



Institut für
empirische
Soziologie
Nürnberg

5/2003

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

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

Projektleitung:
Dr. Hendrik Faßmann
Dr. Rainer Wasilewski

Projektbearbeitung:
Doris Brader
Dr. Hendrik Faßmann
Christina Wübbeke

unter Mitarbeit von:
Barbara Hasselmann
Yuriko Inoue
Julia Lewerenz
Daniela Mattern

MATERIALIEN

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

Zitierweise:

Brader, Doris; Faßmann, Hendrik; Wübbecke, Christina (2003)
„Case Management zur Erhaltung von Arbeits- und Ausbildungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)“ – Zweiter Sachstandsbericht einer Modellinitiative der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, 5/2003, 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	7
Abkürzungen	8
1 Die Arbeit der Begleitforschung im zweiten Projektjahr und der Stand des CMB-Modellprojekts	9
1.1 Aktivitäten der Begleitforschung im Berichtszeitraum	9
1.1.1 Laufende Erfassung, Aufbereitung und Analyse von TeilnehmerInnen-daten	9
1.1.2 Arbeitssitzungen im Berichtszeitraum	10
1.1.3 Planungs- und Entwicklungsarbeiten im Rahmen der formativen Evaluation	10
1.1.4 Öffentlichkeitsarbeit, Teilnahme an Tagungen und sonstige Kontakte	15
1.2 Veränderungen und Stand des CMB-Modellprojekts	16
1.2.1 Ausscheiden von CMB-Stellen aus dem Modellprojekt	16
1.2.2 Neu in das Modellprojekt aufgenommene CMB-Stellen und ihre Durchführungsorganisationen	16
1.3 Schwerpunkte des zweiten CMB-Sachstandsberichts	19
2 Ergebnisse der formativen Evaluation im Berichtszeitraum	20
2.1 Konzeption von standortübergreifenden und Regionalveranstaltungen	20
2.1.1 Mögliche Probleme beim Aufbau von Kooperationsbeziehungen an CMB-Standorten	20
2.1.2 Überlegungen zur Lösung von Kooperationsproblemen an CMB-Standorten	23
2.1.2.1 Strategische Überlegungen	23
2.1.2.2 Methodische Überlegungen zum Vorgehen an den CMB-Standorten	27
2.1.3 Das CMB-Veranstaltungsprogramm im Überblick	32
2.2 Ergebnisse des ersten standortübergreifenden CMB-Workshops zur Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit	48
2.2.1 Ziel, Arbeitsmethoden und Arbeitsprogramm der Veranstaltung	48
2.2.2 Ergebnisse der Arbeitsgruppen	49
2.2.2.1 Thema 1: Aufbau und Pflege des Kooperationsnetzwerkes	49
2.2.2.2 Thema 2: KlientInnenzugang	53
2.2.2.3 Thema 3: Einholung von Gutachten und Fachmeinungen	59
2.2.2.4 Thema 4: Abstimmung des Eingliederungsplans mit den Reha-Trägern	63
2.2.3 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	66

	Seite	
3	Ergebnisse der summativen Evaluation im Berichtszeitraum	69
3.1	Übersicht über wichtige Merkmale der neu in das Modellprojekt aufgenommenen CMB-Stellen	69
3.1.1	Standort 17: Einkaufsmodell	69
3.1.2	Standort 18: Einkaufsmodell	72
3.1.3	Standort 19: Einkaufsmodell	74
3.2	Statistische Angaben zu TeilnehmerInnenstruktur, Ablauf und Ergebnis des CMB	78
3.2.1	Fallzahlen	78
3.2.2	Zugang zum CMB	83
3.2.3	Merkmale der KlientInnen	86
3.2.4	Merkmale der Beschäftigungsbetriebe	95
3.2.5	Zeitdauern der Phasen des CMB-Prozesses	97
3.2.6	Beendigung des CMB	100
3.3	Probleme der CMB-Stellen im Berichtszeitraum	114
4	Ausblick	117
	Literaturverzeichnis	118
	Anhang	123

Abbildungsverzeichnis		Seite
Abbildung 1	CMB-Standorte (Stand: März 2003)	17
Abbildung 2	CMB-Durchführungsorganisationen (Stand: März 2003)	17
Abbildung 3	Mögliche Hindernisse beim Aufbau von Kooperationsbeziehungen an CMB-Standorten	22
Abbildung 4	Aufgaben beim Aufbau von Netzwerken	23
Abbildung 5	Handlungsschritte beim Aufbau von Netzwerken	24
Abbildung 6	Sondierungsfragen bei der Initiierung von Netzwerken	25
Abbildung 7	Vorteilhafte Wirkungen von Großgruppenveranstaltungen	27
Abbildung 8	Anliegen und mögliche AdressatInnen von CMB-Konferenzen	29
Abbildung 9	Ziele und Prinzipien von Strategiekonferenzen (RTSC)	56
Abbildung 10	Sollzustand: KlientInnenzugang I	
Abbildung 11	Sollzustand: KlientInnenzugang II	57
Abbildung 12	Wesentliche Netzwerkprobleme im Berichtszeitraum	67
Abbildung 13	Wichtige Maßnahmen zur Lösung der Probleme	68
Abbildung 14	Übersicht über die Gesamtzahl der dokumentierten CMB-Fälle im Zeitraum März bis Dezember 2002 (11 Projektstandorte)	83
Abbildung 15	Zugangswege zum CMB	85
Abbildung 16	Dauer des aktuellen Beschäftigungsverhältnisses in Jahren zum Zeitpunkt des ersten Anamnesegesprächs	91
Abbildung 17	Berufsbezogene Interessen des / der RehabilitandIn	92
Abbildung 18	Die Dauer der einzelnen Phasen des CMB-Prozesses in Wochen	98
Abbildung 19	Die aufsummierte Dauer verschiedener Phasen des CMB-Prozesses in Wochen	99
Abbildung 20	Ergebnis des CMB	101
Abbildung 21	Ergebnis des CMB und Geschlecht	102
Abbildung 22	Ergebnis des CMB und Zugangsaltersklasse	104
Abbildung 23	Ergebnis des CMB und zuletzt ausgeübter Beruf	105
Abbildung 24	Ergebnis des CMB und Betriebsgröße	107
Abbildung 25	Ergebnis des CMB und Dauer zwischen dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit und der ersten Kontaktaufnahme mit dem Betrieb	108
Abbildung 26	Ergebnis des CMB und Wirtschaftssektor	109
Abbildung 27	Gründe für den Abbruch des CMB	111
Abbildung 28	Arbeitgeberbezogene Abbruchgründe	112
Abbildung 29	RehabilitandInnenbezogene Abbruchgründe	112
Abbildung 30	Sonstige Abbruchgründe	113
Abbildung 31	Die häufigsten Probleme an den Standorten im Berichtszeitraum	114

Übersichtenverzeichnis

Übersicht 1	Die standortübergreifenden Projektveranstaltungen im Modellzeitraum	34
Übersicht 2	Veranstaltungskonzept für einen Regionalworkshop zur Förderung der Zusammenarbeit im regionalen CMB-Netzwerk	37

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Übersicht über die Personalausstattung sowie die Fallzahlen der CMB-Stellen im Zeitraum von März bis Dezember 2002 laut Auskunft der CMB-Stellen	79
Tabelle 2	Vergleich der Fallzahlen der CMB-Stellen mit den Zahlen aus der Falldokumentation nach Projektstandorten für den Zeitraum von März bis Dezember 2002	81
Tabelle 3	Übersicht über die Anzahl der Zugänge, betreuten und abgeschlossenen Fälle im Zeitraum von März bis Dezember 2002 nach Projektstandorten	82
Tabelle 4	Art der Kontaktaufnahme von CMB-Stelle und RehabilitandIn	84
Tabelle 5	Aufnahme der Betreuung von RehabilitandInnen durch die CMB-Stelle	86
Tabelle 6	Grund für die Nichtaufnahme von RehabilitandInnen in die Betreuung	86
Tabelle 7	Demographische Merkmale der KlientInnen I	87
Tabelle 8	Demographische Merkmale der KlientInnen II	89

		Seite
Tabelle 9	Merkmale der beruflichen Situation der CMB-KlientInnen zum Zeitpunkt des ersten Anamnesegesprächs	90
Tabelle 10	Gesundheitliche Situation der KlientInnen zum Zeitpunkt des ersten Anamnesegesprächs	93
Tabelle 11	Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung der KlientInnen	95
Tabelle 12	Merkmale der Beschäftigungsbetriebe	96
Tabelle 13	Art der beruflichen Wiedereingliederung	110
Tabelle 14	Beruflicher Status des / der RehabilitandIn zum Abbruchzeitpunkt	110
Tabelle 15	Einschätzung des CMB-Verlaufs	113

Anhangsverzeichnis

Tabelle A1	Zugangswege zum CMB	125
Tabelle A2	Berufsbezogene Interessen des / der RehabilitandIn	125
Tabelle A3	Ergebnis des CMB und Geschlecht	126
Tabelle A4	Ergebnis des CMB und Zugangsaltersklasse	126
Tabelle A5	Ergebnis des CMB und zuletzt ausgeübter Beruf	126
Tabelle A6	Ergebnis des CMB und Betriebsgröße	127
Tabelle A7	Ergebnis des CMB und Dauer zwischen dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit und der ersten Kontaktaufnahme mit dem Betrieb	127
Tabelle A8	Ergebnis des CMB und Wirtschaftssektor	127
Tabelle A9	Gründe für den Abbruch des CMB	128

Abkürzungen

ÄD	Ärztlicher Dienst
AU	Arbeitsunfähigkeit
BAR	<i>Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation</i>
BfA	<i>Bundesversicherungsanstalt für Angestellte</i>
CMB	Case Management zur Erhaltung von Arbeits- und Ausbildungsverhältnissen von Menschen mit Behinderung
GdB	Grad der Behinderung
ifeS	<i>Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg</i>
LVA	Landesversicherungsanstalt
PD	Psychologischer Dienst
RTSC	Real Time Strategic Change
SB	Schwerbehinderung / Schwerbehinderte/r
TB	Technischer Beratungsdienst
vgl.	vergleiche
VZ	Vollzeit
WiSo	<i>Wirtschafts- und sozialwissenschaftliche Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg</i>

1 Die Arbeit der Begleitforschung im zweiten Projektjahr und der Sachstand des CMB-Modellprojekts

1.1 Aktivitäten der Begleitforschung im Berichtszeitraum

Die Aktivitäten der Begleitforschung erstreckten sich im zweiten Projektjahr im wesentlichen auf

- Routinearbeiten wie
 - laufende Erfassung und Aufbereitung von Informationen, die von den CMB-Stellen dokumentiert und übermittelt wurden,
 - Aktualisierung der Dokumentationsunterlagen,
 - laufende Literaturrecherchen in Bibliotheken und Internet sowie Durchsicht der Fundstellen,
 - Übermittlung interessanter Informationen an die ProjektpartnerInnen,
- Vorbereitung, Durchführung, Protokollierung und Nachbereitung (standortübergreifender) Arbeitssitzungen,
- Entwicklung eines Gesamtprogramms für standortübergreifende und Regionalveranstaltungen zur Fortentwicklung, Präzisierung und Umsetzung des CMB-Konzepts
- Erarbeitung von Materialien zur Öffentlichkeitsarbeit und Mitwirkung an Veranstaltungen.

Im folgenden wird über einzelne dieser Aktivitäten genauer informiert.

1.1.1 Laufende Erfassung, Aufbereitung und Analyse der Daten von TeilnehmerInnen und Betrieben

Die schriftlich mitgeteilten Informationen, die beim *IfeS* eingehen, d. h.

- die von den CMB-Stellen dokumentierten struktur- und prozeßbezogenen Daten sowie
- die rücklaufenden Erhebungsbögen aus
 - der RehabilitandInnennachbefragung und
 - der Arbeitgeberechnachbefragung,

werden zunächst einer Sichtprüfung unterzogen. Soweit dabei Fragen auftreten (z. B. unklare Angaben), werden diese fermündlich mit den betreffenden BearbeiterInnen abgeklärt. Die Daten werden dann über Eingabemasken erfaßt, die mittels *SPSS Data Entry 3.0* er

zeugt wurden. Anhand eines Plausibilitätsprogrammes können Inkonsistenzen aufgedeckt und Fehler (evtl. auch nach Rücksprache mit den CMB-Stellen) berichtigt werden.

Die Datenauswertung beschränkte sich bisher im wesentlichen auf Häufigkeitsverteilungen und bivariate Zusammenhangsmessungen. Aufwendigere Analyseverfahren kamen wegen geringer Fallzahlen noch nicht zur Anwendung.

Ergebnisse dieser Arbeiten werden im *Abschnitt 3.2* des vorliegenden Berichts vorgelegt.

1.1.2 Arbeitssitzungen im Berichtszeitraum

Im Berichtszeitraum fanden verschiedene standortübergreifende Arbeitssitzungen statt. Da über die *zweite CMB-Arbeitssitzung am 26. Februar 2002* bereits im ersten Zwischenbericht¹ informiert wurde, soll hier lediglich auf die übrigen Veranstaltungen eingegangen werden.

- *Zweite Projektbeiratssitzung am 8. Mai 2002 bei der BAR in Frankfurt am Main*
Auf der Basis des ersten CMB-Zwischenberichts wurden im Rahmen dieser Sitzung erste Ergebnisse der Begleitforschung im Hinblick auf Projektimplementierung, CMB-Konzeption, Strukturmerkmale der CMB-Stellen, typische CMB-Abläufe sowie bisherige standortspezifische Projekterfahrungen vorgestellt und diskutiert.
Aufgrund der kleinen Zahl jener 5 CMB-Stellen, die nach dem Reha-Träger-Modell arbeiten (und die sich in der Zwischenzeit auf 2 Stellen reduziert haben), plädierte der Projektbeirat dafür, bei der Erfolgsanalyse auf die Gegenüberstellung Einkaufs- vs. Reha-Träger-Modell zu verzichten.
Nachdem die Begleitforschung auf die defizitären Rahmenbedingungen (Arbeitsüberlastung und Zeitmangel der Case ManagerInnen) der nach dem Reha-Trägermodell arbeitenden CMB-Stellen hingewiesen hatte, appellierte der Projektbeirat an die betreffenden CMB-Durchführungsorganisationen, die MitarbeiterInnen der CMB-Stellen für ihre Aufgabe ausreichend freizustellen oder sich aus dem *BAR-Modellprojekt* zurückzuziehen. Darüber hinaus solle nach Möglichkeit – qualitätvolle Arbeit vorausgesetzt – über die gesamte Projektlaufzeit kontinuierlich an den bisher beauftragten Durchführungsorganisationen festgehalten werden. Nur so ließen sich die von den MitarbeiterInnen geknüpften Kontakte und Kooperationsbeziehungen

¹ Siehe: *Brader / Faßmann / Wübbeke 2002: 75f*

dauerhaft nutzen. Zudem empfahl der Beirat, die CMB-Zugangskriterien präziser zu fassen, um der an einigen Standorten als unzureichend erachteten Klientenauswahl durch die Krankenkassen entgegenzuwirken.

Angesichts der ursprünglich nicht vorgesehenen großen Zahl der einbezogenen CMB-Standorte wurden schließlich die Möglichkeiten diskutiert, im Rahmen der formativen Evaluation standortübergreifende und netzwerkorientierte Arbeitssitzungen durchzuführen, um trotz der zu erwartenden großen TeilnehmerInnenzahl zu verwertbaren Arbeitsergebnisse zu gelangen. Angesichts des überaus großen Aufwandes, der für die Organisation solcher Veranstaltungen erforderlich ist, wurden eine Begrenzung der einzuladenden AdressatInnen sowie die Auswahl von Modellregionen vorgeschlagen, in denen exemplarisch an bestimmten Themen gearbeitet werden könne.

➤ *Dritte CMB-Arbeitssitzung am 8./9. Oktober 2002 in der WiSo-Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg² in Nürnberg*

Wie in *Abschnitt 2.1.3* noch eingehend dargelegt wird, erarbeitete die Begleitforschung im Sommer 2002 eine Konzeption (*Curriculum*) zur Durchführung von regionalen und standortübergreifenden Veranstaltungen für die gesamte Projektlaufzeit. Die erste dieser Sitzungen mit dem Arbeitstitel *Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit* widmete sich nun dem Aufbau und Erhalt von Kooperationsbeziehungen mit Partnern innerhalb und außerhalb der gesetzlichen Sozialversicherung. TeilnehmerInnen waren neben dem Begleitforschungsteam VertreterInnen der CMB-Stellen und ihrer Durchführungsorganisationen, der CMB-Träger (Arbeitsverwaltung, Rentenversicherungsträger) sowie der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation*.

Die Veranstaltung wurde vom Begleitforschungsteam in Anlehnung an das Großgruppendedesign *Real Time Strategic Change (RTSC)* moderiert.³ Zu jedem der vier Themen

- Aufbau und Pflege des Kooperationsnetzwerks
- KlientInnenzugang
- Einholung von Gutachten und Fachmeinungen
- Abstimmung des Eingliederungsplans mit den Reha-Trägern

² Die Räumlichkeiten wurden uns dankenswerterweise vom Dekan der *Wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg* kostenfrei überlassen.

³ Die Moderationstechnik wurde uns freundlicherweise von der *DATEV Nürnberg* kostenlos geliefert und leihweise zur Verfügung gestellt.

wurden von mehreren Kleingruppen auf der Grundlage bisheriger Erfahrungen und Zielvorstellungen Überlegungen für erforderliche Maßnahmen und erste Umsetzungsschritte diskutiert. Die Ergebnisse wurden in einem Protokoll dokumentiert (siehe dazu *Abschnitt 2.2*). Im Rahmen der Veranstaltung tauschten die CMB-Stellen zudem Informationen über die eigene Öffentlichkeitsarbeit (Poster, Faltblätter, Presseartikel) aus.

Das von der wissenschaftlichen Begleitung erarbeitete CMB-Veranstaltungskonzept sieht überdies Regionalveranstaltungen vor. Dabei geht es vor allem auch darum, durch neue, die TeilnehmerInnen aktivierende Workshopdesigns die Kooperation im regionalen Netzwerk zu fördern. Im Rahmen der Arbeitssitzung am 8./9. Oktober 2002 wurden den TeilnehmerInnen Anliegen, Adressaten und Grundkonzeption dieser Konferenzen erläutert und auf die Aufgaben hingewiesen, die im Hinblick auf die inhaltliche Gestaltung und Organisation vom Begleitforschungsteam und der eingebundenen CMB-Stelle vor Ort zu übernehmen sind.

Der CMB-Standort 1 erklärte sich bereit, gemeinsam mit den Standorten 3 und 6 eine solche Konferenz im Frühjahr 2003 zu erproben. Die Zusammenarbeit dieser Stellen bietet sich insofern an, als sie nicht sehr weit auseinander liegen und häufig mit den gleichen Netzwerkpartnern (z. B. Kassen, Rentenversicherungsträger) zu tun haben. Die Vorbereitung der Veranstaltung sollte eine Planungsgruppe aus Vertretern der beteiligten Stellen und des Begleitforschungsteams übernehmen. Leider konnte bisher noch kein CMB-Standort in einer anderen Region zur Erprobung des Workshopkonzepts gefunden werden.

➤ *Erste Planungsgruppensitzung am CMB-Standort 1 am 4. Dezember 2002 zur Vorbereitung eines Regionalworkshops*

Diese Sitzung diente der Vorbereitung einer ganztägig angelegten Regionalkonferenz der CMB-Standorte 1, 3 und 6 am 3. April 2003 in den Räumen einer der betreffenden CMB-Stellen. Auf der dritten CMB-Arbeitssitzung war grundsätzlich abgesprochen worden, diesen Workshop in Anlehnung an das RTSC-Großgruppendesign durchzuführen, um so die VeranstaltungsteilnehmerInnen besser mit dem CMB-Konzept und den damit in der Praxis verbundenen Problemen vertraut machen sowie gemeinsam mit ihnen Lösungsvorschläge erarbeiten zu können. Dazu legte die Begleitforschung ein detailliertes Arbeitskonzept vor.

Allerdings konnten sich die VertreterInnen der CMB-Stellen den Vorschlägen des Begleitforschungsteams nicht anschließen, da sie meinten, es müsse zunächst noch mehr über CMB und seine Chancen informiert werden, ehe man in eine Gruppenar

beit eintreten könne. Vereinbart wurde deshalb, ein Programm für eine Veranstaltung mit dem Arbeitstitel *Kooperation mit CMB-Stellen – Zusammenarbeit in der Region zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen gesundheitlich beeinträchtigter ArbeitnehmerInnen*“ zu erarbeiten. Ziel der Tagung sollte sein, den TeilnehmerInnen

- Informationen über das CMB-Konzept und die Arbeit der CMB-Stellen auf der Grundlage bisheriger Erfahrungen zu vermitteln,
- Multiplikatoreffekte und Kooperationsbereitschaft zu erreichen und
- im Rahmen von Workshops nach Möglichkeiten zur Lösung bestehender Kooperationsprobleme zu suchen.

Der Kreis der Adressaten sollte sich auf Entscheidungsträger aus dem Bereich der Sozialversicherung, Integrationsämter, Ärzteschaft, Kliniken, Arbeitgeber und Presse erstrecken. Es wurde davon ausgegangen, daß mehr als 50 Personen an der Tagung interessiert sein würden.

Der Entwurf der Einladungsschreiben, die von den CMB-Stellen mit eigenem Briefkopf versehen werden sollten, und des besonderen Programm-Faltblattes mit dem Tagungsprogramm übernahm die Begleitforschung. Sie sollte auch eine Presseerklärung vorbereiten.

Die drei beteiligten CMB-Stellen vereinbarten, die Kosten der Konferenz (z. B. Druckkosten, Catering) gemeinsam zu tragen. Weitere Sitzungen der Planungsgruppe wurden für den 17.1.2003 (ohne Forschungsteam) sowie für den 7.3.2003 verabredet.

1.1.3 Planungs- und Entwicklungsarbeiten im Rahmen der formativen Evaluation

Ausgehend vom Auftrag, im Rahmen der formativen Evaluation Informationen zu den Modellwirkungen und Verbesserungsmöglichkeiten des CMB zu gewinnen und Veränderungsprozesse anzustoßen, konzentrierte sich die Arbeit der Begleitforschung im Berichtszeitraum auf die Erstellung einer Konzeption (*Curriculum*) zur Durchführung von regionalen und standortübergreifenden Veranstaltungen im Verlauf des gesamten Modellprojekts. Diesem Programm gemäß sollen im Rahmen von CMB-Workshops

- Erfahrungen (Probleme und *best practice*) aus der CMB-Praxis themenbezogen gesammelt,

- Möglichkeiten zur Verbesserung der CMB-Praxis (Strukturen, Prozesse) diskutiert und schließlich
- CMB-Arbeitsstandards entwickelt werden.

Angesichts des relativ großen Adressatenkreises, an den sich die jeweiligen Veranstaltungen richten, und wegen des Anspruchs, zu verwertbaren Arbeitsergebnissen zu gelangen, müssen geeignete Konferenzdesigns zum Einsatz kommen. Nach Sichtung der heute gängigen Großgruppenkonzepte wurde eine Anlehnung an das Konzept des *Real Time Strategic Change (RTSC)* als besonders erfolgversprechend erachtet. (Näheres dazu wird in *Abschnitt 2.1* ausgeführt).

Die dritte CMB-Arbeitssitzung wurde im Hinblick auf Inhalte und methodische Vorgaben bereits dieser Konzeption entsprechend durchgeführt. Angesichts der erzielten Arbeitsergebnisse sowie der überaus positiven Rückmeldungen von den TeilnehmerInnen kann festgestellt werden, daß sich das Konzept bewährt hat und somit eine gute Grundlage für die weitere Projektentwicklung zur Verfügung steht.

Auch die Anlage der am CMB-Standort 1 vorgesehenen Regionalkonferenz entsprach zunächst diesen Vorgaben, wurde jedoch im Verlauf der ersten Planungsgruppensitzung wesentlich verändert, so daß dem ursprünglichen Großgruppendedesign nur beschränkt Rechnung getragen werden konnte. Gleichwohl entwickelte das Begleitforschungsteam den Wünschen der Planungsgruppe entsprechend ein plausibles und realisierbares Programm sowie die zugehörigen Unterlagen (Detailplanung, Arbeitsblätter für die Arbeit in Kleingruppen, Programm-Flyer, Einladungsschreiben usw.). Allerdings entschied die Planungsgruppe auf ihrer zweiten Sitzung, an der das Begleitforschungsteam vereinbarungsgemäß nicht teilnahm, die Tagung nunmehr doch nicht in Form eines dem Großgruppenkonzept entsprechenden Workshops, sondern - wie bereits an vielen anderen CMB-Standorten im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit gehandhabt - in Form einer reinen Vortragsveranstaltung mit Gelegenheit zur Diskussion durchzuführen. Damit waren sämtliche Vorarbeiten der wissenschaftlichen Begleitung hinfällig. Eine Erprobung des neuen, die TeilnehmerInnen aktivierenden Veranstaltungsdesigns zur Förderung der Kooperation im regionalen Netzwerk ist damit zumindest in der Region der Standorte 1 und 3 (die CMB-Stelle am Standort 6 hat zwischenzeitlich ihre Teilnahme wegen personeller Veränderungen abgesagt) nicht möglich. Es wird nun geprüft, an welchem / welchen alternativen CMB-Standort(en) das entwickelte Veranstaltungskonzept erprobt werden könnte.

1.1.4 Öffentlichkeitsarbeit, Teilnahme an Tagungen und sonstige Kontakte

Nachdem der erste CMB-Zwischenbericht auf große Resonanz gestoßen war, wurde er nach Rücksprache mit der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* und dem *Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung* im Mai 2002 als Heft 3/2002 in der *IfeS*-Schriftenreihe „Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg“ veröffentlicht und steht seit Juni 2002 auch auf der Homepage des Instituts (<http://www.ifes.uni-erlangen.de>) zum Downloaden zur Verfügung.

MitarbeiterInnen des Begleitforschungsteams berichteten über das Modellprojekt

- auf der Fachtagung *Integrationsfachdienst / Case Management* mit Podiumsdiskussion im *BFZ Peters* in Waldkraiburg am 21. März 2002,
- auf der Fachtagung *Beschäftigungsfähigkeit fördern! Prävention und Rehabilitation im Unternehmen* des *Instituts für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation (GmbH)* an der *Deutschen Sporthochschule Köln (IQPR)* in Köln am 18./19. Juni 2002,
- auf der Tagung *Alles im Fluß? Kontinuität und Erneuerung der Integrationsfachdienste* der *Evangelischen Akademie Bad Boll* am 17.-19. März 2003.

Persönliche oder fernmündliche Fachgespräche im Zusammenhang mit dem Modellprojekt fanden statt u. a. mit

- Herrn *Dr. Schian* und Frau *Höhn-Beste* vom *Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation (GmbH)* an der *Deutschen Sporthochschule Köln (IQPR)* über innerbetriebliche Möglichkeiten zur „Entdeckung“ von gesundheitlich gefährdeten Personen und Prävention,
- Frau Dipl.-Psychologin *Wagner* vom *Berufsbildungswerk Rummelsberg* über Fragen der beruflichen Rehabilitation,
- Herrn *Dr. Hagen* vom *MDK Bad Kissingen*, Herrn *Dr. Heipertz* von der *Bundesanstalt für Arbeit*, Herrn *Loris* von der *LVA Sachsen*, Herrn *Dr. Köhler* vom *Arbeitsamt Nürnberg* zu Frühindikatoren zur Erkennung eines beruflichen Reha-Bedarfs durch Mitarbeiter der Rehabilitationsträger und ihrer Fachdienste,
- Frau *Hüllen* vom *BKK Bundesverband* und Frau *Waldeier-Jeebe* vom *AOK Bundesverband* zum Stand der Verhandlungen um die Reha-Richtlinien (§ 92b SGB V).

Im übrigen steht das Forschungsteam im ständigen Kontakt mit der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation*.

1.2 Veränderungen und Stand des CMB-Modellprojekts

1.2.1 Ausscheiden von CMB-Stellen aus dem Modellprojekt

Das zweite Projektjahr war gekennzeichnet durch eine Reihe von Veränderungen im Bereich der CMB-Standorte. So wurde die Arbeit der CMB-Stelle *Ludwigshafen* im Februar 2002 vom Arbeitsamt beendet - vermutlich wegen zu geringer Fallzahlen, Genaueres wurde uns nicht mitgeteilt. Der Standort *Traunstein* schied im März aus dem Modellprojekt aus, weil sich die dortige Mitarbeiterin wegen Arbeitsüberlastung nicht in der Lage sah, den Dokumentationsverpflichtungen nachzukommen. Aus ähnlichen Gründen mußten sich im Juli 2002 die CMB-Stelle beim *Arbeitsamt Nürnberg* und im Dezember 2002 die CMB-Stelle beim *Arbeitsamt Gotha* zurückziehen.

Demgegenüber verbesserte sich die Arbeitssituation nach einer schriftlichen Intervention der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* an den Standorten *Frankfurt* und *Leer* erheblich, nachdem die Stellen dort personell verstärkt worden waren. Auch die CMB-Stelle in *Merseburg* kann in der Zwischenzeit auf mehr Personal zurückgreifen.

Die Verhandlungen der *AOK Neuwied* über eine Kofinanzierung von Aktivitäten der *CMB-Stellen Neuwied* und *Altenkirchen* zugunsten von Versicherten der LVA Rheinland-Pfalz konnten immer noch nicht abgeschlossen werden. Aus diesen Gründen ruht die Arbeit an diesen Standorten weiterhin.

1.2.2 Neu in das Modellprojekt aufgenommene CMB-Stellen und ihre Durchführungsorganisationen

Im April 2002 wurde die CMB-Stelle *Suhl* neu in das Modellprojekt aufgenommen, und im Februar 2003 kamen die CMB-Stellen *Mainz* und *Plauen* hinzu. Alle diese Stellen arbeiten nach dem Einkaufsmodell. Die *Abbildung 1* illustriert die aktuelle geographische Verteilung der Modellstandorte, die *Abbildung 2* informiert über die nunmehr im Projekt befindlichen Durchführungsorganisationen.

Nachfolgend werden die neu hinzugekommenen CMB-Durchführungsorganisationen vorgestellt. Über die Konzepte sowie wichtige Merkmale der CMB-Stellen selbst wird in *Abschnitt 3.1* näher informiert.

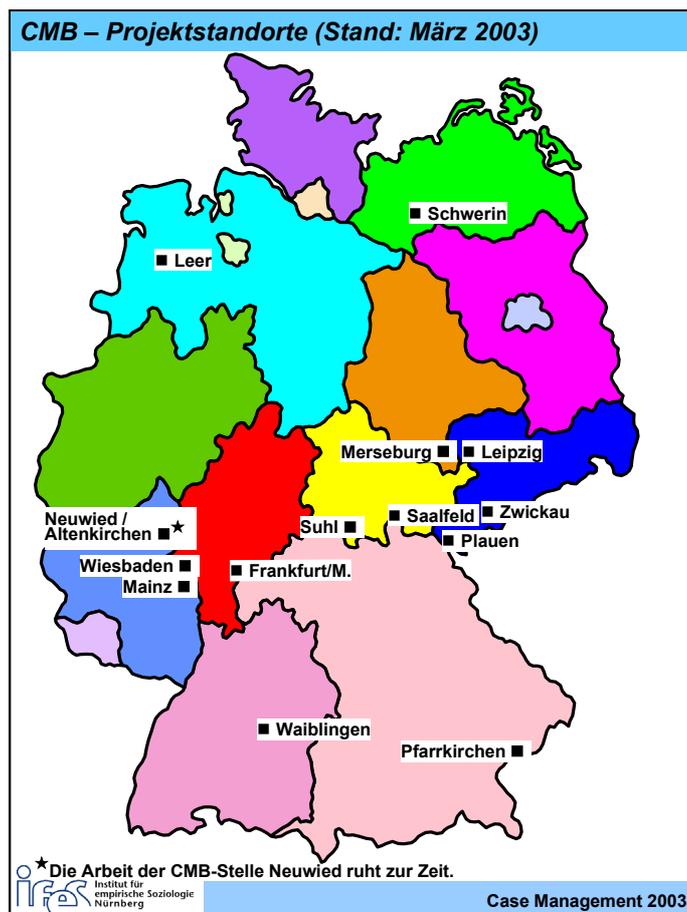


Abbildung 1



Abbildung 2

pebb GmbH in Mainz

Die *pebb GmbH* (das Akronym steht für "persönliche entwicklung – berufliche bildung") mit dem Sitz in Ober-Hilbersheim / Rheinhessen wurde 1994 als Unternehmensberatungsfirma gegründet. Die Firma hat heute Niederlassungen an mehr als 20 Orten, u. a. in Berlin, Hamburg, Hannover, Köln, Dortmund, Erfurt, Mainz und Nürnberg, und beschäftigt mehr als 50 MitarbeiterInnen. Gegliedert in verschiedene kleine, flexible und spezialisierte Projektteams („Kompetenzzentren“), die weitestgehend selbständig arbeiten und vernetzen, ist die *pebb GmbH* in den Geschäftsfeldern Unternehmensberatung mit den Schwerpunkten *Organisationsentwicklung und Personalwirtschaft* und *Arbeitsmarktpolitik* tätig. Im Mittelpunkt der Aktivitäten stehen hier die Konzeption und Umsetzung arbeitsmarktpolitischer Konzepte (Arbeitnehmerberatung, Bildungsmanagement, Bewerbungsunterstützung, private Arbeitsvermittlung).⁴ Ein weiteres Geschäftsfeld ist das *Betriebliche Reha-Management (BeReMa)*, das im Jahre 2001 entwickelt wurde und seit Februar 2002 in Kooperation mit dem *Arbeitsamt Mainz* und der *LVA Rheinland-Pfalz* als Pilotprojekt mit zunächst drei Jahren Laufzeit erprobt wird.⁵

Transfer e.K. Personalberatung und Qualifizierung in Plauen

Transfer e.K. Personalberatung und Qualifizierung wurde 2001 als Anbieter qualifizierter Dienstleistungen zur beruflichen Wiedereingliederung und Neuplazierung von Fach- und Führungskräften gegründet. Die Firma ist als privater Arbeitsvermittler, Bildungsträger im Bereich der Qualifizierung und beruflichen Eingliederung von Arbeitslosen sowie Beratungsinstitution in der beruflichen Chanceneinschätzung und Outplacementberatung tätig. Die Dienstleistungen werden sowohl am Firmensitz in Hof, als auch in Annaberg-Buchholz, Gera, Oschatz und Plauen angeboten.⁶ Nach dem Abschluß eines zunächst auf 1 ¼ Jahre befristeten Vertrages mit dem *Arbeitsamt Plauen* sowie einer Vereinbarung mit der *LVA Sachsen* wurde im Januar 2003 mit der Implementierung der CMB-Stelle *Plauen* begonnen. Nachdem bereits Gespräche mit den regionalen Krankenkassen, der *Bundesversicherungsanstalt für Angestellte* und den gewerblichen Berufsgenossenschaften geführt und bereits einige CMB-Fälle zugewiesen wurden, konnten die ersten Klientengespräche im Februar 2003 durchgeführt werden.

⁴ Siehe dazu die Homepage des Unternehmens: <http://www.pebb.de/frameset.htm>

⁵ Siehe dazu: *pebb GmbH* 2001

⁶ Siehe dazu die Homepage der Firma: <http://www.transfer-personalberatung.de/>

Stiftung Rehabilitationszentrum Thüringer Wald in Suhl

Die *Stiftung Rehabilitationszentrum Thüringer Wald* mit Sitz in Schleusingen arbeitet seit dem Jahre 1990 spitzenverbandunabhängig, religionsungebunden, politisch und weltanschaulich neutral auf dem Gebiet der beruflichen, sozialen und medizinischen Wiedereingliederung behinderter Menschen. Mit rund 170 MitarbeiterInnen werden etwa 300 Menschen mit Behinderungen betreut, gefördert, trainiert und ausgebildet. Die Einrichtung betreibt die *Schleusinger REHA-Werkstätten*, bietet berufsvorbereitende Maßnahmen und überbetriebliche Ausbildungsgänge für behinderte Jugendliche und junge Erwachsene an, verfügt in Schleusingen und Erfurt über *Berufliche Trainingszentren (BTZ)* zur Rehabilitation psychisch behinderter Erwachsener, über eine private Förderschule für geistig Behinderte sowie über vier Wohnheime mit etwa 100 Plätzen.⁷ Am 1. Dezember 2001 wurde im Büro Suhl der Stiftung ein Integrationsfachdienst eingerichtet, in dessen Räumlichkeiten seit Januar 2002 auch die CMB-Stelle Suhl untergebracht ist. Sie wurde auf Anregung des *Arbeitsamtes Suhl* eingerichtet und über diese Behörde finanziert.

1.3 Schwerpunkte des zweiten CMB-Sachstandsberichts

Der vorliegende zweite CMB-Zwischenbericht informiert in *Kapitel 2* zunächst über die Entwicklungsarbeiten der Begleitforschung im Bereich der formativen Evaluation, die sich vor allem auf die Erarbeitung eines Konzepts zur Durchführung standortübergreifender und regionaler Veranstaltungen im Verlauf des Modellprojekts konzentrierte. Darüber hinaus wird über die Ergebnisse des ersten standortübergreifenden CMB-Workshops berichtet. *Kapitel 3* widmet sich dann den Ergebnissen der summativen Evaluation im Berichtszeitraum. Nach einer Vorstellung wichtiger Merkmale der neu in das Modellprojekt aufgenommenen CMB-Stellen werden TeilnehmerInnenstrukturdaten sowie Informationen über den Ablauf und die Ergebnisse des Case Managements mitgeteilt, wie sie an den Standorten dokumentiert und dem *IfeS* übermittelt wurden. Ein Ausblick auf das dritte Projektjahr schließt den Bericht ab.

⁷ Siehe dazu die Homepage der Einrichtung: <http://www.reha-schleusingen.de/>

2 Ergebnisse der formativen Evaluation im Berichtszeitraum

2.1. Konzeption von standortübergreifenden und Regionalveranstaltungen

Im Rahmen der formativen Evaluation des Entwicklungsprojekts geht es insbesondere darum, das CMB-Konzept im Dialog mit den Projektakteuren zu präzisieren und in eine auch auf andere Versorgungsräume übertragbare Form zu gießen. Darüber hinaus sind die Chancen und Grenzen einer Umsetzung von CMB in die Praxis aufzuzeigen. Diese Arbeit soll allerdings nicht ausschließlich von dem unmittelbar in das Modellprojekt eingebundenen Personal der CMB-Stellen und des Begleitforschungsteams geleistet werden. Da Case Management vor allem dazu dient, sozialsystembedingte Schnittstellenprobleme zu lösen, ist es vielmehr auch erforderlich, mit möglichst vielen der (potentiellen) Kooperationspartner von CMB-Stellen

- dauerhaft in einen netzwerkorientierten Informations- und Erfahrungsaustausch einzutreten um die Beteiligten
 - ziel- und problemorientiert für das Anliegen von CMB zu sensibilisieren und
 - zu einer konstruktiven Mitarbeit zu bewegen, sowie
- ein Arbeitsbündnis einzugehen mit der Intention,
 - gemeinsam netzwerkorientierte Lösungen für Kooperationsprobleme zu suchen und
 - formelle, vor allem aber auch informelle Kooperationsroutinen zur zügigen und reibungslosen Verwirklichung von CMB zu vereinbaren, die den Belangen von allen beteiligten Akteuren gerecht werden.

2.1.1 Mögliche Probleme beim Aufbau von Kooperationsbeziehungen an CMB-Standorten

Um CMB im Hinblick auf die angestrebten Ziele

- zügiges Ausfindigmachen gesundheitlich beeinträchtigter und vom Verlust des Beschäftigungsverhältnisses bedrohter Personen sowie
- Aufrechterhaltung des bestehenden Beschäftigungsverhältnisses

erfolgreich verwirklichen zu können, sind die Case ManagerInnen auf eine Reihe von Kooperationspartner angewiesen: Über die Adressaten ihrer Bemühungen im engeren Sinne (RehabilitandInnen und Arbeitgeber) hinaus ist es in den verschiedenen Stadien des CMB-

Prozesses erforderlich, mit den Krankenkassen und anderen zuständigen Rehabilitationsträgern, den Medizinischen Diensten der Krankenkassen, dem Ärztlichen Dienst (ÄD), dem Psychologischen Dienst (PD) des Arbeitsamtes sowie Betriebsräten, SchwerbehindertenvertreuerInnen, Betriebsärzten, Arbeitsassistenten und Bildungsträgern zu kooperieren.⁸ Nur so ist z. B. ein reibungsloser Zugang von KlientInnen zu den CMB-Stellen, ein Austausch von CMB-relevanten Informationen über die RehabilitandInnen (z. B. in Form von Gutachten) sowie eine Abstimmung über die erforderlichen Maßnahmen möglich.

