Institut für
empirische
Soziologie
Nürnberg

1/2005

„Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)“

**Abschlußbericht
der wissenschaftlichen Begleitung
einer Modellinitiative
der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation***

Projektleitung:
Dr. Hendrik Faßmann

Projektbearbeitung:
Doris Brader
Dr. Hendrik Faßmann
Julia Lewerenz
Renate Steger
Dr. Christina Wübbeke

unter Mitarbeit von:
Agnes Dundler
Barbara Hasselmann
Kalina Lipinska
Mila Naidenova

MATERIALIEN

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

Februar 2005 **1/2005**

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

Zitierweise:
Brader, Doris; Faßmann, Hendrik; Lewerenz, Julia; Steger, Renate; Wübbeke, Christina (2005)
„Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)" – Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitung einer Modellinitiative der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, 1/2005, 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

Vorwort

Das Modellprojekt *"Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)"* wurde im Sommer 2001 auf Initiative der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* in Kooperation mit den Rehabilitationsträgern und unter Federführung des *Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung* begonnen und vom *Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg* wissenschaftlich begleitet. Ziel war es, ein Ausgliederungsverhinderungsmanagement unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen zu erproben und auf seine Wirksamkeit hin zu überprüfen sowie zu einer möglichst allgemeinverbindlichen Präzisierung des Dienstleistungskonzepts zu gelangen. Im Rahmen des bundesweit angelegten Entwicklungsprojekts konnten Informationen über Erfahrungen und Betreuungsaktivitäten für mehr als 1.000 Klient(inn)en der CMB-Stellen aus 13 Standorten dokumentiert und ausgewertet werden.

Nach dreieinhalb Jahren Laufzeit werden mit dem vorliegenden Abschlußbericht die Ergebnisse der Projektevaluation vorgelegt. Sie übertreffen die in das Case Management gesetzten Erwartungen: Bei fast der Hälfte der Klient(inn)en der einbezogenen Stellen konnten Beschäftigungsverhältnisse durch CMB erhalten oder berufliche Qualifizierungsmaßnahmen (großenteils mit Weiterbeschäftigungsoption) eingeleitet werden. Nach unseren Modellrechnungen ist - selbst bei größter Zurückhaltung - davon auszugehen, daß die Einsparungen auf Seite der Reha-Träger erheblich größer sind als die für das Eingliederungsmanagement aufzubringenden Kosten. Insofern muß betont werden, daß CMB gerade in der heutigen Zeit eine sinnvolle Sache ist und daher flächendeckend eingeführt werden sollte.

Im Rahmen der Projektevaluation wurden nicht nur Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität von CMB untersucht. Vielmehr konnte dieses Dienstleistungskonzept auch gemeinsam mit den eingebundenen Projektpartnern präzisiert und in Form handlungsorientierter Qualitätsstandards operationalisiert und publiziert werden. Diese lassen sich von allen interessierten (potentiellen) Anbietern eines Ausgliederungsverhinderungsmanagements zur praktischen Umsetzung der betreffenden Aktivitäten nutzen und stellen insofern ein überaus bedeutsames, praxisrelevantes Produkt des Entwicklungsprojekts dar.

Forschungsvorhaben wie das nunmehr abgeschlossene Projekt sind nur zu verwirklichen, wenn viele Personen und Stellen zu engagierter Mitarbeit bereit sind. Dies gilt vor allem, wenn hierfür eine enge, kontinuierliche Kooperation von Fachkräften aus Theorie und Praxis über einen längeren Zeitraum notwendig ist. Allen, die durch ihr Engagement, ihre Fachkenntnisse, ihre Erfahrung und ihre Bereitschaft, neue Wege zu erschließen, das Projekt ermöglicht und zu seinem Gelingen beigetragen haben, möchten wir an dieser Stelle dafür danken. Dieser Dank richtet sich an erster Stelle an *Herrn Dr. Hartmut Haines* vom *Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung* sowie *Herrn Bernd Steinke, Herrn Henning Kirsten, Herrn Rolf-Jürgen Maier-Lenz* und *Herrn Lenk* von der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.* Gedankt sei darüber hinaus den Case Manager(inne)n an den Projektstandorten, deren Dokumentationsarbeit für unsere Untersuchungen grundlegend war. Alle diese Mitwirkenden haben durch konstruktive Kritik, Anregungen und Hinweise sowie die tatkräftige Unterstützung der wissenschaftlichen Begleitung bei der Lösung gelegentlich auftretender Probleme wesentlich zu einem Gelingen des Modellprojekts beigetragen. Darüber hinaus danken wir in besonderem Maße den Adressat(inn)en des Modellprojekts, den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, aber auch ihren Arbeitgebern, die uns Ihre Erfahrungen zugänglich gemacht haben. Unser persönlicher Dank gilt schließlich allen Wissenschaftler(inne)n und dem Assistenzpersonal des CMB-Begleitforschungsteams, mit dessen Fachwissen, Organisations- und Moderationsgeschick, Engagement und Einsatz das anspruchsvolle Projekt erfolgreich durchgeführt und mit der Erarbeitung des vorliegenden Abschlußberichts zu einem guten Ende geführt werden konnte.

Dr. Rainer Wasilewski *Dr. Hendrik Faßmann*

Nürnberg, im November 2004

An der Entstehung des vorliegenden Abschlußberichts haben mitgewirkt:

für das *Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung*

Herr Dr. Hartmut Haines, Herr Wolfgang Hoffmann

für die *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation*

Herr Reinhard Ebert, *Herr Henning Kirsten*, *Herr Erich Lenk, Herr Rolf-Jürgen Maier-Lenz, Herr Bernd Steinke*

für die *Bundesagentur für Arbeit*

Herr Dr. Walther Heipertz Ärztlicher Dienst, *Herr Karl Kastelik*, *Frau Rita Kellershoff, Herr Dieter Schäfer*

für den *Projektbeirat*

Herr Achim Backendorf BAR-Sachverständigenrat der Behindertenverbände (Sozialverband Deutschland), *Herr Berthold Deusch* Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, *Herr Karl-Friedrich Ernst* Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Hauptfürsorgestellen, *Frau Edelinde Eusterholz* Verband der Angestelltenkrankenkassen / Arbeiter-Ersatzkassen e. V., *Herr Detlef Friedrich VDR* Frankfurt a. M., *Herr Dr. Volker Hansen* Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, *Frau Dr. Dagmar Hutzler MDK* der Spitzenverbände der Krankenkassen, *Herr Hans Jürgen Leutloff* BAR-Sachverständigenrat der Behindertenverbände (Sozialverband Deutschland), *Frau Angela Rauch* Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, *Herr Burkhard von Seggern* Deutscher Gewerkschaftsbund

für die *CMB - Stellen*

Frau Christina Arlet FAW Merseburg, *Frau Brit Debusmann* ISB Zwickau*, Frau Bettina Dauenhauer* BFZ Johann Peters Waldkraiburg, *Frau Daniela Ditt* BZ Saalfeld, *Herr Heinz Fahrenkrog* BFW Hamburg Schwerin, *Frau Ivonne Feesche* Transfer e. K. Plauen, *Herr Steffen Gonsior* BFW Leipzig, *Frau Doreen Greim* FAW Merseburg, *Frau Dr. Marion Hänsel* BFW Leipzig, *Frau Ina Hemmann* ISB Zwickau, *Frau Susann Hilbert* Transfer e. K. Plauen, *Herr Norbert Hildebrandt* ISB Zwickau, *Herr Markus Hombach* pebb GmbH Mainz*, Frau Helene Jürgens* LVA Hannover A+B-Stelle Leer, *Frau Ilona Klang* LVA Hannover, *Herr Dieter Krück* pebb GmbH Mainz, *Frau Renate Krüger* BZ Saalfeld, *Frau Barbara Lünemann* LVA Hannover A+B-Stelle Leer, *Frau Stefanie Meyer* pebb GmbH Mainz, *Frau Birgit Murach* BFW Hamburg Außenstelle Schwerin, *Herr Hermann Nagel* LVA Hannover-Leer, *Frau Jutta Nehls* BFW Hamburg Außenstelle Schwerin, *Frau Kathrin Nerstheimer* FAW Merseburg, *Frau Ina Peters* BFW Frankfurt a. M. Außenstelle Wiesbaden*, Frau Simone Pfeiffer* Transfer e. K. Plauen*, Herr Dr. Stephan Pfeiffer* Transfer e. K. Hof, *Frau Sonja Röblitz* ISB Zwickau, *Frau Sandra Rohde* BZ Saalfeld, *Herr Christian Sattler* BBW Waiblingen, *Herr Thomas Schmidt* FAW Merseburg, *Herr Falko Seebode* Stiftung Reha Thüringer Wald, *Frau Sylke Sircar* FAW Merseburg*, Herr Peter Volk* Agentur für Arbeit Frankfurt a. M., *Frau Eveline Whig-Weinberg* Agentur für Arbeit Frankfurt a. M., *Frau Corinna Wolf* BFW Hamburg Außenstelle Schwerin, *Frau Heidelore Zeng* Agentur für Arbeit Gotha

die *externen Experten*

Frau Christine Bachmaier BFZ Johann Peters Waldkraiburg, *Frau Ivonne Baum* LVA Thüringen Regionalzentrum Rudolstadt, *Frau Monika Bechmann* LVA Thüringen, *Frau Karen Biallas* Spektrum GmbH Berlin, *Frau Gerda Bihlmeyer* Berufsbeleitender Dienst Alzey, *Frau Monika Bittner* Versiche-

rungskammer Bayern München, *Frau Elvira Braunger* Berufsförderungswerk Friedehorst Verden, *Herr Rainer Diehl* Agentur für Arbeit Wiesbaden, *Herr Volker Eck-Kappelmann* Agentur für Arbeit Nürnberg, *Herr Dietmar Geigenmüller* Agentur für Arbeit Merseburg, *Herr Martin Görtzen* Agentur für Arbeit Schwerin, *Frau Ingrid Güther* IFD Gera, *Herr Wolfgang Häfner* Agentur für Arbeit Ludwigsburg, *Herr Martin Hagemann* BfA Berlin, *Herr Björn Hagen* FAW gGmbH Ratzeburg, *Frau Cornelia Heikenroth* FAW gGmbH Ratzeburg, *Herr Jürgen Hilb* AOK Hessen, *Frau Annelies Hilger* FBB Nürnberg, *Frau Angela Hoyer* LVA Thüringen Regionalzentrum Suhl, *Frau Barbara Jahnsmüller* AOK Plauen, *Frau Liane Junghans-Wildenhain* BfA Reha-Servicestelle Gera, *Herr Wolfgang Karnagel* Nexans Deutschland Nürnberg, *Frau Ilona Klang* LVA Hannover, *Herr Martin Kastranek* Fachdienst Arbeit Kiel, *Frau Dorothee Knaupp* bbw Waiblingen, *Herr Guido Krause* Klinikum Nord Hamburg, *Frau Jutta Kudla-Neeb* AOK Frankfurt a.M, *Frau Christina Lehner* Klinikum Nürnberg, *Frau Silvia Mücke* BfA Reha-Servicestelle Jena, *Herr Engelbert Lohmann* LVA Württemberg Stuttgart, *Herr Mario Loris* LVA Sachsen, *Herr Anton Maier* Agentur für Arbeit Nürnberg, *Frau Birgit Mihm* LVA Thüringen Erfurt, *Frau Dr. Petra Müller* FBB Nürnberg, *Frau Ina Oertel* BBW für Blinde und Sehbehinderte Chemnitz gGmbH, *Frau Kordula Schneider* Städtische Werke Nürnberg, *Herr Dieter Peters-Kühnel* Brücke S.-H. gGmbH Chemnitz, *Herr Dr. med. Helmut Piechowiak* MDK in Bayern München, *Frau Dr. Pollmanns* LVA Thüringen Regionalzentrum Suhl, *Frau Ina Riechert* Berufliches Trainingszentrum Hamburg GmbH, *Herr Jürgen Ritter* BfA Berlin, *Herr Dr. Dieter Saalmann* BZ Saalfeld Unterwellenborn, *Herr Markus Schöfthaler* BfZ gGmbH Hof, *Herr Willi Schühlein* Städtische Werke Nürnberg, *Frau Mechthild Schuppke* Agentur für Arbeit Nürnberg, *Frau Anita Silbermann* IBBV GmbH Traunstein, *Herr Christian Somogyi* Fraport AG, *Herr Mathias Spartz* Club Aktiv e.V. Trier, *Herr Stefan Stecher* BFZ Johann Peters Waldkraiburg, *Herr Gerhard Steger* Firma E-T-A Altdorf, *Herr Reinhard Tröstrum* BZ Saalfeld, *Herr Hagen Ulrich* Deutsche Lufthansa AG, *Herr Martin Vorhauer* Stiftung Grone-Schule Hamburg, *Herr Christopher Weber* IFD Rhein-Main Frankfurt a. M., *Herr Joachim Weber* LVA Hessen Frankfurt, *Frau Kerstin Weber* Case Management Berufsförderungswerk Oberhausen Gelsenkirchen, *Frau Susanne Wendroth* FAA Goslar, *Herr Dipl. med. Wöhlke* MDK Mecklenburg-Vorpommern Schwerin, *Frau Dagmar Wollmann* Agentur für Arbeit Jena, *Herr Detlef Zapolowski* Agentur für Arbeit Gelsenkirchen, *Herr Michael Zernentsch* IFD gGmbH Nürnberg

die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie deren Arbeitgeber,
die uns im Rahmen von Befragungen ihre Erfahrungen und Einschätzungen
mitgeteilt haben, jedoch aus Datenschutzgründen
hier nicht namentlich genannt werden können

für das *Institut für empirische Soziologie*
an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (IfeS)

Frau Doris Brader, *Herr Dr. Hendrik Faßmann*, *Frau Julia Lewerenz*, *Frau Renate Steger*,
Frau Dr. Christina Wübbeke,
sowie Frau Sigrid Albrecht, Frau Agnes Dundler, Herr Axel Eilenberger, Herr Dr. Walter Funk,
Frau Barbara Hasselmann, Frau Yuriko Inoue, Frau Kalina Lipinska, Herr Harald Mederer,
Frau Daniela Mattern, Frau Mila Naidenova, Herr Jens Stegmeier, Frau Heike Streipert,
Herr Dr. Rainer Wasilewski und Herr Ralf Zimmermann

Wir danken allen Beteiligten recht herzlich für
die engagierte und vertrauensvolle Mitarbeit!

Inhaltsverzeichnis

		Seite
VORWORT		**5**
INHALTSVERZEICHNIS		**9**
ABBILDUNGSVERZEICHNIS		**14**
ÜBERSICHTENVERZEICHNIS		**18**
TABELLENVERZEICHNIS		**18**
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS		**20**
1	**EINFÜHRUNG**	**23**
1.1	**Aktivitäten zur Aufrechterhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen - Hintergründe und Chancen**	**23**
1.2	**Case Management als Instrument zur klientenorientierten und integrierten sozialen Unterstützung Hilfebedürftiger**	**32**
1.2.1	Case Management als Aufgabe zur Verknüpfung von Klient-, Dienstleistungs- und Finanzierungssystem	35
1.2.2	Der Prozeß des Case Managements	37
2	**DAS BAR-KONZEPT „CASE MANAGEMENT ZUR ERHALTUNG VON BESCHÄFTIGUNGSVERHÄLTNISSEN BEHINDERTER MENSCHEN (CMB)“**	**41**
2.1	**Anliegen, Adressat(inn)en und Abläufe**	**41**
2.2	**CMB-Organisationsformen**	**47**
2.2.1	CMB durch die Arbeitsverwaltung oder andere Rehabilitationsträger („Reha-Träger-Modell“)	48
2.2.2	CMB durch von Rehabilitationsträgern beauftragte Stellen („Einkaufsmodell“)	49

3	**ZIELE UND ANLAGE DES MODELLPROJEKTS UND SEINER WISSENSCHAFTLICHEN BEGLEITUNG**	**53**
3.1	**Ziele und Anlage des CMB-Modellprojekts**	**53**
3.1.1	Ziele des Modellprojekts	53
3.1.2	Projektakteure: Beteiligte & Betroffene	54
3.2	**Modellstandorte und Durchführungsorganisationen**	**56**
3.3	**Design der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts**	**61**
3.3.1	Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung	62
3.3.1.1	Beitrag zur Qualitätssicherung und –verbesserung	62
3.3.1.2	Formative und summative Evaluation des Modellprojekts	64
3.3.2	Forschungsfragestellungen	65
3.3.2.1	Fragestellungen bezogen auf die Rehabilitand(inn)en	66
3.3.2.2	Fragestellungen bezogen auf die Betriebe	66
3.3.2.3	Fragestellungen bezogen auf die beteiligten Rehabilitationsträger	67
3.3.2.4	Fragestellungen bezogen auf die CMB-Stellen	68
3.3.3	Vorgehen	69
3.3.3.1	Formative Evaluation von Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität von CMB	69
3.3.3.1.1	Grundlegendes Konzept der formativen Evaluation	69
3.3.3.1.2	Das CMB-Veranstaltungsprogramm im Rahmen der formativen Evaluation	74
3.3.3.1.2.1	Standortübergreifende Konferenzen	74
3.3.3.1.2.2	Regionalkonferenzen	79
3.3.3.2	Summative Evaluation von Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität von CMB	82
3.3.4	Das Instrumentarium zur CMB-Dokumentation	85
3.3.5	Einhaltung von Datenschutzvorgaben und Evaluationsstandards	93
4	**EMPIRISCHE ERGEBNISSE**	**95**
4.1	**Empirische Methoden und statistische Auswertungsverfahren**	**95**
4.1.1	Datenbasis	95
4.1.1.1	Qualitative Methoden der Datenerhebung	96
4.1.1.2	Quantitative Methoden der Datenerhebung	97
4.1.2	Statistische Kennwerte und Auswertungsverfahren	98

4.2	**Organisationsstruktur und Arbeitsabläufe des CMB an den jeweiligen Standorten**	**100**
4.2.1	Finanzierungsmodell und Ausstattung der CMB-Stellen	100
4.2.1.1	Die CMB-Finanzierung	102
4.2.1.2	Die Arbeitsbedingungen der Case Manager(innen)	104
4.2.2	Netzwerkstrukturen an den Modellstandorten	105
4.2.2.1	Kooperationspartner der CMB-Stellen	105
4.2.2.2	Zuweisende Reha-Träger und ihre Auswahlverfahren	107
4.2.2.2.1	Auswahlverfahren der Krankenkassen	109
4.2.2.2.2	Auswahlverfahren der Rentenversicherungsträger	113
4.2.2.2.3	Auswahlverfahren der Arbeitsagenturen	114
4.2.3	Konzepte und Arbeitsweisen der CMB-Stellen	115
4.2.3.1	Merkmale der CMB-Konzepte im Standortvergleich zu Beginn des Modellprojekts	115
4.2.3.2	Veränderungen der jeweiligen CMB-Konzepte	122
4.2.3.3	Das Vorgehen bei der Feststellung von Anforderungs- und Fähigkeitsprofilen	123
4.2.4	Öffentlichkeitsarbeit und Aktivitäten zu Aufbau und Pflege der Kooperationsnetzwerke	125
4.3	**Ergebnisse der Falldokumentationen**	**131**
4.3.1	Der Zugang zum CMB	131
4.3.2	Die Klient(inn)enstruktur im Modellprojekt	134
4.3.2.1	Soziodemographische Merkmale	134
4.3.2.2	Berufliche Situation	135
4.3.2.3	Gesundheitliche Situation	145
4.3.3	Die Struktur der Betriebe im Modellprojekt	150
4.3.4	Die Zeitdauern im CMB-Prozeß	154
4.3.5	Erfolge von CMB und mögliche Einflußfaktoren	160
4.3.5.1	Definition des Erfolgs von CMB	160
4.3.5.2	Ergebnisse im Überblick	163
4.3.5.3	Einflußfaktoren des CMB-Ergebnisses	165
4.3.5.3.1	Soziodemographische Merkmale	166
4.3.5.3.2	Art und Ausmaß der behinderungsbedingten Beeinträchtigungen	168
4.3.5.3.3	Berufliche und betriebliche Situation	171
4.3.5.3.4	Rahmenbedingungen beim Zugang zum CMB	176
4.3.5.4	Auswertung für einzelne Ergebniskategorien	181
4.3.5.4.1	Erhaltene Beschäftigungsverhältnisse	181
4.3.5.4.2	Eintritt in eine mehr als drei Monate dauernde Reha-Maßnahme	184
4.3.5.4.3	Beendigung des CMB aus sonstigen Gründen	184
4.3.6	Wirtschaftlichkeitsanalyse des CMB	188
4.3.6.1	Einsatz der Kosten-Nutzen-Analyse als Entscheidungshilfeinstrument	188

