern nicht ein anderer Rehabilitationsträger (...) zuständig ist.“

 Institut für empirische Soziologie Nürnberg

Case Management 2002

Abbildung 12

Die *Abbildungen 11 bis 13* geben einen Überblick über die zentralen, im wesentlichen sozialversicherungsrechtlich abgeleiteten Voraussetzungen im Bereich der drei wichtigsten CMB-

Zuweisungsinstanzen - Krankenversicherung (*Abbildung 11*), Arbeitsverwaltung (*Abbildung 12*) und Rentenversicherung (*Abbildung 13*) –, unter denen eine Person in das CMB-Programm einbezogen werden kann. Daneben ist natürlich auch ein Zugang über andere Rehabilitationsträger möglich, für die allerdings andere Rechtsnormen maßgebend sind.

Rentenversicherungsrechtliche Voraussetzungen für CMB nach §§ 10, 11 SGB VI

- **Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert**
- **durch Reha-Leistungen**
 - kann drohende Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden
 - kann geminderte Erwerbsfähigkeit gebessert, wiederhergestellt oder wesentliche Verschlechterung abgewendet werden,
 - kann der Arbeitsplatz erhalten werden (bei Erwerbsminderung ohne Aussicht auf wesentliche Besserung)
- **Wartezeit von 15 Jahren erfüllt**
- **ohne Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wäre Rente zu leisten**
- **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Anschluß an medizinische Reha-Leistungen erforderlich, um voraussichtlich erfolgreich zu sein**



Institut für empirische Soziologie
Nürnberg

Case Management 2002

Abbildung 13

Daneben kann CMB allerdings auch durch andere Kontaktpartner in Gang gesetzt werden, wie Werks- und Betriebsärzte, Fach- oder Reha-Kliniken, Schwerbehindertenvertrauensleute, Behindertenverbände, Integrationsämter und ihre berufsbegleitenden Fachdienste. In jedem Fall sind dabei natürlich die geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu beachten; dazu gehört auch die schriftliche Einverständniserklärung des behinderten Menschen, daß er mit einer Intervention des Case Managers bei seinem Arbeitgeber einverstanden ist. Denkbar ist selbstverständlich auch, daß sich ein gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitnehmer selbst an eine CMB-Stelle wendet.

Es wird davon ausgegangen, daß die notwendige enge Kooperation der Rehabilitationsträger bei der Einleitung und Durchführung von Maßnahmen zur Ausgliederungsverhinderung auf lokaler bzw. regionaler Ebene erreicht werden kann. Gerade die gesetzliche Krankenver-

sicherung kann dazu beitragen, möglichst früh zu intervenieren, ist sie doch am ehesten über Arbeitsunfähigkeitszeiten und -ursachen informiert.⁶¹ Entsprechendes gilt für Rehabilitationsträger, bei denen Anträge auf medizinische oder berufliche Reha-Maßnahmen eingehen.

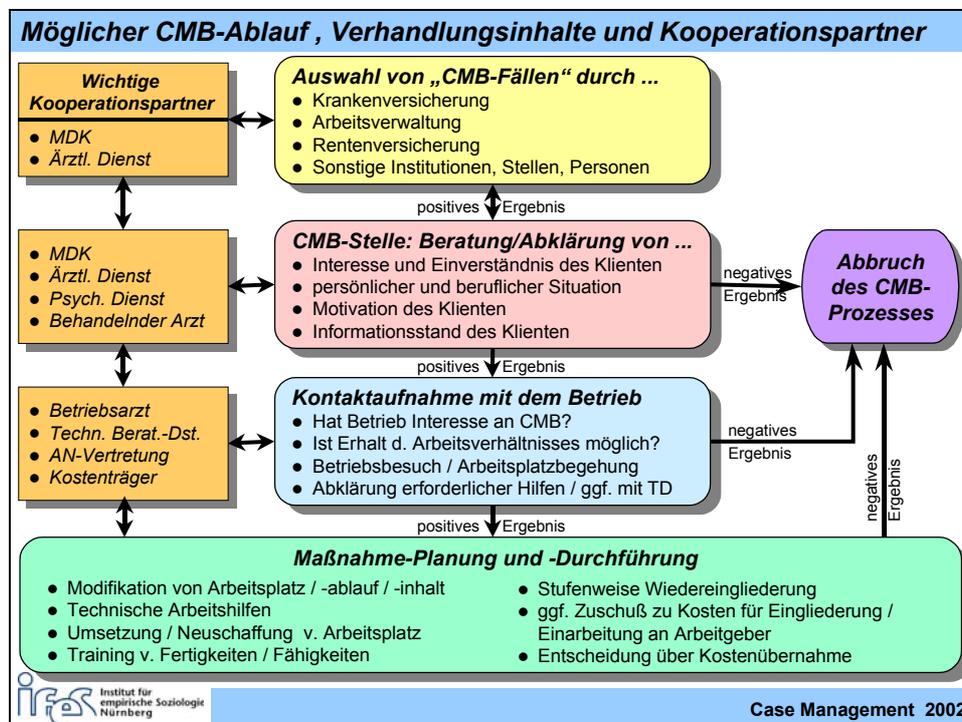


Abbildung 14

Zur Erhaltung von Arbeits- und Ausbildungsverhältnissen behinderter Menschen wirkt CMB als Anlaufstelle zur Ermittlung, Akquisition, Organisation, Koordination und Überwachung der erforderlichen Interventionshilfen. Unter Orientierung am für Case Management prinzipiell geltenden Phasenablauf⁶² (siehe *Abbildung 8*) sind dabei innerhalb sehr kurzer Frist die in *Abbildung 14* aufgelisteten Aufgaben zu bewältigen.⁶³

⁶¹ Siehe dazu etwa: *Faßmann et al.* 1988: 222

⁶² Vgl. *Lowy* 1980: 32ff; *Moxley* 1989: 16ff; *Wendt* 1991b: 25ff; *Wendt* 1997: 97: 158ff. Siehe dazu etwa auch: *Weil* 1991: 84ff; *Seidel / Grabow / Schultze* 1996: 139ff; *Raiff / Shore* 1997: 44ff; *The Case Management Society of America* 1995 zit. in: *Wendt* 1997: 158ff; *Wendt* 1998: 58ff; *Ewers* 2000b: 72ff; *Wittwer* 2000: 378

⁶³ Siehe dazu insbesondere: *Maier* 2001: 837ff. Ferner *Stecher* 2000. Erkennbar wird hier, daß die CMB-Aufgaben ähnlich geartet sind wie jene, die den Integrationsfachdiensten / Arbeitsassistenten zukommen. Allerdings werden diese im wesentlichen bei der beruflichen Ersteingliederung Schwerbehinderter (aus Sondereinrichtungen) mit besonderem Bedarf an personalintensiver, individueller arbeits- und berufsbegleitender Betreuung bzw. Unterstützung – u.U. auch dauerhaft – tätig. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt hier insbesondere im Bereich der Akquisition und Vermittlung von (neuen) Arbeitsplätzen. (Siehe dazu §§ 37a ff SchwbBAG (Entwurf); siehe ferner: *Adlhoch* 1997; *Doose* 1997, 1998; *Deusch* 1998; *Junker* 1998; *Barlsen et al.* 1999a; b; *Beule* 1999; *Jähnert* 1999; *Kretzer* 1999; *Schartmann* 1999; *Schneider* 1999; *Adlhoch* 2000; *Kretzer* 2000; *Matzeder* 2000) Von der Notwendigkeit eines solchermaßen intensiven und dauerhaften Engagements ist jedoch beim CMB im Sinne des Modellprojekts nicht auszugehen. Zudem geht es hier um den Erhalt eines Arbeitsverhältnisses im angestammten Betrieb, nicht um Akquise und Vermittlung einer Stelle in einem anderen Unternehmen.

- Übernahme des CMB-Falles von abgebender Institution (z.B. Krankenversicherung, Arbeitsverwaltung, Rentenversicherung) und ggf. formale Prüfung (z.B. Akteneinsicht) auf Eignung für CMB,
- Kontaktaufnahme zum behinderten Menschen, Abklärung von Interesse an CMB und Einverständnis zu weiteren Aktivitäten, insbesondere Verhandlungen mit dem bisherigen Betrieb
- Problemanalyse in Abstimmung mit dem Reha/SB-Berater des Arbeitsamtes unter Berücksichtigung der Interessen von behinderten Personen und Arbeitgebern
- Information des Arbeitgebers über
 - technische Lösungsangebote
 - Förderungsmöglichkeiten durch Reha-Träger bzw. Integrationsämter
- Erörterung der zur Erhaltung des Arbeits- / Ausbildungsverhältnisses erforderlichen Hilfen mit allen Beteiligten
- abschließende Beurteilung
- Abklärung mit zuständigem Reha-Träger
- Bereitstellung der Hilfen (ggf. Vorleistung)

3.1.2 CMB-Organisationsformen

Ob Case Management funktioniert, hängt wesentlich von dem organisatorischen Rahmen ab, in den es eingebunden ist. Größe, Umfang und Struktur der für die Umsetzung zuständigen Einrichtung beeinflussen demnach auch die Gestaltung der betreffenden Aktivitäten und bestimmen großenteils, welche seiner Funktionen betont werden.⁶⁴ Zur Durchführung des CMB bieten sich folgende unterschiedliche Organisationsformen⁶⁵ an:

3.1.2.1 CMB durch die Arbeitsverwaltung oder andere Rehabilitationsträger („Reha-Träger-Modell“)

Aufgrund des dort in qualifizierten Fachabteilungen und –diensten vorhandenen sozialversicherungsrechtlichen, berufskundlichen und arbeitsmarktlichen Fachwissens bietet sich eine Integration des CMB in den Aufgabenbereich der Arbeitsverwaltung oder anderer Rehabilita-

⁶⁴ Vgl. Weil 1991: 114

⁶⁵ Zu den Möglichkeiten einer organisatorischen Verankerung von Case Management siehe etwa: Weil 1991: 114ff; Rupp / Bell / McManus 1994: 6f; Bohm / Schröder 1995; Faßmann 2000a: 16; Ewers / Schaeffer 2000b: 14ff.

tionsträger⁶⁶ an. Voraussetzung ist allerdings eine vorwiegend betriebsbezogene Orientierung der Case Manager: Demnach ist die Frühintervention beim Betrieb in Zusammenarbeit mit dem Technischen Berater sowie dem Ärztlichen oder Psychologischen Dienst (ggf. auch unter Kontaktaufnahme mit Betriebsärzten und Krankenkassen) vorzubereiten, zu organisieren und zu koordinieren.⁶⁷

Maier (2000, 2001) plädiert für ein CMB durch das Arbeitsamt, weil

- CMB die ureigenste Aufgabe des Arbeitsamtes sei,
 - die Fachkompetenz des Reha-Beraters als Case Manager viel größer als die externer Kräfte sei,
 - ein Reha-Berater interne Behördenstrukturen eher positiv beeinflussen könne als ein Externer,
 - Entscheidungs- und damit Verhandlungskompetenz weiter beim Reha-Träger verbliebe,
 - positive Synergieeffekte im Hinblick auf andere Aufgabengebiete des Arbeitsamtes zu erwarten seien,
 - CMB das Image einer modernen Dienstleistungsbehörde positiv beeinflusse.
- Er fordert daher, die Arbeitsverwaltung solle eigene Mitarbeiter für CMB-Aufgaben freistellen.

Solche Argumente dürften auch andere Rehabilitationsträger (Krankenkassen, Rentenversicherungsträger) anführen, um ein entsprechendes Engagement zu begründen. Diese verfügen jedoch nicht über die Finanzierungsmöglichkeiten von CMB, die der Arbeitsverwaltung im Rahmen der freien Förderung nach § 10 SGB III gegeben sind. Seit Inkrafttreten von SGB IX zum 1.7.2001 wird allerdings von einigen Rentenversicherungsträgern die Auffassung vertreten, daß der § 33 SGB IX unter besonderer Berücksichtigung etwa von Absatz 3 Punkt 1 und Absatz 6 Punkte 3 und 7 eine gute Rechtsgrundlage für ein CMB-Engagement *aller* Rehabilitationsträger darstellt.⁶⁸

⁶⁶ Zum Case Management durch Mitarbeiter von Krankenkassen siehe z.B. *Hüllen / Schulz* 1997; *Meierjürgen* 1997; *Hüllen / Chruszcz* 1998; *Braun / Kuwatsch* 2000: 43ff; *Chruszcz* 2000; *Chruszcz / Hamed Zoike* 2000; *Dziuk* 2000. Über Möglichkeiten von Reha-Beratern der Rentenversicherung berichten *Braun / Kuwatsch* 2000: 46ff.

⁶⁷ Siehe dazu etwa: *Göbel* 1999: 213f; 2000a: 99f; *Arbeitsamt Nürnberg* 2000; *Braun / Kuwatsch* 2000: 48ff; *Maier* 2000; 2001

⁶⁸ Im Bereich der Rentenversicherung denkbar sei u.U. auch, sich auf die Rechtsgrundlage des § 31 Abs. 1 Punkt 5 SGB VI zu stützen. In der Praxis sei dies allerdings problematisch, da die aufgrund dieser Rechtsvorschrift verfügbaren Mittel „gedeckelt“ und im allgemeinen bereits durch die Finanzierung anderer Maßnahmen gebunden sind. (Persönliche Mitteilung von Herrn *Loris*, LVA *Sachsen*, am 27. März 2002)

3.1.2.2 CMB durch „eingekaufte“ Träger („Einkaufsmodell“)

Wegen fehlender personeller Ressourcen läßt sich CMB u.U. nur mittels einer eingekauften Managementleistung verwirklichen. Als Anbieter kommen dann erfahrene Träger, insbesondere geeignete Reha-Einrichtungen, die über fundierte Erfahrungen mit der beruflichen Eingliederung behinderter Menschen verfügen, in Frage, die dann vom federführenden Rehabilitationsträger beauftragt werden. Als besonders vorteilhaft wird dabei die Tatsache angesehen, daß es sich in diesem Fall um eine *neutrale* Instanz handelt, die somit am besten den Funktionen als Anwalt des Klienten, Vermittler bedarfsgerechter Leistungen und Steuerinstanz im Versorgungssystem entsprechen kann, die dem Case Management im allgemeinen zugeschrieben werden⁶⁹ (siehe oben *Abbildung 7*).

Demgegenüber sind Mitarbeiter von Rehabilitationsträgern trotz ihrer Beratungsverpflichtungen (§ 12 Abs. 1 Punkt 3, § 22 Abs. 2 SGB IX) immer auch Partei.⁷⁰ Deshalb wird gerade in einem solchen Konzept eine Brückenform zwischen den Haushaltserfordernissen und der Förderungsverpflichtung gesehen, die den Interessenausgleich zwischen dem Berechtigten (Rehabilitand) und dem Leistungsverpflichteten (Reha-Träger) verbessert, und somit sachgerechtere und wirtschaftlichere Ergebnisse erzielt werden können als durch das traditionelle einseitig-hoheitliche Handling.⁷¹

Als Finanzierungskonzepte⁷² sind denkbar

- eine leistungsunabhängige Finanzierung entsprechender Stellen,
- indikationsunabhängige oder indikationsorientierte Fallpauschalen,⁷³
- Abrechnung von Einzelleistungen bzw. nach Zeitaufwand.

Nach einer Modellrechnung⁷⁴ wird eine durchschnittliche Kostenerstattung von 1.000 DM pro Fall unter Einschluß aller Leistungen und der dazu erforderlichen Ressourcen (einschl. i.e.ßlich Fahrtkosten u.ä. Aufwendungen des privaten Leistungsträgers, jedoch ohne zusätzliche Leistungen für Anpassungsmaßnahmen, Eingliederungshilfen etc.) für angemessen angesehen.

⁶⁹ Vgl. *Ewers* 1996: 25ff; *Meierjürgen* 1997: 18; *Wendt* 1997: 145ff; *Ewers* 2000b: 63ff

⁷⁰ Vgl. *Göbel* 1999: 210

⁷¹ Vgl. *Göbel* 1999: 210

⁷² Siehe dazu auch: *Tophoven* 1995: 164

⁷³ Siehe dazu z.B. *Brühl / Schuber* (2000), die auch Vorschläge zur Entwicklung solcher Leistungsabrechnungssysteme vortragen.

⁷⁴ Vgl. *Göbel* 1999: 217

Vorläufig kann das CMB nach dem „Einkaufsmodell“ allerdings nur durch die Arbeitsverwaltung im Rahmen der freien Förderung nach § 10 SGB III finanziert werden, andere Rehabilitationsträger sehen eine entsprechende Finanzierung bisher nicht vor.⁷⁵

3.2 Ziele und Anlage des CMB-Modellprojekts

Im Rahmen des Projekts, das von Juli 2001 bis November 2004 läuft, soll das CMB an mehreren Modellstandorten in der Bundesrepublik Deutschland erprobt, im Hinblick auf Bedingungen für optimale, problemorientierte und effektive Zusammenarbeit im regionalen Netzwerk der relevanten Personen und Organisationen beschrieben und auf wesentliche (Erfolgs-)Determinanten hin überprüft werden. Dabei ist zunächst grundsätzlich offen, ob das CMB mit eigenen personellen Ressourcen der zuständigen Rehabilitationsträger oder durch „eingekaufte“ Dienstleister verwirklicht wird.

Während der Laufzeit wird das Projekt wissenschaftlich begleitet und durch einen Projektbeirat unterstützt.

3.2.1 Ziele des Modellprojekts

Ziel des Modellprojekts ist es auszuloten, unter welchen Rahmenbedingungen und wie ein Case Management zur Erhaltung von Arbeits- und Ausbildungsverhältnissen langzeiterkrankter und behinderter Menschen optimal ausgestaltet werden kann (siehe *Abbildung 15*). Demnach geht es darum, die Chancen und Grenzen von CMB zu erproben unter Berücksichtigung unterschiedlicher Rahmenbedingungen wie

- Organisationsform (Durchführung nach dem „Reha-Träger-Modell“, oder dem „Einkaufsmodell“) und
- regionalen Besonderheiten (z.B. Arbeitsmarkt, städtisches bzw. ländliches Umfeld, neue bzw. alte Bundesländer).

Überprüft werden soll, inwieweit die postulierten Ziele von CMB im Hinblick auf *Effektivität*, also Maßnahmewirksamkeit, und *Effizienz*, also Wirtschaftlichkeit, erreicht werden und welche Einflußfaktoren dabei von besonderer Bedeutung sind.

⁷⁵ Vgl. *Maier-Lenz* 2000: 8; *BAR* 2000b: 6



Abbildung 15

Auf der Grundlage der so gewonnenen Ergebnisse sollen schließlich Entscheidungshilfen erarbeitet werden, die sich zur Verabschiedung normativer Grundlagen für eine künftige institutionelle Ausgestaltung und Förderung des CMB für alle in Frage kommenden Rehabilitationsträger nutzen lassen.

3.2.2 Projektakteure: Beteiligte & Betroffene

Zu den Akteuren im Rahmen eines Evaluationsprozesses sind zunächst die Beteiligten & Betroffenen⁷⁶ (*stakeholders*), d.h. Personen und Gruppen zu zählen, die an der Entwicklung und Umsetzung des zu überprüfenden Programms unmittelbar beteiligt bzw. davon betroffen sind.⁷⁷ Es handelt sich hier also im wesentlichen um die Mittelgeber, die ein Programm verantworten und die Evaluation finanzieren, die programmgestaltenden Durchführungsorganisation(en) und ihre Mitarbeiter sowie die Zielgruppen bzw. Klienten.⁷⁸

⁷⁶ Es hat sich „eingebürgert“, die für *stakeholders* verwendete Wortkombination „Beteiligte & Betroffene“ als *terminus technicus* zu verwenden und zur Verdeutlichung zwischen die beiden Begriffe ein & zu stellen (vgl. Widmer 2000: 79).

⁷⁷ Vgl. *Joint Committee on Standards for Educational Evaluation / Sanders* 1999: 49

⁷⁸ In der Praxis sind solch klare Unterscheidungen nicht in jedem Fall möglich. So können etwa Kostenträger des Programms und Evaluationsfinanziers institutionell getrennt sein, Auftraggeber und Durchführungsorganisation zusammenfallen usw. (Siehe dazu auch: *Müller-Kohlenberg* 1997: 10; *Widmer* 2000: 79).

Die wichtigsten *stakeholders* im CMB-Modellprojekt sind in *Abbildung 16* zusammengestellt. Im Zentrum stehen dabei die *CMB-Stellen*, d.h. die sie tragenden Durchführungsorganisationen sowie die dort tätigen Case Manager. Sie stehen in engen Kooperationsbeziehungen zu den jeweiligen *Rehabilitanden* und deren *Betrieben* (Arbeitgebern, Personalverantwortlichen, Vorgesetzten). Zudem sind sie eingebunden in ein *Netzwerk* von Personen, Organisationen und Institutionen, die herangezogen werden können, um dem Ausgliederungsverhinderungsmanagement zum Erfolg zu verhelfen. An erster Stelle zu nennen sind hier die Rehabilitationsträger und deren Fachdienste (z.B. MDK, Ärztliche Dienste, Technischer Beratungsdienst, Psychologischer Dienst usw.). Daneben sind Leistungsträger (z.B. Bildungsträger) relevant, die dann in Anspruch genommen werden können, wenn die Finanzierung geplanter Maßnahmen sichergestellt werden konnte. Die Gruppe der weiteren (potentiell) Beteiligten kann nur skizziert werden. Je nach Situation und Bedarf wären etwa behandelnde Ärzte, betriebsärztliche Dienste, Rehabilitationsberater, Integrationsfachdienste, Arbeitnehmervertretungen, Schwerbehindertenvertrauensleute, Vorgesetzte, Kollegen, Familienangehörige usw. einzubinden.

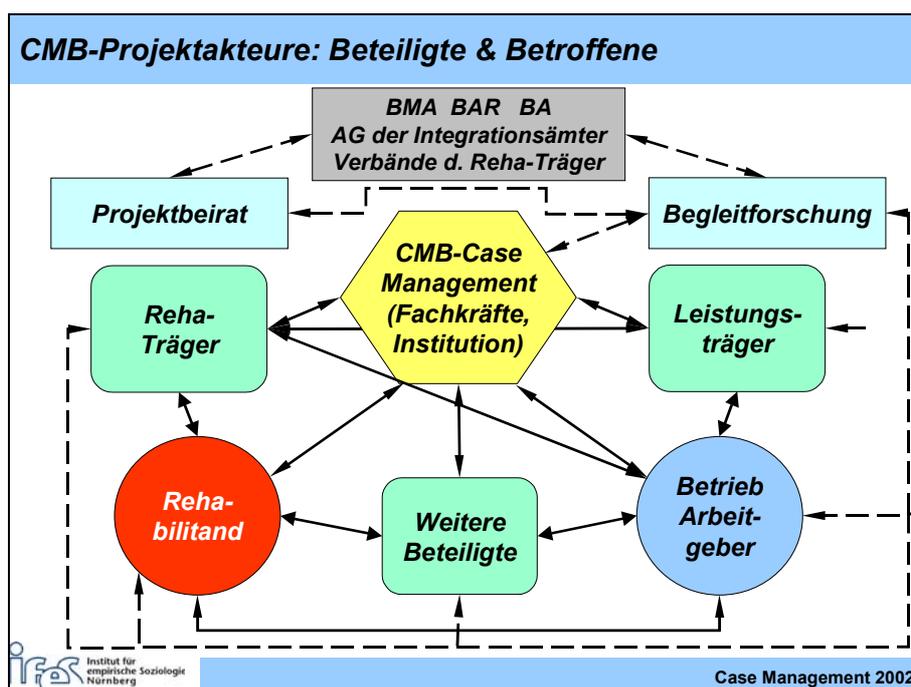


Abbildung 16

Neben diesen das CMB unmittelbar gestaltenden und umsetzenden Akteuren wirken an dem Projekt die den Initiatoren, Financiers und Förderer der Modellinitiative (*Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Bundesanstalt für Arbeit, Arbeitsgemeinschaft der Integrationsämter, Spitzenverbände der Rehabilitationsträger*) mit.

Darüber hinaus wurde ein Projektbeirat eingerichtet, der die Aufgabe hat, die Begleitforschung, die vom *Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg* wahrgenommen wird, konstruktiv-kritisch zu beraten und zu unterstützen. Der Beirat setzt sich zusammen aus Vertretern der bereits genannten Institutionen bzw. Organisationen sowie des *BAR-Sachverständigenrates der Behindertenverbände*, des *Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen*, der *Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Hauptfürsorgestellen*, der *Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände*, des *Deutschen Gewerkschaftsbundes*, des *Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit* sowie bei Bedarf weiteren Fachleuten.

3.3 Modellstandorte und Durchführungsorganisationen

3.3.1 Die Auswahl der Modellstandorte

Zum Zeitpunkt der Ausschreibung der Begleitforschung des Modellprojekts im September 2000 war zunächst vorgesehen, etwa zehn Modellstandorte mit CMB-Stellen in die Programmevaluation einzubeziehen. Als dann mit dem Projekt begonnen werden konnte, war diese Zahl auf 15 Standorte angestiegen. Nach Durchführung erster Gespräche vor Ort stellte sich dann allerdings heraus, daß das Konzept des Case Managements am Standort *Hamel* so gravierend von den übrigen abweicht, daß es nicht zuletzt aus Gründen der Vergleichbarkeit angezeigt erschien, diesen nicht weiter im Modellprojekt zu belassen. An seiner Stelle wurde *Leipzig* als Standort nachträglich aufgenommen. Darüber hinaus ergab sich ein Wechsel des mit dem CMB beauftragten Bildungsträgers am Standort Traunstein.

Im Februar 2002 mußte auch der Standort *Ludwigshafen* aus dem Projekt genommen werden, weil das *Arbeitsamt Ludwigshafen* den Vertrag mit der zuständigen Durchführungsorganisation nicht verlängert hatte. Dabei war nach Auskunft dieses Bildungsträgers ausschlaggebend, daß die Arbeitsverwaltung derzeit weniger an CMB, denn an einer Intensivierung ihrer Vermittlungsbemühungen interessiert ist. Auch am Standort *Neuwied / Altenkirchen* stieg die Arbeitsverwaltung mit der Begründung aus dem Projekt aus, sie sei nach Verabschiedung von SGB IX kaum noch für CMB-Fälle zuständig. Aus diesem Grunde – Klientenmangel – ruht die Arbeit der CMB-Stelle derzeit. Es wird aber versucht, eine Vereinbarung mit der *LVA Rheinland-Pfalz* zu treffen, um das CMB-Angebot weiter aufrecht erhalten zu können. Da sich die LVA in einem Umstrukturierungsprozeß befindet, können sich die betreffenden Verhandlungen jedoch noch länger hinziehen. Ende März schied schließlich der

Standort *Traunstein* überraschend⁷⁹ aus dem Modellprojekt aus, da der Bildungsträger sich nicht in der Lage sah, mit dem vorhandenen Personal den Ansprüchen der Begleitforschung (insbesondere Dokumentationspflichten) genüge zu leisten.



Abbildung 17

Abbildung 17 zeigt die aktuelle Verteilung der Projektstandorte über das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland. Die Auswahl wurde vom Projektinitiator, der *BAR* zusammen mit den betreffenden Landesarbeitsämtern und Arbeitsämtern, aufgrund der Überlegung vorgenommen, möglichst vielfältige Standortbedingungen zu repräsentieren: So ist zu erkennen, daß acht Standorte in den alten und sechs weitere in den neuen Bundesländern liegen. Neben ausgesprochenen „Großstadt-Stellen“ (Frankfurt a. M., Nürnberg, Leipzig) finden sich auch solche in eher ländlicher Umgebung (Leer, Neuwied, Pfarrkirchen, Saalfeld). Prosperierende Regionen (Waiblingen, Wiesbaden) stehen solchen mit eher problematischer Wirtschafts- und Arbeitsmarktlage (Leer, Schwerin, Zwickau) gegenüber.

⁷⁹ Das Ausscheiden erfolgte insofern überraschend, als entsprechende Probleme oder Einwände auf der vorrangig Dokumentationsfragen gewidmeten Arbeitssitzung in Nürnberg am 26.2.2002 von der betreffenden Case Managerin nicht vorgetragen worden waren.

Die Standortauswahl durch die *BAR* unterlag insofern in regionaler Hinsicht Restriktionen, als sich nicht alle bundesdeutschen Landesarbeitsämter zu einer Förderung von CMB-Stellen in ihrem Zuständigkeitsbereich in der Lage sahen. Aus diesen Gründen sind bedeutende Bundesländer wie etwa *Berlin*, *Brandenburg*, *Nordrhein-Westfalen* und *Schleswig-Holstein* sowie die Stadtstaaten *Bremen* und *Hamburg* nicht vertreten.

Organisationsform des CMB nach Standorten					
Standort	Reha-Träger			„Einkaufsmodell“	
	Arbeits- amt	Renten- versicherung	Kranken- versicherung	BBW / BFW	sonstiger Träger
Frankfurt/M.	x				
Gotha	x				
Nürnberg	x				
Leer		x			
Neuwied			x		
Leipzig				x	
Schwerin				x	
Waiblingen				x	
Wiesbaden				x	
Merseburg					x
Pfarrkirchen					x
Saalfeld					x
Zwickau					x

 Institut für empirische Soziologie Nürnberg

Case Management 2002

Abbildung 18

Aus *Abbildung 18* geht hervor, welcher Organisationsform die CMB-Stellen an den Projektstandorten zuzuordnen sind, d.h. ob sie bei Rehabilitationsträgern angesiedelt sind oder dem „Einkaufsmodell“ entsprechen. An fünf Standorten haben Rehabilitationsträger das CMB selbst übernommen: So wird es in *Frankfurt a. M.*, *Gotha*, *Nürnberg* von Arbeitsämtern, in *Leer* von einem Rentenversicherungsträger und in *Neuwied / Altenkirchen* von einer Krankenkasse mit eigenem Personal durchgeführt. Alle übrigen CMB-Stellen entsprechen dem „Einkaufsmodell“, wobei in *Leipzig*, *Schwerin* und *Wiesbaden* Berufsförderungswerke und in *Waiblingen* ein Berufsbildungswerk mit CMB beauftragt wurden, während in *Merseburg*, *Pfarrkirchen*, *Saalfeld* und *Zwickau* sonstige Bildungsträger eingebunden sind.

3.3.2 Die Durchführungsorganisationen

In *Abbildung 19* werden die CMB-Durchführungsorganisationen nach Standorten namentlich⁸⁰ aufgelistet, die bislang in die Begleitforschung einbezogen wurden. Allerdings schieden drei dieser Organisationen, wie in *Abschnitt 3.3.1* berichtet, im Verlauf der letzten Monate wieder aus dem Modellprojekt aus.

CMB-Durchführungsorganisationen (Stand: März 2002)	
➤ Frankfurt a. M.	Arbeitsamt Frankfurt/M.
➤ Gotha	Arbeitsamt Gotha
➤ Leer	LVA Hannover, A + B-Stelle Leer
➤ Leipzig	Berufsförderungswerk gGmbH Leipzig
➤ Merseburg	Fortbildungsakademie der Wirtschaft
➤ Neuwied	AOK Neuwied und AOK Altenkirchen
➤ Nürnberg	Arbeitsamt Nürnberg
➤ Pfarrkirchen	Berufsförderungszentrum Peters GmbH & Co. KG, Waldkraiburg
➤ Saalfeld	Bildungszentrum Saalfeld gGmbH
➤ Schwerin	Berufsförderungswerk Hamburg GmbH
➤ Waiblingen	Berufsbildungswerk Waiblingen der Diakonie Stetten e.V.
➤ Wiesbaden	Berufsförderungswerk Frankfurt a.M. in Wiesbaden
➤ Zwickau	Institut für Schulung und Beruf
Nicht mehr im Projekt:	
➤ Hameln	Salo + Partner Bildung und Beruf GmbH
➤ Ludwigshafen	Fortbildungsakademie der Wirtschaft
➤ Traunstein	IBBV-GmbH Gesellschaft für Integration, Beratung, Bildung und Vermittlung

Abbildung 19

Im folgenden werden die CMB-Durchführungsorganisationen, so weit sie das „Einkaufsmo-
dell“ repräsentieren, in alphabetischer Reihenfolge der Projektstandorte genauer vorgestellt.

Salo + Partner Bildung und Beruf GmbH in Hameln

Salo + Partner Bildung und Beruf GmbH Hameln ist eine 1988 gegründete privatwirtschaftliche Unternehmensgruppe. Für den Bildungsträger ist Bildung kein Selbstzweck, sondern eine wichtige Möglichkeit zum (Wieder-)Einstieg in den Job. Derzeit betreibt das Unternehmen 30 Niederlassungen, hauptsächlich in Hamburg, Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen. Die Niederlassung in Hameln wurde 1996 gegründet. Heute betreibt diese Zweigstelle Bildungszentren in Hameln und Rinteln und beschäftigt 28

⁸⁰ Mit den Projektakteuren wurde vereinbart, die Möglichkeiten einer Zuordnung von Forschungsergebnissen zu bestimmten Projektstandorten zu erschweren, indem diese – abgesehen von den in diesem *Abschnitt 3.3.2* enthaltenen grundlegenden Informationen – künftig nicht mehr namentlich genannt, sondern durch zufällig gewählte Nummern gekennzeichnet werden.

Mitarbeiter. Der Schwerpunkt der Angebote, die alle in enger Zusammenarbeit mit den Arbeitsämtern und der Wirtschaft entwickelt wurden, liegt auf der Umschulung und beruflichen Rehabilitation. In Hameln werden aktuell etwa 250 Teilnehmer in 20 Kursen betreut. Das Angebot besteht aus folgenden Qualifizierungsmaßnahmen: Feststellungsmaßnahmen, betriebliche Einzelumschulung in gestaltender Trägerschaft, umschulungsbegleitende Hilfen, Grundausbildungslehrgang für IT-Berufe, berufliche Rehabilitation psychisch eingeschränkter Teilnehmer, Gruppenumschulung zum Friseur / zur Friseurin sowie Informations- und Orientierungsveranstaltungen für langzeitkranke Teilnehmer

Das Berufsförderungswerk Leipzig

Das *Berufsförderungswerk Leipzig* wurde 1991 gegründet im Rahmen der Errichtung von Berufsförderungswerken in den neuen Bundesländern. Seit der Aufnahme des Lehrbetriebs wurde das *Berufsförderungswerk Leipzig* kontinuierlich zu einer behindertengerechten Einrichtung mit Internatszimmern, Versorgungstrakt, Sportbereich, sowie Arbeits- und Behandlungsräumen für die Reha-Fachdienste ausgebaut. Gesellschafter des *Berufsförderungswerks Leipzig* sind die *Landesversicherungsanstalt Sachsen* in Leipzig, die *Bundesversicherungsanstalt für Angestellte* in Berlin, die *Bundesknappschaft Bochum* wie auch das *Berufsförderungswerk München* in Kirchseeon. Das *Berufsförderungswerk Leipzig* versteht sich als gemeinnütziges, soziales, und überregionales Dienstleistungsunternehmen auf dem Gebiet der beruflichen Rehabilitation. Die Bildungsangebote sind für Erwachsene konzipiert, die auf Grund von Erkrankungen, Unfällen oder Behinderungen ihre bisherige Berufstätigkeit nicht mehr ausüben können. Etwa 400 Rehabilitanden werden hier jährlich in 12 Berufen ausgebildet. Außerdem stehen spezielle Rehabilitationsprogramme zur Verfügung, wie psychologische Leistungsdiagnostik, Berufsorientierung und Arbeitserprobung. Begleitend steht ein Sozialdienst, ein medizinischer Dienst, ein psychologischer Dienst sowie ein Integrationsdienst zur Verfügung. Seit Februar 2002 wird beim *Berufsförderungswerk Leipzig* auch Case Management angeboten.

Die Fortbildungsakademie der Wirtschaft gGmbH in Ludwigshafen und Merseburg

Die *Fortbildungsakademie der Wirtschaft* wurde 1986 durch das Institut der deutschen Wirtschaft gegründet und setzte sich anfänglich für die Weiterbildung arbeitsloser Akademiker ein. Dieses Geschäftsfeld weitete sich in den Folgejahren stark aus. Heute erstrecken sich die Aktivitäten der *Fortbildungsakademie der Wirtschaft gGmbH* von beruflicher Rehabilitation, berufsvorbereitenden und -begleitenden Qualifizierungen, Fernlehrgängen, und Integrationsfachdiensten über neue Technologien im EDV-Bereich, Public Relations, Journalismus und Neue Medien bis hin zu Existenzgründungen. Das Angebot richtet sich an alle Zielgrup-

pen des Arbeitsmarkts. Die *Fortbildungsakademie der Wirtschaft* wird als gemeinnützige GmbH geführt. Gesellschafter sind das Institut der deutschen Wirtschaft Köln und die beruflichen Fortbildungszentren der Bayerischen Wirtschaft gGmbH. Bundesweit sind über 900 Mitarbeiter in 28 Akademien und 80 Niederlassungen tätig. Die *Fortbildungsakademie der Wirtschaft* ist ein wirtschaftsnaher Bildungsträger und stellt den unterschiedlichsten Zielgruppen ein wohnortnahes und praxisorientiertes Angebot zur Verfügung. Die Sicherung des Arbeitsplatzes oder die (Wieder-)Aufnahme der Berufstätigkeit sowie die Umsetzung von Wissen in unternehmerische Wettbewerbsvorteile sind dabei Ziele, die im Mittelpunkt der Seminare des Bildungsträgers stehen. Die *FAW Ludwigshafen* führte vom 1. Januar 2001 bis zum 31. Dezember 2002 CMB durch. Die *FAW Merseburg* bietet CMB seit 1. Januar 2001 an.

Das Berufsförderungszentrum Johann Peters GmbH & Co. KG in Waldkraiburg

Das *Berufsförderungszentrum Johann Peters* ist eines von 28 Berufsförderungswerken in Deutschland und immer ohne öffentliche Fördergelder ausgekommen. Das Unternehmen wurde vor über 50 Jahren gegründet, zunächst um Kriegsversehrte wieder in die Erwerbstätigkeit zu führen. Daraus entwickelten sich die Konzepte der beruflichen Rehabilitation im *Berufsförderungszentrum Johann Peters*. Heutzutage nimmt die Fort- und Weiterbildung einen immer größeren Anteil am Bildungsangebot der Einrichtung ein. Das *Berufsförderungszentrum Johann Peters* hat seinen Sitz in Waldkraiburg. Hauptsächliche Dienstleistungen der Einrichtung liegen in den Bereichen Ausbildung, Fort- und Weiterbildung, vorbereitende Rehabilitationsmaßnahmen, Sondermaßnahmen (z.B. Linksschreibtraining) wie auch Berufsfindung und Arbeitserprobung. Einen besonderen Schwerpunkt bilden auch Übungsfirmen, in denen die Rehabilitanden auf ihre künftige Berufstätigkeit vorbereitet werden. Seit 1. März 2000 wird beim *Berufsförderungszentrum Johann Peters* in Waldkraiburg Case Management durchgeführt.

Das Bildungszentrum Saalfeld gGmbH

Das *Bildungszentrum Saalfeld gGmbH* ist eine Einrichtung zur beruflichen Rehabilitation Erwachsener. Ziel des *Bildungszentrum Saalfeld gGmbH* ist es, die sich mit dem wissenschaftlich-technischen Fortschritt eröffnenden Möglichkeiten für Rehabilitation nutzbar zu machen. Die Einrichtung bietet diagnostische Maßnahmen, Umschulungen sowie Anpassungs- und Integrationsmaßnahmen an. Begleitende Dienste, z.B. psychologische, sozialpädagogische, arbeitsmedizinische und berufsbegleitende Dienste tragen neben Case Management und Ergotherapie zum Gelingen der Maßnahmen bei. Das *Bildungszentrum Saalfeld gGmbH* beschäftigt Lehrkräfte, Ausbilder, Psychologen, Sozialpädagogen, Ergotherapeuten und einen Arbeitsmediziner zur beruflichen Rehabilitation. Die Einrichtung verfügt

über mehrere Seminarräume, Fachkabinette, Therapieräume und ein Wohnheim. Case Management wird in Saalfeld seit 1. Februar 2001 durchgeführt.

Das Berufsförderungswerk Hamburg in Schwerin

Das *Berufsförderungswerk Hamburg* arbeitet als gemeinnützige GmbH, ihr alleiniger Gesellschafter ist die Hansestadt Hamburg. Das *Berufsförderungswerk Hamburg* ist das zweitgrößte Zentrum für berufliche Rehabilitation in Deutschland. Über 600 Mitarbeiter werden beschäftigt. Das *Berufsförderungswerk Hamburg* versteht sich als kundenorientierte Einrichtung, deren Angebot einen hohen Qualitätsstandard erfüllt. Die Außenstelle *Berufsförderungswerk Hamburg in Schwerin* wurde geschaffen, um Programme zur betrieblichen Rehabilitation durchzuführen. Das *Berufsförderungswerk Hamburg in Schwerin* bietet berufliche Rehabilitation in allen Ausbildungsberufen an. Begleitend erfolgt beispielsweise eine medizinische, psychologische und sozialpädagogische Betreuung. Teilweise übernimmt das *Berufsförderungswerk Hamburg in Schwerin* diese Betreuung selbst, teilweise lässt sie die Rehabilitanden durch Ärzte und Psychologen der Region betreuen. Betriebliche Rehabilitation ist ein Angebot für Menschen, die die besonderen Hilfen des *Berufsförderungswerks Hamburg* benötigen, die aber in der Nähe ihres Wohnortes eine neue berufliche Perspektive entwickeln möchten. Seit Februar 2001 ist das *Berufsförderungswerk Hamburg* in Schwerin für das Case Management zuständig.

Die IBBV-GmbH Gesellschaft für Integration, Beratung, Bildung und Vermittlung in Traunstein

Die Gesellschaft *IBBV-GmbH Traunstein* wurde mit der Öffnung des Vermittlungsmonopols der Bundesanstalt für Arbeit 1997 gegründet. Das Unternehmen mit Geschäftssitz in München betreibt acht Beratungszentren in Bayern und im Saarland. Das Unternehmen hat 20 Angestellte sowie Fachreferenten und Honorarkräfte, darunter Psychologen, Sozialpädagogen, Volks- und Betriebswirte, Fach- und Berufsschullehrer sowie Soziologen. Die *IBBV-GmbH Traunstein* versteht sich als Unternehmen, das private Arbeitsvermittlung mit Konzept betreibt. Das Unternehmen engagiert sich in den Geschäftsfeldern private Arbeitsvermittlung, schulische und berufliche Weiterbildung, sowie Dienstleistungen im Bereich Personalentwicklung und Personalberatung. Im Einzelnen werden folgende Leistungen angeboten: Case Management (seit 1. März 1999), Internet Job Center, Personalvermittlung und Personalberatung, Job-Büros, sowie die Direktvermittlung von Arbeitskräften.

Das Berufsbildungswerk Waiblingen

Das *Berufsbildungswerk Waiblingen* wurde 1978 gegründet, der Träger des *Berufsbildungswerks Waiblingen* ist die *Anstalt Stetten e.V.*, die seit ihrer Gründung im Jahre 1849 die Berufsausbildung behinderter Menschen zu ihren Aufgaben zählt. Das Ziel der Einrichtung wird beschrieben als berufliche Qualifizierung von jungen Menschen, die eine Ausbildung unter den üblichen Bedingungen nicht bewältigen würden, sowie die Förderung ihrer sozialer Entwicklung zu einer selbständigen Persönlichkeit. Die Zielgruppe des *Berufsbildungswerks Waiblingen* umfaßt neben lernbehinderten jungen Menschen auch solche mit körperlichen Behinderungen. Das *Berufsbildungswerk Waiblingen* organisiert neben der Berufsausbildung in 16 Berufen auch Förderlehrgänge mit unterschiedlicher Dauer. Das *Berufsbildungswerk Waiblingen* bietet 270 Ausbildungsplätze, 72 Plätze in Förderlehrgängen und fünf Plätze zur Arbeitserprobung an. In der Einrichtung (einschließlich der beiden Außenstellen) sind 115 Mitarbeiter tätig, darunter Pädagogen, Psychologen, Ärzte und Pfarrer. Seit 1. September 2001 wird beim *Berufsbildungswerk Waiblingen* Case Management durchgeführt.

Das Berufsförderungswerk Frankfurt am Main in Wiesbaden

Das *Berufsförderungswerk Frankfurt am Main* versteht sich als soziales Dienstleistungsunternehmen, welches Menschen mit Behinderungen mit dem Ziel ihrer dauerhaften Eingliederung in den Arbeitsmarkt qualifiziert. Einerseits wird die berufliche Kompetenz der Teilnehmer gefördert, andererseits setzt sich das *Berufsförderungswerk Frankfurt am Main* für die persönliche Weiterentwicklung der Klienten ein, unterstützt durch ein Reha-Team mit Fachkräften der Pädagogik, Psychologie, Medizin und des Sozialwesens. In der Außenstelle des *Berufsförderungswerks Frankfurt am Main* in Wiesbaden werden Qualifizierungen zur beruflichen Integration durchgeführt. Zu dem Angebot in Wiesbaden gehören Integrationsmaßnahmen, die Qualifizierung zum/zur Bürokaufmann/-frau, ein vermittlungsunterstützendes Integrationszentrum sowie ein Beratungs- und Bewerbungszentrum. Im Auftrag des Arbeitsamtes Wiesbaden führt das *Berufsförderungswerk Frankfurt am Main* zudem seit Juni 2000 das Case Management in seiner Außenstelle in Wiesbaden durch.

Das Institut für Schulung und Beruf in Zwickau

Das *Institut für Schulung und Beruf* in Sachsen hat seine Hauptgeschäftsstelle in Zwickau. Derzeit hat das Unternehmen neun Standorte im Raum Zwickau. Die Bildungsmaßnahmen richten sich an Unternehmen, Arbeitslose, Rehabilitanden, Behinderte und weitere Einzelpersonen. Das Dienstleistungsangebot hat drei Schwerpunkte: „ISB Start“ beinhaltet u.a. Bewerbungstraining, Maßnahmen zur Wiedereingliederung von Arbeitslosen sowie das Case

Management. „ISB Plus-Minus“ bündelt Maßnahmen wie z.B. Anpassungsqualifizierungen, Umschulungen und Seminare. Unter „ISB-Management“ schließlich sind Foren und Seminare zusammengefaßt, die Führungskräfte schulen sollen. Beispielsweise werden Seminare zu Rhetorik, Verkaufstraining und Konfliktmanagement am Arbeitsplatz angeboten. Einen besonderen Schwerpunkt im *Institut für Schulung und Beruf Zwickau* bilden Outplacement-Programme zur Unterstützung von durch Arbeitslosigkeit bedrohten Arbeitnehmern. Darüber hinaus bietet das *Institut für Schulung und Beruf Zwickau* seit 1. September 2000 Case Management an.