Wie die bisherigen Erfahrungen der CMB-Stellen zeigten, ist aber eine verbindlich zwischen zwei oder mehreren Akteuren eingegangene und institutionalisierte Zusammenarbeit⁹ nicht selbstverständlich. Noch weniger kann *a priori* davon ausgegangen werden, daß es hier zu standort-bezogener informeller *Netzwerkarbeit* kommt: Netzwerke zeichnen sich nämlich dadurch aus, daß die eingebundenen Partner¹⁰

- ein gemeinsames Handlungsproblem (hier: die schnelle berufliche Wiedereingliederung gesundheitlichbeeinträchtigter ArbeitnehmerInnen) eint,
- das sie aus unterschiedlichen, jedoch wechselseitig abhängigen Interessen
- in einem nicht hierarchischen Raum gleichberechtigt bearbeiten wollen.¹¹

Die Zusammensetzung so verstandener Netzwerke „richtet sich weniger nach formalrechtlichen und institutionellen Kriterien, sondern ist vielmehr das Ergebnis von teilweise langwierigen Aushandlungsprozessen zwischen den Akteurinnen und Akteuren, die durch die Bildung gegenseitigen Respekts, Anerkennung und Affinität gekennzeichnet ist. Eine wichtige Funktion haben dabei Kommunikations- und Interaktionsbeziehungen, die auf die Kenntnis wechselseitiger Abhängigkeiten, der Herausbildung von Vertrauensbeziehungen sowie der Entwicklung gemeinsamer Verhaltenserwartungen und –orientierungen beruhen.“¹²

Derart definierter Kooperation und Netzwerkarbeit¹³ werden Vorteile¹⁴ zugeschrieben wie

⁸ Vgl. Brader / Fassmann / Wübbecke 2002: 26ff

⁹ „Eine Kooperation ist eine verbindlich zwischen zwei oder mehreren Akteuren eingegangene institutionalisierte Zusammenarbeit, in der ein Projekt oder eine Maßnahme (...) gemeinsam durchgeführt wird.“ (Sänger 2000 zit. nach: Schild 2001: 67)

¹⁰ Diese Akteure treten häufig nicht als Einzelpersonen, sondern als Repräsentanten ihrer Organisation auf. Zur Problematik von solchen „StellvertreterInnennetzwerken“ siehe etwa: Fürst / Schubert 1998: 4

¹¹ Vgl. Sänger 2000 zit. nach: Schild 2001: 67

¹² Sänger / Bennowitz 2001: 78, vgl. Bennowitz / Sänger 2001: 31. Siehe dazu auch: Schimpf 2001: 204f; Förster 2002: 6

¹³ Andere Inhalte des Netzwerkbegriffs werden etwa thematisiert in Faßmann / Reiprich / Steger 2000: 40ff.

- Optimierung der Effektivität von Entscheidungen,
- effiziente Aufgabenerfüllung,
- flexiblere öffentliche Aufgabenerfüllung,
- Erweiterung von Problemlösungskapazitäten,
- Bündelung von Ressourcen,
- Kostenreduzierung,
- Überwindung des Ressortdenkens,
- stärkere Problemnähe,
- Erzielung von Synergieeffekten.¹⁵

Gerade diese Möglichkeiten sind für die CMB-Stellen von besonderem Interesse, ist ihre Arbeit doch nicht zuletzt ausgerichtet auf die Überwindung von Schnittstellenproblemen und Barrieren, die sich aufgrund der institutionellen Zergliederung des bundesdeutschen Sozialversicherungs- und Rehabilitationssystems ergeben, um so dazu beizutragen, den Rehabilitationsprozeß den Maximen *Frühzeitigkeit, Zügigkeit, Kontinuität, Nahtlosigkeit* und *Integration* entsprechend zu gestalten.¹⁶

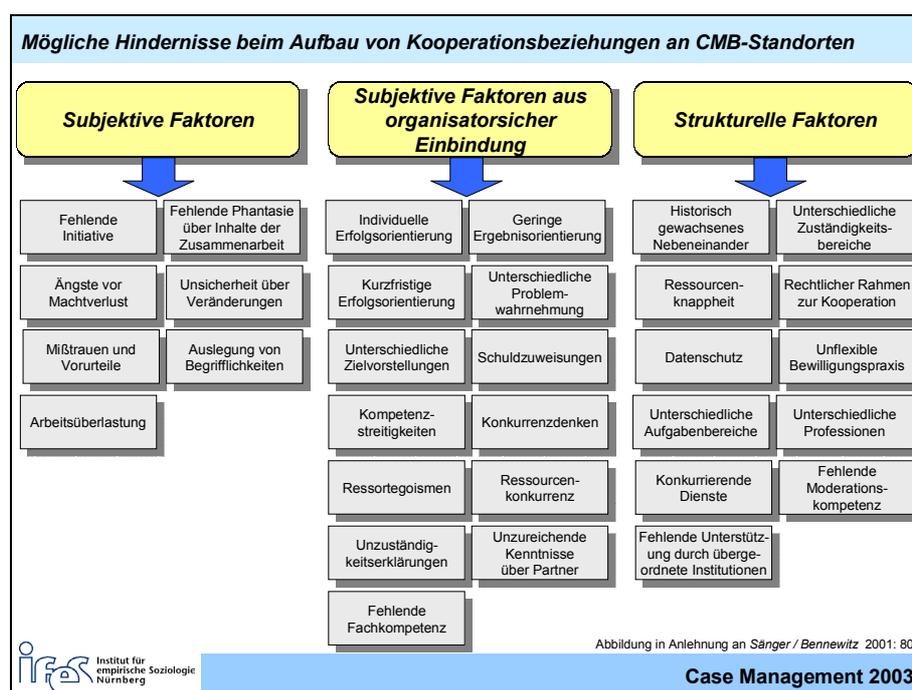


Abbildung 3

¹⁴ Erklärungsversuche für sub-optimales Funktionieren von Netzwerken finden sich bei *Fürst / Schubert 1998: 6ff; Strunk 1999: 225; Hirsch-Kreinsen 2002: 108f*

¹⁵ Vgl. *Sängler / Bennewitz 2001: 30f*; siehe dazu etwa auch: *Ammon et al. 1998: 2; Schmid et al. 1999: 3f; Strunk 1999: 225; Dahme 2000: 63f; Bassarak / Genosko 2001; Scheff 2001: 83; Hirsch-Kreinsen 2002: 107*

¹⁶ Siehe dazu: *Brader / Faßmann / Wübbecke 2002: 9ff*

CMB-standortbezogene Kooperation und Netzwerkarbeit sind zunächst nicht selbstverständlich, sondern müssen erst initiiert und in Gang gesetzt werden. Erfahrungsgemäß sind dabei erhebliche Hindernisse zu überwinden, von denen *Abbildung 3* in Anlehnung an *Sänger / Bennewitz 2001* einige auflistet, mit denen besonders häufig zu rechnen ist.¹⁷ Einige der genannten Probleme wurden auch im Rahmen von Gesprächen mit den CMB-Stellen thematisiert.¹⁸ Sie müssen überwunden werden, wenn effektive CMB-Arbeit ermöglicht werden soll.

2.1.2 Überlegungen zur Lösung von Kooperationsproblemen an den CMB-Standorten

2.1.2.1 Strategische Überlegungen

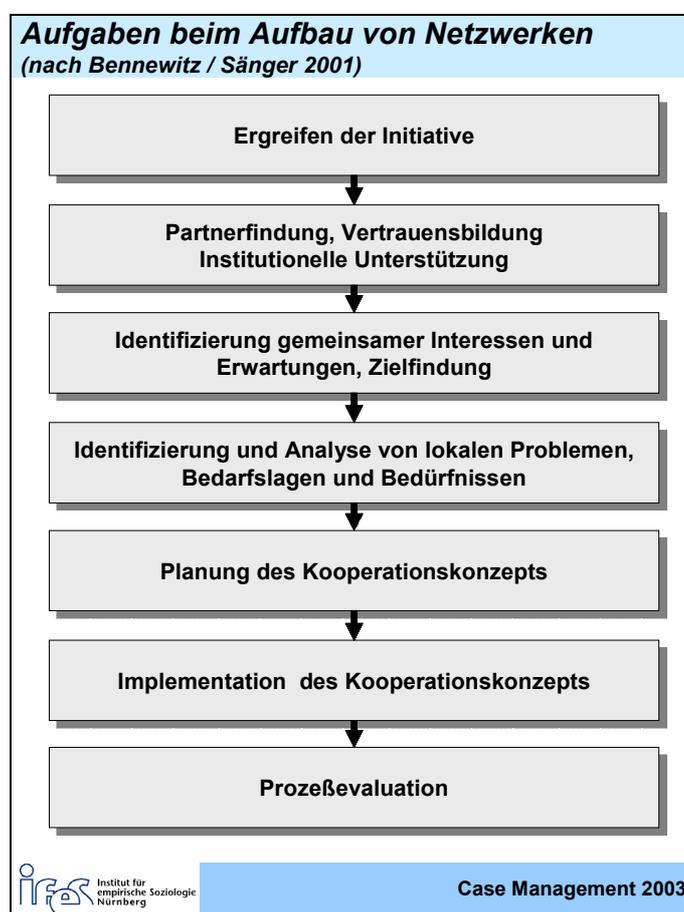


Abbildung 4

¹⁷ Diese Hindernisse sind nicht „CMB-spezifisch“. Vielmehr ist damit immer zu rechnen, wenn es um den Aufbau von regionalen Kooperationsbeziehungen geht. Siehe dazu: *Sänger / Bennewitz 2001*: 79ff; *Bennewitz / Sänger 2001*: 32ff; *Hirsch-Kreinsen 2002*: 112f

¹⁸ Siehe dazu: *Brader / Faßmann / Wübbecke 2002*: 136ff sowie *Abschnitt 3.3* des vorliegenden Berichts.

Zur Lösung von Kooperationsproblemen der oben skizzierten Art sind in den letzten Jahren - insbesondere im Bereich der Jugendberufshilfe - verschiedentlich Anregungen¹⁹ vorgetragen worden. Demnach sind für den Aufbau von Netzwerken die in *Abbildung 4* aufgelisteten Aufgaben zu bearbeiten. Dazu werden die in *Abbildung 5* skizzierten (idealtypischen) Handlungsschritte vorgeschlagen, wobei davor gewarnt wird, das Niveau der Zusammenarbeit im Anfangsstadium zu hoch anzusetzen²⁰:

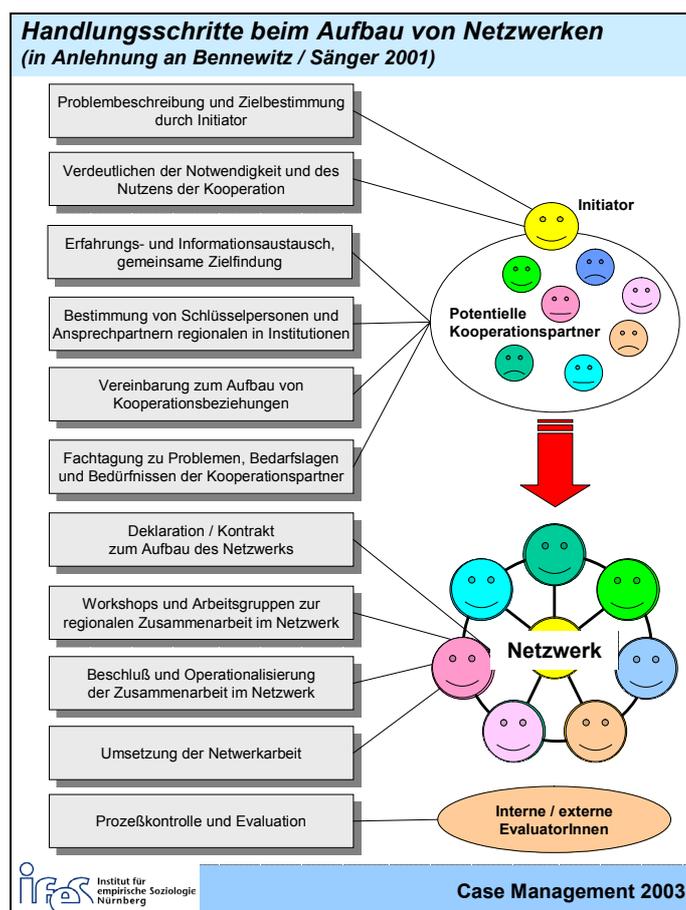


Abbildung 5

Demnach ist von Initiatorseite, nach eingehender Interessen- und Beteiligtenanalyse²¹, zunächst ein erhebliches Maß an Informations- und Öffentlichkeitsarbeit zu leisten, um die potentiellen NetzwerkpartnerInnen davon zu überzeugen - wenn nicht sogar zu begeistern, daß sie längerfristig von einer Zusammenarbeit profitieren werden. Dabei kann es ratsam sein, eine unabhängige Moderation einzubeziehen.²² Wesentlich ist, möglichst frühzeitig die

¹⁹ Siehe dazu etwa Benzenberg 1999; Scheff 1999: 75ff sowie die Beiträge in: Bahnuller et al. 2001; Bennewitz et al. 2001; Weber 2001; Regiestelle E&C der Stiftung SPI 2002.

²⁰ Vgl. Forster 2002: 8

²¹ Vgl. Schimpf 2001: 199, 203f

²² Siehe dazu: Ammon et al. 1998: 6

Spitzen der zu beteiligenden Institutionen mit einzubinden. Soweit bereits Gremien vorhanden sind, die auf ähnlichen Gebieten tätig sind, so sind auch diese unbedingt zu berücksichtigen. Nach dem Informationsaustausch, der Identifizierung gemeinsamer Interessen und Entwicklung gegenseitigen Vertrauens²³ sollten erste Verbindlichkeiten dahingehend geschaffen werden, sich gemeinsam um Netzwerkkooperation zu bemühen, damit dann auf dieser Basis lokale Bedarfslagen und Probleme analysiert, mögliche weitere Partner und konkrete Kooperationsmöglichkeiten inhaltlich bestimmt und in Form von zunächst informellen, nach Möglichkeit aber auch formellen Vereinbarungen (*Kontrakte*) festgeschrieben werden können.²⁴ *Weber* (2002b: 68) listet eine Reihe von Sondierungsfragen auf, die in dieser Phase im Rahmen von Tagungen und Workshops erörtert werden müssen (siehe *Abbildung 6*). Ziel ist letzten Endes ein Entwicklungskonzept der regionalen Zusammenarbeit, das nun realisiert und prozeßbegleitend durch externe EvaluatorInnen oder evtl. auch auf dem Wege der Selbstevaluation²⁵ überprüft werden kann.²⁶

Sondierungsfragen bei der Initiierung von Netzwerken (vgl. <i>Weber</i> 2002b: 68)	
Problem	Sondierungsfragen
Akteure	Welche Beziehungen bestehen schon? Wie setzen wir sie derzeit um? Welche Kontakte und Beziehungen sind möglich? Welche sind sinnvoll? Für wen? Wie setzt sich das Netzwerk derzeit zusammen?
Verankerung, Erreichbarkeit, Reziprozität	Wo soll der Ausgangspunkt sein? Welche Möglichkeiten sollen bestehen, andere NetzwerkpartnerInnen zu erreichen? Direkt oder über Zwischenstationen? Sind die Beziehungen und Kommunikationsflüsse einseitig oder wechselseitig? Wie und auf welche Weise sollen die NetzwerkpartnerInnen miteinander verbunden sein?
Umfang, Grenzen, Reichweite	Wie ist das Netzwerk im Moment beschaffen? Welchen Umfang hat es? Wo liegen seine Grenzen? Welche Reichweite hat es? Wo ist sein Einzugsgebiet?
Inhalt	Durch welche Inhalte sind die NetzwerkpartnerInnen miteinander verbunden?
Häufigkeit, Dauer	Wie regelmäßig stehen die NetzwerkpartnerInnen im Kontakt? Welchen zeitlichen Horizont hat die Verbindung? Welche Dauer wünschen sich die PartnerInnen?
Intensität	Wie stark oder schwach sind die Beziehungen? Wie lassen sich die Beziehungen beschreiben?

 **Case Management 2003**

Abbildung 6

Zur Umsetzung dieses Prozesses, an dessen Ende „neue Kooperationskulturen und -strukturen“²⁷ stehen sollen, sind planungskompetente²⁸ Verfahren erforderlich, die der ge

²³ Siehe dazu: *Schimpf* 2001: 204; *Stietz* 2001: 194; *Castor* 2002: 17f; *Hirsch-Kreinsen* 2002: 111f

²⁴ Siehe dazu etwa auch: *Oliva et al.* 2001: 70

²⁵ Siehe dazu z. B.: *Benthin / Baumert* 2001

²⁶ Vgl. *Bennewitz / Sängler* 2001: 38ff; *Sängler / Bennewitz* 2001: 88ff; *Schimpf* 2001: 199ff; *Förster* 2002: 8f

²⁷ Vgl. *Weber* 2001a: 239

gebenen Komplexität von Vernetzungsprojekten entsprechen und Vernetzung als Prozeß organisieren helfen. Da Vernetzung *Lernen von Einzelpersonen und VertreterInnen von Organisationen* beinhaltet, geht es dabei sowohl um Wissensmanagement im regionalen System als auch um soziales Lernen: Sichtweisen und Interpretationen der Partner sollen ernst genommen, die eigenen Positionen reflektiert und ggf. auch in Frage gestellt werden. Um dies zu erreichen, stehen neue Verfahren und Vorgehensweisen für Kommunikation, Konsensbildung und Planung im Netzwerk der Akteure zur Verfügung.²⁹ Diese tragen insbesondere dem Umstand Rechnung, daß in solche Prozesse häufig sehr viele Personen gleichzeitig einzubeziehen sind. Unter herkömmlichen Bedingungen ist direkte Kommunikation ab einer Gruppengröße von mehr als 30 TeilnehmerInnen nicht mehr möglich.³⁰ Mit modernen Großgruppendedesigns gelingt es jedoch, den direkten produktiven Kontakt zwischen den Menschen auch in großen Gruppen mit bis zu über tausend Personen herzustellen, indem sie in ihrer Arbeitsweise zwischen gleichzeitig effektiv arbeitenden kleinen Gruppen und dem Plenum wechseln.³¹

Der Einsatz solcher Großgruppenveranstaltungen (Motto „Das ganze System in einem Raum“³²) bietet sich demnach gerade im Rahmen von Vernetzungsprozessen an, weil sie es gestatten, viele Menschen und Wissensträger einzubeziehen, komplexe Themenstellungen zu bearbeiten, Betroffene zu Beteiligten zu machen sowie Menschen unterschiedlicher Hierarchieebenen, Bereiche und Zuständigkeiten zu motivieren, einen Beitrag zur gemeinsamen Sache zu leisten. Sie sind zukunfts- und prozeßorientiert, schaffen Akzeptanz und Glaubwürdigkeit und binden alle Betroffenen in die Verantwortung ein (siehe dazu auch *Abbildung 7*).³³

²⁸ Planungskompetenz umfaßt die Fähigkeit

- Lern- und Arbeitsprozesse selbständig sinnvoll zu strukturieren und zu organisieren,
- sinnvolle Aufgabenstellungen zu erarbeiten bzw. Aufgaben zu definieren,
- komplexe Aufgabenstellungen zu untergliedern und in bearbeitbare Arbeitspakete umzuarbeiten
- eine sinnvolle Zeiteinteilung vornehmen zu können,
- die Arbeit zu verteilen und die Durchführung der Arbeit zu gewährleisten,
- die materiellen und humanen Ressourcen sinnvoll und angemessen zu berücksichtigen und zu verteilen. (Vgl. o.V. 2003)

²⁹ Vgl. *Weber* 2001a: 239

³⁰ Vgl. *Königswieser / Keil* 2000a: 11; *Boos / Königswieser* 200: 17

³¹ Vgl. *Weber* 2002a: 17

³² Siehe dazu: *Hummelbrunner et al.* 2000: 121f; *Bonsen* 2003: 16

³³ Vgl. *Weber* 2002a: 17; *Weber* 2002b: 65

Vorteilhafte Wirkungen von Großgruppenveranstaltungen
(nach Königswieser / Exner 2001: 313)

- viele Personen gleichzeitig erreichen
- Multiplikatoreffekte nutzen
- Resonanzen des jeweiligen Gesamtsystems einholen
- Akzeptanz hinsichtlich Veränderungsprozessen erhöhen
- Durchbrechen der üblichen Informations- und Kommunikationsmuster und dadurch Impulse zur Weiterentwicklung geben
- Wissen generieren
- Konsens über gemeinsame Zielsetzungen erreichen
- konkrete Maßnahmen
 - ableiten
 - planen
 - vereinbaren

 Institut für empirische Soziologie
Nürnberg

Case Management 2003

Abbildung 7

Vor dem Hintergrund dieser grundsätzlichen Überlegungen und empirisch begründeten Vorgehensweisen zur Initiierung von Netzwerkbeziehungen entschloß sich die Begleitforschung zur Erarbeitung eines den Belangen des CMB-Konzepts entsprechenden Programms. Dieses soll dazu dienen, im Rahmen der formativen Evaluation die Implementation von CMB an den Projektstandorten zu unterstützen.

2.1.2.2 Methodische Überlegungen zum Vorgehen an den CMB-Standorten

Es ist davon auszugehen, daß die Einleitung von Kooperationsbeziehungen und Netzwerkbildung im Sinne des CMB-Konzepts erschwert wird durch

- die Vielzahl an Personen und Stellen, die an den CMB-Standorten in diese Zusammenarbeit einzubinden sind,
- die Komplexität von Kooperationsproblemen, die - bezogen auf bestimmte Sachverhalte, aber auch Vorgehensweisen - im Verlauf von CMB-Implementation und -Praxisroutine auftreten können.

Um also die Zusammenarbeit überhaupt in Gang setzen und optimieren zu können, ist es zunächst erforderlich, die genannten Partner unter Bedingungen zusammenzubringen, die es ermöglichen,

- Kooperationsprobleme zu benennen,
- diese konstruktiv-kritisch und lösungsorientiert zu diskutieren und
- dem Anliegen von CMB entsprechend sachgerechte und praxisorientierte Kooperationsroutinen zwischen den in das CMB-Netzwerk einzubindenden Personen, Fachdienste und Stellen zu vereinbaren, die bei allen beteiligten Akteuren zu Verhaltenssicherheit führen.

Vor dem Hintergrund von Praxiserfahrungen aus anderen Bereichen können diese Aufgaben mit herkömmlicher Öffentlichkeitsarbeit nicht bewältigt werden, zu denken ist hier etwa an Werbung anhand verschiedener Medien (Plakate, Flyer, Anzeigen, Funk, TV etc.) oder an konfrontativ angelegte Informationsveranstaltungen ohne Möglichkeit, kreativ ergebnisorientiert zu arbeiten (Vorträge, vorbereitete Diskussionsbeiträge, Podiumsdiskussionen). Erforderlich ist vielmehr, mit den in die Kooperation einzubeziehenden Akteuren in einen direkten Dialog zu treten, sich auf ein gemeinsames Konzept des Ausgliederungsverhinderungsmanagements zu einigen und Vorgehensweisen zu erarbeiten, die dementsprechend gemeinsam getragen und deshalb auch tatsächlich in die Praxis umgesetzt werden. Dies kann nur im Rahmen von Veranstaltungen geschehen, die es allen TeilnehmerInnen gestatten, im direkten Austausch nicht nur über die Vorstellungen anderer informiert zu werden, sondern auch eigene Positionen und Bedarfslagen vorzutragen und um deren Berücksichtigung zu werben.³⁴ Es bietet sich deshalb an, dafür Tagungen bzw. Workshops vorzusehen, wobei dafür zu sorgen ist, daß

- das Arbeitspensum in thematisch überschaubare Einheiten gegliedert wird, die sich innerhalb eines den Beteiligten zumutbaren Zeitraumes von maximal eineinhalb Tagen bearbeiten lassen,
- Arbeitsmethoden angewendet werden, die auch bei großen TeilnehmerInnenzahlen direkte ergebnisorientierte Kommunikation ermöglichen.

Diesen Forderungen gemäß erarbeitete die Begleitforschung ein Konzept für eine thematisch gegliederte Veranstaltungsreihe, die im Verlauf des Modellprojekts unter Berücksichtigung gängiger Großgruppensigns durchgeführt werden soll. Das vom *IfeS* entwickelte Programm sieht neben standortübergreifenden Workshops auch Regionalkonferenzen vor, die nur an wenigen CMB-Standorten erprobt werden sollen. Das prinzipielle Anliegen und der potentielle TeilnehmerInnenkreis finden sich aufgelistet in *Abbildung 8*.

³⁴ Siehe dazu: *Weber* 2002b: 65

Anliegen und mögliche AdressatInnen von CMB-Konferenzen

Anliegen:

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

AdressatInnen:

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



Institut für empirische Soziologie
Nürnberg

Case Management 2003

Abbildung 8

Bei der Erarbeitung des Großgruppendesigns orientierte³⁵ sich die Begleitforschung am Konzept des *Real Time Strategic Change (RTSC)*³⁶. RTSC arbeitet (auf der Basis theoretischer Annahmen von *Kurt Lewin*³⁷) mit der Macht der Unzufriedenheit als Hebel für Veränderung. Dazu werden im allgemeinen zunächst Informationsinputs (z. B. Kritik von Kunden, aktuelle kritische Entwicklungen, Defizite) gegeben, die „Aufrütteln“ sollen. Auf dieser realitäts- und problemorientierten Grundlage entsteht ein rascher Dialog über Visionen und Ziele. Indem sich alle TeilnehmerInnen für das Ganze verantwortlich fühlen, wird bereichsübergreifend die Zusammenarbeit verbessert und Gemeinschaftsgeist hergestellt. Planung und Implementierung finden simultan statt. Indem für alle eine gemeinsames Bild der Realität entsteht, können Ziele, Werte, Beziehungen und Normen mittels konkreter Maßnahmen ver

³⁵ Die Architektur der erwähnten Großgruppenveranstaltungen ist keineswegs festgeschrieben. Den jeweiligen Bedarfslagen entsprechend können unterschiedliche Konzeptionen untereinander kombiniert oder modifiziert werden. (Vgl. *Bonsen* 1995: 40)

³⁶ Siehe dazu: *Dannemiller / James / Tolchinsky* 2002; *Jacobs / McKeown* 2002; ferner: *Bunker / Alban* 1997: 61ff; *Herzog* 1999; *Bauer / Bonsen* 2000; *Krieg / Pfeifer* 2000; *Weber* 2001a: 244ff; *Bredemeyer / Maleh / Nelles* 2002; *Burow et al* 2002: 17f, 32f; *Schäfer / Terhalle* 2002; *Weber* 2002a: 27ff; *Bonsen* 2003

³⁷ Vgl. *Weber* 2002b: 66

ändert werden (siehe dazu *Abbildung 9*).³⁸ Die Planung erster Schritte und Maßnahmen (*Wer? Macht was? Mit wem? Bis wann?*) steht am Ende einer jeden Veranstaltung, die dann im Rahmen von weiterer Projektgruppenarbeit fortgeführt werden muß.³⁹

Solche Strategiekonferenzen eignen sich für Gruppengrößen mit zwischen 30 und 600 Personen und dauern idealerweise zwei bis drei Tage. Die TeilnehmerInnen sollen einen möglichst repräsentativen Querschnitt des Netzwerks abbilden. VertreterInnen externer Anspruchsgruppen (Kunden, Klienten) können in der Aufrüttelphase hinzutreten. Gearbeitet wird in interaktiven Kleingruppen an Tischen mit jeweils sieben bis acht Personen, wobei die Gruppenzusammensetzung bewußt gesteuert wird, d. h. sie können je nach Themenstellung im Hinblick auf die Funktionen der TeilnehmerInnen im Netzwerk maximal gemischt oder auch homogen zusammengesetzt sein. Die gesamte Veranstaltung wird von einer Planungsgruppe (zusammengesetzt aus VertreterInnen der CMB-Stellen, der Begleitforschung und ggf. anderer ProjektpartnerInnen) vorbereitet und zwei ModeratorInnen⁴⁰ geleitet. Die Arbeitsanweisungen werden in Form von Handouts an die Gruppen verteilt. Letztere dokumentieren ihre Arbeitsergebnisse auf Flipcharts und Pinwänden und präsentieren diese nach bestimmten Arbeitsschritten im Plenum. Zur reibungslosen und schlüssigen Durchführung der Veranstaltung ist die Erarbeitung eines detaillierten „Logistik-Drehbuchs“ unabdingbar.⁴¹

Für die vorgesehenen CMB-Konferenzen ist es allerdings nicht möglich, das RTSC-Konzept idealtypisch umzusetzen. Vielmehr ist es erforderlich, Anpassungen vorzunehmen. Der Grund liegt darin, daß RTSC normalerweise voraussetzt, daß die TeilnehmerInnen einer einzigen Organisation bzw. Organisationen angehören, deren Spitze(n) die Durchführung der Konferenz will und unterstützt und daher allen AdressatInnen die Teilnahme ermöglicht. Von dieser Prämisse kann aber bei CMB-Konferenzen nicht uneingeschränkt ausgegangen werden: Hier handelt es sich bei den Zielpersonen um einzelne VertreterInnen von Institutionen oder um Einzelpersonen (z. B. behandelnde Ärzte), die an sich nur begrenzt abkömmlich sind. Hinzu kommt, daß Möglichkeiten zur Mobilisierung von Machtressourcen⁴² (*top-down* orientierte Schaffung von Teilnahmevoraussetzungen⁴³) oder von materiellen Mitteln (z. B.

³⁸ Vgl. *Weber* 2001a: 245; *Weber* 2002a: 27f

³⁹ Vgl. *Weber* 2001a: 248ff; *Dannemiller / James / Tolchinsky* 2002: 172

⁴⁰ Auf für die Moderation von Großgruppen wesentliche Faktoren gehen *Königswieser* (2000: 43f), *Burow et al.* (2002: 32, 78ff) und *Dannemiller / James / Tolchinsky* (2002: 170) näher ein.

⁴¹ Vgl. *Krieg / Pfeifer* 2000: 240; *Weber* 2002a: 29

⁴² Vgl. *Schimpf* 2001: 205

⁴³ Vgl. *Straßer* 2001: 176

Teilnehmerhonorare) fehlen. Vor diesem Hintergrund wurde für standortübergreifende Veranstaltungen ein Zeitrahmen von ein bis eineinhalb Tagen, für Regionalkonferenzen ein solcher von maximal einem Tag eingeplant.

Ziele und Prinzipien von Strategiekonferenzen (RTSC) (vgl. Burow et al. 2002: 33)	
Ziele	Prinzipien
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Netzwerkpartner für Organisationsziele, Projekte oder Strategien zu gewinnen ➤ TeilnehmerInnen können <ul style="list-style-type: none"> • sich umfassend informieren, • eigene Ideen und Bedürfnisse vortragen und • diese künftig berücksichtigt wissen ➤ Förderung des Wir-Gefühls ➤ Lernen voneinander ➤ Transparenz herstellen ➤ Übernahme von Verantwortung ➤ Einordnen eigenen Tuns in den Gesamtzusammenhang ➤ Tragfähige Maßnahmenentwicklung 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Simultanes Ingangsetzen von Wandel ➤ Identifikation mit einem Zielzustand erreichen ➤ Partizipation im großen Stil ermöglichen ➤ Mit Realität aufrütteln ➤ Aufbau einer gemeinsamen Informationsbasis ➤ Voneinander und von Experten lernen ➤ Einen systemweiten Paradigmenwechsel auslösen ➤ Den „Spirit“ erneuern und ausrichten ➤ Gemeinschaft wachsen lassen ➤ Verantwortung für die Umsetzung in die Hände der TeilnehmerInnen legen ➤ Führungsebenen herausheben so weit wie nötig, einbinden soweit wie möglich

Case Management 2003

Abbildung 9

Unter Berücksichtigung der oben angedeuteten Restriktionen im Hinblick auf Zeitvorgaben und TeilnehmerInnenkreis ist es erforderlich, das jeweilige Veranstaltungsdesign an diese Rahmenbedingungen anzupassen und dazu spezielle Logistik-Drehbücher sowie die erforderlichen Arbeitsunterlagen (Handouts etc.) zu erarbeiten. Da in den Phasen der Informationsvermittlung und Plenumsdiskussion die herkömmlichen Präsentationsmethoden (Overhead-Projektor, Beamer) ebenso Anwendung finden können wie gängige Moderationsmethoden (Metaplantchnik, Mindmapping)⁴⁴, sind die dazu erforderlichen Materialien bereitzustellen. Es ergibt sich von selbst, daß für Veranstaltungen, die eine große TeilnehmerInnenzahl einbeziehen, entsprechend große Räumlichkeiten (man rechnet 3 bis 4 m² pro Person) zur Verfügung stehen müssen und weitere logistische Vorkehrungen (z. B. Catering) zu treffen sind.

⁴⁴ Solche auf der Metaplantchnik beruhenden Moderationsverfahren finden zunehmend auch in der empirischen Sozialforschung (vgl. z. B. Hartmann 2001) und der sozialwissenschaftlich begründeten Beratungspraxis (vgl. z. B. Geßner 2001: 43f; Howaldt / Kopp 2001: 171; Vogel 2001: 114) Verwendung.

2.1.3 Das CMB-Veranstaltungsprogramm im Überblick

Für den Zeitraum von Oktober 2002 bis November 2004 wurden zunächst sechs standortübergreifende sowie eine oder zwei Regionalveranstaltungen geplant. Während die standortübergreifenden Veranstaltungen, die sich jeweils unterschiedlichen Themen des CMB widmen, grundsätzlich mit allen Modellstandorten durchgeführt werden und eine Plattform für den Erfahrungsaustausch zwischen den CMB-Standorten bieten, beschäftigen sich die Regionalveranstaltungen jeweils mit den spezifischen Strukturen und Problemen nur *einer* Modellregion. Ein wesentlicher Unterschied zwischen beiden Konferenzarten betrifft die Veranstaltungsziele. So geht es bei den standortübergreifenden Sitzungen primär darum, Informationen aus den Modellprojekten zusammenzutragen, Erkenntnisse über (Miß-) Erfolgsfaktoren des CMB zu gewinnen und gemeinsam (allgemeine) Lösungen für typische CMB-Probleme zu entwickeln. Demgegenüber sollen die Regionalveranstaltungen nicht nur theoretischen Erkenntnisfortschritt bringen, sondern die regionale Netzwerkzusammenarbeit auch unmittelbar praktisch verbessern. Sowohl die standortübergreifenden als auch die Regionalveranstaltungen sind hierbei als Workshops konzipiert, auf denen Plenumsdiskussionen und Arbeit in Kleingruppen einander abwechseln, wobei die klassischen Moderationsmethoden sowie Elemente aus Großgruppenverfahren zum Einsatz kommen (vgl. dazu genauer *Abschnitte 2.1.2.2* sowie *2.2.1*). Der TeilnehmerInnenkreis setzt sich bei allen Veranstaltungen aus den Case ManagerInnen, den Mitgliedern der Begleitforschung, den für das jeweilige Thema wichtigen Netzwerkpartnern sowie ggf. auch VertreterInnen der Projektförderer (*BAR, BMGS*) zusammen.

Im folgenden werden zunächst die Themen und Ziele der vorgesehenen *standortübergreifenden Veranstaltungen* vorgestellt. Einzelheiten lassen sich der *Übersicht 1* entnehmen.

➤ *Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit, 8. und 9. Oktober 2002*

Zentrales Thema dieser Veranstaltung war der Aufbau und die Verbesserung der Kooperationsbeziehungen zwischen den CMB-Stellen und ihren Netzwerkpartnern. Auf der Grundlage der bisherigen Erfahrungen an den Standorten wurden zu den aufgetretenen Problemen entsprechende Lösungsmöglichkeiten erarbeitet. Auf Konzeption und Ergebnisse dieser Veranstaltung wird in *Abschnitt 2.2* des vorliegenden Berichts ausführlicher eingegangen.

➤ *Situationsabklärung, 20. und 21. Mai 2003*

Bei dieser Veranstaltung soll das Thema *Abklärung der gesundheitlichen und beruflichen Situation des / der KlientIn* bearbeitet werden, wobei sowohl auf die Situations

abklärung im Gespräch mit dem / der RehabilitandIn als auch auf die Auswertung von Gutachten und anderen Dokumenten eingegangen wird. Dabei sollen auch geeignete Assessment-Instrumente diskutiert werden.

- *Verhandlungen mit dem Arbeitgeber und Arbeitsplatzbegutachtung, Oktober 2003*
In dieser Veranstaltung geht es um die Vorbereitung und Durchführung der Gespräche mit Personalverantwortlichen, betrieblichen Arbeitnehmer- und Schwerbehindertenvertretungen, dem betriebsärztlichen Dienst sowie anderen betrieblichen Beteiligten. Gegenstand der Tagung ist darüber hinaus die Begutachtung des Arbeitsplatzes des / der RehabilitandIn.
- *Eingliederungsplanung, Maßnahmedurchführung und Nachbetreuung, Februar 2004*
Auf der Tagesordnung dieses Workshops stehen Fragen zur Entwicklung des Eingliederungsplans, zu den Aktivitäten während der Durchführung von Wiedereingliederungsmaßnahmen sowie zur gegebenenfalls erforderlichen Nachbetreuung der RehabilitandInnen.
- *Profil des Case Managers, Ausstattung einer CMB-Stelle und Informationsmanagement, Mai 2004*
Diese Veranstaltung befaßt sich mit den Anforderungen, die an Case ManagerInnen und ihre Arbeitsbedingungen zu stellen sind. Insbesondere soll auf die Qualifikationen, Befugnisse und Pflichten des / der Case ManagerIn, die Ausstattung der Arbeitsstelle sowie die Methoden der Informationsbeschaffung für CMB-Belange eingegangen werden.
- *Abschlußworkshop, November 2004*
Am Ende der Projektlaufzeit werden im Rahmen eines Abschlußworkshops die Ergebnisse der Begleitforschung zur Effektivität und Effizienz von CMB vorgestellt und diskutiert. Darüber hinaus werden Arbeitsstandards für die Implementierung und den Routinebetrieb von CMB präsentiert und zur Diskussion gestellt. Außerdem soll die Abgrenzung der Kompetenzbereiche zwischen gemeinsamen Servicestellen, Integrationsfachdiensten / berufsbegleitenden Diensten und CMB-Stellen thematisiert werden.

Übersicht 1: Die standortübergreifenden Projektveranstaltungen im Modellzeitraum

Anmerkung: Dieser Veranstaltungsplan ist vorläufig; er kann hinsichtlich Themen und TeilnehmerInnenkreis an die im Rahmen des Modellprojekts gewonnenen Erkenntnisse angepasst werden.