4.3.6.2	Kosten-Nutzen-Kriterien und Analysedimensionen des CMB	190
4.3.6.3	Ergebnisse der Kosten-Nutzen-Analyse	193
4.3.6.3.1	Bilanz der CMB-Effekte	193
4.3.6.3.2	Monetäre Be- und Entlastungpotentiale	196
4.3.6.4	Zusammenfassende Beurteilung	205
4.4	**Beurteilung des CMB**	**207**
4.4.1	Ergebnisse der 1. Klient(inn)enbefragung	207
4.4.2	Ergebnisse der 2. und 3. Klient(inn)enbefragung	213
4.4.3	Ergebnisse der Arbeitgeberbefragung	219
4.4.4	Beurteilung von CMB durch die Case Manager(innen)	225
4.4.4.1	Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit den Reha-Trägern	225
4.4.4.2	Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit den Klient(inn)en	227
4.4.4.3	Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern	230
4.4.4.4	Rückblickende Beurteilung von CMB durch die Case Manager(innen)	233
4.4.4.4.1	Die Arbeitszufriedenheit der Case Manager(innen)	233
4.4.4.4.2	Sinn und Nutzen von CMB aus Sicht der Case Manager(innen)	235
4.4.4.5	Zukunftseinschätzung von CMB durch die Case Manager(innen)	236
4.4.4.5.1	Die zukünftige organisatorische Anbindung von CMB	236
4.4.4.5.2	Vorteile des Reha-Träger-Modells	236
4.4.4.5.3	Vorteile des Einkaufsmodells	237
4.4.4.5.4	Vor- und Nachteile von CMB durch Integrationsfachdienste	238
4.4.4.5.5	Änderungen der Rahmenbedingungen von CMB	239
4.4.5	Beurteilung von CMB durch die Reha-Träger	241
4.4.5.1	Bewertung des CMB aus Sicht von Mitarbeiter(inne)n der Krankenkassen und des *MDK*	242
4.4.5.2	Bewertung des CMB aus Sicht von Mitarbeiter(inne)n der Rentenversicherungsträger und des sozialen Dienstes einer Reha-Klinik	244
4.4.5.3	Bewertung des CMB aus Sicht von Mitarbeiter(inne)n der Arbeitsverwaltung	244
5	**PRODUKTE DES MODELLPROJEKTS**	**247**
5.1	**Dokumentationsunterlagen, Einwilligungserklärung**	**247**
5.2	**CMB-Poster und Handouts**	**247**
5.3	**Qualitätsstandards**	**252**
5.3.1	Funktionen der Qualitätsstandards	252

5.3.2 Aufbau und Struktur der Qualitätsstandards 253
5.3.2.1 Strukturqualität 255
5.3.2.2 Prozeßqualität 255
5.3.2.3 Ergebnisqualität 257
5.3.3 Vorgehen bei der Erarbeitung der Qualitätsstandards 257

5.4 Öffentlichkeitsarbeit und Publikationen der Begleitforschung 258

6 ABSCHLIEßENDE BEURTEILUNG 261

6.1 Zusammenfassung zentraler Ergebnisse und Erkenntnisse 261

6.2 Ergebnisse der BAR-Fachtagung „Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen – Ein Modell mit Zukunft?“ 267

6.3 Resümee und Handlungsempfehlungen 272

LITERATURVERZEICHNIS 275

Abbildungsverzeichnis **Seite**

Abschnitt 1

Abbildung 1	Prozeß-orientierte Grundsätze und Hindernisse im Rehabilitationsprozeß	24
Abbildung 2	Vorteile des Ausgliederungsverhinderungsmanagements	26
Abbildung 3	Ausgliderungsverhinderungsmanagement: Ziel – Adressat(inn)en - Vorgehen	29
Abbildung 4	Ökonomischer Ansatz der Wohlfahrtsproduktion	33
Abbildung 5	Case Management als Verknüpfungsaufgabe	35
Abbildung 6	„Magisches Dreieck“ der Kernfunktion von Case Management	36
Abbildung 7	Phasen des Case Managements	38

Abschnitt 2

Abbildung 8	Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen (CMB)	42
Abbildung 9	CMB-Auswahlkriterien der Krankenversicherung	44
Abbildung 10	Arbeitsverwaltungsrechtliche Voraussetzungen für CMB	44
Abbildung 11	Rentenversicherungsrechtliche Voraussetzungen für CMB	45
Abbildung 12	Möglicher CMB-Ablauf, Verhandlungsinhalten und Kooperationspartner	46

Abschnitt 3

Abbildung 13	Ziele des CMB-Modellprojekts	54
Abbildung 14	CMB-Projektakteure: Beteiligte & Betroffene	55
Abbildung 15	CMB-Projektstandorte	58
Abbildung 16	Organisationsform des CMB nach Standorten	59
Abbildung 17	Durchführungsorganisationen und Finanzierung der CMB-Stellen	60
Abbildung 18	Aufgaben der CMB-Begleitforschung: Überblick	61
Abbildung 19	Funktionale Wirkungskette qualitätsrelevanter Kriterien zur Programmbeurteilung (nach Donabedian 1966 / Badura 1999)	63
Abbildung 20	Arbeiten im Rahmen der formativen CMB-Evaluation	73
Abbildung 21	Besondere Leistungen der Begleitforschung im Rahmen der formativen CMB-Evaluation	74
Abbildung 22	Anliegen und mögliche Adressat(inn)en von CMB-Konferenzen	75
Abbildung 23	Arbeiten im Rahmen der summativen CMB-Evaluation	84
Abbildung 24	Funktionen der CMB-Dokumentation	85
Abbildung 25	Dokumentation als Basis für die VMB-Wirksamkeitsanalyse	86
Abbildung 26	Forderung an das CMB-Dokumentationssystem	87
Abbildung 27	Einverständniserklärung	88

Abbildung 28 Überblick über die CMB-Erhebungsunterlagen 89
Abbildung 29 CMB-Dokumentation: Ablaufschema 92

Abschnitt 4

Abbildung 30 Methoden der Datenerhebung 95
Abbildung 31 Typischer CMB-Ablauf 118
Abbildung 32 Übersicht über die Gesamtzahl der dokumentierten CMB-Fälle im Zeitraum von März 2002 bis 30. Juni 2004 132
Abbildung 33 Zugangswege zum CMB 133
Abbildung 34 Gründe für die Nichtaufnahme von Rehabilitand(inn)en in die CMB-Betreuung 133
Abbildung 35 Alter und Geschlecht der betreuten Rehabilitand(inn)en 134
Abbildung 36 Familienstand und Staatszugehörigkeit 135
Abbildung 37 Höchster Schulabschluß 136
Abbildung 38 Höchster Schulabschluß nach Geschlecht 136
Abbildung 39 Höchster Berufsabschluß 137
Abbildung 40 Ausbildungsberufe 137
Abbildung 41 Ausbildungsberufe nach Geschlecht 138
Abbildung 42 Die häufigsten Ausbildungsberufe der Frauen 138
Abbildung 43 Die häufigsten Ausbildungsberufe der Männer 139
Abbildung 44 Bisherige Gesamtdauer der Berufstätigkeit zum Zeitpunkt des ersten Anamnesegesprächs 139
Abbildung 45 Bisherige Gesamtdauer der Berufstätigkeit zum Zeitpunkt des ersten Anamnesegesprächs nach Geschlecht 140
Abbildung 46 Anzahl der Berufs- und Stellenwechsel der Klient(inn)en in den letzten fünf Jahren vor dem CMB 140
Abbildung 47 Zuletzt ausgeübter Beruf 141
Abbildung 48 Die am häufigsten ausgeübten Berufe bei den Männern 142
Abbildung 49 Die am häufigsten ausgeübten Berufe bei den Frauen 142
Abbildung 50 Letzte Stellung im Beruf 143
Abbildung 51 Dauer des bisherigen Beschäftigungsverhältnisses in Jahren zum Zeitpunkt des ersten Anamnesegesprächs 144
Abbildung 52 Berufsbezogene Interessen der Klient(inn)en 145
Abbildung 53 Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung der Klient(inn)en gemäß primärer Diagnose 145
Abbildung 54 Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung gemäß primärer Diagnose nach Geschlecht 146
Abbildung 55 Dauer der jeweils längsten beruflich relevanten Krankheit der CMB-Klien(inn)en 147
Abbildung 56 Dauer der Arbeitsunfähigkeit zum Zeitpunkt des ersten Anamnesegesprächs 148
Abbildung 57 Besondere Ressourcen für die berufliche Wiedereingliederung nach Einschätzung der CMB-Stellen 148

Abbildung 58	Besondere Risiken für die berufliche Wiedereingliederung nach Einschätzung der CMB-Stellen	149
Abbildung 59	Besondere Risiken der Klient(inn)en für die berufliche Wiedereingliederung nach Einschätzung der CMB-Stellen	150
Abbildung 60	Art des Betriebes	150
Abbildung 61	Anzahl der Mitarbeiter(innen)	151
Abbildung 62	Branche des Betriebes	152
Abbildung 63	Bereitschaft des Betriebes, (Scher-) Behinderte zu beschäftigen	152
Abbildung 64	Aktuelle Geschäftslage des Betriebes	153
Abbildung 65	Die Beschäftigtenzahl des Betriebes	153
Abbildung 66	Rehabilitationsprozeß vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit bis zur Beendigung der CMB-Betreuung	155
Abbildung 67	Zeitdauern ausgewählter CMB-Phasen (Medianwerte) I	157
Abbildung 68	Zeitdauern ausgewählter CMB-Phasen (Medianwerte) II	158
Abbildung 69	Dauer zwischen dem CMB-Zugang un der Stellung des Antrags auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	158
Abbildung 70	Dauer zwischen dem CMB-Zugang und dem Abschluß der ersten Eingliederungsplanung	159
Abbildung 71	Dauer zwischen der Weiterleitung des ersten Eingliederungsvorschlags und der Finanzierungsausgabe des Reha-Trägers für die geplanten Maßnahmen	160
Abbildung 72	Erfolgskriterien von Case Management	162
Abbildung 73	Ergebnisse des CMB	164
Abbildung 74	Mußten Klient(inn)en nach Abschluß des CMB finanzielle Einbußen in Kauf nehmen?	164
Abbildung 75	Einschätzung des CMB-Verlaufs	165
Abbildung 76	Ergebnis des CMB nach Alter der Klient(inn)en	166
Abbildung 77	Ergebnis des CMB nach Geschlecht	167
Abbildung 78	Ergebnis des CMB nach Berufsausbildung	168
Abbildung 79	Ergebnis des CMB nach Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung laut primärer Diagnose I	169
Abbildung 80	Ergebnis des CMB nach Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung laut primärer Diagnose II	169
Abbildung 81	Ergebnis des CMB nach Art der Behinderung	170
Abbildung 82	Ergebnis des CMB nach Dauer des aktuellen Beschäftigungsverhältnisses	172
Abbildung 83	Ergebnis des CMB nach bisheriger Stellung im Beruf	173
Abbildung 84	Ergebnis des CMB nach zuletzt ausgeübtem Beruf	173
Abbildung 85	Ergebnis des CMB nach Betriebsgröße	174
Abbildung 86	Ergebnis des CMB nach Branche des Betriebes	175
Abbildung 87	Ergebnis des CMB nach Ausgliederungsdauer	177
Abbildung 88	Ergebnis des CMB nach Zugangswege	177
Abbildung 89	Ergebnis des CMB nach Arbeitsmarktlage in der Modellregion	179

Abbildung 90	Ergebnis des CMB nach Zeitpunkt der CMB-Beendigung	180
Abbildung 91	Falls Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses: Art der beruflichen Wiedereingliederung	181
Abbildung 92	Welche Maßnahmen flankierten die berufliche Wiedereingliederung?	182
Abbildung 93	Zeitdauern ausgewählter CMB-Phasen I	182
Abbildung 94	Dauer vom Abschluß der medizinischen Reha bis zur (voraussichtlichen) Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit im bisherigen Betrieb	183
Abbildung 95	Zeitdauern ausgewählter CMB-Phasen II	184
Abbildung 96	Gründe für den Abbruch des CMB	185
Abbildung 97	Arbeitgeberbezogene Abbruchgründe	186
Abbildung 98	Rehabilitand(inn)enbezogene und sonstige Abbruchgründe	187
Abbildung 99	Kein Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses möglich: Service-Leistungen derCMB-Stelle am Ende von CMB	187
Abbildung 100	Kein Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses möglich: Status der CMB-Klient(inn)en bei CMB-Ende	188
Abbildung 101	Lasten-Nutzen-Verteilung	193
Abbildung 102	Die Hauptträger der Rehabilitation	196
Abbildung 103	Einkommensart zu Beginn und am Ende von CMB in Abhängigkeit vom CMB-Ergebnis	197
Abbildung 104	Ergebnisse der ersten Klientenbefragung	208
Abbildung 105	Vergleich von Teilnehmer(inn)en und Nichtteilnehmer(inn)en an der Erstbefragung hinsichtlich des CMB-Ergebnisses	208
Abbildung 106	Wie haben Sie von der CMB-Stelle erfahren?	209
Abbildung 107	Konnte Ihr Arbeitsverhälnis durch das CMB erhalten werden?	211
Abbildung 108	Was machen die derzeit beruflich?	212
Abbildung 109	Zufriedenheit der Klient(inn)en mit dem Case Management	213
Abbildung 110	Ergebnisse der 2. und 3. Klientenbefragung	214
Abbildung 111	Vergleich von Teilnehmer(inn)en und Nichtteilnehmer(inn)en an der Zweitbefragung hinsichtlich des CMB-Ergebnisses	214
Abbildung 112	Beruflicher Status der CMB-Klien(inn)en am Ende vom CMB, 6 und 12 Monate nach CMB I	215
Abbildung 113	Beruflicher Status der CMB-Klient(inn)en am Ende von CMB, 6 und 12 Monaten II	216
Abbildung 114	Weiterhin bestehende Beschäftigungsverhältnisses 6 und 12 Monate nach CMB	217
Abbildung 115	Zufriedenheit der Klient(inn)en mit dem Case Management bei der Zweit- und Drittbefragung	219
Abbildung 116	Ergebnisse der Arbeitgeberbefragung	220
Abbildung 117	Wie haben Sie von der CMB-Stelle erfahren?	220
Abbildung 118	Arbeitgeberbefragung: Ergebnis des CMB	221
Abbildung 119	Wenn das Beschäftigungsverhältnis nicht erhalten werden konnte: Was waren die Gründe?	221
Abbildung 120	Zufriedenheit der Arbeitgeber mit dem Ablauf und Ergebnis des CMB	222

Abbildung 121	Ergebnisse der Arbeitgeberbefragung I	224
Abbildung 122	Ergebnisse der Arbeitgeberbefragung II	224
Abbildung 123	Beurteilung von CMB durch die Case Manager(innen) I	226
Abbildung 124	Beurteilung von CMB durch die Case Manager(innen) II	227
Abbildung 125	Beurteilung von CMB durch die Case Manager(innen) III	229
Abbildung 126	Beurteilung von CMB durch die Case Manager(innen) IV	231
Abbildung 127	Beurteilung von CMB durch die Case Manager(innen) V	232
Abbildung 128	Implementierung von CMB: Modellvariante I	237
Abbildung 129	Implementierung von CMB: Modellvariante II	237
Abbildung 130	Implementierung von CMB: Modellvariante III	239
Abbildung 131	Implementierung von CMB: Rahmenbedingungen	240
Abbildung 132	Beurteilung von CMB Mitarbeiter(innen) der Reha-Träger	245
Abbildung 133	Implementierung von CMB: Rahmenbedingungen	245

Abschnitt 5

Abbildung 134	Anliegen der Entwicklung von CMB-Arbeitsstandards	252
Abbildung 135	Qualitätsbeurteilung und Arbeitsstandards	254
Abbildung 136	Struktur von Arbeitsfeldern	256
Abbildung 137	Aufbau und Phasen von Arbeitsstandards	256
Abbildung 138	Verfahren zur Erarbeitung von Arbeitsstandards	258

Abschnitt 6

Abbildung 139	Ergebnis des CMB	261
Abbildung 140	Ergebnis des CMB nach Zeitpunkt der CMB-Beendigung	265
Abbildung 141	Arbeitgeberbefragung: Ergebnis des CMB	266
Abbildung 142	Erhaltene Beschäftigungsverhältnisse 6 und 12 Monate nach CMB	266
Abbidlung 143	Einsparungseffekte pro CMB-Fall	267

Übersichtenverzeichnis

Übersicht 1	Die standortübergreifenden Projektveranstaltungen im Modellzeitraum	77/78
Übersicht 2	Übersicht über CMB-Dokumentationsformulare, Dokumentationsfunktionen und Erhebungszeitpunkte	90/91

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Größenklassen von Betrieben	30
Tabelle 2	Betriebsgrößen- und Beschäftigtenstruktur 30.06.2001 in Deutschland – Nur sozialversicherungspflichtig Beschäftigte	31

Tabelle 3	Finanzierung und Personalausstattung der CMB-Stellen	100
Tabelle 4	Verteilung der durchgeführten Interviews nach Reha-Trägern und Modellregionen	108
Tabelle 5	Ökonomische Bilanz	194
Tabelle 6	Bilanz der „weichen Faktoren“	195
Tabelle 7	Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen	201
Tabelle 8	Einsparungspotentiale	205
Tabelle 9	Beurteilung der CMB-Stellen durch die Klient(inn)en	210
Tabelle 10	Art des Einkommens 6 Monate nach CMB	217
Tabelle 11	Art des Einkommens 12 Monate nach CMB	218
Tabelle 12	Beurteilung der CMB-Stellen durch die Arbeitgeber	223

Abkürzungen

AA	Arbeitsagentur
ÄD	Ärztlicher Dienst
AN	Arbeitnehmer
AOK	*Allgemeine Ortskrankenkasse*
AU	Arbeitsunfähigkeit
BA	*Bundesagentur für Arbeit*
BAR	*Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation*
BbD	*Berufsbegleitender Dienst*
BEK	*Barmer Ersatzkasse*
BfA	*Bundesversicherungsanstalt für Angestellte*
BFW	*Berufsförderungswerk*
BFZ	*Berufsförderungszentrum*
BKK	*Betriebskrankenkasse*
BIH	*Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen*
BMGS	*Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung*
BZ	*Bildungszentrum*
CMB	Case Management zur Erhaltung von Arbeits- und Ausbildungs-verhältnissen behinderter Menschen
DAK	*Deutsche Angestellten Krankenkasse*
et al.	und andere
FAW	*Fortbildungsakademie der Wirtschaft*
GdB	Grad der Behinderung
ggf.	gegebenenfalls
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
IBBV	*berufliche Intergration Beratung Bildung Vermittlung*
IFD	*Integrationsfachdienst*
IfeS	*Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg*
IKK	*Innungskrankenkasse*
ISB	*Institut für Schulung und Beruf*
i.V.m.	in Verbindung mit
KK	Krankenkasse
KNA	Kosten-Nutzen-Analyse
LVA	*Landesversicherungsanstalt*
MDK	*Medizinischer Dienst der Krankenkassen*

PD	Psychologischer Dienst
RehaAnglG	Rehabilitationsangleichungsgesetz
RTSC	Real Time Strategic Change
RV	Rentenversicherung
SB	Schwerbehinderung oder Schwerbehinderte/r
SGB	Sozialgesetzbuch
TB	Technischer Beratungsdienst
TK	*Techniker Krankenkasse*
u.U.	unter Umständen
vgl.	vergleiche
VZ	Vollzeit
WiSo	*Wirtschafts- und sozialwissenschaftliche Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg*
ZIB	Zurück in den Beruf
zit.	zitiert
z.T.	zum Teil

1 Einführung

1.1 Aktivitäten zur Aufrechterhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen - Hintergründe und Chancen

Behinderungen sind in den wenigsten Fällen angeboren, sondern drohen erst im Laufe des (Arbeits-)Lebens als Folge einer allgemeinen Krankheit einzutreten oder treten dann erst tatsächlich ein.[1] Folgerichtig zielten Bemühungen im Bereich der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bzw. am Arbeitsleben bislang überwiegend darauf, Menschen mit Behinderungen in den Arbeitsmarkt zu integrieren, oder kamen erst zum Tragen, wenn eine Person aufgrund ihrer Behinderungen schon längerfristig nicht erwerbstätig war. Demgegenüber wurde jenen Menschen in der Vergangenheit weniger Aufmerksamkeit gewidmet,[2] deren bestehendes Beschäftigungsverhältnis infolge einer erstmals auftretenden Behinderung gefährdet ist oder durch das Fortschreiten einer bereits vorhandenen Behinderung die Berufstätigkeit beeinträchtigt wird.[3] Gerade solche Personen sind, wenn sie arbeitslos werden, in der Regel nur schwer in den allgemeinen Arbeitsmarkt reintegrierbar, und diese Schwierigkeiten nehmen mit der Dauer der Erwerbslosigkeit zu. Dies ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, daß

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

---

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

2 Als Ausnahmen mögen die Aktivitäten der Gesetzlichen Unfallversicherung im Zuge der Berufshilfe gelten (siehe dazu etwa: *Trachte / Zitzler* 1991; *Braun / Kuwatsch* 2000: 37ff; *Mehrhoff* 2000; *Seifert* 2000), die gelegentlich auch von privaten Versicherungsgesellschaften „kopiert“ werden (siehe dazu: *Rischar* 1999; 2000; *Neumann* 2000; 2004). Daneben sei hier die stufenweise Wiedereingliederung genannt, die ebenfalls darauf ausgerichtet ist, arbeitsunfähige Arbeitnehmer(innen) nach länger andauernder schwerer Krankheit unter therapeutischer Überwachung des jeweils erreichten Gesundheitszustandes schrittweise wieder an die volle Arbeitsbelastung am bisherigen Arbeitsplatz heranzuführen und somit die negativen Folgen einer langandauernden Ausgliederung der Betroffenen aus dem Erwerbsleben zu vermeiden (siehe dazu auch: *Faßmann / Oertel* 1991a; 1991b; *Oertel / Faßmann* 1995; *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* 2004).

3 Vgl. *Albrecht* 1999: 1; *Göbel* 1999: 209

- diesen sich häufig kumulierenden Schwierigkeiten zusätzlich immer höhere Anforderungen an die berufliche Handlungskompetenz gegenüber stehen.[4]
- Hinzu treten Hemmnisse, die aufgrund von Besonderheiten des gegliederten Sozialversicherungssystems[5] einer frühzeitigen, zügigen, bedarfsgerechten, umfassenden, wirksamen, wirtschaftlichen, nahtlosen, dauerhaften und einheitlichen[6] Erbringung von Teilhabeleistungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen entgegenstehen.