Ohne der Synopse der Standortkonzepte vorgreifen zu wollen, die sich in *Abschnitt 6* findet, soll schon an dieser Stelle festgehalten werden, daß die CMB-Stellen, abgesehen von ihrer institutionellen Anbindung, ganz erhebliche Unterschiede aufweisen im Hinblick auf

- ihre Zielsetzungen, d.h.
 - dem *BAR*-Konzept entsprechend Beschränkung auf Ausgliederungsverhinderung im bisherigen Betrieb vs.
 - umfassenderes Wiedereingliederungsmanagement, insbesondere unter Berücksichtigung von Möglichkeiten der Eingliederung in andere Betriebe, berufliche Umorientierung, Vermittlung neuer Stellen etc.,⁸¹
- ihre Vorerfahrungen (manche Stellen arbeiteten bereits seit bis zu drei Jahren, andere fingen zu Projektbeginn gerade erst mit der Implementierung an),
- die Freistellung der Mitarbeiter für CMB-Aufgaben (Vollzeit vs. Teilzeit),
- die Finanzierung (Fallpauschalen, ganze Planstellen oder „kostenneutral“ wegen Einsatz von Personal des Reha-Trägers).

Diese Heterogenität der CMB-Stellen war auf die von der *BAR* in Zusammenarbeit mit Landesarbeitsämtern und Arbeitsämtern vorgenommene Standortauswahl zurückzuführen und von der Begleitforschung ebenso wenig im nachhinein beeinflussbar wie die gegenüber der Projektausschreibung um 50% erhöhte Anzahl der (zunächst) in die Evaluation einzubeziehenden Stellen.

⁸¹ Diese Ausweitung von Programmzielen ist zwar konform zu Vorstellungen, wie sie etwa von *Wittwer* (2001: 378) geäußert wurden. Gleichwohl kann eine solche Programmodifikation konfliktieren mit Interessen anderer *stakeholders* (z.B. Auftraggeber, Begleitforschung) im Rahmen wissenschaftlich zu begleitender Modellprojekte. Zur Bedeutung solcher Konflikte siehe etwa: *Abma* (2000).

4 Design der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts

Wie *Abbildung 20* zeigt, geht es im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des als *Multicenterstudie* angelegten Entwicklungsprojekts darum,

- die Effektivität der im Rahmen der Konzeptentwicklung des Case Managements noch zu präzisierenden Aktivitäten zu dokumentieren und zu evaluieren und damit
- die Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen des Case Managements zur Erhaltung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen behinderter Menschen schlüssig zu beantworten.

Allerdings soll das Forschungsteam nicht nur rein evaluierend tätig werden, sondern im engen *kooperativen, praxisorientierten Dialog*⁸² mit den in das Projekt eingebundenen Akteuren auch einen Beitrag zur Konzeptentwicklung und –präzisierung sowie zu ihrer Qualitätssicherung leisten.



Abbildung 20

⁸² Kennzeichnend für den „kooperativen Dialog“ bzw. „praxisorientierten Diskurs“ in der Handlungsforschung ist, daß der Diskurs der beteiligten Akteure an der Praxis und ihren Problemen (Zwängen) orientiert ist und damit die Unverbindlichkeit und Abstraktheit akademischer Diskurse verliert (vgl. *Heinze 1995: 45*).

4.1 Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung

4.1.1 Beitrag zur Qualitätssicherung und -verbesserung

Angenommen wird, daß die Teilhabe am Arbeitsleben von langzeitkranken, behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen, die noch in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, vielfach durch frühzeitige Intervention gesichert werden kann. Im Rahmen des CMB sind die dazu erforderlichen Informationen von den betroffenen Personen sowie weiteren in den Rehabilitationsprozeß einzubindenden Kooperationspartnern einzuholen, die erforderlichen Maßnahmen zu planen, die Hilfestellungen und Angebote zum richtigen Zeitpunkt in die Wege zu leiten, die richtigen Fachleute und –dienste einzubeziehen, das Zusammenwirken der verschiedenen Akteure im Sinne des Rehabilitanden zu koordinieren, und ihre Umsetzung – so weit möglich – zu überwachen. In diesem Zusammenhang kann die Begleitforschung qualitätssichernde Funktionen übernehmen. Sie hat daher die prinzipielle Aufgabe⁸³

- zu evaluieren, inwieweit
 - hohe *projektinterne* Qualität⁸⁴ (d.h. des CMB selbst) sichergestellt werden kann,
 - das Modellprojekt tatsächlich zur (*projektexternen*) Qualitätssicherung und –verbesserung im Bereich der beruflichen Rehabilitation beiträgt,
- im Rahmen eines *praxisorientierten* Dialogs mit den Akteuren an den Projektstandorten (insbesondere den Case Managern) durch
 - kritische Reflexion der durch diese Überprüfung gewonnenen Erkenntnisse,
 - Beratung und
 - Handlungsempfehlungenzur projektinternen und -externen Qualitätssicherung und -verbesserung beizutragen.

Die Begleitforschung orientiert sich an dem heute für Qualitätsbeurteilung (*assessment*) gängigen Konzept von *Donabedian*, das vorsieht, die Qualität von Dienstleistungen an der Qualität der Struktur (*structure*), des Prozesses (*process*) und der Ergebnisse (*outcomes*) zu messen⁸⁵. Dem Qualitätssicherungs-Paradigma entsprechend wird davon ausgegangen, daß die Strukturqualität die Prozeßqualität, und diese die Ergebnisqualität beeinflusst. *Badura*

⁸³ Siehe dazu auch: *Trost* 1997

⁸⁴ Nach DIN ISO 9004, Teil 2 (1992: 9) bezeichnet der Begriff „Qualität“ „die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produkts oder einer Dienstleistung, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse beziehen.“

⁸⁵ Siehe dazu: *Donabedian* 1966: 167ff; 1982: 70ff. Zur Umsetzung des Konzepts siehe z.B.: *Lohl* 1997; *Gerth / Menne / Roth* 1999. Siehe auch: *Badura* 1999: 25ff

plädiert für eine Ergänzung des Ansatzes von *Donabedian* durch die zusätzliche Kategorie „Input“, um auch Patienten- bzw. Klientenmerkmale, Finanzen und verfügbares Personal in die Analyse einbeziehen zu können. Zudem zerlegt er die Ergebniskategorie in „Output“ zur Kennzeichnung von kurzfristigen Ergebnissen sowie „Outcome“ zur Überprüfung der nachhaltigen Wirkung einer Intervention.⁸⁶ Aufgründessen ergibt sich die in *Abbildung 21* dargestellte Wirkungskette:

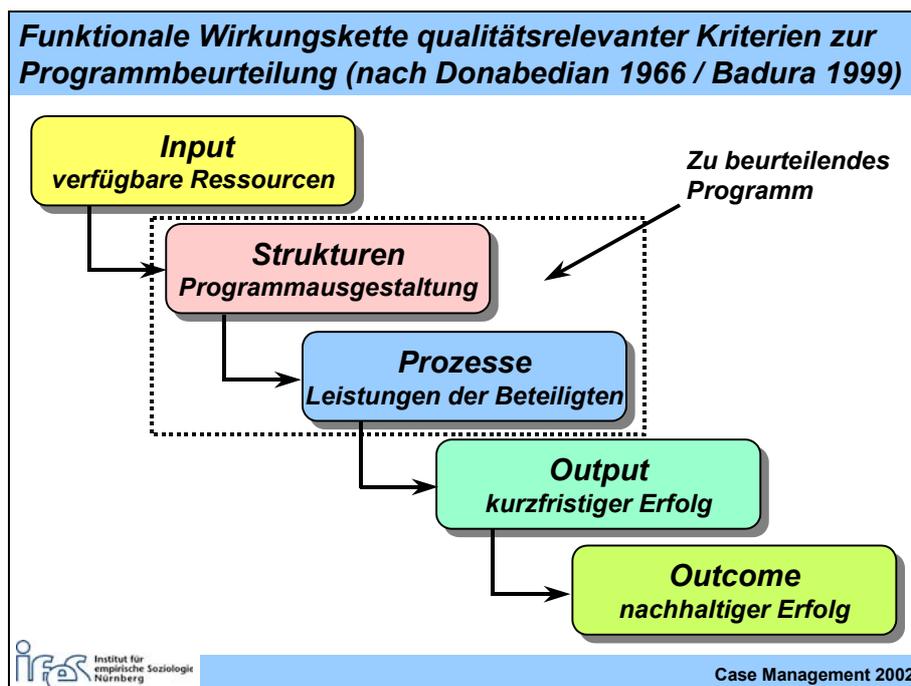


Abbildung 21

- *Inputqualität* kennzeichnet den Hintergrund, in den Programminterventionen eingebettet sind sowie Faktoren, die dem Programm selbst nicht zuzurechnen sind. Als Kriterien können etwa genannt werden:
 - Rehabilitandenmerkmale,
 - (grundsätzlich) verfügbares Personal,
 - CMB-relevantes *know how*, z.B. im Hinblick auf Einsatz von Case-Management-Methoden,
 - (grundsätzlich) verfügbare Fachdienste, z.B. Technischer Beratungsdienst,
 - (grundsätzlich) verfügbare technische Hilfsmittel,
 - für CMB zur Verfügung stehende Mittel der Rehabilitationsträger,
 - regionale Arbeitsmarktlage und sonstige Wirtschaftsdaten
- *Strukturqualität* (siehe *Abbildung 22*) steht im Zentrum, wenn etwa zu beurteilen sind
 - Zugangsmöglichkeiten zum CMB (Niederschwelligkeit),
 - personelle Ausstattung (Personalstärke, Qualifikationen),
 - Organisationsformen des CMB (z.B. „Reha-Träger-“ vs. „Einkaufsmodell“),

⁸⁶ Vgl. *Badura* 1999: 29

- Vernetzung mit anderen Stellen, Einrichtungen usw.,
- räumliche und materielle Ausstattung.

Kriterien für CMB-Strukturqualität

- **Zugangsmöglichkeiten zum CMB (Niederschwelligkeit)**
- **Organisationsformen (z.B. CMB durch Reha-Träger oder nach „Einkaufsmodell“)**
- **Ausstattung**
 - personell (Personalstärke, Qualifikationen)
 - räumlich
 - materiell
- **Vernetzung mit anderen Stellen, Einrichtungen etc.**
- **Finanzierung**

 Case Management 2002

Abbildung 22

Kriterien für CMB-Prozeßqualität

- **Verhalten / Handeln der Betroffenen & Beteiligten (Case Manager, Klienten, Betriebe, Reha-Träger)**
 - Akzeptanz von Anliegen / Umsetzung des Case Managements
 - Praktikabilität der Regelungen / Prozesse
- unter Berücksichtigung von
- **Verhaltenserwartungen wie**
 - normative Vorgaben der Case Manager
 - interne Qualitätsstandards
 - Vereinbarungen mit Dritten
- **entwickelten Projektaktivitäten und Instrumenten (z.B. Finanzierung, Dokumentation, Qualitätssicherungsmaßnahmen)**

 Case Management 2002

Abbildung 23

- *Prozeßqualität* (siehe *Abbildung 23*) stellt in erster Linie ab auf das tatsächliche Verhalten bzw. Handeln (*normative behavior*) der Case Manager, daneben aber auch

das Verhalten / Handeln der anderen Akteure (Betriebe, behinderte Personen, sonstige Kooperationspartner). Zu berücksichtigen sind dabei Aspekte wie

- die dem Verhalten zugrunde liegenden Verhaltenserwartungen unterschiedlicher Akteure (z.B. normative Vorgaben⁸⁷, interne Qualitätsstandards, Vereinbarungen),
- die entwickelten CMB-Aktivitäten und eingesetzten Methoden und Instrumente (Beratung, finanzielle Förderung, Umbau des Arbeitsplatzes, Dokumentation, Qualitätssicherung usw.).



Abbildung 24

- *Ergebnisqualität* (siehe *Abbildung 24*) beschreibt den Grad, in dem die postulierten Ziele der jeweiligen Dienstleistung tatsächlich erreicht werden, wobei unterschiedliche Beurteilungsperspektiven (z.B. Rehabilitanden, Rehabilitationsträger, Case Manager, Betriebe, sonstige Beteiligte) relevant sein können. Indem unterschiedliche Beurteilungshorizonte berücksichtigt werden (Beurteilung während / nach der Maßnahme, kurz-, mittel-, langfristige Beurteilung), entspricht die Begleitforschung der Forderung von *Badura* (1999), nicht nur kurzfristige Resultate, sondern auch nachhaltige Programmwirkungen in die Analyse einzubeziehen.⁸⁸ Kriterien⁸⁹ können hier etwa sein:
 - Zielerreichung, d.h. Anzahl der Fälle, bei denen die Bemühungen um Erhalt des Arbeits-/Ausbildungsplatzes erfolgreich waren,

⁸⁷ Zu den normativen Voraussetzungen von Case Management in der Rehabilitation siehe etwa: *Faßmann* 2000a: 18f

⁸⁸ Vgl. *Badura* 1999: 29f

⁸⁹ Siehe dazu auch: *Blaschke / Plath / Nagel* 1992: 390ff; *Wilk* 1996: 49 ff; *Blaschke / Plath* 1997: 243ff; *Niehaus* 1997a: 294ff; *Plath / Blaschke* 1999: 62ff; *Plath* 2000

- („Kunden“-)Zufriedenheit⁹⁰ (der Rehabilitanden, Arbeitgeber),
- Effizienz der Aktivitäten.

4.1.2 Formative und summative Evaluation⁹¹ des Modellprojekts

Unter Berücksichtigung der Tatsache, daß es sich bei dem Vorhaben um ein Entwicklungsprojekt handelt, hat die wissenschaftliche Begleitung eine doppelte Aufgabe zu lösen:

- die *praxisorientierte* Struktur-, Prozeß- und Ergebnisevaluation der Projektaktivitäten, d.h. die Überprüfung des Grades, in dem die einzelnen Aktivitäten im Rahmen des CMB – unter Berücksichtigung der dabei eingesetzten Ressourcen und Methoden – zur Erreichung der damit intendierten Ziele beitragen;
- die *entwicklungsorientierte* Evaluation, d.h. die Überprüfung von Möglichkeiten
 - einer Modifikation bzw. Verbesserung des CMB im Sinne einer optimierten Zielerreichung oder auch
 - einer Anpassung der formulierten Ziele an im Rahmen des Modellprojekts gewonnene neue Erkenntnisse und Erfahrungen.⁹²

Vorgesehen ist also nicht nur eine *summative Evaluation* der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität der wissenschaftlich zu begleitenden Aktivitäten zu bestimmten Meßzeitpunkten (z.B. am Ende von Projektphasen, eines Kalenderjahres, der Projektlaufzeit o.ä.). Vielmehr geht es auch um die *formative Evaluation* der verschiedenen Aktivitäten während der Implementierung⁹³ und routinemäßigen Umsetzung des CMB. Insofern entspricht das der Begleitforschung zugrunde liegende Evaluationsmodell am ehesten dem der *Mixed-Method Study*.⁹⁴

⁹⁰ Siehe dazu etwa (auch aus benachbarten Gebieten): Aust 1994; Thill 1995; Klingenberg / Bahrs / Szecsenyi 1996; Raspe et al. 1996; Knäpple / Danner 1997; Raspe et al. 1997; Theisinger 1997; Bührlen-Armstrong et al. 1998; Coulter et al. 1998; Hansen / Emmerich 1998; Klingebiel 1998; Kosinski / Raspe 1998; Müller 1998; Olandt / Krentz 1998; Ruprecht 1998; Gierl 1999

⁹¹ „Summative“ und „formative Evaluation“ sind feststehende Begriffe im Bereich der modernen Evaluationsforschung (vgl. Scriven 1991: 168f, 340; Worthen / Sanders / Fitzpatrick 1997: 14ff; EC Structural Funds 1999a: 166f; 1999b: 18; Madaus / Kellaghan 2000: 28). Niehaus (1997a: 295ff) spricht in diesem Zusammenhang von „Controlling“ einerseits und „Monitoring“ andererseits.

⁹² Siehe dazu Wottawa / Thierau 1998: 33

⁹³ Es ist darauf hinzuweisen, daß es im Rahmen des Modellprojekts nicht in jedem Fall möglich sein wird, den Implementationsprozeß (vollständig) zu begleiten, da das Case Management an einigen der vorgesehenen Standorte bereits durchgeführt wird. Hier wird nach Möglichkeiten zu suchen sein, diesen Prozeß retrospektiv nachzuvollziehen.

⁹⁴ Siehe dazu den Ansatz Nr. 15 der Typologie von Stufflebeam (2000a: 59ff; 2001: 39ff), ferner: Datta 1997.

Die *Abbildungen 25 bis 27* verdeutlichen die beiden Evaluationskonzepte im Hinblick auf Anliegen, Adressaten und Zeitpunkt der betreffenden Aktivitäten der Begleitforschung.

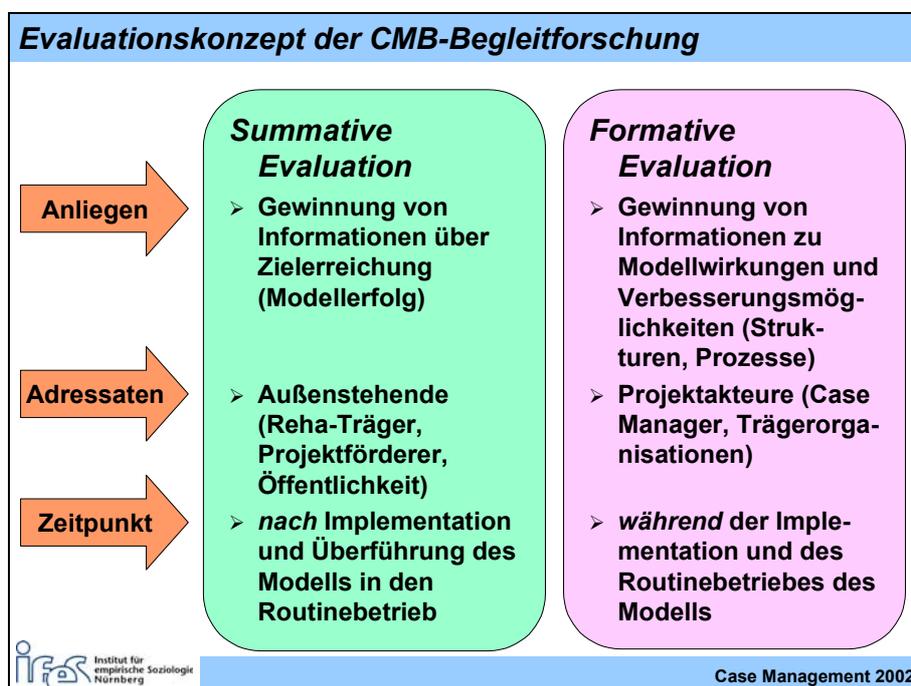


Abbildung 25

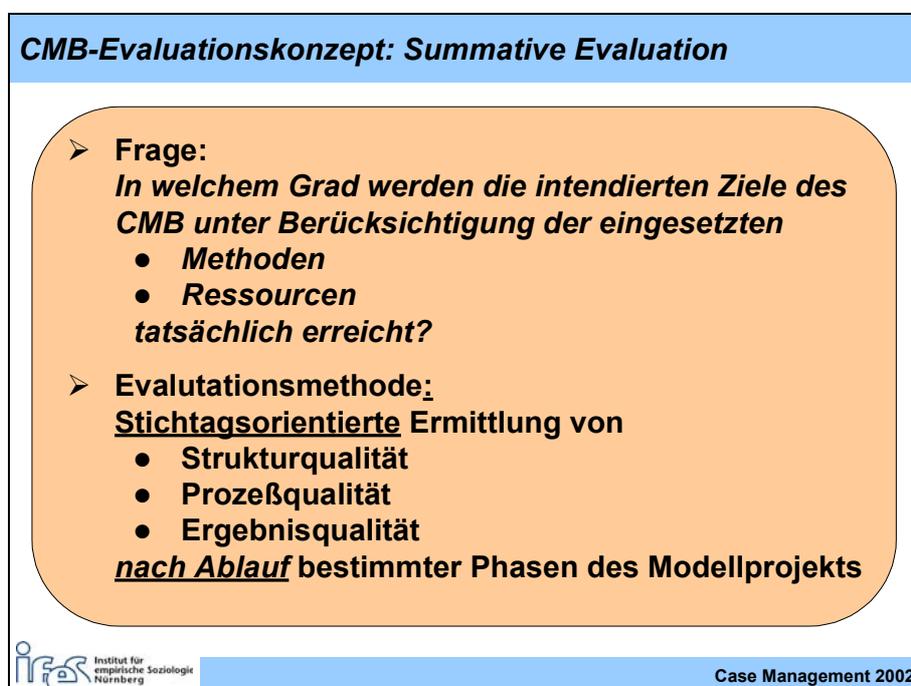


Abbildung 26

CMB-Evaluationskonzept: Formative Evaluation

➤ **Fragestellungen:**

- **Inwieweit muß und kann das CMB modifiziert / verbessert werden, um gesetzte Ziele zu erreichen?**
- **Inwieweit müssen u.U. formulierte Ziele an neue Erkenntnisse und Erfahrungen angepaßt werden?**

➤ **Evaluationsmethode:**

Entwicklungsorientierte Überprüfung von Strukturen und Prozessen während der Implementation und dem Routinebetrieb des CMB

- **im ständigen Dialog mit den Projektakteuren**



Institut für empirische Soziologie
Nürnberg

Case Management 2002

Abbildung 27

Demnach dient die *summative Evaluation* vor allem dazu, Außenstehenden (Rehabilitationsträger, Projektförderer, Öffentlichkeit) *nach* der Einrichtung des innovativen⁹⁵ CMB-Konzepts bzw. *nach* Überführung der betreffenden Aktivitäten in den Routinebetrieb Auskunft darüber zu geben, inwieweit die intendierten Zielsetzungen mit der Maßnahme erreicht werden konnten und welche Möglichkeiten bestehen, diese Ergebnisse zu verallgemeinern.⁹⁶

Demgegenüber wird mit *formativer Evaluation* angestrebt, den in das Modellprojekt eingebundenen Akteuren (insbesondere den Case Managern) *laufend* Hinweise auf die Wirkungen ihrer Aktivitäten unter Berücksichtigung der damit intendierten (Zwischen-)Ziele sowie auf Verbesserungsmöglichkeiten zu geben.⁹⁷

Die Kennzeichen *formativer* und *summativer Evaluation*, wie sie auch für den konkreten Fall des wissenschaftlich zu begleitenden Modellprojekts gelten, werden in *Übersicht 1* weiter erläutert.⁹⁸

⁹⁵ Auf den auch heute noch innovativen Charakter von Case Management – zumindest in der Bundesrepublik Deutschland – weisen insbesondere Ewers / Schaeffer 2000b hin.

⁹⁶ Vgl. Rossi / Freeman / Hofmann 1987: 24; Häußler et al. 1988: 54ff; Scriven 1991: 340; EC Structural Funds 1999a: 166f; 1999b: 18

⁹⁷ Vgl. Rossi / Freeman / Hofmann 1987: 31f; Häußler et al. 1988: 63ff; Scriven 1991: 168f; EC Structural Funds 1999a: 166; 1999b: 18

⁹⁸ Siehe dazu auch: Wittmann 1985: 17ff; Rossi / Freeman / Hofmann 1987: 43; Will / Winteler / Krapp 1987: 26ff; Häußler et al. 1988: 47ff; Bortz / Döring 1995: 101ff; efp 1999: 16

Übersicht 1: Zentrale Merkmale der formativen und summativen Evaluation durch die CMB-Begleitforschung*

Merkmal	formative Evaluation	summative Evaluation
Primäre Rolle des Evaluationsteams	<ul style="list-style-type: none"> • Interaktive Tätigkeit zwischen Evaluationsteam und Projektakteuren • Beraterfunktion 	<ul style="list-style-type: none"> • distanziert–neutrale Beziehung des Evaluationsteams zu den Projektakteuren • Kontrollfunktion
Primäre Rolle der Projektakteure im Rahmen der Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Mitarbeiter • Gesprächspartner 	<ul style="list-style-type: none"> • Datenbeschaffer
Nachweis der Glaubwürdigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Übereinkunft mit Projektakteuren hinsichtlich der Berichterlegung • Befürwortung / Vertrauen zwischen Projektakteuren und Evaluatoren 	<ul style="list-style-type: none"> • wissenschaftliche Objektivität • strikte Neutralität
Primäre Zielgruppe der Evaluationsergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Projekt-Entwickler • Projektakteure 	<ul style="list-style-type: none"> • Politik • Projektträger, -förderer • interessierte Öffentlichkeit
Primäre Intention der Datensammlung	<ul style="list-style-type: none"> • Zielabklärung <ul style="list-style-type: none"> – allgemeine Ziele („goals“) – absolute bzw. relative operative Ziele („objectives“) • Festlegung von Umfang und Verteilung der Zielpopulation • Abklärung der strukturellen Grundlagen / Ressourcen • Abklärung von Programmprozeß bzw. –durchführung • Klärung von Problemen bei <ul style="list-style-type: none"> – Programm-Implementation – Programm-Durchführung • Analysen zur Programm- Durchführung auf Mikroebene (projektintern) • Identifikation möglicher Programm-Modifikationen • Neudefinition von Operationszielen • Überwachung und Umsetzung 	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation der Projektdurchführung • Dokumentation der Ergebnisse • Bewertung der Ergebnisse • Überprüfung der Übertragbarkeit / Verallgemeinerung der Ergebnisse • Analysen zur Programm-Durchführung auf Makroebene (projektextern)
Bevorzugte Methoden	<ul style="list-style-type: none"> • Handlungsforschung • Qualitative und quantitative Verfahren 	<ul style="list-style-type: none"> • empirisch-analytische Forschung • im wesentlichen quantitative Verfahren
Häufigkeit der Datensammlung	<ul style="list-style-type: none"> • laufend 	<ul style="list-style-type: none"> • zu festgelegten Meßpunkten
Berichterlegung	<ul style="list-style-type: none"> • Projektbegleitend informale Interaktion • Diskussionen / Projektsitzungen 	<ul style="list-style-type: none"> • formale Zwischenberichte • Abschlußberichterstattung
Inhaltliche Schwerpunkte des Berichts	<ul style="list-style-type: none"> • Beziehungen zwischen den Programmelementen (Mikroebene) <ul style="list-style-type: none"> – Beziehungen zwischen Kontext, Struktur- und Prozeßelementen – Beziehungen zwischen Struktur- und Prozeßelementen und den Projektergebnissen – Implikationen für Programmpraktiken und –modifikationen 	<ul style="list-style-type: none"> • Ergebnisse auf der Makroebene • Implikationen für Politik, administrative Kontrollen und Management

* In Anlehnung an *Herman / Morris / Fitz-Gibbon* 1988: 26; *Wottawa / Thierau* 1998: 64.

Erkennbar sind

- die Funktionen der Projektakteure im Rahmen der Begleitforschung,
- die Aufgaben des Evaluationsteams (d.h. der wissenschaftlichen Begleitung),
- die zur Anwendung gelangenden methodischen Ansätze sowie

- die zu erarbeitenden Produkte (Konzeptpräzisierung, Transfer in ein allgemeines CMB-Konzept, Berichtlegung).

Die Integration *formativer* und *summativer Evaluationsansätze* wird gerade dort als zweckmäßig angesehen, wo Projekte von der Planungs- bis zur Transferphase zu begleiten sind.⁹⁹ Gerade deshalb sollen im Rahmen des Projekts beide der in *Übersicht 1* idealtypisch gegenübergestellten Konzepte zur Anwendung kommen. Es erscheint allerdings erforderlich, einen tragbaren Kompromiß zu finden¹⁰⁰ zwischen dem Anliegen

- einer wissenschaftlich begründeten Unterstützung bei Programmimplementation und –durchführung sowie Problemlösung (Berater- und Moderatorenfunktion) und
- der objektiven Beschreibung, Analyse und Bewertung der Programmstrukturen, -prozesse und -ergebnisse (Kontrollfunktion, empirisch-analytische Forschung) (siehe dazu *Abbildung 28*).

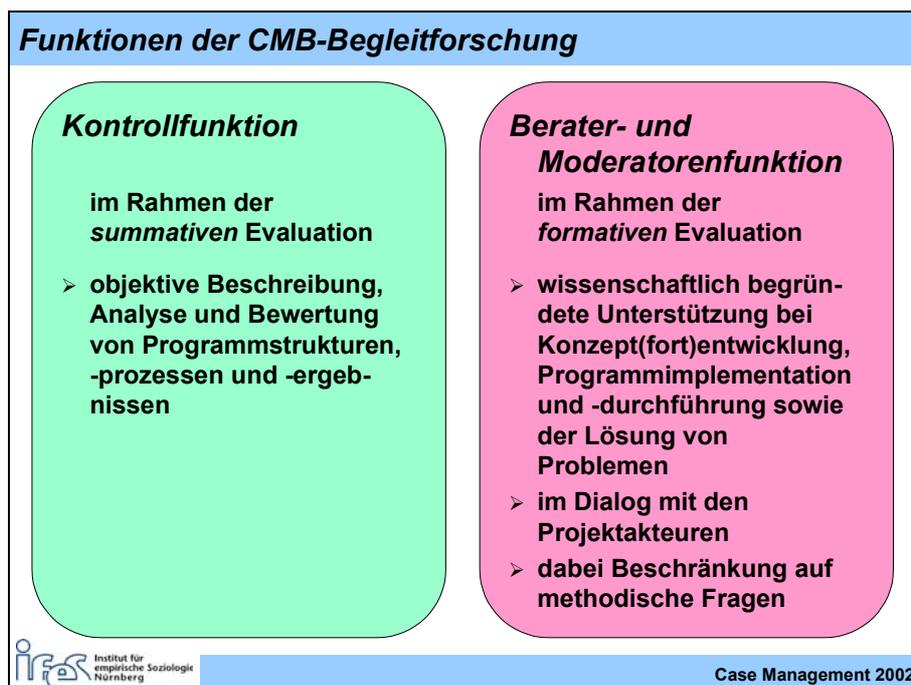


Abbildung 28

⁹⁹ Vgl. Häußler et al. 1988: 79ff; Wottawa / Thierau 1998: 55f; Niehaus 1997a: 297f

¹⁰⁰ Zum Dilemma zwischen empirisch-analytischer Sozialforschung und Handlungsforschung siehe etwa: Laur (1978: 31ff); Sommer (1978: 64ff); Gunz (1986: 105ff). So weist Laur (1978: 33) darauf hin, daß sich die Frage: Entweder Sozialforschung oder Handlungsforschung? nicht mehr in ihrer ursprünglichen Form stellt (siehe dazu auch: Niehaus 1997a: 297f). Vielmehr ist entscheidend, welche Aufgaben beide Konzeptionen innerhalb eines Projekts übernehmen können. Zum Verhältnis zwischen Projektakteuren und Begleitforschung siehe etwa: Wottawa 1991; Ehrlich 1995; Siegrist 1999: 49; Faßmann 2001a: 136ff; Faßmann 2001b: 7ff

Im Rahmen der Evaluationsforschung wird darauf hingewiesen, daß nicht nur den *persönlichen Voraussetzungen* (d.h. insbesondere den fachlichen, aber auch den Sozial- und Humankompetenzen), sondern auch der *Regelung von Verantwortlichkeiten* der in ein wissenschaftlich begleitetes Projekt eingebundenen Kooperationspartner (Forscher und Projektakteure) besondere Bedeutung im Hinblick auf die Qualität von Durchführung und Ergebnissen eines interdisziplinär angelegten Forschungsprojekts zukommt.¹⁰¹ Deshalb ist es wichtig, die Verantwortungsbereiche zwischen Begleitforschung und Projektteam vorab zu klären:

- Es wird davon ausgegangen, daß sich die *Beratungsfunktionen* der *wissenschaftlichen Begleitung* im wesentlichen auf *methodische Fragen* beschränken. Ihre Aufgabe besteht zudem darin, Interpretationen und Bewertungen von Zwischenergebnissen als Informationsgrundlage (*feed back*) an die Projektakteure zurückzugeben¹⁰² und diese – so weit möglich und erforderlich – auch mit Handlungsempfehlungen etwa zur Modifikation von Zielen, Instrumenten und weiterer Durchführung des Programms zu versehen. Diese sind dann im kooperativen, praxisorientierten Diskurs zwischen allen Beteiligten auf ihre Umsetzbarkeit hin zu überprüfen.
- Demgegenüber fällt die Verantwortung für die *inhaltliche Ausgestaltung* des Modellprojekts ganz in den Kompetenzbereich der Projektakteure (insbesondere bei den mit CMB beauftragten Stellen). Unbenommen bleibt selbstverständlich, daß in den Verhandlungen zwischen den Projektakteuren und der wissenschaftlichen Begleitung auch Projektinhalte kritisch diskutiert werden können.

Da die Begleitforschung nicht in die Projektverantwortung direkt eingebunden ist, haben das formative Element der Evaluation und die Vermittlung der erarbeiteten Ergebnisse in mancher Hinsicht Angebotscharakter. Ob und inwieweit dieses Angebot tatsächlich von den eigentlichen Projektverantwortlichen genutzt wird, entzieht sich gelegentlich der Einflußnahme des Forschungsteams.

¹⁰¹ Vgl. *Rusalem* 1969: 160ff; *Koch / Bengel* 1987: 233f.; *Bengel / Koch* 1988: 337f.; *Häußler et al.* 1988: 92f.; *Wöhr* 1988: 214ff; *Kistler / Becker* 1990: 187; *Weishaupt* 1992: 198; *Hoser* 1995; *O'Sullivan* 1995; *Schulz / Koch* 1997: 42f; *Wietersheim / Hartmann-Lange* 1997: 66; *Worthen / Sanders / Fitzpatrick* 1997: 294ff; *Joint Committee on Standards for Educational Evaluation / Sanders* 1999: 115ff; *Stufflebeam* 2000b: 315f; *Faßmann* 2001a: 142f; *Faßmann* 2001b: 20

¹⁰² Siehe dazu *Häußler et al.* 1988: 75ff

4.2 Forschungsfragestellungen

Anliegen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts ist es, *praxisorientiert*, d.h. unter Berücksichtigung der Interessen aller am Modellprojekt Beteiligten (behinderte Personen, Rehabilitations- und Projektträger, Betriebe), zu ermitteln,

- inwieweit die vorgegebenen Ziele des CMB erreicht werden,
- welche Rahmenbedingungen und CMB-immanenten Strukturen und Prozesse (nicht) zur Zielerreichung beitragen,
- welche Strategien (z.B. Modifikation von Rahmenbedingungen und Komponenten des CMB) sich zur optimalen Zielerreichung eignen.

Vor dem Hintergrund dieser Intentionen ergibt sich eine Reihe von Fragen an die Begleitforschung vor allem bezogen auf die in CMB unmittelbar involvierten Akteure, also

- die Betriebe,
- die betroffenen langzeitkranken und behinderten Arbeitnehmer / Auszubildenden,
- die beteiligten Rehabilitationsträger,
- die das CMB durchführenden Personen bzw. Stellen.

Dieser Fragenkatalog kann vorab nicht erschöpfend sein. Vielmehr ist abzusehen, daß im Rahmen von Projektimplementation, Konzeptpräzisierung und –umsetzung neue Fragestellungen hinzutreten werden.

4.2.1 Fragestellungen bezogen auf die Betriebe

- Wie groß ist das Interesse der Betriebe an der Weiterbeschäftigung gesundheitlich beeinträchtigter Mitarbeiter?
- Wie groß ist die Bereitschaft der Betriebe, sich dem CMB zu öffnen?
- Welche Hindernisse stehen einer Weiterbeschäftigung entgegen und wie wären diese zu beseitigen?¹⁰³
- Welche Formen der Zusammenarbeit mit Betriebsleitung / Vorgesetzten, Personal- und Betriebsräten, Schwerbehindertenvertretungen, Behindertenorganisationen, Gewerkschaften usw. lassen sich zielführend und effektiv in das CMB einbinden?

¹⁰³ Siehe dazu etwa *Kotthoff* 1987: 19ff; *Faßmann / Oertel* 1991a: 172ff; *Niehaus* 1997b: 41ff; *Braun / Kuwatsch* 2000: 29ff

- Wie wird die Arbeit der Case Manager von den Unternehmen akzeptiert?
- Wie wird die Arbeit der Case Manager von den Betrieben *ex post* beurteilt?
- Welche Verfahren eignen sich besonders gut zur kurzfristigen Abklärung von
 - Anforderungsprofilen an den Arbeitsplätzen der Betroffenen und
 - Anpassungserfordernissen und -möglichkeiten (z.B. Arbeitsplatz(um)gestaltung, Verfahrensänderungen, technische Hilfen usw.)?
- Welche Vorschläge zur Erhaltung von Arbeits- / Ausbildungsverhältnissen lassen sich in den Betrieben in besonderem Maße umsetzen bzw. weniger gut verwirklichen?
- Welche Instrumente (Reha-Leistungen, sonstige Hilfen, Medien usw.) tragen bei der Kooperation mit Betrieben besonders zu einem erfolgreichen CMB bei?
- Welche behinderten Menschen sind in welchen Betrieben besonders gut / schlecht zu reintegrieren?
- Welche betrieblichen Indikatoren (z.B. Betriebsklima, Betriebskultur, Größe, regionale Lage, Unternehmerpersönlichkeit u.ä.) lassen sich finden, die den Erhalt von Arbeitsplätzen durch CMB begünstigen / behindern?
- Sind weitere geeignete Maßnahmen, Instrumente oder Prozeduren denkbar, um die Arbeit der Case Manager in den Betrieben zu erleichtern bzw. effektiver zu machen?

4.2.2 Fragestellungen bezogen auf die Rehabilitanden

- Wie ist die CMB-Klientel zu beschreiben (z.B. im Hinblick auf Art und Schwere der Behinderung, Geschlecht, Alter, Familienstand, Kinderzahl, wirtschaftliche Verhältnisse, vor Eintritt der Behinderung ausgeübter Beruf /Ausbildung, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Dauer der beruflichen Ausgliederung usw.)?
- Wie ist diese Klientel zu erreichen?
- Wie ist die persönliche Einstellung der Rehabilitanden zum CMB (Motivation zur beruflichen Rehabilitation; Bereitschaft, sich auf CMB einzulassen und aktiv daran mitzuwirken)? Welche Alternativen zur Rehabilitation (z.B. Berentung) sind relevant?
- Welche Vorbehalte / Ängste haben die Rehabilitanden dem CMB gegenüber?
- Welche Rehabilitanden (unter Berücksichtigung von Merkmalen wie z.B. Art- / Schwere der Behinderung, Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, bisher ausgeübter Beruf, sozio-ökonomische Situation, Dauer der Ausgliederung) sind einem CMB besonders zugänglich? Welche stehen ihm besonders zurückhaltend gegenüber?
- Welche Rehabilitanden sind durch CMB besonders gut / schlecht zu reintegrieren?
- Wie zufrieden sind die Rehabilitanden mit dem CMB?

4.2.3 Fragestellungen bezogen auf die beteiligten Rehabilitationsträger

- Welche Möglichkeiten werden gesehen, sich gezielt an der Identifikation von potentiellen CMB-Klienten zu beteiligen (z.B. Screening-Verfahren¹⁰⁴)?
- Welche Verfahren zum gegenseitigen Informationsaustausch mit anderen Trägern sind zu entwickeln und abzustimmen?
- Welche CMB-Organisationsform (durch eigene Mitarbeiter, durch trägerunabhängige Stellen, durch private Anbieter) wird bevorzugt?
- Ist eine konzeptionelle Übereinstimmung dahingehend möglich, daß sich die Partner des Modellvorhabens auf ein CMB-Konzept festlegen lassen, das am effektivsten und effizientesten ist?
- Welcher Zeitaufwand und welche Kosten sind bei einer flächendeckenden Umsetzung für CMB zu veranschlagen?
- Welche Einsparungen (z.B. durch Verzicht auf außerbetriebliche Maßnahmen, Arbeitslosigkeit, Frühberentung) sind zu erreichen?

4.2.4 Fragestellungen bezogen auf die CMB-Stellen

- Welche Beratungs- und Betreuungsleistungen soll CMB (überwiegend) erbringen?
- Welche normativen, personellen, sachlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen müssen für eine erfolgreiche CMB-Arbeit gegeben sein?
- Welche Erfahrungen werden mit Maßnahmen gemacht wie behinderungsgerechte
 - Arbeitsplatzumgestaltung,
 - Änderung von Arbeitsabläufen und -inhalten,
 - Auswahl und Entwicklung Technischer Arbeitshilfen,
 - Teilmechanisierung,
 - Umsetzung¹⁰⁵ auf einen geeigneten Arbeitsplatz,
 - Schaffung eines neuen Arbeitsplatzes,
 - interne oder externe Weiterbildung,
 - Training / Übung von Fertigkeiten und Fähigkeiten?

¹⁰⁴ Im Bereich der Betriebskrankenkassen sind solche Verfahren bereits üblich: Mit Hilfe von Softwarepaketen können anhand von Suchalgorithmen (insbesondere für die Leistungsbereiche Arbeitsunfähigkeit, Krankenhaus und Rehabilitation) Versicherte identifiziert werden, die für ein Fall- bzw. Disease-Management geeignet erscheinen (vgl. *Chruszcz / Hamed / Zoike* 2000: 399).

¹⁰⁵ Siehe dazu auch die Forschungsarbeiten des *IfeS* im Bereich einer LVA: *Steger* 1981, 1983

- Über welche Erfahrungen verfügen Case Manager bereits hinsichtlich solcher Erhaltungsinitiativen?
- Welche Fachdienstleistungen müssen vom CMB überwiegend erschlossen werden?
- Wo sind diese Fachdienstleistungen überwiegend zu erhalten?
- Welche Methoden zum Abgleich von Leistungs- und Anforderungsprofilen werden angewendet? Welche sind die effektivsten?
- Wie befriedigend bzw. unbefriedigend beurteilen die Case Manager ihre eigene Arbeit? Was wäre zu ändern?
- Eignet sich die CMB-Konzeption unter Berücksichtigung von Leistungsspektrum, Rahmenbedingungen und Arbeitsmethoden zur Erstellung eines entsprechenden bundesweit flächendeckenden Konzepts?

4.3 Vorgehen

Aus systematischen Gründen wird das Vorgehen der wissenschaftlichen Begleitung im folgenden getrennt nach formativer und summativer Evaluation abgehandelt. Allerdings zeigt sich in der Praxis, daß sich diese beiden Ebenen weder im Hinblick auf die zeitliche Reihenfolge, noch hinsichtlich der Inhalte in jedem Fall trennscharf auseinanderhalten lassen. So mögen Informationen, die im Rahmen von Aktivitäten zur summativen Evaluation gewonnen werden, im Dialog mit den Programmakteuren sofort verwertet werden: dies wäre dann aber eher der formativen Evaluation zuzurechnen. Umgekehrt werden formative Evaluationsergebnisse auch bei der summativen Evaluation berücksichtigt.

4.3.1 Formative Evaluation von Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität von CMB

Im Rahmen der formativen Evaluation des Modellprojekts geht es darum, gemeinsam mit den unmittelbar in CMB eingebundenen Personen bzw. Stellen praxisorientiert zu einer Präzisierung der Aktivitätsstrukturen und -prozesse zu kommen. Ausgegangen wird dabei von dem der Rahmenkonzeption prinzipiell zugrunde liegenden, absoluten allgemeinen Ziel (*goal*)¹⁰⁶ mit der langfristigen Perspektive

¹⁰⁶ Siehe dazu *Scriven* 1991:178

- der Weiterentwicklung der bestehenden Rehabilitationspraxis im Umgang mit leistungsgeminderten bzw. behinderten Arbeitnehmern / Auszubildenden,
- der Optimierung der vorhandenen Leistungsmöglichkeiten,
- der Reintegration langzeitkranker bzw. behinderter Arbeitnehmer / Auszubildender durch entsprechende Erhaltungsinitiativen.

Ausgehend von diesem allgemeinen Ziel (*goal*) sind Operationsziele (*objectives*)¹⁰⁷ zu formulieren, die *speziell für die Arbeit des Modellprojekts* handlungsleitend sein sollen. Dies erfolgt im Rahmen der weiteren Konzeptentwicklung. Dabei ist von Interesse, daß sich diese *objectives* für die jeweiligen Betroffenengruppen unterschiedlich darstellen (können¹⁰⁸), so etwa für

- Mitarbeiter der Stellen, die CMB umsetzen sollen,
- Mitarbeiter der Betriebe (auf unterschiedlichen Hierarchieebenen),
- Rehabilitanden,
- Mitarbeiter von kooperierenden Einrichtungen / Institutionen,
- Rehabilitationsträger,
- Projektförderer.

Obwohl das Rahmenkonzept bereits Ansätze zu solchen *objectives* enthält, wird es in einem ersten Schritt erforderlich sein, die betreffenden Ziele zu operationalisieren und so einer Überprüfung zugänglich zu machen. Entsprechendes gilt für das eigentliche Arbeitsprogramm des Modellprojekts. Auch hierzu werden im Rahmenkonzept bereits Umsetzungsvorschläge und Angebotsmerkmale aufgelistet. Gleichwohl ist es erforderlich, diesen „Pflichten-katalog“ und die damit anvisierten „Feinziele“ für die Evaluation zu operationalisieren. Demnach sind festzulegen,

- Merkmale und Intentionen von CMB und seiner einzelnen Komponenten
 - *Rehabilitandenbezogen*:¹⁰⁹
 - *Rehabilitations-Assessment* (Identifikation der Klienten, Ermittlung des Bedarfs an Maßnahmen),
 - *Rehabilitations-Planung* (Formulierung von Rehabilitationszielen, Erstellung eines Maßnahmenkataloges, Fortschreibung des Rehabilitationsplans)
 - *Durchführung des geplanten Programms*
Direkte Leistungen:
 - ◆ Information,

¹⁰⁷ Siehe dazu *Scriven* 1991: 248

¹⁰⁸ Vgl. *Wottawa / Thierau* 1998: 55

¹⁰⁹ Vgl. *Faßmann* 2000a:11ff. siehe dazu auch: *Stecher* 2000: 5

- ◆ Beratung,
- ◆ Motivation,
- ◆ Unterstützung des Rehabilitanden (z.B. in der Auseinandersetzung mit Arbeitgebern, Leistungsträgern)
- Indirekte Leistungen
 - ◆ Vermittlung von Informationen, Dienstleistungen usw.
 - ◆ Organisation von Maßnahmen,
 - ◆ Verhandlungen mit Arbeitgebern, Institutionen (z.B. Leistungsträger, Fachdienste), Berufsgruppen (z.B. Ärzte, Rehabilitationsfachkräfte), usw.,
 - ◆ Koordination unterschiedlicher parallel oder aufeinander folgender Maßnahmen.
- *Überwachung und Kontrolle* des Rehabilitationsprozesses
- interne *Evaluation* des CMB
- *Kooperationspartner-bezogen:*
 - Akquisition / Betreuung von an Erhaltungsinitiativen interessierten Betrieben,
 - Beratung der Betriebe über technische Lösungsangebote und Förderungsmöglichkeiten,
 - Zusammenarbeit mit Rehabilitationsträgern,
 - Zusammenarbeit mit Fachdiensten,
 - Erschließung und ggf. Erprobung von Assessmentinstrumenten
 - Öffentlichkeitsarbeit
 - Dokumentation

sowie im Hinblick auf die Rahmenbedingungen des CMB:

- Aufgabenbeschreibung der Case Manager,
- Arbeitsmethoden
 - Gesprächsführung,
 - Vereinbarungen,
 - Methoden der Arbeits- und Leistungsdiagnostik.¹¹⁰
- Art und Umfang an erforderlichem Personal,
- Art und Umfang an erforderlichen materiellen Mitteln,
- Organisations- und Kooperationsstrukturen
 - „Reha-Träger-Modell“ des CMB,
 - „Einkaufsmodell“ des CMB,
- normative Handlungsgrundlagen¹¹¹
 - *Befugnisse* z.B. im Hinblick auf
 - Verlangen von Auskünften
 - ◆ vom Rehabilitanden,
 - ◆ von kooperierenden Leistungsträgern,
 - ◆ von Ärzten (z.B. behandelnde Ärzte, Betriebsärzte, MDK-Ärzte) und Rehabilitationsfachkräften,
 - Möglichkeiten zur Akteneinsicht,
 - selbständiges Tätigwerden – ggf. ohne Umweg über Leistungsträger,
 - Erteilen von rechtsverbindlich Auskünften und Zusagen,
 - Entscheidungsbefugnisse,

¹¹⁰ Vgl. Matzeder 2000: 35ff

¹¹¹ Vgl. Faßmann 2000a: 18f

- Weisungsbefugnisse,
- Umfang der Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeber,
- Grenzen zwischen (etwa arbeits- bzw. sozialrechtlicher) Beratung und unzulässiger Rechtsberatung¹¹²,
- *Pflichten*, also z.B.
 - Kooperations- und Konsultationsverpflichtungen,
 - Information und Berichterstattung gegenüber allen Beteiligten,
 - Datenschutz und Schweigepflicht über Belange des Rehabilitanden, auch gegenüber Leistungsträgern oder Arbeitgebern,¹¹³
 - Fort- und Weiterbildungsverpflichtungen
 - Krisenintervention,
 - zivilrechtliche Haftung und strafrechtliche Verantwortlichkeit,¹¹⁴
- *Ermessensspielräume* im Rahmen des Case Managements.