Zeitpunkt	8. und 9. Oktober 2002	20. und 21. Mai 2003	Oktober 2003
Titel	<i>Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit</i>	<i>Situationsabklärung</i>	<i>Verhandlungen mit dem Arbeitgeber und Arbeitsplatzbegutachtung</i>
Themen	<ul style="list-style-type: none"> • Aufbau und Verbesserung der Kooperationsbeziehungen mit Partnern innerhalb und außerhalb der gesetzlichen Sozialversicherung • Öffentlichkeitsarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Situationsabklärung im Gespräch mit dem / der Klientin • Situationsabklärung auf Grundlage von Gutachten und anderen Dokumenten 	<ul style="list-style-type: none"> • Vorbereitung des Arbeitgebergesprächs • Verhandlung mit dem Arbeitgeber • Abklärung der Wiedereingliederungsmöglichkeiten • Arbeitsplatzbegutachtung
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> • Bestandsaufnahme von positiven Erfahrungen und Problemen der CMB-Modellstandorte • Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten auf Grundlage der bisherigen Erfahrungen • Auswahl eines oder mehrerer Standorte für die geplante Arbeitssitzung zum Aufbau und zur Pflege von Kooperationsbeziehungen mit lokalen Netzwerkpartnern 	<ul style="list-style-type: none"> • Bestandsaufnahme von positiven Erfahrungen und Problemen der CMB-Modellstandorte • Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten auf Grundlage der bisherigen Erfahrungen • Verständigung auf geeignete Assessment-Instrumente 	<ul style="list-style-type: none"> • Bestandsaufnahme von positiven Erfahrungen und Problemen der CMB-Modellstandorte • Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten auf Grundlage der bisherigen Erfahrungen
mögliche TeilnehmerInnen	<ul style="list-style-type: none"> • Case ManagerInnen • VertreterInnen der regionalen Auftraggeber und Förderer des CMB • VertreterInnen der BAR und des BMA • Begleitforschung 	<ul style="list-style-type: none"> • Case ManagerInnen • drei VertreterInnen der Integrationsfachdienste / berufsbegleitenden Dienste • drei Ärzte des Ärztlichen Dienstes verschiedener Arbeitsämter • drei Ärzte verschiedener MDK-Stellen • drei Ärzte verschiedener Rentenversicherungsträger • eventuell VertreterInnen der BAR und des BMA • Begleitforschung 	<ul style="list-style-type: none"> • Case ManagerInnen • drei PersonalreferentInnen oder GeschäftsführerInnen • drei BetriebsärztInnen • drei Schwerbehindertenvertrauensleute • drei Betrieb- / PersonalrätInnen • drei Technische BeraterInnen des Arbeitsamts • drei VertreterInnen der Integrationsfachdienste / berufsbegleitenden Dienste • eventuell VertreterInnen der BAR und des BMA • Begleitforschung

Zeitpunkt	Februar 2004	Mai 2004	November 2004
Titel	<i>Eingliederungsplanung, Maßnahmedurchführung und Nachbetreuung</i>	<i>Profil des Case Managers, Ausstattung einer CMB-Stelle und Informationsmanagement</i>	<i>Abschlussworkshop</i>
Themen	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung eines Eingliederungsplans • Aktivitäten während der Maßnahmedurchführung • Nachbetreuung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Befugnisse und Pflichten des Case Managers 2. Qualifikationen und Qualifizierung des Case Managers 3. Informationsbeschaffung (Handbücher, Ansprechpartner, Foren für fachlichen Austausch) 4. Ausstattung einer CMB-Stelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Effektivität und Effizienz von CMB • Determinanten der Effektivität und Effizienz von CMB • Arbeitsstandards für die Implementierung und den Routinebetrieb von CMB • Abgrenzung der Kompetenzbereiche zwischen gemeinsamen Servicestellen, Integrationsfachdiensten / berufsbegleitenden Diensten und CMB-Stellen
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> • Bestandsaufnahme von positiven Erfahrungen und Problemen der CMB-Modellstandorte • Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten auf Grundlage der bisherigen Erfahrungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Bestandsaufnahme von positiven Erfahrungen und Problemen der CMB-Modellstandorte • Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten auf Grundlage der bisherigen Erfahrungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Diskussion der Ergebnisse des Modellprojekts • Schlussfolgerungen aus dem Modellprojekt
mögliche TeilnehmerInnen	<ul style="list-style-type: none"> • Case ManagerInnen • VertreterInnen der Integrationsfachdienste / berufsbegleitenden Diensten der Modellregionen • eventuell VertreterInnen der BAR und des BMA • Begleitforschung 	<p>Themen 1 und 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Case ManagerInnen • zwei Reha-BeraterInnen aus verschiedenen Arbeitsämtern • zwei Ärzte des Ärztlichen Dienstes aus verschiedenen Arbeitsämtern • zwei Technische Berater aus verschiedenen Arbeitsämtern • fünf VertreterInnen verschiedener Krankenkassen • zwei Ärzte verschiedener MDK-Stellen • ein VertreterIn der LVA • ein VertreterIn der BfA • ein VertreterIn eines Integrationsamts 	<ul style="list-style-type: none"> • drei VertreterInnen der Integrationsfachdienste / berufsbegleitenden Dienste • ein Jurist mit den Fachgebieten Sozial- und Verwaltungsrecht • eventuell VertreterInnen der BAR und des BMA • Begleitforschung <p>Themen 3 und 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Case ManagerInnen • drei VertreterInnen der Integrationsfachdienste / berufsbegleitenden Dienste • eventuell VertreterInnen der BAR und des BMA • Begleitforschung

Im Unterschied zu den standortübergreifenden Sitzungen widmen sich die geplanten *Regionalveranstaltungen* nur einem Thema: der Kooperation im regionalen CMB-Netzwerk. Dabei sollen die Kooperationspartner im Rahmen der Veranstaltung nicht nur Probleme und Hindernisse der Zusammenarbeit erörtern, sondern vor allem gemeinsam nach Lösungsmöglichkeiten suchen und geeignete Handlungsrountinen für die künftige Zusammenarbeit entwickeln. *Übersicht 2* gibt den geplanten Ablauf einer solchen CMB-Regionalkonferenz wieder. Im Anschluß daran ist der Entwurf eines Einladungsschreibens sowie eines Faltprospekts (Leporello) mit dem Programm für eine CMB-Regionaltagung abgedruckt. Sowohl der Ablaufplan als auch das Anschreiben und das Faltblatt verstehen sich als Arbeitsmaterialien, die von Interessierten als Vorlage und Formulierungshilfe für die Durchführung eigener Regionalkonferenzen verwendet werden können.

Nachdem die Kapazitäten des Begleitforschungsteams aufgestockt werden konnten wird erwogen, eine weitere Veranstaltung zu konzipieren und durchzuführen, die sich an Schlüsselpersonen im institutionellen Bereich richtet und dazu beitragen soll, bessere Bedingungen zur Implementierung der CMB-Stellen in den Modellregionen herzustellen.

Übersicht 2: Veranstaltungskonzept für einen Regionalworkshop zur Förderung der Zusammenarbeit im regionalen CMB-Netzwerk

TeilnehmerInnen (insgesamt bis zu 65 Personen)

- die MitarbeiterInnen der beteiligten CMB-Stelle(n)
- die Know-How- und Entscheidungsträger
 - der beteiligten Arbeitsämter
 - die für CMB zuständigen Reha-BeraterInnen
 - VertreterInnen der drei Fachdienste (ÄD, PD und TBD)
 - Leitung des Reha-Bereichs und Leitungen der drei Fachdienste
 - der wichtigsten Krankenkassen in der Region
 - der beteiligten MDK-Stellen
 - der LVA
 - der BfA
 - der Reha-Kliniken und Akutkrankenhäuser in der Region
 - Therapeuten
 - Sozialdienst
- als Multiplikatoren:
 - VertreterInnen der Ärztekammern
 - VertreterInnen des betriebsärztlichen Dienstes
 - VertreterInnen von IHK und Handwerkskammern
 - VertreterInnen der Presse
- weitere wichtige Kooperationspartner der CMB-Stelle(n)
- BAR
- Begleitforschung

Ziele

- Förderung der Zusammenarbeit aller Projektpartner durch
- Schließen von Informationslücken der Partner bezüglich der Ziele und des Ablaufs von CMB
 - Verdeutlichung der Chancen und Vorteile von CMB für die Beteiligten und Betroffenen
 - gruppendynamische Effekte
 - Erarbeitung konkreter Kooperationsziele und -inhalte für die künftige Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Partnern und den / der CMB-Stelle(n); TeilnehmerInnen können dabei selbst ihre Schwerpunkte setzen; grundsätzlich drei Kooperationsfelder:
 - Zugang von RehabilitandInnen zum CMB
 - Zugang der CMB-Stelle zu Informationen (insbesondere zu Gutachten und Fachmeinungen)
 - Abstimmung des Eingliederungsplans mit dem zuständigen Reha-Träger
 - Terminvereinbarungen zwischen den / der CMB-Stelle(n) und den Netzwerkpartnern für bilaterale Gespräche zur Weiterverhandlung / Abschluss von Kooperationsvereinbarungen

Am Vortag: Vorbereitung des Tagungsraumes	
Aktivitäten	Material
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hinweiszettel zum Tagungsraum an alle Eingänge des Gebäudes heften ➤ Evtl. Tische für Büffet im hinteren Teil des Raumes aufstellen und wie gewünscht dekorieren ➤ Evtl. Garderoben-Tische aufstellen ➤ Die geplante Anzahl an Arbeitsgruppen-Tischen aufstellen; falls gewünscht, pro Tisch eine Obstschale; zusätzlich weiße Notizblätter und Stifte auf jeden Tisch legen ➤ Namensschilder entsprechend der vorbereiteten Sitzordnung aufstellen (Prinzip: maximale Mischung der TeilnehmerInnen) ➤ Zwischen je zwei Tische zwei Pinnwände stellen, und zwar so, daß die eine Gruppe die eine Seite der Pinnwände und die andere Gruppe die andere Seite benutzen kann. ➤ Evtl. an jeden Tisch zusätzlich ein Flip-Chart stellen ➤ Im vorderen Teil des Raumes ein Flip-Chart und eine Pinnwand aufstellen; auf das Flip-Chart die vorbereiteten Blätter befestigen ➤ Die vorbereiteten Plakate zur Selbstdarstellung der CMB-Stelle(n) aufhängen ➤ Beamer-Präsentation vorbereiten ➤ Einen Tisch im Eingangsbereich als Rezeption aufstellen mit einer TeilnehmerInnenliste und alphabetisch geordneten Anstecknamensschildern 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hinweiszettel zum Tagungsraum ➤ Tischdecken, Servietten, evtl. Tischdekoration, evtl. Obstschalen für die Arbeitsgruppentische ➤ Notizzettel und Kugelschreiber für alle TeilnehmerInnen ➤ Namensschilder als Tischsteher und als Ansteckschilder, jeweils mit farblicher Markierung entsprechend der Einteilung der Arbeitsgruppen für Arbeitsblock B ➤ pro Arbeitsgruppentisch jeweils eine auf beiden Seiten mit Packpapier bespannte Pinnwand und evtl. ein Flip-Chart; möglichst vier zusätzliche Pinnwände und ein zusätzliches Flip-Chart ➤ ausreichend Flipchart-Papier ➤ ausreichend viele Packpapierbögen ➤ Moderationskoffer mit ausreichend vielen Moderationsstiften, Moderationskarten, Papierstreifen, Stecknadeln, Markierungspunkten, mehreren Schemen und Tesa-Krepp-Band ➤ die von den ModeratorInnen vorbereiteten (beschrifteten) Flip-Charts und Packpapierbögen ➤ Liste zur Eintragung der TeilnehmerInnen ➤ persönliche Unterlagen (Redemanuskript, Ablaufplan usw.) ➤ Digital- oder Sofortbildkamera ➤ Beamer ➤ Laptop ➤ für den Fall technischer Probleme mit Laptop oder Beamer: ➤ Overheadprojektor ➤ Vortagsfolien

Ablauf der Tagung		
Uhrzeit	Dauer	Inhalte
Ankunft der TeilnehmerInnen		
8:30	20 Min.	<p>Jede/r TeilnehmerIn schreibt</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ seinen / ihren Namen ➤ seine / ihre Organisation und ➤ seine / ihre Funktion <p>einzeln auf Moderationskarten und hängt diese nebeneinander an eine bereitstehende Pinnwand (sogenannter TeilnehmerInnenpiegel).</p>
		Moderationswände und Moderationskärtchen

		<p>Papierstreifen.</p> <p><i>Alternative 2: ohne Beispielfall</i></p> <p>Die Hälfte der Arbeitsgruppen bearbeitet die Frage: „Wie muß der Reha-Prozeß organisiert werden, damit es gelingt, Beschäftigungsverhältnisse von Menschen mit Behinderung zu erhalten?“</p> <p>Die andere Hälfte der Arbeitsgruppen beschäftigt sich mit der Frage: „Wie läuft der Reha-Prozeß typischerweise in solchen Fällen ab, in denen es <i>nicht</i> gelingt, das Beschäftigungsverhältnis eines Arbeitnehmers mit Behinderung zu erhalten?“</p> <p>Wie bei Alternative 1 notieren die Arbeitsgruppen ihre Ergebnisse auf Papierstreifen.</p>		
Teil 2 Zusammenfassung und Strukturierung der Arbeitsgruppenergebnisse im Teilplenum				
9:40	5 Min.	<p><i>Erläuterung des nächsten Arbeitsschritts und Teilung des Plenums in zwei Teilplena</i></p> <p>Alle Arbeitsgruppen, die dieselbe Frage bearbeitet haben, schließen sich nun jeweils zu einer größeren Gruppe zusammen. Gut wäre, wenn ein zweiter Raum zur Verfügung stünde, so daß die beiden Großgruppen in getrennten Räumen arbeiten könnten (muß aber nicht sein!). Jeder Gruppe werden drei Moderationswände und zwei ModeratorInnen zur Verfügung gestellt.</p>	Moderationswände Papierstreifen unterschiedlicher Farbe	Plenum
9:45	40 Min	<p><i>Zusammenfassung und Strukturierung der Ergebnisse</i></p> <p>Die weitere Vorgehensweise ist in beiden Teilplena dieselbe: Die ModeratorInnen sammeln jeweils alle von den Gruppen erarbeiteten Papierstreifen ein. Anschließend wird jeder Streifen vorgelesen und an die Pinnwand gehängt (Überschrift der Wände im Plenum 1: „Was sind die Ziele?“, im Plenum 2: „Wo liegen die Probleme?“). Beim Aufhängen werden die Streifen zugleich von der Gruppe geclustert (nach demselben Verfahren, das in einer moderierten Veranstaltung auch zur Entwicklung eines Themenspeichers nach einer Kartenabfrage angewandt wird). Zum Abschluß erarbeitet die Gruppe für alle Cluster Überschriften, die von den ModeratorInnen auf andersfarbige Papierstreifen geschrieben und über die Cluster gehängt werden.</p>		Teilplenum
10:25	5 Min	<p><i>Rückkehr ins Plenum</i></p> <p>TeilnehmerInnen kehren auf ihre alten Plätze zurück, Moderationswände werden für die nachfolgende Präsentation positioniert.</p>		Plenum

Teil 3 Präsentation der Arbeitsergebnisse der beiden Teilplena				
10:30	10 Min	Die beiden GruppensprecherInnen stellen die Arbeitsergebnisse ihrer Gruppen vor, also das, was aus Sicht der TeilnehmerInnen charakteristisch für eine gute bzw. schlechte Organisation des Reha-Prozesses ist.	Plenum	
Teil 4 Vorstellung von CMB				
10:40	10 Min	Kurzreferat eines / einer Case ManagerIn über Ziele und Ablauf von CMB (entweder Beamer-Präsentation oder Folien-Vortrag)	Laptop und Beamer oder Folien und Over-headprojektor	Plenum
Teil 5 Stellungnahme der CMB-Stellen zu den Arbeitsergebnissen				
10:50	25 Min	Pause Case ManagerInnen ziehen sich bereits während des Referats ihres / ihrer KollegIn in eine ruhige Ecke zurück (mit den Moderationswänden, auf denen die Arbeitsergebnisse hängen) und bereiten sich auf ihren nach der Pause folgenden Part vor.		
11:15	30 Min	Jeder/r Case ManagerIn wählt sich ein oder zwei Themen aus, die ihm / ihr als besonders wichtig erscheinen, und erläutert in maximal 10 Minuten, inwieweit CMB in diesem Bereich den Reha-Prozess verbessern kann bzw. inwieweit das angesprochene Thema auch für die CMB-Stelle(n) ein wichtiges Problem darstellt.		Plenum
Arbeitsblock B Ziele und Inhalte der künftigen Kooperation der Partner mit den CMB-Stellen. Arbeit in homogen zusammengesetzten Arbeitsgruppen unter Beteiligung der MitarbeiterInnen der CMB-Stellen				
11:45	5 Min	<i>Einführung in Arbeitsblock B</i> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Ziele des Arbeitsblocks: <ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung eines Konzepts für die künftige Zusammenarbeit der Partner im Rahmen des CMB-Projekts • Arbeitsergebnisse sollen dabei möglichst so konkret ausfallen, daß sie den Grundstein für eine (schriftliche) Kooperationsvereinbarung bzw. einen Leitfaden zur Zusammenarbeit zwischen dem jeweiligen Partner und der CMB-Stelle bilden könnten. Ob es nach der Veranstaltung tatsächlich zu bilateralen Vereinbarungen kommt, bleibt den Partnern überlassen. Erfahrungsgemäß erleichtert eine schriftliche Kooperationsvereinbarung jedoch die Zusammenarbeit (klare Ziele, klare Rollen- und Arbeitsteilung, klare Kooperationsroutinen, leichtere Bewältigung von Personalwechselln) ➢ Verfahren 		Plenum
11:50	5 Min	<i>Bildung homogener Arbeitsgruppen</i> Die Begleitforschung stellt auf jeden Tisch ein Schild mit dem Namen der Organisation(en), deren VertreterInnen an diesem Tisch Platz nehmen sollen. Beispiel für mögliche Arbeitsgruppenzusammensetzungen:	Arbeitsgruppen-Schilder	Plenum

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tisch „Arbeitsamt mit Fachdiensten“ ➤ Tisch „Krankenkassen und MDK“ (eventuell zwei Tische) ➤ Tisch „LVA und Reha-Kliniken der LVA“ ➤ Tisch „BfA und Reha-Kliniken der BfA“ ➤ Tisch „Behandelnde Ärzte, Akutkrankenhäuser“ usw. <p>Jedes Tischschild hat eine andere Farbe. Die TeilnehmerInnen werden nun gebeten, an den Tisch ihrer Farbe (der Farbe ihres Namensschildes) zu wechseln. An jedem Tisch sollte, wenn möglich, auch ein/e VertreterIn der CMB-Stellen sitzen. Welche/r CMB-VotreterIn an welcher Arbeitsgruppe teilnehmen soll, muß vorher festgelegt worden sein.</p>		
Teil 1 Auswahl der Arbeitsthemen und Erarbeitung von Problemlösungen I				
11:55	5 Min.	<i>Erläuterung des nachfolgenden Arbeitsschritts</i>		Plenum
12:00	45 Min.	<p><i>Arbeit in homogenen Arbeitsgruppen</i></p> <p>Jede Arbeitsgruppe erhält ein spezifisch auf die betreffende(n) Organisation(en) zugeschnittenes Arbeitsblatt. Das Arbeitsblatt ist nach den Bereichen gegliedert, in denen die CMB-Stelle mit dem betreffenden Partner zusammenarbeiten will oder muß. Prinzipiell sind das die Bereiche</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Zugang von RehabilitandInnen zum CMB ➤ Zugang der CMB-Stelle zu Informationen (u. a. zu Gutachten und Fachmeinungen) ➤ (evtl. Abstimmung des Eingliederungsplans mit dem zuständigen Reha-Träger) <p>Für jeden Kooperationsbereich listet das Arbeitsblatt die diesbezüglichen Anliegen der CMB-Stelle auf (in Form einer Tabelle mit den Spaltenüberschriften <i>Ziel, Problem, Lösungsvorschlag</i>).</p> <p>Arbeitsaufgaben:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Schritt: Auswahl desjenigen Kooperationsbereichs, der von den Gruppenmitgliedern als vorrangig angesehen wird. 2. Schritt: Übereinkunft über die Kooperationsziele in diesem Bereich. Ziele, die Konsens finden, werden abgehakt, die übrigen Ziele werden mit einem Blitzsymbol versehen. 3. Schritt: Auswahl des (ersten) Anliegens, für das die Gruppe auf der Taugung Lösungsmöglichkeiten erarbeiten will. 4. Schritt: Problemlösung <p>Zwischenergebnisse werden jeweils auf Flip-Charts oder Plakaten notiert.</p>	Arbeitsblätter Flip-Charts Packpapierwände	homogene Tische à 5 bis 8 Personen (Zusammensetzung der Arbeitsgruppe entspricht der aktuellen Sitzordnung)
12:45	60 Min	Mittagspause		
13:45	30 Min	<i>Ausstellung der Zwischenergebnisse (Marktplatz)</i>	Arbeitsergebnisse werden ausgestellt und den TeilnehmerInnen wird 30 Mi	Plenum
			Flipcharts/ Pinnwände	

		nuten Zeit gegeben, sich die Resultate der anderen Gruppen anzuschauen. Dabei sollte jeweils ein/e TeilnehmerIn beim Flipchart seiner / ihrer Arbeitsgruppe bleiben, um ggf. Erläuterungen geben zu können.		
Teil 2 Erarbeitung von Problemlösungen II				
14:15	45 Min.	Fortsetzung der Arbeit in den Arbeitsgruppen	Arbeitsblätter Flip-Charts Packpapierwände	homogene Tische
15:00	15 Min	Pause		
Teil 3 Erarbeitung von Problemlösungen III				
15:15	30 Min	Fortsetzung der Arbeit in den Arbeitsgruppen	Arbeitsblätter Flip-Charts Packpapierwände	homogene Tische
15:45	30 Min	Präsentation der Ergebnisse Jede Gruppe präsentiert ihre wichtigsten Ergebnisse im Plenum (jeweils maximal 5 Min.). Bei mehr als fünf Arbeitsgruppen entfällt die Präsentation; statt dessen Marktplatz : Arbeitsergebnisse werden ausgestellt und den TeilnehmerInnen wird 30 Minuten Zeit gegeben, sich die Resultate der anderen Gruppen anzuschauen. Dabei sollte jeweils ein/e TeilnehmerIn beim Flipchart seiner / ihrer Arbeitsgruppe bleiben, um ggf. Erläuterungen geben zu können.	Flipcharts/ Pinnwände	Plenum
Arbeitsblock C Terminvereinbarungen zwischen den CMB-Stellen und den Partnern für bilaterale Gespräche zur Weiterverhandlung / Abschluß von Kooperationsvereinbarungen				
16:15	30 Min	Aktivitätenplan: Wer trifft sich wann mit wem wo mit welchem Ziel und was muß bis dahin geklärt / vorbereitet werden? Dazu wird für jede CMB-Stelle eine großformatige Tabelle zur Eintragung der Termine aufgehängt. Die Case ManagerInnen stellen sich neben ihr Plakat; die TeilnehmerInnen werden gebeten, sich zu ihrer CMB-Stelle zu begeben und mit den Case ManagerInnen Termine für weitere (bilaterale) Treffen zu vereinbaren.		Plenum
Schlußrunde / Resümee				
16:45	15 Min	➤ offene Diskussion zum Ablauf und Ergebnis der Veranstaltung ➤ Punktabfrage zur Zufriedenheit der TeilnehmerInnen		
17:00		Ende der Veranstaltung		

Entwurf eines Einladungsschreibens für einen CMB-Regionalworkshop

Ort, Datum

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

gesundheitlich beeinträchtigte ArbeitnehmerInnen sind in besonderem Maße von Arbeitslosigkeit bedroht. Tritt dieses Ereignis ein, dann sind die betreffenden Personen in der Regel nur schwer wieder in den allgemeinen Arbeitsmarkt integrierbar. Deshalb gilt es, einer beruflichen Ausgliederung dieser Menschen möglichst frühzeitig entgegen zu steuern.

Gerade dies ist das Anliegen der CMB-Stelle des/der (Institution) in Sie hat die Aufgabe,

- frühestmöglich auf gesundheitlich eingeschränkte und deshalb vom Verlust ihres Arbeitsplatzes bedrohte ArbeitnehmerInnen zuzugehen,
- gemeinsam mit den Betroffenen, ihren Betrieben, den Rehabilitationsträgern und ggf. anderen Stellen nach Möglichkeiten zu ihrer Weiterbeschäftigung zu suchen sowie
- den Einsatz flankierender Maßnahmen wie z. B. Arbeitsplatzumgestaltung oder Vermittlung von Qualifikationen zu prüfen.

Grundlegend ist dabei ein fallbezogenes Case Management (CMB), das dazu beitragen soll, die angestrebten Ziele in Abstimmung mit allen Beteiligten schnell, effektiv und effizient zu erreichen.

Bei ihrer Arbeit ist die CMB-Stelle angewiesen auf die vertrauensvolle und unbürokratische Zusammenarbeit mit vielen verschiedenen Partnern in der Region. Nur wenn eine solche Kooperation gelingt, können geeignete RehabilitandInnen frühzeitig einbezogen und auf sie abgestimmte Maßnahmen zum Erhalt ihres Beschäftigungsverhältnisses ergriffen werden. Diesem Anliegen dient die

Fachveranstaltung
Kooperation mit CMB-Stellen
Zusammenarbeit in der Region zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen
gesundheitlich beeinträchtigter ArbeitnehmerInnen
am X. X 2003 in Y,

die sich an ausgewählte Kooperationspartner und Fachleute in unserer Region richtet und zu der wir Sie hiermit recht herzlich einladen. Auf der Tagung werden wir Sie eingehend über die Arbeit unserer CMB-Stelle informieren, die zusammen mit anderen Stellen im Rahmen eines bundesweit angelegten Modellprojekts erprobt wird. Darüber hinaus sollen gemeinsam konkrete Lösungswege gesucht werden, die sich dazu eignen, die Kooperation aller Beteiligten im regionalen Netzwerk zu optimieren und Beschäftigungsverhältnisse gesundheitlich beeinträchtigter ArbeitnehmerInnen zu erhalten.

Näheres über Ort und Ablauf der Veranstaltung entnehmen Sie bitte dem beigefügten Faltblatt.

Wir würden uns freuen, Sie als TeilnehmerIn unserer Tagung begrüßen zu dürfen und mit Ihnen über Verbesserungsmöglichkeiten unserer Zusammenarbeit zu diskutieren!

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Anlage

Um Antwort wird gebeten bis zum X. X 2003 anhand des beiliegenden Rückantwortabschnitts.

Das Modellprojekt *Case Management zur Erhaltung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen behinderter Menschen* (CMB) wird durchgeführt in Zusammenarbeit mit dem *Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung*, der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation*, die *Bundesanstalt für Arbeit*, der *Arbeitsgemeinschaft Deutscher Hauptfürsorgestellen / Integrationsämter* sowie den *Spitzenverbände der Rehabilitationsträger* und wissenschaftlich begleitet vom *Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg*.



Absender (Institution, Anschrift)

nehme teil mit ____ Personen (Herr/Frau, Name, Funktion):

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

nehme nicht teil wegen

- anderweitiger Verpflichtung
- kein Interesse
- Sonstigem und zwar _____

Adresse des Ansprechpartners

Fax:

Telefon:

e-mail:

<p><i>Ihre Ansprechpartner</i></p> <p>Logo</p> <p>Frau / Herr X Stelle X Tel.: E-Mail:</p> <p>Logo</p> <p>Frau / Herr Y Stelle Y Tel.: E-Mail:</p>	<p><i>Tagungsort</i></p> <p>Logo</p> <p>Name und Adresse des Tagungsortes</p> <p>Anfahrt mit dem PKW ...</p> <p>Anfahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln ...</p>	<p>Namen der Veranstalter</p> <p>Kooperation mit CMB-Stellen</p> <p>Zusammenarbeit in der Region zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen gesundheitlich beeinträchtigter ArbeitnehmerInnen</p> <p>Datum Tagungsraum und -ort</p>
--	---	---

<p>Die Ziele und Aufgaben von CMB*-Stellen</p> <p>Ziel der CMB-Stellen ist es, durch fallbezogenes Case Management Arbeits- und Ausbildungsverhältnisse langzeitkranker und behinderter ArbeitnehmerInnen zu erhalten und so Arbeitslosigkeit zu vermeiden. Im Mittelpunkt steht dabei die frühzeitige Einleitung und rasche Durchführung der zur Rehabilitation erforderlichen Aktivitäten. Als zentrale Ansprechpartner der betroffenen Personen und ihrer Betriebe haben die CMB-Stellen die Aufgabe, in Kooperation mit den zuständigen Fachleuten und Stellen</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ die gesundheitliche und berufliche Situation der RehabilitandInnen abzuklären, ➤ nach Möglichkeiten einer Weiterbeschäftigung bzw. nach beruflichen Alternativen zu suchen, ➤ den weiteren Rehabilitationsprozess zu planen und zu koordinieren sowie ➤ die betroffenen Personen bis zum Abschluß des Prozesses zu beraten und zu unterstützen. <p>*CMB steht für Case Management zur Erhaltung von Arbeits- und Ausbildungsverhältnissen behinderter Menschen, das auf Initiative der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation im Rahmen eines bundesweiten Modellprojekts erprobt und vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gefördert wird.</p>	<p>Das Anliegen der Fachtagung</p> <p>Zur frühzeitigen Einleitung und zügigen Durchführung des Rehabilitationsprozesses sind die CMB-Stellen auf enge, vertrauensvolle und möglichst unbürokratische Kooperation mit allen beteiligten Fachleuten, Diensten und Stellen angewiesen. Allerdings stehen dem gelegentlich Hindernisse entgegen, die auf Informationsdefizite sowie fehlende Absprachen zwischen den Kooperationspartnern zurückzuführen sind.</p> <p>Ziel der Fachtagung ist es daher,</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ eingehend über Anliegen, Aufgaben und Chancen von CMB zu informieren, ➤ gemeinsam nach Lösungswegen zur Optimierung der Zusammenarbeit im regionalen Netzwerk zu suchen sowie ➤ Absprachen über die künftige Kooperation zu treffen. <p>Die Veranstaltung richtet sich deshalb an ausgewählte Fachleute aus dem Bereich der Rehabilitationsträger, der medizinischen und sonstigen Fachdienste, der Ärzteschaft, der Betriebe, der Kammern, der Arbeitnehmervertretungen sowie an sonstige Kooperationspartner.</p> <p>Die Tagung wird moderiert vom <i>Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg</i>, das auch mit der Begleitforschung beauftragt ist.</p>	<p>Das Tagungsprogramm</p> <p>8³⁰ Frühstücksbüffet 8⁵⁰ Begrüßung und Einführung 9⁰⁵ Workshops zu den Defiziten der gegenwärtigen Reha-Praxis und anzustrebenden Verbesserungen 10³⁰ Präsentation der Ergebnisse 10⁴⁰ Referat eines/r MitarbeiterIn der CMB-Stelle über Ziele und Ablauf von CMB 10⁵⁰ Pause 11¹⁵ Stellungnahme der CMB-Stelle(n) zu den Ergebnissen der Arbeitsgruppen 11⁴⁵ Workshops zur Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen den Netzwerkpartnern ➤ Analyse der Kooperationsprobleme ➤ Suche nach Wegen zur Optimierung der Zusammenarbeit ➤ Kooperationsabsprachen 12⁴⁵ Mittagessen 13⁴⁵ Ausstellung der Zwischenergebnisse 14¹⁵ Fortsetzung der Workshop-Arbeit 15⁰⁰ Kaffeepause 15¹⁵ Fortsetzung der Workshop-Arbeit 15⁴⁵ Präsentation der Ergebnisse 16¹⁵ Terminvereinbarungen zwischen den / der CMB-Stelle(n) und den Netzwerkpartnern für weitere, bilaterale Gespräche zur künftigen Zusammenarbeit 16⁴⁵ abschließende Diskussion 17⁰⁰ Ende der Veranstaltung</p>
---	---	--

2.2 Ergebnisse des ersten standortübergreifenden CMB-Workshops zur Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit

Die standortübergreifende Arbeitssitzung *Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit* fand im Oktober 2003 in den Räumen der *Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg* statt. TeilnehmerInnen dieser Sitzung waren VertreterInnen der CMB-Durchführungsorganisationen, der Rentenversicherungsträger sowie der Arbeitsverwaltung und der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)*.

2.2.1 Ziele, Arbeitsmethoden und Arbeitsprogramm der Veranstaltung

Das Tagungsprogramm gliederte sich in insgesamt vier Arbeitsschritte: Zunächst sollte den TeilnehmerInnen die Gelegenheit gegeben werden, ihre *bisherigen Erfahrungen* bezogen auf die Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit im CMB-Projekt zu diskutieren und auszutauschen (Phase 1). Anschließend ging es darum, konkrete *Ziele und Wünsche* für die künftige Zusammenarbeit im Netzwerk zu formulieren (Phase 2). Um diese Ziele und Wünsche realisieren zu können, sollten die Beteiligten in einem weiteren Schritt konkrete *Maßnahmen* entwickeln (Phase 3) und anschließend *erste Schritte zur Umsetzung* dieser Maßnahmen planen (Phase 4).

Die Arbeit im Rahmen des Workshops fand in heterogen zusammengesetzten Kleingruppen statt, d. h. einer jeden Gruppe gehörten sowohl Case ManagerInnen als auch VertreterInnen von Sozialversicherungsträgern oder der *BAR* an. Für die Arbeit in den Kleingruppen wurde das übergeordnete Thema *Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit* in vier Einzelthemen unterteilt:

- Aufbau und Pflege des Kooperationsnetzwerkes,
- KlientInnenzugang,
- Einholung von Gutachten und Fachmeinungen,
- Abstimmung des Eingliederungsplans mit den Reha-Trägern.

Alle vier Themen wurden in jeder Phase jeweils parallel in Kleingruppen bearbeitet. Dabei war jedem Arbeitsgruppen-Tisch ein Thema fest zugeordnet. Durch *Gruppenrotation* (sukzessiver Wechsel der Gruppenmitglieder zum jeweiligen Nachbartisch) wurde allen Teilneh

merInnen ermöglicht, zu jedem Thema ihren Beitrag zu leisten. Zum Abschluß jeder Arbeitsphase wurden die Arbeitsgruppenergebnisse im Plenum präsentiert und diskutiert.

2.2.2 Ergebnisse der Arbeitsgruppen

2.2.2.1 Thema 1: Aufbau und Pflege des Kooperationsnetzwerks

Problemstellung

Eine gute Kooperation im Rahmen eines Netzwerks stellt die Basis für ein erfolgreiches CMB dar. Als Netzwerkpartner können dabei alle Personen und Stellen innerhalb und außerhalb der Sozialversicherung gelten, die von Bedeutung sind für

- den Zugang von RehabilitandInnen zum CMB (z. B. Arbeitgeber und Arbeitnehmer, Betriebs- und behandelnde Ärzte, Betriebs- und Personalräte, Krankenkassen und MDK),
- die Bereitstellung von Gutachten und Fachwissen (z. B. die Fachdienste der Reha-Träger) und
- die Prüfung und Genehmigung der Eingliederungsvorschläge der CMB-Stelle (die Reha-Träger).

Um tragfähige und produktive Kooperationsbeziehungen aufbauen zu können, müssen vorab Vorgehensweisen zur Knüpfung von Kontakten erarbeitet werden. Sind bereits Kooperationsbeziehungen vorhanden, so ist von entscheidender Bedeutung, diese Kontakte durch geeignete Maßnahmen zu pflegen. Wichtig für den Aufbau und die Pflege eines Kooperationsnetzwerkes ist der Bekanntheitsgrad von CMB in der Region: um diesen zu erhöhen, müssen ebenfalls geeignete Maßnahmen überlegt werden.

Erster Arbeitsschritt: Bisherige Erfahrungen (Ist-Zustand)

Alle TeilnehmerInnen der Arbeitsgruppen wurden gebeten, sowohl gute als auch schlechte Erfahrungen bezogen auf das Thema ihres jeweiligen Tisches, hier Netzwerkaufbau und –pflege, auf ein Flip-Chart zu notieren. Außerdem sollten sie sich Gedanken über mögliche Hindernisse machen, die einem optimalen Netzwerkaufbau bzw. einer optimale Netzwerkpflege bisher im Wege stehen.

Die TeilnehmerInnen der Veranstaltung schätzten die bisherige Zusammenarbeit mit dem Arbeitsamt, den Rentenversicherungsträgern und den Krankenkassen insgesamt als gut ein.

Eine permanente Kontaktpflege, z. B. im Rahmen von regelmäßigen Koordinierungsgesprächen, sehen sie hierbei als grundlegend an. Für gleichermaßen wichtig wird ein begleitender Arbeitskreis erachtet, an dem Integrationsämter, Integrationsfachdienste, MDK, Arbeitsämter, Rentenversicherungsträger und CMB-Stellen gemeinsam teilnehmen. An einigen Standorten konnten bereits solche Arbeitskreise gebildet werden. Positive Erfahrungen machten die Projektakteure schließlich mit kurzen und unkomplizierten Kommunikationswegen in der Zusammenarbeit mit den Entscheidungsträgern.

Als negativ wurde dagegen beurteilt, daß Behindertenverbände bisher offensichtlich nicht aktiv mit den CMB-Stellen zusammenarbeiten. Außerdem machten die TeilnehmerInnen überwiegend die Erfahrung, daß wechselnde Ansprechpartner und der damit verbundene Verlust von Informationen einem positiven CMB-Verlauf sehr abträglich sind. Ungeklärte Zuständigkeiten, sowohl bezüglich der Betreuung des / der KlientIn als auch bezüglich der Finanzierung der Reha-Leistungen, wurden von den Arbeitsgruppen gleichfalls als Behinderung des CMB-Prozesses angesehen. Schlechte Erfahrungen machten CMB-Stellen aber auch dann, wenn der zuständige Reha-Träger bereits die Verantwortung für einen Fall übernommen hatte: offensichtlich wird die Kooperation häufig dadurch erschwert, daß es den Beteiligten nicht gelingt, Wege zur informellen Zusammenarbeit zu finden. Darüber hinaus gibt es augenscheinlich an vielen Projektstandorten noch keine Zusammenarbeit mit der BfA; auch Ersatzkassen und Betriebskassen nutzen das Angebot CMB bislang noch nicht. Der Zugang zum CMB ist daher relativ eingeschränkt. Zudem führt die Tatsache, daß die Reha-Träger, mit Ausnahme der Arbeitsverwaltung, nicht über eigene technische Berater verfügen, zu langen Wartezeiten, da externe Sachverständige eingeschaltet werden müssen. Schließlich stößt der hohe Koordinierungsbedarf, den CMB naturgemäß mit sich bringt, dann an seine Grenzen, wenn es persönliche Probleme im Umgang mit einzelnen Kooperationspartnern gibt.

Zweiter Arbeitsschritt: Ziele und Wünsche (Sollzustand)

In einem zweiten Arbeitsschritt sollten sich die TeilnehmerInnen der Arbeitsgruppen notieren, wer unbedingt in das Netzwerk eingebunden werden muß und wer, wenn möglich, eingebunden werden sollte; außerdem wurde nach den Hierarchieebenen gefragt, die jeweils angesprochen werden müssen. Abschließend sollten die Mitwirkenden konkrete Zielvorstellungen formulieren, indem sie sich Merkmale einer optimalen Kooperation mit den Netzwerkpartnern überlegen.

Die TeilnehmerInnen der Arbeitsgruppen waren der Ansicht, daß auf folgende Personen und Institutionen in einem CMB-Netzwerk nicht verzichtet werden kann:

- der / die KlientIn selbst,
- alle Sozialversicherungsträger (einschließlich der gemeinsamen Servicestellen),
- die Integrationsämter und Integrationsfachdienste,
- MDK, Betriebsärzte, niedergelassene Ärzte, sonstige Ärzte,
- die Behindertenverbände,
- Gleichstellungsbeauftragte,
- private und staatliche Betriebe und deren Schwerbehindertenvertrauensleute,
- die Arbeitgeberverbände und Unternehmerstammtische.

Darüber hinaus wäre es zweckmäßig, folgende Personen und Institutionen in das CMB-Netzwerk mit einzubinden:

- die Familie des Klienten (wenn sinnvoll),
- Reha-Einrichtungen, Selbsthilfegruppen, Sozialer Dienst der Krankenhäuser,
- Betriebs- und Personalräte,
- repräsentative Vertreter der kommunalen Verwaltung.

Zudem meinten die teilnehmenden Projektakteure, daß sowohl die Entscheidungsebene als auch die Beraterebene einer Institution Teil des CMB-Netzwerks sein müßten. Eine bedeutende Rolle kommt hier den Spitzenverbänden der Reha-Träger zu: Sie sollen dazu angeregt werden, möglicherweise durch die *BAR*, das Modellprojekt CMB in ihren eigenen Reihen zu etablieren. Nur wenn Personen mit Entscheidungsbefugnis das Projekt gut heißen und unterstützen, besteht die Möglichkeit, daß das Beratungspersonal gegebenenfalls CMB-Fälle bevorzugt bearbeiten kann.

Eine optimale Kooperation mit den Netzwerkpartnern sehen die CMB-Stellen dann gegeben, wenn die zuweisenden Stellen ihnen zum einen KlientInnen vermitteln, die tatsächlich der Zielgruppe des CMB angehören, und die Kooperation mit den Partnern zum anderen so gut funktioniert, daß die CMB-Stellen ihre Fälle erfolgreich abschließen können. Darüber hinaus sind alle Projektakteure der Ansicht, daß sich eine enge und vertrauensvollen Zusammenarbeit durch regelmäßige Zusammenkünfte mit den Sozialversicherungsträgern und anderen Kooperationspartnern auszeichnet. Schließlich sei von entscheidender Bedeutung, daß alle Beteiligten auf dem gleichen Informationsstand sind.

Dritter Arbeitsschritt: Maßnahmen entwickeln

Eingeleitet wurde dieser Arbeitsschritt mit der Gewichtung der zuvor erarbeiteten Ziele: die TeilnehmerInnen wurden dazu aufgefordert, diejenigen Ziele auszuwählen, die ihnen am wichtigsten waren. Anschließend sollten alle Faktoren, die *helfen*, sowie jene, die es *erschweren*, das jeweilige Ziel zu erreichen, auf ein Flipchart notiert werden. Die nachfolgende Aufgabe bestand darin, gemeinsam mögliche Maßnahmen zur tatsächlichen Erreichung dieser Ziele zu überlegen.

Im Bereich *Aufbau und Pflege des Kooperationsnetzwerkes* war für die meisten TeilnehmerInnen eine *enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit* das vorrangige Ziel. Eine entscheidende Voraussetzung für die Zielerreichung sei der direkte persönliche Kontakt zu den Kooperationspartnern sowie eine gemeinsame Zielvorstellung innerhalb des Projektes. Erfahrungsgemäß könne eine solche Zusammenarbeit, insbesondere in Form regelmäßiger Zusammenkünfte mit den Kooperationspartnern, nur dann erreicht werden, wenn alle Beteiligten, also auch die zuständigen Entscheidungsträger vom Nutzen des CMB-Projekt tatsächlich überzeugt seien. Darüber hinaus muß gewährleistet sein, daß ausreichend Zeit zur aktiven Teilnahme aller Beteiligten an und die Bereitschaft zur Organisation von Treffen und Veranstaltungen vorhanden ist. Als hemmende Kräfte wurden von den Arbeitsgruppen ein häufiger Personalwechsel, einzelne unkooperative Mitarbeiter sowie Konkurrenzdenken bei den Kooperations-Stellen gesehen. Konkrete Maßnahmen, das Ziel *enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit* zu erreichen, sind nach Ansicht der TeilnehmerInnen der Arbeitsgruppen die Durchführung von Workshops und Arbeitskreisen, konkrete Terminvereinbarungen sowie eine gemeinsame Projektentwicklung und Ergebnisaufarbeitung. Daneben kommt einer zentralen Öffentlichkeitsarbeit, die alle Krankenkassen und MDK-Stellen einschließt, eine bedeutende Rolle zu. Schließlich sehen alle Beteiligten die frühzeitige Verteilung von Aufgaben, die bei der Organisation und Durchführung von Veranstaltungen anfallen, als wesentlich an.