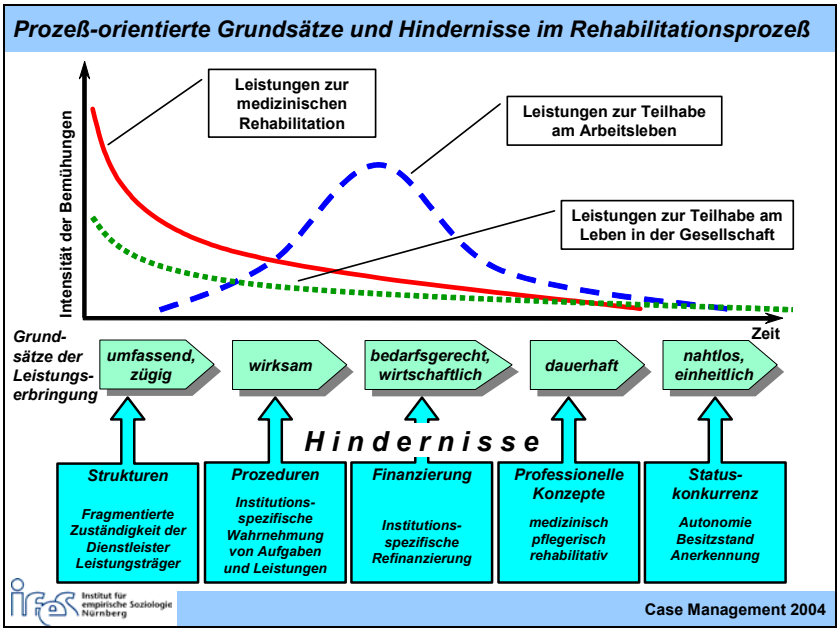


Abbildung 1

Zudem können solchen Barrieren Ursachen-Kategorien zugeschrieben werden wie[7]

- *strukturelle Gründe* wegen fragmentierter Zuständigkeit von Diensten und Einrichtungen;[8]

---

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

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

6 Siehe dazu §§ 16 f SGB I; § 10 Abs. 1 SGB IX sowie *Dau / Düwell / Haines* 2002: 63; *Lachwitz / Schellhorn / Welti* 2002: 100f; *Mrozynski* 2002: 107ff; *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* 2004a: §§ 5 ff; *Neumann* 2004: 105

7 Vgl. *Hardy / Turrell / Wistow* 1992: 11. Siehe dazu etwa auch: *Kirch* in: *Tophoven / Meyers-Middendorf* 1994: 778; *Künzler* 2000: 122; *Schräder et al.* (1998: 280ff) sprechen in diesem Zusammenhang von systembedingter „ideeller", „finanzieller" und „individueller Desintegration" chronisch kranker Menschen.

8 So scheitern Bemühungen – trotz bestehender institutionenübergreifender Regelungen und Rechtsvorschriften über Zuständigkeiten (z.B. § 14 SGB IX) – noch oftmals an den Grenzen der Leistungsträger, da Maßnahmen "aus einer Hand" nicht vorgesehen sind und weil sich der nach § 5 Abs. 3 RehaAnglG vorgeschriebene Gesamtplan zur Rehabilitation nur begrenzt als wirksames Instrument zur (flexiblen) Integration und Steuerung der erforderlichen Maßnahmen erwies. (Vgl. *Faßmann et al.* 1988: 206ff; *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* 1994: 241; *Mrozynski* 2001: 277, 282; *Dau / Düwell / Haines* 2002: 62; siehe auch:

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

Solche Probleme treten vor allem an den institutionellen Schnittstellen[9] im Rehabilitationsprozeß, insbesondere beim Übergang von der medizinischen zur beruflich-sozialen Rehabilitation[10] immer wieder auf und stehen nicht nur einer beruflichen (Wieder-)Eingliederung der Betroffenen entgegen, sondern begünstigen geradezu die endgültige Ausgliederung chronisch und langandauernd kranker, behinderter sowie von Behinderung bedrohter Personen aus dem Erwerbsleben.[11]

Vor diesem Hintergrund wurde das Fehlen eines konsequent praktizierten „Ausgliederungsverhinderungsmanagements“ beklagt[12], wie es sich in Form eines „Disability Managements“ in den USA, Kanada und anderswo bereits seit vielen Jahren bewährt hat[13] und neuerdings

---

Götting 1998: 554f). *Seyd / Brand* (2004: 9) sind allerdings der Auffassung, bessere technische Möglichkeiten, schnellere Kommunikationswege sowie Erfahrungen mit dem Handling und bewußteres, professionelleres Umgehen hätten diesen Plan zu einem wirksamen Steuerungsinstrument für Reha-Leistungen werden lassen. Gleichwohl soll die nach § 10 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB IX vorgesehene Koordination der Leistungen nunmehr einen flexiblen Teilhabeplan erreichen, der in jedem Fall erstellt und mit der Dynamik des individuellen Rehabilitationsprozesses weiterentwickelt wird (vgl. *Lachwitz / Schellhorn / Welti* 2002: 99; *Mrozynski* 2002: *108f; Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* 2004a: § 4; *Neumann* 2004: 100f).

9 Siehe dazu etwa: *Meierjürgen* 1997: 17; *Schräder / Schmidt* 1998: 18f; *Deck et al.* 2000: 431f; *Haines* 2000: 122; *Künzler* 2000: 122; *Matzeder* 2000a: 33f; 2000b: 143; *Schmidt-Ohlemann* 2000: 115; *Heipertz / Berg / Ueberschär* 2001: 332f; *Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit* 2002: 32; *Heipertz* 2004. Modelle zur Beschreibung und Optimierung der Schnittstellen finden sich bei *Winge et al*. 2002: 41ff.

10 Im bundesdeutschen gegliederten Rehabilitationssystem kann der Bereich der *Gesetzlichen Unfallversicherung* als Ausnahme gelten: Sie hat den Auftrag, im Rahmen von Heilbehandlung und Berufshilfe "mit allen geeigneten Mitteln" tätig zu werden: Da sie im Leistungsfall alleiniger "Herr des Verfahrens" ist, läßt sich eine nahtlose und kontinuierliche Betreuung der Verletzten vom Beginn der medizinischen (Akut-)Versorgung bis hin zum Abschluß der beruflichen Rehabilitation erfahrungsgemäß in optimaler Weise verwirklichen (siehe dazu auch: *Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit* 2002: 31f). Dies wird nicht zuletzt durch die Institution des *Berufshelfers* möglich, bei dem die Fäden der Berufshilfe zusammenlaufen und der die von ihm befürworteten und eingeleiteten Maßnahmen nach drei Seiten zu vertreten hat: gegenüber den Verletzten, gegenüber den anderen beteiligten Stellen (z.B. Arbeitgeber) und gegenüber seiner Verwaltung (vgl. *Trachte / Zitzler* 1991: 81; *Böhnert* 1997; *Wesche* 1998; *Bäder* 2000; *Seifert* 2000; *Mehrhoff* 2000, 2004a; *Petri* 2004: 83). Ähnliche Konzeptionen haben sich in der Zwischenzeit auch im Bereich privater Haftpflichtversicherer durchgesetzt (siehe etwa: *Rischar* 1999, 2000; *Neumann* 2000; 2004; *Bürle* 2001; *Hartmann* 2001; *König* 2001; *Morger* 2001; *ohne Verfasser* 2001; *Schnetzler* 2001). Über entsprechende Leistungen für schädelhirnverletzte Unfallopfer, die von einer privaten Firma angeboten werden, berichtet *Ehrhardt* 1999.

11 Vgl. *Feldes / Brummack* 2001: 29; *Wolf* 2004: 14

12 Vgl. *Haines* 1998: 833f

13 Siehe dazu z.B.: *Akabas* / *Gates / Galvin* 1992; *Fersh / Thomas* 1993; *Cherek / Taylor* 1995; *Galvin* 1995; *Shrey / Lacerte* 1995; *Veres / Sims* 1995; *Hesselund / Cox* 1996; *Albrecht* 1999; *Kuwatsch* 1999; *National In-*

auch in Deutschland propagiert wird.[14] Dies ist insofern zu bedauern, als anzunehmen ist, daß derartige Initiativen mit dem Ziel der Aufrechterhaltung des Beschäftigungsverhältnisses mit demselben Arbeitgeber (*job retention* im Sinne von Weiterbeschäftigung) für alle Betroffenen mit einer Reihe von Vorteilen verbunden sind (siehe auch *Abbildung 2*):[15]

Abbildung 2

Vorteile für die Rehabilitand(inn)en

- Beschleunigung des Zugangs zu geeigneten Maßnahmen[16]
- Überwinden von Schnittstellen im gegliederten Sozialversicherungssystem
- Verbleib in der gewohnten (Arbeits-)Umgebung[17]

---

stitute of Disability Management and Research 1999; 2000; *Schena* 1999; *Sim* 1999; *Braun / Kuwatsch* 2000; *Nijhuis* 2000; *Ruckstuhl* 2004. Internetrecherchen belegen eine Fülle entsprechender kommerzieller Angebote nicht nur in Kanada und den USA, sondern z.B. auch in Australien, Großbritannien, den Niederlanden, der Schweiz, Singapur und Südafrika. Die Konzentration der betreffenden Aktivitäten auf bestimmte Staaten läßt sich durch die dort bestehenden Unfallversicherungssysteme erklären, die – ähnlich der bundesdeutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – aufgrund der Erfahrenstarifierung (experience rating) starke Anreize zur Weiterbeschäftigung behinderter Arbeitnehmer(innen) beinhalten (vgl. *Albrecht* 1999: 4; *Braun / Kuwatsch* 2000: 28).

14 Siehe dazu die Beiträge in: *Mehrhoff* 2004

15 Vgl. *Arbeitsamt Nürnberg* 2000: 2; siehe dazu auch: *Akabas / Gates / Galvin* 1992; *Göbel* 1999: 209; *Braun / Kuwatsch* 2000: 23f; *Göbel* 2000a: 93; 2000b: 263; *Matzeder* 2000b: 143; *Maier* 2001: 836

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

17 Vgl. *Künzler* 2000: 122f; *Schmidt* 2001a: 10. Allerdings ist auch bei Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses sicherlich nicht in jedem Falle auszuschließen, daß es – etwa im Falle einer Änderungskündigung – zu beruflichem Abstieg kommt.

- Vermeidung des Rollen- und Identitätsverlusts[18] durch
  - beruflichen Abstieg und / oder sozialen Abstieg wegen Arbeitslosigkeit oder unterwertigen Neueinsatz nach Umschulung
  - vorzeitige Berentung
- Vermeidung finanzieller Einbußen durch Bezug von Entgeltersatzleistungen wie Kranken-, Übergangs-, Unterhaltsgeld, Arbeitslosengeld und –hilfe sowie Rente

Vorteile für die Unternehmen

- Vermeiden von Ausfallkosten wegen Arbeitsunfähigkeit[19]
- Verbleib von geschätzten langjährigen Mitarbeiter(inne)n
- Erhalt qualifizierter, fachkompetenter Mitarbeiter(innen) im Betrieb
- Einsatz behinderter Personen als „bessere Arbeitskräfte“ (weniger Absenzen, mehr Firmentreue)[20]
- Erhalt von Bildungsinvestitionen für das Unternehmen
- ggf. Vermeiden einer Ausgleichsabgabe
- „Behindertenfreundlicher Betrieb“ als Werbeargument[21]

Vorteile für Sozialversicherungsträger und Staat

- Beschleunigung des Rehabilitationsverfahrens
- Einsparung von Sozialversicherungsleistungen[22]
- Einnahme von Sozialversicherungsbeiträgen, Steuern und Abgaben[23]
- effektiverer Einsatz von Haushaltsmitteln

---

18 Vgl. *Schmidt* 2001b: 29

19 *Petri* (2004: 82) gibt an, „daß jeder erkrankte Arbeitnehmer pro Tag seiner Arbeitsunfähigkeit seinen Betrieb mit ca. 500 € belastet.“ Siehe dazu auch: *Cherek / Taylor* 1995: 90f

20 Vgl. *Schmidt* 2001b: 29f

21 Vgl. *Schmidt* 2001b: 30

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

23 Siehe dazu: *Petri* 2004: 82

Entsprechend haben sich auch die Dienststellen der *Europäischen Kommission* geäußert: Eine „Beschäftigungsstrategie, die stark auf vorbeugende Maßnahmen und frühzeitiges, aktives Eingreifen ausgerichtet ist, hat große Bedeutung für Menschen, die einem hohen Risiko ausgesetzt sind, ihre Stelle zu verlieren, und die, wenn sie einmal arbeitslos sind, dies höchstwahrscheinlich für längere Zeit bleiben werden. Dies gilt wohl für Behinderte noch mehr als für alle anderen Arbeitnehmer (...) Die Kosten für wirksame Maßnahmen zur Vorbeugung und Arbeitsplatzerhaltung liegen erheblich unter den langfristigen Kosten der sozialen Abhängigkeit.“[24]

Als bedeutendste Instrumente und Strategieansätze, mit denen behinderte Menschen im Erwerbsleben gehalten werden können, haben sich jene als besonders effektiv erwiesen, die in möglichst enger Verbindung zu regulären Beschäftigungsverhältnissen stehen. Dazu zählen arbeitsbegleitende Betreuungs- und Unterstützungsdienste[25] sowie technische und organisatorische Anpassungen des Arbeitsplatzes an die Erfordernisse, die sich aufgrund der Behinderung für die jeweilige Erwerbstätigkeit ergeben.[26]

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen, Postulate und Erfahrungen kann Ausgliederungsverhinderungsmanagement als ein Verfahren verstanden werden (siehe *Abbildung 3*), das darauf abzielt, bestehende, aber gefährdete Beschäftigungsverhältnisse[27] langfristig zu erhalten.

Dazu ist es erforderlich, durch geeignete Maßnahmen einen möglichst frühzeitigen Zugang zu Arbeitnehmern bzw. Auszubildenden sicherzustellen, deren gesundheitliche Disposition und / oder bestehende Arbeitsplatzsituation voraussichtlich zur Aufgabe des Arbeits- bzw.

---

24 *Kommissionsdienststellen* 1998: 10. Siehe dazu auch: *Feldes / Brummack* 2001: 18f; *Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit* 2002: 32f; *Zimmermann* 2004: 22f

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

26 Vgl. *Albrecht* 1999: 3. Siehe dazu auch: *Niehaus / Schmal / Heinrich* 2001: 22ff; *Schmal / Niehaus / Heinrich* 2001: 243f

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

Ausbildungsverhältnisses führen werden. Ist dies gelungen, kann versucht werden, durch frühzeitige Interventionen die gefährdeten Personen an die aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen veränderte Situation am Arbeitsplatz anzupassen und / oder die Arbeitsbedingungen im Sinne der Betroffenen zu verändern.[28]

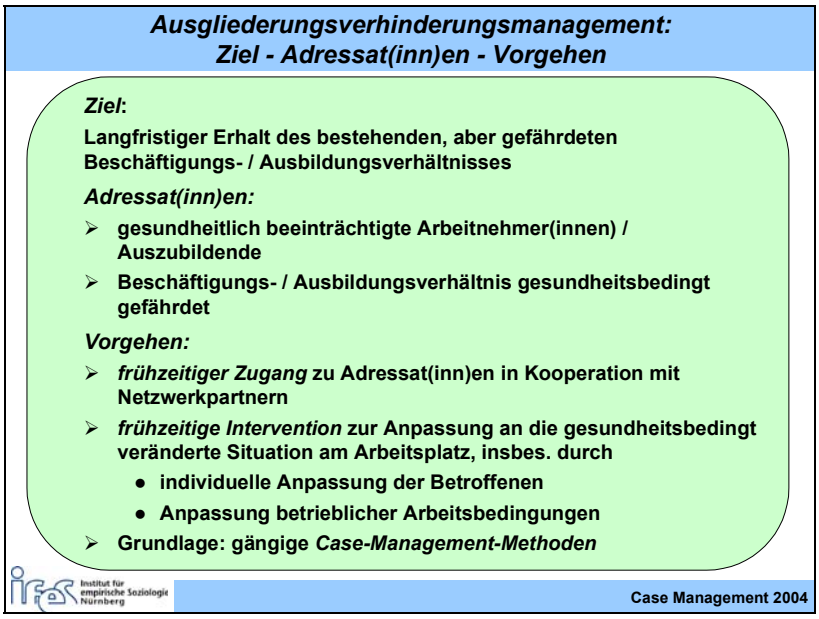


Abbildung 3

Diesem Anliegen versucht das Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen vom 23.4.2004 gerecht zu werden, mit dem u.a. die §§ 83 und 84 SGB IX geändert wurden. Verbesserungen sind insofern zu erwarten, als dort explizit ein „betriebliches Eingliederungsmanagement“ vorgesehen ist, das den Arbeitgeber verpflichtet, gemeinsam mit der zuständigen Interessenvertretung zu klären, wie die Arbeitsunfähigkeit eines ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähigen Beschäftigten möglichst überwunden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann.[29] Möglichkeiten für ein frühzeitiges Ausgliederungsverhinderungsmanagement wurden bisher in Deutschland vor allem im Bereich von Großbetrieben geprüft, konzipiert und praktiziert.[30] Schon *Kotthoff* (1987) hatte aber in seiner Untersuchung

---

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

[29] Vgl. § 84 Abs. 2 SGB IX. Unter Berücksichtigung von Evaluationsergebnissen aus Schweden, wo solche Regelungen bereits seit 1991 gelten, erscheint eine derartige „berufsbezogene Arbeitsplatzrehabilitation“ besonders erfolgsversprechend, die bereits vom Arbeitgeber initiiert, jedoch nur in die Wege geleitet wird, wenn sie ökonomisch sinnvoll ist (siehe dazu: *Frölich / Heshmati / Lechner* 2000).

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

über den Umgang mit gesundheitlich beeinträchtigten Personen in der Arbeitswelt festgestellt, daß größere Unternehmen mit mehr als 500 Beschäftigten weitaus häufiger einen integrativen Umgang mit behinderten Mitarbeiter(inne)n praktizieren als kleinere Betriebe mit weniger als 100 Beschäftigten, die öfter rücksichtslos mit gesundheitlich angeschlagenen Betriebsangehörigen umgehen.[31] *Kotthoff* führte dies nicht zuletzt auf die in größeren Betrieben häufiger vorhandenen institutionalisierten Sozialbeziehungen (z.B. durch Wahl einer Arbeitnehmervertretung) zurück. Er schrieb betriebsexternen Stellen (z.B. Hauptfürsorgestellen) lediglich geringe Beeinflussungschancen auf den betrieblichen Arbeitseinsatz zu, abgesehen von Betrieben, die bereits von sich aus einen integrativen Umgang mit gesundheitlich beeinträchtigten Mitarbeiter(inne)n pflegen.[32]

Vor diesem Hintergrund erscheint es besonders interessant zu prüfen, ob und wie sich ein Ausgliederungsverhinderungsmanagement gerade im Bereich von Klein- und Mittelbetrieben[33] verwirklichen läßt, um auch dort Beschäftigungs- und Ausbildungsverhältnisse gesundheitlich angeschlagener und behinderter Personen erhalten zu können.