Aufgabe der Begleitforschung ist in diesem Zusammenhang im Rahmen eines *praxisorientierten Diskurses* insbesondere

- an der Gesamtkonzeption und Präzisierung der Konzeptelemente der Maßnahmen mitzuwirken und dabei die inhaltlichen Vorstellungen der in das CMB eingebundenen Fachleute kritisch zu reflektieren,
- Hilfestellung bei der Formulierung und Umsetzung der angesprochenen operationalen Konzepte zu geben,
- so weit erforderlich, (Sekundär-)Materialien zu sichten bzw. zu erarbeiten, die als Datenbasis und konzeptionelle Grundlagen für die Einzelaktivitäten (insbesondere im Hinblick auf das Assessment der Klienten) dienlich sein können: Dazu gehört auch
 - die Auswertung der einschlägigen Literatur,
 - die Erhebung von Konzeption und Erfahrungen vergleichbarer Modelle beruflicher Bildung bzw. Rehabilitation behinderter Menschen,
- in Kooperation mit den Stellen, die mit dem CMB betraut werden, die Strategien zur Implementation und Umsetzung des Modells zu formulieren,
- Hilfestellung zu geben bei der Erarbeitung von Regelungen
 - zur Dokumentation der
 - (Einzel-)Aktivitäten,
 - Kontakte mit Rehabilitationsträgern, Fachdiensten und sonstigen Stellen,
 - klienten-unabhängigen Aktivitäten,
 - zur Informationsweitergabe (Ablauf und Inhalte),
 - zum Umgang mit interinstitutionellen Konflikten (etwa zwischen Rehabilitationsträgern, im Kontakt mit Arbeitgebern usw.),
 - zur rehabilitanden-bezogenen Arbeit (Arbeitsanweisungen),

¹¹² Siehe dazu etwa: *Hammer* 1986: 40ff; *Köhler* 1988

¹¹³ Zum Beratungsgeheimnis als Rechtsproblem siehe: *Hammer* 1986: 57ff

¹¹⁴ Siehe dazu: *Hammer* 1986: 74ff

Die Mitwirkung im Rahmen dieser Entwicklungsarbeiten ist insofern von besonderer Bedeutung für die Begleitforschung, als ihr aufgegeben ist, im weiteren Projektverlauf zu Aussagen über die Prozeß- und Ergebnisqualität der Einzelaktivitäten zu gelangen, diese als *feed back* an die mit CMB beauftragten Personen und Stellen zurückzugeben und damit ggf. Modifikationen von Zielen, Strukturen und / oder Prozessen zu ermöglichen.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen gehören zu den Arbeiten im Rahmen der formativen Evaluation nicht nur Absprachen mit den CMB-Stellen über Art, Form und Umfang der zu dokumentierenden Aktivitäten, sondern vor allem auch inhaltliche Diskussionen zur Konzeptgestaltung und –entwicklung. Dies ist nur dann möglich, wenn ein enger Dialog mit den Projektakteuren an den Standorten zustande kommt.

Der multizentrische Ansatz des Modellprojekts bietet die Chance, das innovative CMB bundesweit unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen zu erproben. Die Heterogenität der Standorte und CMB-Stellen ist gewollt, erhofft man sich doch auf diese Weise vor allem auch Erkenntnisse über *Best-Practice*-Verfahren und –Konzepte des CMB zu gewinnen. Vor diesem Hintergrund wird – nicht zuletzt aufgrund positiver Erfahrungen mit ähnlich angelegten Projekten¹¹⁵ – ein Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Teilprojekten als wichtig und fruchtbar angesehen.¹¹⁶ Dieser kann im wesentlichen durch die Begleitforschung bewerkstelligt und gefördert werden. So bietet es sich an, eine *Mailing-Liste* einzurichten, die dem schnellen Informationsaustausch sowie der Diskussion von aufgetretenen Problemen, ihrer Lösungsmöglichkeiten usw. zwischen den Projektbeteiligten dienen kann. Darüber hinaus hat sich ein in größeren zeitlichen Abständen vorgenommener *direkter Erfahrungsaustausch zwischen den Projektakteuren* (Case Manager, federführende Rehabilitationsträger, ggf. andere Netzwerkpartner) als sinnvoll erwiesen. Schließlich bietet auch die Zusammenarbeit im Projektbeirat Gelegenheit zur Diskussion von Projekterfahrungen und Problemen bei der Durchführung der Modellaktivitäten.

Die *Abbildungen 29* und *30* geben noch einmal einen gerafften Überblick über wichtige Arbeiten und Leistungen der Begleitforschung im Rahmen der formativen Evaluation.

¹¹⁵ Das IfeS beruft sich dabei auf die guten Erfahrungen, die es in dieser Hinsicht im Rahmen eines ähnlich konzipierten Projekts im Bereich der Rehabilitation von Jugendlichen mit Lernbehinderungen von machen konnte und die von allen Beteiligten, einschließlich der Auftraggeber und Projektförderer positiv gewürdigt werden (siehe dazu *Faßmann / Reiprich / Steger* 2000: 81f).

¹¹⁶ Siehe dazu auch: *Wietersheim / Hartmann-Lange* 1997: 72ff

Arbeiten im Rahmen der formativen CMB-Evaluation

- **Laufende projektbegleitende Betreuung der CMB-Stellen**
 - Grundlage: feste Vereinbarungen über gegenseitige Verhaltenserwartungen (Termineinhaltung, Dokumentation usw.)
 - Besuche vor Ort
 - fernmündliche und schriftliche (email)Kontakte
 - Betreuung durch feste Ansprechpartner
- **Initiierung eines standortübergreifenden Erfahrungs- und Informationsaustauschs zwischen den Projektakteuren**
 - Vermittlung von Ansprechpartnern durch Begleitforschung
 - Einrichtung einer Mailing-Liste
- **Überregionaler Informations- und Erfahrungsaustausch sowie konzeptionelle Entwicklungsarbeit**
 - auf der Grundlage von Arbeitspapieren, Protokollen, Zwischenberichten der Begleitforschung
 - im Rahmen gemeinsamer Veranstaltungen (Arbeitssitzungen) mit den Projektakteuren

 Institut für empirische Soziologie Nürnberg Case Management 2002

Abbildung 29

Besondere Leistungen der Begleitforschung im Rahmen der formativen CMB-Evaluation

- **Mitwirkung an Entwicklung und Formulierung einer Gesamtkonzeption für CMB**
- **Kritische Reflexion der Beiträge von Projektbeteiligten**
- **Sichtung / Erarbeitung von (Sekundär-) Materialien als Grundlage für Einzelaktivitäten**
- **Hilfestellung bei der Erarbeitung von Regelungen, z.B.**
 - Kooperationsvereinbarungen
 - Informationsweitergabe (Ablauf, Inhalte, Datenschutz)
 - Umgang mit Konflikten (etwa zwischen Rehabilitationsträgern, mit Arbeitgebern usw.)
 - Qualitätssicherung
- **Standortübergreifender Informationsaustausch**

 Institut für empirische Soziologie Nürnberg Case Management 2002

Abbildung 30

4.3.2 Summative Evaluation von Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität von CMB

Die summative Evaluation des Modellprojekts erfolgt im Rahmen der (formalen) Zwischen- und Endberichterstattung. Hier werden nicht nur Informationen über Implementation und Durchführung des Modellprojekts und seiner Einzelaktivitäten dokumentiert. Vielmehr wird auch über die jeweils erarbeiteten Ergebnisse aufgrund empirischer Erhebungen bei den involvierten Gruppen berichtet. Dabei kommt der Darstellung und Analyse von Effektivität und Effizienz¹¹⁷ der Modellmaßnahmen besondere Bedeutung zu.

(Retrospektive) Bewertungen des Modellprojekts und Ausblicke werden schon zum Zeitpunkt der Zwischenberichterstattung möglich sein, die nach Ablauf der Vorbereitungs- und Implementierungsphase sowie zum Beginn eines jeden Kalenderjahres vorgesehen ist. Weitergehende Handlungsempfehlungen können allerdings erst im Abschlußbericht gegeben werden, der gegen Ende des Jahres 2004 vorgelegt wird. Wichtig ist dabei auch die Frage nach der Generalisierbarkeit von Aktivitäten des Modells. In diesem Zusammenhang sollen gegen Projektende Interviews mit Experten aus dem Bereich der beruflichen Rehabilitation sowie der in entsprechende Maßnahmen einzubindenden Akteure (Arbeitgeber, Rehabilitationsträger, Fachdienste, usw.) über Möglichkeiten und Chancen einer allgemeinen Implementation von CMB geführt und ausgewertet werden. Die Erkenntnisse aus den betreffenden Auswertungen finden dann Eingang in die Bewertung des Programms und die daraus abgeleiteten Handlungsempfehlungen.

Im Rahmen der Überprüfung von Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität der Einzelaktivitäten des Modellvorhabens ist ein sozialwissenschaftlicher „Methodenmix“ erforderlich. Demnach werden zur Informationsgewinnung eingesetzt

- *qualitative* Methoden (z.B. qualitative Interviews, Gruppendiskussionen) und
- *quantitative* Methoden (z.B. Bearbeitung standardisierter Dokumentationsunterlagen, standardisierte Interviews, Fragebogenerhebungen).

Dabei werden – je nach Problemstellung – Vertreter der Betroffenengruppen als Auskunftspersonen einbezogen wie

¹¹⁷ Bei der *Effektivitätsprüfung* wird der Grad der Übereinstimmung zwischen einer Zielvorstellung (Soll) und dem durch eine Maßnahme erreichten Zustand (Ist) ermittelt. Bei einer *Effizienzanalyse* stehen hingegen die Beziehungen zwischen den Kosten einer Maßnahme und dem Nutzen, der ihr zugeschrieben wird, im Mittelpunkt des Interesses.

- Mitarbeiter der mit dem CMB betrauten Stellen (Durchführungsorganisationen),
- Rehabilitanden,
- Vertreter von Betrieben,
- ggf. auch Vertreter anderer Rehabilitationsträger.

Grundlegend für die Begleitforschung ist dabei eine (*hoch-*)*standardisierte Dokumentation*

- der einbezogenen Rehabilitanden im Hinblick etwa auf
 - sozialstatistische Daten,
 - Assessmentergebnisse (Art und Schwere der Behinderung, Situation am Arbeitsplatz, Abgleich von Leistungs- und Anforderungsprofilen usw.),
 - Förderplanung (geplante Maßnahmen in und außerhalb des Betriebes),
 - Organisation und Durchführung der geplanten Maßnahmen (einschl. der Kontakte mit Arbeitgebern, Rehabilitationsträgern, sonstigen Stellen usw.) sowie
 - Ergebnisse der Maßnahmen;
- fallübergreifender Aktivitäten der CMB-Stellen (z.B. Öffentlichkeitsarbeit).

Die Dokumentationsunterlagen werden von der Begleitforschung in enger Absprache und unter Berücksichtigung von ggf. bereits vorhandenen Organisationsmitteln und Routinen (Formulare usw.) mit den CMB-Stellen erarbeitet. Da diese Dokumentation nur von den Case Managern selbst bearbeitet werden kann, muß ein standortübergreifender Konsens über Anliegen, Bedeutung und einheitliche Handhabung erzielt und in einer Handanweisung niedergelegt werden.

Über die Falldokumentation hinaus sind auch Informationen bei den vom CMB Betroffenen bzw. in den Managementprozeß eingebundenen Personen bzw. Stellen einzuholen. Dabei geht es vor allem auch um Bewertungen. Soweit es sich um relativ große und homogene Personengruppen (insbesondere Rehabilitanden und Arbeitgebervertreter) handelt, bietet es sich an, die entsprechenden Auskünfte auf schriftlichem Wege, d.h. mittels *standardisierter Fragebogen*, einzuholen. Von Interesse sind dabei

- die Akzeptanz von Anliegen und Umsetzung der Projektmaßnahmen,
- die Praktikabilität der vorgesehenen Regelungen und Prozesse,
- der CMB-Erfolg in unterschiedlichen Abständen von bestimmten Maßnahmen;
Erfolgskriterien können hier etwa sein:
 - Interesse von behindertem Arbeitnehmer und Arbeitgeber an der Erhaltungsintervention,

- Einigung zwischen den Beteiligten über ein realisierbares Vorgehen
 - Maßnahmenrealisierung
 - tatsächliche Weiterbeschäftigung (kurz-, mittel-, langfristig)
 - Zufriedenheit der Beteiligten mit dem CMB und den erzielten Ergebnissen,
 - ökonomische Bewertung aus unterschiedlichen Perspektiven (Rehabilitand, Arbeitgeber, Rehabilitationsträger)
- die Vorstellungen der Befragten zur Modifikation bzw. Verbesserung der CMB-Konzeption und der in diesem Zusammenhang vorgesehenen Aktivitäten.

Diese schriftlichen Erhebungen, die nach Möglichkeit (d.h. Erreichbarkeit der Auskunftspersonen) jeweils *am Ende, 6 Monate und 12 Monate (Kurz-Fragebogen) nach Abschluß des Case Managements* erfolgen sollen, werden durch *Interviews* mit einzelnen Vertretern dieser Personengruppen ergänzt.

Demgegenüber werden sich Informationen aus dem Bereich etwa der Rehabilitationsträger, der Fachdienste oder sonstiger Stellen / Institutionen nur im *persönlichen bzw. fernmündlichen Gespräch* (Interview) sowie ggf. auch im Rahmen von *Gruppendiskussionen* an den Projektstandorten ermitteln lassen. Gegen Ende der Projektlaufzeit ist vorgesehen, eine Reihe von Gesprächen mit Experten aus dem Bereich der beruflichen Rehabilitation über wichtige Ergebnisse und Erfahrungen aus dem Modellprojekt zu führen.

Es wird davon ausgegangen,

- soweit möglich¹¹⁸ bereits vor bzw. zu *Beginn der Implementation* des Case Managements an den Projektstandorten Informationen über die Erwartungen der Betroffenen hinsichtlich des in Angriff genommenen Projekts zu erfassen,
- *nach Implementierung* des Projekts sowie
- nach Überführung des Projekts den *Routinebetrieb* Informationen über Erfahrungen und Bewertungen der von diesen Aktivitäten Betroffenen einzuholen.

Über die genaue Terminierung der jeweiligen Meßzeitpunkte bzw. –zeiträume wird jeweils in enger Abstimmung mit den Projektakteuren befunden.

Die Daten, die zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten und auf unterschiedlichen Wegen gesammelt werden, laufen beim *IfeS* zusammen; sie werden dort laufend aufbereitet

¹¹⁸ Es wurde schon darauf hingewiesen, daß die Implementationsphase an einigen Standorten (z.B. in *Nürnberg* und *Traunstein*) zu Beginn der Begleitforschung bereits abgeschlossen war.

und ausgewertet. Ergebnisse werden nicht nur im Rahmen der Zwischen- und Endberichterstattung präsentiert, sondern finden auch Eingang in den Prozeß der formativen Evaluation.

Abbildung 31 faßt noch einmal die wichtigsten Arbeiten zusammen, die im Rahmen der summativen CMB-Evaluation zu leisten sind:

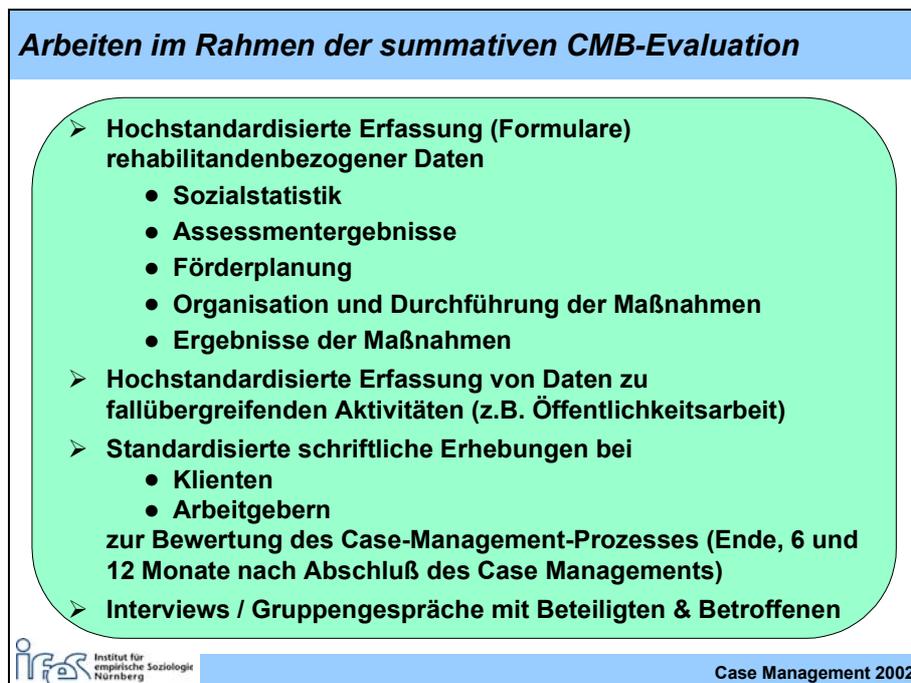


Abbildung 31

4.4 Einhaltung von Datenschutzvorgaben und Evaluationsstandards

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts sind die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie über das Sozialgeheimnis nach § 35 SGB I von besonderer Bedeutung. Die Mitarbeiter des ifeS wurden auf die Wahrung dieser Datengeheimnisse hin verpflichtet, hierfür erforderliche technische und organisatorische Maßnahmen wurden bereits getroffen bzw. werden zu gegebener Zeit in die Wege zu leiten sein. So werden Listen und Fragebögen von Rehabilitanden getrennt aufbewahrt, Datensätze nur in anonymisierter Form angelegt, verarbeitet und gelöscht, wenn sie nicht mehr benötigt werden. Alle Teilnehmer werden über die vorgesehene Dokumentation, die geplanten Erhebungen und die Freiwilligkeit einer Teilnahme an der Begleitforschung unterrichtet und um ihr schriftliche Einwilligung gebeten, an den Untersuchungen teilzunehmen.

Über den Datenschutz hinausgehend orientiert sich die Begleitforschung an gängigen Standards zur Programmevaluation¹¹⁹, für deren Einhaltung heute weithin plädiert wird, um eine möglichst hohe Qualität einschlägiger Projekte sicherzustellen.

4.5 Berichtlegung

Die Berichtlegung erfolgt im Rahmen von jährlichen Zwischenberichten (jeweils im März) sowie durch Vorlage des Abschlußberichts zum Ende des Jahres 2004.

Im Rahmen der Zwischenberichte können die Ergebnisse berücksichtigt werden, die bis zum Ende des zurückliegenden Kalenderjahres erzielt wurden. Vorläufige Berichtsinhalte werden in Form von Arbeitspapieren und Verhandlungsprotokollen auf den Projektbeiratssitzungen sowie auf standortübergreifenden Arbeitssitzungen vorgestellt, damit die betreffenden Diskussionsergebnisse in die Zwischenberichte Eingang finden können.

Präsentationen und Veröffentlichungen über konzeptionelle Inhalte des CMB sowie von (Teil-)Ergebnissen der Begleitforschung sind ausschließlich mit Zustimmung aller relevanten Projektakteure vorgesehen.

¹¹⁹ Siehe dazu insbesondere: *Joint Committee on Standards for Educational Evaluation / Sanders 1999; Widmer / Beywl 1999; Beywl / Taut 2000; Owen / Rogers 1999: 154ff; Rost 2000; Schiffler / Hübner 2000; Stufflebeam 2000c; Widmer 2000; Beywl 2001; Deutsche Gesellschaft für Evaluation 2002*

5 Aktivitäten der Begleitforschung im Berichtszeitraum

In den Zeitraum, über den hier berichtet wird und der an den meisten Standorten geprägt war von der Implementierung des CMB, fielen vor allem folgende Arbeiten der Begleitforschung:

- interne Vorbereitung der wissenschaftlichen Begleitung
- Vorstellung des Konzepts der Begleitforschung bei den Projektbeteiligten im Rahmen standortübergreifender Sitzungen in Kassel und Abensberg
- Exploration der CMB-Konzepte an den Modellstandorten im Dialog mit dem Personal der CMB-Durchführungsorganisationen sowie Vertretern der Arbeitsverwaltung (nicht an allen Standorten)
- Entwicklung und Abstimmung von klienten- und prozeßorientierten CMB-Dokumentationsunterlagen mit den Case Managern
- Beschaffung und Analyse von Literatur und Sekundärdaten
- Erbringung von Service-Leistungen für die Projektstandorte wie Kommunikation von interessanten Informationen und Initiierung eines standortübergreifenden Dialogs, z.B. via Mailing-Liste
- Durchführung von standortübergreifenden Sitzungen
- Öffentlichkeitsarbeit
- (wissenschaftliche) Kontakte zu anderen Forschergruppen und interessierten Dritten

5.1 Interne Vorbereitung der wissenschaftlichen Begleitung

Nach Erteilung des Zuwendungsbescheides zur Durchführung der wissenschaftlichen Begleitung des CMB-Projekts durch das *Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung* am 4. Juli 2001 wurde zunächst ein Forschungsteam zusammengestellt. Es setzt sich zusammen aus drei Sozialwissenschaftlern sowie (derzeit) drei studentischen Hilfskräften. Anschließend wurde ein Arbeitsplan abgesprochen, in dem die anfallenden Evaluationsaktivitäten präzisiert und in eine zeitliche Reihenfolge gebracht wurden.

Da von der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* bereits für Juli 2001 eine standortübergreifende Projektsitzung sowie die konstituierende Sitzung des Projektbeirates vereinbart worden war, widmete sich das Forschungsteam zunächst der Vorbereitung dieser Veranstaltungen, in denen vor allem auch das Programm der wissenschaftlichen Begleitung erläutert und erste Absprachen über das weitere Vorgehen getroffen werden sollten.

Gleichzeitig wurde eine Recherche von Sekundärmaterialien zum Untersuchungsgegenstand (im weitesten Sinne) in Literaturdatenbanken sowie im Internet in Angriff genommen. Diese Arbeiten werden projektbegleitend fortgesetzt.

5.2 Arbeitssitzungen im Berichtszeitraum

Bereits bevor die Begleitforschung einbezogen werden konnte, hatten am 8./9. März 2001 in Bad Vilbel sowie am 13./14. März 2001 in Gera erste überregionale Konferenzen zum CMB-Modellprojekt stattgefunden, an denen die regionalen Vertreter von Arbeitsverwaltung, Rentenversicherung, gesetzlicher Unfallversicherung, gesetzlicher Krankenversicherung, Hauptfürsorgestellen, Medizinischen Diensten der Krankenversicherungen sowie der CMB-Durchführungsorganisationen – insgesamt 73 Personen – teilnahmen. Hier wurde das grundlegende CMB-Konzept von Vertretern der *BAR* noch einmal eingehend erörtert.¹²⁰

Im Berichtszeitraum selbst fanden dann verschiedene, für den Anlauf des Modellprojekts überaus wichtige Konferenzen bzw. Arbeitssitzungen statt, die im wesentlichen vom *IfeS* gestaltet bzw. mitgestaltet wurden:

- *Standortübergreifende CMB-Konferenz am 21. Juni 2001 in Kassel*
Schon vor Erteilung des Zuwendungsbescheides¹²¹ wurde das *IfeS* von der *BAR* gebeten, das Konzept der CMB-Begleitforschung und erste Fragen dazu zu erläutern. An dieser Veranstaltung nahmen Vertreter von Projekt-Auftraggeber- und Projektfördererseite, der CMB-Durchführungsorganisationen sowie weitere Netzwerkpartner teil. Hier konnten erste Kontakte zu den Projektstandorten geknüpft werden.
Die dem Vortrag des *IfeS* zugrunde liegende Präsentation wurde interessierten Personen und Stellen in Form von *MS PowerPoint*-Folien bzw. entsprechenden Dateien zur Verfügung gestellt.
- *1. CMB-Arbeitssitzung am 24./25 Juli 2001 im BBW Abensberg*
Teilnehmer dieser Sitzung waren Vertreter der CMB-Durchführungsorganisationen sowie der für die Projektstandorte zuständigen Arbeitsverwaltungen. Bei der Vorstel-

¹²⁰ Siehe dazu: *Maier-Lenz* 2001: 4

¹²¹ Der *Beirat für die Rehabilitation von Behinderten* hatte dem *BMA* bereits am 16.5.2001 die Förderung des CMB-Projektes aus Mitteln des Ausgleichsfonds vorgeschlagen.

lung von Zielen, Konzepten, Strukturen und Erfahrungen der CMB-Stellen wurden bereits die beträchtlichen Unterschiede zwischen den Standorten deutlich.

Im Mittelpunkt der Veranstaltung standen allerdings Fragen zur klientenorientierten Dokumentation des CMB-Prozesses unter besonderer Berücksichtigung der für Integrationsfachdienste entwickelten Dokumentationssoftware CMS.¹²²

Nachdem das *IfeS* einen Überblick über die für Zwecke der Begleitforschung benötigten Daten sowie die für deren Erhebung vorgesehenen Instrumente gegeben hatte, stellten Mitarbeiter der Firma *Syntegral* die Grundidee der von ihr entwickelten Software *Case Management System (CMS)* vor, das sich nicht allein als Datenerfassungsmöglichkeit, sondern als Arbeitsinstrument zur Steuerung, Dokumentation und Evaluation des Eingliederungsprozesses versteht. Deutlich wurde allerdings, daß diese gerade in Revision befindliche Version nicht ohne vorherige Modifikation für die Dokumentation und Evaluation des CMB eingesetzt werden könnte.¹²³ Die Kosten einer solchen Abänderung bzw. Ergänzung sowie eines möglichen Supports in Form von Handbuch, Schulung und Servicehotline konnte *Syntegral* ohne Kenntnis des Umgestaltungsumfangs ebensowenig beziffern, wie den Preis der Lizenz für die Software selbst. Im übrigen mußte unklar bleiben, wie die Finanzierung eines Einsatzes von CMS sichergestellt werden könnte: Das Forschungsinstitut sah sich dazu mangels der dazu erforderlichen Mittel im für das CMB-Projekt zur Verfügung stehenden Haushalt außer Stande (allein für die Lizenzen war von einem Preis von ca. 1.500 DM pro Standort die Rede), zumal die Funktionen des Systems weit über Evaluationsbelange hinausgehen und daher nicht in den Aufgabenbereich der Begleitforschung fallen. Das *IfeS* stellte auch klar, daß CMS nur dann zur Anwendung kommen könnte, wenn sich alle CMB-Stellen dazu bereit und in der Lage sähen. Gleichwohl wurde ein erster Zeitplan aufgestellt, um CMS an die vom *IfeS* zu benennenden Modifikationen anzupassen, eine Finanzierung (ggf. mit Hilfe des CMB-Projektbeirates) sicherzustellen und mit der Dokumentation zum 1.1.2002 beginnen zu können. Schließlich wurden auf dieser Arbeitssitzung im Zusammenhang mit den geplanten Erhebungen Fragen des Datenschutzes erörtert.

¹²² Siehe dazu: *Schopf / Kroiß* 2000. Diese Software wurde im Zusammenhang mit dem vom *BMA* geförderten Modellprojekts „Integrationsfachdienste zur Eingliederung von Schwerbehinderten in das Arbeitsleben“ vorrangig entwickelt für die beteiligten bayerischen Integrationsfachdienste und finanziert vom *BayStMinAS* (Siehe dazu: *Verein „Integrationsfachdienst Bayern e.V.“* 2000: 3).

¹²³ Die Begleitforschung zum genannten Projekt des *BMA* hatte auf die Nutzung CMS-generierter Daten verzichtet, weil das Programm seinerzeit große Probleme und Schwierigkeiten bereitete. Deshalb wurden die erforderlichen Informationen auf konventionellem Wege (Erhebungsbögen) erfaßt und ausgewertet (persönliche Mitteilung von Herrn *Kübler*, *Fakultät für Sonderpädagogik Reutlingen der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg in Verbindung mit der Universität Tübingen*, der u.a. mit der Begleitforschung betraut war, am 27.7.2001).

➤ 1. *Projektbeiratssitzung am 31. Juli 2001 bei der BAR in Frankfurt am Main*

Auf dieser konstituierenden Sitzung des Projektbeirates erläuterten *BAR* und *IfeS* zunächst Zielsetzung des Modellprojekts und Konzeption seiner wissenschaftlichen Begleitung. Anschließend wurde über erste Erkenntnisse über die CMB-Stellen berichtet, die im Rahmen der Abensberger Arbeitssitzung gewonnen werden konnten.

Wesentlichen Raum nahm die Diskussion von Problemen und Finanzierung alternativer Konzepte zur Teilnehmer- und Maßnahmendokumentation im Rahmen des CMB-Projekts ein. Nach eingehender Abwägung der Vor- und Nachteile der beiden Alternativen (CMS und *IfeS*-Dokumentation) sprach sich der Projektbeirat gegen eine Verwendung von CMS und für eine traditionelle Dokumentation anhand von Formularsätzen aus. Ausschlaggebend war dabei, daß die Vertreter der *Bundesanstalt für Arbeit* und der *Spitzenverbände der Krankenkassen* die Möglichkeit einer Installation von CMS in hauseigenen EDV-Systemen grundsätzlich ausschlossen und somit keine einheitliche Dokumentation zu realisieren gewesen wäre. Zudem wurde auf den enormen Anpassungsbedarf von CMS an die Belange des Modellprojekts sowie die damit verbundenen Unwägbarkeiten bezüglich Qualität, Kosten und Zeitaufwand hingewiesen.¹²⁴

Die 2. Projektbeiratssitzung ist für das II. Quartal 2002 vorgesehen.

➤ 2. *CMB-Arbeitssitzung am 26. Februar 2002 im Ärztehaus Mittelfranken*

An dieser Sitzung nahmen – abgesehen von der Begleitforschung und (zeitweise) einem Vertreter der *BAR* – ausschließlich Case Manager der CMB-Stellen teil.¹²⁵

Die Veranstaltung wurde von der *BAR* zum Anlaß genommen, noch einmal auf einige wesentliche Eckpunkte des Modellprojekts hinzuweisen (Ausgliederungsverhinderung als vorrangiges Ziel von CMB; Erfordernis einer formellen Kontaktaufnahme mit allen regionalen Krankenkassen; Notwendigkeit der Zuständigkeitsabklärung bei allen zugehenden Fällen; grundsätzliche Bedeutung der CMB-Dokumentation für Belange der Qualitätssicherung und Evaluation). Darüber hinaus wurden die Teilnehmer von *BAR* und *IfeS* über die Planung standortübergreifenden Konferenzen unterrichtet, in die neben den CMB-Stellen selbst, auch wichtige Netzwerkpartner (z.B. Arbeitsverwaltung, Kranken-, Renten-, Unfallversicherung) einbezogen werden sollen. Im Mittel-

¹²⁴ Diese Entscheidung erwies sich im nachhinein als richtig, da die Erstellung einer endgültigen, allen Praxisbedürfnissen entsprechenden und ausgetesteten Version bis zum heutigen Tage noch nicht gelungen zu sein scheint.

¹²⁵ Da im Rahmen der Sitzung im wesentlichen Probleme diskutiert wurden, die in erster Linie methodische Fragen der wissenschaftlichen Begleitung betreffen, wurde vereinbart, die im Zusammenhang mit der Veranstaltung entstehenden Reisekosten der Teilnehmer aus Mitteln der Begleitforschung zu finanzieren.

punkt der Verhandlungen stand allerdings die abschließende Diskussion der vom *IfeS* vorgelegten Teilnehmer- und Maßnahmendokumentation sowie eine Erörterung von datenschutzrechtlichen Fragen. Über alles dies konnte Übereinstimmung erzielt werden. Allerdings wiesen verschiedene Case Manager auf die Zusatzbelastung durch Dokumentationsaufgaben hin, da vielfach eigene Berichtssysteme entwickelt wurden und schon seit längerem Verwendung finden. Allerdings wird die CMB-Dokumentation des *IfeS* an manchen Standorten in eigene Unterlagen integriert, so daß Zusatzaufwand minimiert werden kann.

Schließlich wurden Anliegen und Umgang mit der vom *IfeS* eingerichteten CMB-Mailing-Liste erläutert und alle CMB-Stellen zur aktiven Teilnahme aufgefordert.

5.3 Eingangsinterviews an den CMB-Modellstandorten

Nach Einarbeitung, Entwicklung von Interviewleitfäden und Terminvereinbarung konnten in den Monaten September bis November 2001 in ersten eingehenden Gesprächen zwischen Case ManagerInnen und Begleitforschung an 16 Projektstandorten nähere Informationen über die Konzepte und ihre Durchführung „vor Ort“ gewonnen und dokumentiert werden. Aufgrund der gegenüber der Projektplanung um 60% erhöhten Zahl der Projektstandorte¹²⁶ bei unveränderter Personalausstattung der Begleitforschung zogen sich Terminplanung, Durchführung und Nachbereitung dieser Erstinterviews weit länger hin als vorgesehen.

Beim Besuch des Standortes Hameln zeigte sich, daß dort kein Case Management im Sinne des CMB-Konzepts der *BAR* durchgeführt wird. Vielmehr beschränkt sich das dort von der Firma *Salo & Partner Bildung und Beruf* durchgeführte Programm „Zurück in den Beruf (ZIB)“ im Rahmen einer 14tägigen Maßnahme letztlich auf die Erarbeitung einer Berufswegeplanung gemeinsam mit dem Betroffenen. Alles weitere besorgen die zuständigen Rehabilitationsträger, die sich dazu allerdings unter Federführung des Arbeitsamtes in vorbildlicher Weise ebenso gemeinsam abstimmen, wie sie sich auf einen Modus zur gemeinsamen Finanzierung von ZIB selbst geeinigt haben. Da mit ZIB jedoch nur teilweise abgedeckt wird, was sonst CMB kennzeichnet, wurde mit *BAR*, Arbeitsamt Hameln und der Firma *Salo & Partner Bildung und Beruf* Übereinkunft erzielt, diesen Standort aus der wissenschaftlichen Beglei-

¹²⁶ Der Projektausschreibung gemäß waren „ca. zehn verschiedene Standorte“ vorgesehen (vgl. Ausschreibungstext der *BAR* vom 19.9.2000: 2). Diese Anzahl hatte sich bis zum tatsächlichen Beginn der Begleitforschung auf 15 erhöht. Durch das Ausscheiden des Standorts Hameln und den Einbezug der CMB-Stelle Leipzig erhöhte sich der Aufwand für die Durchführung von Erstinterviews um einen weiteren Standort.

tung herauszunehmen. Für diesen wurde dann der Standort Leipzig neu in das Modellprojekt aufgenommen und zur Durchführung eines Eingangsgesprächs aufgesucht.

Plausiblerweise kamen im Rahmen dieser Interviews *vielerlei* Aspekte des jeweiligen Standortkonzepts zur Sprache. Informationen zu besonderen Problembereichen, wie etwa der Zusammenarbeit mit einzelnen Krankenkassen, konnten im gegebenen zeitlichen Rahmen zwar mitgeteilt, jedoch noch nicht in jedem Fall ausführlich diskutiert werden. Dies gilt insbesondere für jene Standorte (z.B. Ludwigshafen, Waiblingen, Leipzig), die sich zum Zeitpunkt der Interviews noch in der Implementierungsphase befanden. Im Rahmen der Begleitforschung wird auf die verschiedenen Prozeßphasen der unmittelbar rehabilitandenorientierten sowie rehabilitandenübergreifenden Arbeit noch intensiv einzugehen sein.

Im übrigen handelt es sich bei der Modellinitiative um ein *Entwicklungsprojekt*, d.h. Maßnahme- und Kooperationsstrukturen, Arbeitsinhalte und –prozesse usw. stehen vielfach noch nicht fest, werden erst etabliert, erprobt und bei Bedarf modifiziert, so daß das uns bisher vermittelte Bild lediglich als „Augenblicksaufnahme“ gewertet werden kann. Mehr kann man zu Beginn eines Entwicklungsprojekts realistischlicherweise auch nicht erwarten.

Die Ergebnisse dieser Erstinterviews gingen ebenso wie Informationen, die von den CMB-Durchführungsorganisationen in schriftlicher Form zur Verfügung gestellt worden waren, ein in die im *Abschnitt 6* dieses Berichts enthaltene Synopse der Standortkonzepte.

Im Rahmen der Besuche an den Modellstandorten wurden zwischen den Case Managern und der Begleitforschung förmliche, schriftliche Kooperationsvereinbarungen geschlossen und unterzeichnet (siehe *Abbildung 32*). Solche in der Evaluationsforschung üblichen Kontrakte sollen dazu dienen, gegenseitige Erwartungen und Verantwortlichkeiten zu klären und Mißverständnissen von vornherein entgegenzuwirken.¹²⁷

5.4 Entwicklung eines Instrumentariums zur CMB-Dokumentation

Wegen der durch die Standortausweitung bedingten Verzögerungen konnte erst später als geplant mit der Entwicklung eines Instruments zur Dokumentation von Klienten- und CMB-

¹²⁷ Vgl. Worthen / Sanders / Fitzpatrick 1997: 294ff; Joint Committee on Standards for Educational Evaluation / Sanders 1999: 115ff; Stufflebeam 2000b: 315

Prozeßdaten begonnen werden, so daß es erst Anfang Februar 2002 möglich war, den CMB-Stellen einen entsprechenden Entwurf vorzulegen.

Vereinbarung über Modalitäten der Zusammenarbeit zwischen den mit Case Management befaßten Personen und dem Evaluationsteam

Um eine für alle Beteiligten befriedigende und konstruktive Zusammenarbeit zu erreichen, verpflichten sich die in das Modellprojekt *Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungs- und Ausbildungsverhältnissen behinderter Menschen* eingebundenen Partner zur Beachtung der folgenden Regeln und Prinzipien:

A. Allgemeine Kooperationsprinzipien

1. Vertrauensvolle und faire Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten!
2. Keine Hemmungen haben, Probleme offen anzusprechen!
3. Unzufriedenheit über den Verlauf der Zusammenarbeit oder das Verhalten von Kooperationspartnern möglichst früh zur Sprache bringen und gemeinsam nach Lösungen suchen!
4. Probleme zunächst mit den unmittelbar Betroffenen besprechen, anstatt sofort Dritte einzubeziehen!
5. Informationen und Ideen, die für die Weiterentwicklung und Verbesserung des Case Managements sowie der Evaluation wichtig sind, den Partnern möglichst schnell zugänglich machen!
6. Sensible und heikle Angaben vertraulich behandeln!
7. Termine und Vereinbarungen einhalten!

B. Besondere Pflichten der Kooperationspartner

B.1. Pflichten des Evaluationsteams

1. Evaluationsdesign, Methoden und Beurteilungskriterien der Begleitforschung werden den Projektpartnern offen dargelegt und zur Diskussion gestellt.
2. Forschungsergebnisse werden laufend an die Projektpartner weitergegeben und mit ihnen erörtert.
3. Datenschutzregelungen werden eingehalten.
4. Protokolle projektrelevanter Sitzungen werden zeitnah an die mit dem Case Management befaßten Personen verschickt.
5. Das Evaluationsteam versucht, Wünschen, die von den Projektpartnern vorgetragen werden, im Rahmen der gegebenen personellen, zeitlichen und finanziellen Möglichkeiten zu entsprechen.

B.2. Pflichten der mit dem Case Management befaßten Personen

1. Klienten- und Maßnahmedaten werden sorgfältig und zeitnah mit Hilfe der vom Evaluationsteam entwickelten Unterlagen unter Beachtung der vereinbarten Dokumentationsregeln (Handanweisung) dokumentiert.
2. An gemeinsamen Arbeitssitzungen und Veranstaltungen wird aktiv teilgenommen.
3. Personelle, organisatorische und inhaltliche Veränderungen, die das Case Management am Projektstandort betreffen, werden dem Evaluationsteam sofort mitgeteilt.
4. Korrekturwünsche in Bezug auf Protokolle, Berichte und Arbeitspapiere des Evaluationsteams werden innerhalb von 6 Wochen an die Begleitforschung übermittelt.

Unterschriften

für das Evaluationsteam

für die mit CMB
beauftragten Personen

Abbildung 32

Ausgegangen wurde zunächst von grundsätzlichen Überlegungen zu den Funktionen, die der CMB-Dokumentation zugeschrieben werden sollten. *Abbildung 33* gibt dazu einen Überblick. Abgesehen von allgemeinen Aufgaben, denen jede derartige Datensammlung dient, kann eine solche Dokumentation von den CMB-Stellen dazu genutzt werden, die ordnungsgemäße¹²⁸ Durchführung von CMB-Aktivitäten „abzuchecken“ und nachzuweisen sowie den CMB-Prozess zu kontrollieren. Demgegenüber soll sie im Rahmen des Modellprojekts der Begleitforschung eine Beschreibung und Analyse von CMB-Strukturen, -Prozessen und -Ergebnissen ermöglichen. Dazu ist eine hypothesengeleitete Auswahl der zu dokumentierenden Merkmale¹²⁹ auf der Basis (modell-)theoretischer Überlegungen erforderlich.



Abbildung 33

¹²⁸ Über die Ordnungsmäßigkeit der Durchführung kann selbstverständlich erst dann befunden werden, wenn die jeweilige Checkliste tatsächlich einen theoretisch fundierten und empirisch abgesicherten idealen Ablauf der zu beurteilenden Prozesse repräsentiert. Bis dahin können entsprechende Vorgaben lediglich vorläufigen Charakter haben, anhand derer insofern nur beschränkt Urteile über die Ordnungsmäßigkeit der Durchführung gefällt werden können.

¹²⁹ Dieser Forderung entsprechend stellte das IfeS einen Katalog (potentiell) zu erhebender Merkmale auf, denen jeweils Hypothesen zugeordnet sind, aus denen sich eine Begründung für die Relevanz der jeweiligen Variable für das Forschungsprojekt ergibt.

Wie bereits in *Abschnitt 4.1.1* dargelegt, orientiert sich die Evaluation an dem heute für Qualitätsbeurteilung gängigen Paradigma von *Donabedian* in der von *Badura* ergänzten Form¹³⁰, das vorsieht, die Qualität von Dienstleistungen an der Qualität der Inputs, der Struktur, des Prozesses sowie der Ergebnisse (kurzfristige Outputs und nachhaltige Outcomes) zu messen. Dabei wird angenommen, daß eine fundamentale funktionale Beziehung zwischen diesen Elementen besteht: Demnach beeinflusst die Inputqualität die Strukturqualität, diese die Prozeßqualität und diese wiederum die Ergebnisqualität. *Abbildung 34* verdeutlicht diese Wirkungszusammenhänge sowie beispielhaft Merkmale, die den genannten Elementen zugeordnet werden können.¹³¹

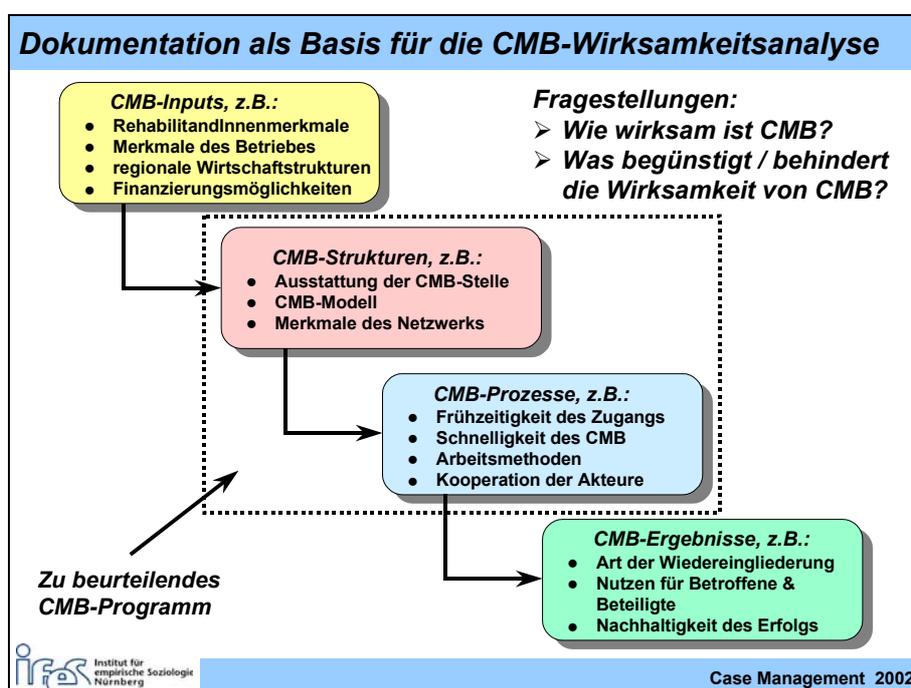


Abbildung 34

Auf der Grundlage der einschlägigen Fachliteratur, von Erfahrungen aus eigenen maßnahmebegleitenden Evaluationsprojekten¹³², der Sichtung von Instrumenten aus anderen Kon-

¹³⁰ Vgl. *Donabedian* 1966: 167ff; *Donabedian* 1982: 70ff; *Badura* 1999

¹³¹ Es handelt sich dabei nicht um ein ausgereiftes Analysemodell, in dem bereits alle als relevant angesehenen Variablen und vermuteten (kausalen) Beziehungen enthalten sind. Vielmehr soll die Abbildung lediglich der Veranschaulichung wesentlicher vermuteter Zusammenhänge dienen. Zur Modellbildung siehe im übrigen: *Bortz / Döring* 1995: 339f.