Vierter Arbeitsschritt: Erste Schritte

In der letzten Arbeitsphase wurden die Mitwirkenden gebeten, für die jeweils wichtigsten Maßnahmen erste Umsetzungsschritte zu erarbeiten. Um die relevantesten Maßnahmen auswählen zu können, wurden die Vorschläge aller vier Arbeitsgruppen in ein Wand-Mindmap eingetragen. Daran anschließend wurden die Vorschläge von den Arbeitsgruppenmitgliedern nach ihrer Bedeutsamkeit bewertet. Anschließend sollten sich die Arbeitsgruppen überlegen, was zum einen die CMB-Stellen tun können und was zum anderen die übrigen Partner beitragen müssen, um die ausgewählten Maßnahmen umsetzen zu können.

Die *gemeinsame Projektentwicklung und Ergebnisaufarbeitung* sah die Majorität der TeilnehmerInnen als eine der wichtigsten Herausforderungen zur Erreichung einer engen und vertrauensvollen Zusammenarbeit an. Eine Aufgabe der CMB-Stellen wäre hierbei zunächst die Abklärung der Bedürfnisse aller am Projekt Beteiligten und die gleichzeitige Offenlegung der jeweiligen Grenzen. Im weiteren sollten Ziele und Vereinbarungen formuliert sowie Strategien entwickelt werden, die von allen Partnern getragen werden können. Außerdem sollten die Case ManagerInnen dafür Sorge tragen, daß alle Kooperationspartner über die gleichen Informationen verfügen, indem beispielsweise von den CMB-Stellen Kurzprotokolle der Treffen erstellt werden. Die CMB-Stellen müßten darüber hinaus regelmäßige Vororttermine bei den Rehabilitationsträgern initiieren und wahrnehmen, bei denen unter anderem informell Rückmeldung über Verläufe von CMB-Fällen gegeben werden kann. Um eine *gemeinsame Projektentwicklung und Ergebnisaufarbeitung* verwirklichen zu können, sei es andererseits unabdingbar, daß alle Netzwerkpartner der CMB-Stelle Kooperationsbereitschaft signalisieren und ihrerseits Ziele formulieren, Grenzen offenlegen und ihre Kompetenzen einbringen. Außerdem müßten sich die Kooperationspartner zu regelmäßigen informellen Rückmeldungen bei den CMB-Stellen verpflichten.

Großes Gewicht bei der Verwirklichung einer engen und vertrauensvollen Zusammenarbeit kommt nach Ansicht der Mehrzahl der TeilnehmerInnen auch einer professionell durchgeführten *Öffentlichkeitsarbeit* seitens der CMB-Stellen zu. Dazu gehören sowohl die Entwicklung und Anschaffung von anschaulichem Informations- und Aufklärungsmaterial (Plakate, Poster, Flyer) als auch die Publikation von aktuellen Artikeln über CMB und *best practice*-Beiträgen in Fachzeitschriften und anderen Medien, wie z. B. in regionalen Radiosendern. Das Informationsmaterial sollte sowohl bei den Rehabilitationsträgern als auch bei sämtlichen relevanten Projektpartnern verbreitet werden. Die Aufgaben der Kooperationspartner erstreckten sich vor allem auf die Bereitschaft zur Zusammenarbeit: Insbesondere sollten die Standortinitiatoren ihre vorhandenen Kontakte nutzen sowie Foren und Plattformen für die CMB-Stellen zur Verfügung stellen, um CMB bekannt zu machen.

2.2.2.2 Thema 2: KlientInnenzugang

Problemstellung

Für den Erfolg von CMB ist es wichtig, daß möglichst nur solche KlientInnen zugehen, die sich für CMB eignen, z. B. in Bezug auf Alter oder Schweregrad der Krankheit. Außerdem sollten die Fälle der CMB-Stelle frühzeitig zugehen, d. h. nicht erst kurz vor der Aussteuer

rung (also dem Ende des Krankengeldbezuges), sondern solange Arbeitgeber und Arbeitnehmer noch Interesse am Bestehen des Beschäftigungsverhältnisses haben. Klare, in der Praxis verwendbare Kriterien helfen dabei, für das CMB geeignete RehabilitandInnen auszuwählen. Zudem müssen Verfahren zwischen den Netzwerkpartnern vereinbart werden, um einen schnellen Zugang geeigneter KlientInnen zur CMB-Stelle sicherstellen zu können.

Erster Arbeitsschritt: Bisherige Erfahrungen (Ist-Zustand)

Auch zu dem Thema *KlientInnenzugang* sollten die TeilnehmerInnen wiederum zunächst gute und schlechte Erfahrungen auf ein Flip-Chart notieren. Außerdem sollten sie gemeinsam überdenken, welche Gründe bislang den optimalen Zugang von KlientInnen zum CMB verhinderten.

Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen zeigen, daß die Case ManagerInnen bislang recht unterschiedliche Erfahrungen hinsichtlich des KlientInnenzugangs gemacht haben: An einigen Standorten ist es offensichtlich gelungen, kontinuierlich neue KlientInnen in die Betreuung von CMB aufzunehmen, andere CMB-Stellen haben dagegen das Problem, daß ihnen nur sporadisch RehabilitandInnen zugewiesen werden. Hier konnte offensichtlich das Netzwerk bezüglich des KlientInnenzugangs noch nicht zufriedenstellend ausgebaut werden. Einige Case ManagerInnen beklagen sich über eine zu späte Meldung von KlientInnen, andere dagegen loben den frühzeitigen Zugang von RehabilitandInnen. Die Verantwortung für die späte Vermittlung schreiben die CMB-Stellen den Krankenkassen zu; dabei bemängeln sie auch, daß die RehabilitandInnen nach unklaren Kriterien zugewiesen werden. Die falsche Beurteilung und Interpretation von Gutachten durch die MitarbeiterInnen der Krankenkassen ist ein weiterer Kritikpunkt der Case ManagerInnen: Durch fehlerhafte Interpretation von Gutachten werden offensichtlich häufig KlientInnen an die CMB-Stellen verwiesen, obwohl die Kriterien für einen CMB-Zugang nicht erfüllt und damit die Erfolgchancen äußerst gering sind. Darüber hinaus ist die Motivationslage des / der KlientIn beim Zugang oftmals ungeklärt, was die Arbeit der CMB-Stellen zusätzlich erschwert. Manche Standorte haben die positive Erfahrung gemacht, daß sich Arbeitgeber, die bereits erfolgreich einen Arbeitsplatz erhalten konnten, erneut bei der CMB-Stelle meldeten, um eine/n kranke/n MitarbeiterIn in die Betreuung zu vermitteln. Daneben verweisen offenbar einige MDK-Stellen schon in ihren medizinischen Gutachten auf CMB, mit der Folge, daß der zuständigen Krankenkasse mit diesem Hinweis ein weiteres Entscheidungskriterium an die Hand gegeben wird. Andere Durchführungsorganisationen berichten von neuen Zugangswegen, die bisher nicht berücksichtigt wurden, wie beispielsweise der Zugang über Ärzte, über weitere Reha-Träger sowie aufgrund der Eigeninitiative von KlientInnen. Auch wenn die Erfahrungen widersprüchlich

sind, kann abschließend gesagt werden, daß die meisten TeilnehmerInnen die persönlichen Beziehungen positiv bewerten, die während Ihrer bisherigen Zusammenarbeit mit zuweisenden Stellen entstanden sind.

Die Gründe, die bislang einen optimalen KlientInnenzugang verhindert haben, sehen offensichtlich alle Beteiligten in der Organisation der Krankenkassen und dem geringen Bekanntheitsgrad von CMB. Durch den häufigen Wechsel der Ansprechpartner bei den Krankenkassen und die damit verbundene Mehrarbeit für die CMB-Stelle (Informationen vermitteln und Kooperationsbereitschaft wecken) oder die zu späte Erstellung von Gutachten durch den MDK wird der CMB-Prozeß unnötig in die Länge gezogen. Darüber hinaus wird die Arbeit der Case ManagerInnen durch unklare medizinische Prognosen oder auch die „Konkurrenzsituation“, in der sich zuweilen Krankenkassen zu CMB-Stellen sehen, immer wieder erschwert. Unbedingt erforderlich sind daher nach Ansicht der TeilnehmerInnen zum einen Kooperationsvereinbarungen mit allen Netzwerkpartnern sowie Zielvereinbarungen mit den Betroffenen.

Zweiter Arbeitsschritt: Ziele und Wünsche (Sollzustand)

Die Mitglieder der Arbeitsgruppen wurden in der zweiten Phase darum gebeten, konkrete Kriterien zu benennen, nach denen RehabilitandInnen für CMB ausgewählt werden sollten (vgl. *Abbildung 10 und 11*).

Zunächst waren sich alle TeilnehmerInnen darin einig, daß RehabilitandInnen die Kontaktaufnahme zu einer CMB-Stelle so früh wie möglich empfohlen werden sollte, am besten sobald die medizinische Prognose feststeht. Damit wird deutlich, daß die bisherige Dauer des Rehabilitationsprozesses ein entscheidendes Kriterium für den Zugang zum CMB ist: Der Wunsch nach der Festlegung eines exakten Stichtages (z. B. Tag der Feststellung der medizinischen Prognose oder Erreichen einer bestimmten Höchstgrenze bei der Arbeitsunfähigkeitsdauer) für die CMB-Zuweisung von RehabilitandInnen durch die Krankenkassen wird hier offensichtlich. Eine weitere Vorbedingung für eine Betreuungsaufnahme ist das persönliche Interesse der KlientInnen an der Wiedererlangung ihrer Arbeitsfähigkeit und der Wiederaufnahme einer Tätigkeit. Ferner sollte die psychische und physische Stabilität der RehabilitandInnen derart sein, daß zumindest eine stufenweise Wiedereingliederung denkbar wäre, insbesondere sollten die KlientInnen nicht an akuten Suchterkrankungen leiden. Darüber hinaus schien den Beteiligten wesentlich, daß vor dem Zugang zum CMB noch kein Rentenantrag gestellt ist.

Sollzustand: KlientInnenzugang I

- **Zugang der RehabilitandInnen so früh wie möglich**
 - ◆ **Zuweisung, wenn medizinische Prognose feststeht**
 - ◆ **Festlegung einer bestimmten Arbeitsunfähigkeits-Höchstdauer für die Fallzuweisung**
- **Einhaltung der standortspezifischen CMB-Auswahlkriterien**
 - ◆ **Persönliches Interesse der KlientInnen an ihrer Genesung und beruflichen Wiedereingliederung**
 - ◆ **Stabile psychische und physische Verfassung**
 - ◆ **Keine akuten Suchterkrankungen**
 - ◆ **Noch kein Rentenantrag gestellt**

 Institut für empirische Soziologie
Nürnberg

Case Management 2003

Abbildung 10

Eine realistische Einschätzung der Möglichkeiten einer Arbeitsplatzerhaltung sollte bereits durch die Krankenkasse erfolgt sein, wobei die Krankenkassen vor Beginn des CMB möglichst noch keinen Kontakt zum Arbeitgeber des / der KlientIn aufnehmen sollten. Die Arbeitsgruppenmitglieder waren zudem der Ansicht, daß der Zugang verstärkt über den MDK erfolgen sollte, da dies ein direkterer und somit schnellerer Weg zur CMB-Stelle sei. Bislang berufen sich die meisten MDK-Stellen allerdings darauf, daß sie von den Krankenkassen keine Befugnisse dafür erhalten haben. Ferner sollte allen behinderten Menschen der Zugang zum CMB ermöglicht werden: Im Moment gibt es an einigen Standorten Unklarheiten über die Zuständigkeit für die Betreuung von schwerbehinderten Menschen - die CMB-Stellen befinden sich dort offenbar in einer Konkurrenzsituation zu dem jeweiligen Integrationsfachdienst. Schließlich sollte bei der Auswahl von KlientInnen für das CMB immer die betreffende CMB-Stelle in den Entscheidungsprozeß mit einbezogen werden.

Sollzustand: KlientInnenzugang II

- Vorab Einschätzung der Möglichkeiten zur Wiedereingliederung durch die Krankenkasse
- Kein Vorab-Kontakt der Krankenkassen zum Arbeitgeber
- Zugang auch über MDK
- Zugang für alle behinderten Menschen
- CMB-Stelle mit in KlientInnenauswahl einbeziehen

 Institut für empirische Soziologie
Nürnberg

Case Management 2003

Abbildung 11

Dritter Arbeitsschritt: Maßnahmen entwickeln

Bevor die eigentliche Arbeit in den Gruppen begann, war es Aufgabe der TagungsteilnehmerInnen, die wesentlichsten Ziele auszusuchen. Danach wurden Sie dazu aufgefordert, die fördernden und hemmenden Kräfte, welche die Zielerreichung beeinflussen, zu untersuchen sowie Ideen für Maßnahmen zu sammeln.

Das wichtigste Ziel war für die Mehrzahl der TeilnehmerInnen offensichtlich die *Frühzeitigkeit des Zugangs*. Nach deren Meinung ließe sich dieses Ziel vor allem durch gezielte Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit bei den zuweisenden Stellen erreichen. Da insbesondere die Arbeitgeber innerhalb des CMB eine zentrale Rolle spielen, ist es darüber hinaus von großer Bedeutung, sie umfassend über CMB zu informieren und zu versuchen, sie als Kooperationspartner zu gewinnen. Daneben könnte die Vorstellung des CMB-Konzepts auf Fachtagungen und bei Ärztekongressen den Bekanntheitsgrad von CMB vergrößern. Die Veranstaltung von regionalen Workshops, bei denen Lösungsvorschläge für bisherige Probleme erarbeitet werden können, wäre ebenso sinnvoll wie beispielsweise die Teilnahme an informellen Ärztetammtischen. Außerdem wäre es wichtig, gezielt Behindertenvertretungen, Behindertenbeiräte sowie Selbsthilfegruppen anzusprechen, um auch mit diesen Institutionen eine künftige Zusammenarbeit zu erreichen. Schließlich erhoffen sich die TeilnehmerInnen, durch regelmäßige Treffen mit allen Kooperationspartnern die Bereitschaft zur Zusammenarbeit zu fördern, dadurch den Stellenwert von CMB in der jeweiligen Institution zu verbessern und somit dem Ziel *Frühzeitigkeit des Zugangs* näher zu kommen.

Das zweite vorrangige Ziel, für das sich die meisten ArbeitsgruppenteilnehmerInnen entschieden haben, ist die *optimale KlientInnenauswahl durch die zuweisende Stelle*. Auch bei der Verwirklichung dieses Zieles kommt einer verstärkten Öffentlichkeitsarbeit in der Region eine bedeutende Rolle zu: Sind die zuweisenden Stellen umfassend über die Möglichkeiten und Ziele von CMB informiert, so kann davon ausgegangen werden, daß geeignete, der Zielgruppe von CMB entsprechende RehabilitandInnen an die CMB-Stellen vermittelt werden. Fehlinformationen führen dagegen dazu, daß entweder die CMB-Zugangskriterien nicht beachtet werden, oder daß sogenannte „Verzweiflungszuweisungen“ (Krankenkassen haben alle Möglichkeiten zur Wiedereingliederung bereits ausgeschöpft) vorkommen. „Verzweiflungszuweisungen“ sind sowohl für die KlientInnen als auch für alle anderen am CMB-Prozeß Beteiligten nachteilig, da sie bei den Betroffenen und deren Arbeitgebern falsche Hoffnungen wecken und der CMB-Stelle, den Krankenkassen und den Reha-Trägern unnötige Arbeit verursachen. Bei der Frage nach geeigneten Mitteln zur Erreichung des Zieles waren sich alle Beteiligten einig, daß zunächst ein Leitfaden für eine optimale KlientInnenauswahl entwickelt werden muß. Unentbehrlich wäre darüber hinaus die Bereitstellung von zutreffenden und aussagekräftigen Gutachten. Für die Umsetzung beider Maßnahmen müssten die CMB-Stellen zunächst persönlich Kontakt zu regionalen Krankenkassen und MDK-Stellen aufnehmen, um insbesondere mit den zuständigen Sozial- und Reha-Beratern Vereinbarungen treffen zu können. Die TeilnehmerInnen schlugen als weitere Möglichkeit die Veranstaltung von Workshops und Arbeitskreisen vor, innerhalb derer gemeinsam ein Katalog für Zugangskriterien erarbeitet sowie Inhalt und Qualität von Gutachten erörtert werden könnte. Schließlich wäre die Gewinnung der Reha-Kliniken als künftige Kooperationspartner ein großer Erfolg, da die Verantwortlichen in den Reha-Kliniken zu Beginn des Rehabilitationsprozesses bereits erste Einschätzungen hinsichtlich der Wiedereingliederungschancen eines / einer RehabilitandIn abgeben könnten und der Betroffene gegebenenfalls frühzeitig an die CMB-Stelle vermittelt werden kann.

Vierter Arbeitsschritt: Erste Schritte

In der letzten Phase wurden alle TeilnehmerInnen dazu aufgefordert, die wesentlichsten Maßnahmen auszuwählen, die zuvor in ein Wand-Mindmap eingetragen worden waren. Anschließend sollten sie notieren, welche Aufgaben zur Umsetzung der Maßnahmen den CMB-Stellen zukommen und was die anderen Kooperationspartner dazu beitragen müssen.

Eine zentrale Rolle bei der Verwirklichung der Ziele spielt nach wie vor die *Öffentlichkeitsarbeit bei den zuweisenden Stellen*. Was die CMB-Stellen dafür tun müssen, um eine effektive

Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben, wird im *Abschnitt 2.2.2.1 Vierter Arbeitsschritt: Erste Schritte* beschrieben. Darüber hinaus waren die Arbeitsgruppenmitglieder der Ansicht, daß regelmäßig aktualisierte Pressemitteilungen in Zeitschriften der Krankenkassen notwendig sind. Die anderen Kooperationspartner sollten nicht nur ein gewisses Interesse an CMB, sondern vor allem die Bereitschaft zur Zusammenarbeit als entscheidende Voraussetzungen in das CMB-Projekt mit einbringen: Insbesondere wäre es wichtig, daß die Ansprechpartner der Kooperationsstellen eine Multiplikatorenfunktion übernehmen. Die Beteiligten äußerten abschließend den Wunsch, daß sich die *BAR* für das CMB-Projekt bei allen Kooperationspartnern einsetzt und für mehr Kooperationsbereitschaft wirbt.

Um *regelmäßige Treffen mit allen Kooperationspartnern* realisieren zu können, müßten die Case ManagerInnen zunächst konkrete Termine mit den relevanten Akteuren vereinbaren. Dabei ist entscheidend, daß die Case ManagerInnen direkte Ansprechpartner in den Kooperationsstellen haben. Bei den Zusammenkünften muß dann festgelegt werden, in welchen Abständen solche Treffen sinnvoll sind und welche Personen daran teilnehmen sollten. Zu den Aufgaben der jeweiligen CMB-Stelle gehört die moderierte Durchführung der Treffen. Für die anderen Kooperationspartner gilt: ein gewisses Interesse an CMB und die Bereitschaft zur Zusammenarbeit ist unerlässlich, um regelmäßige Treffen überhaupt verwirklichen zu können. Konkret können die Projektpartner die CMB-Stellen bei der Organisation der regelmäßigen Treffen dadurch unterstützen, daß sie ihnen Vorschläge zur Tagesordnung unterbreiten und Themen einbringen.

2.2.2.3 Thema 3: Einholung von Gutachten und Fachmeinungen

Problemstellung

Grundlage für die Entscheidung, welche Maßnahmen zum Erhalt eines Arbeitsplatzes durchgeführt werden sollen, sind aussagekräftige medizinische Gutachten, die der CMB-Stelle möglichst frühzeitig vorliegen sollten. Anhand solcher Unterlagen kann der / die Case ManagerIn die gesundheitliche Situation des / der RehabilitandIn zutreffend einschätzen und sich ein Bild darüber machen, unter welchen Bedingungen der / die RehabilitandIn zukünftig arbeiten kann. Ähnliches gilt auch für technische, psychologische, berufskundliche und arbeitsrechtliche Gutachten und Fachmeinungen. Von Interesse ist deshalb, wie sichergestellt werden kann, daß Gutachten und Fachmeinungen zum einen vollständig und für Belange des CMB aussagekräftig sind und zum anderen der CMB-Stelle möglichst früh und zügig zur Verfügung gestellt werden.

Erster Arbeitsschritt: Bisherige Erfahrungen (Ist-Zustand)

Erneut wurden die TeilnehmerInnen der Arbeitsgruppen gebeten, sowohl gute als auch schlechte Erfahrungen mit der Einholung von Gutachten und Fachmeinungen auf ein Flip-Chart zu notieren. Darüber hinaus war es ihre Aufgabe, die Faktoren zu ergründen, die einen optimalen Zugang zu den erforderlichen Expertisen verhindern.

Zunächst listeten die Mitglieder der Arbeitsgruppen Gutachten und Fachmeinungen auf, welche sie zur Einschätzung der beruflichen und gesundheitlichen Situation der KlientInnen für wesentlich halten:

- Medizinische Gutachten von
 - Krankenkassen / MDK
 - Ärztlichem Dienst des Arbeitsamtes
 - Ärzten der Rentenversicherungsträger
 - Krankenhäusern
 - Fachärzten

- Psychologische Gutachten
 - vom Arbeitsamt
 - Berufseignungsdiagnose

- Medizinische Fachmeinungen
 - vom Berufsbegleitenden Dienst
 - von Fachärzten
 - vom Reha-Fachberatungsdienst

- Expertenmeinungen der Fachdienste der Kostenträger
 - Technischer Beratungsdienst
 - Psychologischer Dienst

- Ergebnisse der Maßnahme *Berufsfindung und Arbeitserprobung*

Nach Möglichkeit sollten die CMB-Stellen versuchen, sich die oben genannten Gutachten und Fachmeinungen zugänglich zu machen.

Die Erfahrungen, welche die CMB-Stellen bislang mit der Einholung von Gutachten und Fachmeinungen gemacht haben, sind sehr gegensätzlich. An manchen Standorten bringen die KlientInnen oftmals die relevanten Gutachten bereits zum Erstgespräch mit bzw. die Gut

achten gehen innerhalb kurzer Zeit, etwa zwei Wochen danach, den CMB-Stellen zu. Andere Standorte beklagen, daß zu viel Zeit vergeht, bis die Gutachten vorliegen. Als positiv wiederum werteten die Beteiligten, daß die Interpretation der Gutachten durch die CMB-Stelle in der Regel möglich ist. Auch können einige Standorte hausinterne Fachdienste zu den KlientInnen befragen, wodurch kostbare Zeit eingespart wird. Ein Problem für die Case ManagerInnen sind nicht aussagekräftige bzw. veraltete Gutachten: es ist zeitaufwendig, aktuelle Gutachten anzufordern, und sind diese nicht aussagekräftig, so können die Case ManagerInnen die berufliche und gesundheitliche Situation von KlientInnen nicht exakt einschätzen. Ebenfalls nachteilig für den CMB-Prozeß ist die Weigerung einiger Krankenkassen den KlientInnen selbst die Gutachten auszuhändigen: ohne Gutachten können die CMB-Stellen den RehabilitandInnen keine professionelle Betreuung bieten. Hier wirken sich offensichtlich strenge Datenschutzbestimmungen als großes Hindernis aus.

Zweiter Arbeitsschritt: Ziele und Wünsche (Sollzustand)

Im weiteren Verlauf der Veranstaltung sollten die TeilnehmerInnen konkret formulieren, welchen Anforderungen optimale Gutachten erfüllen müssen und zu welchem Zeitpunkt diese der CMB-Stelle vorliegen sollten.

Die Beteiligten kamen gemeinsam zum Ergebnis, daß *aussagekräftige* Gutachten Folgendes beinhalten sollten:

- Klare Aussagen zum positiven / negativen Leistungsbild (differenzierter, individueller, ganzheitlicher),
- Klare Aussagen zur Reha-Bedürftigkeit,
- Hinweis auf CMB,
- Hinweis auf psychologische Sonderuntersuchung (PSU), wenn eine Umorientierung erforderlich ist.

Daneben ist es insbesondere notwendig, daß Gutachten inhaltlich den aktuellen Gesundheitszustand des / der RehabilitandInnen widerspiegeln, einheitlich aufgebaut und nach Möglichkeit individuell abgefaßt und wahrhaftig sind. Nach Meinung der Case ManagerInnen ist eine zeitnahe Vorlage der Gutachten von großer Bedeutung für den Verlauf des CMB-Prozesses: optimal wäre, wenn der / die KlientIn die relevanten Gutachten zum Erstgespräch mitbrächte, noch besser wäre, wenn die Gutachten der CMB-Stelle bereits vor der ersten Zusammenkunft vorliegen würden. Die Gutachten sollten jedoch spätestens zehn Arbeitstage nach ihrer Anforderung der CMB-Stelle zugehen. Ergänzungsfragen, die anhand des

Standardgutachten nicht beantwortet werden können, sollten ebenfalls innerhalb von zehn Arbeitstagen beantwortet werden.

Dritter Arbeitsschritt: Maßnahmen entwickeln

Abermals wurden alle Mitwirkenden darum gebeten, die ihnen am wichtigsten erscheinenden Ziele zu bestimmen. Im Anschluß daran wurde die Arbeit in den Gruppen fortgeführt: die Aufgabe in dieser Phase bestand zum einen darin, fördernde und hemmende Kräfte aufzudecken, zum anderen sollten mögliche Maßnahmevorschläge zur Erreichung der Ziele erarbeitet werden.

Die TeilnehmerInnen wählten als eines der beiden wichtigsten Ziele die Bereitstellung von *aussagekräftigen Gutachten* aus. Ihrer Ansicht nach stehen ein hoher Koordinationsaufwand verbunden mit unterschiedlichen Qualitätsstandards in Kliniken und bei den Reha-Trägern dieser Zielerreichung allerdings im Wege. Daher sei die Entwicklung eines Leitfadens für abgestimmte Gutachten erforderlich. Den CMB-Stellen sollte dabei die Gelegenheit gegeben werden, eigene Standards zu formulieren und in den Leitfaden mit einzubringen.

Die *zeitnahe Vorlage der Gutachten* stellt für die TeilnehmerInnen der Arbeitsgruppen ebenfalls ein vorrangiges Ziel dar. Dazu beitragen kann ein ständiger Kontakt zu den Stellen, welche die Gutachten verfassen. Hinderlich sind dagegen Kommunikationsprobleme mit den Gutachtern. Um eine zeitnahe Vorlage der Gutachten zu erreichen, schlugen die Beteiligten der Arbeitsgruppen regionale Treffen mit den Verantwortlichen vor. Zudem wäre es erforderlich, die Gutachter besser über das Modellprojekt *Case Management* zu informieren, um sie für die Belange von CMB zu sensibilisieren.

Vierter Arbeitsschritt: Erste Schritte

Im vierten Arbeitsschritt wurden erneut alle TeilnehmerInnen dazu aufgefordert, die wichtigsten Maßnahmen, die zuvor in ein Wand-Mindmap eingetragen worden waren, zu bestimmen. Danach sollten sie festhalten, welche Aufgaben zur Umsetzung der Maßnahmen die CMB-Stellen und die anderen Kooperationspartner erledigen müssen.

Der überwiegende Teil der Mitwirkenden war sich darin einig, daß es erforderlich wäre, *CMB-Standards zu formulieren* und diese in eine standardisierte Gutachtenstruktur *einzubringen*. Nach Ansicht der Beteiligten ist dies jedoch nicht zu realisieren, da sich die Gutachter-Stellen diesem Vorhaben verweigern würden. Gelänge es den CMB-Stellen allerdings, eine Berufseignungsdiagnostik im eigenen Haus durchzuführen, dann wäre eine Be

ratung der RehabilitandInnen ohne lange Wartezeiten möglich. Überdies wurde der Wunsch geäußert, daß sich alle mit der Ausstellung von Gutachten betrauten Personen bei ihrer Arbeit an einheitlichen Kriterien orientieren. Um die Gutachter für das CMB zu sensibilisieren wäre wiederum eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit zur Steigerung des Bekanntheitsgrades und der Akzeptanz von CMB bei den Gutachter-Stellen erforderlich. Tätig werden müßten allerdings nicht nur die CMB-Stellen, sondern auch die Initiatoren des Modellprojekts, indem sie beispielsweise die Gutachter-Stellen über deren Spitzenverbände ansprechen und dadurch dem CMB einen offiziellen Charakter verleihen würden.

2.2.2.4 Thema 4: Abstimmung des Eingliederungsplans mit den Reha-Trägern

Problemstellung

Erst wenn ein Eingliederungsplan mit dem zuständigen Reha-Träger inhaltlich und in Bezug auf die damit verbundenen Finanzierungsfragen abgestimmt worden ist, kann die Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen in Angriff genommen werden. Je schneller die Abstimmungsprozesse in Gang gesetzt und abgeschlossen werden können, umso zügiger lassen sich die vorgesehenen Maßnahmen umsetzen.

Zu überlegen ist deshalb, wie sich die betreffenden Abstimmungsprozeduren effektiv gestalten und somit beschleunigen lassen, um zu gewährleisten, daß der / die RehabilitandIn ohne lange Verzögerungen an den alten Arbeitsplatz zurückkehren bzw. einen neuen Arbeitsplatz einnehmen kann.

Erster Arbeitsschritt: Bisherige Erfahrungen (Ist-Zustand)

Auch die TeilnehmerInnen dieser Arbeitsgruppen wurden gebeten, gute sowie schlechte Erfahrungen hinsichtlich der Abstimmung des Eingliederungsplans auf ein Flip-Chart zu notieren. Außerdem sollten sie gemeinsam überlegen, welche Gründe bislang eine optimale Abstimmung verhindern.

Zunächst schätzten die Beteiligten die Kontakte zu den Beratern der Reha-Träger insgesamt als gut ein. Der überwiegende Teil der CMB-Standorte lobte insbesondere die Kooperation mit den Reha-Trägern während der Umsetzung der Maßnahmevorschläge und den regelmäßigen Informationsaustausch. Darüber hinaus werteten diejenigen Case ManagerInnen, die gleichzeitig MitarbeiterInnen bei Reha-Trägern sind, ihre Entscheidungskompetenzen als wesentlichen Vorteil bei der Abstimmung der Eingliederungspläne. Schließlich beurteilten die

Arbeitsgruppen die Bereitschaft der betroffenen Betriebe als äußerst zufriedenstellend, die Eingliederungsvorschläge mitzutragen.

Als negative Erfahrung wurden die offenbar unrealistischen Vorstellungen einiger KlientInnen bezüglich der durchzuführenden Maßnahmen genannt. Außerdem blockierten Netzwerkprobleme wie Unklarheiten über die Zuständigkeit der Kostenträger (vgl. Abschnitt 2.2.2.1), welche zu langen Bearbeitungszeiten führen, eine definitive Eingliederungsplanung. Letztlich waren alle Mitglieder der Arbeitsgruppen der Ansicht, daß fehlende Entscheidungskompetenzen der Reha-Berater vor Ort und insbesondere der Case ManagerInnen eine optimale Abstimmung der Eingliederungsplanung verhindern.

Zweiter Arbeitsschritt: Ziele und Wünsche (Sollzustand)

Im zweiten Arbeitsschritt wurden die TeilnehmerInnen dazu aufgefordert, konkrete Kriterien zur Optimierung der Eingliederungsplanung zu formulieren.

Die Mitwirkenden waren sich darin einig, daß die RehabilitandInnen unbedingt in die Eingliederungsplanung mit einzubeziehen sind. Dabei sei es notwendig, diese zunächst umfassend über die Möglichkeiten ihrer Wiedereingliederung zu informieren. Zusätzlich würde eine von den Leistungsträgern erstellte *Liste der möglichen Förderleistungen* für die CMB-Stellen ein nützliches Instrument bei der Abstimmung von Eingliederungsplänen darstellen. Außerdem sollten die Leistungsträger CMB-Fälle bevorzugt bearbeiten, um den Rehabilitationsprozeß zu beschleunigen. Daneben sei unbedingt erforderlich, daß bei Abwesenheit des zuständigen Reha-Beratungspersonals, beispielsweise im Urlaubs- oder Krankheitsfalle, eine Vertretung mit Entscheidungsbefugnis benannt wird. Vorteilhaft wäre darüber hinaus, daß bei einer beabsichtigten Ablehnung des Eingliederungsvorschlags durch den Leistungsträger vorab nochmals Rücksprache mit der CMB-Stelle gehalten wird. Schließlich wünschen sich die Case ManagerInnen, daß die Netzwerkpartner bei den Leistungsträgern eigenständig Rückmeldung über laufende Eingliederungsvorschläge an die CMB-Stelle geben, um ihnen ein ständiges Nachfragen zu ersparen.

Dritter Arbeitsschritt: Maßnahmen entwickeln

Vor Beginn der Gruppenarbeit wurden alle Beteiligten wieder darum gebeten, diejenigen Ziele zu bestimmen, die ihnen am wichtigsten waren. Anschließend wurde ihnen die Aufgabe gestellt, fördernde und hemmende Kräfte, welche die Zielerreichung beeinflussen, zu ergründen, sowie Ideen für Umsetzungsmöglichkeiten zu sammeln.

Ein wichtiges Ziel, für das sich die TeilnehmerInnen entschieden hatten, ist die *bevorzugte CMB-Fallbearbeitung beim Leistungsträger*. Ein hoher Bekanntheitsgrad sowie ein hoher Stellenwert des CMB bei den Leistungsträgern könnte diese Zielerreichung unterstützen, da die Case ManagerInnen davon ausgehen, daß eine positive Einstellung der Entscheidungsträger gegenüber dem CMB deren Kooperationsbereitschaft fördert. Bereits bestehende persönliche Kontakte können hierbei von Vorteil sein. Als hemmende Kräfte wurden von den Arbeitsgruppen abermals häufig wechselnde Ansprechpartner sowie Konkurrenzdenken bei den Kooperations-Stellen gesehen. Auch gibt es offenbar bei einigen Leistungsträger-Stellen keinen festen Ansprechpartner für CMB-Fälle: hier bearbeiten mehrere Personen die Eingliederungsvorschläge sortiert nach Geburtsdatum oder Anfangsbuchstaben des Nachnamens der KlientInnen. Außerdem wirken sich Kapazitätsgrenzen bei den Kostenträgern negativ auf die Zielerreichung aus. Konkrete Maßnahmen, das Ziel *bevorzugte CMB-Fallbearbeitung beim Leistungsträger* zu erreichen, sind nach Meinung der TeilnehmerInnen eine gute und ständige Öffentlichkeitsarbeit, eine regelmäßige Kontaktpflege und regelmäßige Arbeitskreise mit den Verantwortlichen der Kostenträger.

Als weiteres bedeutsames Ziel wählten die Arbeitsgruppen die Erarbeitung einer *Liste der Fördermöglichkeiten des jeweiligen Leistungsträgers* aus. Grundlage für die Ausarbeitung eines solchen „Handlungsrahmens“ wäre eine vertrauensvolle Zusammenarbeit der CMB-Stellen mit den Ansprechpartnern der jeweiligen Leistungsträger. Auch hier waren sich alle Beteiligten einig, daß ein gut funktionierendes Netzwerk hilfreich sein kann, um zu einer entsprechenden Handlungsanleitung zu kommen. Sind allerdings Leistungen bei verschiedenen Kostenträgern zu koordinieren oder spezielle individuelle Leistungen für KlientInnen zu beantragen, so sei dies durch einen Leitfaden kaum abzudecken. Hinderlich für die Erarbeitung eines Leitfadens können darüber hinaus fehlende Entscheidungskompetenzen bei den Ansprechpartnern der Leistungsträger sein. Um außerdem eine einheitliche Leistungsgewährung zu ermöglichen, schlugen die Beteiligten langfristig eine Änderung der einschlägigen Rechtsnormen vor.

Vierter Arbeitsschritt: Erste Schritte

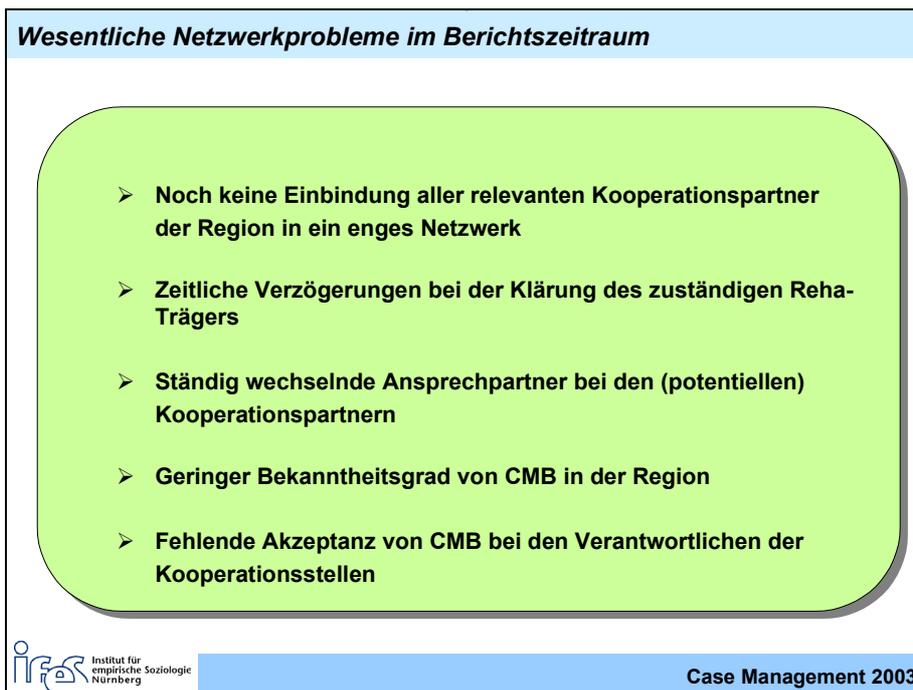
Im vierten Arbeitsschritt wurden erneut alle TeilnehmerInnen dazu aufgefordert, die wichtigsten Maßnahmen zu bestimmen, die zuvor in ein Wand-Mindmap eingetragen worden sind. Danach sollten sie festhalten, welche Aufgaben zur Umsetzung der Maßnahmen die CMB-Stellen einerseits und die anderen Kooperationspartner andererseits erfüllen müssen.

Die Beteiligten waren überwiegend der Ansicht, daß die gesetzten Ziele durch *regelmäßige Kontaktpflege* erreicht werden können. Dazu sollten die Case ManagerInnen regelmäßige Treffen mit den jeweiligen Partnern organisieren, bei denen sie umfassend über die betreuten KlientInnen informieren und über den Stand der Bearbeitung berichten können. Überdies böten diese Treffen eine Gelegenheit, einen Sachstandsbericht über das gesamte Modellprojekt abzugeben. Den anderen Kooperationspartnern käme hingegen die Aufgabe zu, feste Ansprechpartner innerhalb ihrer Institution zu benennen, die idealerweise gleichzeitig die Verantwortlichen für die Bearbeitung der CMB-Fälle in der jeweiligen Kostenträger-Stelle sein sollten. Außerdem müßten sich diese selbst dazu verpflichten, die Case ManagerInnen zeitnah über von ihnen getroffene Entscheidungen zu informieren.

Um zu erreichen, daß die CMB-Stellen gemeinsam mit den jeweiligen Leistungsträgern eine *Liste der Fördermöglichkeiten* erarbeiten können, müßten die Reha-Träger durch eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit für die Belange von CMB sensibilisiert werden (*vgl. Abschnitt 2.2.2.1, Vierter Arbeitsschritt*). Die anderen Netzwerkpartner müßten darüber hinaus Informationen über grundsätzliche Fördermöglichkeiten eines jeden Leistungsträgers bereitstellen.

2.2.3 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

Betrachtet man die Resultate der standortübergreifenden Arbeitssitzung *Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit* insgesamt, so ist zu erkennen, daß die CMB-Stellen innerhalb der vier Arbeitsbereiche immer wieder mit den gleichen Netzwerkproblemen konfrontiert wurden. Da anzunehmen ist, daß die übrigen Schwierigkeiten, die beim KlientInnenzugang, bei der Einholung von Gutachten und Fachmeinungen sowie bei der Abstimmung des Eingliederungsplans auftreten, unmittelbar mit den allgemeinen Netzwerkproblemen (*vgl. Abschnitt 2.2.2.1*) zusammenhängen, wäre zunächst die wichtigste Aufgabe der CMB-Stellen, die Beseitigung der brisantesten Konflikte mit den Kooperationspartnern durch geeignete Maßnahmen anzugehen.