Dies ist um so bedeutsamer, als nach einer Sonderauswertung der Betriebsdatei der *Bundesagentur für Arbeit* von 2002 in ca. 98% aller Betriebe weniger als 100 und in 96% weniger als 20 Beschäftigte arbeiten. Umgekehrt sind rund 18% aller in deutschen Unternehmen Be-

---

Gross 2001; *Schmal / Niehaus / Heinrich* 2001: 246; *Kaiser et al.* 2002; *Dittmer* 2003; *Haase et al.* 2003; Kaiser 2004. Zur Realisierung in der Praxis siehe etwa: *Schick / Schaefer / Winter* 2000; *Gaßmann* 2004; *Knülle* 2004; 2004a; *Pfister* 2004; *Schian* 2004

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

32 Vgl. *Kotthoff* 1987: 45

33 Wie die nachfolgende *Tabelle 1* zeigt, wird der Begriff „Klein- und Mittelbetriebe" sehr uneinheitlich gehandhabt:

Tabelle 1: Größenklassen von Betrieben

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

* Nach *Pfohl* 1990: 10; ähnlich: *Gruhler* 1984: 17 ** Nach *Gruhler* 1984: 16

schäftigten in Kleinstbetrieben mit weniger als 10 und weitere knapp 10% in Kleinbetrieben mit 10 bis 19 Beschäftigten tätig (siehe dazu *Tabelle 2*).[34]

Tabelle 2: Betriebsgrößen- und Beschäftigtenstruktur 30.06.2001 in Deutschland – Nur sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (aus: Günterberg / Wolter 2002: 164)

Betriebe mit … Beschäftigten	Betriebe		Beschäftigte	
	absolut	%	absolut	%
500 u. m.	5.046	0,2	6.050.027	21,7
100 – 499	35.318	1,7	6.919.619	24,9
50 – 99	46.531	2,2	3.212.303	11,5
20 – 49	128.738	6,0	3.899.082	14,0
10 – 19	202.871	9,5	2.718.272	9,8
6 - 9	256.498	12,0	1.849.960	6,7
1 - 5	1.457.809	68,4	3.167.851	11,4
Betriebe insgesamt	2.132.811	100,00	27.817.114	100,0

Gerade in kleineren Betrieben fehlen aber überproportional häufig Artikulationsinstanzen wie Arbeitsschutz-, Arbeitssicherheitsinstanzen, Betriebskrankenkassen[35] sowie Arbeitnehmerinteressenvertretungen,[36] die als innerbetriebliche und strukturelle Basis für Gesundheitsförderungs- und Ausgliederungsverhinderungsaktivitäten dienen könnten.[37]

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

[34] Vgl. *Günterberg / Wolter* 2002: 164. Allerdings werden im Rahmen dieser halbamtlichen Statistik nur Betriebe, nicht jedoch Unternehmen erfaßt, so daß sich für stark fiskalisierte Bereiche, wie z.B. den Handel, kein repräsentatives Bild ergibt. Zudem entfallen Selbständige und Ein-Personenunternehmen, da diese Statistik auf die Sozialversicherungspflicht der Beschäftigten abstellt. (Vgl. *Günterberg / Wolter* 2002: 158). Zum Vergleich dieser Informationen mit der Arbeitsstättenzählung 1987 siehe etwa: *Krüger-Hemmer / Veldhues* 1989: 703; *Wassermann* 1992: 11

[35] Vgl. *Keppner* 1996 99ff

[36] Siehe dazu: *Keppner* 1996: 84ff

[37] Vgl. *Hauß* 1991: 24; *Keppner* 1996: 98

getragen werden. Dies sind typischerweise Aufgaben, die anhand gängiger Case-Management[38]-Methoden angegangen und erfolgreich[39] gelöst werden können.[40]

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

Angesichts der Probleme, die sich aufgrund einer zunehmenden Differenzierung und Sektorisierung sozialer Dienstleistungen (z.B. im Bereich der ambulanten Betreuung und Nachsorge psychisch Kranker) ergaben, wurde Ende der 70er Jahre in den angelsächsischen Ländern das *Case Management* als neue Methode der Sozialarbeit entwickelt: Dabei handelt es sich im allgemeinen[41] um *eine am Einzelfall*[42] *ausgerichtete Arbeitsweise, in deren Rahmen geklärt, geplant, umgesetzt, koordiniert, überwacht und bewertet wird, was an Dienstleistungen zur individuellen Bedarfsdeckung notwendig und im Hinblick auf die verfügbaren Ressourcen qualitäts- und kostenbewußt erreichbar ist*.[43] Diese Methode hat den Anspruch, sich

---

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

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

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

41 Es ist darauf hinzuweisen, daß auch unter Fachleuten keineswegs Übereinstimmung besteht im Hinblick auf die Inhalte des Begriffs selbst sowie mehr oder weniger synonym gebrauchte Fachausdrücke (wie z.B. *Fallmanagement*, *Unterstützungsmanagement*) und benachbarter Konzepte (*Sozialmanagement*; *Disease Management, Care Management, Pflegemanagement, Disability Management, Rehabilitationsmanagement; Eingliederungsmanagement; Managed Care*). Eine Erörterung der begrifflichen Unterschiede würde hier zu weit führen. Der interessierte Leser sei daher verwiesen z.B. auf *Ewers* 1995: 4f; *ders*. 2000b: 56ff oder *Wendt* 1997: 44ff; *ders.* 2002: 14f; *Seyd / Brand* 2004: 6f

Vorsicht ist allerdings insofern geboten, als gleiche Begriffe gelegentlich völlig unterschiedliche Dienstleistungen kennzeichnen: Zwar bezeichnet „Fall- bzw. Case Management“ tatsächlich häufig Aktivitäten im Sinne der o.a. Definition (vgl. *Reis* 2002a: 3f). Allerdings findet er gelegentlich auch Verwendung für rein verwaltungsinterne Vorgänge (siehe dazu z.B. *Bayer* 2000; *Köster* 2000), für Dienstleistungen mit inhaltlich überaus begrenzter Reichweite (z.B. nur medizinische Versorgung von Versicherten) oder aber für Aktivitäten mit einseitiger Orientierung an institutionellen Interessen (z.B. Fallmanagement bei Krankenkassen, dem hauptsächlich Aufgaben der Identifikation von potentiellen Adressat(inn)en, Kostenkontrolle, -dämpfung und -verlagerung übertragen werden, siehe dazu z.B.: *Hüllen / Schulz* 1997; *Hüllen / Chruscz* 1998; *Chruscz* 2000; *Chruscz / Hamed / Zoike* 2000; *Dziuk* 2000; *Gross* 2000; *Wendt* 2002: 16f). Hier wäre eher der Begriff „Care Management“ angebracht, der für die überindividuelle Versorgungssteuerung und –gestaltung als administrative Aufgabenstellung steht (vgl. *Wendt* 2002: 14; siehe dazu auch: *Ewers / Schaeffer* 2000b: 16ff; *Ewers* 2000a: 44ff). In diesem Sinne wird auch das von der *Hartz-Kommission* vorgesehene Fall- bzw. Casemanagement (vgl. *Kommission „Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt“* 2002: 74) wegen seiner unpräzisen Begrifflichkeit kritisiert (vgl. *Reis et al.* 2003: 2f).

42 *Wendt* (2002: 14) macht darauf aufmerksam, daß „case“ hier *nicht für einen Menschen* steht, sondern für seine *problematische Situation*, die es zu bewältigen gilt.

43 “Case Management is a collaborative process which assesses, plans, implements, coordinates, monitors and evaluates options and services to meet an individual's health needs through communication and available resources to promote quality cost-effective outcomes.” *The Case Management Society of America Detroit Chapter* 2004. Vgl. *Renshaw et al.* 1991: 126; *Howe* 1994: XX; *Ewers* 1995: 4; *Meierjürgen* 1997: 18; *Wendt* 1997:

an den Klient(inn)en zu orientieren und diese mittels persönlicher Interaktion und Kommunikation am kooperativen Case Management-Prozeß partizipieren zu lassen.[44] Sie kann von unterschiedlichen Personen[45] und in diversen *Settings*[46] angewendet werden.

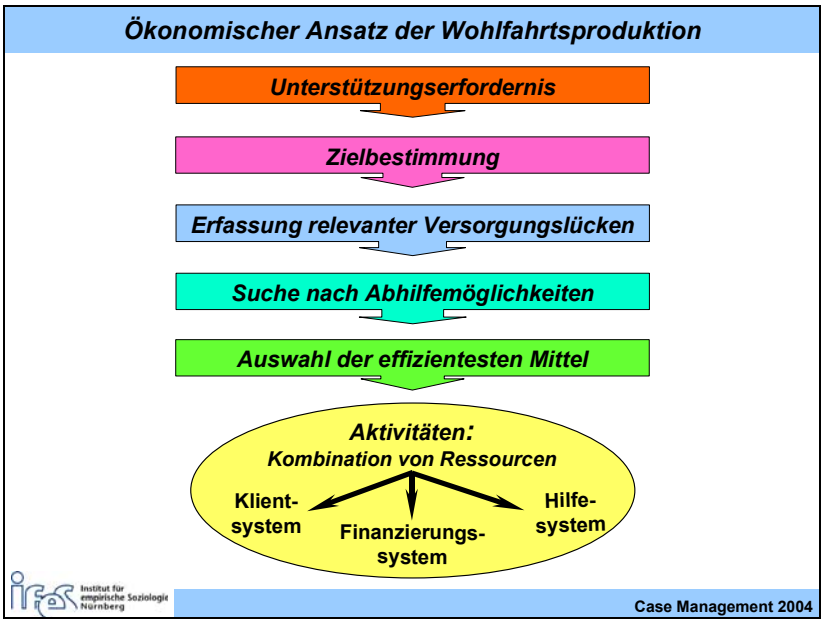


Abbildung 4

Dem Konzept liegt der in *Abbildung 4* skizzierte *ökonomische Ansatz der Wohlfahrtsproduktion* von *Davies* und *Knapp* (1981) zugrunde: Besteht ein Unterstützungserfordernis, werden nacheinander

- Ziele bestimmt,

54; *Ewers / Schaeffer* 2000b: 7f; *Bertelsmann Stiftung et al.* 2002: 157ff; *Reis* 2002a: 4f; *Deutscher Verein für private und öffentliche Fürsorge* 2004: 13

44 „Fallarbeit ist Beziehungsarbeit!“ (*Neuffer* 1998: 18). Vgl. *Ewers / Schaeffer* 2000b: 7f; *Matzeder* 2000b: 144f; *Reis et al.* 2003: 9; *Deutscher Verein für private und öffentliche Fürsorge 2004*: 13. Diese Präzisierung verdeutlicht, daß zumindest die Vereinnahmung des Case Management-Begriffes für reines Verwaltungshandeln an seinen eigentlichen Intentionen vorbei geht.

45 In Frage kommen in der Regel Sozialarbeiter(innen) / -pädagog(inn)en, Psycholog(inn)en, Pflegekräfte, (Haus-)Ärzte/-innen, Berufsbetreuer(innen) usw. (vgl. *Donner-Banzhoff* 1996: 942; *Raiff / Shore* 1997: 145; *Ewers* 2000b: 60f).

46 In der medizinischen bzw. Rehabilitationspsychologie und –soziologie werden mit dem Begriff *„Setting“* (ökologische) Merkmale der Rahmenbedingungen bzw. des Arrangements zusammengefaßt, die eine Behandlung bzw. eine Maßnahme kennzeichnen (siehe dazu etwa auch: *Shontz* 1975: 203ff). Faktoren wie Ort, Zeit, physikalische Eigenschaften, Aktivität, Teilnehmer(in) und Rolle konstituieren die Elemente eines Settings (vgl. *Bronfenbrenner* 1977: 514; *Oerter* 1995: 87f)

Im Zusammenhang mit Case Management sind für *Löcherbach* (1998) denkbar

- das Generalisten-Modell bei dem ein(e) Professionelle(r) für die Koordination von Diensten für Klient(inn)en verantwortlich ist, ohne selbst therapeutisch zu arbeiten,
- das Modell der primären Therapeut(inn)en, die als Unterstützungsmanager(innen) therapeutisch mit den Klient(inn)en arbeiten,

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

Der Output entsprechender Aktivitäten ist dann Resultante der gewählten Kombination von Ressourcen[47]

- des Klientsystems (persönliche Eigenschaften der Klient(inn)en),
- des vorhandenen informellen und formellen Hilfesystems,
- der zur Unterstützung bereitgestellten Finanzmittel

und dem Geschick, mit dem diese Ressourcen eingesetzt werden.

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

Case Manager(innen) agieren in einem Spannungsfeld, in dem

- die Klient(inn)enwünsche im Hinblick auf eine bestimmte Versorgung mit Hilfen und Dienstleistungen,
- das Angebot an solchen Hilfen sowie
- die Einschätzung potentieller Kostenträger über Art und Ausmaß der erforderlichen Hilfen

aufeinander treffen. Eine völlige Deckung dieser drei Aspekte ist kaum möglich. Insofern wird es häufig erforderlich sein, nach Kompromissen zu suchen. Aufgabe von Case Management ist es nun, die Beziehungen zwischen dem Klientsystem, dem Ressourcen- (bzw. Hilfe-) und dem Finanzierungssystem mit dem Ziel einer Optimierung professionell zu bearbeiten und personenbezogen einen Versorgungszusammenhang herzustellen[48] (siehe *Abbildung 5*).

Case Manager(innen) übernehmen hier Aufgaben von „Systemagent(inn)en“: Sie organisieren, koordinieren und unterhalten ein Netzwerk aus formellen und informellen Unterstüt-

---

- das Modell des interdisziplinären Teams, bei dem jede(r) Beteiligte eine besondere Verantwortung im spezifischen Feld seiner Sachkenntnis trägt. (Siehe dazu auch: *Seyd / Brand* 2004: 7)

[47] Siehe dazu auch: *Knapp* 1984 zit. nach *Wendt* 1991b: 15

[48] Vgl. *Lowy* 1980: 34; *The Case Management Society of America* 1995 zit. in: *Wendt* 1997: 154; *Wendt* 1997: 30. Case Management entspricht diesem Verständnis nach dem „Principal-Agent-Modell“ zur Optimierung von Schnittstellen, über das *Winge et al.* (2001: 42f) berichten.

zungsmöglichkeiten und Aktivitäten: Damit versuchen sie, den verschiedenen Aspekten der Lebenslage ihrer in der Regel sozial schwachen, wenig kompetenten oder anderweitig hilfebedürftigen, gelegentlich aber durchaus auch anspruchsvollen Klient(inn)en möglichst effektiv und effizient zu begegnen.

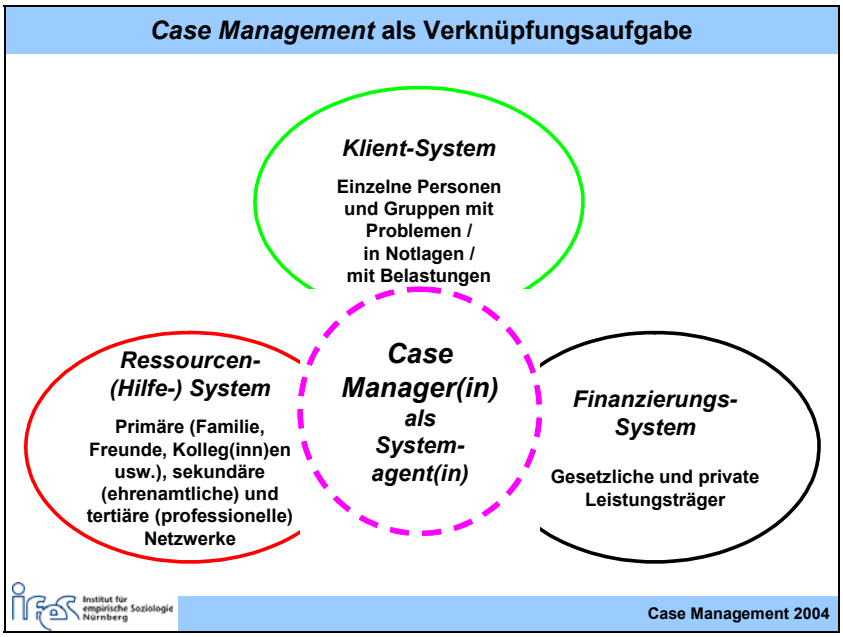


Abbildung 5

In diesem Zusammenhang erfüllt Case Management drei zentrale, zugleich konkurrierende Kernfunktionen[49] (siehe dazu *Abbildung 6*):

- Anwaltschaftliche Schutzfunktion (*advocacy function*) zur Vertretung von Klient(inn)eninteressen (z.B. von Patient(inn)en, Konsument(inn)en)
- Vermittlung bedarfsgerechter Leistungen entsprechend des jeweiligen Versorgungsbedarfs (*broker function*)
- Steuerung des Zugangs zur Versorgung sowie eines effizienten Mitteleinsatzes (*gatekeeper function*)

Dabei sind *Case Manager(innen)* bestrebt,

- die Fähigkeit der Klient(inn)en zur Wahrnehmung sozialer Unterstützungs- und dienstleistungen zu entwickeln („empowerment“[50]),

[49] Vgl. *Ewers* 1996: 25ff; *Meierjürgen* 1997: 18; *Wendt* 1997: 145ff; *Björkman / Hansson* 2000: 43; *Ewers* 2000b: 63ff

[50] Siehe dazu: *Klug* 2002: 43f; *Haslinger-Baumann / Engels* 2004

- die Potentiale sozialer Netzwerke und wichtiger sozialer Dienste im Interesse der Klient(inn)en zu fördern,
- die Effektivität und Effizienz der sozialen Dienstleistungserbringung zu steigern.[51]

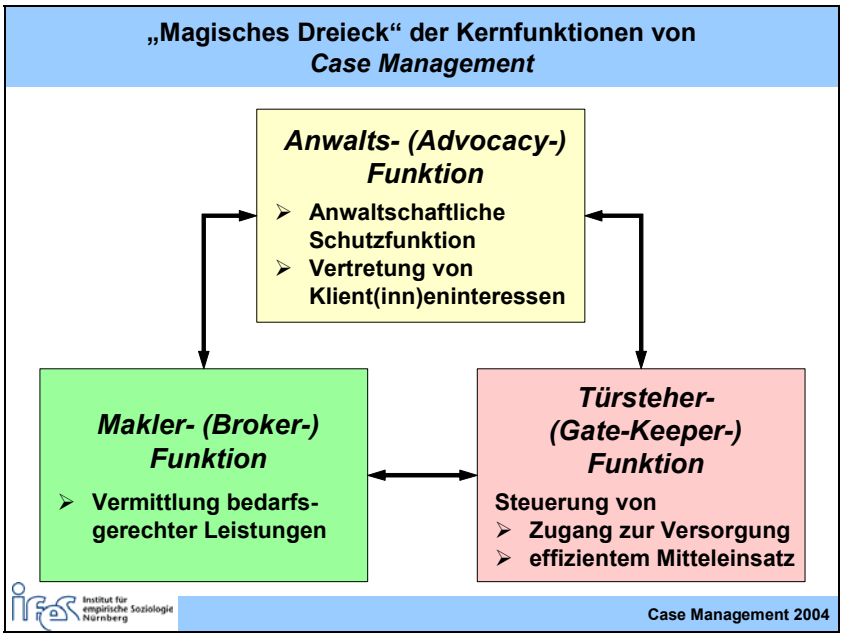


Abbildung 6

Einerseits helfen sie den Klient(inn)en, ihr persönliches Umfeld (Familie, Freunde, Nachbarn, Arbeitskolleg(inn)en) sowie das soziale Dienstleistungssystem zu nutzen. Andererseits unterstützen sie die in spezifische strukturelle und institutionelle Gegebenheiten eingebundenen Dienste, den Klient(inn)en in deren komplexer Situation gerecht zu werden.[52]

Dazu müssen die Case Manager(innen) eine disziplin- und bereichsübergreifende Schlüsselposition einnehmen[53] und haben dabei folgende Aufgaben:

- Sie funktionieren als verantwortliche Ansprechpartner(innen) für alle Arten von Unterstützung; an sie können sich Hilfesuchende wenden.
- Sie koordinieren Ziele, soziale Dienstleistungen und Informationen
  - über Organisationsgrenzen hinweg,

---

[51] Vgl. *Moxley* 1989: 17; *Reis et al.* 2003: 36ff

[52] Vgl. *Wendt* 1991b: 20

[53] Gelegentlich wird allerdings bezweifelt, ob neutrale Case Manager(innen) die ihnen übertragenen Aufgaben tatsächlich erfüllen können. Es wird angenommen, sie würden über kurz oder lang selbst Teil der unpersönlichen Bürokratie, durch die sie die Klient(inn)en eigentlich leiten sollen (vgl. *Neuffer* 1998: 27). Im klinischen Bereich wird daher befürwortet, den behandelnden Therapeut(inn)en diese Rolle zu überlassen (vgl. *Lamb* 1980).

- über Fachbereiche von Diensten hinweg,
- zwischen formellen und informellen Leistungsbereichen.

➢ Sie verschaffen Klient(inn)en Zugang zur Unterstützung, die ohne Beistand durch das Netz des Dienstleistungssystems fallen würden.

➢ Sie verhelfen Dienstleistungsanbietern und informellen Helfer(inne)n durch *feed back* hinsichtlich der Wirksamkeit der unterstützenden Aktivitäten zur Selbstkorrektur.

➢ Sie tragen zur Qualitätsverbesserung von Bewältigung und Unterstützung bei, indem sie soziale Kompetenzen der Klient(inn)en fördern und dazu entsprechende Beiträge von allen Seiten einfordern.

➢ Sie liefern Informationen über die Lebenslage der Klientel für die Sozialplanung.

➢ Sie identifizieren und reduzieren Leistungsangebote, die sich überschneiden, und tragen dadurch zur Verbesserung der Kosten-Nutzen-Relation bei.[54]

Erfahrungsgemäß variieren die Möglichkeiten von Case Management hinsichtlich Quantität und Qualität erheblich. Diese sind abhängig von den vorhandenen Ressourcen und der Leistungsfähigkeit der Sozialverwaltung.[55]

1.2.2 Der Prozeß des Case Managements

Entsprechend dem ihm zugrunde liegenden ökonomischen Modell läuft der Prozeß des *Case Managements* in den wie folgt enumerierten funktionellen Phasen[56] ab (siehe *Abbildung 7*):

➢ Einschätzung bzw. Abklärung *(assessment)* von

- individuellen und sozialen situativen Gegebenheiten

---

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

[55] Zu den Dilemmata, die sich aus den Diskrepanzen und Differenzen zwischen den Anforderungen des einzelnen Falls und den realen Möglichkeiten ergeben, im Case Management diesen Anforderungen zu genügen, siehe: *Neuffer* 1998: 18; *Reis et al.* 2003: 33ff.