¹³² Zu erwähnen sind hier insbesondere die mehrjährige wissenschaftliche Begleitung von beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen im *Rehabilitationswerk Straubing* (siehe dazu: *Faßmann* 1988; *Faßmann / Oertel* 1991c), die Evaluation von Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach langer schwerer Krankheit (siehe dazu: *Oertel / Faßmann* 1995) sowie die Begleitforschung zu „Regionalen Service-Zentren für häusliche Altenpflege“ (siehe dazu: *Faßmann* 1998) und zum *BAR-Modellprojekt REGINE* (siehe dazu: *Faßmann / Reiprich / Steger* 2000; 2001).

texten¹³³ sowie Informationen aus den Erstinterviews an den Projektstandorten vom Forschungsteam wurde nunmehr eine Operationalisierung der genannten Qualitätselemente vorgenommen. Darüber hinaus wurde den Inventaren IMBA¹³⁴ und MELBA¹³⁵ besondere Aufmerksamkeit geschenkt, um sie auf Brauchbarkeit für Zwecke der CMB-Begleitforschung zu überprüfen, da ihnen in jüngerer Zeit vermehrt Aufmerksamkeit nicht nur zu Assessmentzwecken¹³⁶, sondern auch im Evaluationsforschungsbereich¹³⁷ zukommt.

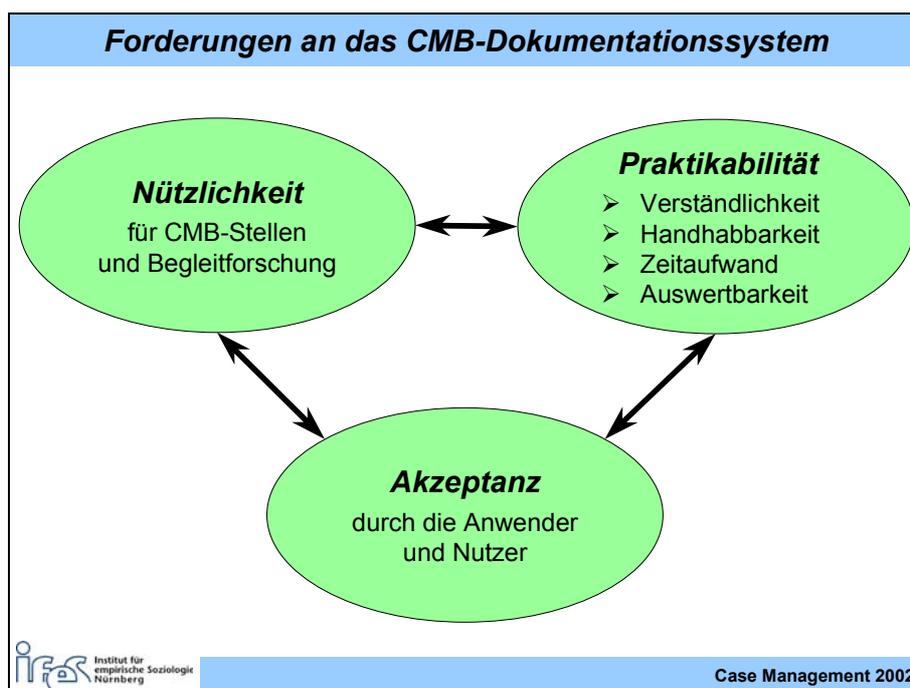


Abbildung 35

Dabei wurde ausgegangen von der grundsätzlichen Überlegung, daß eine Dokumentation den drei in *Abbildung 35* dargestellten Forderungen entsprechen muß, die stets in einem Spannungsverhältnis zueinander stehen:¹³⁸ Demnach sollte das Dokumentationssystem

¹³³ Zu nennen ist hier zunächst das CMS der Fa. *Syntegral*. Leider konnten wir (Zwischen-)Ergebnisse der bereits erwähnten Begleitforschung zum *BMA*-Modellprojekt „Integrationsfachdienste“ zu Zwecken des Abgleichs von einzelnen Kategorien trotz intensiver Bemühungen nicht einsehen.

Demgegenüber verdanken wir einer Sichtung des Instrumentariums wertvolle Hinweise, das einer Untersuchung von Integrationsfachdiensten in *Westfalen-Lippe* zugrunde lag (vgl. *Barlsen et al.* 1999: Anhang). Von Interesse waren auch die umfangreichen Erhebungsunterlagen aus dem „Modellprojekt Psychiatrisches Casemanagement“ (vgl. *Schleuning et al.* 2000: Anhang).

¹³⁴ Vgl. *Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung* 1996

¹³⁵ Vgl. *Föhres et al.* 1998. Einige der in das Modellprojekt einbezogenen CMB-Stellen verwenden die Inventare bei Bedarf bereits routinemäßig im Rahmen ihrer Arbeit.

¹³⁶ Vgl. *Sand* 2001: 311

¹³⁷ So ist eine an MELBA angelehnte Beurteilungsskala auch im Dokumentationssystem des bereits erwähnten REGINE-Projekts enthalten (vgl. *Faßmann / Reiprich / Steger* 2000: 80). MELBA fand auch Verwendung bei der Evaluation von Integrationsfachdiensten. Allerdings äußerten sich *Barlsen et al.* (1999: 149ff) skeptisch über die Brauchbarkeit des Instruments.

¹³⁸ Vgl. *Faßmann* 1997: 15ff

nach Möglichkeit nicht nur Interessen der Begleitforschung, sondern auch Belangen der CMB-Stellen selbst entsprechen und für eigene Zwecke verwendet werden können. Zudem solle die Dokumentation nutzerfreundlich angelegt sein im Hinblick auf die Verständlichkeit der abgefragten Merkmale und Sachverhalte, der Handhabbarkeit „im praktischen Geschäft“, die zeitökonomische Bearbeitung sowie die Möglichkeiten, entsprechend festgehaltene Informationen später auswerten zu können. Nur wenn beide Forderungen erfüllt sind, ist davon auszugehen, daß das Instrumentarium auch von den Adressaten akzeptiert wird.¹³⁹

Vor dem Hintergrund dieser Forderungen, die bereits von vielen Case Managern im Rahmen der Erstinterviews mit den CMB-Stellen¹⁴⁰ deutlich artikuliert worden waren, mußten erhebliche Kompromisse eingegangen werden, vor allem im Hinblick auf den Umfang des Kataloges der zu berücksichtigenden Merkmale. Insofern ist das Dokumentationsinstrument auch nur begrenzt dazu geeignet, stellenintern als CMB-prozeßbegleitendes Hilfsmittel eingesetzt zu werden. Gleichwohl kann davon ausgegangen werden, daß die Dokumentationsunterlagen nicht allein Zwecken der Begleitforschung dienen. Vielmehr wurden sie auch entwickelt, um von den CMB-Stellen bei Bedarf als Leitfaden während des Case-Management-Prozesses (z.B. Sozialanamnese, Abgleich von Arbeitsplatzanforderungen und Fähigkeiten von RehabilitandInnen) verwendet werden zu können.¹⁴¹

Die hochformalisierten Formulare können handschriftlich oder EDV-gestützt bearbeitet werden. Im wesentlichen sind Kategorien anzukreuzen, gelegentlich wird auch um Freitext- oder Zifferneinträge gebeten. Im übrigen können Vermerke auf zusätzlich beizulegenden Bögen vorgenommen werden, wenn dies sachdienlich erscheint.

Die *Abbildung 36* gibt einen schematischen Überblick über die Erhebungsunterlagen, die im Rahmen des Modellprojekts Verwendung finden.

Um die Orientierung zu erleichtern, wurden die für die handschriftliche Bearbeitung vorgesehenen Formulare auf unterschiedlich gefärbtem Papier ausgeliefert. Zur besseren Orientie-

¹³⁹ Vgl. *Schaltenbrand / Stahl / Lehfeld* 1992: 694f. Siehe dazu auch die Evaluationsstandards D1 und N3 in: *Joint Committee on Standards for Educational Evaluation / Sanders* 1999: 61ff und 89ff

¹⁴⁰ Besonders pointiert wurden entsprechende Forderungen von Mitarbeitern jener Stellen vorgetragen, die von Rehabilitationsträgern selbst unterhalten werden: Da sie nicht zuletzt aus leistungsrechtlichen Gründen zu trägerinterner Dokumentation verpflichtet sind, bedeutet jedes weitere Festhalten von Informationen zu anderen Zwecken unter Nutzung anderer Medien (z.B. Formulare etc.) Zusatzarbeit. Wenn hinzu tritt, daß diese Mitarbeiter nicht oder nur in beschränktem Maße für CMB-Zwecke freigestellt sind, stößt nicht nur ihre grundsätzliche Bereitschaft, sondern wegen fehlender Zeit auch ihre Möglichkeit zur Mitarbeit schnell an Grenzen.

¹⁴¹ Es wurde bereits darauf hingewiesen, daß eine Integration des *IfeS*-Instrumentariums in eigenen Dokumentationsunterlagen an manchen Standorten angestrebt wird.

rung wurden zudem alle Bögen numeriert, und zwar entsprechend der in der vorgesehenen Bearbeitungsreihenfolge. Die Bögen können bei Bedarf selbst kopiert oder weitere Exemplare beim *IfeS* angefordert werden. Für die Dateneingabe per PC wurden die Dokumentationsunterlagen auch als Formularmasken in Form von *MSWord*-Dateien auf Diskette zur Verfügung gestellt.

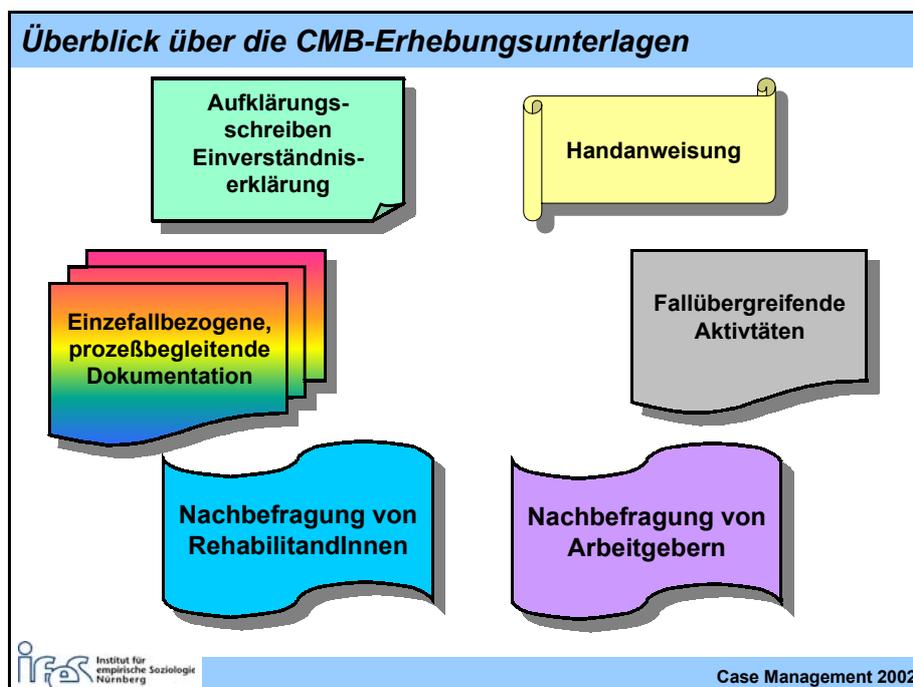


Abbildung 36

Eine „Einverständniserklärung“ des jeweiligen Rehabilitanden ist zunächst erforderlich, um dokumentierte Informationen an die Begleitforschung übermitteln zu können. Das *IfeS* stellte den CMB-Stellen einen Formulierungsvorschlag zur Verfügung, der ursprünglich auf Vorlagen aus der klinischen Evaluationsforschung im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung zurückgeht (siehe *Abbildung 37*).

In ähnlicher Form wurde die Erklärung im Rahmen der Begleitforschung zum bereits mehrfach erwähnten *BAR*-Modellprojekt REGINE eingesetzt, nachdem sie vom Datenschutzbeauftragten der *Bundesanstalt für Arbeit* als datenschutzrechtlich unbedenklich befunden worden war.¹⁴² Die Erklärung kann den Adressaten auf Briefpapier des *IfeS*, aber auch auf CMB-stelleneigenen Briefbögen unterbreitet werden. Empfohlen wurde den CMB-Stellen, die Rehabilitanden anhand eines Flyers über das Modellprojekt und seine Begleitforschung sowie durch ein gesondertes Aufklärungsschreiben über das Anliegen der Dokumentation zu in-

¹⁴² Vgl. *Faßmann / Reiprich / Steger 2000: 83ff*

formieren. Für diese beiden Informationsunterlagen wurden vom *IfeS* Vorschläge erarbeitet und den Projektpartnern zur Verfügung gestellt.

Einverständniserklärung

Name: Vorname:

Straße, Nr.: PLZ, Wohnort:

Geburtsdatum: Standort-Nr.: Lfd. Nr.

Ich bin darüber informiert worden, daß Abklärung und Durchführung von Maßnahmen zur Erhaltung meines Arbeits- bzw. Ausbildungsverhältnisses durch eine „Case-Management-Stelle“ im Rahmen eines Modellprojekts erfolgen. Dieses Projekt wird im Auftrag des *Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung* und der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* durchgeführt und vom *Institut für empirische Soziologie an der Universität Erlangen-Nürnberg* wissenschaftlich begleitet.

Ich bin damit einverstanden, daß Informationen über meine Person, den Abklärungsverlauf und die erforderlichen Reha-Maßnahmen ausschließlich zum Zwecke der wissenschaftlichen Begleitung dokumentiert und ausgewertet werden. So weit erforderlich, entbinde ich die Personen, von denen ich in diesem Zusammenhang betreut werde, von ihrer Schweigepflicht und stimme der Auskunftserteilung gegenüber den MitarbeiterInnen des *Instituts für empirische Soziologie an der Universität Erlangen-Nürnberg* zu.

Meine Teilnahme ist freiwillig. Mir wurde versichert, daß personenbezogene Angaben (Name, Geburtsdatum, Adresse oder sonstige Angaben, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen) gelöscht werden, sobald sie für die wissenschaftliche Auswertung nicht mehr erforderlich sind.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des Rehabilitanden

Bei Minderjährigen

Ich bin darüber informiert und damit einverstanden, daß meine Tochter / mein Sohn an der wissenschaftlichen Begleitung des Case Management-Projekts teilnimmt.

Ort und Datum

..... oder

Unterschrift der Mutter und Unterschrift des Vaters Unterschrift des Vormundes

Abbildung 37

Das Kernstück des Instrumentariums bilden die 8 Formulare zur einzelfallbezogenen, prozeßbegleitenden Dokumentation. *Übersicht 2* gibt einen ausführlichen Überblick über die Funktion der auf den einzelnen Formblättern zu dokumentierenden Informationen sowie die Erhebungszeitpunkte.

Übersicht 2: Übersicht über CMB-Dokumentationsformulare, Dokumentationsfunktionen und Erhebungszeitpunkte

Formular	Funktion der Dokumentation	Erhebungszeitpunkt
Zugang zur CMB-Stelle (ZU)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dokumentation von <ul style="list-style-type: none"> • erster Kontaktaufnahme • Veranlassung des Zugangs zur CMB-Stelle • Geschlecht, Alter • Entscheidung über Betreuung durch CMB-Stelle ➤ Auswahl der zu dokumentierenden CMB-Fälle 	Erste Kontaktaufnahme mit dem/r RehabilitandIn
Rehabilitand-Innendaten (RD)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dokumentation von <ul style="list-style-type: none"> • erstem Anamnesegespräch • gesundheitlicher Situation • medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen • Sozialversicherungsträgern • Einkommenssituation • Familienstand, Kinder, Nationalität • Eingliederungsressourcen und –risiken des/r RehabilitandIn 	Anamnese-gespräch
Berufliche Situation (BS)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dokumentation von <ul style="list-style-type: none"> • Schul-, Berufsausbildung und sonstigen Qualifikationen • früheren berufliche Tätigkeiten • aktueller Tätigkeit • Arbeitszufriedenheit • beruflichen u. anderen Interessen • Kontakt zum Arbeitgeber wg. Weiterbeschäftigungsmöglichkeiten 	Anamnese-gespräch
Merkmale des derzeitigen Betriebes (DB)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dokumentation von <ul style="list-style-type: none"> • Art und Branche des Betriebes • Anzahl der MitarbeiterInnen • Interesse des Arbeitgebers an Weiterbeschäftigung d. RehabilitandIn • wirtschaftliche Situation des Betriebes • Betriebsärztliche Betreuung • Bereitschaft d. Betriebes zu Beschäftigung von Behinderten ➤ Entscheidung über weitere Form der CMB-Dokumentation ➤ Bei Einwilligung: Weitergabe der Anschrift des Betriebes an <i>IfeS</i> 	Erste Kontaktaufnahme mit Betrieb
Arbeitsanforderungen und Fähigkeiten des/r RehabilitandIn (AF)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Strukturierte Beurteilung und Dokumentation von <ul style="list-style-type: none"> • zeitlichem Umfang des Beschäftigungsverhältnisses • äußeren Arbeitsbedingungen • physischer Belastung am Arbeitsplatz • Form der Arbeitsorganisation • sonstigen Arbeitsbedingungen • Anpassungsbedarf und –möglichkeit • am bisherigen bzw. neuen Arbeitsplatz bzw. bezogen auf die (Rest-)Leistungsfähigkeit des/r RehabilitandIn 	Betriebsbesuch(e)
Art der Wiedereingliederung und CMB-Maßnahmen (WM)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dokumentation von <ul style="list-style-type: none"> • Art der Wiedereingliederung • erforderlichen Maßnahmen • erforderlichen Leistungen • Kostenträger von Maßnahmen / Leistungen 	Abschluß des CMB
Angaben zum CMB-Prozeß (PR)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dokumentation von <ul style="list-style-type: none"> • Prozeßbeteiligten • benötigten Unterlagen • Dauer bis zum Eingang aller Unterlagen • Antragstellungen von RehabilitandIn bzw. Arbeitgeber • Anzahl der Betriebsbesuche • zeitlichem Ablauf des CMB 	Abschluß des CMB

Fortsetzung Übersicht 2:

Formular	Funktion der Dokumentation	Erhebungszeitpunkt
Abschluß des CMB	> Dokumentation von <ul style="list-style-type: none"> • Anlaß der Beendigung (Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses, Einmündung in längere Maßnahme oder Abbruch) • Termin der Wiederaufnahme der Tätigkeit • Art und zeitlichem Umfang der beruflichen Tätigkeit • Art und Dauer einer Qualifizierungs- / Rehabilitationsmaßnahme • Abbruchgründe • Serviceleistungen der CMB-Stelle • Arbeitsfähigkeit und Status des/r RehabilitandIn • aktuelles Einkommen des/r RehabilitandIn • Einschätzung des CMB-Verlaufs durch CMB-Stelle • langfristige Eingliederungschancen des/r RehabilitandIn 	Abschluß des CMB
Aktivitäten nach CMB (AN)	> Dokumentation von <ul style="list-style-type: none"> • Art der Unterstützungsleistungen bei der Arbeitsplatzsuche • Vermittlung eines neuen Arbeitsverhältnisses • erforderlichen Maßnahmen • erforderlichen Leistungen • Kostenträger von Maßnahmen / Leistungen • Datum und Anlaß des Betreuungsabschlusses • Art und zeitlicher Umfang einer neuen Tätigkeit • Art und Dauer einer Qualifizierungs- / Rehabilitationsmaßnahme • Betreuungsbeendigung aus anderem Grund • Serviceleistungen der CMB-Stelle • Arbeitsfähigkeit und Status des/r RehabilitandIn • aktuelles Einkommen des/r RehabilitandIn • Eingliederungschancen des/r RehabilitandIn 	Abschluß des Falles nach über CMB hinausgehender Betreuung

Das Ablaufschema in *Abbildung 38* verdeutlicht die rehabilitandenbezogene Dokumentationsprozedur insbesondere auch hinsichtlich der Wahl einzelner Formulare und Möglichkeiten des Abschlusses der Dokumentation. Festgehalten werden können auch fallübergreifende Aktivitäten (z.B. Informationsveranstaltungen). Dazu ist ein gesondertes Dokument vorgesehen. Zwei Kurzfragebögen, die sich an die Rehabilitanden bzw. an deren Arbeitgeber richten, kommen im Rahmen von Nachbefragungen nach Abschluß des CMB zum Einsatz.

Den Dokumentationsunterlagen beigegeben ist eine ausführliche *Handanweisung*, in der Dokumentationsprozeduren sowie einzelne erklärungsbedürftige Merkmale erläutert werden. Vereinbart wurde ein Dokumentationsbeginn ab dem Monat März 2002. Retrospektiv können lediglich Informationen herangezogen werden, die von den CMB-Stellen bisher in irgendeiner Weise zur Beschreibung ihrer Klientel erstellt wurden. Eine rückwirkende Erfassung von Rehabilitandendaten anhand des CMB-Instrumentariums verbietet sich hingegen aus Datenschutzgründen, da die betreffenden Personen dazu zunächst ihre Einwilligung geben müßten. Diese sind jedoch zumeist nicht mehr erreichbar.

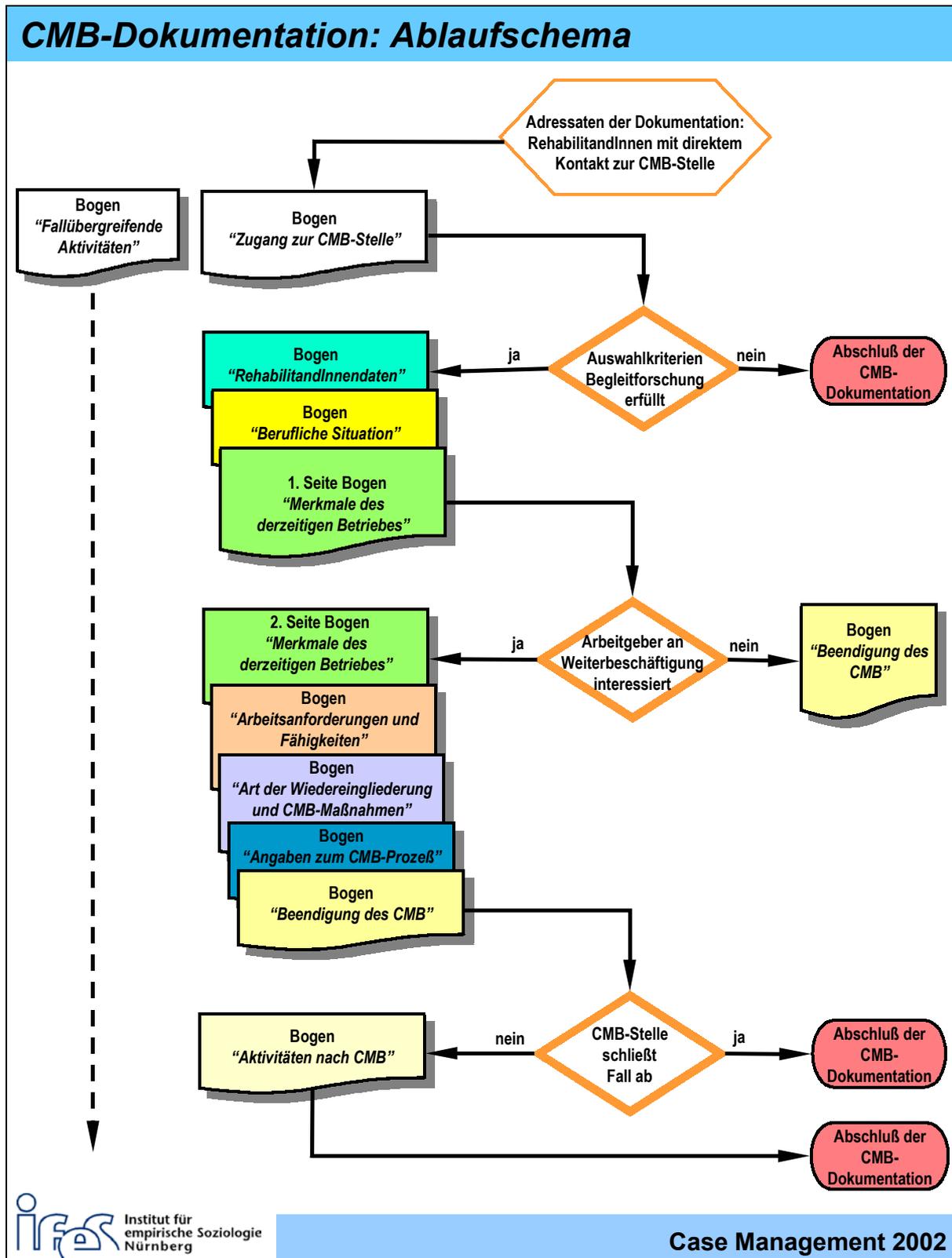


Abbildung 38

5.5 Serviceleistungen für die CMB-Modellstandorte

So weit möglich, erbringt die Begleitforschung für die CMB-Standorte Serviceleistungen, die sich in der Regel dem Komplex der formativen Evaluation zuordnen lassen. Dabei handelt es sich sowohl um Angebote, die sich an einzelne oder alle CMB-Stellen richten, als auch um die Reaktion auf eine gezielte Nachfrage nach entsprechenden Leistungen. Bisher hielten sich allerdings spezielle Anfragen in relativ engen Grenzen. Bei den Angeboten der Begleitforschung handelte es sich bisher in erster Linie um die Bereitstellung von Informationsmaterialien, die Übermittlung CMB-relevanter Informationen sowie die Förderung des standortübergreifenden Diskurses per E-mail.

5.5.1 Bereitstellung von Informationsmaterialien

Das IfeS hatte zur Vorstellung von Anliegen und Design des Modellprojekts im Rahmen der CMB-Konferenz in Kassel im Juni 2001 eine Präsentation erarbeitet, die bei den Teilnehmern großen Anklang fand. Diese Präsentation wurde allen CMB-Stellen sowie interessierten Projektpartnern in Papierform überreicht. Darüber hinaus kann sie bei Bedarf (etwa für regionale Informationsveranstaltungen) in Form eines *MS PowerPoint*-Foliensatzes abgegeben werden. Zur Verfügung gestellt wurde auch ein zweiseitiges Informationsblatt, das stichwortartig über das Modellprojekt und die Begleitforschung informiert und insofern auch im Rahmen von Kontakten mit Rehabilitanden, Arbeitgebern und anderen Netzwerkpartnern verwendet werden kann.

5.5.2 Übermittlung CMB-relevanter Informationen

Zu den Aufgaben der Begleitforschung gehört nicht zuletzt die laufende Sichtung einschlägiger Literatur zum CMB sowie zu benachbarten Gebieten. Soweit im Rahmen dieser Arbeiten Publikationen, Arbeitsmaterialien und Instrumente gefunden werden, die von Relevanz für die CMB-Praxis an den Projektstandorten sein können, werden entsprechende Hinweise im allgemeinen per E-mail an die Case Manager weitergeleitet. Entsprechendes gilt auch für Informationen, die für andere Projektpartner (z.B. Projektbeiratsmitglieder, Auftraggeber) von Interesse sein können.

5.5.3 Einrichtung einer CMB-Mailing-Liste

Schon im Forschungsdesign war vom *IfeS* die Einrichtung einer besonderen Mailing-Liste vorgeschlagen worden. Diese soll einen standortübergreifenden Dialog im Rahmen des CMB-Projekts ermöglichen und fördern. Dementsprechend wurde eine solche Liste im Februar 2002 eingerichtet, die unter der Adresse *CMB-ifes@rzmail.uni-erlangen.de* erreichbar ist. Informationen, die an diese Adresse geschickt werden, stehen allen Teilnehmern unmittelbar zur Verfügung, so daß jeder sofort über die betreffenden Sachverhalte „im Bilde“ ist.

Es handelt es sich um eine geschlossene Liste, d.h. eine Zulassung ist zur Teilnahme an der Liste erforderlich. Eine „Zensur“ der auf diesem Wege mitgeteilten Informationen, also eine bewußt gesteuerte Auswahl bestimmter Informationen, die beim Listen-Owner – dem *IfeS* – eingehen, ist nicht vorgesehen. Allerdings wurde vorgeschlagen, sich an gewissen Regeln („Netiquette“) beim Informationsaustausch zu halten, wie sie im Rahmen entsprechender Internet-Foren heute allgemein üblich sind.

Mit den CMB-Stellen wurde eine Beschränkung der Teilnahme auf CMB-Stellen-Mitarbeiter und die wissenschaftliche Begleitung vereinbart, um so ein Instrument zu erhalten, das

- dem schnellen Informationsaustausch sowie
- der Diskussion von aufgetretenen Problemen und ihrer Lösungsmöglichkeiten usw.

dienen kann, ohne daß die Mitteilungen gleich auch von Dritten registriert werden. Vereinbart wurde, daß weitere Teilnehmer nur nach gemeinsamer Absprache zu Subskription der Liste eingeladen werden können.

Obwohl sich die ersten Teilnehmer bereits unmittelbar nach Einrichtung der Mailing-Liste anmeldeten, verliefen die weiteren Meldungen sehr schleppend.¹⁴³ Zwar wurde das Anliegen dieser schnellen und effektiven Kommunikationsmöglichkeit auf der Nürnberger CMB-Arbeitssitzung explizit angesprochen und in einem weiteren Schreiben einige Tage später noch einmal um rege Teilnahme gebeten. Gleichwohl haben sich bisher lediglich acht CMB-Stellen eingetragen. Dies kann wohl nur teilweise dem Umstand zugeschrieben werden, daß manche CMB-Stellen-Mitarbeiter bisher noch über keinen eigenen Internetzugang verfügen, sondern sich im Bedarfsfalle an Kollegen, ein Sekretariat o.ä. wenden müssen.

¹⁴³ Ähnliche negative Erfahrungen mit dem Medium „Mailing-Liste“ mußten wir im Rahmen des mehrfach erwähnten REGINE-Projekts machen, obwohl der bilaterale Austausch per E-mail gut funktioniert.

Vor diesem Hintergrund erfolgt die Kommunikation zwischen Begleitforschung und CMB-Stellen weiter auf konventionellem Wege, d.h. bilateral fernmündlich, per E-mail oder schriftlich. So weit das IfeS wichtige Informationen schnell weitergeben will, bedient es sich jeweils des individuellen Zugangs per email-Adresse. Dies ist zu bedauern, da ein spontaner, unmittelbarer, standortübergreifender Dialog so sicherlich nicht zustande kommen kann.

Daß ein Bedarf an standortübergreifender Kommunikation zwischen den Case Managern vorhanden ist, zeigt sich des öfteren: So werden bei spezifischen, etwa sozial- oder arbeitsrechtlichen Problemen, entsprechende Anfragen per E-mail an alle in das Modellprojekt eingebundenen Partner bei den CMB-Stellen gerichtet und können zumeist kurzfristig kompetent beantwortet werden.

5.6 Öffentlichkeitsarbeit, Teilnahme an Tagungen und sonstige Kontakte

Einige grundsätzliche Überlegungen zum Case Management in der Rehabilitation waren bereits im Jahr 2000 veröffentlicht worden:

Faßmann, H., 2000:

Aufgaben und Zielsetzung eines Case-Managements in der Rehabilitation.

Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, 4/2000, Nürnberg: IfeS

Diese Publikation kann sowohl gegen einen Unkostenbeitrag angefordert als auch von der Homepage des Instituts (<http://ifes.uni-erlangen.de>) im Adobe-Format heruntergeladen werden.

Es ist vorgesehen, weiterhin entsprechende Veröffentlichungen zu Ergebnissen und Konzepten des Modellprojekts in Absprache mit den Projektpartnern zu erarbeiten und bereit zu stellen.

Bisher nahm die Begleitforschung an zwei Veranstaltungen teil, um über das CMB-Projekt zu informieren, und zwar

- an der 72. Sitzung des Sachverständigenrates der Behindertenverbände am 13. Dezember 2001 in Nürnberg sowie
- an der Fachtagung „Integrationsfachdienst / Case Management“ mit Podiumsdiskussion im BFZ Peters in Waldkraiburg am 21. März 2002.

Darüber hinaus kam es im Hinblick auf unterschiedliche Fragestellungen im Zusammenhang mit dem Modellprojekt zu (persönlichen) Kontakten mit verschiedenen Fachleuten und Institutionen, von denen hier nur die bedeutsamsten aufgelistet werden sollen:

- Herr *Barlsen*, *Berufsbildungswerk für Blinde und Sehbehinderte Soest* und ehemaliges Mitglied einer Forschungsgruppe zur wissenschaftlichen Begleitung von Integrationsfachdiensten: Austausch über die Einsatzmöglichkeiten von IMBA, MELBA und CMS;
- Herr *Bungart*, *Bundesarbeitsgemeinschaft für unterstützte Beschäftigung*: Austausch über Dokumentationsmöglichkeiten unter Berücksichtigung von Erfahrungen im Bereich der Integrationsfachdienste;
- Frau *Haubrich*, *Deutsches Jugendinstitut e.V.* München: Erörterung von methodischen Fragen der Evaluation von Multicenterstudien mit heterogen zusammengesetzten Untersuchungseinheiten;
- Frau *Henselak*, *Bundesanstalt für Arbeit*: Information über Möglichkeiten der Nutzung von Prozeßdaten der Arbeitsverwaltung für Projektzwecke;
- Herr *Prof. Trost*, *Universität Tübingen* und Herr *Kübler*, *Fakultät für Sonderpädagogik Reutlingen der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg in Verbindung mit der Universität Tübingen*: Austausch über die Begleitforschung von Integrationsfachdiensten im Auftrag des *BMA*, über Einsatzmöglichkeiten von CMS und Dokumentationsprobleme im Rahmen eines bundesweiten Projekts zu Integrationsfachdiensten;
- Herr *Dr. Schopf* und Herr *Roider*, *Firma Syntegral Abensberg*: Diskussion der Einsatzmöglichkeiten der Anwendungssoftware *Case Management System (CMS)* im Rahmen des Modellprojekts.

Schließlich steht die Begleitforschung im ständigen engen Informationsaustausch mit der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation*.

6 Ergebnisse

Die in diesem Kapitel präsentierten Forschungsergebnisse basieren hauptsächlich auf den Informationen aus den Eingangsinterviews, welche die wissenschaftliche Begleitung im Herbst 2001 mit den Mitarbeitern der CMB-Stellen geführt hat. Daneben wurde für die Beschreibung der Kooperationsbeziehungen der CMB-Stellen mit Krankenkassen und MDK in *Abschnitt 6.4* auf Daten aus einer separaten schriftlichen Befragung der CMB-Stellen von Dezember 2001 zurückgegriffen. Wie mit den Projektpartnern vereinbart, werden alle Ergebnisse anonymisiert dargestellt, d.h. statt der Standortnamen erscheinen Standortnummern. Die Vergabe der Standortnummern erfolgte zufällig.

6.1 Synoptische Übersicht über die wichtigsten Merkmale des CMB an den Standorten

Der vorliegenden Synopse der Standortkonzepte liegen Ergebnisse der Antrittsbesuche der Begleitforschung an den 16 Projektstandorten zugrunde, die im Zeitraum September bis November 2001 erfolgten. In diesem Rahmen wurden mit den Case Managern leitfadengestützte Interviews geführt; an einigen Standorten waren am Gespräch auch Reha-Berater des Arbeitsamtes bzw. die Projektverantwortlichen der jeweiligen Durchführungsorganisation beteiligt. Die Interviews wurden jeweils von zwei wissenschaftlichen Mitarbeitern des *Instituts für empirische Soziologie* durchgeführt, wobei die Gespräche zwischen 2,5 und 4 Stunden dauerten. Unklarheiten, die sich bei der Transkription von Interviewprotokollen ergaben, wurden anschließend durch telefonische Nachbefragungen geklärt.

Die wesentlichen Inhalte dieser Erstgespräche wurden nach folgenden Themenschwerpunkten synoptisch zusammengestellt:

- Zielgruppe und Auswahlkriterien
- Zugangswege
- Ablauf des Case Managements
- Nachbetreuung und Nachbefragung der Klienten
- Abschluß eines Falles
- Erfolgreiches Case Management
- Arbeitsbedingungen des Case Managers
- Finanzierung des Case Managements
- Vertragliche Regelungen.

Den Case Managern an den Standorte wurden Kurzfassungen der Interviewprotokolle zur Ansicht vorgelegt, wobei sich bei einigen Standorten kleinere Korrekturen ergaben. Von den Standorten 4, 5, 6, 14, 15 und 16 sind bis zum 13. März 2002 im *Institut für empirische Soziologie* keine Rückmeldungen eingegangen. Insofern kann davon ausgegangen werden, daß die Case Manager dieser Standorte der Zusammenfassung der Ergebnisse des *Instituts für empirische Soziologie* zustimmen.

6.1.1 Standort 1: Einkaufsmodell

Projektbeginn

- 1. Februar 2002

Ziele und Aufgaben von Case Management

- Erhalt des Arbeits- oder Ausbildungsverhältnisses
- Vermeidung von Arbeitslosigkeit durch Vermittlung eines neuen Arbeitsplatzes
- Empfehlungen über sinnvolle Maßnahmen an den Kostenträger geben, falls kein Verbleib im Betrieb möglich ist

Zielgruppe und Auswahlkriterien

- Versicherte der LVA mit gesundheitlichen Einschränkungen
- Versicherte mit gesundheitlichen Einschränkungen, für die das Arbeitsamt Kostenträger ist
- Vorliegen einer Behinderung gem. § 19 SGB III
- Bestehendes Arbeitsverhältnis ist Voraussetzung

Ausnahmefälle: Arbeitsverhältnis bereits gekündigt oder Kündigung droht, Arbeitnehmer ist jedoch noch nicht entlassen **und** Case Management erscheint in diesem Fall sinnvoll, um Weiterbeschäftigung im Unternehmen unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Einschränkungen zu erreichen bzw. die Kündigung zu verhindern.

Zugangswege

- Krankenkasse, MDK (AOK vorrangig - selektiert bereits Case-Management-Fälle)
- Kliniken, Ärzte, Mediziner
- Kostenträger
- Betroffene selbst
- Arbeitgeber (Personalverantwortliche von Unternehmen, Vorgesetzte / Kollegen des Betroffenen, Betriebsärztlicher Dienst, SB-Vertrauensmann, Betriebsrat)
- Arbeitsverwaltung (Ärztlicher Dienst, Psychologischer Dienst)
- Sonstige (Träger der Sozialhilfe u.a.)

Voraussetzung: zuständiger Kostenträger für die Betroffenen ist die LVA.

Ablauf des Case Managements

- *Einladung* zu persönlichem Erstgespräch (telefonisch)
- *Erstgespräch*: Dauer ca. 1,5 Stunden bzw. nach Einzelfallerfordernis
 - Feststellung des C-Falls in Abstimmung mit Kostenträger und Abschluß eines einfachen Vertrages
 - Abklären der beruflichen und gesundheitlichen Situation
- *Sichtung der Unterlagen und Gutachten*

- *Kontakt zum Arbeitgeber* (telefonisch): Case Management wird vorgestellt; Feststellung, ob Interesse am Erhalt des Arbeitsverhältnisses besteht
- *Besuch im Betrieb*: Abklärung der Möglichkeiten vor Ort
- *Erstellung eines Integrationsplans*: individuelle Maßnahmen zur Arbeitsplatzhaltung (mit konkretisierter Umsetzung) bzw. Empfehlung alternativer Möglichkeiten; Dokumentation der Nachbetreuung
- *Krisenintervention* wird durchgeführt (Case Manager steht als Berater/Koordinator für Arbeitgeber und Arbeitnehmer zur Verfügung); *Erfolgskontrollen* während der *laufenden Maßnahme* werden durchgeführt.

Nachbetreuung und Nachbefragung des Klienten

- Nachbetreuung ist geplant

Abschluß eines Falles

- Bei Erhalt des Arbeitsverhältnisses
- Bei Vermittlung eines neuen Arbeitsverhältnisses
- Bei Empfehlung an den Kostenträger, welche Maßnahmen für Klienten sinnvoll sind (Qualifizierung, Rentenantrag, Übergabe des Falls an IFD).
- Nach Ablauf von 6 Monaten (Ausnahme: Verlängerung des Falls bei schon absehbarer späterer Arbeitsplatzfindung)

Erfolgreiches Case Management

- Bei Erhalt des Arbeitsverhältnisses
- Bei Vermittlung eines neuen Arbeitsverhältnisses
- Jede fachliche Beurteilung, die den Kostenträgern und Klienten Zeit erspart (Empfehlungen für Qualifizierungen, Trainingsmaßnahmen, Rentenantrag u.a.).

Arbeitsbedingungen des Case Managers

- 50% Freistellung

Finanzierung des Case Managements

- LVA: Versicherte der LVA
- Arbeitsamt (freie Förderung gem. § 10 SGB III): Versicherte, für die das Arbeitsamt Kostenträger ist

Vertragliche Regelungen

- Vereinbarte Anzahl von Fällen: geplant sind 50 Fälle pro Jahr; Verweildauer: max. 6 Monate
- Kostenerstattung: Fallpauschale bei Abschluß des Falls (LVA und Arbeitsamt übernehmen die Kosten jeweils für ihre Versicherten.)

6.1.2 Standort 2: Einkaufsmodell

Projektbeginn

- 1. Februar 2001

Ziele und Aufgaben von Case Management

- Erhalt des Arbeits- oder Ausbildungsverhältnisses
- Unterstützung bei beruflicher Neuorientierung, wenn Erhalt nicht möglich ist

Zielgruppe und Auswahlkriterien

- Vorliegen einer Behinderung gem. § 19 SGB III

- Bestehendes Arbeitsverhältnis
- Arbeitnehmer ist länger als 6 Wochen arbeitsunfähig oder eine wiederkehrende Krankheit gefährdet seinen Arbeitsplatz

Zugangswege

- Krankenkassen
- MDK
- Klienten, Gewerkschaften

Ablauf des Case Managements

- *Einladung* zu persönlichem Erstgespräch (meist schriftlich)
- *Erstgespräch*: Dauer ca. 1 Stunde
 - Abklärung der beruflichen und gesundheitlichen Situation
 - Erfassung allgemeiner Falldaten
 - Vereinbarung über die Zusammenarbeit: Ist der Arbeitnehmer grundsätzlich dazu bereit, mit der Case-Management-Stelle zusammen zu arbeiten?
 - Hausaufgaben werden dem Klienten aufgegeben, z.B. Unterlagenbeschaffung
- ggf. *Teilhabe-Antrag-Stellung* und Sichtung der Unterlagen (MDK-Gutachten)
- *Kontakt zum Arbeitgeber* (telefonisch): Case Management wird vorgestellt; Feststellung, ob Interesse am Erhalt des Arbeitsplatzes besteht
- *Besuch im Betrieb* (Arbeitgeber, Case Manager, Klient): Perspektiven für Klienten werden entwickelt; Abklärung der Möglichkeiten vor Ort
- *Erstellung eines Gesamtplans*: (mündlich) Inhalt: Vorgehensweise im Betrieb, Klärung des Gesundheitszustands; Entscheidung für eine Maßnahme: berufliche Reha oder Rente?
- *Krisenintervention* wird durchgeführt; *Erfolgskontrollen während der laufenden Maßnahme* (bei längerfristigen Maßnahmen z.B. Umschulung oder Integration) werden nicht durchgeführt. Während kurzer Maßnahmen (z.B. Berufsorientierung oder auch während der stufenweisen Wiedereingliederung über die Krankenkassen) wird der Kontakt zum Klient gehalten.

Nachbetreuung und Nachbefragung der Klienten

- Keine Nachbetreuung oder Nachbefragung möglich

Abschluß eines Falles

- Bei Erhalt des bisherigen Arbeitsverhältnisses oder Umsetzung im alten Betrieb
- Bei erfolgreicher Vermittlung eines neuen Arbeitsverhältnisses
- Bei Übergabe an Arbeitsvermittlung oder Rentenantragstellung
- Bei Eintritt in Integrations-, Qualifikations- oder Reha-Maßnahme

Erfolgreiches Case Management

- Bei Erhalt des bisherigen Arbeitsverhältnisses oder Umsetzung im alten Betrieb
- Bei erfolgreicher Vermittlung eines neuen Arbeitsverhältnisses
- Bei Eintritt in Integrations-, Qualifikations- oder Reha-Maßnahme
- Bei Rentenantragstellung

Arbeitsbedingungen der Case Managerinnen

- Zwei Case Managerinnen sind zu 100% freigestellt.

Finanzierung des Case Managements

- Arbeitsamt (freie Förderung gem. § 10 SGB III)

Vertragliche Regelungen

- Vereinbarte Anzahl von Fällen: 100 bis 150 Fälle pro Jahr; Verweildauer: keine Vereinbarung
- Finanzierung: Projektpauschale (Zwei Vollzeit-Stellen für Case Management werden finanziert.)

6.1.3 Standort 3: Einkaufsmodell

Projektbeginn

- 1. Januar 2001

Ziele und Aufgaben von Case Management

- Erhalt des Arbeits- oder Ausbildungsverhältnisses
- Verhinderung von Arbeitslosigkeit bzw. Verkürzung der Arbeitslosen-Zeit durch Vermittlung eines neuen Arbeitsplatzes

Zielgruppe und Auswahlkriterien

- Vorliegen einer Behinderung gem. § 19 SGB III
- Bestehendes Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis
- Reha-Status sollte vorhanden sein oder zu Beginn der Betreuung organisiert werden.

Zugangswege

- Krankenkassen, MDK
- Arbeitsamt
- LVA, BfA

Ablauf des Case Managements

- Krankenkasse: Fallmanager nimmt *Kontakt mit Versichertem* auf und klärt über Case Management auf, zeigt Versicherter Interesse, bekommt er die Telefon-Nr. der Case Managerin bzw. diese erhält die Adresse des Versicherten. Arbeitsamt: Reha-Berater beim Arbeitsamt klärt Klienten, der bereits einen Teilhabe-Antrag gestellt hat, über Case Management auf und holt Einverständnis ein. Die Unterlagen werden an die Case Managerin weitergeleitet. Rententräger: ähnlich wie beim Arbeitsamt.
- Einladung zu persönlichem Erstgespräch (telefonisch)
- Erstgespräch: Dauer ca. 60 Minuten, mittels Erhebungsbogen
 - Einverständnis des Versicherten für Zugang zu medizinischen Unterlagen
 - Abklären der beruflichen und gesundheitlichen Situation (positives / negatives Leistungsbild)
 - Einwilligung zur Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber
 - Absprache mit Klienten über Inhalt des Gespräches mit dem Arbeitgeber
- Anforderung des Reha-Abschlußberichts / MDK-Gutachten
- Kontakt zum Arbeitgeber (telefonisch): Case Management wird vorgestellt; Feststellung, ob Interesse am Erhalt des Arbeitsplatzes besteht; Vereinbarung eines persönlichen Arbeitgebergesprächs.
- Kontakt zum Kostenträger: Welche Hilfen / Maßnahmen werden finanziert?
- Besuch im Betrieb (Arbeitgeber, Case Managerin, Fachvorgesetzter, Betriebsrat, ohne Klienten): Abklärung der Möglichkeiten vor Ort. Evtl. Arbeitserprobung vereinbaren. Ist keine Umsetzung möglich, gibt der Arbeitgeber eine schriftliche Erklärung darüber ab, die an den Kostenträger weitergeleitet wird.
- 2. Besuch vor Ort (Klient, Arbeitgeber, Case Managerin): Findet bei Weiterbeschäftigung statt, konkrete Maßnahmen und ihre Finanzierung werden abgesprochen.