**Abbildung 12**

Bei den durch die Arbeit in den Kleingruppen gewonnenen Erkenntnissen kristallisierten sich folgende Aspekte heraus (vgl. *Abbildung 12*): Mehreren CMB-Stellen war es bisher nicht gelungen, ein *enges Netzwerk* in der Region zu knüpfen, in das sowohl sämtliche Träger der beruflichen Rehabilitation als auch die wichtigsten zuweisenden Stellen wie Krankenkassen, MDK-Stellen, niedergelassene Ärzte, Reha-Kliniken u. a. eingebunden sind. *Ungeklärte Zuständigkeiten über die Kostenträgerschaft* sowie *ständig wechselnde Ansprechpartner* bei den kooperierenden Stellen sind ebenfalls häufig Hindernisse, die den Ablauf des CMB verzögern und somit die Aussichten auf einen erfolgreichen CMB-Abschluß erheblich mindern können. Schließlich wirkt sich nach Ansicht der TeilnehmerInnen vor allem ein *hohes Informationsdefizit bei den (potentiellen) Kooperationspartnern* nach wie vor negativ auf die Zusammenarbeit mit den Projektpartnern aus: Der geringe Bekanntheitsgrad von CMB verbunden mit der nachrangigen Bedeutung von CMB für die Verantwortlichen bei den Kooperationsstellen erschweren offensichtlich die Bemühungen der Case ManagerInnen sowohl bei der Gewinnung von KlientInnen als auch bei der Einholung von Gutachten und Fachmeinungen sowie der Abstimmung des Eingliederungsplans erheblich.

Wichtige Maßnahmen zur Lösung der Probleme

- **Gezielte Öffentlichkeitsarbeit**
- **Regelmäßige Treffen mit den jeweiligen Netzwerkpartnern**
- **Workshops und Arbeitskreise zu ausgewählten Themen**
- **Direkte Ansprechpartner für CMB bei den Reha-Trägern**

ifes Institut für empirische Soziologie Nürnberg

Case Management 2003

Abbildung 13

Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen zeigen aber auch, daß die Projektakteure bereits klare Vorstellungen eines optimalen CMB-Verlaufes haben. Dementsprechend versuchten die TeilnehmerInnen, adäquate Ideen zur Lösung der bisherigen Probleme zu sammeln (vgl. *Abbildung 13*). Der wichtigste Baustein im Kooperationsgefüge ist demnach eine *gezielte und professionell durchgeführte Öffentlichkeitsarbeit*, durch die u. a. versucht werden sollte, nicht nur die Reha-BeraterInnen, sondern vor allem die Entscheidungsträger der Kooperationsstellen *von CMB zu überzeugen* und für die Belange des Modellprojektes zu *sensibilisieren*. Zudem ließe sich durch *regelmäßige Treffen* mit den jeweiligen Netzwerkpartnern die Basis für eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit schaffen. *Workshops und Arbeitskreise* zu ausgewählten Themen böten außerdem die Möglichkeit, nicht nur die Projektakteure auf den neuesten Stand des CMB zu bringen, sondern auch deren *Bereitschaft zur Zusammenarbeit zu fördern* und somit den Stellenwert des CMB bei den Kooperationspartnern zu steigern. Letztlich wäre es für die Arbeit der Case ManagerInnen äußerst hilfreich, wenn bei den Kooperationsstellen *direkte Ansprechpartner für CMB* benannt würden. Gelingt es den CMB-Stellen, die von ihnen erarbeiteten Maßnahmen umzusetzen, so wären sie ihrem Ziel ein gutes Stück näher, das Case Management zu optimieren.

3 Ergebnisse der summativen Evaluation im Berichtszeitraum

3.1 Übersicht über wichtige Merkmale der neu in das Modellprojekt aufgenommenen CMB-Stellen

Die folgende synoptische Übersicht basiert auf Ergebnissen der Befragung der Case ManagerInnen an den neu in das Modellprojekt aufgenommenen Standorten. Dabei wurde am *Standort 17* ein leitfadengestütztes Interview mit dem Case Manager geführt; am Gespräch beteiligt waren auch der zuständige Reha-Berater des Arbeitsamtes und der Projektverantwortliche der Durchführungsorganisation. Die Inhalte der Synopsen des *Standortes 18* und *19* stammen dagegen aus einer per E-Mail durchgeführten Befragung. Die Case ManagerInnen machten dabei Angaben zu folgenden Themenschwerpunkten:

- Projektbeginn
- Ziele und Aufgaben des CMB
- Zielgruppe und Auswahlkriterien
- Zugangswege
- Ablauf des CMB
- Nachbetreuung und Nachbefragung der KlientInnen
- Abschluß eines Falls
- Erfolgreiches CMB
- Arbeitsbedingungen des / der Case ManagerIn
- Finanzierung des CMB
- Vertragliche Regelungen

3.1.1 Standort 17: Einkaufsmodell

Projektbeginn

- 15. Januar 2002

Ziele und Aufgaben von Case Management

- Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses
- Unterbrechungsfreie Berufslaufbahn
- Unterstützung bei beruflicher Neuorientierung

Zielgruppe und Auswahlkriterien

- Vorliegen einer Behinderung gem. § 19 SGB III
- Arbeitnehmer in ungekündigter Stellung

- Arbeitsamt Bezirk Suhl
- Arbeitsamt entscheidet über die Fallaufnahme

Zugangswege

- Krankenkassen
- Arbeitsamt
- LVA
- Hauptfürsorgestelle
- Integrationsfachdienste, Integrationsamt
- Arbeitgeber, Arbeitnehmer

Ablauf des Case Managements

- *Krankenkasse* meldet die potentiellen KlientInnen, über die Betreuungsaufnahme entscheidet das Arbeitsamt
- *Kontaktaufnahme zum / zur KlientIn* (telefonisch oder per Fax):
 - Vorab kurze Abklärung der beruflichen und gesundheitlichen Situation
 - Gespräch gewünscht? Wenn ja: Terminvereinbarung zum persönlichen Gespräch
 - Welche Dokumente liegen vor? Kopien zum Gespräch mitbringen (GdB, Anträge, SB-Ausweis)
- *Persönliches Erstgespräch* (immer beim Klienten zu Hause): Dauer 2-3 Stunden
 - Erstes Kennenlernen der Person
 - Problemanalyse: Abklärung der beruflichen und gesundheitlichen Situation (positives / negatives Leistungsbild), Meinung des behandelnden Arztes
 - Erfassung allgemeiner Falldaten
 - Abklärung der Bedürfnisse / Ressourcen des / der RehabilitandIn
 - Feststellung der Mitwirkungsbereitschaft der Person
 - Aufklärung über die Möglichkeiten und Grenzen des CMB
 - Einwilligung zur Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber
 - Einverständniserklärung zur Datenweitergabe an Begleitforschung, Schweigepflichtentbindung
 - Klärung der Kostenträgerzuständigkeit und fehlender Unterlagen
 - Abklärung der nächsten Schritte
- *Kontakt zum potentiellern Leistungsträger* (telefonisch): Zuständigkeitsprüfung, Finanzierungsmöglichkeiten

- *Kontakt zum Arbeitgeber:* 1. Termin *ohne* KlientIn (Information über den Arbeitnehmer, Abklärung der Möglichkeiten, Bedarfsanalyse), 2. Termin *mit* dem /der KlientIn (Maßnahmeangebot, schriftlicher Eingliederungsplan wird von Arbeitgeber, ArbeitnehmerIn und Case Manager unterschrieben)
- *Eingliederungsplan* wird bei Bedarf mit technischem Berater oder Reha-Berater abgesprochen
- *Erfolgskontrollen* werden während der laufenden Maßnahme durchgeführt (Gespräche mit dem Arbeitgeber und ArbeitnehmerIn)
- *Krisenintervention:* Case Manager fährt in den Betrieb
- *Ist Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses nicht möglich:* Übergabe des Falls an die Arbeitsvermittlung (auch im Falle noch bestehender Arbeitsunfähigkeit)

Nachbetreuung und Nachbefragung des / der KlientIn

- Nachbetreuung: sechs Monate nach Arbeitsaufnahme Nachfrage bei ArbeitnehmerIn über Ablauf, evtl. Hilfe bei Problemen am Arbeitsplatz

Abschluß eines Falles

- Nach abgeschlossener Nachbetreuung:
- Bei erfolgreicher Wiedereingliederung in den alten oder einen neuen Betrieb
- Bei Arbeitslosigkeit / Kündigung
- Bei Einmündung in eine Qualifizierungsmaßnahme

Erfolgreiches Case Management

- Bei erfolgreicher Wiedereingliederung in den alten oder einen neuen Betrieb
- Bei Einmündung in eine Qualifizierungsmaßnahme

Arbeitsbedingungen des / der Case ManagerIn

- 100% Freistellung

Finanzierung des Case Managements

- Arbeitsamt § 10 SGB III

Vertragliche Regelungen

- Vereinbarte Anzahl von Fällen: geplant sind ca. 30 erfolgreiche Fälle pro Jahr
- Verweildauer: keine Vereinbarung
- Kostenerstattung: monatliche Projektpauschale (Lohn, Sachkosten, Dienstreisewand)
- Qualifizierung des Case Managers

- Vertragsdauer: 1 Jahr
- Verlängerung: erfolgsabhängig

3.1.2 Standort 18: Einkaufsmodell

Projektbeginn

- 1. Februar 2002

Ziele und Aufgaben von Case Management

- Erhalt der Arbeits- oder Ausbildungsplätze von leistungsgewandelten Beschäftigten
- Verhinderung beruflicher Ausgliederung

Zielgruppe und Auswahlkriterien

- Zielgruppe:
 - ArbeitnehmerInnen, denen wegen der Auswirkungen einer nicht nur vorübergehenden körperlichen, seelischen oder geistigen Behinderung der Verlust des Arbeitsplatzes droht
 - Betriebliche Akteure (ArbeitnehmerInnen- / Schwerbehindertenvertretung, Personalverantwortliche), die Unterstützung beim Umgang mit dauerhaft leistungsgewandelten bzw. langfristig arbeitsunfähigen ArbeitnehmerInnen suchen
- Auswahlkriterium:
 - ArbeitnehmerInnen entscheiden sich freiwillig und in Kenntnis der Rahmenbedingungen für eine externe Unterstützung zum Arbeitsplatzertalt

Zugangswege

- Direkte Ansprache der ArbeitnehmerInnen durch
 - Veröffentlichungen in Gemeinde- und Amtsblättern, im Ärzteblatt, in Zeitungen und Zeitschriften
 - flächendeckende Plakatierung in Arzt- und Therapeutenpraxen, Apotheken, Sanitätshäusern usw.
- niedergelassene Ärzte und Betriebsärzte
- Sozialdienste der Reha-Kliniken
- betriebliche Akteure (Mailings und Direktansprache)
- Netzwerk (Kassenärztliche Vereinigung, Selbsthilfegruppen, Integrationsfachdienste etc.)

Ablauf des Case Managements

- *Einladung* zu persönlichem Erstgespräch (Kontaktaufnahme und Erstgespräch mit den ArbeitnehmerInnen nach Meldung innerhalb von 14 Tagen)
- *Erstgespräch*: im Büro der CMB-Stelle, bei dem / der Betroffenen zu Hause oder im Betrieb
 - Vorstellung von Ziel und Vorgehensweise des Case Managements
 - Abklärung der beruflichen, persönlichen und gesundheitlichen Situation sowie der Ziele und der Motivation des / der Betroffenen
 - Klärung von Fragen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht
 - Klärung der Frage, ob und wie eine Kontaktaufnahme mit dem Arzt, dem Arbeitgeber oder anderen betrieblichen Beteiligten stattfinden soll
- Beginn der *Entwicklung eines Aktionsplans* gemeinsam mit dem / der ArbeitnehmerIn, ggf. dem Betrieb und in kontinuierlicher Rückkopplung mit dem Kostenträger (Erstellung des Plans bis zur 6. Woche nach Meldung)

Je nach Fallkonstellation können folgende Instrumente zum Einsatz kommen:

- *Feststellung des zuständigen Reha-Trägers*
- *Kontaktaufnahme mit dem potentiell zuständigen Reha-Träger* (innerhalb der 3. bis 4. Woche nach Meldung)
- *Kontaktaufnahme zum Betrieb* und
- *Firmenbesuch* (innerhalb der 3. bis 4. Woche nach Meldung)
- Erste Einschätzung der Chance auf Verbleib, *Abklärung der Bedingungen und Möglichkeiten einer behinderungsgerechten Weiterbeschäftigung*
- Technische Beratung und Organisationsberatung des Betriebs
- Falls Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses nicht möglich: *Erarbeitung neuer beruflicher Perspektiven* mit dem / der Betroffenen und Förderung seiner / ihrer beruflichen Wiedereingliederung (alle Schritte zur beruflichen Neuorientierung und zur Wiedereingliederung bei einem neuen Arbeitgeber werden mittels eines Eingliederungsplans festgehalten)
- *Initiierung, Begleitung und Auswertung der notwendigen Maßnahmen* entsprechend dem Aktionsplan und ggf. in Absprache mit dem Reha-Träger
- *Krisenintervention* und *ständige Überprüfung der Zielerreichung*, gegebenenfalls Anpassung des Aktions- oder Eingliederungsplans

Nachbetreuung und Nachbefragung des / der KlientIn

- Nachbetreuung: CMB-Stelle steht allen Beteiligten als Ansprechpartner zur Verfügung, um den Erfolg nachhaltig zu sichern

Abschluß eines Falles

- Verbleib im Betrieb
- Entwicklung einer neuen beruflichen Perspektive / Weiterbetreuung durch Fachleute des Kostenträgers
- Ausscheiden aus dem Erwerbsprozeß
- Dauerhaft fehlende Mitwirkung des / der KlientIn

Erfolgreiches Case Management

- Vermeidung beruflicher Ausgliederung

Arbeitsbedingungen der Case ManagerInnen

- eine Vollzeitstelle
- drei 50%-Stellen

Finanzierung des Case Managements

- Projektfinanzierung durch das Arbeitsamt (freie Förderung gemäß § 10 SGB III; Arbeitsamt zahlt jährliche Projektpauschale an den Projektnehmer)
- Arbeitsamt errechnet eine Fallpauschale durch Division der jährlichen CMB-Kosten durch die vertraglich vereinbarte jährliche Fallzahl
- Für bis zu 25 CMB-Fälle, die in die Zuständigkeit der LVA fallen, erstattet die LVA dem Arbeitsamt die Kosten in Höhe der Fallpauschale

Vertragliche Regelungen

- vereinbarte Anzahl von Fällen für das Jahr 2002: 100
- vereinbarte Anzahl von Fällen für das Jahr 2003: 125
- Projektlaufzeit bis Dezember 2004

3.1.3 Standort 19: Einkaufsmodell

Projektbeginn

- Januar 2003

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.

Auswahlkriterien

- Medizinische Reha sollte abgeschlossen sein.
- Es sollte kein Rentenantrag gestellt sein.
- Gesundheitszustand (Einfach- oder Mehrfachsymptomatik bei Menschen mit Behinderung / Verdacht auf Suchterkrankung / Verdacht auf psychische Erkrankung)
- Mobilität (Mobilitätsbereitschaft / Fahrerlaubnis / Fahrzeug vorhanden)
- Motivation (Ablehnung von zumutbaren Arbeitsstellen, keine Bereitschaft zur Aufnahme einer VZ-Stelle bei VZ-Leistungsbezug als Hinweise)
- Dauer der Arbeitsunfähigkeit
- Fachliche Qualifikation

Zugangswege

- Fallbesprechung mit den Krankenkassen vor Zugang zum CMB
- Arbeitsamt, Vertreter der Rentenversicherungsträger,
- MDK, Ärzte, medizinische Einrichtungen (Reha-Kliniken, Akutkrankenhäuser)
- Arbeitgeber

Ablauf von Case Management

- *Fallbesprechung* mit den Krankenkassen und allen am Prozeß beteiligten vor Zugang zum CMB
- *Einladung* zum persönlichen Erstgespräch (schriftlich oder telefonisch)
- *Erstgespräch*: Dauer ca. 60 Minuten (2 Beratungseinheiten), mit Fragebogen
 - Abklärung der beruflichen und gesundheitlichen Situation (positives / negatives Leistungsbild)

- Erfassung allgemeiner und persönlicher Falldaten
- Einwilligung zur Kontaktaufnahme zum Arbeitgeber, Schweigepflichtentbindung
- Profiling
- Erst nach dem Anamnesegespräch mit dem / der KlientIn wird entschieden, ob er / sie in die CMB-Betreuung aufgenommen wird oder nicht.
- evtl. Rückfrage beim behandelnden Arzt
- *Kontakt zum Arbeitgeber*: Case Management wird vorgestellt; Feststellung, ob Interesse am Erhalt des Arbeitsplatzes besteht; finanzielle Hilfe bei Erhalt des Arbeitsplatzes wird angeboten; Terminvereinbarung für Besuch vor Ort.
- *Besuch im Betrieb* (mit Arbeitgeber, Case ManagerIn, ArbeitnehmerIn, evtl. Betriebsrat, Schichtführer): Abklärung der Möglichkeiten vor Ort (Betriebs- und Arbeitsplatzbesichtigung).
- *Kontakt zum potentiellen Kostenträger*: Welche Hilfen oder Maßnahmen werden finanziert?
- *Eingliederungsplan*: Festlegung, welche Hilfen oder Maßnahme der / die KlientIn benötigt (Förderplan).
- *Krisenintervention* wird durchgeführt; *Erfolgskontrollen* während der laufenden Maßnahme werden durchgeführt

Nachbetreuung und Nachbefragung des / der KlientIn

- Nachbetreuung oder Nachbefragung ist nach einer Verweildauer von sechs Monaten bei Bedarf vorgesehen. Case Managerin stellt sich im Bedarfsfall als Ansprechpartnerin zur Verfügung.

Abschluß eines Falles

- Bei erfolgreicher Umsetzung
- Bei erfolgreicher Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt bei neuem Arbeitgeber
- Bei erfolgreicher Begründung eines neuen Ausbildungsverhältnisses
- 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
- Bei Einmündung in eine Maßnahme, die letztendlich zu einer erfolgreichen Reintegration führt

Arbeitsbedingungen des / der Case ManagerIn

- 100 % Freistellung

Finanzierung des Case Managements

- *Arbeitsamt* (§ 37 a SGB III)
- LVA (Kostenübernahmeerklärung)
- Knappschaft (noch keine Kostenübernahmeerklärung)
- *BfA* (in Klärung)

Vertragliche Regelungen

Arbeitsamt

- Vereinbarte Anzahl von Fällen: 30 im Jahr
- Verweildauer: sechs Monate (im Einzelfall Verlängerung um 3 Monate möglich)
- Finanzierung: Beratungspauschale je Beratungseinheit sowie Prämienzahlung bei erfolgreichem CMB (Erhalt des bisherigen oder Begründung eines neuen Arbeitsverhältnisses) – über die Finanzierung der Beratungsunabhängigen Kosten (Telefongespräche, Verhandlungen mit Arbeitgebern usw.) wird noch verhandelt.
- Vertragsdauer: 1 $\frac{3}{4}$ Jahre (Zuweisung bis Dezember 2003)

LVA

- Vereinbarte Anzahl von Fällen: keine Vereinbarung
- Verweildauer: 6 Monate
- Finanzierung: Fallpauschale für die ersten drei Monate (Basiszeitraum) und ebenfalls für die letzten drei Monate (Verlängerungszeitraum) sowie Prämienzahlung bei erfolgreichem CMB (Erhalt des bisherigen / Begründung eines neuen Arbeitsverhältnisses)
- Vertragsdauer: 1 $\frac{3}{4}$ Jahre (Zuweisung bis Dezember 2003)

Bundesknappschaft

- Derzeit noch keine Kostenübernahmeerklärung

BfA

- Individuelle Einzelfallprüfung zur Aufnahme in CMB

3.2 Statistische Angaben zu TeilnehmerInnenstruktur, Ablauf und Ergebnis des CMB

Im Folgenden werden erste statistische Befunde zu TeilnehmerInnen, Ablauf und Ergebnissen des CMB präsentiert. Datenbasis bilden die Informationen aus der Falldokumentation der CMB-Stellen; diese erheben seit März 2002 für die Begleitforschung Struktur- und Prozeßdaten ihrer CMB-Fälle, wobei die Datenerfassung mittels standardisierter, von der Begleitforschung entwickelter, Dokumentationsformulare erfolgt¹. Der Beobachtungszeitraum der Analysen erstreckt sich von März bis Dezember 2002 - alle RehabilitandInnen, die in diesem Zeitraum erstmals mit den CMB-Stellen in Kontakt traten, bilden die Untersuchungspopulation der nachfolgenden Auswertungen. Als Auswertungstichtag wurde der 24.1.03 festgelegt; Dokumentationsbögen, die erst nach diesem Stichtag im *IfeS* eintrafen, wurden nicht mehr für die Analysen berücksichtigt.

Abschnitt 3.2.1 vermittelt zunächst einen Überblick über die Fallzahlen an den einzelnen Modellstandorten; daneben wird überprüft, wie groß die Diskrepanz zwischen der Zahl der dokumentierten und der tatsächlichen Gesamtzahl der CMB-Fälle ausfällt. In *Abschnitt 3.2.2* geht es anschließend um den Zugang der RehabilitandInnen zum CMB, bevor in den *Abschnitten 3.2.3* und *3.2.4* die am CMB teilnehmenden ArbeitnehmerInnen sowie deren Beschäftigungsbetriebe näher charakterisiert werden. *Abschnitt 3.2.5* widmet sich dem zeitlichen Ablauf des CMB-Prozesses und *Abschnitt 3.2.6* schließlich den bisherigen Ergebnissen des CMB. Was die Methoden der nachfolgend vorgestellten Auswertungen betrifft, so beschränken sich diese auf uni- und bivariate Häufigkeitsauszählungen, die Ermittlung von Quantilswerten sowie die Berechnung des Koeffizienten *Cramers V* zur Messung des Zusammenhangs zwischen ausgewählten Merkmalen. Die verwendeten statistischen Kennzahlen werden jeweils bei der Vorstellung der betreffenden Ergebnisse näher erläutert.

3.2.1 Fallzahlen

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Anzahl der CMB-Fälle an den einzelnen Projektstandorten im Zeitraum von März bis Dezember 2002. Datengrundlage bilden jeweils die internen Fallstatistiken der CMB-Durchführungsorganisationen.

¹ Erläuterungen zu den Erhebungsunterlagen finden sich in *Brader / Faßmann / Wübbecke 2002: 77ff.*

Tabelle 1: Übersicht über die Personalausstattung sowie die Fallzahlen der CMB-Stellen im Zeitraum von März bis Dezember 2002* laut Auskunfts der CMB-Stellen

Standort**	Personalausstattung der CMB-Stelle		Zugänge	davon (gesamt = 100%)				davon (betreut = 100%)			
	Anzahl der MitarbeiterInnen	Arbeitszeit (100% = Vollzeit)		betreut		nicht betreut		laufend		abgeschlossen	
				absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
2	2	je 100%	106	62	58%	44	42%	45	73%	17	27%
3	2	100% und 50%	30	30	100%	0	0%	0	0%	30	100%
9	bis 1.8.02: 2 seit 1.9.02: 3	bis 1.8.02: je 15%, seit 1.9.02: 100%, 10%	45	45	100%	0	0%	0	0%	45	100%
1	1	100%	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
5	1	100%	67	62	93%	5	7%	20	32%	42	68%
6	1	100%	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
12	1	100%	47	47	100%	0	0%	23	49%	24	51%
17	bis 30.4.02: 0 seit 1.5.02: 1	bis 30.4.02: 0%, seit 1.5.02: 100%	43	35	81%	8	19%	12	34	23	66%
11	2	je 50%	49	27	55%	22	45%	18	64%	9	36%
8	bis 4.6.02: 1 seit 5.6.02: 2	bis 4.6.02: 40%, seit 5.6.02: 50% und 40%	113	44	39%	69	61%	16	36%	28	64%
15	1	bis 31.10.02: 50%, seit 1.11.02: 10%	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
4	2	je 10% - 15%	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
13	bis 5.12.02: 1 seit 6.12.02: 0	bis 5.12.02: 10%, seit 6.12.02: 0%	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Gesamt			500	352	70%	148	30%	134	38%	218	62%

* Standort 17: Zeitraum Mai bis Dezember 2002

** Standorte sind nach der Personalstärke der CMB-Stellen absteigend geordnet

Wegen der unterschiedlichen Personalausstattung der CMB-Stellen sind in den Spalten 2 und 3 zunächst die Anzahl der MitarbeiterInnen sowie deren jeweiliges Zeitbudget für CMB angegeben; es folgen die Anzahl der Zugänge insgesamt¹, die Anzahl der betreuten und nichtbetreuten² sowie der laufenden und abgeschlossenen Fälle.

Wie die Tabelle zeigt, variieren die Fallzahlen insgesamt erheblich; so reicht die Spanne bei der Anzahl der betreuten CMB-Fälle beispielsweise von 27 (an einem Standort mit zwei halben Stellen) bis 62 (an zwei Standorten mit einer bzw. zwei Vollzeitstellen). Ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Fallzahlen und Personalstärke der Beratungsstellen ergibt sich hierbei nicht. Vergleichsweise niedrige Fallzahlen gehen allerdings zum Teil auf – in der Tabelle nicht ausgewiesene – Personalwechsel und damit verbundene 'Reibungsverluste' sowie auf vorübergehende Mehrbelastungen der CMB-Stellen-MitarbeiterInnen durch Arbeitsaufgaben außerhalb des Modellprojekts zurück³.

Um zu überprüfen, inwieweit sich die Zahlen aus den Fallstatistiken der CMB-Stellen mit denen aus den Dokumentationsunterlagen decken, stellt *Tabelle 2* für jeden Standort die beiden Angaben einander gegenüber, und zwar jeweils bezogen auf die Zugänge insgesamt, die betreuten sowie die abgeschlossenen Fälle. Betrachtet man zunächst die Zugangszahlen, so ist festzustellen, daß die tatsächliche Zahl der KlientInnenkontakte die Zahl der dokumentierten Zugänge zum Teil erheblich übersteigt. So sind an vier der insgesamt 13 Standorte weniger als 75% aller Zugänge im Rahmen der Falldokumentation erfaßt, wobei die Anteile an den beiden Standorten mit den niedrigsten Dokumentationsquoten nur 56% und 57% betragen. Demgegenüber decken sich an drei Standorten die dokumentierten und tatsächlichen Zugangszahlen fast vollständig. Ein noch heterogeneres Bild ergibt sich für die betreuten Fälle: hier schwankt die Dokumentationsquote zwischen 43% und 100%. Während die dokumentierten Fälle an einem Standort also weniger als die Hälfte aller betreuten Fälle ausmachen, sind an drei Standorten jeweils mindestens 80% der betreuten Fälle in den Auswertungen berücksichtigt.

¹ Als Zugänge werden alle Erstkontakte der CMB-Stelle mit potentiellen CMB-KlientInnen gezählt.

² Als *nicht betreut* gelten alle Fälle, bei denen sich bereits beim ersten schriftlichen, fernmündlichen oder persönlichen Kontakt des / der RehabilitandIn mit der CMB-Stelle herausstellte, daß dieser an der Dienstleistung CMB entweder nicht interessiert ist oder die Zugangskriterien zu CMB nicht erfüllt sind. Zu den Zugangskriterien gehören u. a. ein bestehendes Beschäftigungsverhältnis sowie dauerhafte gesundheitliche Einschränkungen, die erwarten lassen, daß der / die betreffende ArbeitnehmerIn seine / ihre bisherige berufliche Tätigkeit auf längere Sicht nicht mehr uneingeschränkt ausüben kann. Vgl. zu den Zugangskriterien genauer *Brader / Faßmann / Wübbeke* 2002: 126. Zu den Gründen für die Nichtaufnahme der Betreuung siehe *Tabelle 8*.

³ Von den Fallzahlen der CMB-Stellen auf deren quantitative Arbeitsleistung zu schließen, ist hierbei problematisch: abgesehen davon, daß die Betreuungskonzepte der einzelnen Standorte unterschiedlich weitreichende

Tabelle 2: Vergleich der Fallzahlen der CMB-Stellen mit den Zahlen aus der Falldokumentation nach Projektstandorten für den Zeitraum von März bis Dezember 2002*

Standort	Zugänge			davon betreut			davon betreut und abgeschlossen		
	gesamt	davon dokumentiert		gesamt	davon dokumentiert		gesamt	davon dokumentiert	
		absolut	in %		absolut	in %		absolut	in %
1	k. A.	25	-	k. A.	14	-	k. A.	14	-
2	106	103	97%	62	59	95%	17	17	100%
3	30	17	56%	30	13	43%	30	6	20%
4	k. A.	k. A.	-	k. A.	k. A.	-	k. A.	k. A.	-
5	67	38	57%	62	38	61%	42	23	55%
6	k. A.	55	-	k. A.	55	-	k. A.	37	-
8	113	91	80%	44	43	98%	28	22	79%
9	45	44	98%	45	37	82%	45	27	60%
11	49	34	69%	27	27	100%	9	7	78%
12	47	44	94%	47	32	68%	24	7	29%
13	k. A.	14	-	k. A.	11	-	k. A.	2	-
15	k. A.	k. A.	-	k. A.	k. A.	-	k. A.	k. A.	-
17	43	32	74%	35	25	71%	23	14	61%

* Standort 17: Zeitraum Mai bis Dezember 2002

Was die abgeschlossenen Fälle betrifft, so zeigen die Quoten jeweils an, für wieviel Prozent der CMB-Abschlüsse dem *IfeS* zum Auswertungstichtag (24.1.03) Beendigungsbögen vorlagen. Wie aus *Tabelle 2* hervorgeht, liegen auch hier die standortspezifischen Erfassungsquoten mit einer Spannweite von 20% bis 100% weit auseinander: Für zwei Standorte konnten jeweils weniger als ein Drittel der Fallabschlüsse in die Auswertungen einbezogen werden, für einen Standort hingegen alle⁴. Bezogen auf alle Standorte ergibt sich zum Auswertungstichtag eine Dokumentationsquote von 80% für die CMB-Zugänge, von 78% für die CMB-Betreuungen und von 56% für die CMB-Abschlüsse (Zahlen nicht in der Tabelle).

Tabelle 3 listet nochmals separat die Fallzahlen der *dokumentierten* CMB-Fälle auf, wobei zusätzlich zu den Standortzahlen für zugewandene, betreute und abgeschlossene Fälle jeweils auch die Anzahl derjenigen CMB-KlientInnen aufgeführt ist, welche sich gegen die Weitergabe ihrer Daten an die Begleitforschung ausgesprochen haben.

Serviceleistungen für die KlientInnen vorsehen, differiert der Betreuungsaufwand pro Fall auch wegen der individuell sehr unterschiedlichen Problemlagen erheblich.

⁴ Eine der Ursachen für große Abweichungen zwischen Gesamt- und Dokumentationszahlen bei Zugängen, betreuten sowie abgeschlossenen Fällen dürfte in der angespannten Personalsituation bzw. Personalwechseln bei einigen CMB-Stellen liegen.

Tabelle 3: Übersicht über die Anzahl der Zugänge, betreuten und abgeschlossenen Fälle im Zeitraum von März bis Dezember 2002* nach Projektstandorten

Standort	Zugänge		davon (gesamt = 100%)				davon (betreut = 100%)				davon (mit Einverständniserklärung = 100%)			
	absolut	in %	betreut		nicht betreut		mit Einverständniserklärung		ohne Einverständniserklärung		abgeschlossen		nicht abgeschlossen**	
			absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
1	25		14	56%	11	44%	14	100%	0	0%	14	100%	0	0%
2	103		59	57%	44	43%	56	95%	3	5%	17	30%	39	70%
3	17		13	76%	4	24%	10	77%	3	23%	6	60%	4	40%
4	k. A.		k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
5	38		38	100%	0	0%	38	100%	0	0%	23	60%	15	40%
6	55		55	100%	0	0%	55	100%	0	0%	37	67%	18	33%
8	91		43	47%	48	53%	39	91%	4	9%	22	55%	17	45%
9	44		37	84%	7	16%	37	100%	0	0%	27	73%	10	27%
11	34		27	79%	7	21%	25	93%	2	7%	7	28%	18	72%
12	44		32	73%	12	27%	32	100%	0	0%	7	22%	25	78%
13	14		11	79%	3	21%	11	100%	0	0%	2	18%	9	82%
15	k. A.		k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
17	32		25	78%	7	22%	24	96%	1	4%	14	58%	10	42%
Gesamt	497		354	71%	143	29%	341	96%	13	4%	176	51%	165	49%

* Standort 17: Zeitraum Mai bis Dezember 2002

** Als nicht abgeschlossen gelten alle Fälle, für die dem /fes zum Auwertungsstichtag kein Beendigungsbogen vorlag.

Für diese RehabilitandInnen konnten aus Datenschutzgründen nur einige wenige Angaben zum CMB-Zugang ausgewertet werden. Die dokumentierten zugegangenen, betreuten und abgeschlossenen Fälle bilden die drei Untersuchungspopulationen der nachfolgenden empirischen Analysen (*Abbildung 14*): Die Auswertungen zum CMB-Zugang (*Abschnitt 3.2.2*) beziehen sich auf alle 497 zugegangenen Fälle; der Beschreibung der KlientInnen und Betriebe sowie des zeitlichen Ablaufs des CMB (*Abschnitte 3.2.3 bis 3.2.5*) liegen demgegenüber nur die 341 betreuten Fälle mit Einverständniserklärung zugrunde; die Auswertungen zur CMB-Beendigung schließlich (*Abschnitt 3.2.6*) basieren ausschließlich auf den 176 Fällen mit abgeschlossener Falldokumentation. Von diesen Fallzahlen abweichende Gesamtzahlen in den Tabellen gehen jeweils auf Fälle mit fehlender Angabe zu dem betreffenden Sachverhalt zurück.

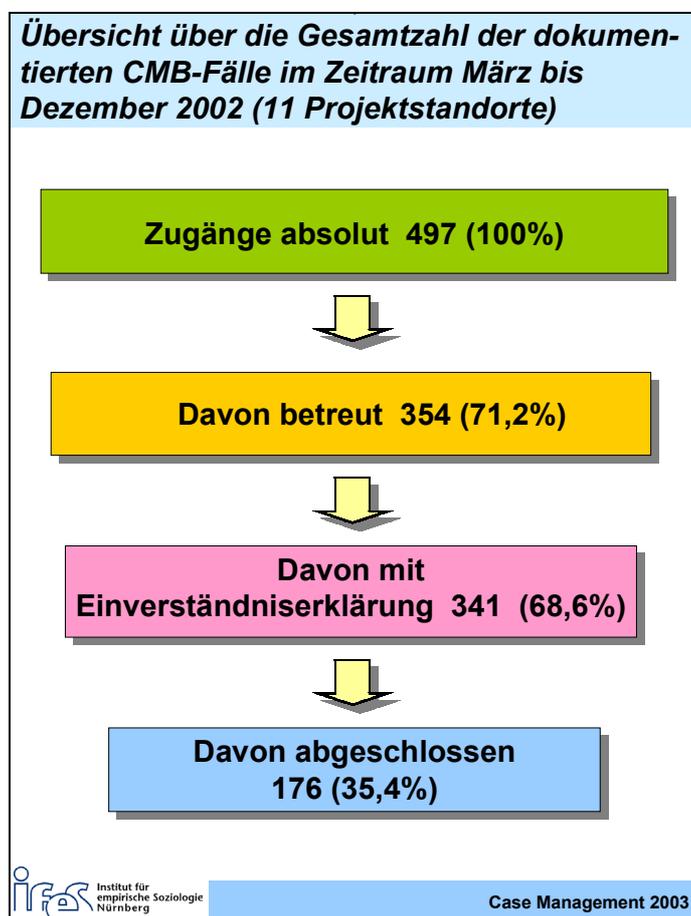


Abbildung 14

3.2.2 Zugang zum CMB

Betrachtet man zunächst, wie der *erste Kontakt zwischen RehabilitandIn und CMB-Stelle* zustande kam (*Tabelle 4*), so zeigt sich, daß in drei Viertel aller Fälle die CMB-Stelle auf den

/ die RehabilitandIn zuzuging; nur in einem Viertel der Fälle war es demgegenüber umgekehrt. Geringe Anteile klientenseitig initiiertes Kontakte kennzeichnen dabei fast alle Standorte; in besonders ausgeprägter Form gilt dies für die Standorte 1 und 8, bei denen zwischen 90% und 100% der Kontakte von der CMB-Stelle hergestellt wurden (1: Einkaufsmodell, 8: Reha-Träger-Modell¹). Mit 46% und 44% sehr hoch liegen dagegen die Anteile klientenseitiger Kontaktaufnahmen an den Standorten 13 (Reha-Träger-Modell) und 17 (Einkaufsmodell).

Tabelle 4: Art der Kontaktaufnahme von CMB-Stelle und RehabilitandIn

Standort-Nr.	Art der Kontaktaufnahme				Gesamt
	CMB-Stelle geht auf RehabilitandIn zu		RehabilitandIn geht auf CMB-Stelle zu		
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	
1	24	96%	1	4%	25
2	78	76%	25	24%	103
3	11	65%	6	35%	17
4	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
5	25	66%	13	34%	38
6	33	60%	22	40%	55
8	86	95%	5	6%	91
9	28	64%	16	36%	44
11	21	62%	13	38%	34
12	35	80%	9	21%	44
13	7	54%	6	46%	13
15	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
17	18	56%	14	44%	32
Gesamt	366	74%	130	26%	496*

Hinweis: Abweichungen der Prozentsummen von 100 sind rundungsbedingt.

*Anzahl der fehlenden Werte : 497 – 496 = 1

Richtet man den Blick auf die *Zugangswege* (Abbildung 15), über welche die RehabilitandInnen zu den CMB-Stellen gelangten, so wird deutlich, daß den Krankenkassen bei der Vermittlung von KlientInnen an das CMB bislang eine Schlüsselrolle zukam: 59% aller Zugänge erfolgten über sie, wobei allein auf die AOK 35%² entfielen. Erheblich weniger potentielle KlientInnen, nämlich nur 4%, fanden über den MDK zu den CMB-Stellen. Für das Arbeitsamt ergibt sich ein Anteil von 9%, die LVA vermittelte 17% und die BfA 1% der Zugänge. Vorgesetzte und KollegInnen spielten ebenso wie die Eigeninitiative der KlientInnen mit 3% bzw.

¹ Beim *Einkaufsmodell* beauftragt das Arbeitsamt oder ein anderer Reha-Träger ein privates Unternehmen (meist einen privaten Bildungsträger) mit der Durchführung von CMB, beim *Reha-Träger-Modell* wird CMB hingegen von dem Reha-Träger selbst durchgeführt (zu den Reha-Trägern gehören Arbeitsämter, Rentenversicherungsträger und Krankenkassen). Zur Finanzierung der Projekte an den einzelnen Modellstandorten vgl. *Brader / Faßmann / Wübbecke 2002: 119-121.*

² Vgl. *Tabelle A1* im Anhang.

2% aller Zugänge bislang nur eine marginale Rolle. In 4% der Fälle erfuhren CMB-Stellen und potentielle KlientInnen schließlich auf sonstigem Wege voneinander³.

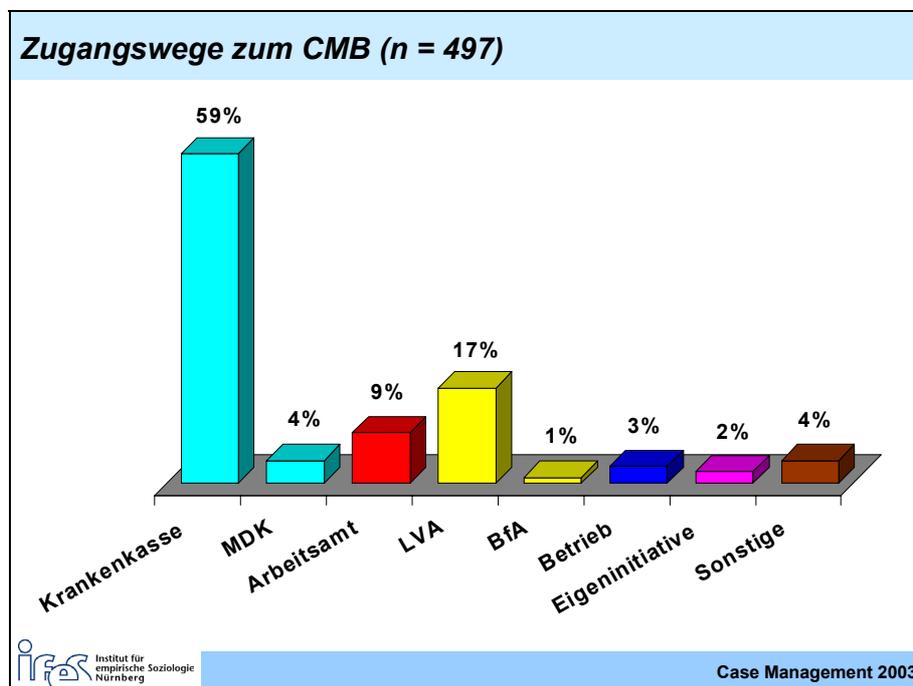


Abbildung 15

Insgesamt kam es in 71% aller Fälle zu einer Aufnahme der Betreuung durch die CMB-Stelle, bei 29% der zugewandten RehabilitandInnen war eine Betreuung hingegen nicht möglich (*Tabelle 5*). An zwei von 13 Standorten (den Standorten 5 und 6, beides Einkaufsmodelle) wurden sogar alle Zugänge in die Betreuung aufgenommen; fünf weitere Standorte kamen mit jeweils über 75% ebenfalls auf vergleichsweise hohe Betreuungsquoten.