[56] In diesem Zusammenhang wird auch von „Stadien“ (*Ballew / Mink* 1991: 65ff), „Hauptaufgaben bzw. –funktionen“ (*Moxley* 1989: 16ff; *Weil* 1991: 84ff; *Wendt* 1991b: 25ff; *The Case Management Society of America* 1995 zit. in: *Wendt* 1997: 158ff; *Raiff / Shore* 1997: 40ff; *Wendt* 1997: 97) „Arbeits- bzw. Handlungsschritten“ (*Seidel / Grabow / Schultze* 1996: 139ff; *Meierjürgen* 1997: 19ff; *Reiberg / Sauer / Wissert* 1997: 37ff; *Wissert* 2001: 237ff; *ders*. 2002: 6f; *Adam* 2002: 18ff; *Bertelsmann Stiftung et al.* 2002: 158ff; *Reis* 2003a: 2ff), „Prozeß- / Ablaufphasen bzw. -schritten“ (*Lowy* 1980: 32ff; *Gögercin* 2001: 978f; *Neuffer* 2002: 49ff; *Sellin* 2002: 138; *Kleve* 2003: 51ff.; *Reis et al.* 2003: 6ff; *Deutscher Verein für private und öffentliche Fürsorge* 2004: 15; *Ruckstuhl* 2004: 3ff); „Stufen“ (*Reis* 2002a: 21ff; *Müller* 2003: 65ff; *Wende* 2003: 8ff)); „Bausteinen“ (*Neuffer* 1998: 19ff), einem „Case-Management-Regelkreis“ (*Ewers* 2000b: 72), „Handlungsformen“, oder „Gliedern der

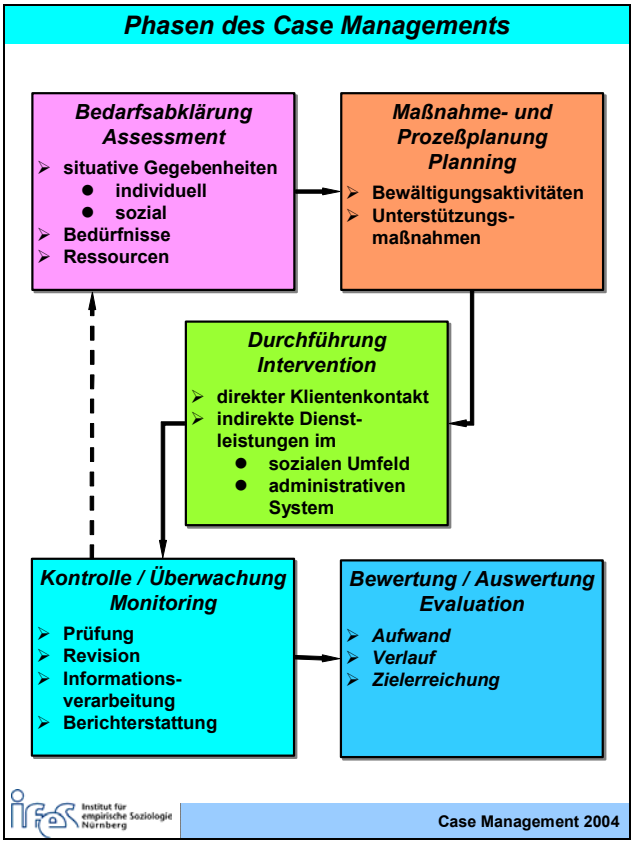


Abbildung 7

- Bedürfnissen
- Ressourcen

➢ Planung von Bewältigungs- und Unterstützungsaktivitäten *(planning)*

➢ Durchführung in Form

- direkter Dienstleistungen (*direct intervention*) im unmittelbaren Kontakt zu den Klient(inn)en – hier können die Case Manager(innen) Sachwalter, beratende Begleiter(innen), technische Assistent(inn)en, Spezialist(inn)en für Informationen und Vermittler(innen) von sozialen Kompetenzen sein –,
- indirekter Dienstleistungen *(indirect intervention)* im sozialen Umfeld und im administrativen System – hier wirken die Case Manager(innen) als Vermittler(innen) von Diensten und Ressourcen, Überweisungsinstanz, Koordinator(inn)en über die Grenzen einer Organisation hinweg, Anwält(innen) der Klient(inn)en und Organisator(inn)en sozialer Netze –,

Leistungskette Case Management“ *Reis* 2002: 170ff; *Reis et al.* 2003: 6ff) gesprochen. Siehe dazu etwa auch: *Tophoven* 1995: 163; *Fries* 2002: 109ff; *Reis* 2003: 24f

- Kontrolle und Überwachung *(monitoring)* der Durchführung der Unterstützungsleistungen durch Prüfung, Revision, Informationsverarbeitung und Berichterstattung,
- Evaluation *(evaluation)* der Aktivitäten im Rahmen des Case Managements unter Berücksichtigung von Aufwand, Verlauf und Zielerreichung.

Ballew und *Mink* (1991) weisen darauf hin, daß dem eigentlichen Case Management eine Phase der „Verpflichtung" (Kontrakt) vorausgehen sollte, die der Vertrauensbildung zwischen den Case Manager(inne)n und den Klienten(inn)en, der Klärung der Rollen der in den Prozeß eingebundenen Personen und dem Aushandeln gegenseitiger Erwartungen dient.[57]

Insgesamt gesehen hat sich Case Management in den letzten Jahren in der Sozialarbeit weithin durchgesetzt.[58] Gleichwohl warten viele Bereiche des deutschen Versorgungssystems noch auf eine Erschließung als Einsatzfeld für dieses Handlungskonzept.[59]

Vor diesem Hintergrund ist die Überlegung kaum überraschend, dieses praxiserprobte Konzept auch im Rahmen von Bemühungen zu nutzen, die darauf abzielen, die Ausgliederung von behinderten bzw. von Behinderung bedrohten Menschen aus dem Arbeitsprozeß zu verhindern.

---

[57] Vgl. *Ballew / Mink* 1991: 65ff; siehe dazu auch: *Wendt* 1997: 65ff; *Neuffer* 2002: 58f. Im von der *Bertelsmann Stiftung, der Bundesanstalt für Arbeit und anderen* herausgegebenen „Handbuch Beratung und Integration" wird der von den Klient(inn)en und den Fallverantwortlichen unterzeichnete Eingliederungsplan zu einem Eingliederungskontrakt, mit dem die Umsetzung der geplanten Aktivitäten verbindlich wird (vgl. *Bertelsmann Stiftung et al.* 2002: 89ff).

[58] Siehe dazu etwa: *Gerhardinger* 2002: 14ff; *Löcherbach* 2002: 202; *Wendt* 2002: 22ff; Beiträge in: *Ewers / Schaeffer* 2000a: 195ff; *Löcherbach et al.* 2002: 81ff.

[59] Vgl. *Ewers / Schaeffer* 2000b: 18

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

2.1 Anliegen, Adressat(inn)en und Abläufe

Unter Berücksichtigung der besonderen Risiken einer beruflichen Ausgliederung kranker und behinderter Menschen aus der Arbeitswelt einerseits und den Chancen andererseits, die einem frühzeitigen aktiven Eingreifen in diesem Zusammenhang zugeschrieben werden, legte die *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* im Jahre 2000 ein Konzept für ein Modellprojekt „Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)“ vor.[60] Es sieht vor, in sehr kurzer Frist

- Adressat(inn)en ausfindig zu machen, die[61]
  - gesundheitlich beeinträchtigt bzw. behindert sind,
  - denen deshalb der Verlust des Beschäftigungsverhältnisses droht,
  - physisch und psychisch in der Lage sind, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Anspruch zu nehmen, d.h. die medizinische Rehabilitation ist weitestgehend abgeschlossen bzw. deren erfolgreiche Beendigung ist absehbar,
  - in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis stehen,
  - ein Mindestmaß an Interesse an der Wiederaufnahme der Arbeit haben, also kein starkes Rentenbegehren äußern;
- nach Möglichkeiten zur Weiterbeschäftigung dieser Menschen zu suchen und diese zu verwirklichen unter flankierendem Einsatz geeigneter Alternativen behinderungsgerechten Gestaltens[62] wie
  - stufenweise Wiedereingliederung,
  - behinderungsgerechtes Training bzw. Übung der Fähigkeiten und / oder Fertigkeiten,

---

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

61 Diese Kriterien waren im *BAR*-Konzept noch nicht dermaßen präzise ausformuliert, sondern sind bereits Ergebnis des Modellprojekts.

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

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

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

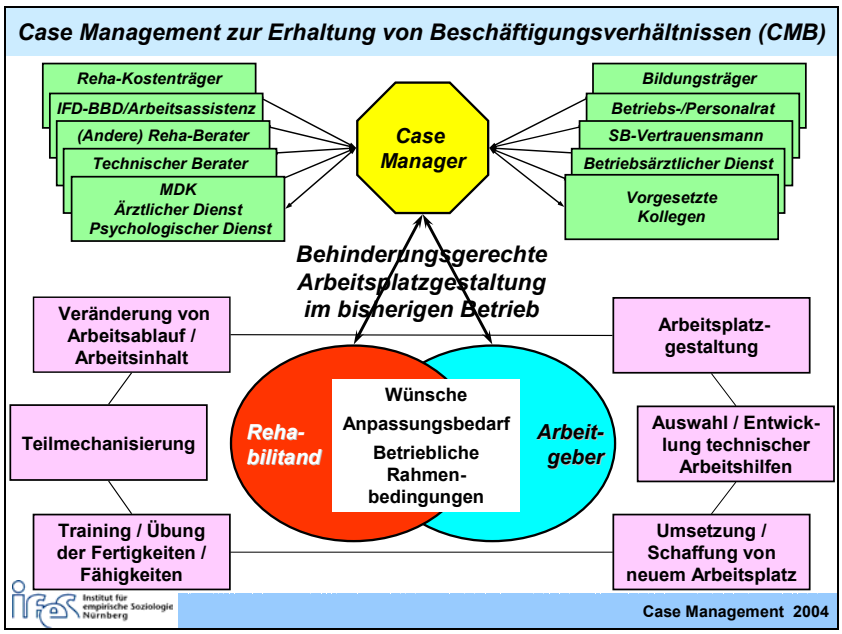


Abbildung 8

Aufgabe der Case Manager(innen) ist es, die negativen Auswirkungen der Behinderung auf die Beschäftigung in enger Kooperation mit dem Betrieb durch Leistungen der beruflichen Rehabilitation zu kompensieren. Sie fungieren dabei als Vermittler(innen) zwischen Rehabilitand(inne)n, Arbeitgebern und anderen Rehabilitationsträgern, pflegen Kontakte mit den *Medizinischen Diensten der Krankenkassen*, dem *Ärztlichen Dienst (ÄD)*, dem *Psychologischen Dienst (PD)*, der *Agentur für Arbeit* sowie Betriebsräten, Schwerbehindertenvertrauensleu-

ten, Betriebsärzt(inn)en, Arbeitsassistent(inn)en und Bildungsträgern. In Abstimmung mit allen Beteiligten wird festgelegt, welche Hilfen die Rehabilitand(inn)en benötigen (siehe dazu *Abbildung 8*).[63] Allerdings kann die Entscheidung für eine Erhaltungsintervention des CMB beim Arbeitgeber nicht gegen den Willen der behinderten Personen getroffen werden; vielmehr müssen diese den erforderlichen Aktivitäten vorher schriftlich zustimmen.[64]

Nach dem Konzept der *BAR* hat CMB „Dienstleistungen zu arrangieren und zu koordinieren, um für den Versicherten alle vorhandenen Ressourcen im Rehabilitationsprozeß möglichst optimal zu nutzen. Case Management ist ein Prozeß der Zusammenarbeit, in dessen Verlauf eingeschätzt, geplant, umgesetzt, koordiniert und überwacht wird, in dem aber auch Optionen und Dienstleistungen ermittelt werden, um den (gesundheitlichen) Bedarf des Betroffenen mittels Kommunikation und mit verfügbaren Leistungsressourcen auf qualitätsvolle und kostensparende Weise zu decken. Es ist damit Bindeglied zwischen dem Betroffenen, den Leistungsträgern und den zahlenden Rehabilitationsträgern.“[65] Somit entspricht das Konzept dem in *Abschnitt 1.2* wiedergegebenen klassischen Verständnis von Case Management.

Ergänzt wird, daß „unter Case Management (...) in diesem Zusammenhang vor allem ein(e) Verfahren / Methode verstanden (wird), die es ermöglicht, zu einem möglichst frühen Zeitpunkt diejenigen Arbeitnehmer(innen) herauszufinden, deren gesundheitliche Disposition und / oder bestehende Arbeitsplatzsituation voraussichtlich zur Aufgabe des Beschäftigungsverhältnisses führen wird, und dieses Arbeitsverhältnis durch eine frühzeitige Einwirkung auf die individuellen und betrieblichen Rahmenbedingungen langfristig zu erhalten.“[66] Demnach handelt es sich hier offensichtlich um Ausgliederungsverhinderungsmanagement, wie es in *Abschnitt 1.1* (*Abbildung 3*) bereits skizziert wurde.

Zielgruppe des CMB sind somit alle behinderten Arbeitnehmer(innen) und Auszubildenden, bei denen zu erwarten ist, daß sie in Zukunft ihre berufliche Tätigkeit am bisherigen Arbeits- / Ausbildungsplatz nicht mehr uneingeschränkt ausüben können, der Betrieb aber bereit ist, sie nach einer entsprechenden Ausgestaltung des Arbeits- oder Ausbildungsplatzes, Umsetzung oder beruflichen Anpassung weiter zu beschäftigen bzw. auszubilden.

---

63 Vgl. *Arbeitsamt Nürnberg* 2000: 1

64 Vgl. *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* 2001a: 2. Siehe auch: *Arbeitsamt Nürnberg* 2000: 2; *Maier-Lenz* 2000: 5

65 *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* 2001a: 2

66 *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation*, Brief zur Projektausschreibung vom 19.9.2000: 2

Die *Abbildungen 9* bis *11* geben einen Überblick über die zentralen, im wesentlichen sozialversicherungsrechtlich abgeleiteten Voraussetzungen im Bereich der drei wichtigsten CMB-Zuweisungsinstanzen - Krankenversicherung (*Abbildung 9*), Arbeitsverwaltung (*Abbildung 10*) und Rentenversicherung (*Abbildung 11*) –, unter denen eine Person in das CMB-Programm einbezogen werden kann.

CMB-Auswahlkriterien der Krankenversicherung

Nach ärztlichem Gutachten (MDK) ist

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

MDK-Gutachten ist einzuholen, wenn

- **der Versicherte auffallend häufig Arbeitsunfähigkeitsperioden aufweist**
- **Langzeitarbeitsunfähigkeit (über 6 Wochen Dauer) vorliegt**
- **schwere Akuterkrankungen (z.B. Herzinfarkt) eingetreten sind**

Institut für empirische Soziologie Nürnberg

Case Management 2004

Abbildung 9

Arbeitsverwaltungsrechtliche Voraussetzungen für CMB

Behinderte Menschen (§ 19 SGB III)

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

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

Verhältnis zu anderen Leistungsträgern (§ 22 SGB III)

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

Institut für empirische Soziologie Nürnberg

Case Management 2004

Abbildung 10

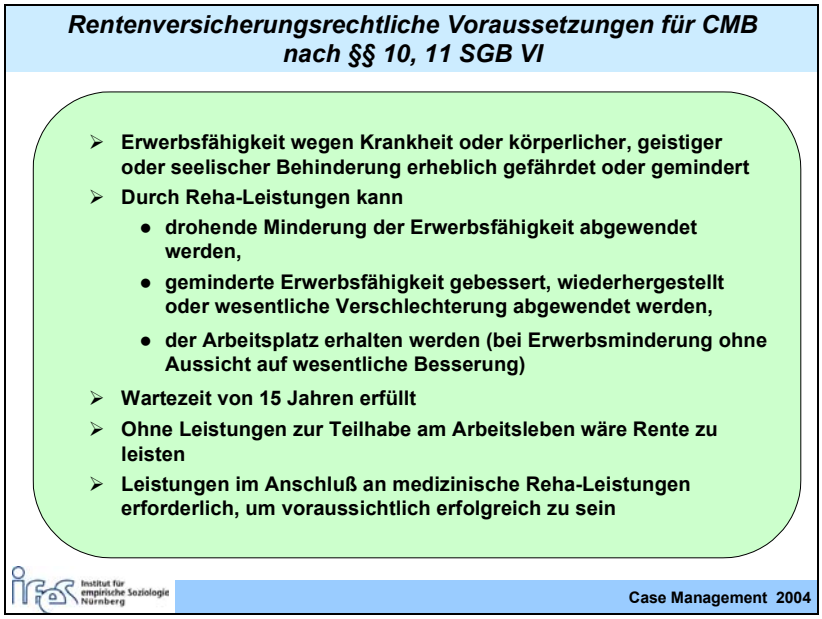


Abbildung 11

Daneben ist ein Zugang über andere Rehabilitationsträger möglich, für die allerdings besondere Rechtsnormen maßgebend sind. Darüber hinaus kann CMB durch andere Kontaktpartner in Gang gesetzt werden, wie Werks- und Betriebärzte(innen), Fach- oder Reha-Kliniken, Schwerbehindertenvertrauensleute, Behindertenverbände, Integrationsämter und ihre berufsbegleitenden Fachdienste. In jedem Fall sind dabei die geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu beachten; dazu gehört nicht zuletzt die schriftliche Einverständniserklärung des behinderten Menschen, daß er mit einer Intervention des Case Managements bei seinem Arbeitgeber einverstanden ist. Denkbar ist schließlich, daß sich ein(e) gesundheitlich beeinträchtigte(r) Arbeitnehmer(in) selbst an eine CMB-Stelle wendet.

Die *BAR*-Konzeption geht davon aus, daß die notwendige enge Kooperation der Rehabilitationsträger bei der Einleitung und Durchführung von Maßnahmen zur Ausgliederungsverhinderung auf lokaler bzw. regionaler Ebene erreicht werden kann. So könnte gerade die gesetzliche Krankenversicherung in besonderem Maße dazu beitragen, möglichst früh zu intervenieren, verfügt sie doch am ehesten über Informationen über Arbeitsunfähigkeitszeiten und –ursachen.[67] Entsprechendes gilt für Rehabilitationsträger, bei denen Anträge auf medizinische oder berufliche Reha-Maßnahmen eingehen.

[67] Siehe dazu etwa: *Faßmann et al.* 1988: 222

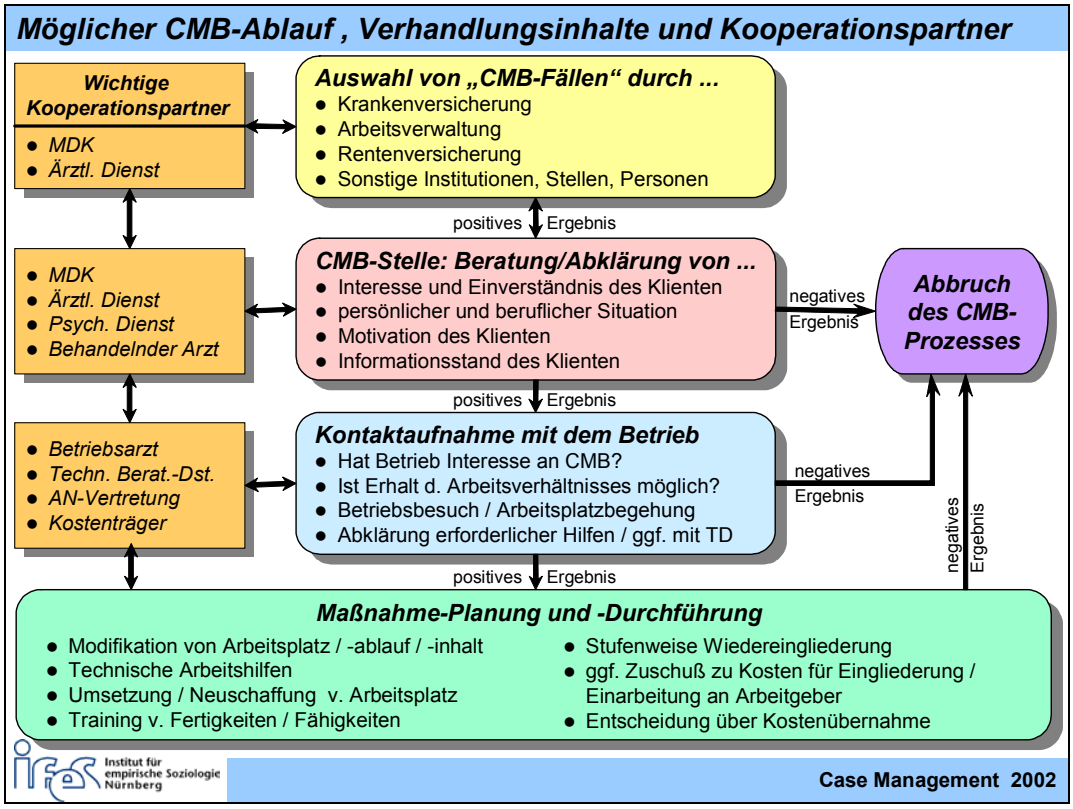


Abbildung 12

Zur Erhaltung von Arbeits- und Ausbildungsverhältnissen behinderter Menschen wirkt das CMB als Anlaufstelle zur Ermittlung, Akquisition, Organisation, Koordination und Überwachung der erforderlichen Interventionshilfen. Unter Orientierung am für Case Management prinzipiell geltenden Phasenablauf[68] (siehe *Abbildung 7*) sind dabei innerhalb sehr kurzer Frist die folgenden Aufgaben zu bewältigen (siehe dazu auch *Abbildung 12*):[69]

- Übernahme des CMB-Falles von abgebender Institution (z.B. Krankenversicherung, Arbeitsverwaltung, Rentenversicherung) und ggf. formale Prüfung (z.B. Akteneinsicht) auf Eignung für CMB

---

68 Vgl. *Wittwer* 2000: 378

69 Siehe dazu insbesondere: *Maier* 2001: 837ff. Ferner *Stecher* 2000. Erkennbar wird hier, daß die CMB-Aufgaben ähnlich geartet sind wie jene, die den Integrationsfachdiensten / Arbeitsassistent(inn)en zukommen. Allerdings werden diese im wesentlichen bei der beruflichen Ersteingliederung schwerbehinderter Menschen (aus Sondereinrichtungen) mit besonderem Bedarf an personalintensiver, individueller arbeits- und berufsbegleitender Betreuung bzw. Unterstützung – u.U. auch dauerhaft – tätig. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt hier insbesondere im Bereich der Akquisition und Vermittlung von (neuen) Arbeitsplätzen. (Siehe dazu §110 SGB IX); siehe ferner: *Adlhoch* 1997; *Doose* 1997, 1998; *Deusch* 1998; *Junker* 1998; *Barlsen et al.* 1999a; b; *Beule* 1999; *Jähnert* 1999; *Kretzer* 1999; *Schartmann* 1999; *Schneider* 1999; *Adlhoch* 2000; *Kretzer* 2000; *Matzeder* 2000a) Von der Notwendigkeit eines solchermaßen intensiven und dauerhaften Engagements ist jedoch beim CMB im Sinne des Modellprojekts nicht auszugehen. Zudem geht es hier um den Erhalt eines Arbeitsverhältnisses im angestammten Betrieb, nicht um Akquise und Vermittlung einer Stelle in einem anderen Unternehmen.