- *Erstellung eines Eingliederungsplans*: kein schriftlicher Förderplan, telefonische Absprache mit Kostenträger über geeignete Maßnahmen auf Basis einer kurzen Arbeitsplatzbeschreibung.
- *Krisenintervention* wird durchgeführt; *Erfolgskontrollen* während der *laufenden Maßnahme* werden nicht durchgeführt.

Nachbetreuung und Nachbefragung der Klienten

- Nachbefragung des Klienten: 4 Wochen nach beruflicher Wiedereingliederung oder Eintritt in Umschulungsmaßnahme und 6 Monate nach Abschluß des Falles.

Abschluß eines Falles

- Bei erfolgreicher Wiedereingliederung in den alten oder einen neuen Betrieb
- Bei Arbeitslosigkeit, bei Eintritt in eine Umschulungsmaßnahme oder bei Abbruch
- Bei fehlender Mitwirkung des Teilnehmers
- Bei Rentenbewilligung

Erfolgreiches Case Management

- Bei erfolgreicher Wiedereingliederung in den alten oder einen neuen Betrieb
- Bei Einleitung von weiterführenden Qualifizierungsmaßnahmen

Arbeitsbedingungen des Case Managers

- Eine Case Managerin ist 100% freigestellt, eine Case Managerin ist 50% freigestellt.

Finanzierung des Case Managements

- Arbeitsamt (freie Förderung gem. § 10 SGB III)

Vertragliche Regelungen

- Vereinbarte Anzahl von Fällen und Verweildauer: keine Vereinbarung
- Finanzierung: monatlicher Pauschalbetrag (eine Vollzeit-Stelle und eine Teilzeit-Stelle für Case Management werden finanziert.)

6.1.4 Standort 4: Reha-Träger-Modell

Projektbeginn

- 31. Mai 2001

Ziele und Aufgaben von Case Management

- Erhalt des Arbeits- oder Ausbildungsverhältnisses
- Langfristige Eingliederung (auch in einen anderen Betrieb) und Sicherung des Einkommens
- Vermeidung von Arbeitslosigkeit durch Einleitung geeigneter Maßnahmen
- Keine Arbeitsvermittlung nach Kündigung

Zielgruppe und Auswahlkriterien

- Versicherte der betreffenden Krankenkasse, die ihre bisherige Tätigkeit auf Dauer nicht mehr ausüben können und von Arbeitslosigkeit bedroht sind.
- Bestehendes Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis
- Vorliegen einer Behinderung gem. § 19 SGB III
- Lange Arbeitsunfähigkeitszeiten
- Vorangegangene Eingliederungsversuche bzw. Reha-Verfahren

Zugangswege

- Fallauswahl durch Krankengeldfallmanager der Krankenkasse

Ablauf des Case Managements

- *Einladung* zu persönlichem Erstgespräch (telefonisch)
- *Erstgespräch*: Bei der Durchführungsorganisation oder Hausbesuche
 - Einwilligung zur Kontaktaufnahme zum Arbeitgeber
 - Abklärung der beruflichen und gesundheitlichen Situation
 - Abklärung von Interesse und Motivation des Klienten
 - Abklärung, ob es Umsetzungsmöglichkeiten im Betrieb gibt
- *Kontaktaufnahme zum Arbeitgeber* (telefonisch): Information über Case Management; Feststellung, ob Interesse am Erhalt des Arbeitsplatzes besteht.
- *Kontakt zum Kostenträger*: Abklären, welche Hilfen / Maßnahmen werden finanziert?
- *Besuch im Betrieb* (Arbeitgeber, Case Manager, Klient, Betriebsrat, Personalleiter, evtl. Vertreter des Kostenträgers): Abklären der Möglichkeiten vor Ort; Arbeitsplatzbesichtigung; Formulare für Eingliederungshilfe werden übergeben (später leitet Case Manager diese an AA oder LVA weiter.)
- *Erstellung eines Eingliederungsplans*: Erfolgt nicht schriftlich, nur Ausloten der Möglichkeiten.
- *Kostenträger*: übernehmen die Reha-Gesamtplanung;
- *Krisenintervention* wird durchgeführt; *Erfolgskontrollen* während der *laufenden Maßnahme* werden durchgeführt.

Nachbetreuung und Nachbefragung der Klienten

- Nachbetreuung und Nachbefragung sind nicht vorgesehen.

Abschluß eines Falles

- Erhalt des Arbeitsverhältnisses bzw. bei Umsetzung im alten Betrieb
- Beginn einer Umschulung
- Eingliederung in anderen Betrieb bzw. nach Bewilligung einer Eingliederungshilfe
- Kündigung und anschließender Hilfe zur beruflichen Neuorientierung

Erfolgreiches Case Management

- Beginn einer Maßnahme
- Erhalt des Arbeitsverhältnisses bzw. bei Umsetzung im alten Betrieb
- Eingliederung in einen anderen Betrieb bzw. nach Bewilligung einer Eingliederungshilfe
- Kundenzufriedenheit (Arbeitnehmer oder Arbeitgeber)

Arbeitsbedingungen des Case Managers

- Keine Freistellung; für Case Management werden 10-15% der Arbeitszeit genutzt.

Finanzierung des Case Managements

- Krankenkasse

Vertragliche Regelungen

- Vereinbarte Anzahl von Fällen und Verweildauer: keine Vereinbarung

6.1.5 Standort 5: Einkaufsmodell

Projektbeginn

- 1. Juni 2000

Ziele und Aufgaben von Case Management

- Erhalt des Arbeits- oder Ausbildungsverhältnisses

Zielgruppe und Auswahlkriterien

- Bestehendes Arbeitsverhältnis
- Vorliegen einer Behinderung gem. § 19 SGB III
- Arbeitnehmer, die langzeitarbeitsunfähig und von Arbeitslosigkeit bedroht sind
- Arbeitnehmer, deren Behinderung die Weiterbeschäftigung im bisherigen Tätigkeitsfeld nicht erwarten lassen.

Zugangswege

- Krankenkassen, MDK
- Arbeitgeber, SB-Vertretung
- Berufsbegleitender Dienst, Arbeitsamt, LVA / BfA

Ablauf des Case Managements

- *Feststellung des C-Falls*: Krankenkassen treffen *Vorauswahl* und informieren Versicherten über Case Management; nach Einholung der Schweigepflichtentbindung werden Falldaten an die Case Managerin weitergeleitet; Reha-Berater des Arbeitsamts führt Liste mit potentiellen C-Fällen und gibt diese an Case Managerin weiter.
- *Einladung* zu persönlichem Erstgespräch (telefonisch)
- *Erstgespräch*: Dauer ca. 45 bis 60 Minuten, bei der Durchführungsorganisation oder im Arbeitsamt, Gutachten liegen meist vor
 - Klient muß Teilhabe-Antrag stellen
 - Abklären der beruflichen und gesundheitlichen Situation (positives / negatives Leistungsbild)
 - Einwilligung zur Kontaktaufnahme zum Arbeitgeber
- *Kontakt zum Arbeitgeber* (telefonisch): Case Management wird vorgestellt; Feststellung, ob Interesse am Erhalt des Arbeitsplatzes besteht. Nicht immer wird Termin vor Ort vereinbart, ca. 25% der Fälle werden telefonisch abgeklärt.
- *Besuch im Betrieb* (Arbeitgeber, Klient, Case Managerin): Abklärung der Möglichkeiten vor Ort.
- *Kontakt zum Kostenträger*: Welche Hilfen / Maßnahmen werden finanziert? Evtl. AP (Arbeitserprobung) oder PSU (Psychologische Eignungsuntersuchung).
- *Erstellung eines Eingliederungsplans*: kein schriftlicher Förderplan, telefonische Absprache mit dem Kostenträger über Finanzierung der Maßnahmen.
- *Rückmeldung* bei der Krankenkasse über geplante Maßnahmen.
- *Krisenintervention* wird durchgeführt; *Erfolgskontrollen* während der *laufenden Maßnahmen* werden nicht durchgeführt.

Nachbetreuung und Nachbefragung der Klienten

- Bei einer Kurzqualifizierung: Telefonische Nachfrage bei Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Bei Umschulung: Nachfrage bei Klient und Betreuer, extra Nachfrage beim Arbeitgeber. Bei Umsetzung: Nachfrage nur beim Arbeitgeber, Klient meldet sich von selbst; Nach Abschluß des Falls wird das Case-Management-Konzept an den Arbeitgeber versandt, um in Erinnerung zu bleiben.

Abschluß eines Falles

- Bei Erhalt des Arbeitsplatzes
- Nach Abschluß der Maßnahme
- Bei Kündigung und Arbeitslosigkeit
- Bei Ablehnung des Teilhabe-Antrages oder bei negativem Ergebnis der PSU / AP

Erfolgreiches Case Management

- Bei Erhalt des Arbeitsplatzes
- Bei Vermittlung an einen neuen Arbeitsplatz oder Umschulung

Arbeitsbedingungen des Case Managers

- 100% Freistellung

Finanzierung des Case Managements

- Arbeitsamt (freie Förderung gem. § 10 SGB III)

Vertragliche Regelungen

- Vereinbarte Anzahl von Fällen: 40 Fälle pro Jahr; Verweildauer: keine Vereinbarung
- Finanzierung: Projektpauschale jährlich (Eine Vollzeit-Stelle für Case Management wird finanziert.)

6.1.6 Standort 6: Einkaufsmodell**Projektbeginn**

- 1. September 2000

Ziele und Aufgaben von Case Management

- Verhinderung von Arbeitslosigkeit: Erhalt des Arbeits- oder Ausbildungsverhältnisses oder Vermittlung eines neuen Arbeitsplatzes
- Qualifizierung oder Umschulung
- Hilfe zur Selbsthilfe

Zielgruppe und Auswahlkriterien

- Vorliegen einer Behinderung gem. § 19 SGB III
- Arbeitnehmer, die aus gesundheitlichen Gründen ihre bisherige Tätigkeit nicht mehr ausüben können
- Bestehendes Arbeitsverhältnis
- Regionale Begrenzung auf den Arbeitsamtsbezirk

Zugangswege

- Krankenkassen, Arbeitsamt, Rentenversicherungsträger,
- BG, Hauptfürsorgestellten, Ärzte, Arbeitgeber, Klienten

Ablauf des Case Managements

- *Feststellung des C-Falls* nach Erhalt der anonymen Falldaten der Krankenkasse
- *Einladung* zum persönlichen Erstgespräch in der Regel durch die Krankenkasse; die Klienten werden vorab von der Krankenkasse über Case Management informiert.
- *Erstgespräch*: Dauer ca. 1 bis 1,5 Stunden; bei der Durchführungsorganisation, bei der Krankenkasse oder Hausbesuche; meist ist ein Vertreter der Krankenkasse dabei; Case Managerin führt ein halbstrukturiertes Interview durch.
 - Abklärung der beruflichen, familiären, wirtschaftlichen und gesundheitlichen Situation
 - Abklärung der Ziele des Klienten, Abschluß einer schriftlichen Zielvereinbarung (Rechte und Pflichten des Klienten); grobe Strategie wird entwickelt, Folgetermin wird vereinbart.
 - Einwilligung zur Kontaktaufnahme zum Arbeitgeber, Schweigepflichtentbindung
- Beschaffung und Sichtung der medizinischen Gutachten (positives / negatives Leistungsbild)

- *Zweitgespräch*: Weitere Vorgehensweise wird besprochen; Teilhabe-Antrag wird gestellt; „Hausaufgaben“ werden dem Klienten aufgegeben, z.B. Gutachten besorgen;
- *Kontakt zum Arbeitgeber*: Case Management wird vorgestellt; Feststellung, ob Interesse am Erhalt des Arbeitsplatzes besteht; Terminvereinbarung für Besuch vor Ort
- *Besuch im Betrieb* (Arbeitgeber, Case Managerin, meistens Klient, evtl. Personalchef, Betriebsrat, SB-Vertreter): Abklärung der Möglichkeiten vor Ort; Welche Hilfen / Qualifizierung werden benötigt?
- *Verhandlung mit Kostenträger*: Welche Maßnahmen werden finanziert?
- Bei Umsetzung evtl. 2. *Besuch vor Ort* (Kostenträger, Technischer Berater, evtl. Arbeitsmediziner, Klient, Case Managerin, Arbeitgeber): kein formeller Antrag für Maßnahmen beim Kostenträger nötig;
- *Rückmeldung bei der Krankenkasse*
- *Erstellung eines Förderplans* (schriftliche, aber lose Vereinbarung): eine Strategie wird festgelegt; Aufgaben werden verteilt, z.B. Berufskunde betreiben;
- *Krisenintervention* wird durchgeführt (Gespräche nach Bedarf); *Erfolgskontrollen* während der *laufenden Maßnahme* werden nicht durchgeführt.

Nachbetreuung und Nachbefragung der KlientInnen

- Viertel- oder halbjährlich nach Umsetzung: Telefonat oder Besuch im Betrieb

Abschluß eines Falles

- Bei erfolgreicher Umsetzung (nach 6 Monaten ohne Probleme)
- Wenn Fördermittel an den Arbeitgeber fließen und er zufrieden ist
- Nach Ende der Probezeit bei einem neuen Arbeitgeber
- Bei Beginn einer Umschulung oder bei Arbeitslosigkeit

Erfolgreiches Case Management

- Bei erfolgreicher Umsetzung (nach 6 Monaten ohne Probleme)
- Wenn Fördermittel an den Arbeitgeber fließen und er zufrieden ist
- Nach Ende der Probezeit bei einem neuen Arbeitgeber
- Bei Beginn einer Umschulung oder bei Arbeitslosigkeit
- Bei Bewilligung des Rentenanspruchs, wenn andere Maßnahmen erfolglos

Arbeitsbedingungen des Case Managers

- 100% Freistellung; zusätzlich zuständig für den gesamten Rehabereich

Finanzierung des Case Managements

- Arbeitsamt (freie Förderung gem. § 10 SGB III)

Vertragliche Regelungen

- 50 Fälle pro Halbjahr vereinbart;
- keine Vereinbarung über Verweildauer
- Finanzierung: Fallpauschale, wird bei Zugang eines Falles bezahlt

6.1.7 Standort 7: Einkaufsmodell

Projektbeginn

- 1. März 1999

Ziele und Aufgaben von Case Management

- Erhalt von Arbeits- oder Ausbildungsverhältnissen
- Vermeidung von Arbeitslosigkeit durch Finden von neuen Arbeitsplätzen

Zielgruppe und Auswahlkriterien

- Behinderte im Sinne von § 19 SGB III, die für die Vollumschulung nicht mehr in Frage kommen.
- Bestehendes Arbeitsverhältnis
- Gesundheitsbedingte Einschränkung des Leistungsvermögens, welche die Fortsetzung des bestehenden Arbeitsverhältnisses beeinträchtigt oder gefährdet; Restleistungsvermögen mindestens 3 Stunden pro Tag

Zugangswege

- Krankenkassen und Arbeitsamt
- Klienten

Ablauf des Case Managements

- *Feststellung des C-Falls*: Krankenkasse spricht Versicherten an und informiert über Case Management; bei Zustimmung werden Akten an Reha-Berater des Arbeitsamtes weitergeleitet, dieser entscheidet über C-Fall und gibt ggf. die Falldaten an Case Managerin weiter.
- *Einladung* zu persönlichem Erstgespräch (schriftlich)
- *Sammeln und Sichten* der Unterlagen und Gutachten für den Teilhabe-Antrag
- *Erstgespräch*: Dauer ca. 2-3 Stunden
 - Aufklärung über Aufgaben und Möglichkeiten des Case Managements
 - Abklären der beruflichen und gesundheitlichen Situation
 - Ausfüllen des Teilhabe-Antrags (Voraussetzung für Case Management)
 - Zusammenstellung der erforderlichen Unterlagen und Klärung der Versicherungsmonate
 - Einwilligung zur Kontaktaufnahme zum Arbeitgeber
- Individuell ausgerichtete *Einzelarbeit* falls erforderlich, z.B. Bewerbungstraining, Gruppeninfos
- Erarbeitung praxisorientierter Eingliederungsmöglichkeiten und berufliche Analyse
- Persönliche *Kontaktaufnahme* zum *behandelnden Arzt*: Case Managerin, Klient und Arzt bereden gemeinsam die berufliche und gesundheitliche Situation des Klienten.
- *Besuch im Betrieb* (Arbeitgeber, Klient, Case Managerin, evtl. Betriebsrat, SB-Vertreter, IFD, Berufsbegleitender Dienst) Abklärung der Möglichkeiten vor Ort
- *Kontakt zum Kostenträger*: Welche Hilfen und Maßnahmen werden finanziert?
- *Strategien für das Finden neuer Arbeitsplätze* falls Erhalt nicht möglich, z.B. betreutes Praktikum (Besonderheit: Krankengeld wird während des Praktikums von den Krankenkassen weiter gezahlt.)
- *Erstellung eines Eingliederungsplans*: kein schriftlicher Förderplan, mündliche Absprache mit Kostenträger
- *Krisenintervention* wird durchgeführt; *Erfolgskontrollen* während der *laufenden Maßnahme* werden nicht durchgeführt.

Nachbetreuung und Nachbefragung der KlientInnen

- Keine Nachbetreuung vorgesehen, nur in Ausnahmefällen mit Sondererlaubnis des Reha-Beraters des Arbeitsamtes Verlängerung der Betreuung um einen Monat möglich. Am Ende des Jahres telefonische Nachbefragung beim Klienten.

Abschluß eines Falles

- Bei Umsetzung im alten Betrieb oder bei Finden eines neuen Arbeitsplatzes
- Bei Beginn einer PRR-Maßnahme (praxisorientierte Reintegration von Rehabilitanden), Umschulung oder Rentenbescheid
- Nach Ablauf von zwei Monaten wird ein Fall zwingend abgeschlossen.

Erfolgreiches Case Management

- Bei Umsetzung im alten Betrieb oder bei Finden eines neuen Arbeitsplatzes
- Bei Beginn einer PRR-Maßnahme, Umschulung oder Rentenbescheid
- Weiterbetreuung durch IFD / berufsbegleitender Dienst

Arbeitsbedingungen der Case Managerin

- 100% Freistellung

Finanzierung des Case Managements

- Arbeitsamt (freie Förderung gem. § 10 SGB III)

Vertragliche Regelungen

- Vereinbarte Anzahl von Fällen: 14 Teilnehmer pro Monat; Verweildauer: 2 Monate (strikt); Betreuungszeit pro Woche / Teilnehmer: 3 Stunden
- Finanzierung: Fallpauschale pro Teilnehmer und Monat

6.1.8 Standort 8: Reha-Träger-Modell**Projektbeginn**

- 1. Juni 2000

Ziele und Aufgaben von Case Management

- Ausschließlich Erhalt des Arbeits- oder Ausbildungsverhältnisses
- Leistungsminderung des Arbeitnehmers am Arbeitsplatz beseitigen oder ausgleichen

Zielgruppe und Auswahlkriterien

- Arbeitnehmer, die ihre bisherige Tätigkeit innerbetrieblich aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben können und bei denen die Möglichkeit einer innerbetrieblichen Umsetzung besteht bzw. zu erwarten ist
- ungekündigtes Arbeitsverhältnis
- Vorliegen einer Behinderung nach § 19 SGB III

Zugangswege

- Krankenkassen, MDK
- Reha-Abteilung des Arbeitsamts, LVA, Hauptfürsorgestellen, Integrationsfachdienste
- Arbeitgeber, SB-Vertrauensleute, Klienten

Ablauf des Case Managements

- *Feststellung des C-Falls* nach Erhalt der Fallunterlagen der zuweisenden Stelle
- *Brieflicher Kontakt zum Klienten:*
 - Informationen über Case Management
 - Interesse an Weiterbeschäftigung? Wenn ja: Bitte um Rücksendung der Einverständniserklärung zur Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber
- *Kontakt zum potentiellen Kostenträger:* Welche Hilfen / Maßnahmen werden finanziert?
- *Kontakt zum Arbeitgeber* (telefonisch): Mit guten Argumenten das Interesse des Arbeitgebers wecken, Möglichkeiten aufzeigen, Terminvereinbarung für Besuch vor Ort
- *Besuch im Betrieb* (Arbeitgeber, Case Manager, meistens Klient, evtl. Betriebsarzt, evtl. Personalverantwortlicher): Abklärung der Möglichkeiten vor Ort
- *Eingliederungsplan:* Welche Hilfen oder Fördermaßnahmen sind nötig? Nur mündliche Vereinbarungen, kein schriftlicher Förderplan
- *Zweiter Besuch vor Ort* ist bei Umgestaltung des Arbeitsplatzes nötig.

- *Termin mit Kostenträger*: Kostenzusage
- *Krisenintervention* wird durchgeführt; *Erfolgskontrollen* während der laufenden Maßnahmen werden nicht durchgeführt.

Nachbetreuung und Nachbefragung der Klienten

- Keine Nachbetreuung oder Nachbefragung aufgrund von Zeitmangel

Abschluß eines Falles

- Bei Erhalt des Arbeitsplatzes im bisherigen Betrieb
- Bei Nichterhalt des Arbeitsplatzes des Klienten
- Bei Umgestaltung des Arbeitsplatzes: Wenn der Arbeitgeber die Kostenzusage von AA oder LVA erhalten hat

Erfolgreiches Case Management

- Bei Erhalt des Arbeitsplatzes im bisherigen Betrieb
- Bei Zufriedenheit des Klienten

Arbeitsbedingungen des Case Managers

- 40% Freistellung

Finanzierung des Case Managements

- Arbeitsamtintern

Vertragliche Regelungen

- Vereinbarte Anzahl von Fällen und Verweildauer: keine Vereinbarung

6.1.9 Standort 9: Reha-Träger-Modell

Projektbeginn

- 23. Februar 2000

Ziele und Aufgaben von Case Management

- Erhalt des Arbeits- oder Ausbildungsverhältnisses
- Schnelle, kurzfristige Rückführung in den Arbeitsprozeß mittels notwendiger Maßnahmen
- Leistungsgerechte Wiedereingliederung auch in einem neuen Betrieb

Zielgruppe und Auswahlkriterien

- Bestehendes Arbeitsverhältnis
- Arbeitnehmer mit gesundheitsbedingter Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit
- Rentenversicherungsrechtliche Voraussetzungen nach § 11 SGB VI müssen erfüllt sein.

Zugangswege

- Krankenkassen, MDK
- Ärzte, Reha-Kliniken
- Arbeitgeber, Klienten

Ablauf des Case Managements

- Krankenkasse / MDK informiert Case Manager über die Arbeitsunfähigkeit eines Versicherten.

- *Einladung* zu persönlichem Gespräch (telefonisch)
- *Erstgespräch*: bei der Durchführungsorganisation
 - Teilhabe-Antragstellung
 - Abklären der beruflichen und gesundheitlichen Situation
 - Einverständniserklärung zur Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber
 - Klient wird gebeten, zunächst selbst mit dem Arbeitgeber zu sprechen, ggf. als Gedächtnisstütze: Aushändigung einer Liste von Fördermöglichkeiten des Rentenversicherungsträgers
- *Überprüfung der Voraussetzung* für Case Management, Sichtung der Unterlagen
- *Kontakt zum Arbeitgeber* (telefonisch): Vereinbarung eines Gesprächstermins und Feststellung, ob Interesse am Erhalt des Arbeitsverhältnisses besteht
- *Besuch im Betrieb* (Arbeitgeber bestimmt, wer teilnimmt, evtl. ohne Klienten) Abklärung der Möglichkeiten vor Ort, Besichtigung des Arbeitsplatzes und des Betriebes
- *ggf. 2. Arbeitgebergespräch* mit dem Klienten
- *Erstellung eines Eingliederungsvorschlages* (schriftlicher Vermerk in der Fallakte): gemeinsam mit allen Beteiligten wird festgelegt, welche Hilfen oder Qualifizierungsmaßnahmen der Klient benötigt und wie diese zu finanzieren sind (ggf. Beantragung von Eingliederungshilfe durch Arbeitgeber).
- *Krisenintervention* wird durchgeführt; *Erfolgskontrollen* während der *laufenden Maßnahme* werden durchgeführt (Bildungsträger informieren Case Manager über Maßnahmeverlauf)

Nachbetreuung und Nachbefragung der Klienten

- Nach Abschluß der Maßnahme: Fortsetzung der Betreuung bis zur dauerhaften und endgültigen leidensgerechten Eingliederung in den Arbeitsprozeß

Abschluß eines Falles

- Bei dauerhafter Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß (nach Probezeit)
- Bei Beginn einer Maßnahme
- Bei Kündigung

Erfolgreiches Case Management

- Bei dauerhafter Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß entsprechend dem verbliebenen Restleistungsvermögen
- Bei bewilligter Rente, wenn alle übrigen Maßnahmen nicht zum Erfolg führten

Arbeitsbedingungen des Case Managers

- Keine Freistellung der zwei Case Manager; jeweils ca. 10% der Arbeitszeit entfällt auf die Betreuung der Case-Management-Fälle

Finanzierung des Case Managements

- Rentenversicherungsträger

Vertragliche Regelungen

- Vereinbarte Anzahl von Fällen und Verweildauer: keine Vereinbarung

6.1.10 Standort 10: Reha-Träger-Modell

Projektbeginn

- 1. Mai 1998

Ziele und Aufgaben von Case Management

- Erhalt des Arbeitsverhältnisses durch Frühintervention
- Leistungsminderung des Arbeitnehmers am Arbeitsplatz beseitigen oder ausgleichen
- Verkürzung des Reha-Prozesses, auch wenn Arbeitsplatz nicht erhalten werden kann

Zielgruppe und Auswahlkriterien

- Anerkannte Rehabilitanden nach § 19 SGB III
- Voraussetzung: bestehendes Arbeitsverhältnis

Zugangswege

- Arbeitsvermittlung, Reha-Berater AA, Technische Berater AA
- Krankenkassen, Ärzte
- A / B-Stelle der Rentenversicherungsträger
- Arbeitgeber, SB-Vertreter, Klienten

Ablauf des Case Managements

- *Einladung* zu persönlichem Erstgespräch (Lebenslauf und Teilhabe-Antrag) oder Initiativvorsprache
- *Erstgespräch*: Dauer ca. 30 Minuten
 - Klärung von Zuständigkeit und Sichtung ärztlicher Gutachten
 - Feststellung des C-Falls (liegt kein C-Fall vor: Weiterleitung an zuständigen Kostenträger oder zuständigen Reha-Berater des AA)
 - Abklären der beruflichen und gesundheitlichen Situation (positives / negatives Leistungsbild)
 - Einwilligung zur Kontaktaufnahme zum Arbeitgeber
 - „Hausaufgaben“ für Klienten, z.B. Gespräch mit Arbeitgeber
- *Kontakt zum Arbeitgeber* (telefonisch): Case Management wird vorgestellt; mögliche Fördermöglichkeiten und positives / negatives Leistungsbild werden erläutert; Feststellung, ob Interesse am Erhalt des Arbeitsplatzes besteht
- Case Manager stellt Handlungsbedarf fest: Einschaltung von ggf. ÄD, TB oder PD (Eilverfahren für C-Fälle mit Fachdiensten im Hause vereinbart.), *Kontakt zu potentiellen Kostenträgern* wird aufgenommen (innerhalb von 14 Tagen Entscheidung hinsichtlich Zuständigkeit).
- *Firmenbesuch in Ausnahmefällen* (Arbeitnehmer, Arbeitgeber, Technischer Berater, Reha-Berater, Vertreter der Kostenträger): Abklärung der Möglichkeiten vor Ort
- *Erstellung eines Gesamtplans bzw. Stellungnahme gem. § 38 SGB IX*: In Abstimmung mit allen Beteiligten wird festgelegt, welche Hilfen oder Qualifizierungsmaßnahmen der Klient benötigt und wie diese zu finanzieren sind.
- *Krisenintervention* wird durchgeführt; *Erfolgskontrollen* werden während der laufenden Maßnahme nicht durchgeführt, nur bei Erhalt des Arbeitsplatzes nach Abschluß der Maßnahme (telefonische Nachfrage im Betrieb); ständige Überprüfung der Zielerreichung durch Gespräche mit Akteuren

Nachbetreuung und Nachbefragung der Klienten

- Keine Nachbetreuung oder Nachbefragung aufgrund von Zeitmangel

Abschluß eines Falles

- Bei Wiedereingliederung bzw. Umsetzung im alten Betrieb
- Bei dauerhafter beruflicher Eingliederung auch in einen anderen Betrieb

Erfolgreiches Case Management

- Bei Erhalt des Arbeitsverhältnisses im alten Betrieb

Arbeitsbedingungen des Case Managers

- 40% Freistellung

Finanzierung des Case Managements

- Arbeitsamtintern

Vertragliche Regelungen

- Vereinbarte Anzahl von Fällen und Verweildauer: keine Vereinbarung

6.1.11 Standort 11: Einkaufsmodell**Projektbeginn**

- 1. Februar 2001

Ziele und Aufgaben von Case Management

- Erhalt des Arbeit- oder Ausbildungsverhältnisses
- Vermeidung von Arbeitslosigkeit durch Akquisition eines neuen Arbeitsplatzes

Zielgruppe und Auswahlkriterien

- Arbeitnehmer in ungekündigter Stellung mit langfristiger Erkrankung oder ständig wiederkehrenden gesundheitlichen Einschränkungen (Erfüllung des § 19 SGB III)
- Arbeitslose, falls ein neues Arbeitsverhältnis in naher Zukunft (ca. 4 Wochen) in Sicht

Zugangswege

- Hauptsächlich durch Krankenkassen: Krankenkasse informiert den Klienten über Case Management, die Case Managerin setzt sich daraufhin mit dem Klienten in Verbindung.
- Arbeitsamt, MDK, Ärzte, Integrationsamt, LVA, BfA
- Betriebe, Klienten, Selbsthilfegruppen

Ablauf des Case Managements

- *Erstgespräch*: Dauer ca. 2 bis 2 1/2 Stunden; bei der Durchführungsorganisation, bei der Krankenkasse oder Hausbesuch
 - Abklärung der beruflichen und gesundheitlichen Situation (positives / negatives Leistungsbild)
 - Abklärung der Wünsche und Bedürfnisse des Klienten
 - Einwilligung zur Kontaktaufnahme mit Arbeitgeber / Schweigepflichtentbindung
 - Teilhabe-Antrag wird ausgegeben.
 - „Hausaufgaben“ werden dem Klienten aufgegeben, z.B. Mithilfe bei der Arbeitsplatzsuche.
- *Feststellung des C-Falls* beim Arbeitsamt gem. § 19 SGB III nach Vorlage der nötigen Unterlagen durch die Case Managerin (Arbeitsvertrag, medizinische Gutachten, Einverständniserklärung); Klient muß sich arbeitssuchend melden (schriftliche Bestätigung der Arbeitslosen-Meldung an Reha-Beraterin). Diese Meldung entfällt, wenn Verbleib im Unternehmen von Anfang an gewährleistet ist.
- *Kontakt zum Arbeitgeber* (telefonisch): Termin für Besuch vor Ort wird vereinbart.
- *Besuch im Betrieb* (Arbeitgeber, Case Manager, meistens Arbeitnehmer): Abklärung der Möglichkeiten vor Ort, Abklärung der Wünsche des Arbeitgebers und des Arbeitnehmers
- Danach: Rückmeldung bei der *Krankenkasse*
- *Gespräch mit dem Reha-Berater* des Arbeitsamtes: Welche ist die ideale Lösung für Klienten?

- *Eingliederungsplan* (schriftlich): Gemeinsam mit Arbeitgeber, Klient, Case Manager wird festgelegt, welche Hilfen / Qualifizierungsmaßnahmen der Klient benötigt und wie diese zu finanzieren sind.
- gelegentlich: *Arbeitsplatzanalyse* (Dauer ca. 4-8 Stunden vor Ort)
- *Krisenintervention* wird durchgeführt; *Erfolgskontrollen* während der Maßnahme: Monatliche Treffen im Betrieb

Nachbetreuung und Nachbefragung der Klienten

- Klienten werden noch 6 Monate lang nach Wiedereingliederung betreut.

Abschluß eines Falles

- Nach 6 Monaten problemloser Wiedereingliederung im alten Betrieb oder am neuen Arbeitsplatz
- Bei Beginn einer Maßnahme, z.B. Umschulung

Erfolgreiches Case Management

- Bei Erhalt des Arbeitsplatzes im alten Betrieb oder Wiedereingliederung in neuem Betrieb
- Wenn der Klient keine Arbeitsunfähigkeitszeiten mehr hat
- Arbeitgeber *und* Klient sind zufrieden
- Bei Umschulung

Arbeitsbedingungen des Case Managers

- Zwei Case Managerinnen sind jeweils zu 50% freigestellt.

Finanzierung des Case Managements

- Arbeitsamt (freie Mittel gem. § 10 SGB III)

Vertragliche Regelungen

- Vereinbarte Anzahl von Fällen und Verweildauer: keine Vereinbarung
- Nach Genehmigung der Betreuung durch das Arbeitsamt: erfolgsorientierte Fallpauschale in Raten nach Rehafortschritt (1. Rate nach Genehmigung; 2. Rate nach Wiedereingliederung; 3. Rate, wenn nach 6 Monaten das Arbeitsverhältnis noch besteht)

6.1.12 Standort 12: Einkaufsmodell

Projektbeginn

- 1. September 2001

Ziele und Aufgaben von Case Management

- Erhalt des Arbeits- oder Ausbildungsverhältnisses
- Fachliche Weiterentwicklung des Klienten
- Vermeidung von Arbeitslosigkeit

Zielgruppe und Auswahlkriterien

- Bestehendes Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis
- Unter 180 Beitragsmonaten
- Anerkennung als Behinderter gem. § 19 SGB III (nur bei Leistungsfinanzierung)
- Wohnsitz im zuständigen Arbeitsamtsbezirk
- Arbeitnehmer und Arbeitgeber müssen grundsätzlich zur Erhaltung des Arbeitsplatzes bereit sein.

Zugangswege

- Krankenkassen und *MDK*, Arbeitsamt, *LVA*, *BfA*
- Klienten und Arbeitgeber

Ablauf des Case Managements

- *MDK* fügt im Gutachten bei C-Fällen Vermerk ein; Weiterleitung an Krankenkasse zur Prüfung;
- *Kontaktaufnahme zum Klienten*: Information über Case Management und Einwilligung zur Schweigepflichtentbindung; Weiterleitung der Falldaten an Case Manager
- *Einladung* zu persönlichem Erstgespräch
- *Erstgespräch*: Dauer ca. 30 bis 90 Minuten, Hausbesuche oder im Case-Management-Büro
 - Einwilligung zur Kontaktaufnahme zum Arbeitgeber und Schweigepflichtentbindung
 - Abklärung der beruflichen und gesundheitlichen Situation
 - Abklärung der Interessen des Arbeitnehmers
 - Erfassung allgemeiner Falldaten, z.B. Alter, Betriebszugehörigkeit
- *Feststellung des C-Falls*: gemeinsames Gespräch mit Reha-Berater des Arbeitsamts
- *Kontakt zum Arbeitgeber*: Case Management wird vorgestellt, mögliche Fördermöglichkeiten werden erläutert. Terminvereinbarung für Besuch vor Ort
- *Besuch im Betrieb* (Case Manager, Verantwortlicher im Betrieb, evtl. Klient): Bereitschaft und Möglichkeiten sondieren
- *Kontakt zum Kostenträger*: wenn zwischen Arbeitgeber und Klient Übereinstimmung über Möglichkeiten zum Beschäftigungserhalt erzielt wurde
- *Eingliederungsplan*: schriftlich, grobes Raster der Nah- und Fernziele
- *Krisenintervention* wird durchgeführt; *Erfolgskontrollen* während der *laufenden Maßnahmen* werden durchgeführt, aber nicht strukturiert (schriftliche Notiz in Akte).

Nachbetreuung und Nachbefragung der Klienten

- Keine Nachbetreuung oder Nachbefragung

Abschluß eines Falles

- Bei Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses
- Bei Wiedereingliederung in neuen Betrieb
- Bei Einmündung in Qualifizierungsmaßnahme

Erfolgreiches Case Management

- Wenn Klient aktuell eine klare Perspektive hat.

Arbeitsbedingungen des Case Managers

- 100% Freistellung

Finanzierung des Case Managements

- Arbeitsamt (freie Förderung gem. § 10 SGB III)

Vertragliche Regelungen

- Vereinbarte Anzahl von Fällen: 50 Fälle pro Jahr; Verweildauer: keine Vereinbarung
- Projektpauschale monatlich

6.1.13 Standort 13: Reha-Träger-Modell

Projektbeginn

- 1. Januar 2001

Ziele und Aufgaben von Case Management

- Erhalt des Arbeits- oder Ausbildungsverhältnisses
- Verhinderung von Arbeitslosigkeit durch Umschulung außerhalb des Betriebes oder Vermittlung einer neuen Arbeitsstelle

Zielgruppe und Auswahlkriterien

- Bestehendes Arbeitsverhältnis
- Vorliegen einer Behinderung nach § 19 SGB III
- Bisherige Tätigkeit kann laut Gutachten nicht mehr ausgeübt werden
- Hoffnung auf baldige Genesung und berufliche Wiedereinsetzbarkeit

Zugangswege

- Krankenkassen, MDK, Arbeitsamt
- Arbeitgeber, Klienten

Ablauf des Case Managements

- *Feststellung des C-Falls* nach Erhalt der Unterlagen der zuweisenden Stelle
- *Einladung* zu persönlichem Erstgespräch (telefonisch oder schriftlich); Klienten werden vorab von Krankenkasse / MDK über Case Management informiert.
- *Erstgespräch*: Dauer ca. 60 Minuten
 - Abklärung der beruflichen und gesundheitlichen Situation (positives / negatives Leistungsbild)
 - Einwilligung zur Kontaktaufnahme zum Arbeitgeber
 - Teilhabe-Antrag wird gestellt (falls noch nicht geschehen)
- *Kontakt zum Arbeitgeber* (telefonisch): Case Management wird vorgestellt; Feststellung, ob Interesse am Erhalt des Arbeitsplatzes besteht
- *Kontakt zu potentiellen Kostenträgern*: Welche Hilfen oder Maßnahmen werden finanziert?
- *Besuch im Betrieb* (Arbeitgeber, Case Manager, Kostenträger, meist ohne Klient): Abklärung der Möglichkeiten vor Ort
- *Reha-Gesamtplan* wird in einem Zweitgespräch mit dem Klienten erstellt:
 - Abklärung: ist Umsetzung möglich?
 - Planung und Einleitung der erforderlichen Hilfen oder Maßnahmen
 - Maßnahmefinanzierung
- *evtl. Zweitgespräch mit Arbeitgeber* (telefonisch oder persönlich)
- *Krisenintervention* wird durchgeführt; *Erfolgskontrollen*: Viertel- bzw. halbjährliche Gespräche mit überbetrieblichen bzw. betrieblichen Umschülern

Nachbetreuung und Nachbefragung der Klienten

- 6 Monate nach Umschulung oder Umsetzung im Betrieb schriftliche oder telefonische Nachbefragung des Klienten über Erfolg der Maßnahme

Abschluß eines Falles

- Bei Erhalt des Arbeitsplatzes
- Nach Umschulung oder Vermittlung eines neuen Arbeitsplatzes
- Wenn keine geeigneten Maßnahmen zur Verfügung stehen: Weitergabe an Arbeitsvermittlung

Erfolgreiches Case Management

- Nach erfolgreicher Umsetzung im Betrieb oder bei Umschulung (betrieblich oder überbetrieblich)
- Vermittlung eines neuen Arbeitsplatzes
- Bei stufenweiser Wiedereingliederung
- Bei dauerhafter Wiedereingliederung am alten Arbeitsplatz

Arbeitsbedingungen der Case Managerin

- Keine Freistellung

Finanzierung des Case Managements

- Arbeitsamtintern

Vertragliche Regelungen

- Vereinbarte Anzahl von Fällen und Verweildauer: keine Vereinbarung

6.1.14 Standort 14: Einkaufsmodell**Projektbeginn**

- 1. Januar 2001

Ziele und Aufgaben von Case Management

- Erhalt des Arbeits- oder Ausbildungsverhältnisses durch Umsetzung der Behinderten auf einen leidensgerechten Arbeitsplatz oder Schaffung eines neuen Arbeitsplatzes im Betrieb
- Verkürzung der Dauer der Arbeitslosigkeit
- Qualifizierung

Zielgruppe und Auswahlkriterien

- Vorliegen einer Behinderung nach § 19 SGB III
- Behinderte, die von Arbeitslosigkeit bedroht bzw. arbeitsuchend sind
- Behinderte, die bereits gekündigt sind

Zugangswege

- Krankenkassen (Vereinbarung mit AOK besteht bereits)
- Arbeitsamt, Berufsgenossenschaften

Ablauf des Case Managements

- *Feststellung des C-Falls* nach Erhalt der anonymen Falldaten der zuweisenden Stelle
- *Einladung* zum persönlichen Erstgespräch (schriftlich) nach Erhalt der Adresse des Klienten; Klienten werden vorab von der Krankenkasse (AOK) über Case Management informiert.
- *Erstgespräch*: Dauer ca. 60 Min.; schriftliche Erhebung der Daten; bei der Durchführungsorganisation oder Hausbesuche
 - Abklärung der beruflichen und gesundheitlichen Situation (positives / negatives Leistungsbild)
 - Prüfung: Ist der Fall für Case Management geeignet?
 - Klient wird dazu aufgefordert, beim Arbeitsamt einen Teilhabe-Antrag zu stellen.
 - Einwilligung zur Kontaktaufnahme zum Arbeitgeber, Schweigepflichtentbindung
- *Kontakt zum Kostenträger*: keine Angaben
- *Kontakt zum Arbeitgeber*: keine Angaben
- *Besuch im Betrieb*: keine Angaben

- *Förderplan*: es wird kein Förderplan erstellt, aber: mündliche Vereinbarungen werden getroffen.
- *Krisenintervention und Erfolgskontrollen*: keine Angaben

Nachbetreuung und Nachbefragung der Klienten

- Es ist keine Nachbetreuung oder Nachbefragung vorgesehen.

Abschluß eines Falles

- Bei erfolgreicher Umsetzung
- Bei erfolgreicher Vermittlung an einen neuen Arbeitsplatz
- Bei Beginn einer langfristigen Maßnahme, z.B. Umschulung

Erfolgreiches Case Management

- Bei erfolgreicher Umsetzung
- Bei erfolgreicher Vermittlung an einen neuen Arbeitsplatz
- Bei Beginn einer langfristigen Maßnahme, z.B. Umschulung

Arbeitsbedingungen des Case Managers

- 100% Freistellung; zusätzlich Qualitätsmanagement-Beauftragter

Finanzierung des Case Managements

- Arbeitsamt (freie Förderung gem. § 10 SGB III)

Vertragliche Regelungen

- Vereinbarte Anzahl von Fällen: 40 Fälle pro Jahr; Verweildauer: 8 Wochen bis 1 Jahr
- Finanzierung: Pauschalbetrag für ein Jahr (Eine Vollzeit-Stelle für Case Management wird finanziert.)

6.1.15 Standort 15: Einkaufsmodell

Projektbeginn

- 1. März 2000

Ziele und Aufgaben von Case Management

- Erhalt des Arbeits- oder Ausbildungsverhältnisses
- Arbeitslosigkeit vermeiden: Hilfe bei Arbeitsplatzsuche
- Einmündung in Reha-Maßnahme und Reha-Prozeß verkürzen

Zielgruppe und Auswahlkriterien

- Vorliegen einer Behinderung gem. § 19 SGB III
- Arbeitnehmer im Krankengeldbezug, deren gesundheitliche Einschränkungen keine Weiterbeschäftigung am bisherigen Arbeitsplatz erwarten lassen
- Arbeitnehmer, die von Langezeitarbeitsunfähigkeit verbunden mit Arbeitslosigkeit bedroht sind
- Medizinische Reha sollte abgeschlossen sein

Zugangswege

- Krankenkassen oder Arbeitsamt treffen Vorauswahl

Ablauf des Case Managements

- Krankenkasse trifft *Vorauswahl* und leitet Falldaten an die Case Managerin zur Prüfung weiter. Reha-Berater beim Arbeitsamt: *Feststellung des C-Falls*.

- *Einladung* zum persönlichen Erstgespräch (schriftlich oder telefonisch)
- *Erstgespräch*: Dauer ca. 60 Minuten oder länger, meist zu Hause beim Klienten, mit Fragebogen
 - Abklärung der beruflichen und gesundheitlichen Situation (positives / negatives Leistungsbild)
 - Erfassung allgemeiner Falldaten
 - Einwilligung zur Kontaktaufnahme mit Arbeitgeber, Schweigepflichtentbindung
- evtl. *Rückfrage beim behandelnden Arzt*
- *Kontakt zum Arbeitgeber* (telefonisch): Case Management wird vorgestellt; Feststellung, ob Interesse am Erhalt des Arbeitsplatzes besteht; Terminvereinbarung für Besuch vor Ort
- *Besuch im Betrieb* (Arbeitgeber, Case Manager, Arbeitnehmer, evtl. Betriebsrat, Schichtführer): Abklärung der Möglichkeiten vor Ort (Betriebs- und Arbeitsplatzbeziehung)
- *Kontakt zum potentiellen Kostenträger* (zweiwöchentlich Sprechtag mit Vertretern von LVA / BfA): Welche Hilfen oder Maßnahmen werden finanziert?
- *Eingliederungsplan* (mündlich): Festlegung, welche Hilfen oder Maßnahme der Klient benötigt.
- *Krisenintervention* wird durchgeführt; *Erfolgskontrollen* während der *laufenden Maßnahme* werden nicht durchgeführt.

Nachbetreuung und Nachbefragung der Klienten

- Keine Nachbetreuung oder Nachbefragung aufgrund von Zeitmangel vorgesehen. Case Managerin stellt sich aber als Ansprechpartnerin zur Verfügung; bei schweren Fällen erkundigt sie sich nach einiger Zeit, ob Klient noch in Arbeit ist.

Abschluß eines Falles

- Bei erfolgreicher Umsetzung
- Bei erfolgreicher Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt bei neuem Arbeitgeber
- Bei Einmündung in eine Maßnahme
- Bei Arbeitslosigkeit und bei Rentenantragstellung

Erfolgreiches Case Management

- Bei Erhalt des Arbeitsplatzes
- Bei erfolgreicher Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt bei neuem Arbeitgeber

Arbeitsbedingungen der Case Managerin

- 50% Freistellung

Finanzierung des Case Managements

- Arbeitsamt (freie Förderung gem. § 10 SGB III)

Vertragliche Regelungen

- Vereinbarte Anzahl von Fällen: 70 Fälle pro Jahr; Verweildauer: 2 Monate; 8 Stunden pro Teilnehmer und Monat. (Case Managerin muß sich aber nicht strikt daran halten.)
- Finanzierung: Fallpauschale nach Vorlage eines Eingliederungsvorschlages.