Betrachtet man die Gründe, die einer Aufnahme der Betreuung entgegenstanden, zeigt sich folgendes Bild (*Tabelle 6*): In mehr als einem Drittel der Fälle scheiterte die Betreuungsaufnahme am fehlenden Interesse des / der RehabilitandIn an CMB. Weitere 13% der Versicherten wurden nicht betreut, weil sie bereits einen Rentenantrag gestellt hatten, und in 7% der Fälle stand von vornherein fest, daß der Betrieb keine Möglichkeiten zur Weiterbeschäftigung bot. Bei 8% der RehabilitandInnen wurde CMB aufgrund einer zu schlechten gesundheitlichen Verfassung (vorerst noch) zurückgestellt und in weiteren 8% der Fälle war das Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis des / der Betroffenen bereits gekündigt oder sogar schon beendet⁴.

³ Auf eine Differenzierung nach Standorten wurde bei dieser Auswertung wegen der geringen Fallzahl verzichtet.

⁴ Auf eine Differenzierung nach Standorten wurde bei dieser Auswertung wegen der geringen Fallzahl verzichtet.

Tabelle 5: Aufnahme der Betreuung von RehabilitandInnen durch die CMB-Stelle

Standort-Nr.	Aufnahme der Betreuung durch die CMB-Stelle				Gesamt
	ja		nein		
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	
1	14	56%	11	44%	25
2	59	57%	44	43%	103
3	13	76%	4	24%	17
4	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
5	38	100%	0	0%	38
6	55	100%	0	0%	55
8	41	45%	50	55%	91
9	37	84%	7	16%	44
11	27	82%	7	18%	34
12	32	73%	12	27%	44
13	11	79%	3	21%	14
15	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
17	25	78%	7	22%	32
Gesamt	350	71%	144	29%	494*

Hinweis: Die Abweichung der Prozentsumme von 100 ist rundungsbedingt.

*Anzahl der fehlenden Werte : 497 - 494 = 3

Tabelle 6: Grund für die Nichtaufnahme von RehabilitandInnen in die Betreuung

Grund	Anzahl	in %
kein Interesse des / der RehabilitandIn	51	36%
Rentantragstellung des / der RehabilitandIn	18	13%
keine Weiterbeschäftigungsmöglichkeiten im Betrieb	10	7%
Gesundheitszustand noch zu schlecht	12	8%
Arbeitsverhältnis bereits gekündigt oder beendet	11	8%
sonstige Gründe	41	29%
Gesamt	143*	100%

Hinweis: Die Abweichung der Prozentsumme von 100 ist rundungsbedingt.

*Anzahl der fehlenden Werte: 497 - 143 = 354

3.2.3 Merkmale der KlientInnen

Im Folgenden werden die KlientInnen der CMB-Stellen anhand ausgewählter persönlicher Merkmale beschrieben. Zunächst werden demographische Daten der KlientInnen dargestellt, daran anschließend wird deren berufliche Situation erläutert und schließlich sollen krankheitsbezogene Angaben Aufschluß über die gesundheitliche Verfassung der Betreuten geben.

Betrachtet man zuerst das Merkmal *Geschlecht*, so fällt auf, daß vorwiegend männliche Personen zum Kreis der Betreuten gehören (*Tabelle 7*): von insgesamt 341 KlientInnen sind 34% weiblich und 66% männlich. Das Verhältnis zwischen betreuten Männern und Frauen beträgt also ca. 1 zu 3. Das *Alter* der RehabilitandInnen zum Zeitpunkt des Zugangs, also des ersten Kontakts zur CMB-Stelle, wurde für die Auswertung in acht Gruppen unterteilt, deren Klassenbreite bis auf die erste und letzte jeweils 5 Jahre beträgt. Mit 62 Personen (19%) sind die *50- bis 54jährigen* am stärksten vertreten. Demgegenüber sind nur vier KlientInnen (1%) der Gruppe *60 Jahre und älter* zuzuordnen. Der Medianwert liegt bei 43 Jahren, d. h. die Hälfte der insgesamt 334 betrachteten Fälle sind 43 Jahre oder jünger. Beim Merkmal *Familienstand* zeigt sich, daß die meisten RehabilitandInnen, nämlich 61%, verheiratet sind, 23% gaben als Familienstand ledig an. Die restlichen 12% der KlientInnen sind geschieden, leben getrennt oder sind verwitwet. Darüber hinaus wurden die RehabilitandInnen nach der *Zahl ihrer Kinder* gefragt. Fast die Hälfte der 292 KlientInnen ist kinderlos (49%), nur 21% haben zwei Kinder und verschwindend gering sind die KlientInnen mit vier Kindern vertreten (1%). Auch für die *Staatsangehörigkeit* der KlientInnen ergibt sich ein klares Bild: 91% der CMB-Betreuten verfügen über die deutsche Staatsbürgerschaft, 4% stammen aus anderen EU-Ländern und 5% aus Ländern außerhalb der EU.

Tabelle 7: Demographische Merkmale der KlientInnen I

Geschlecht	Anzahl	in %
weiblich	117	34%
männlich	224	66%
Gesamt	341*	100%
Altersgruppen		
unter 30	33	10%
30 bis 34	35	11%
35 bis 39	58	17%
40 bis 44	61	18%
45 bis 49	54	16%
50 bis 54	62	19%
55 bis 59	27	8%
60 und älter	4	1%
Gesamt	334**	100%

* Anzahl der fehlenden Werte: $341 - 341 = 0$

** Anzahl der fehlenden Werte: $341 - 334 = 7$

Fortsetzung Tabelle 7: Demographische Merkmale der KlientInnen

Familienstand		
ledig	67	23%
verheiratet	178	61%
geschieden, getrennt, verwitwet,	36	12%
Gesamt	281***	100%
Kinderzahl		
0	136	49%
1	64	23%
2	59	21%
3	14	5%
4	3	1%
Gesamt	276****	100%
Staatsangehörigkeit		
deutsch	262	91%
anderes EU-Land	10	4%
sonstige	15	5%
Gesamt	287*****	100%

Hinweis: Abweichungen der Prozentsummen von 100 sind rundungsbedingt.

*** Anzahl der fehlenden Werte: $341 - 281 = 60$

**** Anzahl der fehlenden Werte: $341 - 276 = 65$

***** Anzahl der fehlenden Werte: $341 - 287 = 54$

Nach der Betrachtung persönlicher Charakteristika werden nun die für das Arbeitsleben relevanten Merkmale *höchster Schulabschluss*, *höchster Berufsausbildungsabschluss* und *erlerner Beruf* dargestellt (Tabelle 8). Von insgesamt 294 KlientInnen erwarben 52% als *höchsten Schulabschluss* die Mittlere Reife und 35% den Hauptschulabschluss. Dagegen sind die AbiturientInnen mit 4% und die FachabiturientInnen mit 2% der Nennungen sehr schwach vertreten. Ebenfalls auffällig gering ist die Anzahl der KlientInnen ohne Schulabschluss (4%).

Betrachtet man das Merkmal *höchster Berufsausbildungsabschluss*, so fällt auf, daß die Anzahl der Personen ohne beruflichen Abschluß mit 12% dreimal höher ist als die Anzahl der KlientInnen ohne Schulabschluss. Facharbeiter und -angestellte stellen mit 67% den größten Personenkreis. Die wenigsten KlientInnen (2%) waren zum Befragungszeitpunkt noch in der Ausbildung. Was den erlernten Beruf betrifft, so sind die meisten RehabilitandInnen (66%) in Fertigungsberufen ausgebildet worden, darunter am häufigsten in den Berufen *Maurer*, *Elektroinstallateur* und *Kraftfahrzeuginstandsetzer*. Etwa ein Viertel der Betroffenen erlernten Dienstleistungsberufe - darunter in erster Linie die Berufe *Krankenschwester*, *Krankenpfleger* und *Hebamme* - und nur 3% technische Berufe.

Tabelle 8: Demographische Merkmale der KlientInnen II

höchster Schulabschluß	Anzahl	in %
ohne Abschluß	13	4%
Sonderschulabschluß	7	2%
Hauptschulabschluss	102	35%
Mittlere Reife	152	52%
Fachabitur	7	2%
Abitur	12	4%
sonstiger	1	0%
Gesamt	294*	100%
höchster Berufsausbildungsabschluß		
in Ausbildung	7	2%
ohne Abschluß	36	12%
Fachschulabschluß	29	10%
Meisterbrief	6	2%
Facharbeiter, Fachangestellter	196	67%
(Fach-)Hochschulabschluß	10	3%
sonstiger	7	2%
Gesamt	291**	100%
erlernter Beruf		
Pflanzenbauer, Tierzüchter, Fischereiberufe	18	7%
Fertigungsberufe	171	66%
davon - Maurer	17	
- Elektroinstallateure, -monteure	13	
- Krafffahrzeuginstandsetzer	11	
technische Berufe	7	3%
Dienstleistungsberufe	62	24%
davon - Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen	18	
Gesamt	258***	100%

Hinweis: Abweichungen der Prozentsummen von 100 sind rundungsbedingt.

* Anzahl der fehlenden Werte: 341 – 294 = 47

** Anzahl der fehlenden Werte: 341 – 291 = 50

*** Anzahl der fehlenden Werte: 341 – 258 = 83

Im Anschluß an die Darstellung der demographischen Merkmale soll nun die aktuelle berufliche Situation der RehabilitandInnen beschrieben werden. *Tabelle 9* weist den *zuletzt ausgeübten Beruf* der KlientInnen sowie die *letzte Stellung im Beruf* aus; angegeben ist zudem, ob das Beschäftigungsverhältnis des / der RehabilitandIn zum Zeitpunkt des ersten Anamnese-gesprächs bereits gekündigt war oder eine Kündigung aktuell drohte.

Tabelle 9: Merkmale der beruflichen Situation der CMB-KlientInnen zum Zeitpunkt des ersten Anamnesegesprächs

zuletzt ausgeübter Beruf	Anzahl	in %
Pflanzenbauer, Tierzüchter, Fischereiberufe	14	5%
Fertigungsberufe	141	49%
Technische Berufe	8	3%
Dienstleistungsberufe	126	43%
sonstige Arbeitskräfte	1	0%
Gesamt	290*	100%
letzte Stellung im Beruf		
un- oder angelernter Arbeiter	114	39%
gelernter Arbeiter / Facharbeiter	110	38%
Vorarbeiter / Kolonnenführer	4	1%
Meister / Polier	9	3%
einfacher Angestellter	22	8%
mittlerer Angestellter	20	7%
höherer Angestellter	4	1%
Auszubildender	5	2%
sonstige	4	1%
Gesamt	292**	100%
Kündigung		
ja	4	1%
nein	289	99%
Gesamt	293***	100%

Hinweis: Abweichungen der Prozentsummen von 100 sind rundungsbedingt.

* Anzahl der fehlenden Werte: 341 – 290 = 51

** Anzahl der fehlenden Werte: 341 – 292 = 49

*** Anzahl der fehlenden Werte: 341 – 293 = 48

Betrachtet man zunächst das Merkmal *zuletzt ausgeübter Beruf*, so fällt auf, daß die meisten KlientInnen entweder einem Fertigungsberuf nachgingen (49%) oder eine Tätigkeit im Dienstleistungssektor ausübten (43%). Sehr selten dagegen wurden Berufe aus der Sparte *Pflanzenbauer, Tierzüchter, Fischereiberufe* (5%) genannt. Noch weniger KlientInnen stammen aus einem technischen Beruf (3%). Für das Merkmal *letzte Stellung im Beruf* ergibt sich, daß 77% der KlientInnen Arbeiter sind (39% un- oder angelernt, 38% Facharbeiter). Den zweitstärksten Personenkreis stellen mit 16% die Angestellten, davon sind die meisten einfache Angestellte (8%). Nur wenige KlientInnen gaben an, in ihrem zuletzt ausgeübten Beruf Vorarbeiter bzw. Kolonnenführer (1%) oder Auszubildender (2%) gewesen zu sein. Ferner lag nur einem Prozent der RehabilitandInnen zum Zeitpunkt des ersten Anamnesegesprächs bereits eine Kündigung vor.

Für CMB von besonderer Bedeutung ist die *Dauer des aktuellen Beschäftigungsverhältnisses*. So genießen ArbeitnehmerInnen mit langer Betriebszugehörigkeitsdauer zum einen einen stärkeren Kündigungsschutz⁵. Zum anderen steht zu vermuten, daß insbesondere kleine Betriebe an der Weiterbeschäftigung langjähriger MitarbeiterInnen tendenziell auch eher interessiert sind, da diese häufig über umfangreiche Berufserfahrung und fundierte betriebsspezifische Kenntnisse verfügen und daher im allgemeinen schwerer zu ersetzen sein dürften. Hinzu kommt, daß sich viele Arbeitgeber gegenüber langjährigen MitarbeiterInnen stärker sozial verpflichtet fühlen als gegenüber Beschäftigten, die erst seit kurzem im Betrieb arbeiten.

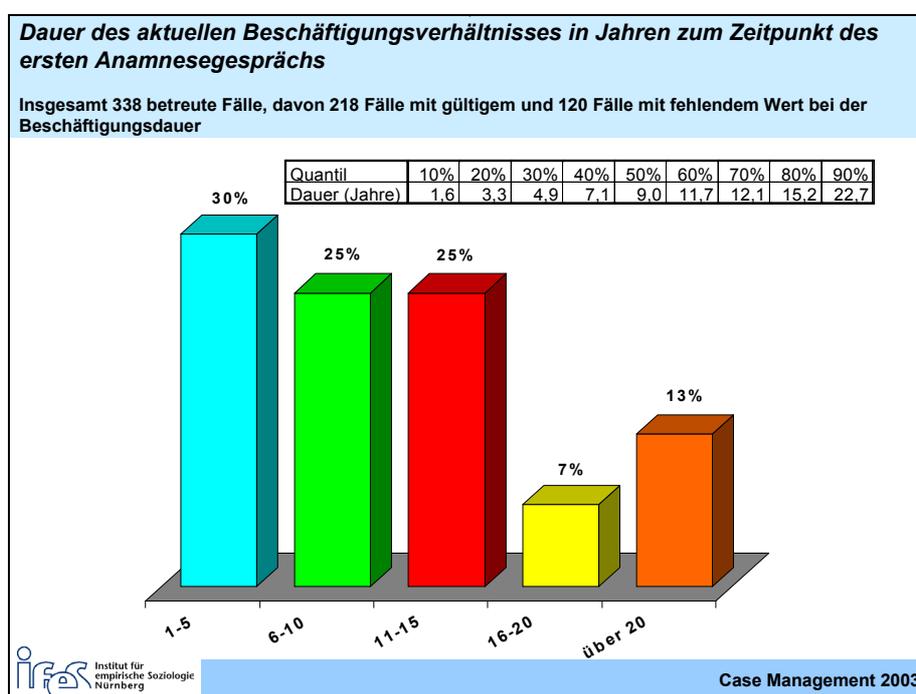


Abbildung 16

Abbildung 16 stellt deshalb dar, wie lange die CMB-KlientInnen bereits bei ihrem bisherigen Arbeitgeber beschäftigt waren, als sie mit der CMB-Stelle in Kontakt traten. Für das Balkendiagramm wurde die Beschäftigungsdauer dabei in Klassen von je fünf Jahren eingeteilt. Zusätzlich zu den Klassenhäufigkeiten gibt *Abbildung 16* auch die 10er-Quantilswerte (*Dezile*) wieder. Quantilswerte zeigen jeweils an, wieviel Prozent der Fälle den betreffenden Quantilswert (hier: eine bestimmte Beschäftigungsdauer) nicht überschreiten. So drückt der Wert 3,3 des 20%-Quantils z. B. aus, daß die 20% der KlientInnen mit der kürzesten Be

⁵ So ist die Betriebszugehörigkeitsdauer eines der Kriterien, die nach dem Kündigungsschutzgesetz und der Rechtsprechung der Arbeitsgerichte bei der Sozialauswahl betriebsbedingt zu Kündigender berücksichtigt werden müssen. Außerdem stellen viele Tarifverträge Beschäftigte ab einem bestimmten Lebensalter und einer bestimmten Betriebszugehörigkeitsdauer unter einen besonderen Kündigungsschutz, der eine ordentliche Kündigung erschwert oder sogar ganz ausschließt. Vgl. dazu *Bispinck / WSI-Tarifarchiv 2002: 5*.

schäftigungsdauer maximal 3,3 Jahre in ihrem aktuellen Betrieb gearbeitet haben. Setzt man zwei Quantile miteinander in Beziehung, so informieren die Quantile darüber, wieviel Prozent der Personen zwischen dem niedrigeren und dem höheren Quantilwert liegen. Greift man beispielsweise das 30%- und 50%-Quantil heraus, so läßt sich aus der Tabelle in *Abbildung 16* ablesen, daß 20% der KlientInnen (50% - 30%) eine Betriebszugehörigkeitsdauer zwischen 4,9 (30%-Quantilwert) und 9,0 Jahren (50%-Quantilwert) vorweisen können.

Wie aus dem Balkendiagramm hervorgeht, war knapp ein Drittel der RehabilitandInnen erst relativ kurze Zeit, nämlich höchstens fünf Jahre, bei ihrem derzeitigen Arbeitgeber beschäftigt. Für je 25% der KlientInnen betrug die Beschäftigungsdauer zwischen sechs und zehn bzw. zwischen 11 und 15 Jahren. Die restlichen 20% der RehabilitandInnen arbeiteten bereits mehr als 15 Jahre in ihrer jetzigen Firma. Der Medianwert liegt bei neun: 50% der KlientInnen weisen also eine Betriebszugehörigkeitsdauer von neun Jahren oder weniger auf.

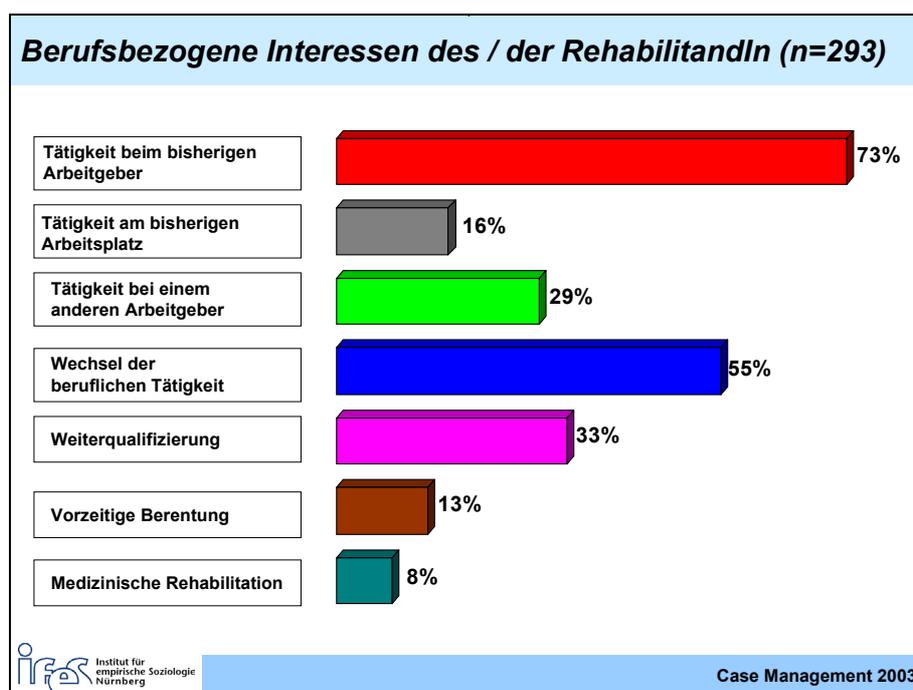


Abbildung 17

Neben den Merkmalen zur aktuellen beruflichen Situation wurde auch erhoben, wie sich die KlientInnen ihr zukünftiges Erwerbsleben vorstellen, d. h. welche beruflichen relevanten Ziele und Interessen sie verfolgen. Dabei konnten die RehabilitandInnen jeweils mehrere Ziele und Interessen angeben (*Abbildung 17*)⁶.

⁶ Die absoluten Zahlen können *Tabelle A2* im Anhang entnommen werden.

Die meisten KlientInnen wollten demnach ihr Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis bei ihrem bisherigen Arbeitgeber fortsetzen (73%); nur wenige RehabilitandInnen gaben an, gleichzeitig auch wieder an ihren ursprünglichen Arbeitsplatz zurückkehren zu wollen (16%). Relativ selten wurde der Wunsch geäußert, bei einem anderen Arbeitgeber beschäftigt zu werden (29%). Mit 55% strebten demgegenüber mehr als die Hälfte der KlientInnen einen Wechsel ihrer beruflichen Tätigkeit an; 33% beabsichtigten, sich weiterzuqualifizieren. In vergleichsweise wenigen Fällen wollten KlientInnen vorzeitig in Rente gehen (13%). Geringfügig ist auch die Zahl der Betreuten, die an einer medizinischen Rehabilitation teilnehmen oder diese fortsetzen wollten (8%).

Ein entscheidender Faktor für den Verlauf von CMB ist die gesundheitliche Situation der KlientInnen.

Für *Tabelle 10* wurde ausgewertet, ob der / die KlientIn zum Zeitpunkt des ersten Anamnesegesprächs arbeitsunfähig war, wie viele Arbeitsunfähigkeitsperioden er oder sie in den letzten zwei Jahren durchlaufen hatte, wie viele und welche beruflich relevante Krankheitsdiagnosen vorlagen und ob der / die RehabilitandIn den Schwerbehindertenstatus besaß.

88% der RehabilitandInnen waren zum Zeitpunkt des ersten Anamnesegesprächs arbeitsunfähig.

Tabelle 10: Gesundheitliche Situation der KlientInnen zum Zeitpunkt des ersten Anamnesegesprächs

aktuelle Arbeitsfähigkeit der RehabilitandInnen	Anzahl	in %
arbeitsunfähig	256	88%
arbeitsfähig	34	12%
Gesamt	290*	100%
Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsperioden in den letzten zwei Jahren		
0	4	2%
1	46	26%
2	35	20%
3	37	21%
4	23	13%
5 bis 10	26	15%
über 10	4	2%
Gesamt	175**	100%

Hinweis: Eine Abweichung der Prozentsumme von 100 ist rundungsbedingt.

* Anzahl der fehlenden Werte: 341 – 290 = 51

** Anzahl der fehlenden Werte: 341 – 175 = 166

Fortsetzung Tabelle 10: Gesundheitliche Situation der KlientInnen zum Zeitpunkt des ersten Anamnesegesprächs

Zahl der beruflich relevanten Krankheiten (Diagnosen)		
0	4	1%
1	152	51%
2	66	22%
3	45	15%
4	22	7%
5	8	3%
Gesamt	297***	100%
Schwerbehindertenstatus		
nein	175	61%
ja	95	33%
gleichgestellt nach § 68 SGB IX	7	2%
nein, aber beantragt	11	4%
Gesamt	288****	100%

Hinweis: Eine Abweichung der Prozentsumme von 100 ist rundungsbedingt.

*** Anzahl der fehlenden Werte: 341 – 297 = 44

**** Anzahl der fehlenden Werte: 341 – 288 = 53

Für die *Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsperioden* im Zeitraum der letzten zwei Jahre ergaben sich folgende Befunde: Knapp 70% der KlientInnen konnten bis zu dreimal krankheitsbedingt nicht an ihrem Arbeitsplatz erscheinen; 13% gaben vier und 17% fünf oder mehr Arbeitsunfähigkeitsperioden an. Betrachtet man, wie viele berufsrelevante Krankheiten den Betroffenen in den (amts-)ärztlichen Gutachten jeweils attestiert wurden, so zeigt sich, daß 51% der RehabilitandInnen an einer, 22% an zwei und 15% an drei Krankheiten litten. In 10% der Fälle diagnostizierte der zuständige Arzt sogar vier oder fünf Erkrankungen. Auch der *Schwerbehindertenstatus* der KlientInnen wurde erfragt: 61% der RehabilitandInnen waren nicht schwerbehindert, nur etwa ein Drittel der Fälle war als Schwerbehinderte anerkannt. Weitere 2% waren diesem Status nach § 68 SGB IX gleichgestellt, und in 4% der Fälle lag ein Antrag auf Anerkennung der Schwerbehinderung vor.

Tabelle 11 listet zudem die Arten der attestierten Krankheiten auf. Die Diagnosen wurden entsprechend der *Internationalen Klassifikation der Krankheiten*⁷ in 18 Gruppen unterteilt. Da viele KlientInnen unter mehr als einer beruflich relevanten Krankheit leiden (vgl. *Tabelle 10*), summieren sich die Prozentangaben in der Tabelle nicht auf 100%. Mit 93% sehr deutlich dominieren Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes. Am zweithäu

⁷ Vgl. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information 1994.

figsten wurden mit 19% Krankheiten des Kreislaufsystems diagnostiziert, und 9% der KlientInnen litten unter psychischen und Verhaltensstörungen.

Tabelle 11: Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung der KlientInnen

Beruflich relevante Diagnose	Anzahl	in %*
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	3	1%
Neubildungen	9	3%
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	1	0%
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	23	7%
Psychische und Verhaltensstörungen	30	9%
Krankheiten des Nervensystems	11	3%
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	9	3%
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	7	2%
Krankheiten des Kreislaufsystems	64	19%
Krankheiten des Atmungssystems	12	4%
Krankheiten des Verdauungssystems	2	1%
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	14	4%
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	318	93%
Krankheiten des Urogenitalsystems	6	2%
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	2	1%
Symptome und abnorme Befunde, die andernorts nicht klassifiziert sind	8	2%
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	6	2%
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitswesens führen	21	6%

*Anzahl der betreuten KlientInnen mit Einverständniserklärung: 341 = 100% (keine fehlenden Werte)

3.2.4 Merkmale der Beschäftigungsbetriebe

Nach der Beschreibung der CMB-KlientInnen werden im Folgenden einige Merkmale ihrer Betriebe vorgestellt. *Tabelle 12* gibt die *Art* der Betriebe, deren *Branche* und die *Anzahl ihrer MitarbeiterInnen* wieder.

Von den insgesamt 217 erfaßten Betrieben sind 19% Handwerksbetriebe und ein Viertel Industriebetriebe. Ordnet man die Branchen der betrachteten Betriebe nach Wirtschaftssektoren, so ergibt sich folgendes Gesamtbild: über die Hälfte (51%) der Betriebe gehören dem Produktionsbereich (sekundärer Sektor) an, dort insbesondere der Metallherzeugung und -bearbeitung sowie dem Baugewerbe. 43% der Betriebe stammen aus dem Dienstleistungsgewerbe (tertiärer Sektor), davon 19 Betriebe aus dem Bereich *Öffentliche Verwaltung, Verteidigung und exterritoriale Organisationen* sowie 26 Betriebe aus dem Bereich *Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen*. Ein weiteres wichtiges Kriterium zur Charakterisierung der an

CMB beteiligten Betriebe ist deren Mitarbeiterzahl. Über die Hälfte der Betriebe beschäftigten weniger als 100 MitarbeiterInnen; darunter sind Betriebe mit sechs bis 19 MitarbeiterInnen mit 19% der Nennungen am stärksten vertreten. Insgesamt ergibt sich allerdings ein recht ausgeglichenes Bild. Lediglich die Betriebe mit Mitarbeiterzahlen zwischen 500 und 900 fallen mit 2% kaum ins Gewicht.

Tabelle 12: Merkmale der Beschäftigungsbetriebe

Art des Betriebes	Anzahl	in %
Handwerksbetrieb	41	19%
Industriebetrieb	56	26%
sonstiger Betrieb (u. a. landwirtschaftliche und sonstige Dienstleistungsbetriebe sowie öffentliche Verwaltung)	120	55%
Gesamt	217*	100%
Branche des Betriebs		
primärer Sektor: Land- und Forstwirtschaft	8	4%
sekundärer Sektor: Produktion	113	51%
davon - Metallerzeugung und -bearbeitung	16	
- Baugewerbe	35	
tertiärer Sektor: Dienstleistung	96	43%
davon - öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung, exterritoriale Organisationen	19	
- Gesundheits-, Veterinär-, Sozialwesen	26	
nicht zuordenbar	4	2%
Gesamt	221**	100%
Anzahl der MitarbeiterInnen		
1 bis 5	20	11%
6 bis 19	35	19%
20 bis 50	30	16%
51 bis 100	31	16%
101 bis 199	26	14%
200 bis 500	28	15%
501 bis 900	4	2%
901 und mehr	15	8%
Gesamt	189***	100%

Hinweis: Abweichungen der Prozentsummen von 100 sind rundungsbedingt.

* Anzahl der fehlenden Werte = 341 – 217 = 124

** Anzahl der fehlenden Werte = 341 – 221 = 120

*** Anzahl der fehlenden Werte = 341 – 189 = 152

3.2.5 Zeitdauern der Phasen des CMB-Prozesses

Nach der Beschreibung der Klienten- und Betriebsstruktur geht es in diesem Abschnitt um den zeitlichen Ablauf des CMB. Da die Chancen auf erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung erfahrungsgemäß entscheidend davon abhängen, wie frühzeitig und wie schnell berufliche Reha-Maßnahmen geplant, organisiert und umgesetzt werden, sind die Zeitabläufe beim CMB von besonderer Bedeutung.

Abbildungen 18 und *19* stellen die Dauern verschiedener Phasen des CMB-Prozesses in Form von Balken dar, wobei die Balkenlänge jeweils den Median der betreffenden Dauer wiedergibt. Die Mediandauer ist hierbei diejenige Dauer, die in 50 % der CMB-Fälle nicht überschritten wurde. Betrachtet man zunächst die in *Abbildung 18* dargestellten zeitlichen Etappen, so zeigt sich erwartungsgemäß, daß die Dauern im Vorfeld des CMB erheblich länger sind als der CMB-Prozeß selbst: Nimmt man als ersten Meßpunkt den Abschluß der medizinischen Rehabilitation, so vergehen in 50% der Fälle maximal 14 Wochen bis zum ersten Kontakt zwischen CMB-Stelle und potentiellm Klienten. Zieht man als ersten Meßpunkt stattdessen den Beginn der aktuellen Arbeitsunfähigkeitsperiode heran, so ergibt sich eine mittlere Dauer von 30 Wochen, d. h. in 50 % der Fälle waren die betroffenen ArbeitnehmerInnen zum Zeitpunkt des CMB-Zugangs höchstens sieben Monate beruflich ausgegliedert. Im Vergleich dazu sind die Phasen des eigentlichen CMB-Prozesses sehr viel kürzer: Zwischen dem CMB-Zugang eine/r ArbeitnehmerIn und dem ersten Anamnesegespräch mit ihm / ihr verstrichen im Mittel nur zwei Tage, zwischen dem ersten KlientInnengespräch und der Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber waren es zwei Wochen und zwischen dem ersten Betriebskontakt und dem Abschluß des CMB-Prozesses vergingen im Mittel nochmals vier Wochen.

Abbildung 19 veranschaulicht die Dauern ausgewählter phasenübergreifender Zeitabschnitte⁸.

⁸ Angemerkt sei, daß die in *Abbildung 19* dargestellten Medianwerte für phasenübergreifende Zeitdauern jeweils nicht mit den Ergebnissen übereinstimmen, die man erhält, wenn man die Medianwerte der entsprechenden Einzeldauern aus *Abbildung 18* zusammenzählt. Errechnet man z. B. den Median für die Gesamtdauer der CMB-Betreuung, indem man die Einzeldauern vom CMB-Zugang bis zum CMB-Ende aus *Abbildung 18* aufsummiert, ergibt sich eine (falsche) Gesamtdauer von 6,3 Wochen. Tatsächlich beträgt der Medianwert für diese Zeitspanne jedoch 8 Wochen (s. *Abbildung 19*). Der Grund für diese Diskrepanz liegt darin, daß sich selbst bei Fällen, die hinsichtlich der Gesamtbetreuungsdauer miteinander übereinstimmen, sehr unterschiedliche Kombinationen relativ langer und relativ kurzer Einzeldauern finden werden.

Abbildung 18: Die Dauer der einzelnen Phasen des CMB-Prozesses in Wochen (angegeben ist jeweils der Medianwert)

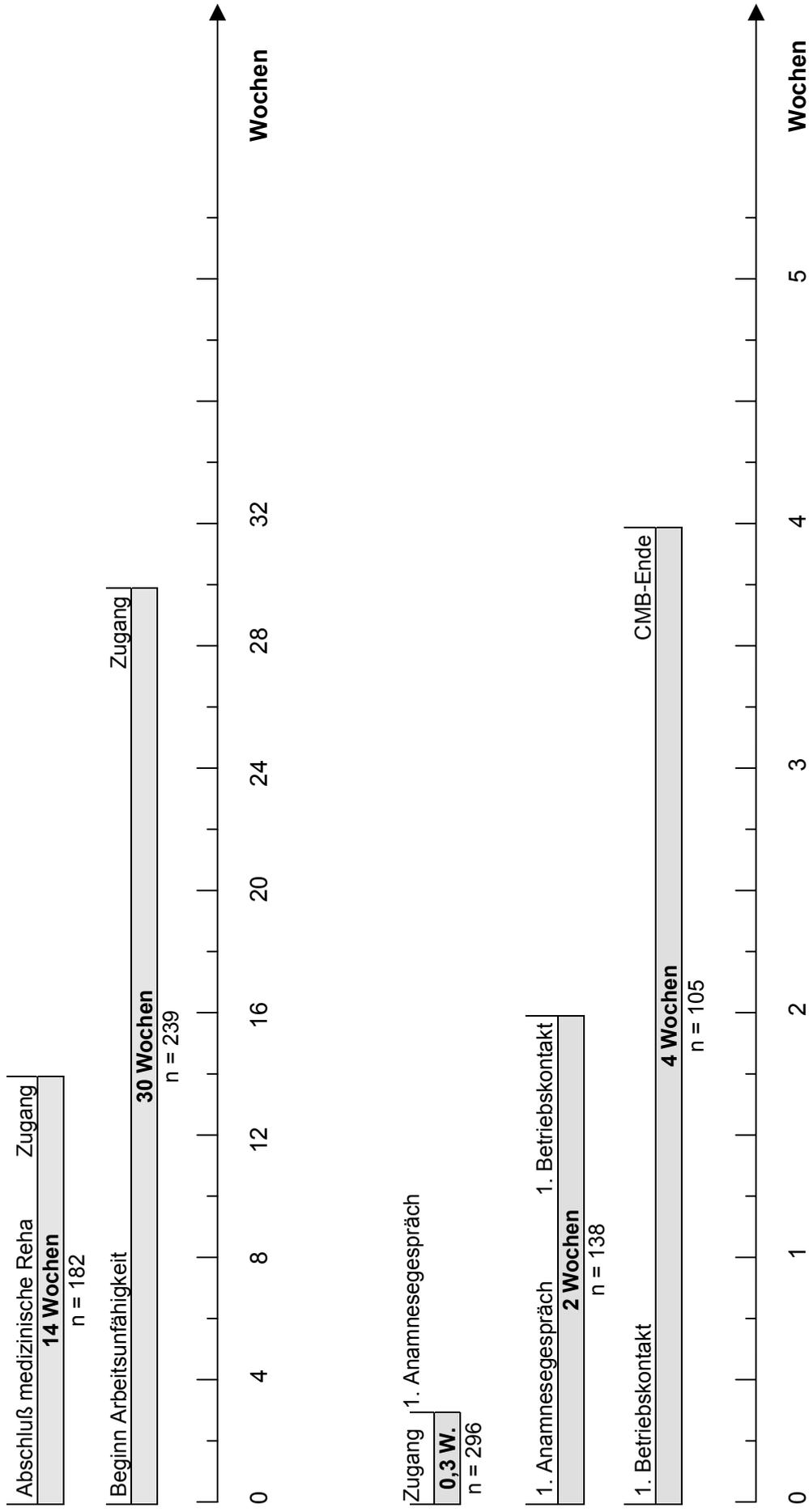
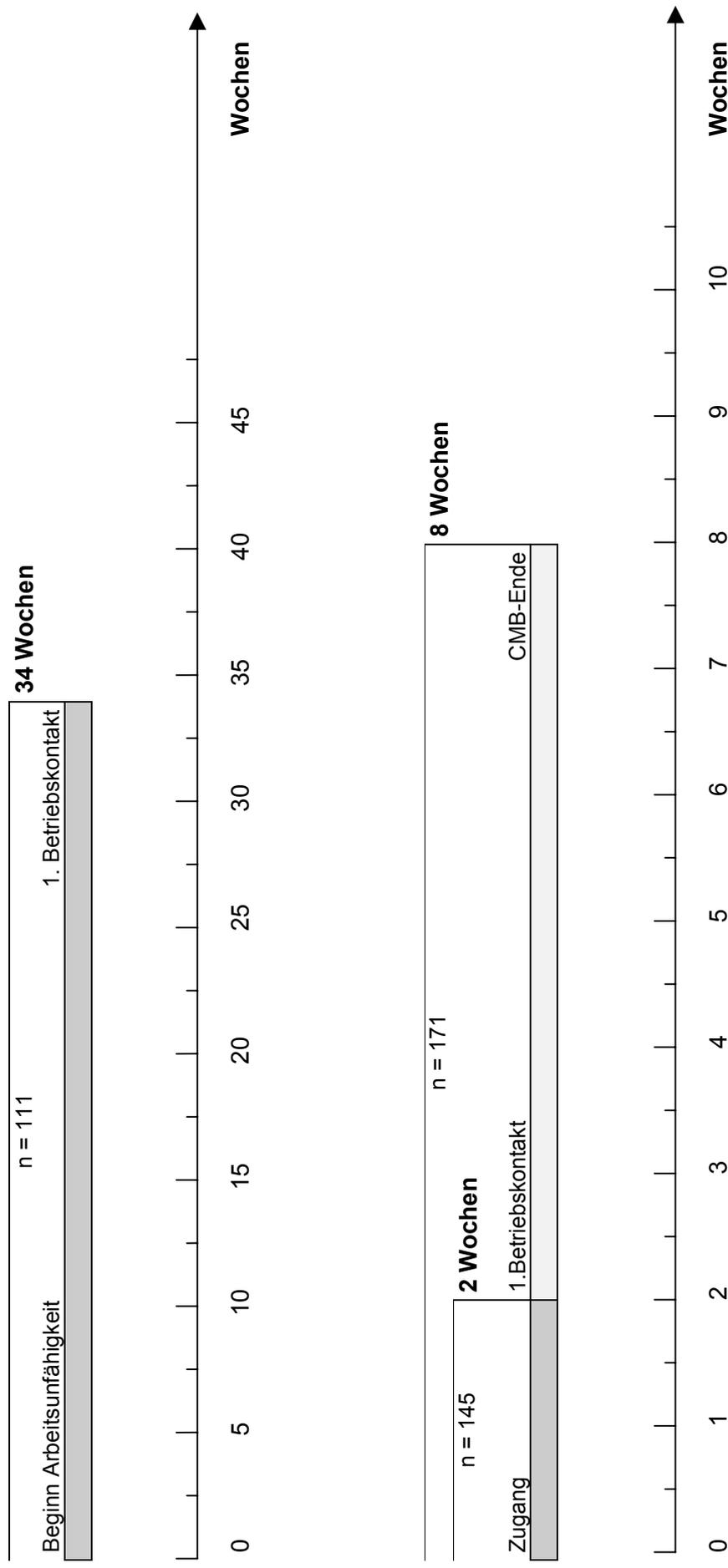


Abbildung 19: Die aufsummierte Dauer verschiedener Phasen des CMB-Prozesses in Wochen (angegeben ist jeweils der Medianwert)



Dazu gehört die Dauer zwischen dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit und dem ersten Gespräch der CMB-Stelle mit dem Arbeitgeber, welche anzeigt, wie lange der / die Arbeitsunfähige als Arbeitskraft für den Betrieb bereits ausgefallen war, als der Arbeitgeber zum ersten Mal auf Weiterbeschäftigungsmöglichkeiten hin angesprochen wurde. Dabei steht zu vermuten, daß die Chancen für den Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses in der Regel um so günstiger sind, je besser es gelingt, diese Zeitspanne auf ein Minimum zu verkürzen. Wie aus *Abbildung 19* hervorgeht, waren es in der Hälfte der Fälle bis zu 7,5 Monate (34 Wochen), die zwischen dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit und dem ersten Betriebskontakt verstrichen. Daß die CMB-Stellen dabei jeweils um eine schnelle Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber bemüht waren, verdeutlicht eine weitere Kennzahl, nämlich der Medianwert für die Dauer zwischen Fallzugang und erstem Betriebskontakt: zwischen beiden Ereignissen lagen im Mittel lediglich zwei Wochen. Insgesamt erstreckte sich der CMB-Prozeß vom Zugang eines Falls bis zu dessen Abschluß in 50% der Fälle über nicht mehr als 8 Wochen.