- Kontaktaufnahme zum behinderten Menschen, Abklärung von Interesse an CMB und Einverständnis zu weiteren Aktivitäten, insbesondere Verhandlungen mit dem bisherigen Betrieb
- Problemanalyse in Abstimmung mit dem / der Reha- / SB-Berater(in) der Arbeitsagentur unter Berücksichtigung der Interessen von behinderten Personen und Arbeitgebern
- Information des Arbeitgebers über
  - technische Lösungsangebote
  - Förderungsmöglichkeiten durch Reha-Träger bzw. Integrationsämter
- Erörterung der zur Erhaltung des Arbeits- / Ausbildungsverhältnisses erforderlichen Hilfen mit allen Beteiligten
- abschließende Beurteilung
- Abklärung mit zuständigem Reha-Träger
- Bereitstellung der Hilfen (ggf. Vorleistung)

2.2 CMB-Organisationsformen

Ob Case Management funktioniert, hängt wesentlich von dem organisatorischen Rahmen ab, in den es eingebunden ist. Größe, Umfang und Struktur der für die Umsetzung zuständigen Einrichtung beeinflussen demnach auch die Gestaltung der betreffenden Aktivitäten und bestimmen großenteils, welche seiner Funktionen betont werden.[70] Zur Durchführung des CMB bieten sich die in den folgenden Abschnitten näher erläuterten Organisationsformen[71] an.

[70] Vgl. *Weil* 1991: 114

[71] Zu den Möglichkeiten einer organisatorischen Verankerung von Case Management siehe etwa: *Weil* 1991: 114ff; *Rupp / Bell / McManus* 1994: 6f; *Bohm / Schräder* 1995; *Faßmann* 2000a: 16; *ders*. 2000b: 17; *Ewers / Schaeffer* 2000b: 14ff; *Seyd / Brand* 2004: 10

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

Aufgrund des dort in qualifizierten Fachabteilungen und –diensten vorhandenen sozialversicherungsrechtlichen, berufskundlichen und arbeitsmarktlichen Fachwissens bietet sich eine Integration des CMB in den Aufgabenbereich der Arbeitsverwaltung oder anderer Rehabilitationsträger[72] an. Voraussetzung ist allerdings eine vorwiegend betriebsbezogene Orientierung der Case Manager(innen): Demnach ist die Frühintervention beim Betrieb in Zusammenarbeit mit dem *Technischen Beratungsdienst* sowie dem *Ärztlichen* oder *Psychologischen Dienst* (ggf. auch unter Kontaktaufnahme mit Betriebsärzt(inn)en und Krankenkassen) vorzubereiten, zu organisieren und zu koordinieren.[73]

Maier (2000, 2001) plädiert für ein CMB durch die Arbeitsagentur, weil

- CMB die ureigenste Aufgabe der Arbeitsagentur sei,
- die Fachkompetenz der Reha-Berater(innen) als Case Manager(innen) viel größer als die externer Kräfte sei,
- ein(e) Reha-Berater(in) interne Behördenstrukturen eher positiv beeinflussen könne als eine externe Person oder Stelle,
- Entscheidungs- und damit Verhandlungskompetenz weiter beim Reha-Träger verblieben,
- positive Synergieeffekte im Hinblick auf andere Aufgabengebiete der Arbeitsagentur zu erwarten seien,
- CMB das Image einer modernen Dienstleistungsbehörde positiv beeinflusse.

Maier fordert daher, die Arbeitsverwaltung solle eigene Mitarbeiter(innen) für CMB-Aufgaben freistellen.

Solche Argumente dürften auch andere Rehabilitationsträger (Krankenkassen, Rentenversicherungsträger) anführen, um ein entsprechendes Engagement zu begründen. So wird in

---

[72] Zum Case Management durch Mitarbeiter(innen) von Krankenkassen siehe z.B. *Hüllen / Schulz* 1997; *Meierjürgen* 1997; *Hüllen / Chruscz* 1998; *Braun / Kuwatsch* 2000: 43ff; *Chruscz 2000; Chruscz / Hamed Zoike* 2000; *Dziuk* 2000. Über Möglichkeiten von Reha-Berater(inne)n der Rentenversicherung berichten *Braun / Kuwatsch* 2000: 46ff.

[73] Siehe dazu etwa: *Göbel* 1999: 213f; *ders*. 2000a: 99f; *Arbeitsamt Nürnberg* 2000; *Braun / Kuwatsch* 2000: 48ff; *Maier* 2000; 2001

besonderem Maße dafür plädiert, die betreffenden Leistungen durch die *Gemeinsamen Servicestellen* nach § 22 SGB IX erbringen zu lassen, da ihr Aufgabenspektrum bereits dem der CMB-Stellen recht nahe käme.[74] In der Praxis zeigte sich allerdings bisher, daß diese Servicestellen zwar ihrem Informations- und Beratungsauftrag im allgemeinen gerecht werden. So weit es jedoch darum geht, in die Betriebe hineinzugehen und gemeinsam mit allen Beteiligten nach Lösungen zur Ausgliederungsverhinderung zu suchen, sind diese Stellen allem Anschein nach überfordert: So finden sich im Bericht der Begleitforschung des Projekts „Einrichtung und Arbeitsweise gemeinsamer Servicestellen“[75] keinerlei Hinweise auf Kontakte dieser Einrichtungen mit Arbeitgebern, geschweige denn Besuche in Betrieben.

2.2.2 CMB durch von Rehabilitationsträgern beauftragte Stellen („Einkaufsmodell“)

Wegen fehlender personeller Ressourcen läßt sich CMB u.U. nur verwirklichen, indem die federführenden Rehabilitationsträger dazu geeignete Dritte beauftragen, die betreffenden Dienstleistungen in der erforderlichen Qualität zu erbringen, und sie dafür angemessen bezahlen. In Frage kommen hier Bildungsträger, insbesondere geeignete Reha-Einrichtungen, die über fundierte Erfahrungen mit der beruflichen Eingliederung behinderter Menschen verfügen. Als besonders vorteilhaft wird dabei die Tatsache angesehen, daß es sich in diesem Fall um eine *neutrale* Instanz handelt, die somit am besten den Funktionen als Anwältin der Klient(inn)en, Vermittlerin bedarfsgerechter Leistungen und Steuerungsinstanz im Versorgungssystem entsprechen kann, die dem Case Management im allgemeinen zugeschrieben werden[76] (siehe *Abbildung 6*).

Demgegenüber sind Mitarbeiter(innen) von Rehabilitationsträgern trotz ihrer Beratungsverpflichtungen (§ 12 Abs. 1 Punkt 3, § 22 Abs. 2 SGB IX) immer auch Partei.[77] Deshalb wird gerade in einem solchen Konzept eine Brückenform zwischen den Haushaltserfordernissen und der Förderungsverpflichtung gesehen, die den Interessenausgleich zwischen den Berechtigten (Rehabilitand(inn)en) und den Leistungsverpflichteten (Reha-Träger) verbessert,

---

[74] Siehe dazu: *Gross* 2001; 2004

[75] Siehe: *Engel / Pfeuffer* 2003; Siehe auch: *Wittlinger / Sanwald* 2004. Insofern muß der (im übrigen wenig aussagekräftige) Beitrag von *Würth* (2004) über ein Engagement von *Gemeinsamen Servicestellen* im Rahmen von Prävention und Ausgliederungsverhinderung mit großer Zurückhaltung betrachtet werden.

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

[77] Vgl. *Göbel* 1999: 210

und somit sachgerechtere und wirtschaftlichere Ergebnisse erzielt werden können als durch das traditionelle einseitig-hoheitliche Handeln.[78]

Als Finanzierungskonzepte[79] sind denkbar

- eine leistungsunabhängige Finanzierung entsprechender Stellen,
- indikationsunabhängige oder indikationsorientierte Fallpauschalen,[80]
- Abrechnung von Einzelleistungen bzw. nach Zeitaufwand.

Nach einer Modellrechnung[81] aus dem Jahre 1999 wurde eine durchschnittliche Kostenerstattung von 1.000 DM pro Fall unter Einschluß aller Leistungen und der dazu erforderlichen Ressourcen (einschließlich Fahrtkosten u.ä. Aufwendungen des privaten Leistungsträgers, jedoch ohne zusätzliche Leistungen für Anpassungsmaßnahmen, Eingliederungshilfen etc.) für angemessen angesehen.

Im Rahmen des Modellprojekts wurde das CMB nach dem „Einkaufsmodell" allerdings durch die Arbeitsverwaltung zunächst im Rahmen der freien Förderung nach § 10 SGB III finanziert. Im Zuge des Umbaus der *Bundesanstalt für Arbeit* zur *Bundesagentur für Arbeit* verabschiedete sich die Arbeitsverwaltung später ganz von dieser Finanzierungsmöglichkeit: Mit der Geschäftsanweisung 19/2003 vom 26.02.2003 (fortgeschrieben durch die Geschäftsanweisung 135/2003 vom 23.12.2003) wurden die Einsatzmöglichkeiten der Freien Förderung auf die Hilfestellung im Einzelfall (Individualförderung) begrenzt. Die trägerbezogene Finanzierung (Projektförderung und teilnehmerbezogene Umlagefinanzierung) wurde *expressis verbis* nicht mehr zugelassen. Damit wurde im Rahmen des Projekts einigen CMB-Stellen die Finanzierung und damit die Möglichkeit einer Weiterarbeit entzogen.[82] Interventionen der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* und der Begleitforschung, zumindest bis zum Ende der Projektlaufzeit eine Sonderregelung zuzulassen, blieben erfolglos.

Andere Rehabilitationsträger sahen eine der Freien Förderung entsprechende Finanzierung nicht vor.[83] Im Bereich der Rentenversicherung ist allerdings u.U. denkbar, sich auf die

---

78 Vgl. *Göbel* 1999: 210

79 Siehe dazu auch: *Tophoven* 1995: 164

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

81 Vgl. *Göbel* 1999: 217

82 Gleichwohl sahen einige Arbeitsagenturen vor Ort durchaus die Möglichkeit, die Arbeit an ihren Standorten, teilweise sogar über die Projektlaufzeit hinaus, weiter zu gewährleisten.

83 Vgl. *Maier-Lenz* 2000: 8; *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* 2000b: 6

Rechtsgrundlage des § 31 Abs. 1 Punkt 5 SGB VI zu stützen, der Zuwendungen für Einrichtungen vorsieht, die die Rehabilitation fördern. In der Praxis ist dies allerdings problematisch, da die aufgrund dieser Rechtsvorschrift verfügbaren Mittel „gedeckelt“ und im allgemeinen bereits durch die Finanzierung anderer Maßnahmen gebunden sind.[84] Eine andere, wohl günstigere Möglichkeit stellt eine Verfahrensabsprache über eine gemeinsame Beauftragung von CMB-Stellen in Analogie zu jener dar, die z.B. in Baden-Württemberg zur Beauftragung von Integrationsfachdiensten vorgenommen wurde.[85] Hier werden durchschnittliche Fallkosten (Mitte 2003 waren dies ca. 230 € pro Monat bei einer durchschnittlichen Betreuungsdauer von 7,5 Monaten) vergütet.[86]

[84] Persönliche Mitteilung von Herrn *Loris*, *LVA Sachsen*, am 27. März 2002

[85] Siehe dazu: *Landesarbeitsamt Baden-Württemberg et al.* 2003

[86] Vgl. *Landesarbeitsamt Baden-Württemberg et al. 2003*: § 5 Abs. 2

3 Ziele und Anlage des Modellprojekts und seiner wissenschaftlichen Begleitung

3.1 Ziele und Anlage des CMB-Modellprojekts

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

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

3.1.1 Ziele des Modellprojekts

Ziel des Modellprojekts war es auszuloten, wie ein Case Management zur Erhaltung von Arbeits- und Ausbildungsverhältnissen langzeiterkrankter und behinderter Menschen optimal ausgestaltet werden könnte (siehe *Abbildung 13*). Demnach ging es insbesondere darum, die Chancen und Grenzen von CMB zu erproben unter Berücksichtigung unterschiedlicher Rahmenbedingungen wie

- Organisationsform[87] (Durchführung nach dem „Reha-Träger-Modell„ oder dem „Einkaufsmodell“) und
- regionalen Besonderheiten (z.B. Arbeitsmarkt, städtisches bzw. ländliches Umfeld, neue bzw. alte Bundesländer).

[87] Auf die Zielsetzung, den Erfolg von CMB im Zusammenhang mit der Organisationsform von CMB zu analysieren, mußte im Verlauf des Modellprojektes verzichtet werden: Zum einen lag dies daran, daß 3 der ursprünglich 5 ins Modellprojekt aufgenommenen Standorte des „Reha-Träger-Modells“ schon sehr bald wieder wegen fehlender Finanzierungsgrundlage aus der wissenschaftlichen Begleitung ausscheiden mußten und somit eine wichtige Datenbasis für die abschließenden Auswertungen wegfiel (vgl. *Abbildung 17*). Zum anderen wandten Mitglieder des Projektbeirates ein, daß eine Aussage über die Effektivität und Effizienz von *Reha-Träger-* versus *Einkaufsmodell* bedenklich seien, da eine Vielzahl von Rahmenbedingungen, die auf den Erfolg von CMB einwirken, einer sehr geringen Fallzahl der Reha-Träger-Modelle gegenüber stehe, die Ergebnisse daher als nicht sehr zuverlässig zu bewerten wären.

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

Abbildung 13

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

3.1.2 Projektakteure: Beteiligte & Betroffene

Zu den Akteuren im Rahmen eines Evaluationsprozesses sind zunächst die Beteiligten & Betroffenen[88] (*stakeholders*), d.h. Personen und Gruppen zu zählen, die an der Entwicklung und Umsetzung des zu überprüfenden Programms[89] unmittelbar beteiligt bzw. davon betrof-

[88] Die Wortkombination „Beteiligte & Betroffene“ wird heute allgemein als *terminus technicus* für den englischen Begriff *stakeholders* verwendet, wobei zwischen die beiden Substantive ein „&“ zur Verdeutlichung gestellt wird (vgl. *Widmer* 2000: 79).

[89] Wir verstehen den Programmbegriff an dieser Stelle wie *Beywl / Taut* (2000: 362) im Sinne von beschriebenen intentional aufeinander bezogenen Bündeln von Interventionen, Maßnahmen, Projekten oder Teilprogrammen, die aus einer Folge von auf ausgewiesene Ziele hin ausgerichteten Aktivitäten / Interaktionen bestehen, welche auf der Basis von verfügbaren Ressourcen durchgeführt werden und darauf gerichtet sind, mit Hilfe bereitgestellter Leistungen (*outputs*) bestimmte, bei bezeichneten Zielgruppen oder im sozialen System zu erreichende Ergebnisse (*outcomes*) auszulösen. (Siehe dazu auch: *Beywl / Speer / Kehr* 2004: 12ff)

fen sind.[90] Es handelt sich hier also im wesentlichen um die Mittelgeber, die ein Programm verantworten und die Evaluation finanzieren, die programmgestaltenden Durchführungsorganisation(en) und ihre Mitarbeiter(innen) sowie die Zielgruppen bzw. Klient(inn)en.[91]

Die wichtigsten *stakeholders* im CMB-Modellprojekt sind in *Abbildung 14* zusammengestellt:

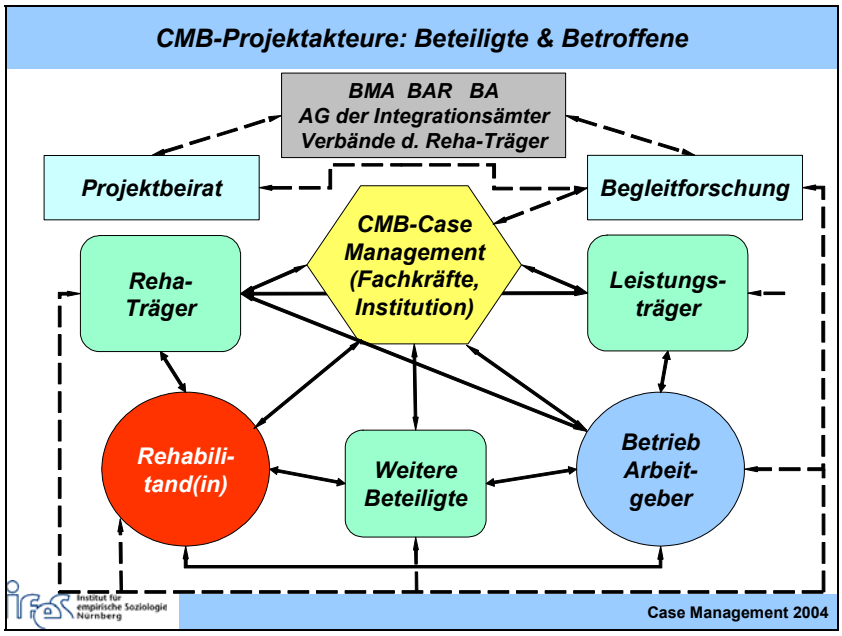


Abbildung 14

Im Zentrum stehen dabei die *CMB-Stellen*, d.h. die sie tragenden Durchführungsorganisationen sowie die dort tätigen Case Manager(innen). Sie stehen in engen Kooperationsbeziehungen zu den jeweiligen *Rehabilitand(inn)en* und deren *Betrieben* (Arbeitgebern, Personalverantwortlichen, Vorgesetzten). Zudem sind sie eingebunden in ein *Netzwerk* von Personen, Organisationen und Institutionen, die herangezogen werden können, um dem Ausgliederungsverhinderungsmanagement zum Erfolg zu verhelfen. An erster Stelle zu nennen sind hier die Rehabilitationsträger und deren Fachdienste (z.B. *MDK*, *Ärztliche Dienste*, *Technischer Beratungsdienst*, *Psychologischer Dienst* usw.). Daneben sind Leistungsträger (z.B. Bildungsträger) relevant, die dann in Anspruch genommen werden können, wenn die Finanzierung geplanter Maßnahmen sichergestellt werden konnte.

---

[90] Vgl. *Joint Committee on Standards for Educational Evaluation / Sanders* 1999: 49

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

Die Gruppe der weiteren (potentiell) Beteiligten kann nur skizziert werden. Je nach Situation und Bedarf wären etwa behandelnde Ärzte / Ärztinnen, betriebsärztliche Dienste, Rehabilitationsberater(innen), Integrationsfachdienste, Arbeitnehmervertretungen, Schwerbehindertenvertrauensleute, Vorgesetzte, Kolleg(inn)en, Familienangehörige usw. einzubinden.

Neben diesen das CMB unmittelbar gestaltenden und umsetzenden Akteuren wirkten an dem Projekt die Initiatoren, Finanziers und Förderer der Modellinitiative (*Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung*, *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation*, *Bundesagentur für Arbeit*, *Arbeitsgemeinschaft der Integrationsämter*, *Spitzenverbände der Rehabilitationsträger*) mit.

Zur Beratung und Unterstützung der Begleitforschung durch das *Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (IfeS)* wurde ein Projektbeirat eingerichtet: Neben den Vertreter(inne)n der bereits genannten Institutionen bzw. Organisationen wurden auch solche des *BAR-Sachverständigenrates der Behindertenverbände,* des *Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen*, der *Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Hauptfürsorgestellen,* der *Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände*, des *Deutschen Gewerkschaftsbundes* sowie des *Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit* zur Mitarbeit in diesem Gremium eingeladen.