6.2.16 Standort 16: Einkaufsmodell

Projektbeginn

- 1. Juli 2000

Ziele und Aufgaben von Case Management

- Entwicklung einer beruflichen Perspektive
- Erhalt von Arbeitsplätzen oder Reintegration in den Arbeitsmarkt
- Vermeidung von langen Krankheitszeiten und anschließender Arbeitslosigkeit

Zielgruppe und Auswahlkriterien

- Versicherte der AOK, der IKK und der BKK, die seit längerer Zeit im Krankengeldbezug stehen.
- Langzeitarbeitsunfähige, die aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr oder noch nicht wieder in ihren zuletzt ausgeübten Beruf zurückkehren können
- Bestehendes Arbeitsverhältnis ist keine Voraussetzung

Zugangswege

- MDK, AOK, IKK und BKK

Ablauf des Case Managements

- MDK gibt *Empfehlung* für Case Management; Krankenkasse: *Auswahl* der Teilnehmer und Information der Versicherten über Case Management, Einladung zu Informationsveranstaltung
- *Informationsveranstaltung*: potentielle Teilnehmer müssen bei Interesse ein Anmeldeformular und einen Fragebogen (Angaben zu ihrer beruflichen und gesundheitlichen Situation) ausfüllen und bei ihrer Krankenkasse abgeben. Die Falldaten werden dann, nach einer Schweigepflichtentbindung des Teilnehmers, an die Durchführungsorganisation weitergegeben. Teilnehmer-Erfassungsbogen wird mit Informationen der vorliegenden Gutachten erstellt.
- *2-wöchige Maßnahme ZIB „Zurück in den Beruf“* mit Gruppenarbeit und mindestens zwei Einzelgesprächen:
 - Einzelgespräch: berufliche und gesundheitliche Ausgangslage, Möglichkeiten / Wünsche, Stärken / Schwächen, Auffälligkeiten im Gespräch, noch zu klärende Fragen.
 - Unterricht (Kleingruppen und Plenumsübungen, 10 Tage à 4 Stunden): u.a. Information und Beratung über berufliche Reha, Hilfestellung bei beruflicher Orientierung, Motivationsförderung und psychische Stabilisierung, Erstellung eines Leistungsprofils
 - Informationsrunde gemeinsam mit Sozialversicherungsträgern und Teilnehmern
 - Berichterstellung durch die Durchführungsorganisation
 - 2. Einzelgespräch am Ende der Maßnahme: Zielvereinbarung / Alternativen, Empfehlungen
- *Abschlußbericht an den Kostenträger*: Ausgangslage, Stärken / Schwächen, Zielvereinbarung und Empfehlungen
- *Kontakt zum Arbeitgeber*: wird nicht aufgenommen
- *Besuch im Betrieb*: erfolgt nicht
- *Abschließendes Teamgespräch mit allen Beteiligten*: Besprechung der Ergebnisse und Perspektiven
- *Bei Bedarf Auswertungsgespräch*: gemeinsame Reflexion der Maßnahme und der Ergebnisse

Nachbetreuung und Nachbefragung der Klienten

- Case Manager steht nach Abschluß der Maßnahme als Berater zur Verfügung.

Abschluß eines Falles

- Nach Abschluß der Maßnahme

Erfolgreiches Case Management

- Wenn eine brauchbare Perspektive entwickelt worden ist, die auch umgesetzt werden kann

Arbeitsbedingungen des Case Managers

- Zwei Case Manager jeweils zu 50% freigestellt

Finanzierung des Case Managements

- AOK, IKK und BKK tragen für jeden von ihnen angemeldeten Teilnehmer 50% der Kosten; Arbeitsamt übernimmt die restlichen 50% der Kosten (freie Förderung gem. § 10 SGB III); die LVA übernimmt für die Teilnehmer, für die sie Kostenträger ist, 1/3 der Kosten, den Rest teilen sich dann das Arbeitsamt und die Krankenkassen.

Vertragliche Regelungen

- Vereinbarte Anzahl von Fällen: 10 bis 12 Jugendliche und Erwachsene; Verweildauer: 2 Wochen
- Finanzierung: Fallpauschale

6.2 Wichtige Charakteristika der Projektimplementierung im Standortvergleich

Im Folgenden werden einige wichtige Merkmale der Projektimplementierung an den Modellstandorten dargestellt. Eingegangen wird hierbei auf

- die Initiierung der Projekte,
- die Beweggründe der Standorte zur Teilnahme an der Modellerprobung,
- die Partizipation der Mitarbeiter der CMB-Stellen an Projekteinführung und Konzeptentwicklung,
- die Projektfinanzierung,
- die personelle Ausstattung der CMB-Stellen,
- die vertraglich vereinbarten Fallzahlen sowie
- die Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit der CMB-Stellen zu Projektbeginn.

6.2.1 Die Projektinitiierung**6.2.1.1 Die vom Arbeitsamt (mit-)finanzierten Projekte**

Bei den vom Arbeitsamt (mit-)finanzierten CMB-Projekten – also bei 14 von insgesamt 16 Projekten – erfolgte die Auswahl der Modellstandorte in der Regel vermittelt über die Landesarbeitsämter. Diese suchten in ihrem jeweiligen Bezirk nach Arbeitsämtern, die bereit waren, entweder CMB mit eigenem Personal durchzuführen (Reha-Träger-Modell) oder sich

die Dienstleistung CMB mit Mitteln der freien Förderung nach § 10 SGB III einzukaufen, z.B. bei einem Berufsförderungswerk (Einkaufsmodell). Die Entscheidung, ob Mittel der freien Förderung oder eigenes Personal für CMB eingesetzt werden soll, traf meist das betreffende Arbeitsamt selbst, nur ausnahmsweise entschied dies das Landesarbeitsamt. Fiel die Entscheidung zugunsten des Einkaufsmodells, wurde das Projekt in der Mehrzahl der Fälle von den Arbeitsämtern nicht offen ausgeschrieben; statt dessen wurden nur bestimmte Bildungseinrichtungen zur Abgabe eines Angebots aufgefordert. Dabei wandten sich die Arbeitsämter an diejenigen Einrichtungen, mit denen sich die Zusammenarbeit in der Vergangenheit bereits bewährt hatte.

Davon abweichend ging die Initiative zur Projekteinführung an zwei Standorten des Einkaufsmodells nicht von Landesarbeitsamt bzw. Arbeitsamt aus, sondern von der Durchführungsorganisation selbst: In beiden Fällen erhielten die Organisationen Kenntnis vom *BAR*-Konzept, entschlossen sich dazu, CMB anzubieten, und suchten anschließend selbständig nach Finanzierungsmöglichkeiten. An einem dieser Standorte (Standort 15) übernimmt das Arbeitsamt die Finanzierung von CMB für alle Versicherten, an dem anderen Standort (Standort 1) tragen das Arbeitsamt und ein Rentenversicherungsträger gemeinsam die Kosten für CMB – allerdings jeweils nur für die Versicherten, für die sie als Reha-Träger zuständig sind.

6.2.1.2 Die übrigen Projekte

Das Modellprojekt der Krankenkasse (Reha-Träger-Modell) am Standort 4 geht auf die gemeinsame Initiative der Landeszentrale der betreffenden Krankenkasse und des Landesarbeitsamts zurück. Beide Organisationen entschlossen sich zeitgleich, aber unabhängig voneinander, zur Kooperation mit dem jeweils anderen Träger, um auf diese Weise gesundheitlich beeinträchtigten Arbeitnehmer schneller als bisher Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation anbieten zu können. Das zweite nicht vom Arbeitsamt (mit-)finanzierte Modellprojekt wurde von einem Rentenversicherungsträger angestoßen, der CMB am Standort 9 in eigener Trägerschaft finanziert und durchführt.

6.2.2 Die Beweggründe der Standorte zur Teilnahme am Modellprojekt

6.2.2.1 Die Interessen der CMB durchführenden Rehabilitationsträger

Ein wichtiges Motiv der Rehabilitationsträger, CMB durchzuführen und zu finanzieren, ist die Aussicht auf Kosteneinsparungen: Die Kernelemente des Modellprojekts – der frühzeitige Beginn der beruflichen Rehabilitation sowie die Beschleunigung des Reha-Prozesses zur Arbeitsplatzerhaltung – versprechen den Krankenkassen kürzere Krankengeldbezugszeiten sowie den Arbeitsämtern die Vermeidung oder zumindest die Verkürzung von Zeiten des Arbeitslosengeldbezugs. Der am Projekt teilnehmende Rentenversicherungsträger sieht in CMB zudem einen erfolgversprechenden Weg, um die Zahl der Zugänge in die Erwerbsminderungsrente merklich zu verringern. Neben den Einsparungen bei Entgeltersatzleistungen wird vereinzelt erwartet, daß die für den Erhalt bestehender Beschäftigungsverhältnisse erforderlichen Leistungen typischerweise kostengünstiger sind als die Leistungen, die zur Wiedereingliederung bei einem neuen Arbeitgeber erbracht werden müßten; so erfordert letzteres vermutlich häufiger teure Umschulungen. Weiterhin könnte CMB durch die Verkürzung der Laufzeit von Reha-Fällen und die Verhinderung von Arbeitslosigkeit zu einer Reduktion der für einen Fall aufzuwendenden Personalkosten im Bereich Reha-Beratung und Arbeitsvermittlung führen.

Abgesehen von den finanziellen Vorteilen erhoffen sich die Sozialversicherungsträger von dem Modellprojekt auch die Verbesserung der Kontakte zu den übrigen Rehabilitationsträgern sowie eine Steigerung der Qualität der beruflichen Rehabilitation durch engere trägerübergreifende Zusammenarbeit. Weiterhin verbinden die Rehabilitationsträger mit CMB das Ziel, den Service für Versicherte und Arbeitgeber zu verbessern; so bietet CMB bereits zu einem frühen Zeitpunkt individuelle Beratung an *einer* zentralen Anlaufstelle. Schließlich soll dieses neue, kundenorientierte Serviceangebot auch das Image der Rehabilitationsträger in der Öffentlichkeit verbessern.

6.2.2.2 Die Interessen der CMB durchführenden Bildungsträger

Bei den CMB durchführenden Bildungseinrichtungen stehen naturgemäß wirtschaftliche Interessen im Vordergrund: Neben der Aussicht, den Auftrag für CMB über die Erprobungsphase hinaus zu erhalten, sind wichtige Beweggründe für die Teilnahme am Modellprojekt die Erschließung eines neuen Klientels, die Erweiterung des eigenen Dienstleistungspek-

trums sowie der Erwerb neuer Kompetenzen. Für einige Einrichtungen spielt außerdem eine wichtige Rolle, daß sich CMB harmonisch in ihr bisheriges Angebot einfügt und auf diese Weise Synergieeffekte ermöglicht; so erlaubt CMB diesen Organisationen die bessere Auslastung der vorhandenen materiellen und personellen Ressourcen sowie die Nutzung des verfügbaren *know-how*. Vielfach wird als Vorteil von CMB zudem der Aufbau oder die Intensivierung der Kooperationsbeziehungen zu den Reha-Trägern angesehen, die oft auch in anderen Tätigkeitsfeldern wichtige Geschäftspartner sind. Auch die Gelegenheit zur Knüpfung (weiterer) Unternehmenskontakte erscheint einigen Durchführungsorganisationen als attraktiv. Weitere Motive sind die Chance auf Erhöhung des Bekanntheitsgrades in der Region sowie die stärkere Anerkennung als Dienstleister. Darüber hinaus betonen einige Einrichtungen die positive Außenwirkung der Projektteilnahme; so signalisiere die Beteiligung an Modellprojekten Innovationsfreudigkeit und Offenheit. Schließlich begründet ein Teil der Durchführungsorganisationen seine Projektteilnahme auch mit der Überzeugungskraft des CMB-Konzepts sowie mit dem Wunsch, den Service für gesundheitlich beeinträchtigte Ratsuchende zu erhöhen und ihnen insbesondere lange Wege zu ersparen.

6.2.3 Die Partizipation der Mitarbeiter der CMB-Stellen an Projekteinführung und Konzeptentwicklung

Die Mitarbeiter der CMB-Stellen traten in der Mehrzahl bereits sehr früh, nämlich noch in der Planungs- und Aufbauphase, in das Projekt ein. An der Entscheidung ihrer Organisation, die Dienstleistung *CMB* anzubieten, waren die Mitarbeiter der CMB-Stellen dennoch nur an drei Standorten (9, 10 und 13) beteiligt; bei diesen drei Projekten handelt es sich um beim Arbeitsamt bzw. einem Rentenversicherungsträger angesiedelte Projekte. Bemerkenswert ist, daß in den CMB-Modellen 10 und 13, die beim Arbeitsamt verankert sind, das Projekt nicht von der Leitung, sondern der Basis – also den späteren Mitarbeitern der CMB-Stelle – angestoßen wurde. Am Standort 9 (Reha-Träger-Modell) faßten Basis und Leitung unabhängig voneinander Pläne zur Etablierung von CMB und initiierten das Projekt gemeinsam. An allen anderen Standorten traf jeweils allein die Leitungsebene der Durchführungsorganisation die Entscheidung über die Projektteilnahme. Hervorzuheben ist, daß an den Standorten 8 und 10 (zwei beim Arbeitsamt angesiedelte Projekte) das Modellvorhaben hauptsächlich von den Mitarbeitern bzw. deren unmittelbaren Vorgesetzten getragen wird, während die Arbeitsamtsspitze die Modellerprobung – zumindest dem Eindruck der Mitarbeiter zufolge – nicht aktiv unterstützt.

Betrachtet man nicht die Projekteinführung, sondern die Konzeptentwicklung, ergibt sich hinsichtlich der Mitarbeiterbeteiligung jedoch ein anderes Bild: An sechs der 16 Standorte – darunter die drei Reha-Träger-Modelle an den Arbeitsämtern – waren es allein die Case Manager, die das Konzept für CMB erarbeiteten. In weiteren sieben Projekten wurde CMB von Basis und Leitung gemeinsam konzipiert, und nur bei drei Standorten waren die Mitarbeiter von der Konzeptentwicklung völlig ausgeschlossen. Ein Blick auf die Beteiligung externer Stellen an der Ausgestaltung des CMB-Konzepts zeigt, daß bei fast allen Einkaufsmodellen das Konzept zusammen oder in Abstimmung mit den Arbeitsämtern, zum Teil auch mit den Landesarbeitsämtern, entwickelt worden ist.

Eine Projektimplementierung „von oben nach unten“ läßt sich für diejenigen Standorte feststellen, an denen die Mitarbeiter weder an der Entscheidung über die Projekteinführung noch an der Konzeptentwicklung beteiligt worden sind. Dies trifft auf drei der 16 Modellprojekte zu, nämlich auf die Standorte 3, 14 und 15; bei diesen dreien handelt es sich um Einkaufsmodelle. „Von unten nach oben“ wurden demgegenüber fast alle Reha-Träger-Modelle implementiert: an den Standorten 9, 10 und 13 (Arbeitsamt- bzw. Rentenversicherungsträger-Modell) partizipierten die Case Manager sowohl an der Entscheidung, CMB anzubieten, als auch an der Konzipierung des Projekts. An den übrigen Standorten wirkte die Basis zwar nicht am Entschluß zur Projekteinführung, wohl aber an der Konzeptentwicklung mit.

6.2.4 Die Finanzierung des CMB

Wie *Tabelle 3* zeigt, wird Case Management an den Standorten 8, 10 und 13 jeweils arbeitsamtintern finanziert, d.h. die Reha-Berater des Arbeitsamtes sind dort – mehr oder weniger – für Case Management freigestellt. Am Standort 9 trägt der Rentenversicherungsträger durch die Bereitstellung von eigenem Personal die Kosten für CMB ebenfalls selbst; die Betreuung von Case-Management-Fällen wird hier durch Rentenversicherungsfachkräfte vorgenommen. Auch bei Standort 4 handelt es sich um ein Reha-Träger-Modell: Hier finanziert eine Krankenkasse CMB, d.h. Krankengeld-Fachkoordinatoren übernehmen die Bearbeitung von Case-Management-Fällen.

Am Standort 1 finanzieren die LVA und das Arbeitsamt CMB jeweils für die Versicherten, für die sie der zuständige Reha-Kostenträger sind. CMB ist hier allerdings als Einkaufsmodell organisiert, d.h. CMB wird nicht von den beiden Reha-Trägern selbst durchgeführt, sondern von einem Bildungsträger eingekauft. Am Standort 16 – ebenfalls ein Einkaufsmodell – teilt

sich die Finanzierung wie folgt auf: Drei lokale Krankenkassen tragen für jeden von ihnen angemeldeten Versicherten 50%; das Arbeitsamt übernimmt die restlichen 50% der Kosten (freie Förderung gemäß § 10 SGB III). Handelt es sich um einen Teilnehmer, für den die LVA als Reha-Kostenträger zuständig ist, trägt die LVA ein Drittel der Kosten, den Rest teilen sich das Arbeitsamt und die zuständige Krankenkasse. An allen anderen Standorten mit Einkaufsmodell wird Case Management vollständig vom jeweiligen Arbeitsamt auf Grundlage der freien Förderung gemäß § 10 SGB III finanziert.

Tabelle 3: Finanzierung der Modellprojekte an den Standorten

Standort-Nr.	Modellart	Kostenträger für CMB	Finanzierung		Finanzierungszusage bis zum Projektende?
			Projektförderung	Fallförderung	
1	Einkaufsmodell	Rentenversicherung und Arbeitsamt		x	nein
2	Einkaufsmodell	Arbeitsamt	x		nein
3	Einkaufsmodell	Arbeitsamt	x		nein
4	Reha-Träger-Modell	Krankenkasse	interne Finanzierung		
5	Einkaufsmodell	Arbeitsamt	x		nein
6	Einkaufsmodell	Arbeitsamt		x	nein
7	Einkaufsmodell	Arbeitsamt		x	nein
8	Reha-Träger-Modell	Arbeitsamt	interne Finanzierung		
9	Reha-Träger-Modell	Rentenversicherung	interne Finanzierung		
10	Reha-Träger-Modell	Arbeitsamt	interne Finanzierung		
11	Einkaufsmodell	Arbeitsamt		x	nein
12	Einkaufsmodell	Arbeitsamt	x		nein
13	Reha-Träger-Modell	Arbeitsamt	interne Finanzierung		
14	Einkaufsmodell	Arbeitsamt	x		nein
15	Einkaufsmodell	Arbeitsamt		x	nein
16	Einkaufsmodell	Arbeitsamt, Rentenversicherung und Krankenkasse		x	

Die Finanzierung der Einkaufsmodelle durch die Auftraggeber erfolgt bei den Standorten 1, 6, 7, 11, 15 und 16 über eine Fallpauschale, wobei diese beim Standort 11 erfolgsorientiert in Raten gemäß dem jeweiligen Reha-Fortschritt ausbezahlt wird. An den Standorten 2, 3, 5,

12 und 14 übernehmen die Arbeitsämter die Kosten für die jeweiligen Case-Management-Arbeitsplätze in Form einer monatlichen bzw. jährlichen Projektpauschale.

6.2.5 Die Personalausstattung der CMB-Stellen

Betrachtet man die für CMB zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen an den einzelnen Projektstandorten, so fällt nicht nur auf, daß die Personalstärke der CMB-Stellen zwischen den Modellregionen erheblich differiert, sondern auch, daß sich am unteren Ende der nach Personalumfang geordneten Rangreihe durchweg nur Reha-Träger-Modelle befinden (vgl. *Tabelle 4*); diese müssen im Vergleich zu den Einkaufsmodellen insgesamt also mit sehr viel knapperen personellen Kapazitäten auskommen.

Tabelle 4: Personalausstattung der CMB-Stellen

Standort-Nr.	Modell	Anzahl	Ausbildung	Anteil der Arbeitszeit
1	Einkaufsmodell	1	Dipl.-Betriebswirt	50%
2	Einkaufsmodell	2	1 Betriebswirt & Dipl.-Sozialpädagoge 1 Dipl.-Sozialpädagoge	je 100%
3	Einkaufsmodell	2	Dipl.-Sozialpädagogen	100 und 50%
4	Trägermodell	2	Sozialversicherungsfachangestellte	je 10-15%
5	Einkaufsmodell	1	Dipl.-Pädagoge	100%
6	Einkaufsmodell	1	Bürokaufmann & Dipl.-Pädagoge	100%
7	Einkaufsmodell	1	Gymnasiallehrer	100%
8	Trägermodell	1	Dipl.-Verwaltungswirt	40%
9	Trägermodell	2	1 Dipl.-Verwaltungswirt 1 Kaufmann	je ca. 10%
10	Trägermodell	1	Dipl.-Sozialwirt	40%
11	Einkaufsmodell	2	1 Dipl.-Medizinpädagoge 1 Dipl.-Sozialpädagoge	je 50%
12	Einkaufsmodell	1	Kaufmann, Erzieher, Sozialarbeiter (FH) & Diakon	100%
13	Trägermodell	1	Dipl.-Betriebswirt	nicht freigestellt
14	Einkaufsmodell	1	Dipl.-Sozialpädagoge	100%
15	Einkaufsmodell	1	Dipl.-Sozialpädagoge	50%
16	Einkaufsmodell	2	1 Dipl.-Sozialpädagoge 1 Dipl.-Informatiker & M.A. der Philosophie	je 50%

So ist das Zeitbudget von zwei der fünf CMB-Stellen im Reha-Träger-Modell auf nur 40% einer Vollzeitstelle beschränkt, bei zwei weiteren Reha-Träger-Modellen können jeweils zwei Mitarbeiter nicht mehr als 10 -15% ihrer Arbeitszeit für CMB aufwenden und in einem Reha-Träger-Modell ist der betreffende Mitarbeiter für die Durchführung von CMB sogar überhaupt nicht freigestellt worden. Demgegenüber sind die Einkaufsmodelle mehrheitlich mit einer vollen bzw. zwei halben Stellen ausgestattet; davon abweichend wurden an zwei Standorten sogar eineinhalb bzw. zwei Vollzeitstellen geschaffen. Nur bei zwei der elf Einkaufsmodelle wird weniger als eine Vollzeitstelle, nämlich jeweils nur eine halbe Stelle, finanziert.

Was die Rekrutierung der Mitarbeiter für CMB anbelangt, so wurden für das Modellprojekt lediglich in zwei von 16 Fällen tatsächlich Arbeitskräfte neu eingestellt; die Projektstellen wurden also fast immer intern besetzt. Ein Blick auf die Ausbildung der Mitarbeiter der CMB-Stellen macht deutlich, daß für die Aufgabe des Case Managements in fast der Hälfte der Fälle Dipl.-Sozialpädagogen / Sozialarbeiter ausgewählt worden sind. Am zweithäufigsten wurden die CMB-Stellen mit ausgebildeten Pädagogen besetzt (drei Standorte), gefolgt von Dipl.-Betriebswirten, Dipl.-Verwaltungswirten und Sozialversicherungsfachangestellten (jeweils zwei Standorte).

Fast immer verfügen die Mitarbeiter bereits über für CMB nützliche Vorerfahrungen: Die Case Manager bei Arbeitsamt und Rentenversicherungsträger sind durchweg Reha-Berater mit langjähriger Berufspraxis und auch die mit CMB betrauten Mitarbeiter der Krankenkasse haben sich – zumindest am Rande – schon im Rahmen ihrer bisherigen Tätigkeit mit beruflicher Rehabilitation befaßt. Unter den Einkaufsmodellen finden sich zwei Standorte (5 und 11), an denen die Case Manager ebenfalls bereits Erfahrungen im Bereich der beruflichen Reha-Beratung besaßen. Ein erheblich größerer Teil der Case Manager bei den Bildungsträgern hatte zwar noch nicht unmittelbar als Reha-Berater gearbeitet, verfügte bei Eintritt in das Modellprojekt aber schon über Erfahrung im Umgang mit gesundheitlich beeinträchtigten oder leistungsgeminderten Personen (Standorte 2, 5, 6, 7, 11, 12, 14 und 16) und / oder über Erfahrung im Umgang mit Betrieben (Standorte 1, 5, 6, 8, 9, 10, 13 und 16). An fünf der elf Standorte des Einkaufsmodells (Standorte 1, 5, 6, 7 und 9) kooperierten die Case Manager auch schon vor Projektbeginn mit den Trägern der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. An den Standorten 1 und 16 waren die Mitarbeiter zuvor im Bereich der Erwachsenenbildung tätig bzw. erfahrene Seminarleiter, am Standort 11 arbeitete der Case Manager vor CMB-Beginn im berufsbegleitenden Dienst und der Mitarbeiter der CMB-Stelle 12 hatte bereits vor Beginn des Modellprojekts Erfahrung im Einzelfall-Management. Geübt im Umgang mit Menschen sind schließlich die Mitarbeiter aller CMB-Stellen.

6.2.6 Vertraglich vereinbarte Fallzahlen und Freistellung

Tabelle 5 gibt einen Überblick über die vertraglich vereinbarten Fallzahlen, die innerhalb bestimmter Zeiträume zu bearbeiten sind, sowie die Freistellung der Case Manager für CMB-Aufgaben.

Tabelle 5: Vereinbarung über die Anzahl der zu betreuenden Fälle und Freistellung der Case Manager (Stand: März 2002)

Standort-Nr.	Modell	Vereinbarung über die Anzahl von zu betreuenden Fällen	Keine Vereinbarung über die Anzahl von zu betreuenden Fällen	Freistellung der Case Manager (100% = 1 Vollzeitstelle)
14	Einkaufsmodell	40 im Jahr	–	100%
5	Einkaufsmodell	40 im Jahr	–	100%
1	Einkaufsmodell	50 im Jahr	–	50%
12	Einkaufsmodell	50 im Jahr	–	100%
15	Einkaufsmodell	70 im Jahr	–	50%
6	Einkaufsmodell	100 im Jahr	–	100%
2	Einkaufsmodell	100-150 im Jahr	–	2 x 100%
16	Einkaufsmodell	10-12 in 2 Wochen	–	2 x 50%
7	Einkaufsmodell	14 im Monat	–	100%
3	Einkaufsmodell	–	x	100% und 50%
11	Einkaufsmodell	–	x	2 x 50%
8	Trägermodell	–	x	40%
13	Trägermodell	–	x	keine Freistellung
9	Trägermodell	–	x	10-15%
4	Trägermodell	–	x	2 x 10-15%
10	Trägermodell	–	x	40%

Eine Vereinbarung mit dem Auftraggeber des CMB über die Anzahl der zu betreuenden Fälle gibt es bei neun der elf Einkaufsmodelle: an den Standorten 5 und 14 ist die Betreuung von jeweils 40 Fällen im Jahr geplant, an den Standorten 1 und 12 sind 50 Fälle und am Standort

15 sogar 70 Fälle zur Betreuung vorgesehen. Allerdings ist in diesem Zusammenhang zu beachten, daß an den Standorten 5, 12 und 14 die Case Manager jeweils zu 100% freigestellt sind, die Case Manager an den Standorten 1 und 15 jedoch nur zu 50%. Am Standort 6 sollen – bei einer Vollzeitstelle – bis zu 100 Fälle im Jahr ins Case Management aufgenommen werden und am Standort 2 mit zwei Vollzeitstellen 100 bis 150 Fälle. Am Standort 16 werden 10 bis 12 Erwachsene bzw. Jugendliche für eine ZIB-Maßnahme¹⁴⁴ zugelassen, allerdings dauert diese nur einmalig zwei Wochen; zwei Case Manager sind hier zu je 50% freigestellt.

An einigen Standorten bestehen zusätzlich Vereinbarungen bezüglich der maximalen Verweildauer der Klienten in CMB. So betreut der Case Manager am Standort 7 (100% Freistellung) 14 Rehabilitanden pro Monat; hier ist die Verweildauer der Klienten auf zwei Monate beschränkt. Ebenfalls eine Vorgabe für die Verweildauer der Rehabilitanden wurde am Standort 1 (6 Monate) und am Standort 14 (ein Jahr) vereinbart. Alle anderen Standorte können ihre Klienten solange betreuen, wie es notwendig und sinnvoll erscheint. An den Standorten 3, 4, 8, 9, 10, 11 und 13 ist die Anzahl der zu betreuenden Fälle offen, es existieren keine Vereinbarungen darüber.

6.2.7 Die Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit der CMB-Stellen zu Projektbeginn

Aus der Übersicht über die Öffentlichkeitsarbeit und die Netzwerkaktivitäten der Modellstandorte wird deutlich, daß die CMB-Stellen in der Anfangsphase des Projekts insgesamt erhebliche Anstrengungen zum Aufbau eines Kooperationsnetzwerkes mit den Trägern der medizinischen und beruflichen Rehabilitation unternommen haben. So fanden in fast allen Modellregionen zu Projektbeginn größere Informationsveranstaltungen statt, die darauf abzielten, die wichtigsten regionalen Projektpartner über Ziele und Ablauf von CMB aufzuklären sowie den eingeladenen Rehabilitationsträgern die Bedeutung einer Kooperation mit der CMB-Stelle für den Erfolg des Modellvorhabens deutlich zu machen. In der Regel richteten sich diese Veranstaltungen an die Krankenkassen und den MDK, an die Reha-Abteilung und die Fachdienste¹⁴⁵ des Arbeitsamtes sowie an die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung. An einem Standort wurden auch Arbeitgeber aus der Region zu einer Informationsver-

¹⁴⁴ ZIB steht für „Zurück in den Beruf“; dabei handelt es sich um ein 14-tägiges Seminar zur Berufswegeplanung für gesundheitlich beeinträchtigte und von Arbeitslosigkeit bedrohte oder betroffene Arbeitnehmer.

¹⁴⁵ Zu den Fachdiensten des Arbeitsamtes gehören der Ärztliche Dienst (ÄD), der Psychologische Dienst (PD) sowie der Technische Beratungsdienst (TD) mit den Technischen Beratern.

anstellung eingeladen. Abgesehen von diesen großen Veranstaltungen, an denen typischerweise Vertreter der Leitungsebene der Rehabilitationsträger teilnahmen, gingen die CMB-Stellen meist nochmals einzeln auf die wichtigsten Sozialversicherungsträger zu und suchten den Kontakt zu den unmittelbar fallbezogen arbeitenden Fachkräften der Krankenkassen, Arbeitsämter und Rentenversicherungsträger. Tendenziell machten die Case Manager hierbei die Erfahrung, daß die Vertreter der Reha-Träger auf Leitungsebene, von denen man sich eine Multiplikatorenfunktion erhofft hatte, Informationen oder Absprachen mit den CMB-Stellen häufig nicht an untergeordnete Stellen weiterleiteten.

Tabelle 6: Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit der Standorte in der Anfangsphase des Modellprojekts (Stand: September/Okttober/November 2001)

Aktivitäten	Zahl der Standorte
Infoveranstaltungen für Krankenkassen und ihre Fachdienste Arbeitsamt und seine Fachdienste Rentenversicherungsträger Arbeitgeber sonstige Institutionen	12 8 7 1 3
Persönlicher Kontakt (Besuch, Telefonat, Postweg) zur Vorstellung von CMB mit Krankenkassen und ihren Fachdiensten Arbeitsamt und seinen Fachdiensten Rentenversicherungsträgern Arbeitgebern sonstigen Institutionen	15 12 14 8 7
Erstellung / Versendung von Flyern	11
Veröffentlichungen in den Printmedien, Auftritt im Rundfunk oder im Fernsehen	7
Internetpräsentation von CMB	8

An der Hälfte der Modellstandorte kontaktierten die CMB-Stellen darüber hinaus ausgewählte Arbeitgeber der Region, um bei diesen für CMB zu werben. Die überwiegende Zahl der Standorte erarbeitete zudem Flyer, die an Rehabilitanden, Betriebe und sonstige Projektpartner verteilt wurden, oder informierten eine breitere Öffentlichkeit in Presse, Rundfunk oder Fernsehen über CMB. Zusätzlich sind 50% der Standorte mit ihrem CMB-Konzept auch im Internet präsent.

6.3 Merkmale der CMB-Konzepte im Standortvergleich

Im folgenden werden die einzelnen Projektstandorte hinsichtlich ihrer CMB-Konzepte miteinander verglichen, wobei die Darstellungen auf den zwischen September und November 2001

geführten Interviews basieren. Vergleichsmerkmale sind die in *Abschnitt 6.1* genannten Themenschwerpunkte der synoptischen Übersicht der Standortkonzepte.

6.3.1 Ziele und Aufgaben von CMB

Die Standorte 8 und 10 verfolgen laut ihren Konzepten als Ziele von Case Management ausschließlich den *Erhalt des Arbeits- oder Ausbildungsverhältnisses* und die *Beseitigung oder den Ausgleich der Leistungsminderung des Arbeitnehmers am Arbeitsplatz*. Darüber hinaus ist für alle anderen Standorte die *Verhinderung oder Verkürzung von Arbeitslosigkeit durch Wiedereingliederung bei einem neuen Arbeitgeber* eine zusätzliche, gleichermaßen wichtige Aufgabe. Einige Standorte nennen als weitere Ziele die *Verkürzung des Reha-Prozesses* und die *Schaffung einer neuen beruflichen Perspektive*.

6.3.2 Zielgruppe und Auswahlkriterien

Die Auswahlkriterien

- „das Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis besteht noch“ und
- „gesundheitsbedingt ist die Tätigkeit am bisherigen Arbeits- / Ausbildungsplatz nur noch eingeschränkt oder nicht mehr möglich“

gelten an allen Standorten. Ausnahmen sind die Standorte 14 und 16: Hier ist ein bestehendes Beschäftigungsverhältnis keine Voraussetzung für den Zugang zum Case Management. Bis auf die Standorte 9 und 16 müssen an allen anderen Standorten zudem die Voraussetzungen des § 19 SGB III erfüllt sein. Für Standort 9 gilt als Zugangskriterium die Erfüllung der rentenversicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach § 11 SGB VI. Außerdem werden am Standort 4 ausschließlich Versicherte der CMB durchführenden Krankenkasse und am Standort 16 nur Versicherte der lokalen AOK, der IKK und einer regionalen BKK, die seit längerer Zeit im Krankengeldbezug stehen, betreut. Bei allen anderen Standorten werden Versicherte aller Krankenkassen zum Case Management zugelassen. An den Standorten 6 und 12 werden explizit nur Arbeitnehmer, die dem jeweiligen Arbeitsamtsbezirk zugehören, betreut. Am Standort 1 ist schließlich die Zielgruppe auf die Versicherten beschränkt, für die entweder die LVA oder das Arbeitsamt zuständiger Kostenträger ist.

6.3.3 Zugangswege

Tabelle 7 zeigt, daß an allen Standorten die Klienten in erster Linie von den Krankenkassen an die CMB-Stelle vermittelt werden. Weitere Zugangsmöglichkeiten bieten an fast allen Standorten das Arbeitsamt, der MDK und die Rentenversicherungsträger. Außerdem sind an etwa zwei Dritteln der Standorte Arbeitnehmer direkt auf die CMB-Stelle mit der Bitte um Unterstützung zugegangen.

6.3.4 Ablauf des CMB

In der Regel gestaltet sich der Ablauf des Case Managements an allen Standorten, mit Ausnahme von 16, in etwa wie folgt:

- Die zuweisende Stelle informiert den Rehabilitanden vorab über Case Management und gibt nach Einwilligung des Rehabilitanden dessen Adresse an die Case-Management-Stelle weiter bzw. der Rehabilitand meldet sich selbst dort.
- Der Case Manager nimmt Kontakt zum Rehabilitanden auf. In den meisten Fällen wird der Rehabilitand zu einem persönlichen Erstgespräch eingeladen. Das Erstgespräch dauert an den Standorten unterschiedlich lange: zwischen 30 Minuten am Standort 10 und 2,5 Stunden am Standort 11.
- Im Erstgespräch werden zunächst die berufliche und gesundheitliche Situation abgeklärt. Außerdem werden die Einwilligung zur Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber und eine Schweigepflichtentbindung eingeholt und gegebenenfalls ein Antrag zur Teilhabe ausgegeben bzw. ausgefüllt. Anschließend werden allgemeine Falldaten erfaßt, die erforderlichen Unterlagen zusammengestellt und die Anzahl der Versicherungsmonate abgeklärt¹⁴⁶. Schließlich werden die Ziele und Wünsche des Rehabilitanden erfragt und vor allem festgestellt, ob ein Interesse des Arbeitnehmers bzw. des Arbeitgebers an einer Fortsetzung des Beschäftigungsverhältnisses besteht. Am Standort 8 verläuft die Kommunikation mit dem Rehabilitand zunächst ausschließlich schriftlich, erst bei einem evtl. Betriebsbesuch lernen sich Case Manager und Klient persönlich kennen.

¹⁴⁶ Nach der Anzahl der Versicherungsmonate richtet sich, welcher Reha-Träger der für den Fall zuständige Kostenträger ist.

Tabelle 7: Zugangswege zum CMB (Stand: September / Oktober / November 2001)

Zugang über ...	Projektstandort-Nummer															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Krankenkassen	x	x	x	x ¹	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
MDK	x	x	x		x			x	x		x	x				x
Arbeitsamt	x		x		x	x	x	x		x	x	x	x	x		
LVA	x				x	x		x		x	x					
BfA			x		x	x				x	x					
Hauptfürsorgestelle						x										
Berufsbegleitender Dienst					x											
Integrationsfachdienste								x				x				
Integrationsamt											x					
Ärzte	x					x				x	x					
Reha-Kliniken	x								x							
Berufsgenossenschaft						x								x		
Arbeitgeber	x				x	x		x	x	x	x	x				
Arbeitnehmer	x	x				x		x	x	x	x	x				
SB-Vertreter	x				x			x		x						
Gewerkschaft		x					x									
Selbsthilfegruppe											x					

¹ Hier handelt es sich ausschließlich um eine bestimmte Krankenkasse.

Die Case Manager am Standort 9 bitten ihre Klienten darum, zunächst selbst mit dem Arbeitgeber zu sprechen und händigen ihnen für das Arbeitgebergespräch eine Liste der Fördermöglichkeiten des betreffenden Rentenversicherungsträgers aus. Am Standort 3 wird bereits beim Erstgespräch mit dem Klienten eine Absprache über den Inhalt des Gespräches mit dem Arbeitgeber getroffen. Die Case Manager der Standorte 2, 6, 10 und 11 geben ihren Klienten „Hausaufgaben“ auf, um die Mitwirkung des Rehabilitanden am Case-Management-Prozeß zu fördern. Am Standort 6 wird mit dem Rehabilitanden eine schriftliche Zielvereinbarung, in der die Rechte und Pflichten des Klienten festgehalten sind, getroffen. Bei Bedarf findet auch noch ein Zweitgespräch statt.

- Auf das Erstgespräch folgt in der Regel die Sichtung der vorhandenen Unterlagen und die Überprüfung der Voraussetzungen für die Durchführung von CMB. Bei Bedarf werden weitere Gutachten oder Reha-Abschlußberichte angefordert und Fachdienste, z.B. der Ärztliche Dienst des Arbeitsamts oder der Technische Berater des Arbeitsamts, eingeschaltet.
- Der typische Ablauf des Case Managements ist an dieser Stelle an den Standorten 7 und 15 durch eine Besonderheit gekennzeichnet: Nach dem ersten Gespräch mit dem Rehabilitanden setzen sich die Case Manager mit dem behandelnden Arzt in Verbindung. Wenn möglich, vereinbaren die Case Manager mit dem Arzt einen Termin in der Praxis, bei dem Case Manager, Arzt und Klient gemeinsam die berufliche und gesundheitliche Situation des Betroffenen besprechen.
- In den meisten Fällen nehmen die Case Manager kurze Zeit nach dem Erstgespräch mit dem Klienten Kontakt zum Arbeitgeber auf, um diesen über Case Management zu informieren. Mit guten Argumenten soll das Interesse des Arbeitgebers geweckt werden. Außerdem werden Fördermöglichkeiten erläutert. Vor allem aber versucht der Case Manager, mit dem Arbeitgeber einen Termin für einen Besuch vor Ort zu vereinbaren.
- Anschließend wird meist mit den potentiellen Kostenträgern besprochen, welche Hilfen und Maßnahmen finanziert werden können.
- Beim Betriebsbesuch werden zunächst gemeinsam mit dem Arbeitgeber die Möglichkeiten eines Erhaltes des Beschäftigungsverhältnisses abgeklärt. Üblicherweise sind der betroffene Arbeitnehmer, in einigen Fällen auch ein Betriebsratsmitglied oder ein Vertreter der Kostenträger am Gespräch beteiligt. Dem Gespräch schließt sich meist eine Besichtigung des bisherigen Arbeitsplatzes bzw. des Betriebes an. Beim ersten Firmenbesuch wird in der Regel schon geklärt, ob das Beschäftigungsverhältnis des Klienten erhalten werden kann oder nicht.

- Abschließend wird entweder ein Eingliederungsplan (Gesamt- bzw. Förderplan) in schriftlicher Form erstellt oder mit dem Arbeitgeber, dem Rehabilitand und dem Kostenträger eine mündliche Vereinbarung getroffen. Darin werden die notwendigen Hilfen, Maßnahmen und Fördermöglichkeiten sowie die Maßnahmefinanzierung festgehalten.
- An den Standorten 3, 6, 8, 9 und 13 kommt es gelegentlich zu einem zweiten Betriebsbesuch bzw. zu einem zweiten Gespräch mit dem Arbeitgeber und dem Klienten. Das geschieht vor allem dann, wenn der Rehabilitand im Betrieb verbleiben kann und der alte Arbeitsplatz umgestaltet werden muß.
- Teilweise ist der Erhalt des bisherigen Beschäftigungsverhältnisses nicht möglich. In diesen Fällen wird zur Anbahnung eines Arbeits- oder Ausbildungsverhältnisses bei einem neuen Arbeitgeber am Standort 7 eine besondere Strategie angewandt: in vielen Fällen führt dort ein „betreutes Praktikum“ des Rehabilitanden bei fortlaufendem Krankengeldbezug zu einer späteren Übernahme in den neuen Betrieb.

6.3.5 Nachbetreuung und Nachbefragung der Klienten

Von den insgesamt 16 Standorten werden die Rehabilitanden nur an drei Standorten (1, 9 und 11) bei Bedarf nachbetreut. Am Standort 11 ist die Nachbetreuung jedoch auf 6 Monate nach der beruflichen Wiedereingliederung beschränkt. Alle anderen Standorte führen keine Nachbetreuung durch, die meisten Case Manager stehen den Klienten allerdings bei Problemen telefonisch zur Verfügung. Nachbefragungen über den Erfolg der Wiedereingliederung bzw. den Erfolg einer Qualifizierungsmaßnahme werden an den Standorten 3, 5, 6, 7, 11, 13 und 15 durchgeführt. Eine Besonderheit bei der Nachbefragung zeigt sich beim Standort 5: Verbleibt der Rehabilitand im alten Betrieb, so wird der Arbeitgeber zu Verlauf und Ergebnis der Wiedereingliederung bzw. der betrieblichen Umschulung befragt. Darüber hinaus erhält der Arbeitgeber nach Abschluß eines Falles das Case-Management-Konzept des Standortes, damit CMB bei dem Arbeitgeber in Erinnerung bleibt.

6.3.6 Abschluß eines Falles

In der Regel schließen die Standorte einen Fall ab, wenn der Rehabilitand dauerhaft in den Arbeitsprozeß wiedereingegliedert wurde, d.h. wenn entweder das alte Beschäftigungsverhältnis erhalten *oder* ein neues Arbeitsverhältnis vermittelt werden konnte. Eine Ausnahme

bildet der Standort 8: Sobald klar ist, daß das Beschäftigungsverhältnis nicht erhalten werden kann, wird der Fall abgeschlossen. Bei Einmündung in eine Qualifizierungsmaßnahme und bei Kündigung des Beschäftigungsverhältnisses wird ein Fall ebenfalls bei fast allen Standorten abgeschlossen.

Bei zwei Standorten ist die Laufzeit der Betreuung vorgegeben: nach Ablauf einer Verweildauer von zwei Monaten am Standort 7 bzw. von sechs Monaten am Standort 1 muß dann ein Fall zwingend abgeschlossen werden. Einige wenige Standorte beenden ihre Fälle bereits, wenn eine Kostenzusage des Kostenträgers vorliegt (Standort 6 und 8). Als Abbruchgründe für CMB werden von den Standorten die Stellung eines Antrags auf Rente, die Bewilligung einer Rente, die Ablehnung eines Antrags auf Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben sowie die fehlende Mitwirkung des Rehabilitanden genannt. Am Standort 16 wird jeder Fall nach Abschluß der ZIB-Maßnahme, d.h. nach zwei Wochen, abgeschlossen.

6.3.7 Erfolgreiches CMB

An den Standorten 8 und 10 wird Case Management nur dann als erfolgreich angesehen, wenn es gelungen ist, das Beschäftigungsverhältnis des Rehabilitanden im alten Betrieb zu erhalten. An allen anderen Standorten ist ein Erfolg auch dann gegeben, wenn eine dauerhafte Wiedereingliederung bei einem neuen Arbeitgeber erreicht werden konnte. Darüber hinaus wird von den Standorten 2, 3, 4, 6, 7, 11, 13 und 14 die Einmündung in eine Qualifizierungsmaßnahme ebenfalls als Erfolg gewertet. Die Standorte 6, 7 und 9 sehen eine Rentenbewilligung, der Standort 2 bereits einen Rentenantrag als erfolgreichen Abschluß von CMB an. Als weitere gelungene Abschlüsse für CMB werden von verschiedenen Standorten die Zufriedenheit von Arbeitnehmer und Arbeitgeber, die Entwicklung einer beruflichen Perspektive für den Rehabilitanden und vor allem die Verkürzung des Reha-Prozesses gewertet. Auch die Sicherstellung der Weiterbetreuung durch andere Fachdienste wird von einigen Standorten als zufriedenstellender Fallabschluß angesehen.

6.4 Die Kooperation der CMB-Stellen mit den Rehabilitationsträgern

6.4.1 Kooperation der CMB-Stellen mit den Krankenkassen hinsichtlich des Zugangs von gesundheitlich beeinträchtigten Beschäftigten zum CMB

Die Kooperation mit den Krankenkassen bei der Gewinnung von Klienten für CMB wird an allen Standorten als überaus wichtige Möglichkeit angesehen, rehabilitationsbedürftige Beschäftigte frühzeitig zu erreichen. So verfügen die Krankenkassen mit den Informationen über Arbeitsunfähigkeitszeiten und -ursachen sowie mit den ärztlichen Gutachten des MDK über Versichertendaten, aus denen sich bereits früh ein entsprechender Handlungsbedarf erkennen läßt. Darüber hinaus sind Kontakte zu den Krankenkassen für den CMB-Prozeß auch deshalb bedeutsam, weil die ärztlichen Gutachten des Medizinischen Diensts der Krankenkassen eine wichtige Arbeitsgrundlage für die Case Manager darstellen, auf deren Basis die gesundheitliche Leistungsfähigkeit der Rehabilitanden eingeschätzt werden kann.

Dementsprechend bemühten sich die CMB-Stellen in der Anfangsphase des Projekts insbesondere darum, die regionalen Krankenkassen und MDKs als Kooperationspartner zu gewinnen. Aus den Projektstandorten wird berichtet, daß man sich im allgemeinen zunächst im Rahmen von Informationsveranstaltungen an die regional vertretenen Krankenkassen und MDKs wandte. Darüber hinaus wurde an verschiedenen Standorten ein direkter Kontakt zum Personal auf Sachbearbeiterebene (z.B. Fachkoordinatoren, Krankengeldfallmanager) gesucht, um das CMB-Projekt vorzustellen und für Zusammenarbeit zu werben (siehe dazu *Abschnitt 6.2.7*). Solche Veranstaltungen und Kontakte waren (oftmals nach anfänglichen Vorbehalten) vor allem dort erfolgreich, wo es sich bei den Vertretern dieser Institutionen um Personen handelte, die unmittelbar in die Arbeit mit potentiellen Adressaten eingebunden sind. Dabei ist die Qualität der Kooperation häufig personenabhängig. Weniger ergiebig waren die Veranstaltungen dann, wenn die Teilnehmer Geschäftsführungen oder Verbandsebenen von Institutionen repräsentierten: Solche Kontakte führten weitaus seltener zur konkreten Kooperation mit dem CMB-Stellen. Offensichtlich wurden die vermittelten Informationen häufig nicht bis auf Sachbearbeiterebene weitergeleitet.