3.2.6 Beendigung des CMB

Nach den bisherigen Betrachtungen stellt sich nun die Frage, wie vielen KlientInnen durch CMB tatsächlich geholfen werden konnte. Über die Beantwortung dieser Frage hinaus soll im Folgenden überprüft werden, ob die bisher erhobenen Daten bereits erste Hinweise auf Zusammenhänge zwischen bestimmten KlientInnen- und Betriebsmerkmalen einerseits sowie dem Erfolg des CMB andererseits liefern. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, daß die Aussagekraft der Befunde wegen der bislang noch geringen Fallzahlen stark eingeschränkt ist.

In *Abbildung 20* werden drei mögliche Ergebnisse des CMB unterschieden: *Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses*, *Einmündung in eine Qualifizierungsmaßnahme* von mehr als dreimonatiger Dauer und *Abbruch* des CMB. Unter die letztgenannte Kategorie fallen dabei alle Betreuungsfälle, die weder mit dem Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses noch mit der Einmündung in eine längerfristige Qualifizierungsmaßnahme endeten. Während das Ergebnis der CMB-Betreuung in den Fällen, die mit dem Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses oder einem Abbruch endeten, bereits eindeutig feststeht, ist es bei Eintritten von KlientInnen in eine längerfristige Qualifizierungsmaßnahme vorerst noch offen, ob das Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis des / der RehabilitandIn nach Abschluß der Maßnahme fortgesetzt werden wird oder nicht. Die Einmündung in eine Qualifizierungsmaßnahme von mehr als dreimonatiger Dauer wurde im *IfeS*-Dokumentationsinstrument dennoch als ein mögliches

Endergebnis von CMB definiert. Dies hat im wesentlichen zwei Gründe: Zum einen endet CMB an einigen Modellstandorten tatsächlich mit dem Eintritt des / der KlientIn in eine längere berufliche Reha-Maßnahme, so daß die betreffenden CMB-Stellen lediglich in Ausnahmefällen den Ausgang dieser Fälle erfahren. Zum anderen fällt bei einem vorgegebenen Erhebungszeitraum die Anzahl vollständig dokumentierter Fälle umso geringer aus, je höher man die Obergrenze für die Beobachtungsdauer eines Falls ansetzt. Die Obergrenze *drei Monate* stellt somit einen Kompromiß zwischen einer möglichst großen Fallzahl auf der einen und einer möglichst langen Fallbeobachtungsdauer auf der anderen Seite dar.

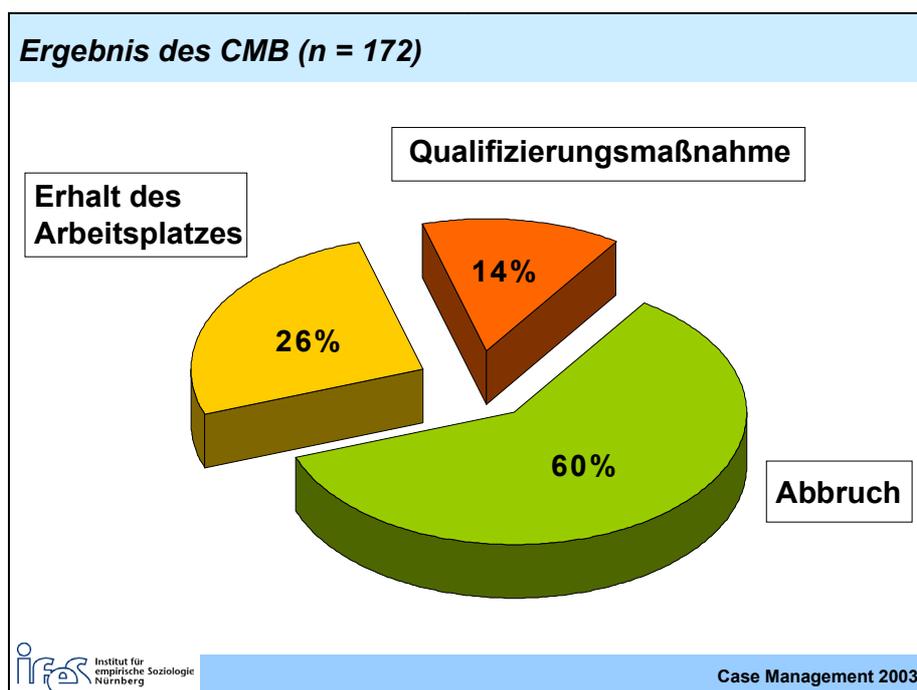


Abbildung 20

Von 172 RehabilitandInnen konnten 45 (26%) wieder an ihren ehemaligen Arbeitsplatz zurückkehren und 24 (14%) nahmen an einer längerfristigen Qualifizierungsmaßnahme teil. In 103 Fällen (60%) endete die CMB-Betreuung hingegen mit einem Abbruch: es konnte weder der Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses noch die Einmündung in eine längerfristige Qualifizierungsmaßnahme erreicht werden. Insgesamt läßt sich feststellen, daß 40% aller KlientInnen durch die CMB-Betreuung entweder der direkte Wiedereinstieg ins Arbeitsleben oder die Vorbereitung auf eine berufliche Reintegration durch eine längerfristige Qualifizierungsmaßnahme ermöglicht wurde.

Nach dieser allgemeinen Beschreibung der CMB-Resultate werden in *Abbildung 21* die CMB-Ergebnisse nach dem *Geschlecht* der KlientInnen getrennt dargestellt¹. Durch diese Gegenüberstellung soll überprüft werden, ob ein Zusammenhang zwischen dem Erfolg von CMB und dem Geschlecht besteht.

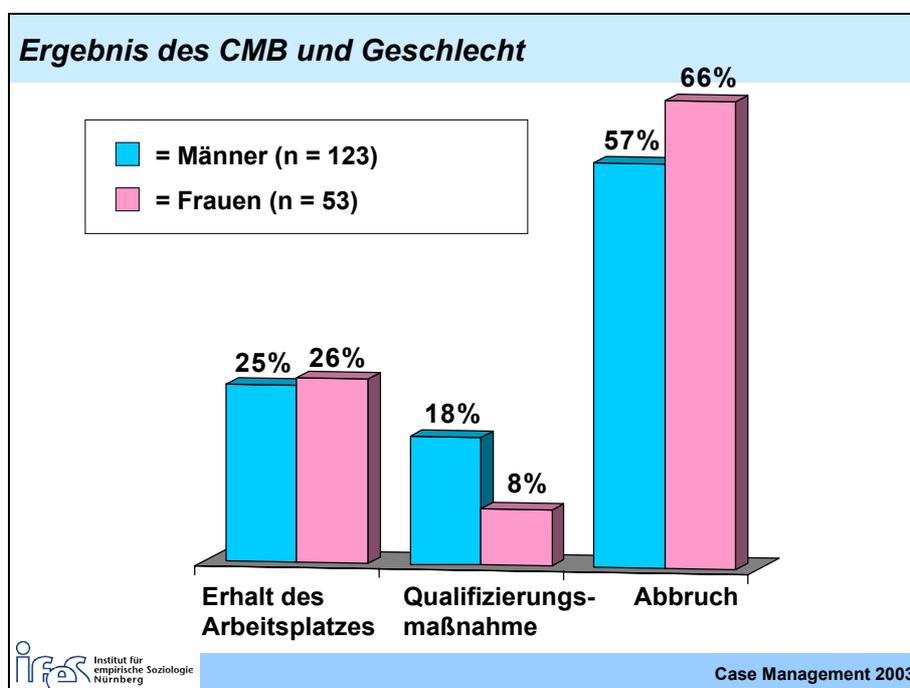


Abbildung 21

Von den insgesamt 176 ArbeitnehmerInnen, für die CMB bereits abgeschlossen ist, sind 123 männlich und 53 weiblich, das heißt auf drei Frauen kommen sieben Männer. Betrachtet man zunächst die Ergebnisse der Frauen, so kann in 26% der Fälle festgestellt werden, daß CMB erfolgreich verlief und die Klientinnen wieder in ihrem bisherigen Betrieb arbeiten. Allerdings nahmen nur 8% der Rehabilitandinnen an einer Qualifizierungsmaßnahme teil. In 66% der abgeschlossenen Fälle endete CMB mit einem Abbruch. Bei den Männern ergibt sich folgendes Bild: 25% der CMB-Fälle verliefen erfolgreich, 18% der Betroffenen befinden sich in einer Qualifizierungsmaßnahme und 57% müssen als Abbrüche verzeichnet werden. Im direkten Vergleich ist die Quote der erhaltenen Beschäftigungsverhältnisse bei Frauen (26%) und Männern (25%) fast gleich hoch. Unterschiede ergeben sich jedoch hinsichtlich der Teilnahme an längerfristigen Qualifizierungsmaßnahmen, in die 18% der Männer, aber nur 8% der Frauen mündeten². Betrachtet man die Einmündung in eine berufliche Qualifizierungsmaßnahme als Vorstufe zur Reintegration in die Arbeitswelt und bewertet sie deshalb

¹ Die absoluten Zahlen können *Tabelle A3* im Anhang entnommen werden.

² Dies spiegelt möglicherweise die auch sonst geringere Bereitschaft und Möglichkeit von Frauen wieder, sich an Weiterbildungsmaßnahmen zu beteiligen; vgl. dazu z. B. *Niehaus / Kurth-Laatsch / Nolteersting* 2001: 6f.

als positiv, so stehen insgesamt 43% männlichen RehabilitandInnen nur 34% weibliche mit positivem CMB-Abschluß gegenüber. Entsprechend liegt die Abbruchquote bei den Frauen mit 66% höher als bei den Männern mit 57%.

Die Analyse der Prozentwerte hat gezeigt, daß sich die CMB-Resultate für Frauen und Männer offenbar leicht voneinander unterscheiden. Um nun die genaue Stärke des Zusammenhangs zwischen den Merkmalen *Geschlecht* und *CMB-Ergebnis* zu ermitteln, wurde zusätzlich zu den in *Abbildung 21* dargestellten Häufigkeiten auch der Koeffizient *Cramers V* errechnet. *Cramers V* ist eine statistische Maßzahl, welche die Stärke des Zusammenhangs zwischen zwei (beliebig skalierten) Merkmalen mißt; der Koeffizient kann Werte zwischen 0 (kein Zusammenhang) und 1 (vollständiger Zusammenhang) annehmen³. Der Wert der Maßzahl für den Zusammenhang zwischen CMB-Ergebnis und Geschlecht (0,135) bedeutet, daß das Ergebnis von CMB beinahe unabhängig vom Geschlecht der Betreuten ist.⁴

Ein weiterer wichtiger Einflußfaktor für den Erfolg von CMB dürfte das *Alter* der zugewandenen KlientInnen sein. Deshalb soll anhand der *Abbildung 22* überprüft werden, ob ein Zusammenhang zwischen dem Ergebnis des CMB und der Zugangsaltersklasse der KlientInnen besteht⁵. Wegen der geringen Fallzahl wurde das Alter in nur zwei Klassen gegliedert: *KlientInnen, die jünger als 45 Jahre sind* und *KlientInnen, die 45 Jahre und älter sind*. Dabei liegt die Vermutung nahe, daß der Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses umso schwieriger ist, je älter die RehabilitandInnen beim Zugang zum CMB sind. So dürfte sich aus Sicht vieler Betriebe der Aufwand einer behindertenrechten Wiedereingliederung für jüngere ArbeitnehmerInnen eher lohnen als für ältere, da Jüngere dem Betrieb voraussichtlich noch länger angehören werden. Darüber hinaus wird älteren ArbeitnehmerInnen typischerweise eine geringere Leistungsfähigkeit zugeschrieben. Ein weiterer Aspekt sind die meist höheren Lohnkosten älterer Beschäftigter, die sich aus der weit verbreiteten Senioritätsentlohnung und den durchschnittlich längeren Krankheitszeiten Älterer ergeben. Insgesamt dürfte für die Betriebe also ein Anreiz zum Personalaustausch „alt gegen jung“ gegeben sein.

Betrachtet man nun *Abbildung 22*, so zeigt sich hinsichtlich der erhaltenen Beschäftigungsverhältnisse entgegen den Erwartungen ein relativ ausgeglichenes Bild: Mit 29% liegt die

³ Siehe dazu Wittenberg 1991: 125; Konvention zur sprachlichen Beschreibung der Stärke von Zusammenhängen: 0,00 bis 0,20 = sehr gering; 0,20 bis 0,50 = gering; 0,50 bis 0,70 = mittel; 0,70 bis 0,90 = stark; 0,90 bis 1,00 = sehr stark.

⁴ Zu Cramers V siehe z. B. Wittenberg 1991: 124 ff, Kähler 1994: 191f und Brosius 1998: 412

⁵ Die absoluten Zahlen können *Tabelle A4* im Anhang entnommen werden.

Erfolgsquote von CMB bei den KlientInnen ab 45 Jahren sogar höher als bei denjenigen, die jünger als 45 Jahre (24%) waren. Ein großer Unterschied besteht jedoch bei der Anzahl der Fälle, die in eine Qualifizierungsmaßnahme mündeten. Mit einem Anteil von 22% nahmen die jüngeren KlientInnen sehr viel häufiger an weiterqualifizierenden Maßnahmen teil als die älteren mit 5%. Bewertet man sowohl den Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses als auch die Einmündung in eine längerfristige Qualifizierungsmaßnahme als positives CMB-Ergebnis, ergibt sich für die KlientInnen unter 45 Jahren eine um 12 Prozentpunkte höhere Quote positiver CMB-Abschlüsse. Für das Zusammenhangsmaß *Cramers V* errechnet sich ein Wert von 0,231, d. h. zwischen dem Ergebnis von CMB und der Zugangsaltersklasse besteht nur ein geringer Zusammenhang.

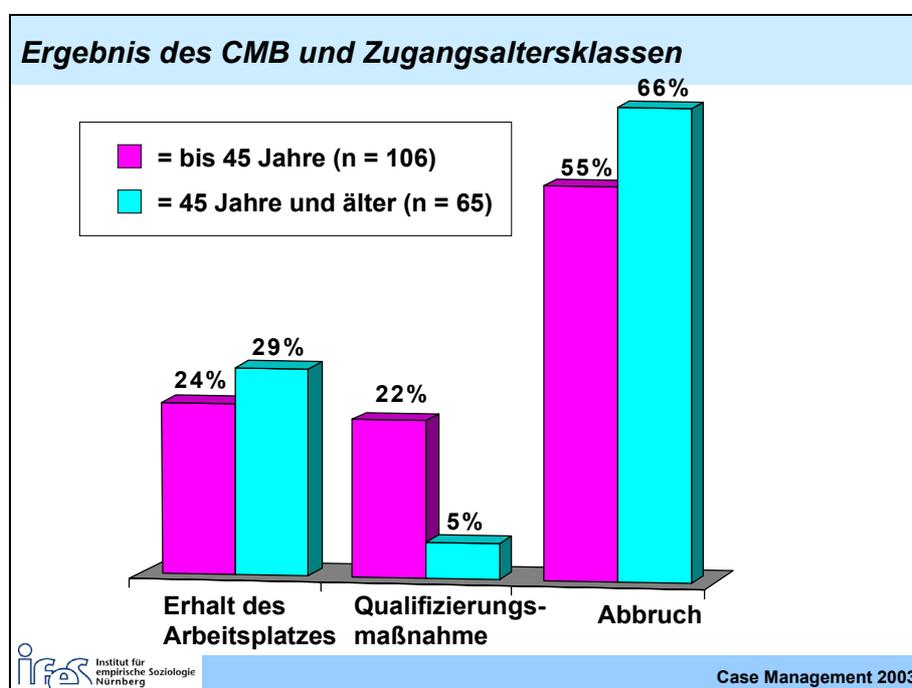


Abbildung 22

Des weiteren ist anzunehmen, daß sich die Chancen für eine berufliche Reintegration von physisch eingeschränkten ArbeitnehmerInnen auch nach der *Berufssparte* unterscheiden, da die Anforderungen an die körperliche Leistungsfähigkeit berufsspezifisch erheblich differiert. *Abbildung 23* vergleicht daher das Ergebnis des CMB zwischen Dienstleistungs- und Fertigungsberufen miteinander⁶. Landwirtschaftliche und technische Berufe wurden wegen der geringen Fallzahlen außer acht gelassen.

⁶ Die absoluten Zahlen können *Tabelle A5* im Anhang entnommen werden.

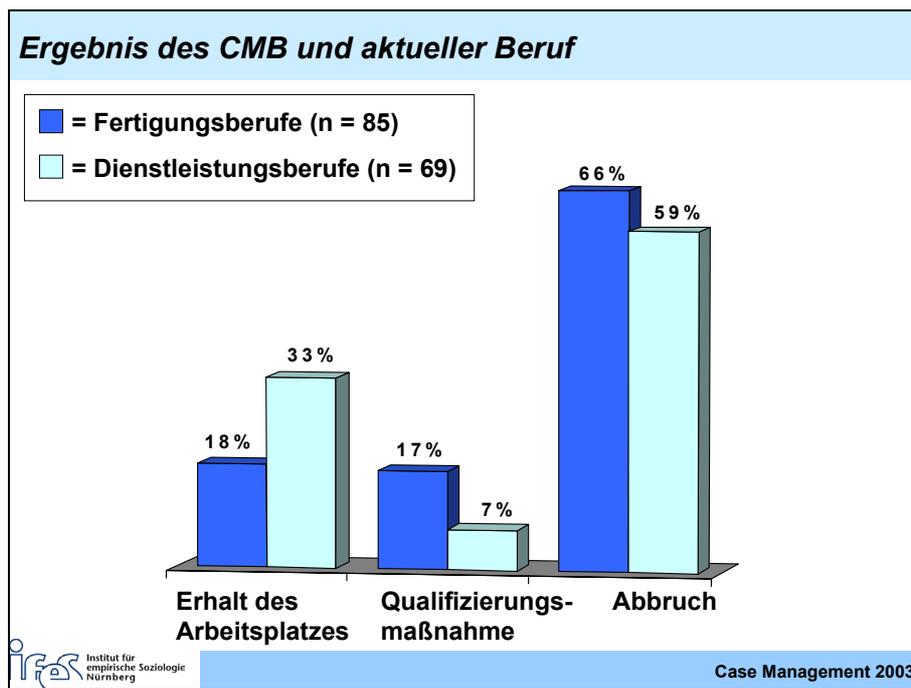


Abbildung 23

Wie *Abbildung 23* verdeutlicht, ist die Quote der erhaltenen Beschäftigungsverhältnisse bei den Dienstleistungsberufen mit 33% annähernd doppelt so hoch wie im Bereich der Fertigungsberufe mit nur 18%. Dies deutet darauf hin, daß produktionsbezogene Berufe im allgemeinen höhere Anforderungen an die körperliche Leistungsfähigkeit stellen, als das bei Dienstleistungsberufen der Fall ist. Was den Anteil der Eintritte von CMB-KlientInnen in eine längerfristige Qualifizierungsmaßnahme betrifft, zeigt sich hingegen der umgekehrte Zusammenhang: hier stehen die Fertigungsberufe mit 17% an der Spitze, und erst an zweiter Stelle folgen mit 7% die Dienstleistungsberufe. Der Wert von *Cramers V* (0,184) zeigt einen sehr geringen Zusammenhang zwischen dem Ergebnis des CMB und dem zuletzt ausgeübten Beruf an.

Nachdem bislang der Einfluß klientenbezogener Merkmale auf das CMB-Ergebnis beschrieben wurde, sollen nun die Effekte arbeitgeberbezogener Kennzeichen untersucht werden. So dürfte z. B. die *Größe des betreffenden Betriebs*, hier gemessen an der Anzahl der MitarbeiterInnen, bei der Entscheidung über die Weiterbeschäftigung eines / einer RehabilitandIn, eine Rolle spielen. Grundsätzlich erscheinen dabei zwei Überlegungen als plausibel: Einerseits ist anzunehmen, daß Arbeitgeber in Kleinbetrieben aufgrund des engeren Kontakts zu ihren MitarbeiterInnen und wegen ihrer typischerweise größeren Probleme, geeignete Nachwuchskräfte zu finden, tendenziell stärker darum bemüht sind, eingearbeitete MitarbeiterInnen zu halten. Andererseits ist es vermutlich gerade für kleine Betriebe schwierig, einen Arbeitsplatz der Behinderung ihres Arbeitnehmers entsprechend anzupassen oder den / die

Betroffene auf einen geeigneten Arbeitsplatz umzusetzen. In Großbetrieben dagegen ist davon auszugehen, daß kein enges Verhältnis zwischen Arbeitgeber und ArbeitnehmerIn besteht und es auch in fachlicher Hinsicht meist ein geringeres Problem darstellt, eine/n ehemaligen MitarbeiterIn durch eine neue Arbeitskraft zu ersetzen. Andererseits verfügt ein größeres Unternehmen aber auch eher über die Möglichkeit, eine/n Beschäftigte/n innerbetrieblich umzusetzen oder einen behindertengerechten Arbeitsplatz einzurichten. Für höhere CMB-Erfolgschancen in Großbetrieben spricht zudem, daß der Verbreitungsgrad sowie tendenziell auch die Durchsetzungsfähigkeit und Professionalität der betrieblichen ArbeitnehmerInnenvertretungen (Betriebs- oder Personalräte) mit der Betriebsgröße ansteigen⁷. Speziell schwerbehinderte ArbeitnehmerInnen dürften in größeren Betrieben schließlich auch deshalb höhere Wiedereingliederungschancen haben, weil Betriebe ab 20 MitarbeiterInnen der Schwerbehindertenpflichtquote unterliegen, welche besondere finanzielle Anreize zur (Weiter-) Beschäftigung dieser ArbeitnehmerInnengruppe setzt.

Abbildung 24 setzt nun die drei möglichen *Ergebnisse des CMB* zu dem Merkmal *Betriebsgröße* in Beziehung⁸. Unterschieden wird dabei zwischen *Betrieben mit bis zu 19 MitarbeiterInnen*, *Betrieben mit 20 bis 199 MitarbeiterInnen* und *Betrieben mit 200 und mehr MitarbeiterInnen* (für Betriebe ab 20 MitarbeiterInnen gilt die Schwerbehindertenpflichtquote und in Betrieben ab 200 MitarbeiterInnen haben die Beschäftigten Anspruch auf einen freigestellten Betriebsrat).

Wie *Abbildung 24* zeigt, steigt der Anteil erhaltener Beschäftigungsverhältnisse tatsächlich mit der Größe des Betriebes deutlich an: von 12% bei den kleinsten über 34% bei den mittleren auf 43% bei den größten Betrieben. Genau gegenläufig ist die Tendenz hingegen, was die Einmündung der CMB-KlientInnen in längerfristige Qualifizierungsmaßnahmen betrifft. Hier liegen die Kleinbetriebe mit einem Anteil von 17% an der Spitze, gefolgt von den Betrieben mittlerer Größe, für die sich eine Quote von 12% ergibt, und den Großbetrieben mit einem Anteil von nur 10%. Im Saldo müssen in Kleinbetrieben mit 71% die meisten Abbrüche verzeichnet werden, wohingegen die Abbruchquote für Großbetriebe mit 200 und mehr MitarbeiterInnen mit 47% am geringsten ist. Dazwischen bewegen sich die mittleren Betriebe mit einem Anteil von 54%.

⁷ Die höhere Verbreitung von Betriebsräten in großen Betrieben belegen Ergebnisse des IAB-Betriebspanels von 1999, vgl. z. B. *Hans-Böckler-Stiftung* 2001: 1.

⁸ Die absoluten Zahlen können *Tabelle A6* im Anhang entnommen werden.

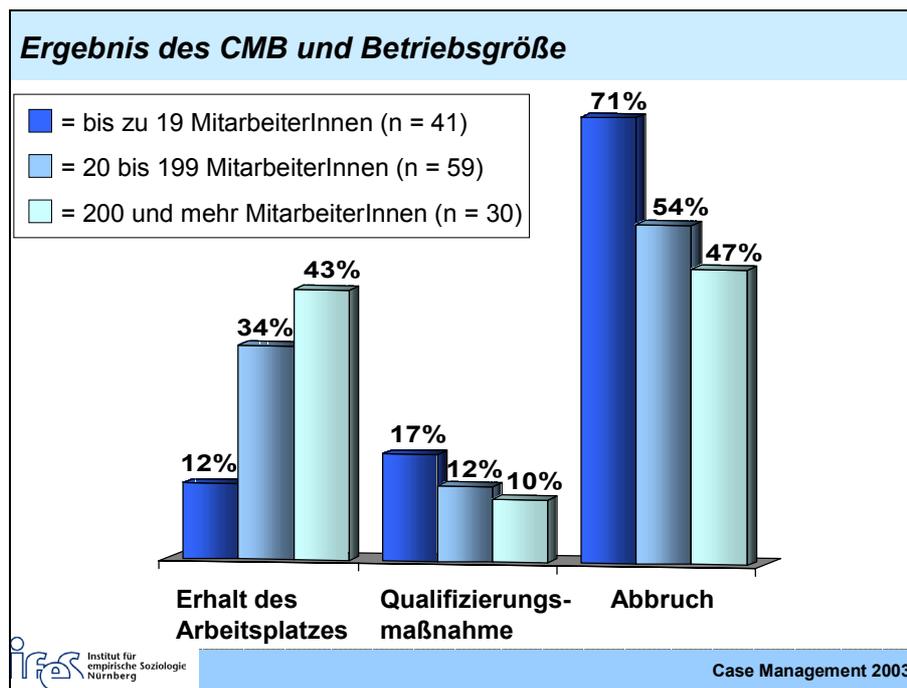


Abbildung 24

Der Wert des Zusammenhangsmaßes *Cramers V* beträgt für die untersuchten Merkmale 0,19. Demnach besteht ein sehr geringer Zusammenhang zwischen dem *Ergebnis des CMB* und der *Größe des Betriebes*.

Ein weiterer Faktor mit Einfluß auf den Erfolg von CMB dürfte die Zeitspanne sein, in der ein Betrieb auf eine/n kranken MitarbeiterIn verzichten muß, bis erste Schritte zur Reintegration in Angriff genommen werden. *Abbildung 25* stellt die drei möglichen Ergebnisse des CMB für verschieden lange *Dauern zwischen dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit und dem ersten Betriebskontakt* dar⁹. Dabei ist anzunehmen, daß mit steigender Dauer die CMB-Erfolgsquote fällt.

Abbildung 25 zeigt, daß der Anteil der erhaltenen Beschäftigungsverhältnisse am höchsten ist, wenn der Betrieb spätestens sechs Monate nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit kontaktiert wurde. Beträgt diese Dauer zwischen sechs und 12 Monaten, sinkt die Erfolgsquote auf 21%. Wider Erwarten steigt der Anteil der erhaltenen Beschäftigungsverhältnisse jedoch auf 32% bei einer Zeitspanne von über einem Jahr. In diesen Fällen hatten die Betriebe offenbar ein derart starkes Interesse an der Weiterbeschäftigung gerade dieser ArbeitnehmerInnen, daß sie bereit waren, sogar eine über 12 Monate andauernde Ausfallzeit ihres / ihrer MitarbeiterIn hinzunehmen.

⁹ Die absoluten Zahlen können Tabelle A7 im Anhang entnommen werden.

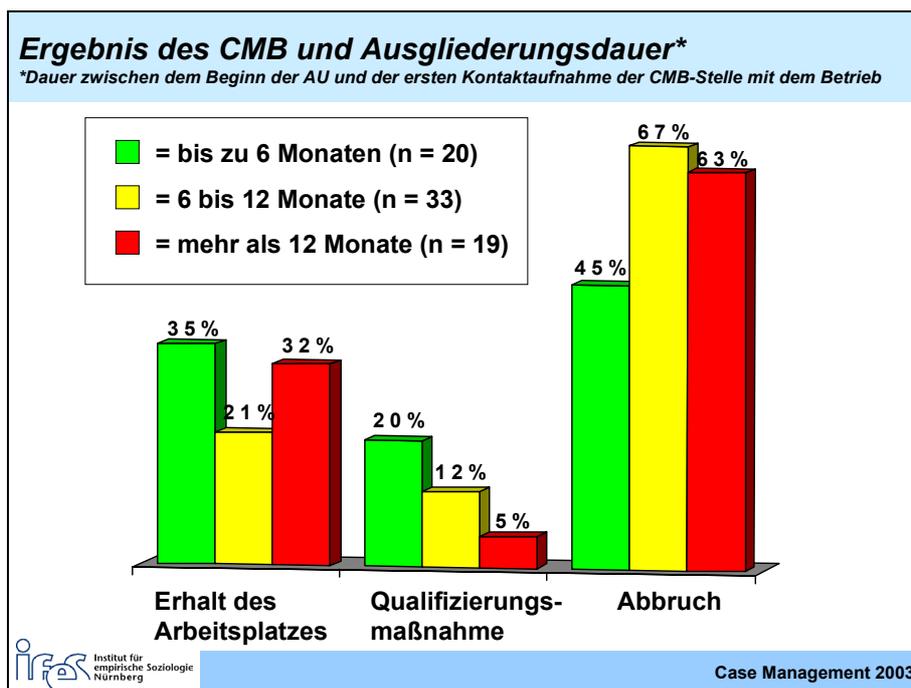


Abbildung25

Betrachtet man den Anteil der RehabilitandInnen, die eine längerfristige Qualifizierungsmaßnahme begonnen haben, so zeigt sich, daß ein CMB-Fall offenbar um so seltener in eine solche Maßnahme einmündete, je mehr Zeit zwischen Beginn der Arbeitsunfähigkeit und dem ersten Betriebskontakt vergangen war. Die Abbruchquote von CMB ist bei einer Ausgliederungsdauer von bis zu einem halben Jahr mit 45% am geringsten, zwischen einem halben und einem Jahr steigt sie auf 67% an und bei einer Dauer von über einem Jahr sinkt sie wieder leicht auf 63%. Für das Zusammenhangsmaß *Cramers V* ergibt sich ein Wert von 0,161. Der Zusammenhang zwischen dem Ergebnis von CMB und der Dauer zwischen dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit und dem ersten Betriebskontakt ist also sehr gering.

Ein weiteres Merkmal, das auf seinen Zusammenhang mit dem CMB-Erfolg hin überprüft werden soll, ist der Wirtschaftssektor, dem die Beschäftigungsbetriebe angehören. *Abbildung 26* gibt das *Ergebnis des CMB* für die Wirtschaftssektoren *Produktion* (53%) und *Dienstleistung* (47%) getrennt wieder¹⁰. Wegen der geringen Fallzahl wurde der primäre Sektor *Landwirtschaft* in dieser Tabelle nicht berücksichtigt.

¹⁰ Die absoluten Zahlen können *Tabelle A8* im Anhang entnommen werden.

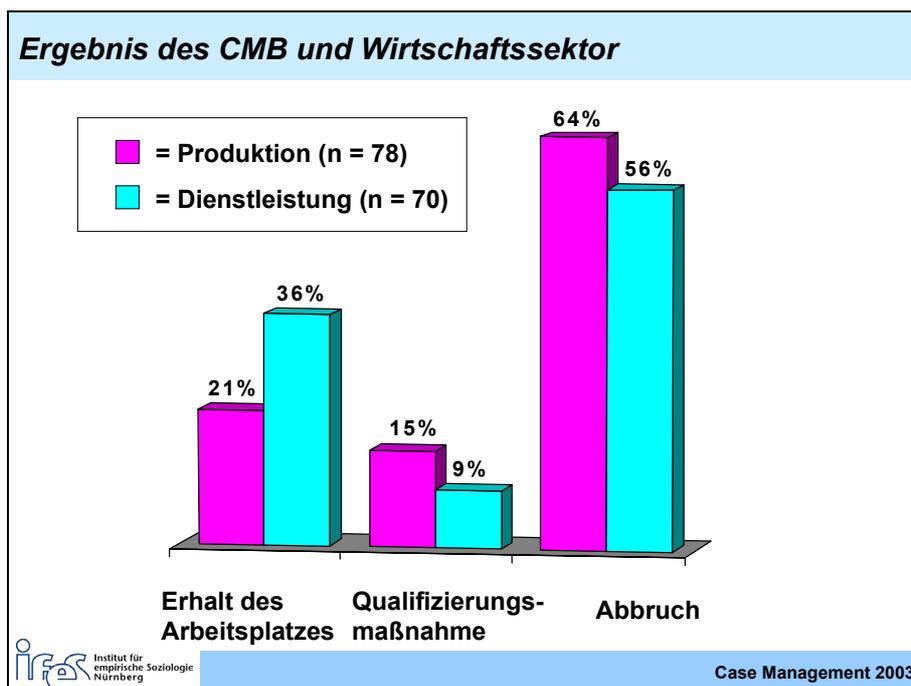


Abbildung 26

Die Erfolgsquote des CMB, d. h. der prozentuale Anteil der KlientInnen, deren Beschäftigungsverhältnis erhalten werden konnte, liegt im Bereich der Dienstleistung bei 36%. Im Wirtschaftssector Produktion kehrten dagegen nur 21% der KlientInnen in ihren ehemaligen Betrieb zurück. Betrachtet man die Anzahl der CMB-Fälle, die in eine längerfristigen Qualifizierungsmaßnahme mündeten, so fällt auf, daß mehr KlientInnen aus der Produktion (15%) als aus dem Bereich der Dienstleistung (9%) diese Möglichkeit wahrnehmen konnten. Wenn man den Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses und die Einmündung in eine Qualifizierungsmaßnahme zusammengenommen als positiven CMB-Verlauf wertet, dann liegt die Quote positiv verlaufener CMB-Fälle im Dienstleistungssector bei 44% und im Sektor *Produktion* bei 36%. Entsprechend fällt die Zahl der CMB-Abbrüche im Wirtschaftssector *Dienstleistung* mit 56% auch geringer aus als mit 64% in der *Produktion*. Für das Zusammenhangsmaß *Cramers V* ergibt sich der Wert 0,182, d. h. es besteht ein sehr geringer Zusammenhang zwischen den Merkmalen *Ergebnis des CMB* und *Wirtschaftssector*.

In den bisherigen Tabellen wurden jeweils alle drei möglichen CMB-Ergebnisse (Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses, Teilnahme an einer längerfristigen Qualifizierungsmaßnahme und CMB-Abbruch) in Zusammenhang mit verschiedenen Merkmalen der KlientInnen oder der Beschäftigungsbetriebe dargestellt. Bei den folgenden Tabellen werden nun erfolgreiche und erfolglose CMB-Fälle getrennt voneinander betrachtet. Zunächst wird der Blick auf die Gruppe der KlientInnen gerichtet, deren Beschäftigungsverhältnis erhalten werden konnte.

Tabelle 13 zeigt, wie diese 45 KlientInnen beruflich reintegriert wurden: durch *Umgestaltung des bisherigen Arbeitsplatzes, Umsetzung* oder *Neuschaffung eines Arbeitsplatzes*.

Tabelle 13: Art der beruflichen Wiedereingliederung

Art der Wiedereingliederung	Anzahl	in %
Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz im bisherigen Unternehmen	22	52%
Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz im bisherigen Unternehmen	17	41%
Neuschaffung eines Arbeitsplatzes im bisherigen Unternehmen	3	7%
Gesamt	42*	100%

*Anzahl der fehlenden Werte: 45 - 42 = 3

52% der KlientInnen kehrten an ihren ehemaligen (behinderungsgerecht umgestalteten) Arbeitsplatz zurück. In vergleichbar vielen Fällen konnte das Beschäftigungsverhältnis des / der RehabilitandIn durch die Umsetzung innerhalb des Unternehmens erhalten werden (41%). Nur für 7% der KlientInnen mußte ein Arbeitsplatz neu geschaffen werden.

Aus *Abbildung 20* ging hervor, daß von insgesamt 176 abgeschlossenen CMB-Fällen 103 mit einem Abbruch endeten. Die betroffenen KlientInnen kehrten weder an einen behindertengerechten Arbeitsplatz in ihrem Unternehmen zurück noch nahmen sie an einer längerfristigen Qualifizierungsmaßnahme teil. Für diese Fälle soll im Folgenden zunächst dargestellt werden, welchen beruflichen Status der / die KlientIn zum Abbruchzeitpunkt hatte (*Tabelle 14*).

Tabelle 14: Beruflicher Status des / der RehabilitandIn zum Abbruchzeitpunkt

Beruflicher Status	Anzahl	in %
beschäftigt beim bisherigen Arbeitgeber	62	62%
arbeitslos	16	16%
BezieherIn einer Erwerbsminderungsrente	2	2%
Hausfrau / Hausmann	1	1%
Sonstiges	19	19%
Gesamt	100*	100%

*Anzahl der fehlenden Werte: 176 - 100 = 76

Es ergibt sich folgendes Gesamtbild: 62% der RehabilitandInnen wurden zum Zeitpunkt des Abbruchs noch von ihrem bisherigen Arbeitgeber beschäftigt, nur 16% waren zu diesem Zeitpunkt bereits arbeitslos. Die wenigsten RehabilitandInnen gaben an, Hausfrau / Hausmann zu sein (1%); ebenfalls gering ist die Anzahl derer, die zum Zeitpunkt des CMB-Abschlusses Erwerbsminderungsrente bezogen (2%).

Die *Abbildungen 27 bis 30* stellen nun die *Gründe für einen Abbruch des CMB* aus verschiedenen Perspektiven dar. Differenziert wird hierbei zwischen arbeitgeberbezogenen, klientInnenbezogenen und sonstigen Abbruchgründen. Da die MitarbeiterInnen der CMB-Stellen jeweils mehrere Gründe für den Abbruch eines Falles angeben konnten, liegt die Zahl der Nennungen hier über der Zahl der Fälle. Ordnet man die Nennungen den drei unterschiedlichen Kategorien zu, so zeigt sich, daß 64% der angeführten Abbruchgründe die Arbeitgeber betreffen, bei 30% handelt es sich um rehabilitandInnenbezogene Abbruchgründe und der Rest der Nennungen entfällt auf sonstige Gründe (*Abbildung 27*).

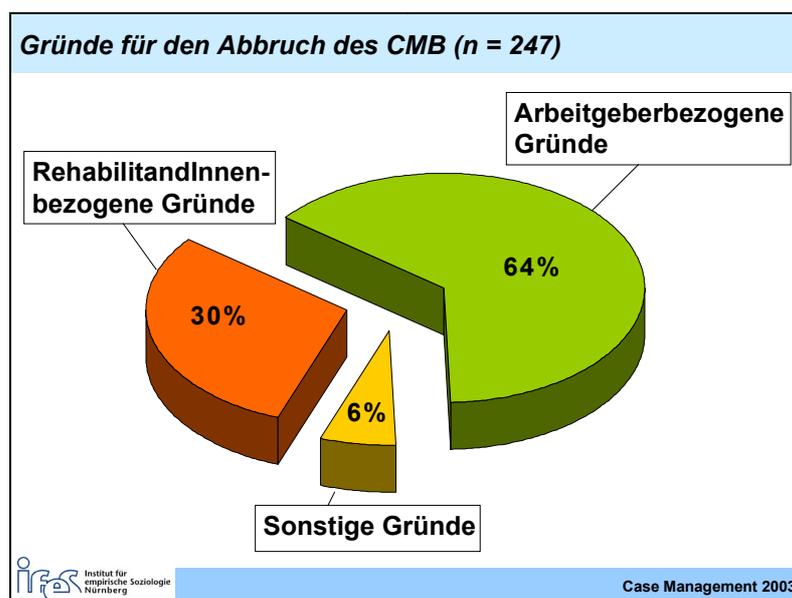


Abbildung 27

Die Abbruchgründe im einzelnen sind in den *Abbildungen 28 bis 30* wiedergegeben. Im Unterschied zur *Abbildung 27* zeigen die Prozentangaben in diesen *Abbildungen* jeweils an, in wieviel Prozent der insgesamt 103 *Fälle* (!) der genannte Sachverhalt (neben anderen möglichen Gründen) zum Abbruch des CMB führte¹¹. Der häufigste *arbeitgeberbezogene Abbruchgrund* (*Abbildung 28*) lag demnach in der fehlenden Möglichkeit zur behinderungsgerechten Weiterbeschäftigung des / der RehabilitandIn (66%). Eine zu geringe Leistungsfähigkeit des / der Betroffenen wurde von Arbeitgebern ebenfalls oft als Grund für die fehlende Bereitschaft zur behinderungsgerechten Wiedereingliederung angeführt (27%). Nur 3% der Arbeitgeber verweigerten hingegen die Weiterbeschäftigung, weil sie das Verhalten ihres/r ehemaligen ArbeitnehmerIn als unangemessen empfanden. Fehlende Qualifikationen der KlientInnen wurden mit 8% ebenfalls selten bemängelt.

¹¹ Die absoluten Zahlen können *Tabelle A9* im Anhang entnommen werden.