3.2 Modellstandorte und Durchführungsorganisationen

Zum Zeitpunkt der Ausschreibung der Begleitforschung des Modellprojekts im September 2000 war zunächst vorgesehen, etwa zehn Modellstandorte mit CMB-Stellen in die Programmevaluation einzubeziehen. Als dann mit dem Projekt begonnen werden konnte, war diese Zahl auf 15 Standorte angestiegen. Nach Durchführung erster Gespräche vor Ort zeigten sich dann allerdings am Standort *Hameln* so gravierende Abweichungen vom Konzept der übrigen Standorte, daß es nicht zuletzt aus Gründen der Vergleichbarkeit angezeigt erschien, diesen nicht weiter im Modellprojekt zu belassen. An seiner Stelle wurde *Leipzig* als Standort nachträglich aufgenommen. Im Februar 2002 mußte auch der Standort *Ludwigshafen* aus dem Projekt genommen werden, weil das *Arbeitsamt Ludwigshafen* den Vertrag mit der zuständigen Durchführungsorganisation nicht verlängert hatte. Dabei war nach Auskunft dieses Bildungsträgers ausschlaggebend, daß sich die Arbeitsverwaltung weniger an CMB, denn an einer Intensivierung ihrer Vermittlungsbemühungen interessiert zeigte. Auch am

Standort *Neuwied / Altenkirchen* stieg die Arbeitsverwaltung mit der Begründung aus dem Projekt aus, sie sei nach Verabschiedung von SGB IX kaum noch für CMB-Fälle zuständig. Bemühungen der *AOK*, hier eine Vereinbarung mit der *LVA Rheinland-Pfalz* zu treffen, um das CMB-Angebot weiter aufrecht erhalten zu können, blieben während der Projektlaufzeit erfolglos, so daß die Kooperation mit der Begleitforschung im April 2003 aufgegeben wurde. Ende März 2002 schied der Standort *Traunstein* und im September 2003 der *Standort* Pfarrkirchen aus dem Modellprojekt aus, da die Bildungsträger sich nicht in der Lage sahen, mit dem vorhandenen Personal den erforderlichen Dokumentationspflichten nachzukommen. Aus ähnlichen Gründen mußten sich im Juli 2002 die CMB-Stelle beim Arbeitsamt *Nürnberg* und im Dezember 2002 jene beim Arbeitsamt *Gotha* trotz intensiver Bemühungen der *BAR* bei den vorgesetzten Stellen zurückziehen. Ab April 2002 wurde die CMB-Stelle *Suhl* neu in das Modellprojekt aufgenommen, im Februar 2003 kamen die Standorte *Mainz* und *Plauen* dazu.

Wie oben bereits erwähnt, sah sich die *Bundesagentur für Arbeit* im Zuge ihrer Neuorganisation immer weniger in der Lage, das Modellprojekt zu unterstützen und zog sich zunehmend zurück. So mußten zum 1. Januar 2004 auch die Standorte *Merseburg* und *Saalfeld* sowie zum 1. April 2004 die CMB-Stelle *Suhl* trotz erfolgreicher Arbeit ihr Leistungsangebot einstellen, weil sich weder das *Landesarbeitsamt Halle* noch die regionalen Rentenversicherungsträger bereit und in der Lage sahen, zumindest bis zum Ende der Projektlaufzeit eine Finanzierung sicherzustellen. Dieser zunehmende Rückzug erscheint – zumindest aus der Distanz der Begleitforschung – als überaus befremdlich, war die Idee eines Case Managements zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen Behinderter doch aus der *Bundesanstalt für Arbeit* hervorgegangen,[92] die das Projekt in der Anfangsphase auch wesentlich unterstützte.[93]

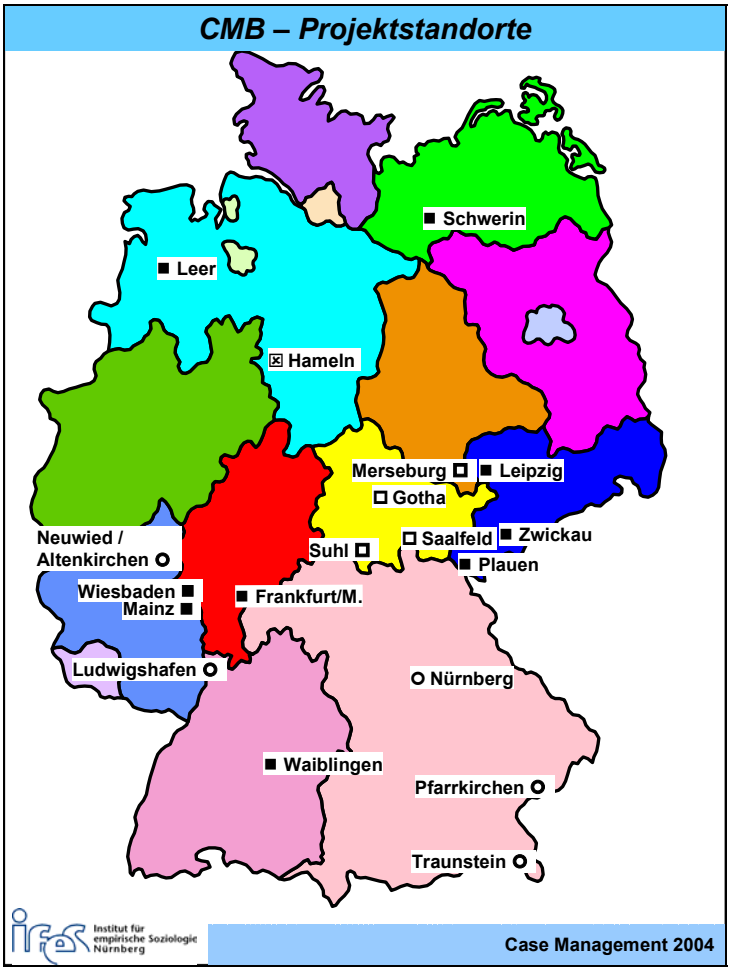
Abbildung 15 zeigt die Verteilung der Projektstandorte über das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland. Die Auswahl wurde vom Projektinitiator, der *BAR* zusammen mit den betreffenden Landesarbeitsämtern und Arbeitsämtern, aufgrund der Überlegung vorgenommen, möglichst vielfältige Standortbedingungen zu repräsentieren:

---

[92] So waren die Protagonisten des CMB-Konzepts, die auch bereits wichtige praktische Pionierarbeit leisteten, Mitarbeiter der *Hauptstelle der Bundesanstalt für Arbeit* bzw. des *Arbeitsamtes Nürnberg* (siehe dazu: *Göbel*; 1999; 2000a, b; *Maier* 2000; 2001; *Alt* 2004: 10)

[93] Zwar wurde vorgetragen, das geschäftspolitische Ziel der *Bundesagentur für Arbeit* für das Jahr 2004 bestünde darin, die Beratung und Integration spürbar zu verbessern (vgl. *Alt* 2004: 15). Gleichwohl muß dahingestellt bleiben, ob das nachlassende Engagement der Bundesagentur im Rahmen des CMB-Projekts bereits als Ausdruck eines zunehmenden Rückzuges der *Bundesagentur für Arbeit* aus der Rehabilitation im Zuge der geänderten Geschäftspolitik der Arbeitsverwaltung mit ganz anderer Prioritätensetzung interpretiert werden muß.

So ist zu erkennen, daß acht Standorte in den alten und sechs in den neuen Bundesländern lagen. Neben ausgesprochenen „Großstadt-Stellen“ (Frankfurt a. M., Nürnberg, Leipzig) finden sich auch solche in eher ländlicher Umgebung (Leer, Neuwied, Pfarrkirchen, Saalfeld). Prosperierende Regionen (Waiblingen, Wiesbaden) stehen solchen mit eher problematischer Wirtschafts- und Arbeitsmarktlage (Leer, Schwerin, Zwickau) gegenüber.



Legende zu den Abbildungen 15 und 16:

- ■ 9 Projektstandorte mit *vollständiger Falldokumentation*
- □ 4 *vorzeitig ausgeschiedene* Projektstandorte *mit Falldokumentation*
- ○ 5 *vorzeitig ausgeschiedene* Projektstandorte *ohne Falldokumentation*
- ☒ 1 *nicht* in das Projekt *übernommener* Standort

Abbildung 15

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

Aus *Abbildung 16* geht hervor, welcher Organisationsform die CMB-Stellen an den Projektstandorten zuzuordnen sind: An fünf Standorten hatten Rehabilitationsträger das CMB selbst übernommen: So wurde es in *Frankfurt a. M.*, *Gotha*, *Nürnberg* von Arbeitsämtern, in

Leer von einem Rentenversicherungsträger und in *Neuwied / Altenkirchen* von einer Krankenkasse mit eigenem Personal durchgeführt. Alle übrigen CMB-Stellen entsprachen dem „Einkaufsmodell“: In *Leipzig*, *Schwerin* und *Wiesbaden* wurden *Berufsförderungswerke,* in *Waiblingen* wurde ein *Berufsbildungswerk* mit CMB beauftragt, während an allen übrigen Standorten sonstige Bildungsträger eingebunden waren.

Organisationsform des CMB nach Standorten

Standort	Rehaträger-Modell			Einkaufsmodell	
	Arbeits-Verwaltung	Renten-versicherung	Kranken versicherung	BBW / BFW	Sonstiger Träger
Frankfurt a. M.	■				
Gotha	◘				
Nürnberg	○				
Leer		■			
Neuwied / Altenkirchen		○			
Leipzig				■	
Schwerin				■	
Waiblingen				■	
Wiesbaden				◘	
Hameln					⊠
Ludwigshafen					○
Mainz					■
Merseburg					◘
Pfarrkirchen					○
Plauen					■
Saalfeld					◘
Suhl					◘
Traunstein					○
Zwickau					■

Institut für empirische Soziologie Nürnberg

Case Management 2004

Abbildung 16 (Legende siehe *Abbildung 15*)

In *Abbildung 17* werden schließlich die CMB-Durchführungsorganisationen nach Standorten namentlich[94] aufgelistet. Aus dieser Übersicht geht auch hervor, seit wann die Organisationen am Modellprojekt teilnahmen und wann sie ihre Mitarbeit einstellten bzw. beenden mußten.

Die CMB-Stellen unterscheiden sich - abgesehen von ihrer institutionellen Anbindung - ganz erheblich im Hinblick auf

- ihre Zielsetzungen, d.h.
  - Beschränkung auf Ausgliederungsverhinderung im bisherigen Betrieb, wie es das *BAR*-Konzept vorsieht, vs.

[94] Mit den Projektakteuren wurde vereinbart, Informationen aus den Projektstandorten zu anonymisieren, um die Möglichkeiten einer Zuordnung von Forschungsergebnissen zu erschweren. Die CMB-Stellen werden daher in diesem Bericht nicht namentlich genannt, sondern durch zufällig gewählte Nummern gekennzeichnet.

- umfassenderes Wiedereingliederungsmanagement, insbesondere unter Berücksichtigung von Möglichkeiten der Eingliederung in andere Betriebe, berufliche Umorientierung, Vermittlung neuer Stellen etc.,[95]

- ihre Vorerfahrungen (manche Stellen arbeiteten bereits seit bis zu drei Jahren, andere fingen zu Projektbeginn gerade erst mit der Implementierung an),
- die Freistellung der Mitarbeiter für CMB-Aufgaben (Vollzeit vs. Teilzeit),
- die Finanzierung (Fallpauschalen, ganze Planstellen oder „kostenneutral“ wegen Einsatz von Personal des Reha-Trägers),
- die Verweildauer im Projekt, da etliche Stellen erst später einbezogen werden konnten bzw. vorzeitig ausgeschieden sind.

Durchführungsorganisationen und Finanzierung der CMB-Stellen

Finanzierung während der Projektlaufzeit gesichert:

Frankfurt a. M.	*Agentur für Arbeit Frankfurt a. M.*
Leer	*LVA Hannover, A + B-Stelle Leer*
Leipzig	*BFW gGmbH Leipzig*
Mainz	*pebb gmbh Ober-Hilbersheim*
Plauen	*Transfer e.K. Personalberatung und Qualifizierung Hof*
Schwerin	*BFW Hamburg GmbH*
Waiblingen	*BBW Waiblingen der Diakonie Stetten e.V.*
Zwickau	*ISB Zwickau*

Ausgeschieden wegen Ausstiegs der Arbeitsverwaltung aus der Finanzierung nach 10 SGB III:

Wiesbaden	*BFW Frankfurt a. M.*	seit April 2004
Suhl	*Stiftung Rehabilitationszentrun Thüringer Wald*	seit April 2004
Merseburg	*FAW Merseburg*	seit Januar 2004
Saalfeld	*BZ Saalfeld gGmbH*	seit Januar 2004
Ludwigshafen	*FAW Ludwigshafen*	seit Februar 2002

Ausgeschieden aus sonstigen Gründen:

Pfarrkirchen	*BFZ Johann Peters GmbH & Co. KG*	seit September 2003
Neuwied / Altenkirchen	*AOK Rheinland-Pfalz*	seit April 2003
Gotha	*Agentur für Arbeit Gotha*	seit Dezember 2002
Nürnberg	*Agentur für Arbeit Nürnberg*	seit Juli 2002
Traunstein	*IBBV GmbH*	seit März 2002
Hameln	*Salo + Partner Bildung und Beruf GmbH*	seit Oktober 2001

Institut für empirische Soziologie Nürnberg

Case Management 2004

Abbildung 17

Diese Heterogenität der CMB-Stellen war auf die von der *BAR* in Zusammenarbeit mit Landesarbeitsämtern und Arbeitsämtern vorgenommene Standortauswahl zurückzuführen und von der Begleitforschung im nachhinein nicht beeinflußbar.

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

3.3 Design der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts

Wie *Abbildung 18* zeigt, ging es im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des als *Multicenterstudie* angelegten Entwicklungsprojekts darum,

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

Allerdings sollte das Forschungsteam nicht nur rein evaluierend tätig werden, sondern im engen *kooperativen, praxisorientierten Dialog*[96] mit den in das Projekt eingebundenen Akteuren auch einen Beitrag zur Konzeptentwicklung und –präzisierung sowie zu ihrer Qualitätssicherung leisten.

Abbildung 18

[96] Dafür ist kennzeichnend, daß der Dialog zwischen den beteiligten Akteuren an der Praxis und ihren Problemen orientiert ist und damit die Unverbindlichkeit und Abstraktheit akademischer Diskurse verliert (vgl. *Heinze* 1995: 45).

3.3.1 Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung[97]

3.3.1.1 Beitrag zur Qualitätssicherung und -verbesserung[98]

Angenommen wird, daß die Teilhabe am Arbeitsleben von langzeitkranken, behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen, die noch in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, vielfach durch frühzeitige Intervention gesichert werden kann. Im Rahmen des CMB sollten die dazu erforderlichen Informationen von den betroffenen Personen sowie weiteren in den Rehabilitationsprozeß einzubindenden Kooperationspartnern eingeholt, die erforderlichen Maßnahmen geplant, die Hilfestellungen und Angebote zum richtigen Zeitpunkt in die Wege geleitet, die richtigen Fachleute und –dienste einbezogen, das Zusammenwirken der verschiedenen Akteure im Sinne der Rehabilitand(inn)en koordiniert und die Umsetzung der geplanten Aktivitäten – so weit möglich – überwacht werden. In diesem Zusammenhang sollte die Begleitforschung qualitätssichernde Funktionen übernehmen. Sie hatte daher die prinzipielle Aufgabe

- zu evaluieren, inwieweit
  - hohe projektinterne Qualität (d.h. des CMB selbst) sichergestellt werden konnte,
  - das Modellprojekt tatsächlich zur (projektexternen) Qualitätssicherung und –verbesserung im Bereich der Teilhabeleistungen beitrug,
- im Rahmen eines *praxisorientierten* Dialogs mit den Akteuren an den Projektstandorten (insbesondere den Case Manager(inne)n) durch
  - kritische Reflexion der durch diese Überprüfung gewonnenen Erkenntnisse,
  - Beratung und
  - Formulierung von Handlungsempfehlungen
  - zur projektinternen und -externen Qualitätssicherung und -verbesserung beizutragen.

Die Begleitforschung orientierte sich an dem heute für Qualitätsbeurteilung (*assessment*) gängigen Konzept von *Donabedian*, das vorsieht, die Qualität von Dienstleistungen an der

---

97 Eingehendere Informationen zu diesem Abschnitt finden sich in: *Brader / Faßmann / Wübbeke* 2002: 48ff

98 Das wichtigste Ergebnis der in diesem Abschnitt enumerierten Aufgaben stellen die CMB-Qualitätsstandards dar, die gemeinsam mit den Projektakteuren erarbeitet und in einer gesonderten Publikation (siehe *Brader / Faßmann / Lewerenz / Steger / Wübbeke* 2004) präsentiert wurden.

Qualität der Hintergrundmerkmale (*inputs*), der Struktur (*structure*), des Prozesses (*process*) und der Ergebnisse (*outcomes*) zu messen.[99] Dem Qualitätssicherungs-Paradigma entsprechend wird davon ausgegangen, daß die Strukturqualität die Prozeßqualität, und diese die Ergebnisqualität beeinflußt.

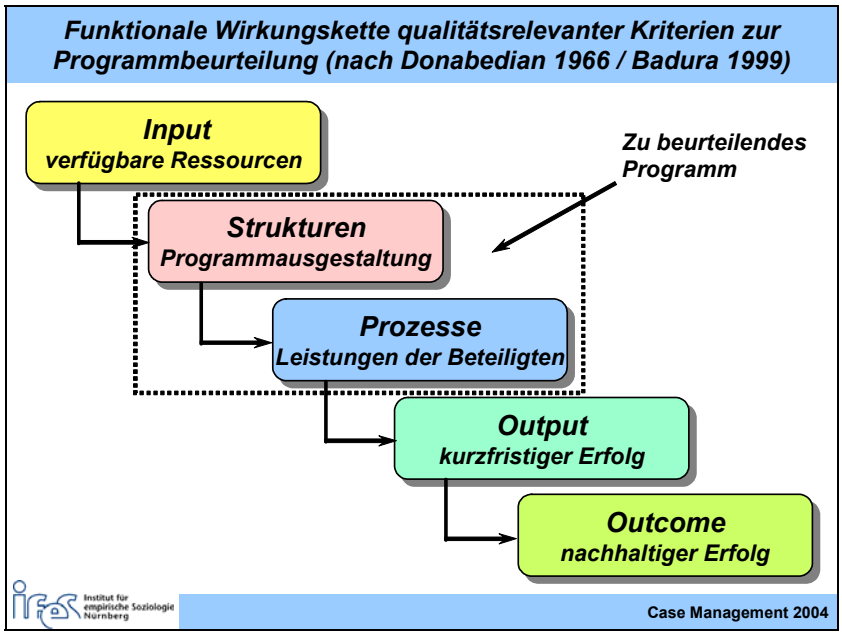


Abbildung 19

---

[99] Siehe dazu: *Donabedian* 1966: 167ff; 1982: 70ff. Zur Umsetzung des Konzepts siehe z.B.: *Lohl* 1997; *Gerth / Menne / Roth* 1999. Siehe auch: *Badura* 1999: 25ff; *Remmel-Faßbender* 2002:71ff.

Demnach bezieht sich die Evaluation von

- *Strukturqualität* auf die relativ stabilen Merkmale der Dienstleistungserbringung wie materielle, personelle, organisatorische und finanzielle Ressourcen / Instrumente,
- *Prozeßqualität* auf das tatsächliche Verhalten bzw. Handeln (*normative behavior*) der Erbringer von Dienstleistungen unter Berücksichtigung der dem jeweiligen Verhalten zugrunde liegenden Verhaltenserwartungen (z.B. Vorschriften, Qualitätsstandards, Vereinbarungen),
- *Ergebnisqualität* auf den Grad, in dem die postulierten Ziele der jeweiligen Dienstleistung tatsächlich erreicht werden, wobei unterschiedliche Beurteilungsperspektiven (z.B. Rehabilitand(inn)en, Rehabilitationsträger, Case Manager(innen), Betriebe und sonstige Beteiligte) relevant sein können. Indem unterschiedliche Beurteilungshorizonte berücksichtigt werden (Beurteilung während / nach der Maßnahme, kurz-, mittel-, langfristige Beurteilung), entspricht die Begleitforschung der Forderung von *Badura* (1999: 29f), nicht nur kurzfristige Resultate, sondern auch nachhaltige Programmwirkungen in die Analyse einzubeziehen. Kriterien können hier etwa sein:
  - Zielerreichung, d.h. Anzahl der Fälle, bei denen die Bemühungen um Erhalt des Arbeits-/ Ausbildungsplatzes erfolgreich waren,
  - („Kunden"-)Zufriedenheit (der Rehabilitand(inn)en, Arbeitgeber),
  - Effizienz der Aktivitäten.

Siehe dazu auch: *Blaschke / Plath / Nagel* 1992: 390ff; *Bühler* 1996; *Wilk* 1996: 49 ff; *Blaschke / Plath* 1997: 243ff; *dies*. 2002: 437f; *Niehaus* 1997: 294ff; *Plath / Blaschke* 1999: 62ff; *dies*. 2002; *Plath* 2000. Ein neueres Modell zur Analyse des Programmzyklus und seiner Dimensionen findet sich bei *Beywl / Spehr / Kehr* (2004: 25ff), ohne daß mit diesem Ansatz ein wesentlich größerer Erkenntnisgewinn zu erwarten wäre.

Badura plädiert für eine Ergänzung des Ansatzes von *Donabedian* durch die zusätzliche Kategorie „*Input*“, um auch Patient(inn)en- bzw. Klient(inn)enmerkmale, Finanzen und verfügbares Personal in die Analyse einbeziehen zu können. Zudem zerlegt er die Ergebniskategorie in „*Output*“ zur Kennzeichnung von kurzfristigen Ergebnissen sowie „*Outcome*“ zur Überprüfung der nachhaltigen Wirkung einer Intervention.[100]

Aufgrund dieser Überlegungen ergibt sich die in *Abbildung 19* dargestellte Wirkungskette.

3.3.1.2 Formative und summative Evaluation[101] des Modellprojekts

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

- die *praxisorientierte* Struktur-, Prozeß- und Ergebnisevaluation der Projektaktivitäten, d.h. die Überprüfung des Grades, in dem die einzelnen Aktivitäten im Rahmen des CMB – unter Berücksichtigung der dabei eingesetzten Ressourcen und Methoden – zur Erreichung der damit intendierten Ziele beitragen;
- die *entwicklungsorientierte* Evaluation, d.h. die Überprüfung von Möglichkeiten
  - einer Modifikation bzw. Verbesserung des CMB im Sinne einer optimierten Zielerreichung oder auch
  - einer Anpassung der formulierten Ziele an im Rahmen des Modellprojekts gewonnene neue Erkenntnisse und Erfahrungen.[102]

Vorgesehen war demnach nicht nur eine *summative Evaluation*[103] der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität der wissenschaftlich zu begleitenden Aktivitäten zu bestimmten Meßzeitpunkten (z.B. am Ende von Projektphasen, eines Kalenderjahres, der Projektlaufzeit).