An mehreren Standorten wurden mit einzelnen Krankenkassen Kooperationsroutinen bei der Vermittlung von Klienten an die CMB-Stellen vereinbart. Als Möglichkeiten werden genannt:

- Erstens: Die Krankenkasse sichtet Akten potentieller Adressaten und bittet diese um Zustimmung zur Weitergabe von Daten an die CMB-Stelle. Liegt diese Zustimmung vor,

- kann entweder mit dem Case Manager bei einem gemeinsamen Treffen unter Verwendung von *MDK*-Gutachten über die Annahme des Rehabilitanden als CMB-Fall befunden werden (z.B. Standort 8) oder
 - werden die Unterlagen des Adressaten sofort oder auf dem Umweg über das Arbeitsamt an die CMB-Stelle weitergeleitet (z.B. Standorte 2, 5, 7, 12, 13, 14, 15).
- Zweitens: Die Krankenkasse klärt mit der CMB-Stelle auf Grundlage anonymisierter Unterlagen ab, ob ein Fall für das Case Management als geeignet erscheint; dies geschieht oft im Rahmen routinemäßiger Arbeitssitzungen. Ist ein Fall geeignet, wird der Klient von der Krankenkasse um Zustimmung zur Datenweitergabe an die CMB-Stelle gebeten sowie zu einer Terminvereinbarung mit dem Case Manager aufgefordert (z.B. Standort 6 und 11).

Über die Kooperationsverhandlungen und die bereits funktionierende Zusammenarbeit mit einzelnen Krankenkassen und *MDKs* informiert *Tabelle 8*.

6.4.2 Kooperation der CMB-Stellen mit den übrigen Rehabilitationsträgern

Neben den Krankenkassen und deren Medizinischem Dienst spielen beim Zugang von Beschäftigten zum CMB unter anderem auch Arbeitsamt und Rentenversicherungsträger eine wichtige Rolle: Rentenversicherungsträger kommen in ihrer Doppelfunktion als Träger der beruflichen *und* medizinischen Rehabilitation ebenso wie die Krankenkassen bereits frühzeitig, nämlich bei Stellung eines Antrags auf medizinische Rehabilitationsleistungen, mit potentiellen Klienten des CMB in Kontakt. Sowohl Rentenversicherungsträger als auch Arbeitsämter erhalten darüber hinaus auch durch die bei ihnen gestellten Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben Kenntnis von rehabedürftigen Beschäftigten.

Hinzu kommt, daß beide Träger den CMB-Stellen wichtige Gutachten zur Verfügung stellen. Dazu zählen die Entlassungsberichte der Rentenversicherungsträger nach stationären Heilbehandlungen ebenso wie die ärztlichen, psychologischen und technischen Gutachten der Fachdienste des Arbeitsamts. Herausragende Bedeutung als Kooperationspartner der CMB-Stellen kommt Arbeitsamt und Rentenversicherungsträgern jedoch in erster Linie deshalb zu, weil sie für die überwiegende Zahl der CMB-Fälle der zuständige Kostenträger für Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation sind:

Tabelle 8: Kooperationsbeziehungen der Case Manager mit den Krankenkassen sowie dem MDK (Stand: Dezember/Januar 2001/2002)

Kooperationspartner	Projektstandort / Organisationsform															
	1 Einkaufsmodell	2 Einkaufsmodell	3 Einkaufsmodell	4 Reha-Trägermodell ¹	5 Einkaufsmodell	6 Einkaufsmodell	7 Einkaufsmodell	8 Reha-Trägermodell	9 Reha-Trägermodell	10 Reha-Trägermodell	11 Einkaufsmodell	12 Einkaufsmodell	13 Reha-Trägermodell	14 Einkaufsmodell	15 Einkaufsmodell	16 Einkaufsmodell
1. Krankenkassen																
AOK	x	x	x	x	keine Informationen					Kooperation mit den Krankenkassen noch mit Problemen verbunden; möglicherweise noch nicht die richtigen Ansprechpartner bei den Krankenkassen kontaktiert.						
BEK		x	x			x	x	x					x		x	
BKK		x	x			Δ									◆	
IKK		x	x			x		x					x		◆	x
DAK		x	x			x		x					x		◆	x
TKK		x	x			□								Δ		
GEK		x	x													
KKH		x	x			Δ		x						x		
HKK ²		x	x													
HH-M KK ³																
LKK																
2. MDK																
MDK	x	x	x	x		Δ	x					x	x	○	x	

Legende: x Kooperation funktio- niert bereits □ Kooperation ist verein- bart, aber noch nicht realisiert ○ Kooperation ist verein- bart, aber noch nicht realisiert Δ Kooperationsver- handlungen laufen noch ◆ Krankenkasse ist nicht zur Kooperation bereit

Anmerkung: Mehrere Symbole finden sich in einem Tabellenfeld dann, wenn sich die Zusammenarbeit der betreffenden CMB-Stelle mit den einzelnen Kassen innerhalb einer Kassenart uneinheitlich darstellt bzw. wenn sich die Kooperationsbeziehungen mit den einzelnen Niederlassungen des MDK unter- scheiden.

1 Am Standort 4 führt die AOK CMB selbst und zwar ausschließlich für eigene Versicherte durch.
 2 Hanseatische Krankenkasse
 3 Hamburg Münchener Krankenkasse

Im Regelfall sind sie es, die jene Leistungen bewilligen oder ablehnen, die von den Case Managern in den Eingliederungsplänen vorgeschlagen werden. An den meisten Standorten sind die CMB-Stellen deshalb eng mit Arbeitsamt, LVA und *BfA* vernetzt¹⁴⁴.

Auch die Unfallversicherungsträger stellen als Träger der medizinischen und beruflichen Rehabilitation potentielle Kooperationspartner der Case Manager dar. Allerdings ergaben die Eingangsgespräche an den Modellstandorten, daß Kooperationsbeziehungen zwischen CMB-Stellen und Berufsgenossenschaften offenbar eher die Ausnahme sind. Das geringe Ausmaß der Zusammenarbeit mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung ist hierbei in den meisten Fällen darauf zurückzuführen, daß die Unfallversicherungsträger für die von ihnen zu betreuenden Versicherten – also für Beschäftigte mit Arbeitsunfall oder Berufskrankheiten – im Rahmen der Berufshilfe in der Regel selbst einzelfallbezogenes Rehabilitationsmanagement durchführen. Aus diesem Grund stehen die Berufsgenossenschaften Kooperationsangeboten der CMB-Stellen vielfach skeptisch gegenüber.

Die Integrationsämter und Integrationsfachdienste spielen im Kooperationsnetzwerk der CMB-Stellen verglichen mit Krankenkassen, *MDK*, Arbeitsamt und Rentenversicherungsträger ebenfalls nur eine untergeordnete Rolle. Dies liegt vor allem daran, daß beide Institutionen ausschließlich für den Personenkreis der Schwerbehinderten zuständig sind, diese jedoch nur einen verhältnismäßig kleinen Teil der CMB-Klienten stellen¹⁴⁵.

Wie aus den Eingangsgesprächen an den Standorten bekannt ist, gelang es einigen CMB-Stellen, mit einzelnen Rehabilitationsträgern Absprachen zur Beschleunigung des Reha-Prozesses zu treffen. So vereinbarten zwei der drei bei den Arbeitsämtern angesiedelten CMB-Stellen mit ihren Fachdiensten eine bevorzugte Behandlung der CMB-Fälle bei der Erstellung ärztlicher, psychologischer oder technischer Gutachten. Die Case Manager der Krankenkasse (Standort 4) kamen mit dem *MDK* überein, daß dieser seine Gutachten künftig so erstellt, daß sie auch vom Arbeitsamt als Entscheidungsgrundlage für die Leistungsbewilligung anerkannt werden. Auf diese Weise werden zeitraubende Doppelbegutachtungen vermieden. An einem Standort des Einkaufsmodells (Standort 5) veranlaßt ein Mitarbeiter der *BfA* in Berlin jeweils auf Benachrichtigung des Case Managers hin die beschleunigte Bearbeitung des Teilhabe-Antrages für CMB-Fälle. In einem anderen Projekt (Standort 6,

¹⁴⁴ Zu den Aktivitäten der CMB-Stellen zum Aufbau von Kooperationsbeziehungen mit den Reha-Trägern vgl. *Abschnitt 6.2.7*

¹⁴⁵ Zu den Aufgaben des Integrationsamtes vgl. § 102 SGB IX, zu denen der Integrationsfachdienste siehe § 110 SGB IX

ebenfalls ein Einkaufsmodell) stellt ein führender Mitarbeiter der LVA die rasche Prüfung und Bewilligung von Eingliederungsvorschlägen der CMB-Stelle sicher. Vereinzelt gelang es CMB-Stellen zudem, regelmäßige Besprechungen der laufenden CMB-Fälle mit den Reha-Kostenträgern zu etablieren und auf diese Weise Zeitverluste zu vermeiden (Beispiel: Standort 15). Am Standort 3 (Einkaufsmodell) bewährte sich schließlich die Praxis, die Reha-Kostenträger einen Monat nach Zugang eines Klienten jeweils über den aktuellen Stand des betreffenden Falls zu informieren; dadurch konnte das Reha-Verfahren deutlich verkürzt werden.

6.5 Die bisherigen Probleme und positiven Entwicklungen an den Projektstandorten

6.5.1 Probleme an den Projektstandorten

Im Rahmen der Interviews an den Projektstandorten wurde u.a. danach gefragt, worin die Case Manager bislang die größten Probleme bei CMB sehen. Im folgenden werden diejenigen Probleme, die am häufigsten von den Case Managern genannt wurden, kurz erläutert (siehe dazu *Abbildung 39*).

- **Kostenträger reagieren schwerfällig (zäher innerbehördlicher Informationsfluß)**
Die Case Manager klagten an sechs von 16 Standorten darüber, daß einige Kostenträger erst sehr spät auf Anfragen bzw. Antragstellungen seitens der CMB-Stelle oder der Klienten reagierten. Dies liegt wohl mitunter daran, daß Unterlagen innerhalb der Behörden nicht zügig weitergereicht werden und der Informationsfluß recht zäh verläuft.
- **Aufbau von Kooperationsbeziehungen mit allen Reha-Trägern in der Region schwierig**
Die Hälfte der Case Manager gab an, insbesondere in der Implementierungsphase, Schwierigkeiten beim Aufbau von Kooperationsbeziehungen mit bestimmten Rehabilitations-Trägern in der Region gehabt zu haben. Am Standort 3 war vor allem die Kooperation mit dem örtlichen *MDK* und der *BfA* problematisch, die anderen Standorte nannten als weitere schwierige Kooperationspartner die LVA, einzelne Krankenkassen und die *BfA*. Es ist jedoch davon auszugehen, daß sich einige dieser Schwierigkeiten im Verlauf des Modellprojektes legen werden oder noch beheben lassen.

CMB-Probleme (Stand: März 2002)

- **Kostenträger reagieren schwerfällig**
- **Aufbau von Kooperationsbeziehungen mit allen Reha-Trägern in der Region schwierig**
- **ungünstige Arbeitsmarktsituation bzw. Betriebsstruktur in der Region**
- **Keine ausreichende Freistellung für CMB**
- **Klientenrückgang aufgrund SGB IX-Regelungen**
- **zu wenige oder falsche Informationen in Gutachten / Reha-Entlassungsberichten**
- **starre vertragliche Regelungen mit AA**
- **geringer Stellenwert von CMB (AA)**
- **Krankenkassen vermitteln für CMB nicht geeignete Versicherte**



Institut für empirische Soziologie
Nürnberg

Case Management 2002

Abbildung 39

➤ **Ungünstige Arbeitsmarktsituation bzw. Betriebsstruktur in der Region**

Ein Drittel der Standorte teilte mit, daß ein großes Problem für CMB die ungünstige Arbeitsmarktsituation bzw. die Betriebsstruktur in der Region sei. Dies betrifft insbesondere diejenigen Standorte, deren Klienten vor allem im ländlichen Raum leben und arbeiten. In diesen Gebieten ist einerseits die Betriebsstruktur durch Klein- und Mittelstandsbetriebe gekennzeichnet, die häufig nicht die Möglichkeiten dazu haben, eine gesundheitlich eingeschränkten Mitarbeiter im Betrieb weiter zu beschäftigen. Andererseits ist in diesen Regionen oftmals die Arbeitslosigkeit sehr hoch, was vermuten läßt, daß am Arbeitsmarkt eine größere Anzahl an entsprechend qualifizierten gesunden Arbeitskräften zur Verfügung stehen. Die Motivation für einen Unternehmer, einen behinderten Mitarbeiter im Betrieb zu behalten, dürfte deshalb häufig wenig ausgeprägt sein.

➤ **Keine ausreichende Freistellung für CMB**

Über zu wenig Zeit für CMB klagten vor allem die Standorte, an denen die Case Manager entweder überhaupt nicht oder nur zu einem geringen Teil für Case Management freigestellt sind. Dies betrifft insbesondere die vier Standorte, an denen das Ar-

beitsamt oder ein Rentenversicherungsträger CMB mit eigenem Personal durchführen. *Es wurde auf die Gefahr eines Ausstiegs dieser Stellen aus dem Modellprojekt hingewiesen, da unter den gegebenen Bedingungen weder dem Anspruch einer konzeptgemäßen Durchführung des CMB noch den Erwartungen der Begleitforschung hinsichtlich der eingegangenen Dokumentations- und Kooperationsverpflichtungen Genüge geleistet werden kann.*

➤ **Klientenrückgang aufgrund SGB IX-Regelungen**

Die Case Manager an drei von 16 Standorten befürchten bzw. beobachten seit Inkrafttreten von SGB IX am 1. Juli 2001 einen erheblichen Klientenrückgang. Die Gründe dafür werden in der Regelung gesehen, daß jeder Reha-Träger die Rehabilitation in eigener Verantwortung durchzuführen (§ 6 Abs. 2 SGB IX), die Zuständigkeit zur Leistungserbringung innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang festzustellen und den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Reha-Träger zuzuleiten hat (§ 14 Abs. 1 SGB IX). Auf diese (abgesehen von der knappen Frist im Grunde nicht neue¹⁴⁶) Rechtslage reagierten einige Landesarbeitsämter mit der Weisung, daß Reha-Fälle entgegen der bisherigen großzügigeren Praxis nunmehr sofort abzuschließen und weiterzuleiten sind, wenn die Zuständigkeit eines anderen Reha-Trägers feststeht. Dies betrifft insbesondere jene Fälle, die wegen Erfüllung einer Wartezeit von 15 Jahren in den Zuständigkeitsbereich der Rentenversicherungsträger fallen, und somit die meisten Klienten der CMB-Stellen. Insofern sind seither vor allem jene Case Manager mit dem Problem des Klientenrückgangs konfrontiert, die entweder direkt beim Arbeitsamt angesiedelt sind oder die bislang allein mit dem Arbeitsamt, nicht jedoch mit den Rentenversicherungsträgern Kooperationsvereinbarungen abgeschlossen haben. Ein Standort zog sich deshalb ganz aus dem Modellprojekt zurück, ein anderer stellte die CMB-Arbeit bis zum Abschluß einer entsprechenden Vereinbarung mit der LVA vorläufig ein.

➤ **Zu wenige aussagefähige in Gutachten oder Reha-Entlassungsberichte**

Ein weiteres Problem für die Case Manager an drei von 16 Standorten stellen die medizinischen Gutachten und Reha-Entlassungsberichte dar. Einerseits sind die MDK- bzw. ärztlichen Gutachten oft wenig aussagekräftig, insbesondere hinsichtlich berufsbezogenem positivem / negativem Leistungsbild; andererseits enthalten sie den Befragten zufolge immer wieder mangelhafte oder falsche Diagnosen. Das gleiche Problem tritt auch bei Reha-Entlassungsberichten auf. Die Case Manager stellt dies vor die Alternative, entweder neue Gutachten in Auftrag zu geben, wobei wie-

¹⁴⁶ Entsprechende Regelungen enthielt bereits § 6 RehaAnglG.

derum ein erheblicher Zeitverlust in Kauf genommen werden muß, oder aber mit den problematischen Gutachten zu arbeiten. Im letzten Fall laufen sie jedoch Gefahr, die gesundheitliche Situation und das berufliche Leistungsvermögen des Rehabilitanden nicht richtig einschätzen zu können, was dann zu einer Fehlentscheidung hinsichtlich der durchzuführenden Maßnahme führen kann.

➤ **Starre vertragliche Regelungen**

An zwei von 16 Standorten wurden mit dem zuständigen Arbeitsamt sehr starre Regelungen vereinbart. Dies bedeutet für die jeweiligen Case Manager eine erhebliche Einschränkung des Handlungsspielraums und einen Verlust von Flexibilität, die bei der Betreuung von Rehabilitanden jedoch eine wesentliche Rolle spielt. Insbesondere die strikte Vorgabe der Verweildauer führt häufig dazu, daß ein laufender Fall ohne Ergebnis abgebrochen werden muß, obwohl er womöglich bei mehr Zeit erfolgreich abgeschlossen worden wäre. Der Case Manager am Standort 7 führt CMB unter besonders ungünstigen vertraglichen Bedingungen mit dem Arbeitsamt durch, die – ebenso wie die mangelnde Freistellung für CMB an anderen Standorten – einen Qualitätsverlust des CMB befürchten lassen. Aus Sicht der Begleitforschung können solche starre Regelungen den unterschiedlichen individuellen Problemlagen der Klienten nicht Rechnung tragen.

➤ **Geringer Stellenwert von CMB**

Am Standort 8 (Reha-Träger-Modell: Arbeitsamt) klagte der Case Manager darüber, daß die Leitung seiner Behörde dem CMB nur einen geringen Stellenwert beimißt. Dieser Sachverhalt steht in engem Zusammenhang mit der geringen Freistellung des Case Managers für CMB und die damit verbunden Probleme, die in den obigen Ausführungen *Keine ausreichende Freistellung für CMB* bereits genannt werden.

➤ **Krankenkassen vermitteln für CMB nicht geeignete Versicherte**

Ein Drittel der Case Manager an den Standorten bemängelten, daß die Krankenkassen Versicherte an die CMB-Stelle vermitteln, die aufgrund ihrer gesundheitlichen Disposition nicht für CMB geeignet sind. Die Case Manager vermuten, daß sich die Krankenkasse derjenigen Versicherungsfälle entledigen wollen, die schon länger im Krankengeldbezug stehen, aber im Grunde noch nicht oder nicht mehr in den Arbeitsprozeß wieder einzugliedern sind. Offensichtlich hat man sich bei diesen Kassen mit dem Anliegen und den dazu erforderlichen Voraussetzungen der Adressaten von CMB nicht ausreichend beschäftigt.

6.5.2 Positive Entwicklungen an den Projektstandorten

Abbildung 40 gibt einen Überblick über besonders positive Ergebnisse, welche die Aktivitäten der CMB-Stellen an einigen der Projektstandorte bereits erbracht haben.

Standortspezifisch positive Ergebnisse (Stand: März 2002)

- **Gut funktionierende Kooperation zwischen Reha-Trägern (nach Anlaufschwierigkeiten) im Hinblick auf**
 - **CMB-Klientenauswahl**
 - **Kostenübernahmeentscheidung**
- **Gelungene Einbindung des gesamten Netzwerks in der Region, einschließlich der behandelnden Ärzte**
- **Aufgrund guter Erfahrungen mit eingegliederten Arbeitnehmern gehen Arbeitgeber von sich aus auf CMB-Stelle zu**


Case Management 2002

Abbildung 40

Es zeigte sich, daß – nach anfänglichen Schwierigkeiten – die Zusammenarbeit an einigen Standorten zwischen CMB-Stelle und den jeweiligen Reha-Trägern der Region im Hinblick auf die Klientenauswahl und die Kostenübernahmeentscheidung inzwischen gut funktioniert (Standort 2, 3, 6, und 7). Dies ist u.a. darauf zurückzuführen, daß die Mehrzahl der CMB-Stellen von Beginn der Projektlaufzeit an verstärkt Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit betrieben haben. Dabei wurden u.a. Informationsveranstaltungen für Sozialversicherungsträger, Arbeitgeber und sonstige Institutionen durchgeführt sowie persönliche Kontakte (Besuche, Telefonate u.a.) zu den genannten Stellen geknüpft (vgl. *Abschnitt 6.2.7*).

In diesem Zusammenhang ist auch zu erwähnen, daß sich am Projektstandort 3 nach Angabe des Case Managers die Kooperationsbeziehungen zu den Kostenträgern aufgrund monatlicher Meldungen über den Stand des jeweiligen Falles wesentlich verbessert haben. Darüber hinaus gelang es an den Standorten 7 und 15, das gesamte Netzwerk in der Region, einschließlich der behandelnden Ärzte, in das CMB mit einzubinden. Die Case Manager dieser Standorte äußerten sich sehr positiv über diesen Sachverhalt, da ihrer Meinung nach die Information, die sie durch ein persönliches Gespräch mit dem Arzt über den Gesund-

heitszustand und das positive / negative Leistungsbild des Rehabilitanden erhielten, brauchbarer seien als diejenigen, die sie aus den medizinischen Gutachten oder Reha-Entlassungsberichten entnehmen müßten.

Außerdem gelang es den CMB-Stellen an einer Reihe von Standorten, Vereinbarungen mit Rehabilitationsträgern bezüglich der Vermittlung von Klienten an die CMB-Stellen sowie zur Beschleunigung des Reha-Prozesses zu treffen (vgl. dazu *Abschnitt 6.4*).

Ein weiteres standortspezifisch positives Ergebnis ist die Tatsache, daß an den Standorten 5, 6 und 10 die Arbeitgeber aufgrund guter Erfahrungen mit wieder eingegliederten Arbeitnehmern mit Behinderungen inzwischen von sich aus auf die CMB-Stellen zugehen und um Beratung und Hilfe bitten. Dies ist ein erster Hinweis darauf, daß CMB von den Arbeitgebern angenommen wird bzw. daß in den Betrieben offensichtlich ein Bedarf an Beratung und Hilfestellung in Bezug auf gesundheitlich eingeschränkte Arbeitnehmer besteht.

6.6 Aktuelle Fallzahlen

Tabelle 9 zeigt deutlich die Heterogenität der Standorte hinsichtlich der Anzahl der insgesamt betreuten und erfolgreich abgeschlossenen Fälle. So wurden z.B. am Standort 4 bisher erst drei CMB-Fälle betreut, wohingegen der Standort 5 mit insgesamt 243 betreuten Fällen schon über einen reichen Erfahrungsschatz verfügt. Die unterschiedlichen Fallzahlen lassen sich u.a. auf die unterschiedlichen Beginnzeitpunkte der CMB-Projekte sowie auf die unterschiedliche Freistellung der Case Manager an den Standorten zurückführen. Außerdem kommt dem Standort der CMB-Stelle eine bedeutende Rolle zu: in Großstädten oder prosperierenden Regionen ist mit mehr Fallzahlen zu rechnen als in ländlichen Gebieten oder in Regionen mit problematischer Wirtschafts- und Arbeitsmarktlage.

Über den Erfolg der CMB-Maßnahmen läßt sich auf Basis dieser Zahlen jedoch noch keine eindeutige Aussage treffen, da ein großer Teil der betreuten Fälle noch nicht abgeschlossen ist bzw. dem *Institut für empirische Soziologie* noch keine endgültigen Zahlen vorliegen. In der *Tabelle 10* sind diejenigen Fälle, die entweder noch laufen oder bei denen es (bisher) nicht zu einer beruflichen Wiedereingliederung gekommen ist (Umschulung, Rentenbezug, Arbeitslosigkeit u.a.), nicht ausgewiesen.

Tabelle 9: Aktuelle Fallzahlen (Stand: März 2002)

Standort-Nr.	Zeitraum	insgesamt betreute CMB-Fälle	erhaltene Beschäftigungsverhältnisse	neu vermittelte Beschäftigungsverhältnisse
1	1.2.2002 - 15.3.2002	7 (laufend)	-	-
2	1.2.2001 - 15.3.2002	115	14	1
3	1.1.2000 - 15.3.2002	61	4	2
4	1.6.2001 - 31.7.2001	3	k.A.	k.A.
5	1.6.2000 - 15.03.2002	243	41	2
6	1.9.2000 - 15.3.2002	179	34	7
7	1.3.1999 - 31.12.2000	126	k.A.	k.A.
8	1.6.2000 - 15.3.2002	163	28	1
9	1.2.2000 - 15.3.2002	200	10	-
10	18.1.2000 - 17.1.2001	167	47	-
11	1.2.2001 - 15.3.2002	22	-	-
12	1.11.2001 - 15.3.2002	43	4	-
13	1.1.2001 - 15.3.2002	61	10	2
14	1.1.2001 - 31.7.2001	8	k.A.	k.A.
15	1.3.2000 - 15.3.2002	58	16	1
16	1.7.2000 - 31.7.2001	120	k.A.	k.A.

6.7 Zusammenfassung und Diskussion

Die bisherigen Ausführungen machen deutlich, daß es zum Teil erhebliche Unterschiede hinsichtlich der CMB-Konzepte und der Arbeitsbedingungen der Case Manager an den Standorten gibt.

Am gravierendsten zeigen sich diese Diskrepanzen bei der Freistellung der Case Manager für CMB: relativ günstige Bedingungen finden sich an den Standorten 2, 3, 5, 11, 12 und 14. Demgegenüber sind die Arbeitsbedingungen für die Case Manager der Standorte 4, 7, 8, 9, 10, 13 und 15 insofern nachteilig, als an denjenigen Standorten, an denen die Case Manager überhaupt nicht oder nur zu einem geringen Teil freigestellt sind, die Gefahr besteht, daß Fälle entweder überhaupt nicht oder nicht zeitnah bearbeitet werden können. Für das CMB

ist dieser Sachverhalt jedoch sehr ungünstig: ist ein frühzeitiges Handeln seitens der CMB-Stelle nicht möglich, verliert der Arbeitgeber mit hoher Wahrscheinlichkeit das Interesse an dem betroffenen Arbeitnehmer, und damit verringern sich die Chancen einer Ausgliederungsverhinderung erheblich. Das frühzeitige Eingreifen durch den Case Manager, d.h. die schnellst mögliche Beratung von Arbeitnehmer und Arbeitgeber, ist ein Kernstück des CMB und kann bei Zeitmangel des Case Managers nicht immer gewährleistet werden. Darüber hinaus sehen einige CMB-Stellen wegen der Arbeitsüberlastung große Probleme darin, den Belangen der Begleitforschung vor allem hinsichtlich der Rehabilitanden-Dokumentation im gewünschten Umfang nachzukommen.

Unterschiede zeigten sich ebenfalls beim Aufbau der Kooperationsbeziehungen mit den Reha-Trägern in der Region. Nachdem sich in der Anfangsphase bei einigen Standorten die Netzwerkbeziehungen problematisch gestaltet hatten, konnten einige Case Manager in jüngster Zeit berichten, daß die Zusammenarbeit zwischen CMB-Stelle und Reha-Trägern im Hinblick auf die Klientenauswahl und die Kostenübernahmeentscheidung inzwischen gut funktioniert (Standort 2, 3, 6, und 7). Außerdem gelang es an den Standorten 7 und 15, das gesamte Netzwerk in der Region, einschließlich der behandelnden Ärzte, in das CMB mit einzubinden. Schließlich wurden zwischen CMB-Stellen und Rehabilitationsträgern zum Teil bereits Kooperationsroutinen vereinbart, was den Zugang von Klienten zum CMB sowie Verfahren zur Verkürzung des Reha-Prozesses betrifft (vgl. dazu *Abschnitte 6.4* und *6.5.2*).

7 Ausblick

Nachdem die Implementierungsphase der meisten CMB-Stellen abgeschlossen ist, kann davon ausgegangen werden, daß nunmehr eine gewisse Routine bei der CMB-Durchführung Raum greift. Dem entsprechend erscheint von großem Interesse, wie sich die betreffenden Prozesse anhand von Daten abbilden lassen, die mittels der seit März 2002 eingeführten CMB-Dokumentation erfaßt werden.

Wie berichtet, sind von den 16 bisher in das Projekt einbezogenen CMB-Stellen in der Zwischenzeit drei Standorte ausgeschieden, die Arbeit an einem weiteren Standort ruht zunächst. Erwogen wird daher, u.U. eine weitere CMB-Stelle einzubeziehen. Entsprechende Verhandlungen sollen in den nächsten Tagen aufgenommen werden.

Das Konzept der Begleitforschung legt im Rahmen der formativen Evaluation besonderen Wert auf einen standortübergreifenden, netzwerkorientierten Informations- und Erfahrungsaustausch, mit der Intention, die (potentiell) kooperierenden Akteure ziel- und problemorientiert für CMB-Belange zu sensibilisieren. In einen derartigen Dialog einzubeziehen sind daher nicht nur die CMB-Stellen, sondern auch wichtige Partner dieser Stellen im jeweiligen regionalen Verbund. Aufgrund der Tatsache, daß hier schon allein standortbezogen eine Vielzahl von potentiellen Akteuren zu berücksichtigen ist, wäre bei einem entsprechenden standortübergreifenden Austausch mit bis zu 150 Personen zu rechnen. Üblicherweise reduzieren sich Veranstaltungen mit solch großem Teilnehmerkreis auf den Vortrag von Referaten und vorbereiteten Diskussionsbeiträgen, ohne daß echte Diskussionen geführt, geschweige denn, praktisch verwertbare Arbeitsergebnisse erzielt werden können. Aus diesen Gründen soll von der Durchführung einer so gearteten Tagung von vornherein Abstand genommen werden.

Gute Erfahrungen sind allerdings vielfach mit Großgruppenveranstaltungen, wie der *Zukunftskonferenz*, der *RTSC-Konferenz* oder der *Open Space Technology*, gemacht worden.¹⁵⁰ Solchen Veranstaltungen lassen sich dazu nutzen¹⁵¹

- viele Menschen gleichzeitig zu erreichen,
- Multiplikatoreffekte zu nutzen,
- Resonanzen des jeweiligen Gesamtsystems einzuholen,

¹⁵⁰ Siehe dazu etwa: *Bonsen* 1995; *Königswieser / Exner* 2001: 313ff; *Owen* 2001

- Akzeptanz hinsichtlich Veränderungsprozessen zu erhöhen,
- übliche Informations- und Kommunikationsmuster zu durchbrechen und dadurch Impulse zur Weiterentwicklung zu setzen,
- Wissen zu generieren,
- Konsens über gemeinsame Zielsetzungen zu erreichen,
- konkrete Maßnahmen abzuleiten und zu planen.

Vor diesem Hintergrund plant die Begleitforschung in enger Zusammenarbeit mit der *BAR* die Durchführung von einer oder zwei CMB-Konferenzen im Herbst 2002, deren Ablauf sich am Konzept der *RTSC-Konferenz*¹⁵² orientieren¹⁵³ soll. Über Anliegen und mögliche Teilnehmer dieser Veranstaltung(en) informiert *Abbildung 41*.

Anliegen und mögliche TeilnehmerInnen von CMB-Konferenzen

Anliegen:

1. **Allgemeiner Informationsaustausch (Aktivitäten, Prozeduren, Ergebnisse)**
 - standortübergreifend
 - netzwerkorientiert
2. **Sensibilisierung der Netzwerkakteure**
 - zielorientiert
 - problemorientiert
3. **Problemorientierter Erfahrungsaustausch**
4. **Gemeinsame konstruktive Suche und Diskussion netzwerkorientierter Lösungen für CMB-Probleme**

TeilnehmerInnen:

- Case ManagerInnen
- Netzwerkakteure (AA, KK, RV, MDK ...?)
- Auftraggeber (*BMA, BAR*)
- Begleitforschung
- ggf. Sonstige



Institut für empirische Soziologie
Nürnberg

Case Management 2002

Abbildung 41

¹⁵¹ Vgl. *Bonsen* 1995: 33f; *Königswieser / Exner* 2001: 313

¹⁵² Mitarbeiter des Begleitforschungsteams haben sich bereits im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen die zur Durchführung von Großgruppenveranstaltungen erforderlichen Kompetenzen angeeignet.

¹⁵³ Es ist darauf hinzuweisen, daß die Architektur der erwähnten Großgruppenveranstaltungen keineswegs festgeschrieben ist, sondern den jeweiligen Bedarfslagen entsprechend untereinander kombiniert oder modifiziert werden können. (Vgl. *Bonsen* 1995: 40)

Erste Planungsüberlegungen sind der *Abbildung 42* zu entnehmen. Demnach sind für jede dieser Veranstaltungen, über deren Frequenz im Rahmen des Modellprojekts noch zu befinden sein wird, jeweils zwei halbe Tage einzukalkulieren. Erforderlich sind geeignete, erschwingliche Räumlichkeiten, die – bezogen auf die Herkunftsorte der Teilnehmer – möglichst zentral liegen sollen.¹⁵⁴ Einzelheiten der Veranstaltungsdurchführung werden einer Planungsgruppe übertragen, die nach Möglichkeit wichtige Teilnehmergruppen repräsentieren soll.

Planung von CMB-Konferenzen

- **1 oder 2 Veranstaltungen abhängig von TeilnehmerInnenzahl**
- **halbjährlicher / jährlicher Rhythmus**
- **Zeitpunkt: Herbst 2002**
- **Dauer: 2 halbe Tage**
- **Ort: Möglichst zentral, gut erreichbar**
- **geeignete, erschwingliche Räumlichkeiten für Konferenz, Unterbringung, Catering**
- **Einrichtung einer Planungsgruppe**

ifes Institut für empirische Soziologie Nürnberg **Case Management 2002**

Abbildung 42

Über einen möglichen Ablauf derartiger CMB-Konferenzen gibt *Abbildung 43* Auskunft. Demnach wird im Rahmen der Veranstaltungen überwiegend in gemischt oder homogen (z.B. standortbezogen, funktionsbezogen) zusammengesetzten Kleingruppen (bis zu acht Teilnehmer) an von der Projektleitung vorgegebenen Themen gearbeitet. Ziel ist es, zu einem Konsens der Beteiligten im Hinblick auf CMB-Ziele und Umsetzungsstrategien im regionalen Netzwerk zu gelangen und die Teilnehmer nach Möglichkeit dazu zu verpflichten, sich den getroffenen Vereinbarungen gemäß für die Verwirklichung der erarbeiteten Konzepte einzusetzen.

¹⁵⁴ Denkbar sind Veranstaltungsorte wie Frankfurt am Main, Kassel oder Leipzig.

Möglicher Ablauf einer CMB-Konferenz

Ablauf:

- **Begrüßung, Einführung (BAR, IfeS)**
- **Stärken u. Schwächen des CMB heute**
- **Potentiale im Bereich von CMB-Stellen und Netzwerkakteuren**
- **Entwurf eines idealen CMB („CMB-Konzept“)**
- **Kommentierung des CMB-Konzepts**
- **Überarbeitung des CMB-Konzepts**
- **Planung projektstandortbezogener Maßnahmen**
- **Präsentation und Diskussion der regional geplanten Maßnahmen**
- **Schlußrunde**

Arbeitsmethoden:

- **überwiegend: Arbeit in**
 - **gemischt oder**
 - **homogen (funktional, regional)**
- **zusammengesetzten Kleingruppen**
- **gelegentlich: Plenarpräsentation**



Institut für
empirische Soziologie
Nürnberg

Case Management 2002

Abbildung 43

Neben der Planung, Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der standortübergreifenden Veranstaltungen ist von der Begleitforschung eine Reihe von Routinearbeiten zu erledigen. Dazu gehört nicht nur die laufende Literaturlauswertung und Übermittlung einschlägiger Informationen an interessierte Projektbeteiligte. Vielmehr wird auch der laufende Dialog mit den CMB-Stellen großen Raum einnehmen. Darüber hinaus ist hier die schriftliche Nachbefragung von CMB-Klienten sowie deren Arbeitgeber zu nennen, die nach Abschluß eines CMB-Falles durch die wissenschaftlichen Begleitung erfolgt (das Einverständnis der Befragungspersonen vorausgesetzt).

In den kommenden Monaten werden Instrumente zur routinemäßigen Erfassung jener Daten erarbeitet, die von den einbezogenen CMB-Stellen dokumentiert und dem IfeS laufend übermittelt werden. Dazu sind Erfassungsmasken herzustellen, Routinen zur Plausibilitätskontrolle zu entwickeln u.ä.m. Im Anschluß daran können laufend erste Auswertungen von CMB-Daten vorgenommen werden.

Geplant ist auch die Erstellung von Kurzinformationen, die auf einen breiteren Adressatenkreis ausgerichtet sind und in angemessener Form über das Modellprojekt und erste Ergebnisse der Implementierungsphase unterrichten.

Das Berichtsjahr wird abgeschlossen durch die Erstellung des 2. CMB-Zwischenberichts, der vom *Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg* Ende März 2003 vorgelegt wird.

Literaturverzeichnis

- Abma, T. A., 2000:** Stakholder conflict: a case study. In: *Evaluation and Program Planning* 23, Iss. 2: 199-210 sowie: URL: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6V7V-3YWX9RY-7&_user=616145&_coverDate=05%2F01%2F2000&_alid=37269864&_rdoc=3&_fmt=full&_orig=search&_cdi=5852&_sort=d&_st=13&_acct=C000032322&_version=1&_urlVersion=0&_userid=616145&md5=04bf599e5b0db1f6270bca8e4bfb5c03 (15 Seiten; Stand: 15.3.2002)
- Adlhoch, U., 1997:** Stand der Entwicklung und Perspektiven von Integration von Integrationsfachdiensten. In: *impulse* Nr. 5/6, 1997: o.S. sowie: URL: http://bidok.uibk.ac.at/impulse/975_14.html (8 Seiten; Stand 26.9.2000)
- Adlhoch, U., 2000:** Unterstützte Beschäftigung / Integrationsfachdienste / Integrationsfirmen – neue Wege zur beruflichen und sozialen Eingliederung besonders benachteiligter Behinderter. In: *BAR* 2000b: 282-289
- Akabas, S. H.; Gates, L. B.; Galvin, D. E., 1992:** Disability Management: A Complete System to Reduce Costs, Increase Productivity, Meet Employee Needs, and Ensure Legal Compliance. New York, NY: AMACOM
- Albrecht, M., 1999:** Weiterbeschäftigung und Wiedereingliederung von Arbeitnehmern mit Behinderungen: Internationale Entwicklungen im Spiegel einer ILO-Vergleichsstudie. In: *impulse* Nr. 13, November 1999 sowie: URL: <http://bidok.uibk.ac.at/texte/imp13-99-studie.html> (7 Seiten; Stand 26.9.2000)
- Arbeitsamt Nürnberg, 2000:** Case Management zur Erhaltung von Arbeitsverhältnissen Behinderter nach § 19 SGB III. URL: <http://195.145.119.72/nuernberg/information/casemanagement.html> (3 Seiten; Stand: 4.10.2000)
- Aust, B., 1994:** Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung. *Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe „Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik“*, Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- Badura, B., 1999:** Evaluation und Qualitätsberichterstattung im Gesundheitswesen – Was soll bewertet werden und mit welchen Maßstäben? In: *Badura / Siegrist* 1999: 15-42
- Badura, B.; Siegrist, J. (Hrsg.), 1999:** Evaluation im Gesundheitswesen: Ansätze und Ergebnisse. *Gesundheitsforschung*, Weinheim: Juventa
- Bahlke, S., 2001a:** Behinderung im Erwerbsleben. Eine empirische Untersuchung betrieblicher und individueller Ressourcen in Rheinland-Pfalz. Idstein: Schulz-Kirchner
- Bahlke, S., 2001b:** Erfahrungen schwerbehinderter Arbeitnehmer mit betrieblichen Maßnahmen im Rahmen der Weiterbeschäftigung. Ausgewählte Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In: *Rehabilitation* 40, Heft 4: 226-234
- Ballew, J. R. / Mink, G., 1991:** Was ist Case Management? In: Wendt, W. R. (Hrsg.), *Unterstützung fallweise. Case Management in der Sozialarbeit*. Freiburg i. Br.: Lambertus: 56-83
- Barlsen, J.; Bungart, J.; Hohmeier, J.; Mair, H., 1999a:** Integrationsbegleitung in Arbeit und Beruf von Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen. *Argument-Sonderbände zum Schwerbehindertenrecht* Nr. 5, Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe
- Barlsen, J.; Bungart, J.; Hohmeier, J.; Mair, H., 1999b:** Integrationsbegleitung in Arbeit und Beruf von Menschen mit Lern- oder geistiger Behinderung. *impulse* Nr. 12, o.S. sowie: <http://bidok.uibk.ac.at/texte/imp12-99-untersuchung.html> (9 Seiten, Stand 26.9.2000)
- Bengel, J.; Koch, U., 1988:** Evaluationsforschung im Gesundheitswesen. In: *Koch / Lucius-Hoene / Stegie* 1988: 321-347
- Beule, P., 1999:** Erfahrungen der Integrationsfachdienste der Hauptfürsorgestellen im Jahr 1997. In: *Seyd / Nentwig / Blumenthal* 1999: 168-171
- Beywl, W., 2001:** Konfliktfähigkeit der Evaluation und die „Standards für Evaluationen“. In: *Sozialwissenschaften und Berufspraxis* 24, Heft 2: 151-164
- Beywl, W.; Taut, S. 2000:** Standards: Aktuelle Strategie zur Qualitätsentwicklung in der Evaluation. In: *Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung* 69, Heft 3: 358-370
- Bjorkman, T.; Hansson, L., 2000:** What do case managers do? An investigation of case manager interventions and their relationship to client outcome. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 35: 43-50
- Blaschke, D.; Plath, H.-E., 1997:** Zu einigen Problemen der Forschung über Behinderte – eine Einführung. In: *Mitteilungen aus Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* 30, Heft 2: 241-254

- Blaschke, D.; Plath, H.-E.; Nagel, E., 1992:** Konzepte und Probleme der Evaluation aktiver Arbeitsmarktpolitik am Beispiel Fortbildung und Umschulung. In: *Mitteilungen aus Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* 25, Heft 3: 381-405
- Bohm, S.; Schröder, W. F., 1995:** Organisationsmodelle zur ambulanten Rehabilitation in der Gesundheitsversorgung. In: *Arbeit und Sozialpolitik*, 1995, Heft 7-8: 44-49
- Bonsen, M. z., 1995:** Simultaneous Change – Schneller Wandel mit großen Gruppen. In: *Organisationsentwicklung* 4: 30-43
- Bortz, J.; Döring, N., 1995:** Forschungsmethoden und Evaluation. 2. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, Berlin: Springer
- Boult, C.; Rassen, J.; Rassen, A.; Moore, R. J.; Robison, S., 2000:** The Effect of Case Management on the Costs of Health Care for Enrollees in Medicare Plus Choice Plans: A Randomized Trial. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 48, Iss. 8: 996-1001
- Braun, H.; Kuwatsch, S., 2000:** Ansatzpunkte für ‚Disability management‘ im deutschen System der Hilfen für Behinderte - Problemstudie. Trier: Zentrum für Arbeit und Soziales an der Universität Trier
- Brühl, A.; Schuber, G., 2000:** Wege zur internen Leistungsverrechnung und Professionalisierung klinischer Sozialarbeit. In: *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 2000, Heft 5: A39-A42
- Bürle, G., 2001:** Frühzeitige Erfassung und Case Management bei Unfallgeschädigten mit Langzeitfolgen. In: *Managed Care* 5, Heft 7: 21-22
- Bührlen-Armstrong, B.; Jäger, U. de; Schochat, T.; Jäckel, W. H., 1998:** Patientenzufriedenheit in der Rehabilitation muskuloskelettaler Erkrankungen – Einfluß von Merkmalen der Patienten, der Behandlung, des Meßzeitpunkts und Zusammenhang mit dem Behandlungsergebnis. In: *Rehabilitation* 37, Supplement 1: S38-S46
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 1992:** Arbeitshilfe für die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß. *Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation*, Heft 8, Frankfurt/M.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.), 1994:** Rehabilitation Behinderter: Schädigung - Diagnostik - Therapie – Nachsorge: Wegweiser für Ärzte und weitere Fachkräfte der Rehabilitation. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 1994² (1984)
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2000a:** Trägerübergreifendes Seminar für Fachkräfte in der Rehabilitation vom 7. bis 9. März 2000 in Waldkraiburg; Thema „Case-Management“. Dokumentation der Referate. Frankfurt a. M.: BAR
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.), 2000b:** Rehabilitation im Wandel. 3. Bundeskongreß für Rehabilitation 21.-23. April 1999 in Suhl; Kongreßbericht, Frankfurt/M.: BAR
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2001:** Konzept für ein Modellprojekt „Case-Management zur Erhaltung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen behinderter Menschen“. Stand: 2.8.2001, Frankfurt a. M.: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) 1996:** IMBA – Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt: Arbeitsmaterialien für Arbeitsgestalter, Arbeitsmediziner, Arbeitspsychologen und andere Fachkräfte der beruflichen Rehabilitation. Loseblattsammlung. Bonn: BMA
- Cherek, L.; Taylor, M., 1995:** Rehabilitation, case management, and functional outcome: An insurance industry perspective. In: *NeuroRehabilitation* 5: 87-95
- Chruscz, S. 2000:** Umsetzung des Case-Managements in der GKV. In: *BAR 2000a*: o.S.
- Chruscz, D., Hamed, A., Zoike, E., 2000:** Langzeiterkrankungen und Fallmanagement. In: *Die Betriebskrankenkasse* 88, Heft 9: 393-399.
- Coulter, S. J.; Atkins, P. M.; Bailey, D.; Blatt, E.; Blashford, L.; Shumway, S., 1998:** Die Zufriedenheit der Patienten – Ein QI-Pilotprojekt. In: Schroeder, P., *Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen – Konzepte, Programme und Methoden des Total Quality Management*, Bern: Hans Huber: 127-141
- Datta, L.-E., 1997:** Multimethod Evaluations: Using Case Studies Together With Other Methods. In: Chelmsky E, Shadish W R. (Eds.) *Evaluation for the 21st Century. A Handbook*. London: Sage Publications: 344-359
- Deck, R.; Heinrichs, K.; Koch, H.; Kohlmann, T.; Mittag, O.; Peschel, U.; Ratschko, K. H.; Welk, H.; Zimmermann, M., 2000:** „Schnittstellenprobleme“ in der medizinischen Rehabilitation: die Entwicklung eines Kurzfragebogens zur Ermittlung des Informations- und Kommunikationsbedarfs bei Hausärzten. In: *Gesundheitswesen* 62: 431-436.
- Deusch, B., 1998:** Unterscheidung der Konzepte Unterstützter Beschäftigung nach Gesichtspunkten des Supported Employment und Integrationsfachdienste im Auftrag der Hauptfürsorgestellen. *impul-*