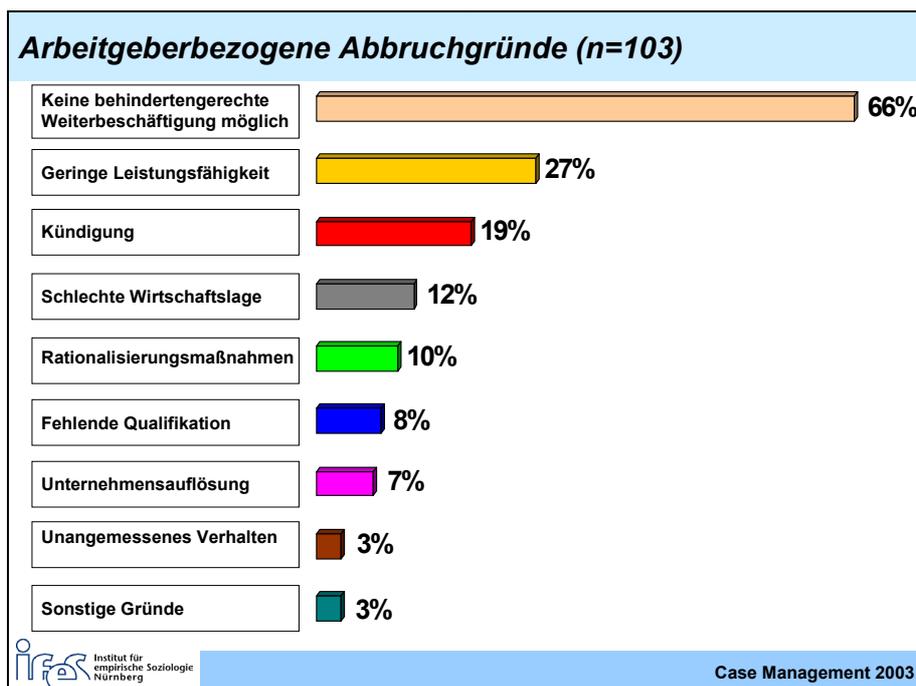


Abbildung 28

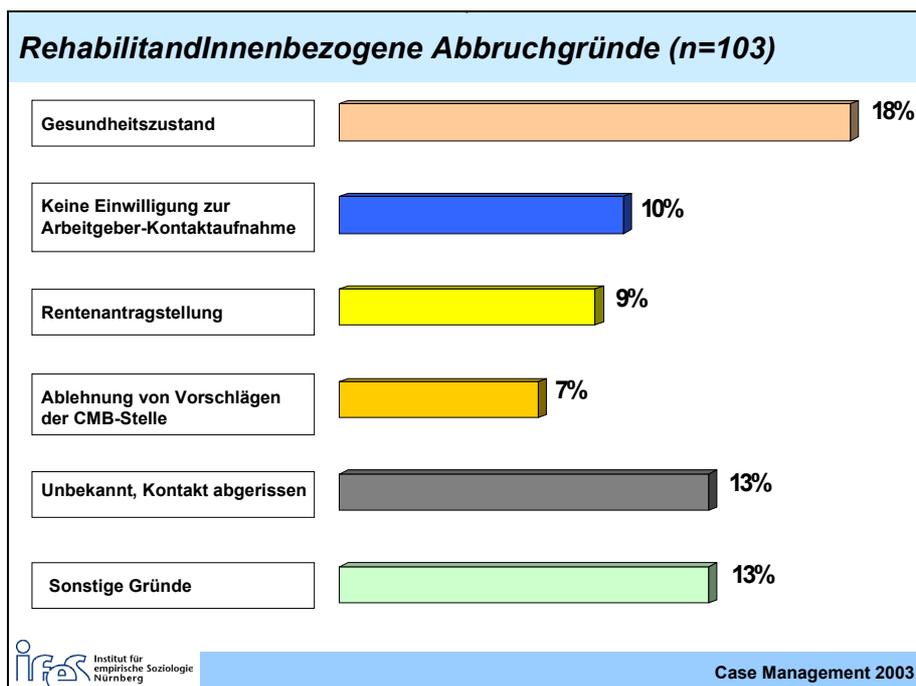


Abbildung 29

Unter den *rehabilitandInnenbezogenen Abbruchgründen* (Abbildung 29) dominierten mit 18% gesundheitliche Probleme. In 9% der Fälle wurde CMB wegen einer Rentenantragstellung der / des RehabilitandIn abgebrochen. Nur in 7% führte die Ablehnung von Vorschlägen der CMB-Stelle zum Betreuungsabbruch. Darüber hinaus wurde CMB in jeweils 4% der Fälle wegen Ablehnung des Antrags auf *Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben* bzw. wegen

eines bereits ausgeschöpften Zeitrahmens für die CMB-Betreuung abgebrochen (*Abbildung 30*).

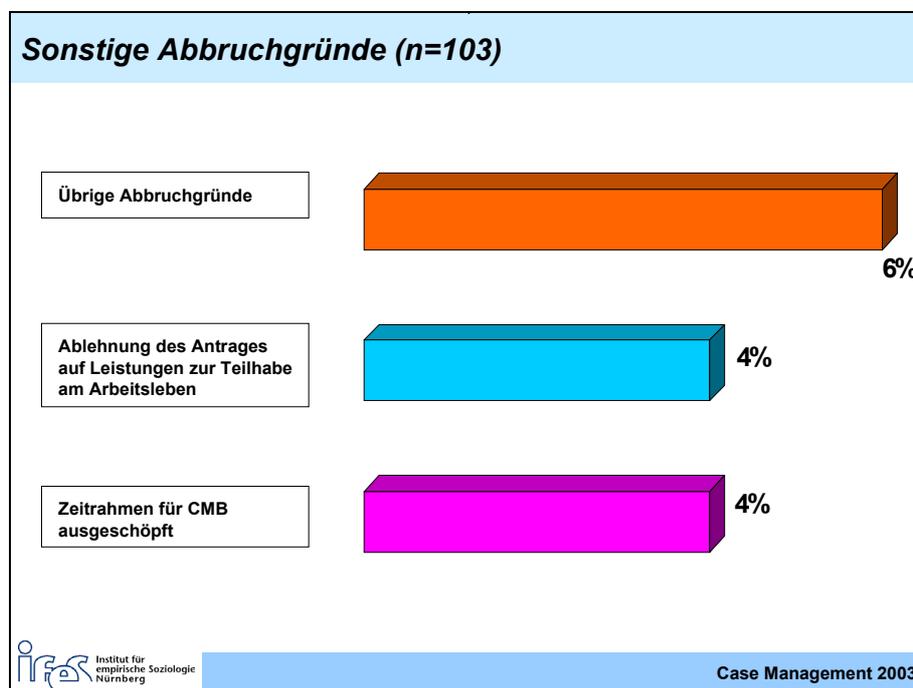


Abbildung 30

Auf dem Dokumentationsbogen *Beendigung des CMB* wurden die Case ManagerInnen abschließend gebeten, den Verlauf der CMB-Betreuung des / der betreffenden RehabilitandIn zu bewerten. In 62% der insgesamt 176 abgeschlossenen Fälle äußerten sich die Case ManagerInnen über den Fallverlauf positiv. Dabei wurden 44% der CMB-Verläufe als *zufriedenstellend* und 18% als *besonders gut* eingestuft. 39% der CMB-Prozesse verliefen aus Sicht der Case ManagerInnen dagegen *besonders schwierig*.

Tabelle 15: Einschätzung des CMB-Verlaufs

Einschätzung insgesamt als ...	Anzahl	in %
besonders gut	30	18%
zufriedenstellend	74	44%
besonders schwierig	66	39%
Gesamt	170*	100%

Hinweis: Die Abweichung der Prozentsumme von 100 ist rundungsbedingt.

*Anzahl der fehlenden Werte: 176 - 170 = 6

3.3 Probleme der CMB-Stellen im Berichtszeitraum

Grundlage der in diesem Abschnitt erläuterten Schwierigkeiten an den Projektstandorten ist eine Befragung der CMB-Stellen, die im Februar 2003 per email durchgeführt wurde. Den Case ManagerInnen wurde dabei eine Liste möglicher Probleme vorgelegt, die in die Bereiche *Zugang*, *Gutachten*, *Sonstige Netzwerkprobleme* und *Sonstige Rahmenbedingungen des CMB* gegliedert waren. Außerdem war am Ende der Liste ein Feld für die freie Eintragung von *Sonstigen Problemen* vorgesehen. Die Case ManagerInnen wurden gebeten, die sie betreffenden Probleme anzukreuzen. Dabei hatten sie die Auswahl zwischen den Antwortmöglichkeiten *sehr drängendes Problem*, *drängendes Problem* und *Problem ist immer noch ungelöst*. Die Liste basierte zum einen auf Ergebnissen der standortübergreifenden Arbeitssitzung *Netzwerk und Öffentlichkeitsarbeit*, die im Oktober 2002 statt fand (vgl. Abschnitt 2.2), und zum anderen auf Informationen, die aufgrund des Kontakts der Case ManagerInnen mit dem Team der Begleitforschung während des Berichtszeitraums an das *Institut für empirische Soziologie* übermittelt wurden.

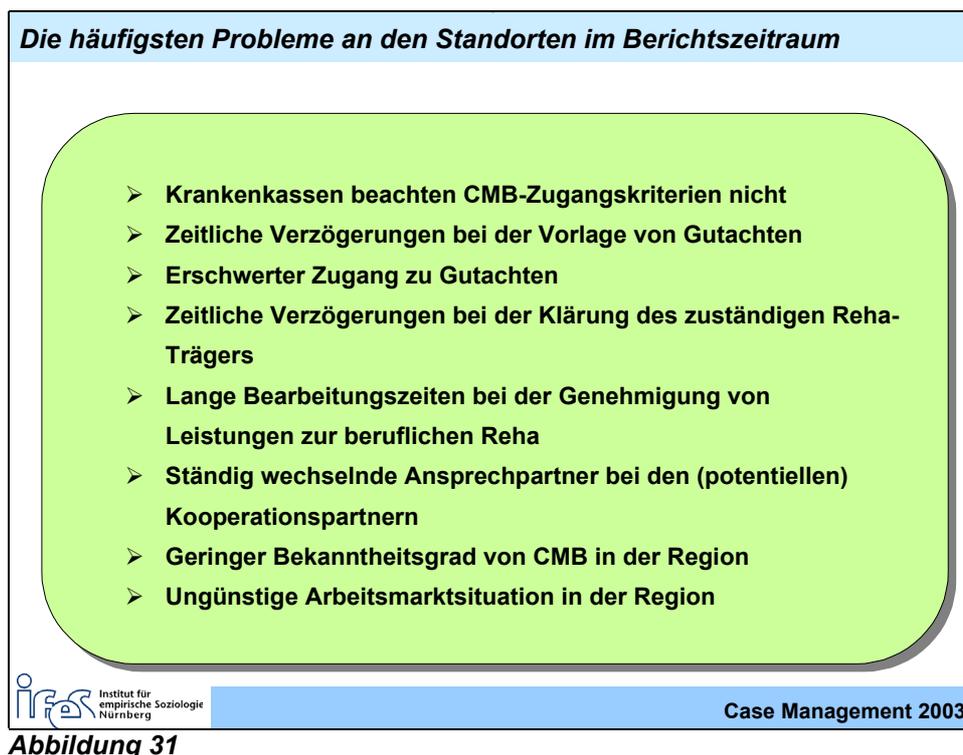


Abbildung 31

➤ **Zugang**

Im Bereich des KlientInnenzugangs bemängeln die Case ManagerInnen vor allem die Mißachtung der CMB-Zugangskriterien durch die Krankenkassen, beispielsweise werden häufig ArbeitnehmerInnen erst nach einer sehr langen Arbeitsunfähigkeitsdauer an die CMB-Stelle zur Betreuung vermittelt. Außerdem kommt es vor, daß Gutachten von MitarbeiterInnen der Krankenkassen falsch beurteilt und interpretiert werden. Die Folge ist eine Zuweisung von für CMB ungeeigneten RehabilitandInnen, deren Aussichten auf einen erfolgreichen CMB-Abschluß relativ gering sind. Einige Standorte klagen zudem über zu wenige Neuzugänge von den Krankenkassen oder von anderen Stellen. An einem Standort gibt es überdies bislang keine Möglichkeit, Schwerbehinderte zu betreuen, da sich der Integrationsfachdienst bzw. das Integrationsamt für allein zuständig erklärt.

➤ **Gutachten**

Ein Problem für die CMB-Stellen sind häufig die Inhalte der Gutachten: Sind medizinische Prognosen und Diagnosen nicht aussagekräftig formuliert, veraltet oder unleserlich, müssen die Case ManagerInnen unter zusätzlichem Zeitaufwand neue Gutachten oder Reha-Entlassungsberichte anfordern. Darüber hinaus wird den Case ManagerInnen der Zugang zu Gutachten an einigen Standorten offenbar erheblich erschwert: Die Krankenkassen vor Ort geben medizinische Gutachten aus Datenschutzgründen mit Verweis auf SGB X trotz Einverständnis der KlientInnen nicht an die CMB-Stellen weiter. Für die Case ManagerInnen ist es lediglich möglich, die Gutachten bei den Krankenkassen einzusehen oder mit weiterem Zeitaufwand bei anderen Stellen zu beschaffen. Außerdem dauert es an einigen Standorten offensichtlich sehr lange, bis angeforderte Expertisen vorliegen.

➤ **Sonstige Netzwerkprobleme**

Ein geringer Bekanntheitsgrad von CMB in der Region ist offensichtlich immer noch ein Hindernis, das den CMB-Stellen oftmals die Kooperation mit bestimmten Projektpartnern erschwert. Auch der häufige Wechsel von Ansprechpartnern bei den Krankenkassen und der damit verbundene Informationsverlust beeinträchtigen die Zusammenarbeit erheblich. Überdies klagen verschiedene Case ManagerInnen darüber, daß es bisher zu keinerlei Zusammenarbeit mit der *BfA*, Betriebskrankenkassen sowie den regionalen *MDK*-Stellen gekommen sei. Eine mangelnde Unterstützung durch die Verantwortlichen im jeweiligen Arbeitsamt sowie die fehlende Entscheidungskompetenz der Reha-Berater behindern außerdem an mehreren Standorten den zügigen und reibungslosen

Ablauf von CMB. Problematisch ist darüber hinaus, daß die Arbeit der CMB-Stellen durch lange Wartezeiten in großem Maße beeinträchtigt wird: Oft dauert es zu lange, bis der zuständige Reha-Träger feststeht, unter Umständen kann aufgrund dessen ein Fall wochenlang nicht weiterbearbeitet werden. Einige Case ManagerInnen bemängeln zudem, daß die Einleitung der medizinischen Reha in manchen Fällen zu lange dauert. Ebenfalls verzögern lange Bearbeitungszeiten bei der Genehmigung von Leistungen zur beruflichen Reha, insbesondere bei der *LVA* und der *BfA*, den CMB-Prozeß.

➤ **Sonstige Rahmenbedingungen des CMB**

An einigen Standorten herrscht Unsicherheit über die Weiterfinanzierung von CMB: diese Stellen verfügen nicht über eine Finanzierungszusage für das Case Management bis zum Projektende. Für die jeweilige Durchführungsorganisation stellt dieser Sachverhalt ein unkalkulierbares Risiko dar, mit der Folge, daß der Verbleib im Modellprojekt nicht gesichert und insbesondere der / die betreffende Case ManagerIn permanent der Belastung eines drohenden Arbeitsplatzverlustes ausgesetzt ist. Darüber hinaus geben die CMB-Stellen vielfach als unüberwindbare Barriere zur Durchführung eines erfolgreichen CMB die ungünstige Arbeitsmarktsituation in der Region an: Betroffen sind vor allem die Standorte, deren KlientInnen im ländlichen Raum leben und arbeiten. Die Betriebsstruktur ist in diesen Regionen zum einen durch Klein- und Mittelstandsbetriebe gekennzeichnet, die häufig nicht über die Möglichkeiten verfügen, einen / eine gesundheitlich beeinträchtigte MitarbeiterIn im Betrieb weiter zu beschäftigen. Zum anderen ist dort oftmals die Arbeitslosenquote überaus hoch, was vermuten läßt, daß der Arbeitsmarkt über genügend qualifizierte und gesunde Arbeitskräfte verfügt, die in direkter Konkurrenz zu den CMB-KlientInnen stehen. Ferner klagt ein Case Manager über die mangelnde Unterstützung durch die Leitung seiner CMB-Durchführungsorganisation: Insbesondere sei die CMB-Stelle generell mit zu wenigen Sachmitteln ausgestattet, die beispielsweise dringend zur Durchführung einer gezielten und professionellen Öffentlichkeitsarbeit (Flyer und Plakate) benötigt werden. Über zu wenige Zeit für die CMB-Durchführung sowie keine Zeit für die CMB-Dokumentation verfügte ein/e Case ManagerIn: Die Konsequenz dieser fehlenden Freistellung für CMB war der Ausstieg des Standortes aus dem Modellprojekt im Juli 2002. Schließlich empfinden manche Case ManagerInnen ihre fehlende Entscheidungskompetenz als wesentlichen Mangel bei ihrer Arbeit mit den RehabilitandInnen und deren Arbeitgebern.

4 **Ausblick**

In den kommenden Monaten werden die im Rahmen des Modellprojekts zu erledigenden Routineaufgaben fortgesetzt:

- laufende Erfassung, -aufbereitung und -analyse des von den CMB-Stellen sowie den RehabilitandInnen und Betrieben übermittelten Datenmaterials,
- laufende Sichtung und Analyse themenbezogener Informationen aus Literatur und Internet,
- Übermittlung von praxisrelevanten Informationen und Hinweisen an die CMB-Stellen und ggf. weitere ProjektpartnerInnen.

Darüber hinaus werden die in *Abschnitt 2* vorgestellten CMB-Veranstaltungen im Frühsommer und Herbst dieses Jahres wie geplant vorbereitet, durchgeführt und dokumentiert.

Das Projektjahr wird abgeschlossen mit den Arbeiten zum dritten CMB-Zwischenbericht, der fristgemäß im ersten Quartal 2004 vorgelegt wird.

Literaturverzeichnis

- Ammon, U.; Becke, G.; Howaldt, J.; Katenkamp, O.; Klatt, R.; Ollmann, R.; Peter, G.; Pröll, U.; Riezler, M. 1998:** Netzwerkbildung als Innovationsstrategie: Rahmenkonzept und Anwendungsbeispiele. 2. erw. Aufl. (URL: [http://www.sfs-dortmund.de/transfer ... oschuren/lang/hauptteil-lang.html](http://www.sfs-dortmund.de/transfer...oschuren/lang/hauptteil-lang.html), Stand: 25.7.2000, 16 Seiten)
- Bahn Müller, E.; Bennewitz, H.; Borsdorf, E.; Enggruber, R.; Förster, H.; Grüttner, A.; Häcker, E.; Hinze-Krumnow, H.; Kretschmer, D.; Kuhnke, R.; Lorenz, A.; Maas, N.; Mack, W.; Mittag, H.; Petran, W.; Reiberg, L.; Reißig, B.; Sängler, R.; Spitzl, M.; Wächter-Scholz, F.; Vornoff, H.; Winter, J. 2001:** Lokale und regionale Netzwerke zur sozialen und beruflichen Integration Jugendlicher: Aktuelle Beiträge aus Theorie und Praxis. Offenbach am Main: INBAS (URL: http://www.inbas.com/publikationen/download/inka2_lokale-regionale-netzwerke.pdf, Stand: 1. März 2003)
- Bassarak, H.; Genosko, J. 2001:** Synergieeffekte mit Kosteneinsparungen: Zur Funktion und Bedeutung von Netzwerken und Netzwerkarbeit. In: *Mitteilungen LJA WL* 149: 13-20
- Bauer, P.; zur Bosen, M. 2000:** RTSC-Konferenz des Internationalen Postzentrums der Deutschen Post AG am Flughafen Frankfurt am Main. In: *Königswieser / Keil* 2000: 227-232
- Bennewitz, H.; Enggruber, R.; Freytag, I.; Grosch, B.; Kominek, W.; Müller-Bachmann, E.; Roßdeutscher, R.; Rüb, H.; Sängler, R.; Schönemann, G. 2001:** jugend@work.net: Entwicklung einer Konzeption für lokale / regionale Kooperationsnetze am Beispiel einer Großstadt – Pilotstudie: Hamburg Abschlußbericht (URL: <http://www.kwb.de/pdf/jugendabschlussbericht.pdf>, Stand: 1. März 2003)
- Bennewitz, H.; Sängler, R. 2001:** Überlegungen zum Aufbau und zur Struktur lokaler und regionaler Kooperationsnetze. In: *Bennewitz et al.* o.J.: 29-46
- Benthin, N.; Baumert, M. 2001:** Selbstevaluation als Methode der Qualitätsentwicklung, Prozeßsteuerung und summativen Evaluation. In: *Weber* 2001: 261-280
- Benzenberg, I. 1999:** Netzwerke als Regulations- und Aktionsfeld der beruflichen Weiterbildung: Konzepte, Erfahrungen und Perspektiven. Bochum: Winkler
- Bispinck, R.; WSI-Tarifarchiv 2002:** Tarifpolitik für ältere ArbeitnehmerInnen. Eine Analyse von tariflichen Regelungen in ausgewählten Tarifbereichen. Elemente qualitativer Tarifpolitik Nr. 49. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung
- zur Bosen, M. 1995:** Simultaneous Change – Schneller Wandel mit großen Gruppen. In: *Organisationsentwicklung* 4: 30-43
- zur Bosen, M. 2003:** Real Time Strategic Change: Schneller Wandel mit großen Gruppen. Stuttgart: Klett-Cotta
- Boos, F.; Königswieser 2000:** Unterwegs auf einem schmalen Grat: Großgruppen in Veränderungsprozessen. In: *Königswieser / Keil* 2000: 17-29
- Brader, D.; Faßmann, H.; Wübbecke, Chr. 2002:** „Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)“ – Erster Sachstandsbericht einer Modellinitiative der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie Nürnberg*, 3/2002, Nürnberg: IfeS
- Bredemeyer, S.; Maleh, C.; Nelles, H.-G. 2002:** „Wir bilden Zukunft“ – Eine RTSC-Konferenz rüttelt wach und weckt Vernetzungspotenzial. In: *Weber* 2002: 143-151
- Bunker, B. B.; Alban, B. T. 1997:** Large Group Interventions: Engaging The Whole System for Rapid Change. San Francisco: Jossey-Bass
- Burow, O. A.; Marschall, S.; Schulte, D.; Taubken, N. 2002:** Aktuelle und bewährte Konzepte zur Gestaltung und Moderation von Großgruppenveranstaltungen – Ein Wegweiser – Entwurf, 2. Fassung (URL: http://www.uni-kassel.de/fb1/burow/neue_methoden/WegweiserEntwurf_6%2031%2010%2020.pdf, Stand: 4.3.2003)

- Castor, C. 2002:** Regionale Qualifizierungsnetzwerke – Netzwerktheoretische Perspektiven der Weiterbildung (URL: <http://www.uni-bielefeld.de/iwt/gk/own%20stuff/Netzwerk.pdf>, Stand: 4.3.2003)
- Dahme, H.-J. 2000:** Kontraktmanagement und Leistungsvereinbarungen – Rationalisierung des sozialen Dienstleistungssektors durch Vernetzung. In: *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit* 51, Heft 2: 62-68
- Dannemiller, K.; James, S. L.; Tolchinsky, P. D. 2002:** Whole-Scale Change (WSC). In: *Holman / Devane* 2002: 165-175
- Degele, N.; Münch, T.; Pongratz, H. J.; Saam, N. J. (Hrsg.) 2001:** Soziologische Beratungsforschung: Perspektiven für Theorie und Praxis der Organisationsberatung. Opladen: Leske + Budrich
- Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information 1994:** ICD-10. Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. Band 1 – Systematisches Verzeichnis, Bern u.a.: Verlag Hans Huber.
- 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). Forschungsbericht, Nürnberg: IfeS
- Förster, N. 2002:** Netzwerkarbeit als Lichtblick oder Selbstzweck? Über die Rahmenbedingungen, Möglichkeiten und Grenzen von Netzwerkarbeit in der Jugendberufshilfe. In: *Regiestelle E&C der Stiftung SPI* 2002:5-9
- Fürst, D.; Schubert, H. 1998:** Regionale Akteursnetzwerke. Zur Rolle von Netzwerken in regionalen Umstrukturierungsprozessen. In: *Raumforschung und Raumordnung*, Heft 5/6: 352-361 (URL: http://www.ies.uni-hannover.de/F21/Aner/artikel_deu.htm, Stand: 25.7.2000, 11 Seiten)
- Geßner, A. 2001:** Zur Bedeutung von Macht in Beratungsprozessen. Sind mikropolitische Ansätze praxistauglich? In: *Degele et al.* 2001: 39-54
- Hans-Böckler-Stiftung 2001:** Der betriebliche Alltag ist nicht alltäglich. Erste Ergebnisse der zweiten repräsentativen Befragung von Betriebsräten durch das WSI (Auswahl). In: *einblick* 4/01, 05.03.2001 (URL: <http://www.einblick.dgb.de/archiv/0104/tx010401.htm>, Stand: 19.3.2003, 3 Seiten).
- Hartmann, P. 2001:** Qualitative Interviews nach der PRA-Methode – Mit Moderationstechniken in nur sieben Tagen von der Interviewerschulung bis zur Präsentation der Ergebnisse. In: *Sozialwissenschaften und Berufspraxis* 24, Heft 2: 165-170
- Herzog, I. 1999:** Menschen für Visionen gewinnen – RTSC-Konferenz. In: *manager-Seminare*, Januar / Februar 99: 108-115 (URL: <http://www.all-in-one-spirit.de/lit/rtsc/rtsc02.htm>, Stand: 2. März 2003, 5 Seiten)
- Hirsch-Kreinsen, H. 2002:** Unternehmensnetzwerke – revisited. In: *Zeitschrift für Soziologie* 31, Heft 2: 106-124
- Holman, P.; Devane, T. (Hrsg.) 2002:** Change Handbook. Zukunftsorientierte Großgruppen-Methoden. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme-Verlag
- Howaldt, J.; Kopp, R. 2001:** Der langsame Abschied vom Verkündigungsmodell. Methodische Konsequenzen einer selbstreflexiven Programmatik in der Organisationsberatung. In: *Degele et al.* 2001: 159-176
- Hummelbrunner, R.; Hütten, K. J.; Rabitsch, J.; Wüst, R.; Zapp, H. 2000:** Die räumliche Dimension in Beratungsprozessen. In: *Königswieser / Keil* 2000: 114-125
- Jacobs, R. W.; McKeown, F. 1999:** Real Time Strategic Change (RTSC) bzw. Strategische Veränderung in Echtzeit. In: *Holman / Devane* 2002: 234-247
- Königswieser, R. 2000:** Das Feuer von Großgruppen. In: *Königswieser / Keil* 2000: 30-44 sowie *Königswieser / Exner* 2001: 313-329
- Königswieser, R.; Exner, A. 2001:** Systemische Intervention: Architekturen und Designs für Berater und Veränderungsmanager. 6. Aufl., Stuttgart: Klett-Cotta

- Königswieser, R.; Keil, M. (Hrsg.) 2000:** Das Feuer großer Gruppen: Konzepte, Designs, Praxisbeispiele für Großveranstaltungen. Stuttgart: Klett-Cotta
- Königswieser, R.; Keil, M. 2000a:** Einleitung. In: *Königswieser / Keil 2000*: 9-13
- Krieg, H.-J. 2000:** Die „ver-rückte“ Belegschaft. Schneller Wandel mit dem Großgruppen-Ansatz. In: *Königswieser / Keil 2000*: 233-245
- Niehaus, M.; Kurth-Laatsch, S.; Nolteernsting, E. 2001: Wohnortnahe berufliche Rehabilitation.** Evaluationsforschung zum Modellprojekt für Frauen in der betrieblichen Rehabilitation. *BMA-Forschungsbericht*, Band 292, Bonn: BMA.
- ohne Verfasser 2003:** Planungskompetenz.
(URL: <http://www.schule.bremen.de/team/ziele/planungskompetenz.htm>, Stand: 15. März 2003)
- Oliva, H.; Görgen, W.; Schlanstedt, G.; Schu, M.; Sommer, L. 2001:** Vernetzung, Planung und Steuerung der Hilfen für Suchtkranke: Ergebnisse des Kooperationsmodells nachgehender Sozialarbeit. *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit*, Band 135, Baden-Baden: Nomos
- pebb GmbH 2001:** Pilotprojekt Betriebliches Reha-Management – Projektbeschreibung. Ober-Hilbersheim: pebb GmbH
- Regiestelle E&C der Stiftung SPI (Hrsg.) 2002:** Dritte Regionalkonferenz der REGION Ost Netzwerkarbeit. Berlin: E&C (URL: http://www.eundc.de/download/reko_ost_03.pdf, Stand: 1. März 2003)
- Sänger, R.; Bennewitz, H. 2001:** Von der Last zur Lust an der Zusammenarbeit - Handlungsempfehlungen zum Aufbau von Netzwerken gegen Jugendarbeitslosigkeit. In: *Bahn Müller et al. 2001*: 75-100
- Schäfer, C.; Terhalle, J. 2002:** Unternehmenskooperation im regionalen Netzwerk: Wirtschaftstag Zollernalb mit RTSC. In: *Weber 2002*: 209-219
- Scheff, J. 1999:** Lernende Regionen: Regionale Netzwerke als Antwort auf globale Herausforderungen. Wien: Linde
- Schild, H. 2001:** Vom Verbund zur Vernetzung: Zur Geschichte und den aktuellen Herausforderungen institutioneller Vernetzung in der Jugendberufshilfe. In: *Weber 2001*: 59-78
- Schimpf, E. 2001:** Vernetzung als Ziel: Zur begrifflichen Definition ihrer Operationalisierung und Erfolgsmessung. In: *Weber 2001*: 197-209
- Schmid, A.; Krömmelbein, S.; Köck, N.; Heinrich, C. 1999:** Neue Steuerungsformen arbeitsmarktlicher Prozesse? Erste Überlegungen über den Zusammenhang von Netzwerk und Arbeitsmarkt (URL: http://www.rz.uni-frankfurt.de/~gwiegger/sfb_dt/Steuerungsprozesse.html, Stand: 4.3.2003, 20 Seiten).
- Stietz, A. 2001:** Erfahrungen mit der Initiierung von lokalen Netzwerken in der Jugendberufshilfe im Odenwaldkreis: Lernen aus Chancen und Risiken. In: *Weber 2001*: 185-196
- Straßer, G. 2001:** Lernprozesse auf dem Weg zu einer regionalen Vernetzung – Anmerkungen zur wissenschaftlichen Begleitung im Landkreis Hersfeld-Rotenburg. In: *Weber 2001*: 175-184
- Strunk, G. 1999:** Netzwerkstrukturen. In: *Psychologie in Österreich*, Heft 3: 221-226
- Transfer e.K. Personalberatung und Qualifizierung o.J.:** Case-Management zur Erhaltung von Arbeitsplätzen für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen – Projektskizze. Hof: Transfer e.K.
- Vogel, A. 2001:** Soziologen als Organisationsberater. Ergebnisse der Kölner Beratungsstudie. In: *Degele et al. 2001*: 111-132
- Weber, S. (Hrsg.) 2001:** Netzwerkentwicklung in der Jugendberufshilfe: Erfahrungen mit Institutioneller Vernetzung im ländlichen Raum. Opladen: Leske + Budrich
- Weber, S. 2001a:** Wie vernetzen? Systematisches Vorgehen mit Vernetzungsverfahren, Projektplanung und Evaluation. In: *Weber 2001*: 239-259

- Weber, S. (Hrsg.) 2002:** Vernetzungsprozesse gestalten: Erfahrungen aus der Beraterpraxis mit Großgruppen und Organisationen. Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler
- Weber, S. 2002a:** Einleitung: Netzwerkinderventionen - Vielfalt in Organisationen und Organisationsnetzwerken gestalten. In: *Weber 2002*: 9-37
- Weber, S. 2002b:** Vernetzung als Prozeß entwerfen mit Großgruppenverfahren. In: *OrganisationsEntwicklung*, Heft 2: 60-73
- Wittenberg, R. 1991:** „Computerunterstützte Datenanalyse“. *Handbuch für computerunterstützte Datenanalyse*, Band 3, Stuttgart: G. Fischer

Anhang

Tabelle A1: Zugangswege zum CMB

Zugangsweg	Anzahl	in %
AOK	176	35%
DAK	34	7%
IKK	35	7%
BEK	26	5%
TKK	19	4%
sonstige Krankenkasse	6	1%
MDK	20	4%
Arbeitsamt	45	9%
LVA	86	17%
BfA	5	1%
Vorgesetzte oder KollegInnen im Betrieb	15	3%
Eigeninitiative des Rehabilitanden	12	2%
sonstiger Zugangsweg	18	4%
Gesamt	497*	100%

Hinweis: Die Abweichung der Prozentsumme von 100 ist rundungsbedingt.

*Anzahl der fehlende Werte: 497 – 497 = 0

Tabelle A2: Berufsbezogene Interessen des / der RehabilitandIn

Interesse	Ja		Nein		Gesamt*
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	
Tätigkeit beim bisherigen Arbeitgeber	212	73%	81	28%	293
Tätigkeit am bisherigen Arbeitsplatz	48	16%	245	84%	293
Tätigkeit bei einem anderen Arbeitgeber	85	29%	208	71%	293
Wechsel der beruflichen Tätigkeit	160	55%	133	45%	293
Weiterqualifizierung	97	33%	196	67%	293
vorzeitige Berentung	39	13%	254	87%	293
medizinische Rehabilitation	22	8%	271	93%	293
sonstige Interessen	17	6%	276	94%	293

Hinweis: Abweichungen der Prozentsummen von 100 sind rundungsbedingt.

*Anzahl der fehlenden Werte: 341 - 293 = 48

Tabelle A3: Ergebnis des CMB und Geschlecht

Ergebnis des CMB	Männer		Frauen		Gesamt
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	
Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses	31	25%	14	26%	45
Einmündung in Qualifizierungsmaßnahme mit mehr als dreimonatiger Dauer	22	18%	4	8%	26
Abbruch des CMB	70	57%	35	66%	105
Gesamt	123	100%	53	100%	176*

Cramers V = 0,135

* Anzahl der fehlenden Werte: 176 - 176 = 0

Tabelle A4: Ergebnis des CMB und Zugangsaltersklasse

Ergebnis des CMB	jünger als 45 Jahre		45 Jahre oder älter		Gesamt
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	
Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses	25	24%	19	29%	44
Einmündung in Qualifizierungsmaßnahme mit mehr als dreimonatiger Dauer	23	22%	3	5%	26
Abbruch des CMB	58	55%	43	66%	101
Gesamt	106	100%	65	100%	171*

Cramers V = 0,231

Hinweis: Abweichungen der Prozentsummen von 100 sind rundungsbedingt.

*Anzahl der fehlenden Werte: 176 - 171 = 5

Tabelle A5: Ergebnis des CMB und zuletzt ausgeübter Beruf

Ergebnis des CMB	Fertigungsberufe		Dienstleistungsberufe		Gesamt
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	
Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses	15	18%	23	33%	38
Einmündung in Qualifizierungsmaßnahme mit mehr als dreimonatiger Dauer	14	17%	5	7%	19
Abbruch des CMB	56	66%	41	59%	97
Gesamt	85	100%	69	100%	154

Hinweis: Abweichungen der Prozentsummen von 100 sind rundungsbedingt.

* Anzahl der fehlenden Werte: 176 - 158 = 18

Tabelle A6: Ergebnis des CMB und Betriebsgröße

Ergebnis des CMB	bis zu 19 MitarbeiterInnen		20 bis 199 MitarbeiterInnen		200 und mehr MitarbeiterInnen		Gesamt
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	
Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses	5	12%	20	34%	13	43%	38
Einmündung in Qualifizierungsmaßnahme mit mehr als dreimonatiger Dauer	7	17%	7	12%	3	10%	17
Abbruch des CMB	29	71%	32	54%	14	47%	75
Gesamt	41	100%	59	100%	30	100%	130
Cramers V = 0,189							

Hinweis: Abweichungen der Prozentsummen von 100 sind rundungsbedingt.

* Anzahl der fehlenden Werte: 176 - 130 = 46

Tabelle A7: Ergebnis des CMB und Dauer zwischen dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit und der ersten Kontaktaufnahme mit dem Betrieb

Ergebnis des CMB	bis zu einem halben Jahr		zwischen einem halben und einem Jahr		über ein Jahr		Gesamt
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	
Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses	7	35%	7	21%	6	32%	20
Einmündung in Qualifizierungsmaßnahme mit mehr als dreimonatiger Dauer	4	20%	4	12%	1	5%	9
Abbruch des CMB	9	45%	22	67%	12	63%	43
Gesamt	20	100%	33	100%	19	100%	72
Cramers V = 0,161							

Hinweis: Abweichungen der Prozentsummen von 100 sind rundungsbedingt.

* Anzahl der fehlenden Werte: 176 - 164 = 12

Tabelle A8: Ergebnis des CMB und Wirtschaftssektor (nur Produktions- und Dienstleistungssektor)

Ergebnis des CMB	Produktion		Dienstleistung		Gesamt
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	
Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses	16	21%	25	36%	41
Einmündung in Qualifizierungsmaßnahme mit mehr als dreimonatiger Dauer	12	15%	6	9%	18
Abbruch des CMB	50	64%	39	56%	89
Gesamt	78	100%	70	100%	148
Cramers V = 0,182					

Hinweis: Eine Abweichung der Prozentsumme von 100 ist rundungsbedingt.

Tabelle A9: Gründe für den Abbruch des CMB

arbeitgeberbezogene Abbruchgründe	Ja		Nein oder keine Angabe		Gesamt
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	
keine Möglichkeit zur behindertengerechten Weiterbeschäftigung des / der RehabilitandIn	68	66%	35	34%	103
geringe Leistungsfähigkeit des / der RehabilitandIn	28	27%	75	73%	103
Beendigung des Arbeitsverhältnisses (Vertrag läuft aus oder Kündigung)	20	19%	83	81%	103
schlechte Wirtschaftslage	12	12%	91	88%	103
Rationalisierungsmaßnahmen	10	10%	93	90%	103
fehlende Qualifikation des / der RehabilitandIn	8	8%	95	92%	103
Unternehmensauflösung	7	7%	96	93%	103
unangemessenes Verhalten des / der RehabilitandIn	3	3%	100	97%	103
sonstige arbeitgeberbezogene Abbruchgründe	3	3%	100	97%	103
rehabilitandInnenbezogene Abbruchgründe					
Gesundheitszustand	19	18%	84	82%	103
Einwilligung den Arbeitgeber anzusprechen, verweigert	10	10%	93	90%	103
Rentenantragstellung	12	9%	91	91%	103
Ablehnung von Vorschlägen der CMB-Stelle	7	7%	96	93%	103
unbekannt, Kontakt zum / zur RehabilitandIn ist abgerissen	13	13%	90	87%	103
sonstige rehabilitandenbezogene Abbruchgründe	13	13%	90	87%	103
sonstige Abbruchgründe					
Ablehnung des Antrags auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	4	4%	99	96%	103
Zeitraumen für CMB ausgeschöpft	4	4%	99	96%	103
übrige Abbruchgründe	6	6%	97	94%	103

Anzahl der fehlenden Werte: $176 - 103 = 73$.

**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,-- €)
- Heft 4/2002 Funk, W.: Schulklima in Hessen – Deutsche Teilstudie zu einer international vergleichenden Untersuchung im Auftrag des Observatoriums für Gewalt an Schulen, Universität Bordeaux. Endbericht. (126 Seiten, Schutzgebühr € 15,--)
- Heft 1/2003 Funk, W.: Die Potentiale kommunal vernetzter Verkehrssicherheitsarbeit für Kinder. Überarbeiteter Vortrag auf dem Symposium „Vernetzte Verkehrssicherheitsarbeit für Kinder im Erftkreis“, am Dienstag 10.12.2002, Rathaus Brühl. (35 Seiten, Schutzgebühr € 7,--)
- Heft 2/2003 Faßmann, H.: Case Management und Netzwerkkooperation zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen – Chancen, Probleme und Handlungsmöglichkeiten. (26 Seiten, Schutzgebühr 7,-- €)
- Heft 3/2003 Funk, W.: School Climate and Violence in Schools – Results from the German Part of the European Survey on School Life. (20 Seiten, Schutzgebühr 5,-- €)

- Heft 4/2003 Faßmann, H.; Lechner, B.; Steger, R.: Qualitätsstandards für den Lernort „*Betriebliche Berufsausbildung und reha-spezifische Förderung durch einen Bildungsträger*“ - Ergebnisse einer Modellinitiative der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* „REGionale NETzwerke zur beruflichen Rehabilitation (lern-) behinderter Jugendlicher (REGINE)“. (75 Seiten; Schutzgebühr 16,--€)
- Heft 5/2003 Brader, D.; Faßmann, H.; Wübbecke, Chr.: „Case Management zur Erhaltung von Arbeits- und Ausbildungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)“ – Zweiter Sachstandsbericht einer Modellinitiative der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. (131 Seiten; Schutzgebühr 21,-- €)