- se Nr. 9: 1998, o.S. sowie: URL <http://bidok.uibk.ac.at/impulse/imp989unterscheidung.html> (2 Seiten; Stand 26.9.2000)
- Deutsche Gesellschaft für Evaluation e.V. (Hrsg.) 2002:** Standards für Evaluation. Köln: DgeEval, sowie: URL: <http://www.degeval.de/standards/Broschuere.pdf> (Stand: 7.3.2002)
- Dietzel, G.T.W.; Troschke, J. v., 1988:** Begleitforschung bei staatlich geförderten Modellprojekten – Strukturelle und methodische Probleme. *Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit*, Band 216, Stuttgart: Kohlhammer
- DIN ISO 9004, Teil 2, 1992:** Qualitätsmanagement und Elemente eines Qualitätssicherungssystems. Leitfaden für Dienstleistungen (Identisch mit ISO 9004-2: 1991). Berlin: Beuth Verlag
- Donabedian, A., 1966:** Evaluating the quality of medical care. In: *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. XLIV, Number 3, July, Part 2: 167-206
- Donabedian, A., 1982:** An exploration of structure, process and outcome as approaches to quality assessment. In: Selbmann, H.-K.; Überla, K.K. (Hrsg.) (1982), *Quality Assessment of Medical Care*, Schriftenreihe der Robert Bosch Stiftung, Gerlingen: Bleicher: 69-92
- Doose, S., 1997:** Stand der Entwicklung und Zukunft von unterstützter Beschäftigung in Deutschland. IN: *impulse* Nr.5/6: 1997 sowie: URL: http://bidok.uibk.ac.at/impulse/975_23.html (9 Seiten; Stand 26.9.2000)
- Doose, S., 1998:** Unterstützte Beschäftigung in Deutschland – ein Überblick. In: *impulse* Nr 9, 1998 sowie: URL: <http://bidok.uibk.ac.at/impulse/impr989ueberblick2.html> (7 Seiten; Stand 25.7.2000)
- Dziuk, B., 2000:** „Wir begleiten unsere Versicherten durch die Versorgungslandschaft...“ Funktionierendes Reha-Management am Beispiel der Volkswagen BKK. In: *Die Betriebskrankenkasse*, 2000, Heft 3: 116-121
- EC Structural Funds, 1999a:** Evaluating socio-economic programmes: Evaluating design and management. *MEANS Collection*, Volume 1, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities
- EC Structural Funds, 1999b:** Evaluating socio-economic programmes: Glossary of 300 concepts and technical terms. *MEANS Collection*, Volume 6, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities
- efp – Europabüro für Projektbegleitung GmbH Nationale Koordinierungsstelle für die Gemeinschaftsinitiative BESCHÄFTIGUNG (Hrsg.), 1999:** efp-Leitfaden Projektevaluation. 7. Sonderausgabe. Bonn: efp
- Ehrhardt, W. F., 1999:** Behandelndes Case Management vor Ort zur sozialen und beruflichen Reintegration schädelhirnverletzter Unfallopfer. In: Seyd, W.; Nentwig, A.; Blumenthal, W. (Hrsg.), *Zukunft der beruflichen Rehabilitation und Integration ins Arbeitsleben*. Interdisziplinäre Schriften zur Rehabilitation, Band 8, Ulm: Universitätsverlag: 407-416
- Ehrlich, K., 1995:** Auf dem Weg zu einem neuen Konzept wissenschaftlicher Begleitung. In: *Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis* 24, Heft 1: 32-37
- Ewers, M., 1995:** Case Management Bibliographie mit einem einführenden Text. *Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health*, Heft P95-205, Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- Ewers, M., 1996:** Case Management: Anglo-amerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung. *Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health*, Heft P96-208, Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- Ewers, M., 2000a:** Case Management im Schatten von Managed Care: Sozial- und gesundheitspolitische Grundlagen. In: *Ewers / Schaeffer 2000a*: 29-52
- Ewers, M., 2000b:** Das anglo-amerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen. In: *Ewers / Schaeffer 2000a*: 53-90
- Ewers, M., Schaeffer, D. (Hrsg.), 2000a:** Case Management in Theorie und Praxis. *Hans Huber Programmbereich Pflege*, Bern: Verlag Hans Huber
- Ewers, M., Schaeffer, D., 2000b:** Einleitung: Case Management als Innovation im bundesdeutschen Sozial- und Gesundheitswesen. In: *Ewers / Schaeffer 2000a*: 7-28
- Faßmann, H., 1988:** Psychisch Behinderte in der beruflichen Rehabilitation – Wissenschaftliche Begleituntersuchung der Wirksamkeit von berufsfördernden Maßnahmen für psychisch Behinderte im Rehabilitationswerk Straubing. *Schriftenreihe des Instituts für empirische Soziologie*, Band 9, Nürnberg: IfeS
- Faßmann, H., 1997:** Früherkennung und Reduzierung von Abbrüchen der Berufsausbildung in Berufsbildungswerken. *Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, Band 206, Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit

- Faßmann, H., 1998:** Regionale Service-Zentren für häusliche Altenpflege – zur Entwicklung und Sicherung von qualitativen Standards in der privaten Pflege. Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Beratungsprojekts PFLEGE der Hans-Weinberger-Akademie. München: Hans-Weinberger-Akademie
- Faßmann, H., 2000a:** Aufgaben und Zielsetzung eines Case-Managements in der Rehabilitation. In: *BAR* 2000a: o.S.
- Faßmann, H., 2000b:** Case Management in der Rehabilitation: Möglichkeiten zur verbesserten Steuerung der Prozesse zur Wiedereingliederung. In: Festschrift 50 Jahre Wissenschaft für die Praxis. *Schriftenreihe des Instituts für empirische Soziologie*, Band 16, Nürnberg: IfeS: 55-80
- Faßmann, H., 2000c:** Aufgaben und Zielsetzung eines Case-Managements in der Rehabilitation. *Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg*, 4/2000, Nürnberg: IfeS
- Faßmann, H. 2001a:** Probleme der Evaluation von Programmen im Bereich der Rehabilitation. In: *Sozialwissenschaften und Berufspraxis* 24, 2001, 133-150
- Faßmann, H. 2001b:** Soziale Konflikte in der rehabilitationswissenschaftlichen Evaluationspraxis – Ursachen, Prävention und Management. *Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg*, 2/2001, Nürnberg: IfeS
- Faßmann, H.; Oertel, M., 1991a:** Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß. Bestandsaufnahme von Konzepten, Erfahrungen und Problemen. *Forschungsbericht Gesundheitsforschung*. Band 204, Bonn: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung
- Faßmann, H.; Oertel, M., 1991b:** Stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß. In: *Die Betriebskrankenkasse* 79, Heft 1: 18-28
- Faßmann, H.; Oertel, M., 1991c:** Erfolge beruflich-sozialer Rehabilitation von Behinderten. *Schriftenreihe des Instituts für empirische Soziologie Nürnberg*, Band 10, Nürnberg: IfeS
- Faßmann, H.; Passenberger, J.; Schneider, N.; Wintergerst-Gaasch, I., 1988:** Die Einleitung beruflicher Rehabilitation, Analyse von Verfahren und Möglichkeiten ihrer Verbesserung. *Forschungsbericht Sozialforschung*, Band 175, Bonn: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung
- Faßmann, H.; Reiprich, S.; Steger, R., 2000:** "REGionale Netzwerke zur beruflichen Rehabilitation (lern-) behinderter Jugendlicher (REGINE)" Erster Sachstandsbericht der wissenschaftlichen Begleitung einer Modellinitiative der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)*. Nürnberg: IfeS
- Faßmann, H.; Reiprich, S.; Steger, R., 2001:** "REGionale Netzwerke zur beruflichen Rehabilitation (lern-) behinderter Jugendlicher (REGINE)" Zweiter Sachstandsbericht der wissenschaftlichen Begleitung einer Modellinitiative der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)*. Nürnberg: IfeS
- Feldes, W.; Brummack, L., 2001:** Arbeit und Integration: Europäische Mindeststandards zur Beschäftigung behinderter Menschen. Hrsg. v. IG Metall / Bildungsvereinigung Arbeit und Leben Salzgitter e.V., Idstein/Taunus: meinhardt txt und design
- Fersh, D.; Thomas, P.W., 1993:** *Complying with the Americans with Disabilities Act: A Guidebook for Management and People with Disabilities*. Westport, CT: Greenwood Publishing Group
- Föhres, F.; Kleffmann, A.; Müller, B.; Weinmann, S., 1998:** MELBA – Ein Instrument zur beruflichen Rehabilitation und Integration. Manual. 2. Aufl.; Siegen: Universität-Gesamthochschule Siegen
- Ford, R.; Ryan, P.; Norton, P.; Beadmoore, A.; Craig, T.; Muijen, M., 1996:** Does intensive case management work? Clinical, social and quality of life outcomes from a controlled study. In: *Journal of Mental Health* 5, No. 4: 361-368
- Galvin, D. E., 1995:** Praktische Zugänge zu einem beruflichen Eingliederungs-Management. o.O.
- Gerhardinger, G.; 2002:** Konzepte der Berufsbetreuung. URL: <http://home.t-online.de/home/guenter.gerhardinger/betr2.htm> (21 Seiten; Stand: 22.2.2002)
- Gerth, U.; Menne, K.; Roth, X., 1999:** Qualitätsprodukt Erziehungsberatung. Empfehlungen zu Leistungen, Qualitätsmerkmalen und Kennziffern. *Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe* QS 27, Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- Gierl, H., 1999:** Vertrauen im Beratungsgeschäft. In: *Jahrbuch der Absatz- und Verbrauchsforschung*, Heft 2: 195-213
- Göbel, J., 1999:** Case-Management zur Erhaltung von Arbeitsverhältnissen Behinderter: Ein Modellversuch des Landesarbeitsamtes Bayern. In: *Rehabilitation* 38, 1999: 209-219
- Göbel, J., 2000a:** Case-Management zur Erhaltung von Arbeitsverhältnissen Behinderter: Ein Modellversuch des Landesarbeitsamtes Bayern. In: *Informationen für die Beratungs- und Vermittlungsdienste der Bundesanstalt für Arbeit*, 2000, Nr. 2: 93-108

- Göbel, J., 2000b:** Strukturwandel in der beruflichen Rehabilitation, Umfang des Angebotes von institutionellen Maßnahmen bis zu zielgruppenspezifischen, wohnortnahen Angeboten, Auswahl der notwendigen Maßnahmen durch die Arbeitsämter In: *BAR 2000b*: 263-269
- Götting, U., 1998:** Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung: Ansatzpunkte für Modellprojekte. In: *Die Ersatzkasse*, 1998, Heft 12, 554-557
- Gruhler, W., 1984:** Wirtschaftsfaktor Mittelstand. Köln: Deutscher Instituts-Verlag
- Gunz, J., 1986:** Handlungsforschung – Vom Wandel der distanzierten zur engagierten Sozialforschung. *Sociologica* 2, Wien: Wilhelm Braumüller Universitäts-Buchhandlung
- Hager, W.; Patry, J.-L.; Brezing, H. (Hrsg.), 2000:** Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen – Standards und Kriterien: Ein Handbuch. *Psychologie Lehrbuch*, Bern: Hans Huber
- Haines, H., 1998:** Ansatzpunkte europäischer Politik zur beruflichen Eingliederung behinderter Menschen. In: *Deutsche Rentenversicherung*, Heft 12: 829-838
- Haines, H., 2000:** Rehabilitationssteuerung in der Sozialversicherung aus der Sicht der Bundesregierung. In: *Rische / Blumenthal* 2000: 124-125
- Häußler, M.; Stößel, U.; Troschke, J. v.; Walterspiel, G.; Wetterer, A., 1988:** Konzepte und Erkenntnisinteressen der wissenschaftlichen Begleitforschung von Modelleinrichtungen. In: *Dietzel / Troschke* 1988: 31-105
- Hammer, U., 1986:** Beratungsrecht. Konzeption und Didaktik der Sozialberatung als Rechtsproblem. In: Auer, J. et al., *Gesundheitswesen und Recht: Praxishilfen für den Sozialarbeiter*. Oppl, H.; Weber-Falkensammer, H. (Hrsg.); Lebenslagen und Gesundheit – Hilfen durch Soziale Arbeit, Band 2, Frankfurt/M.: Diesterweg: 29-88
- Hansen, U.; Emmerich, A., 1998:** Sind zufriedene Kunden wirklich zufrieden? Eine Differenzierung des Kundenzufriedenheitskonstruktes auf der Grundlage organisationspsychologischer Erkenntnisse. In: *Jahrbuch der Absatz- und Verbrauchsforschung*, Heft 2: 220-238
- Hardy, B.; Turrell, A.; Wistow, G., 1992:** Innovations in Community Care Management. Avebury, Aldershot
- Harlan, S. L.; Robert, P. M., 1998:** The Social Construction of Disability in Organizations: Why Employers Resist Reasonable Accommodation. In: *Work and Occupations* 25, No. 4: 397-435
- Hartmann, R., 2001:** Umfassende Koordination der Rehabilitation und Reintegration von Schleudertraumabetroffenen in paritätisch geführter Firma. In: *Managed Care* 5, Heft 7: 19-20
- Hauß, F., 1991:** Gesundheitsbericht – Gesundheit, Arbeitsbelastung und Änderungsvorschläge in der Kraftfahrzeuginnung Düsseldorf. Berlin: Institut für Gesundheits- und Sozialforschung
- Heinze, T., 1995:** Qualitative Sozialforschung – Erfahrungen, Probleme und Perspektiven. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage, *WV studium*, Band 144, Opladen: Westdeutscher Verlag
- Herman, J. L.; Morris, L. L.; Fitz-Gibbon, C. T., 1988:** Evaluator's Handbook. Beverly Hills: Sage
- Hesselund, T. A.; Cox, R., 1996:** Vocational Case Managers in Early Return-to-Work Agreements. In: *Journal of Case Management* 2, 1996, Nr.6: 34-40, 70
- Hoser, K., 1995:** Wissenschaftliche Begleitforschung im Kontext psychosozialer Institutionen: Das Miteinander lernen von Praktiker und Forscher. In: *Berufliche Rehabilitation* 9, Heft 4: 18-26
- Howe, R. S. (ed.), 1994:** Case Management for Health Care Professionals. Chicago: Precept Press
- Hüllen, B.; Chruscz, D., 1998:** BKK Fallmanagement: Instrument und Umsetzungsperspektiven. In: *Die Betriebskrankenkasse*, 1998, Heft 5: 250-253
- Hüllen, B.; Schulz, H., 1997:** Fallmanagement: Optimierte Rehabilitation für BKK-Versicherte. In: *Die Betriebskrankenkasse*, Heft 9: 372-377
- Jähnert, D., 1999:** Entwicklungen und Visionen von unterstützter Beschäftigung. In: *impulse* Nr. 14, 1999, o.S. sowie: URL: <http://bidok.uibk.ac.at/texte/imp14-99-visionen.html> (6 Seiten; Stand 26.9.2000)
- Joint Committee on Standards for Educational Evaluation; Sanders, J. R. (Hrsg.) 1999:** Handbuch der Evaluationsstandards: Die Standards des „Joint Committee on Standards for Educational Evaluation“. Opladen: Leske + Budrich
- Junker, A., 1998:** Supported Employment Made in USA – ein Modell für Deutschland? In: *impulse* 1998, o.S. sowie: URL: <http://bidok.uibk.ac.at/impulse/imp987-Supporte.html> (20 Seiten; Stand 26.9.2000)
- Keppner, W., 1996:** Gesundheitszirkel in Klein- und Mittelbetrieben: Möglichkeiten und Chancen eines besonderen Instruments betrieblicher Gesundheitsförderung. *Forschungsbericht*, Nürnberg: IfeS
- Kissling, D. 2001:** Reintegration bedingt einsetzbarer Mitarbeiter im heutigen wirtschaftlichen Umfeld. In: *Managed Care* 5, Heft 7: 11-12

- Kistler, E.; Becker, W., 1990:** Die Leiden der Evaluation – Implementierung, Qualitätssicherung und Aussagemöglichkeiten von Evaluationsvorhaben vor dem Hintergrund der ERS-Standards. In: *Koch / Wittmann 1990*: 183-189
- Kleinschmidt, R.; Paulsen, B.; Rauner, F.; Wenzel, E. (Bearb.), 1978:** Modellversuche – Ein Instrument zur Weiterentwicklung beruflicher Bildungspraxis. *Schriften zur Berufsbildungsforschung*, Band 52, Hannover: Hermann Schroedel Verlag
- Klingebiel, N., 1998:** Erhebungs- und Bewertungscontrolling der Kundenzufriedenheit. In: *Jahrbuch der Absatz- und Verbrauchsforschung*, Heft 3: 307-334
- Klingenberg, A.; Bahrs, O.; Szecsenyi, J., 1996:** Patientenzufriedenheit in der ambulanten Versorgung. Kontinuierliche Qualitätsförderung durch Einbeziehung der Patientenperspektive. In: *Die Ersatzkasse*, Heft 4: 137-139
- Knäpple, A.; Danner, K.-P., 1997:** Die Zufriedenheit er-kunden. In: *FORUM SOZIALSTATION*, Nr. 87: 36-39
- Koch, U.; Bengel, J., 1987:** Nutzen der Evaluationsforschung in der Rehabilitation. In: Projektgruppe „Evaluation in der Rehabilitation“, *Entwicklung praktikabler Konzepte zur Beurteilung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherungsträger*. Frankfurt/M.: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
- Koch, U.; Lucius-Hoene, G.; Stegie, R. (Hrsg.), 1988:** Handbuch der Rehabilitationspsychologie. Berlin: Springer
- Koch, U.; Wittmann, W. W. (Hrsg.), 1990:** Evaluationsforschung – Bewertungsgrundlage von Sozial- und Gesundheitsprogrammen. Berlin: Springer
- Köhler, T., 1988:** Der Berufshelfer im Spannungsfeld zwischen Beratung und unzulässiger Rechtsberatung. In: *Die Berufsgenossenschaft*, Heft 2: 134-137
- Königswieser, R.; Exner, A., 2001:** Systemische Intervention: Architekturen und Designs für Berater und Veränderungsmanager. 6. Aufl., Stuttgart: Klett-Cotta
- Koerdt, A., 2001:** Case management und Systemsteuerung. In: *Managed Care 5*, Heft 7: 40-42
- Kommissionsdienststellen, 1998:** Das Beschäftigungsniveau von Menschen mit Behinderungen anheben – eine gemeinsame Herausforderung. Arbeitspapier der Kommissionsdienststellen. *SEK* (1998) 1550. URL: http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/disable/sec1550/sec1550.de.pdf (23 Seiten; Stand: 29.9.2000),
- Kosinski, A.; Raspe, H., 1998:** Patientenzufriedenheit nach einer stationären Rehabilitation: Unterschiedliche Ergebnisse bei unterschiedlichen Befragungszeitpunkten? In: *Gesundheitswesen* 60: 75-79
- Kotthoff, H., 1987:** Betriebliche Personalpolitik im Umgang mit gesundheitlich Beeinträchtigten. Saarbrücken: Arbeitskammer des Saarlandes
- Kretzer, J., 1999:** Erfahrungen der Integrationsfachdienste bei der beruflichen Rehabilitation. In: *Seyd / Nentwig / Blumenthal 1999*: 185-187
- Kretzer, J., 2000:** Besondere Modelle der Eingliederung aus der Sicht der Betroffenen. In: *BAR* 2000b: 295-298
- Krüger-Hemmer, C.; Veldhues, B., 1989:** Arbeitsstätten nach Beschäftigtengrößenklassen: Weitere Ergebnisse der Arbeitsstättenzählung vom 25. Mai 1987. In: *Wirtschaft und Statistik*, Heft 11: 702-712
- Kuwatsch, S., 1999:** Der Ansatz des „Disability Management“ im kanadischen System der Hilfen für Behinderte. *Diskussionsbeitrag* Nr. 71, Studien- und Forschungsschwerpunkt Services Administration & Management (SAM) und Zentrum für Arbeit und Soziales, Trier: Universität Trier Fachbereich IV
- Lamb, H. R., 1980:** Therapist-Case Managers: More Than Brokers of Services. In: *Hospital & Community Psychiatry* 31, No. 11: 762-764
- Laur, U., 1978:** Forschungsstrategien in Modellversuchen – Das Beispiel MME. In: *Kleinschmidt et al. 1978*: 30-40
- Lohl, W., 1997:** Aufbau der Qualitätssicherung in Beratungsstellen: Überblick und Einzelhinweise zur Entwicklung eines Qualitätsmanagements. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag
- Lowy, L., 1980:** Case Management in der Sozialarbeit. In: Mühlfeld, C.; Oppl, H.; Weber-Falkensammer, H.; Wendt, R. (Hrsg.), *Soziale Einzelfallhilfe*. Brennpunkte Sozialer Arbeit, Frankfurt a. M.: Diesterweg: 31-39
- Madaus, G. F.; Kellaghan, T., 2000:** Models, Metaphors, and Definitions in Evaluation. In: *Stufflebeam / Madaus / Kellaghan 2000*: 19-31

- Mahlstedt-Hölker, S., 1999:** Anforderungen und Hemmnisse für die Beschäftigung Behinderter in Betrieben aus Sicht der Arbeitgeber. In: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg.), *Rehabilitation 1999*, Berlin: BfA: 107-119
- Maier, A., 2000:** Case Management. In: *BAR 2000a*: o.S.
- Maier, A., 2001:** Case-Management im Arbeitsamt Nürnberg: Erhaltung von Arbeitsverhältnissen Behinderter. In: *Informationen für die Beratungs- und Vermittlungsdienste der Bundesanstalt für Arbeit*, Heft 11: 835-852
- Maier-Lenz, R.-J., 2000:** Aspekte der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger am Beispiel des Case-managements. In: *BAR 2000a*: o.S.
- Maier-Lenz, R.-J., 2001:** Überregionaler Erfahrungsaustausch zum Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation-Modellprojekt „Case-Management“. In: *BAR-Information*, Nr. 2: 4-5
- Marshall, M., 1996:** Case Management: A Dubious Practice. In: *BMJ* 312: 523-524; URL: <http://www.bmj.org/cgi/content/full/312/7030/523> (3 Seiten; Stand: 26.9.2000)
- Matzeder, K., 2000:** Überlegungen zu einer Strategie der beruflichen Eingliederung Schwerbehinderter (Eingliederungsmanagement). In: *Behindertenrecht*, 2000, Heft 2: 33-37
- Mehrhoff, F., 2000:** Vernetzte Rehabilitation am Beispiel des Managements nach einem Unfall. In: *Rehabilitation* 39, 2000: 231-236
- Meierjürgen, R., 1997:** Case Management und Reha-Beratung. In: *Arbeit und Sozialpolitik*, Heft 7-8: 17-24
- Millington, M. J.; Strauser, D. R., 1998:** Planning strategies in disability management. In: *Work* 10: 262-270
- Morger, W., 2001:** New Case Management: Die Suva richtet Schadenerledigung neu aus. In: *Managed Care* 5, Heft 7: 16-18
- Mowbray, C. T.; Bybee, D.; Collins, M. E., 2000:** Integrating Vocational Services on Case Management Teams: Outcomes from a Research Demonstration Project. In: *Mental Health Services Research* 2, No. 1: 51-66
- Moxley, D. P., 1989:** The Practice of Case Management. Newbury Park, Cal.: Sage publications
- Müller, W., 1998:** Gerechtigkeitstheoretische Grundlagen der Kundenzufriedenheit. In: *Jahrbuch der Absatz- und Verbrauchsforschung*, Heft 3: 239-266
- Müller-Kohlenberg, H., 1997:** Evaluation von sozialpädagogischen Maßnahmen aus unterschiedlicher Perspektive: Die Sicht der Träger, der Programmanager/-innen und der Nutzer/-innen. In: *Müller-Kohlenberg / Autrata 1997*: 8-20
- Müller-Kohlenberg, H.; Autrata, O., 1997:** Evaluation in der sozialpädagogischen Praxis. *Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe*, Qs 11, Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- National Institute of Disability Management and Research, 1999:** Establishing Criteria for Excellence in Canada: Occupational Standards in Disability Management. Port Alberni: NIDMR. URL: www.nidmar.ca/standards/English_full_pdf (114 Seiten; Stand: 4.10.2000)
- National Institute of Disability Management and Research, 2000:** Code of Practice for Disability Management. Port Alberni: NIDMR. URL: www.nidmar.ca/code/Code_of_Practice_English.pdf (70 Seiten; Stand: 4.10.2000)
- Neumann, N., 2000:** Fallmanagement in der Rehabilitation durch die private Versicherungswirtschaft. In: Dokumentation der Vorträge im Rahmen des Trägerübergreifenden Seminars für Fachkräfte in der Rehabilitation zum Thema „Case-Management“ vom 7.3.-9.3.2000 in Waldkraiburg. Frankfurt a. M.: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
- Niehaus, M., 1997a:** Probleme der Evaluationsforschung von Modellprojekten in der beruflichen Rehabilitation am Beispiel der Implementation wohnortnaher betrieblicher Umschulungen von Frauen. In: *Mitteilungen aus Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* 30, 1997, Heft 2: 291-304
- Niehaus, M., 1997b:** Barrieren gegen die Beschäftigung langfristig arbeitsloser Behinderter. In: Niehaus, M.; Montada, L. (Hrsg.), *Behinderte auf dem Arbeitsmarkt: Wege aus dem Abseits*. Schriftenreihe ADIA-Stiftung zur Erforschung Neuer Wege für Arbeit und Soziales Leben, Band 4, Frankfurt/M.: Campus: 28-53
- Niehaus, M.; Schmal, A.; Heinrich, T., 2001:** Ansätze betrieblicher Beschäftigungsförderung (schwer)behinderter Mitarbeiter/-innen in der Deutschen Automobilindustrie. *Forschungsbericht Sozialforschung*, Band 291, Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
- Nijhuis, F. J. N., 2000:** Die Entwicklung des Disability-Managements in den Niederlanden. In: *Berufliche Rehabilitation* 14, 2000, Heft 2: 71-80
- Oertel, M.; Faßmann, H., 1995:** Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß. Untersuchung zur Effektivität der stufenweisen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß

- nach langer schwerer Krankheit. *Forschungsbericht Sozialforschung*. Band 249, Bonn: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung
- Ohne Verfasser, 2001:** Fallmanagement / Case Management in der Schweiz. In: *Managed Care* 5, Heft 7: 36-37
- Olandt, H.; Krentz, H., 1998:** Patientenzufriedenheit – subjektive Qualitätswahrnehmung der Patienten und Erfolgsfaktor für Kliniken. In: *Gesundheitswesen* 60: 721-728
- O’Sullivan, R. G., 1995:** From Judges to Collaborators: Evaluator’s Roles in Science Curriculum Reform. In: O’Sullivan, R. G. (Ed.), *Emerging Roles of Evaluation in Science Education Reform*. New Directions for Program Evaluation, No. 65, San Francisco: Jossey-Bass Publishers: 19-29
- Owen, H., 2001:** Open Space Technology – Ein Leitfaden für die Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta
- Owen, J. M.; Rogers, P. J., 1999:** Program Evaluation: Forms and Approaches. London: Sage
- Pfohl, H.-C., 1990:** Betriebswirtschaftslehre der Mittel- und Kleinbetriebe, 2. Aufl., Darmstadt
- Plath, H.-E., 2000:** Erfolgsbeobachtung von Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation aus der Sicht des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. In: *BAR* 2000a: 255-262
- Plath, H.-E.; Blaschke, D., 1999:** Probleme der Erfolgsfeststellung in der beruflichen Rehabilitation. In: *Mitteilungen aus Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* 32, 1999, Heft 1: 61-69
- Raiff, N. R.; Shore, B. K., 1997:** Fortschritte im Case Management. Freiburg i. Br.: Lambertus (zuerst engl. 1993)
- Raspe, H.; Voigt, S.; Herlyn, K.; Feldmeier, U.; Meier-Rebentisch, K., 1996:** Patienten-„Zufriedenheit“ in der medizinischen Rehabilitation – ein sinnvoller Outcome-Indikator? In: *Gesundheitswesen* 58: 372-378
- Raspe, H.; Weber, U.; Voigt, S.; Kosinski, A.; Petras, H., 1997:** Qualitätssicherung durch Patientenbefragungen in der medizinischen Rehabilitation: Wahrnehmungen und Bewertungen von Rehastrukturen und –prozessen („Rehabilitandenzufriedenheit“). *Hinweise auf Bewertungsinstrumente zur Qualitätssicherung in der Rehabilitation* – Blatt 11, In: *Rehabilitation* 36: XXXI-XLII
- Renshaw, J. et al., 1991:** Individuelle Pflegeplanung: Lektionen aus Amerika und anderswo. In: *Wendt* 1991a: 124-146
- Rischar, G., 1999:** Reha-Management des Haftpflichtversicherers – Vernetzung der am Rehaprozess Beteiligten. In: *Seyd / Nentwig / Blumenthal* 1999: 164-165
- Rischar, G., 2000:** Rehabilitationssteuerung – ein Aktionsfeld in der privaten Versicherungswirtschaft. In: *Rische / Blumenthal* 2000: 122-123
- Rische, H.; Blumenthal, W. (Hrsg.), 2000:** Selbstbestimmung in der Rehabilitation – Chancen und Grenzen. *Interdisziplinäre Schriften zur Rehabilitation*, Band 9, Ulm: Universitätsverlag
- Rossi, P. H.; Freeman, H. E.; Hofmann, G., 1987:** Programm-Evaluation – Einführung in die Methoden angewandter Sozialforschung. Stuttgart: Enke
- Rost, J., 2000:** Allgemeine Standards für die Evaluationsforschung. In: *Hager / Patry / Brezing* 2000: 129-140
- Rupp, K.; Bell, S. H.; McManus, L. A., 1994:** Design of the Project NetWork Return-to-Work Experiment for Persons with Disabilities. In: *Social Security Bulletin*, Vol. 57, No. 2: 3-20
- Ruprecht, T. M. (Hrsg.), 1998:** Experten fragen – Patienten antworten: Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen – Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. *Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik*, Band 12, Sankt Augustin: Asgard
- Rusalem, H., 1969:** The Research Role. In: Malikin, D.; Rusalem, H. (Eds.), *Vocational Rehabilitation of The Disabled: An Overview*. New York: New York University Press: 155-171
- Sand, W. H. van de, 2001:** RehaAssessment – Ein System zur umfassenden Beurteilung der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit. In: *Rehabilitation* 40, Heft 5: 304-313
- Schaltenbrand, R.; Stahl, D.; Lehfeld, H., 1992:** Die Akzeptanz als Gütekriterium eines psychometrischen Tests. In: *Münchener Medizinische Wochenschrift* 134, Nr. 43: 693-696
- Schartmann, D., 1999:** Der Berufsbegleitende Dienst für geistig- und körperbehinderte Menschen im Rheinland. In: *impulse* Nr. 12, 1999 sowie: URL: <http://bidok.uibk.ac.at/texte/imp12-99-rheinland.html> (4 Seiten; Stand 26.9.2000)
- Schena, S., 1999:** La gestione della disabilità in azienda: il Disability management come sistema per ottenere reciproca soddisfazione. In: *Hamlet*, No. 14, Maggio 1999 sowie: URL: <http://www.aidp.it/Art14/25.htm> (6 Seiten; Stand: 7.10.2000)
- Schiffler, A.; Hübner, S., 2000:** Allgemeine Standards für die Evaluationspraxis: Die Standards des „Joint Committee on Standards for Educational Evaluation“ und ihre Anwendung auf praktische Aspekte bei der Evaluation von psychologischen Interventionsmaßnahmen. In: *Hager / Patry / Brezing* 2000: 141-152

- Schleuning, G.; Welschhold, M.; Stockdreher, P.; Jordan, A.; Danner, R.; Ackenheil, M. 2000:** Modellprojekt Psychiatrisches Case Management: Sektorbezogene Untersuchung der Gruppe von psychisch schwer und chronisch Kranken unter den Bedingungen einer koordinierten Betreuung und Behandlung im außerstationären Bereich. *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit*, Band 113, Baden-Baden: Nomos
- Schmal, A.; Niehaus, M.; Heinrich, T., 2001:** Betrieblicher Umgang mit der Gruppe leistungsgewandelter und behinderter Mitarbeiter/innen: Befragungsergebnisse aus der Sicht der Funktionsträger. In: *Rehabilitation* 40, Heft 4: 241-246
- Schmidt, H. 2001a:** Invalidität vermeiden dank Case Management. In: *Managed Care* 5, Heft 7: 8-10
- Schmidt, H. 2001b:** Integrieren statt vorzeitig pensionieren: Großbritannien weist den Weg. In: *Managed Care* 5, Heft 7: 29-31
- Schmidt-Ohlemann, M., 2000:** Schnittstellen in der Rehabilitationskette und Möglichkeiten zu ihrer Überwindung in der Rehabilitation bei orthopädisch-rheumatologischen Erkrankungen. In: *BAR*, 2000b: 115-117
- Schneider, H., 1999:** Integrationsfachdienste – aus der Sicht der Bundesanstalt für Arbeit. In: *impulse* Nr. 14, 1999, o.S. sowie: URL: <http://bidok.uibk.ac.at/texte/imp14-99-bundesanstalt.html> (2 Seiten; Stand 26.9.2000)
- Schnetzler, R., 2001:** Der Versicherer als "Recovery Coordinator". In: *Managed Care* 5, Heft 7: 13-15
- Schopf, P.; Kroiß, U., 2000:** Case-Management-System (CMS): Computergestütztes Analyse-, Steuerungs- und Eingliederungsmanagement. In: *Behindertenrecht*, Heft 2: 53-56
- Schräder, W. F. et al. (Hrsg.), 1998:** Betreuungsdienste für chronisch Kranke. *Strukturforschung im Gesundheitswesen*, Band 26, Berlin: IGES-Eigenverlag
- Schulz, H.; Koch, U., 1997:** Voraussetzungen und Realisationsmöglichkeiten medizinspsychologischer Forschung. In: *Strauß / Bengel 1997*: 31-47
- Scriven, M., 1991:** Evaluation Thesaurus. 4. Edition, Newbury Park: Sage
- Seidel, G.; Grabow, S.; Schultze, A., 1996:** Methodische Prinzipien des Unterstützungsmanagements. In: *Wissert u.a. 1996*: 136-151
- Seifert, W., 2000:** Fallmanagement der gesetzlichen Unfallversicherer – Bedeutung des Konzepts „Managed Care“ für Rehabilitation und Selbstbestimmung. S. 120-121 in: Rische, H. / Blumenthal, W. (Hrsg.), *Selbstbestimmung in der Rehabilitation – Chancen und Grenzen*. Interdisziplinäre Schriften zur Rehabilitation, Band 9, Ulm: Universitätsverlag.
- Seyd, W., Nentwig, A., Blumenthal, W. (Hrsg.), 1999:** Zukunft der beruflichen Rehabilitation und Integration ins Arbeitsleben. *Interdisziplinäre Schriften zur Rehabilitation*, Band 8, Ulm: Universitätsverlag
- Shrey, D. E.; Lacerte, M., (Eds.), 1995:** Principles and Practices of Disability Management in Industry. Boca Raton, FL: Saint Lucy Press
- Siegrist, J., 1999:** Chancen und Grenzen sozialwissenschaftlicher Evaluationsforschung im Gesundheitswesen. In: *Badura / Siegrist 1999*: 43-51
- Sommer, K.-H., 1978:** Modellversuche und ihre wissenschaftlichen Begleitung unter dem Anspruch von Erziehungswissenschaft und Erziehungspraxis. In: *Kleinschmidt et al. 1978*: 61-69
- Stecher, S., 2000:** „Case-Management“ zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Arbeitnehmer/innen. In: *BAR 2000a*
- Steger, R., 1981:** "Umsetzung" als Maßnahme der beruflichen Rehabilitation von Behinderten im Urteil der Praxis. Unveröffentlichter Forschungsbericht, Nürnberg: Institut für empirische Soziologie
- Steger, R., 1983:** Stationäre Umschulung und Umsetzung als Alternativen der beruflichen Rehabilitation. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) *Rehabilitation durch die Rentenversicherung*. Schriften zur Fortbildung, Band 67, Frankfurt/M.: VDR
- Stockmann, R. (Hrsg.) 2000a:** Evaluationsforschung: Grundlagen und ausgewählte Forschungsfelder. *Sozialwissenschaftliche Evaluationsforschung*, Band 1. Opladen: Leske + Budrich
- Strauß, B.; Bengel, J. (Hrsg.), 1997:** Forschungsmethoden in der Medizinischen Psychologie. *Jahrbuch der Medizinischen Psychologie* 14, Göttingen: Hogrefe
- Stufflebeam, D. L., 2000a:** Foundational Models for 21st Century Program Evaluation. In: *Stufflebeam / Madaus / Kellaghan 2000*: 33-83
- Stufflebeam, D. L., 2000b:** The CIPP Model for Evaluation. In: *Stufflebeam / Madaus / Kellaghan 2000*: 279-317
- Stufflebeam, D. L., 2000c:** Professional Standards and Principles for Evaluation. In: *Stufflebeam / Madaus / Kellaghan 2000*: 439-456
- Stufflebeam, D. L., 2001:** Evaluation Models. *New Directions for Evaluation*, Number 89, Jossey-Bass: San Francisco

- Stufflebeam, D. L.; Maudaus, G. F.; Kellaghan, T.(eds.), 2000:** Evaluation Models: Viewpoints on Educational and Human Services Evaluation. 2. Edition, *Evaluation in education and human services*, Boston: Kluwer Academic Publishers
- Theisinger, J., 1997:** Kundenorientierung in der Pflege, Teil 1: Qualität bedeutet, Anforderungen zu erfüllen. In: *Pflegezeitschrift*, Heft 12: 747-751
- Thill, K.-D., 1995:** Kundenzufriedenheitsmanagement als strategisches Entwicklungsinstrument für Krankenhäuser. In: *Führen und Wirtschaften im Krankenhaus* 12, Heft 6: 602-605
- Tophoven, C., 1995:** Case-Management – Ein Weg zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitssystem. In: *Sozialer Fortschritt*, Heft 7: 162-166
- Tophoven, C.; Meyers-Middendorf, J., 1994:** "Der Arzt Ihrer Wahl" - Das hausärztliche Versorgungskonzept der AOK. In: *DOK*, 1994, Heft 23-24: 776-780
- Trachte, H.; Zitzler, W., 1991:** Berufshilfe. Verbandslehrgang für den gehobenen berufsgenossenschaftlichen Dienst (*Fortbildungslehrgänge*) hrsg. v. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, o.O.
- Trost, R., 1997:** Aufgaben der Forschung für Supported Employment. *impulse* Nr 5/6, o.S. (http://bidok.uibk.ac.at/impulse/975_17.html (1 Seite, Stand 26.9.2000))
- Verein „Integrationsfachdienst Bayern e.V.“ 2000:** Das Modellhafte am Modellvorhaben Integrationsfachdienst Bayern e.V.. In: *impulse* Nr. 16: 27-29 sowie: URL: <http://bidok.uibk.ac.at/texte/imp16-00-modellvorhaben.html> (5 Seiten, Stand: 25.3.2002)
- Veres, J. G.; Sims, R. R., 1995:** Human Resource Management and the Americans with Disability Act. Westport, CT: Greenwood Publishing Group
- Wassermann, W., 1992:** Arbeiten im Kleinbetrieb: Interessenvertretung im deutschen Alltag. Köln: Bund
- Weil, M., 1991:** Schlüsselkomponenten einer effizienten und effektiven Dienstleistung. In: *Wendt* 1991a, 84-123
- Weishaupt, H., 1992:** Begleitforschung zu Modellversuchen im Bildungswesen. Erziehungswissenschaftliche und politisch-planerische Bedingungen. *Beiträge zur Theorie und Geschichte der Erziehungswissenschaft*, Band 11, Weinheim: Deutscher Studien Verlag
- Wendt, W. R. (Hrsg.), 1991a:** Unterstützung fallweise. Case Management in der Sozialarbeit. Freiburg i. Br.: Lambertus
- Wendt, W. R. (Hrsg.), 1991b:** Die Handhabung der sozialen Unterstützung: Eine Einführung in das Case Management. In: *Wendt* 1991a: 11-55
- Wendt, W. R., 1997:** Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen: Eine Einführung. Freiburg i. Br.: Lambertus
- Wendt, W. R., 1998:** Entwicklung des Case Management im amerikanischen Gesundheitssystem. In: *Schräder et al.* 1998: 54-70
- Wesche, G., 1998:** Alles aus einer Hand: Rehabilitation in der gesetzlichen Unfallversicherung. In: *Public Health Forum* 6, Nr. 21: 16-17
- Widmer, T. 2000:** Qualität der Evaluation – Wenn Wissenschaft zur praktischen Kunst wird. In: *Stockmann* 2000a: 77-102
- Widmer, T.; Beywl, W. 1999:** Die Übertragbarkeit der Evaluationsstandards auf unterschiedliche Anwendungsfelder. In: *Joint Committee on Standards for Educational Evaluation / Sanders* 1999: 243-257
- Wietersheim, J. v.; Hartmann-Lange, D., 1997:** Möglichkeiten und Gefahren multizentrischer Studien. In: *Strauß / Bengel* 1997: 63-76
- Will, H.; Winteler, A.; Krapp, A., 1987:** Von der Erfolgskontrolle zur Evaluation. In: Will, H.; Winteler, A.; Krapp, A. (Hrsg.) (1987), *Evaluation der beruflichen Aus- und Weiterbildung*. Schriftenreihe Moderne Berufsbildung, Band 10, Heidelberg: I.H. Sauer-Verlag: 11-42
- Wilk, C., 1996:** Erfolgskriterien von Maßnahmen der Hilfe zur Arbeit. *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit*, Band 97, Baden-Baden: Nomos
- Winge, S.; Mohs, A.; Müller, K.; Nörenberg, L.; Pannicke, L.; Robra, B.-P., 2001:** Schnittstellen – Drei Modelle. In: *Rehabilitation* 41: 40-47
- Wissert, M. u. a., 1996:** Ambulante Rehabilitation alter Menschen: Beratungshilfen durch das Unterstützungsmanagement. Freiburg i. Br.: Lambertus
- Wittmann W. W., 1985:** Evaluationsforschung – Aufgaben, Probleme und Anwendungen. *Lehr und Forschungstexte Psychologie*, Band 13, Berlin: Springer
- Wittwer, U., 2000:** Wiedereingliederungsmanagement in der beruflichen Rehabilitation. In: *Rehabilitation* 39: 377-379

-
- Wöhrl, H. G., 1988:** Berufsgruppen in der Rehabilitation: Funktionen und Kooperationsmodelle. In: *Koch / Lucius-Hoene / Stegje* 1988: 212-249
- Worthen, B. R.; Sanders, J. R.; Fitzpatrick, J. L., 1997:** Program Evaluation: Alternative Approaches an Practical Guidelines, 2nd Edition (1987), New York: Addison Wesley Longman
- Wottawa, H., 1991:** Zum Rollenverständnis in der Evaluation und der *Evaluationsforschung*. In: *Empirische Pädagogik* 5, Heft 2: 151-168
- Wottawa, H.; Thierau, H., 1998:** Lehrbuch Evaluation. 2., vollst. überarb. Aufl., Bern: Hans Huber

**Bisher erschienene Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie
an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg**

- Heft 1/1998 Faßmann, H.: Das Abbrecherproblem – die Probleme der Abbrecher. Zum Abbruch der Erstausbildung in Berufsbildungswerken (17 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 2/1998 Funk, W.: Determinants of Verbal Aggression, Physical Violence, and Vandalism in Schools. Results from the „Nuremberg Pupils Survey 1994: Violence in Schools“ (15 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 3/1998 Faßmann, H.: Ein Instrument zur Früherkennung und Reduzierung von Ausbildungsabbrüchen in Berufsbildungswerken – Anliegen, Struktur, Handhabung und Erprobungsergebnisse (20 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 4/1998 Funk, W.: Violence in German Schools: Perceptions and Reality, Safety policies (15 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 5/1998 Faßmann, H.: Abbrecherproblematik und Prävention von Ausbildungsabbrüchen (18 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 1/1999 Faßmann, H.; Reiprich, S.; Steger, R.: Konzept der BAR–Modellinitiative „REGionale NETzwerke zur beruflichen Rehabilitation (lern-) behinderter Jugendlicher (REGINE)“ und erste Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung (13 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 2/1999 Reith, M.: Das 3i-Programm der Siemens AG: Instrument des Kulturwandels und Keimzelle für ein leistungsfähiges Ideenmanagement (28 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 3/1999 Oertel, M.: Zentrale Ergebnisse einer Erfassung des Leistungsangebotes von Krebsberatungsstellen auf der Grundlage des "Anforderungsprofils für Krebsberatungsstellen – Bedarf, Aufgaben, Finanzierung" (13 Seiten, Schutzgebühr € 5,-)
- Heft 1/2000 Faßmann, H.: REGINE und MobilIS im Spannungsfeld zwischen allgemeinen und besonderen Leistungen (16 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 2/2000 Funk, W.: Verbal Aggression, Physical Violence, and Vandalism in Schools. Its Determinants and Future Perspectives of Research and Prevention (21 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 3/2000 Funk W.: Violence in German Schools: The Current Situation (16 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 4/2000 Faßmann, H.: Aufgaben und Zielsetzung eines Case Managements in der Rehabilitation (26 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 5/2000 Funk, W.: Gewalt in der Schule. Determinanten und Perspektiven zukünftiger Forschung (35 Seiten, Schutzgebühr € 7,--)

- Heft 6/2000 Faßmann, H.; Steger, R.: REGINE – Ein neues Lernortkonzept zur Rehabilitation (lern-) behinderter Jugendlicher – Erste Erfahrungen und Folgerungen (7 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 7/2000 Funk, W.: Sicherheitsempfinden in Nürnberg. Zusammenfassung wichtiger Ergebnisse einer Bürgerbefragung im Jahr 1999 im Einzugsgebiet der Polizeiinspektion Nürnberg-West (24 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 8/2000 Funk, W.: Der Einfluß unterschiedlicher Sozialkontexte auf die Gewalt an Schulen. Ergebnisse der Nürnberger Schüler Studie 1994 (29 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 1/2001 Funk, W.: Violence in German schools. Its determinants and its prevention in the scope of community crime prevention schemes (24 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 2/2001 Faßmann, H.: Soziale Konflikte in der rehabilitationswissenschaftlichen Evaluationspraxis – Ursachen, Prävention und Management. (31 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 3/2001 Stamm, M.: Evaluation von Verkehrsräumen durch ein Semantisches Differential. (163 Seiten, Schutzgebühr € 17,--)
- Heft 1/2002 Faßmann, H.: Probleme der Umsetzung des Postulats „*So normal wie möglich – so speziell wie erforderlich!*“ am Beispiel erster Ergebnisse des Modellprojekts „REGIONALE Netzwerke zur beruflichen Rehabilitation (lern-) behinderter Jugendlicher (REGINE)“. (35 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 2/2002 Funk, W.; Wiedemann, A.: Sicherheit von Kindern im Straßenverkehr. Eine kritische Sichtung der Maßnahmenlandschaft (29 Seiten, Schutzgebühr € 5,--)
- Heft 3/2002 Brader, D.; Faßmann, H.; Wübbecke, Chr.: „Case Management zur Erhaltung von Arbeits- und Ausbildungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)“ – Erster Sachstandsbericht einer Modellinitiative der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. (161 Seiten, Schutzgebühr 19,-- €)