---

[100] Vgl. *Badura* 1999: 29

[101] „Summative“ und „formative Evaluation“ sind feststehende Begriffe im Bereich der modernen Evaluationsforschung (vgl. *Scriven* 1991: 168f, 340; *Worthen / Sanders / Fitzpatrick* 1997: 14ff; *EC Structural Funds* 1999a: 166f; 1999b: 18*; Madaus / Kellaghan* 2000: 28; *Mittag / Hager* 2000: 105f; *Øvretveit* 2002: 59). *Niehaus* (1997: 295ff) spricht in diesem Zusammenhang von „Controlling“ einerseits und „Monitoring“ andererseits.

[102] Siehe dazu *Wottawa / Thierau* 1998: 33, *Øvretveit* 2002: 137ff

[103] Mit *summativer Evaluation* wird angestrebt, vor allem Außenstehenden (Rehabilitationsträger, Projektförderer, Öffentlichkeit) *nach* der Einrichtung eines (neuen) Programms bzw. *nach* Überführung der betreffenden Aktivitäten in den Routinebetrieb Auskunft darüber zu geben, inwieweit die intendierten Zielsetzungen mit der Maßnahme erreicht werden konnten und welche Möglichkeiten bestehen, diese Ergebnisse zu verallgemeinern (vgl. *Rossi / Freeman / Hofmann* 1987: 24; *Häußler et al.* 1988: 54ff; *Scriven* 1991: 340; *EC Structural Funds* 1999a: 166f; 1999b: 18).

Vielmehr ging es auch um die *formative Evaluation*[104] der verschiedenen Aktivitäten während der Implementierung[105] und routinemäßigen Umsetzung des CMB.[106]

3.3.2 Forschungsfragestellungen

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

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

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

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

---

[104] Die *formative Evaluation* dient dazu, den in ein neues Programm eingebundenen Akteuren (insbesondere dem Projektnehmer, aber auch den beteiligten Betrieben, Berufsschulangehörigen sowie Mitarbeiter(innen) weiterer kooperierender Einrichtungen) *laufend* Hinweise auf die Wirkungen ihrer Aktivitäten unter Berücksichtigung der damit intendierten Ziele sowie auf Verbesserungsmöglichkeiten zu geben (vgl. *Rossi / Freeman / Hofmann* 1987: 31f; *Häußler et al.* 1988: 63ff; *Scriven* 1991: 168f; *EC Structural Funds* 1999a: 166; 1999b: 18).

[105] Im Rahmen des Modellprojekts war es allerdings nicht in jedem Fall möglich, den Implementationsprozeß (vollständig) zu begleiten, da das Case Management an einigen Standorten bei Projektbeginn bereits durchgeführt wurde.

[106] Die Integration *formativer* und *summativer Evaluationsansätze* wird gerade dort als zweckmäßig angesehen, wo Projekte von der Planungs- bis zur Transferphase zu begleiten sind (vgl. *Häußler et al.* 1988: 79ff; *Niehaus* 1997: 297f; *Wottawa / Thierau* 1998: 34).

Die Praxis zeigt, daß sich summative und formative Evaluation weder im Hinblick auf die zeitliche Reihenfolge, noch hinsichtlich der Inhalte in jedem Fall trennscharf auseinanderhalten lassen. So mögen Informationen, die im Rahmen von Aktivitäten zur summativen Evaluation gewonnen werden, im Dialog mit den Projektakteuren sofort verwertet werden: dies wäre dann aber eher der formativen Evaluation zuzurechnen. Umgekehrt werden formative Evaluationsergebnisse auch bei der summativen Evaluation berücksichtigt.

3.2.2.1 Fragestellungen bezogen auf die Rehabilitand(inn)en

Wie ist die CMB-Klientel zu beschreiben (z.B. im Hinblick auf Art und Schwere der Behinderung, Geschlecht, Alter, Familienstand, Kinderzahl, vor Eintritt der Behinderung ausgeübter Beruf / Ausbildung, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Dauer der beruflichen Ausgliederung usw.)?

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

3.3.2.2 Fragestellungen bezogen auf die Betriebe

- Wie groß ist das Interesse der Betriebe an der Weiterbeschäftigung gesundheitlich beeinträchtigter Mitarbeiter(innen)?
- Wie groß ist die Bereitschaft der Betriebe, sich dem CMB zu öffnen?
- Welche Hindernisse stehen einer Weiterbeschäftigung entgegen?
- Wie wird die Arbeit der Case Manager(innen) von den Unternehmen akzeptiert?
- Wie wird die Arbeit der Case Manager(innen) von den Betrieben *ex post* beurteilt?
- Welche Verfahren eignen sich besonders gut zur kurzfristigen Abklärung von
  - Anforderungsprofilen an den Arbeitsplätzen der Betroffenen und
  - Anpassungserfordernissen und -möglichkeiten (z.B. Arbeitsplatz(um)gestaltung, Verfahrensänderungen, technische Hilfen usw.)?

- Welche Vorschläge zur Erhaltung von Arbeits- / Ausbildungsverhältnissen lassen sich in den Betrieben in besonderem Maße umsetzen bzw. weniger gut verwirklichen?
- Welche Instrumente (Reha-Leistungen, sonstige Hilfen, Medien usw.) tragen bei der Kooperation mit Betrieben besonders zu einem erfolgreichen CMB bei?
- Welche betrieblichen Indikatoren (z.B. Betriebsklima, Betriebskultur, Größe, regionale Lage, Unternehmerpersönlichkeit u.ä.) lassen sich finden, die den Erhalt von Arbeitsplätzen durch CMB begünstigen / behindern?
- Sind weitere Maßnahmen, Instrumente oder Prozeduren denkbar, um die Arbeit der Case Manager(innen) in den Betrieben zu erleichtern bzw. effektiver zu machen?

3.3.2.3 Fragestellungen bezogen auf die beteiligten Rehabilitationsträger

- Welche Möglichkeiten werden gesehen, sich gezielt an der Identifikation von potentiellen CMB-Klienten zu beteiligen (z.B. Screening-Verfahren[107])?
- Welche CMB-Organisationsform (durch eigene Mitarbeiter(innen), durch trägerunabhängige Stellen, durch private Anbieter) wird bevorzugt?
- Ist eine konzeptionelle Übereinstimmung dahingehend möglich, daß sich die Partner des Modellvorhabens auf ein CMB-Konzept festlegen lassen, das am effektivsten und effizientesten ist?
- Welcher Zeitaufwand und welche Kosten sind bei einer flächendeckenden Umsetzung für CMB zu veranschlagen?
- Welche Einsparungen (z.B. durch Verzicht auf außerbetriebliche Maßnahmen, Arbeitslosigkeit, Frühberentung) sind zu erreichen?

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

3.3.2.4 Fragestellungen bezogen auf die CMB-Stellen

- Welche Beratungs- und Betreuungsleistungen soll CMB (überwiegend) erbringen?
- Welche normativen, personellen, sachlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen müssen für eine erfolgreiche CMB-Arbeit gegeben sein?
- Welche Erfahrungen werden mit Maßnahmen gemacht wie behinderungsgerechte
  - Arbeitsplatzumgestaltung,
  - Änderung von Arbeitsabläufen und -inhalten,
  - Auswahl und Entwicklung technischer Arbeitshilfen,
  - Teilmechanisierung,
  - Umsetzung auf einen geeigneten Arbeitsplatz,
  - Schaffung eines neuen Arbeitsplatzes,
  - interne oder externe Weiterbildung,
  - Training / Übung von Fertigkeiten und Fähigkeiten?
- Über welche Erfahrungen verfügen Case Manager(innen) bereits hinsichtlich solcher Erhaltungsinitiativen?
- Welche Fachdienstleistungen müssen vom CMB überwiegend erschlossen werden?
- Wo sind diese Fachdienstleistungen überwiegend zu erhalten?
- Welche Methoden zum Abgleich von Leistungs- und Anforderungsprofilen werden angewendet? Welche sind die effektivsten?
- Wie befriedigend bzw. unbefriedigend beurteilen die Case Manager(innen) ihre eigene Arbeit? Was wäre zu ändern?
- Eignet sich die CMB-Konzeption unter Berücksichtigung von Leistungsspektrum, Rahmenbedingungen und Arbeitsmethoden zur Erstellung eines entsprechenden bundesweit flächendeckenden Konzepts?

3.3.3 Vorgehen

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

3.3.3.1.1 Grundlegendes Konzept der formativen Evaluation

Im Rahmen der formativen Evaluation des Modellprojekts ging es darum, gemeinsam mit den unmittelbar in CMB eingebundenen Personen bzw. Stellen praxisorientiert zu einer Präzisierung der Aktivitätsstrukturen und -prozesse zu kommen. Ausgegangen wurde dabei von dem der Rahmenkonzeption prinzipiell zugrunde liegenden Ziel mit der langfristigen Perspektive

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

Davon ausgehend waren nun Operationsziele festzulegen, die handlungsleitend sein sollten. Dies erfolgte im Rahmen der weiteren Konzeptentwicklung durch Formulierung von Leistungszielen und Handlungsleitlinien unter Berücksichtigung der nachfolgend enumerierten Gesichtspunkte:

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

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

➢ Rahmenbedingungen des CMB

- Aufgabenbeschreibung der Case Manager(innen),
- Arbeitsmethoden
  - Gesprächsführung,
  - Vereinbarungen,
  - Methoden der Arbeits- und Leistungsdiagnostik,
- Art und Umfang an erforderlichem Personal,
- Art und Umfang an erforderlichen materiellen Mitteln,
- Organisations- und Kooperationsstrukturen

- „Reha-Träger-Modell“ des CMB,
- „Einkaufsmodell“ des CMB,

- normative Handlungsgrundlagen
  - Befugnisse z.B. im Hinblick auf
    - Verlangen von Auskünften
      - von Rehabilitand(inn)en,
      - von kooperierenden Leistungsträgern,
      - von Ärzten (z.B. behandelnde, Betriebs-, MDK-Ärzte / -Ärztinnen) und Rehabilitationsfachkräften,
    - Möglichkeiten zur Akteneinsicht,
    - selbständiges Tätigwerden – ggf. ohne Umweg über Leistungsträger,
    - Erteilen von rechtsverbindlich Auskünften und Zusagen,
    - Entscheidungsbefugnisse,
    - Weisungsbefugnisse,
    - Umfang der Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeber,
    - Grenzen zwischen (etwa arbeits- bzw. sozialrechtlicher) Beratung und unzulässiger Rechtsberatung,
  - Pflichten wie z.B.
    - Kooperations- und Konsultationsverpflichtungen,
    - Information und Berichterstattung gegenüber allen Beteiligten,
    - Datenschutz und Schweigepflicht über Belange der Rehabilitand(inn)en, auch gegenüber Leistungsträgern oder Arbeitgebern,
    - Fort- und Weiterbildungsverpflichtungen
    - Krisenintervention,
    - zivilrechtliche Haftung und strafrechtliche Verantwortlichkeit,
    - Ermessensspielräume im Rahmen des Case Managements.

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

- an der Gesamtkonzeption und Präzisierung der Konzeptelemente der Maßnahmen mitzuwirken und dabei die inhaltlichen Vorstellungen der in das CMB eingebundenen Fachleute kritisch zu reflektieren,

- Hilfestellung bei der Formulierung und Umsetzung der angesprochenen operationalen Konzepte zu geben,
- so weit erforderlich, (Sekundär-)Materialien zu sichten bzw. zu erarbeiten, die als Datenbasis und konzeptionelle Grundlagen für die Einzelaktivitäten (insbesondere im Hinblick auf das Assessment der Klienten) dienlich sein können. Dazu gehörte auch
  - die Auswertung der einschlägigen Literatur,
  - die Rezeption von Konzeptionen und Erfahrungen vergleichbarer Modelle beruflicher Bildung bzw. Rehabilitation behinderter Menschen,
- in Kooperation mit den Stellen, die mit dem CMB betraut werden, die Strategien zur Implementation und Umsetzung des Modells zu formulieren,
- so weit erforderlich Hilfestellung zu geben bei der Erarbeitung von Regelungen
  - zur Dokumentation der
    - (Einzel-)Aktivitäten,
    - Kontakte mit Rehabilitationsträgern, Fachdiensten und sonstigen Stellen,
    - klient(inn)en-unabhängigen Aktivitäten,
  - zur Informationsweitergabe (Ablauf und Inhalte),
  - zum Umgang mit interinstitutionellen Konflikten (etwa zwischen Rehabilitationsträgern, im Kontakt mit Arbeitgebern usw.),
  - zur rehabilitand(inn)en-bezogenen Arbeit (Arbeitsanweisungen).

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

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen gehörten zu den Arbeiten im Rahmen der formativen Evaluation nicht nur Absprachen mit den CMB-Stellen über Art, Form und Umfang der zu dokumentierenden Aktivitäten, sondern vor allem auch inhaltliche Diskussionen zur Konzeptgestaltung und –entwicklung. Dies ist nur dann möglich, wenn ein enger Dialog mit den Projektakteuren an den Standorten zustande kommt.[108]

[108] Insofern war als Evaluationsmodell das der „Stakeholder-Interessen-gesteuerten Evaluation“ für die Begleitforschung handlungsleitend. (Siehe dazu: *Beywl / Spehr / Kehr* 2004: 91ff)

Der multizentrische Ansatz des Modellprojekts bot die Chance, das innovative CMB bundesweit unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen zu erproben. Die Heterogenität der Standorte und CMB-Stellen war gewollt, erhoffte man sich doch auf diese Weise vor allem auch Erkenntnisse über *Best-Practice*-Verfahren und –Konzepte des CMB zu gewinnen. Vor diesem Hintergrund wurde – nicht zuletzt aufgrund positiver Erfahrungen mit ähnlich angelegten Projekten[109] – ein überregionaler Informationsaustausch zwischen den Projektpartnern als wichtig und fruchtbar angesehen.[110]

Kurz nach Projektbeginn richtete die Begleitforschung eine projektinterne Mailing-Liste ein. Diese „geschlossene" Liste (d.h. eine Zulassung zur Teilnahme war erforderlich) sollte der Koordination und Kommunikation zwischen eingebundenen Akteuren dienen, um so einen schnellen Informationsaustausch sowie die Diskussion von aufgetretenen Problemen, ihrer Lösungsmöglichkeiten usw. zu ermöglichen. Obwohl sich die ersten Teilnehmer(innen) bereits unmittelbar nach Einrichtung der Mailing-Liste eintrugen, wurde sie in der Folge kaum genutzt. Aus diesen Gründen kamen ein Meinungsaustausch bzw. ein Versand von Informationen auf diesem Wege nicht zustande, auch wenn die Kommunikation der Begleitforschung per *E-mail* mit den meisten Projektpartnern schnell zur Routine wurde.

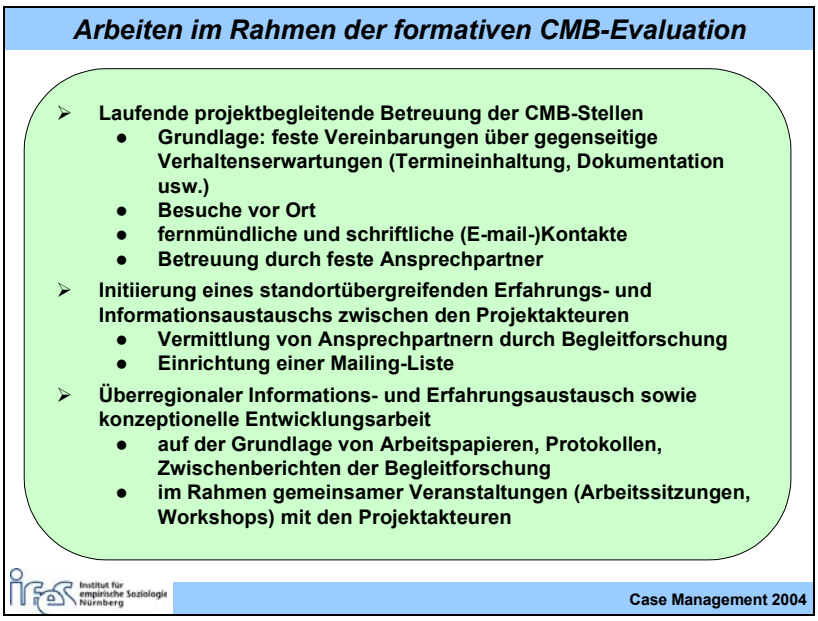


Abbildung 20

[109] Das *IfeS* beruft sich dabei auf die guten Erfahrungen, die es in dieser Hinsicht im Rahmen eines ähnlich konzipierten Projekts im Bereich der Rehabilitation von Jugendlichen mit Lernbehinderungen machen konnte und die von allen Beteiligten, einschließlich der Auftraggeber und Projektförderer positiv gewürdigt wurden (siehe dazu *Faßmann / Lechner / Steger / Zimmermann* 2003).

[110] Siehe dazu auch: *Wietersheim / Hartmann-Lange* 1997: 72ff

Die *Abbildungen 20* und *21* geben einen gerafften Überblick über wichtige Arbeiten und Leistungen der Begleitforschung im Rahmen der formativen Evaluation.

Besondere Leistungen der Begleitforschung im Rahmen der formativen CMB-Evaluation

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

Institut für empirische Soziologie Nürnberg

Case Management 2004

Abbildung 21

3.3.3.1.2 Das CMB-Veranstaltungsprogramm im Rahmen der formativen Evaluation

3.3.3.1.2.1 Standortübergreifende Konferenzen

Wesentlichen Raum nahmen im Rahmen der formativen Evaluation standortübergreifende Konferenzen ein, die - abgesehen von einer ersten Informationsveranstaltung in *Kassel*, bei der das geplante Evaluationskonzept vorgestellt wurde - in Form von Workshops durchgeführt wurden.[111] Diese Konferenzen dienten

[111] Insgesamt wurden sieben Workshops durchgeführt. Die CMB-Stellen verfügten in vielen Fällen nicht über eigenen Räumlichkeiten und das erforderliche Equipment, um solche moderierten Veranstaltungen durchführen zu können. Sie lagen zudem auch in etlichen Fällen geographisch so peripher, daß eine Anreise für viele Teilnehmer(innen) mit einem erheblichen zeitlichen und Kostenaufwand verbunden gewesen wäre. Schließlich wäre es für die Begleitforschung überaus aufwendig gewesen, die Veranstaltungen dort aus der Entfernung zu organisieren. Aus diesen Gründen fanden die Workshops (abgesehen von jeweils einem in *Abensberg* und *Saalfeld*) überwiegend in *Nürnberg* statt, das relativ günstig zu erreichen ist. Da sich dadurch eine Reihe von Fahrten von Forschungsteam-Mitgliedern an die einzelnen Standorte erübrigte, wurden die dabei anfallenden Reisekosten der Teilnehmer(innen) deshalb über den Etat der Begleitforschung abgerechnet.

- der Erörterung von Fragen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Begleitforschung standen (z.B. Abstimmung von Dokumentationsunterlagen und –verfahren; Information der Projektpartner über Entwicklungen an einzelnen Standorten, Erörterung standortübergreifender Themen) sowie
- der Entwicklung eines Konzepts für ein "Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)" und entsprechender Arbeitsstandards (siehe dazu auch *Abbildung 22*).

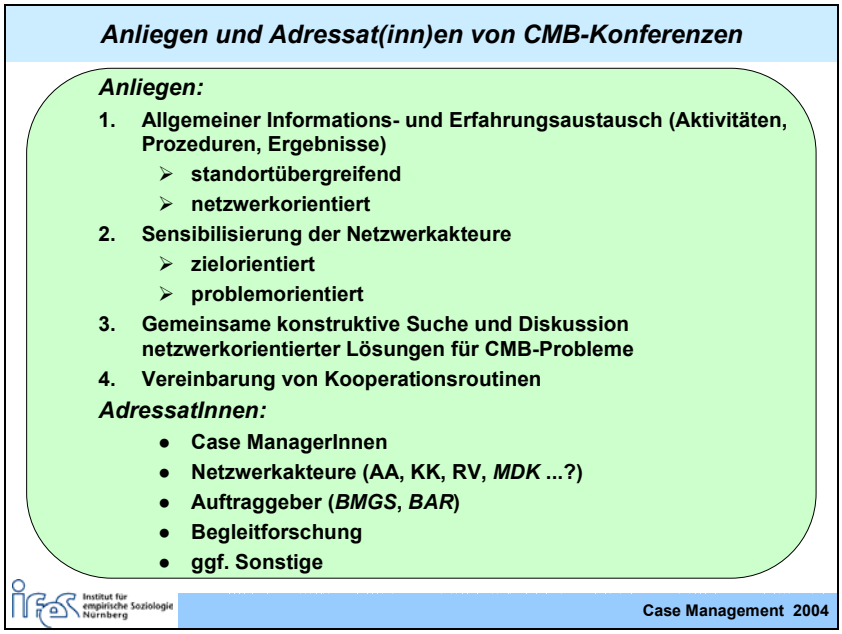


Abbildung 22

Der Teilnehmer(innen)kreis setzte sich bei allen Veranstaltungen aus den Case Manager(inne)n, den Mitgliedern der Begleitforschung, den für das jeweilige Thema wichtigen Netzwerkpartnern sowie Vertreter(innen) der Projektförderer (*BAR*, *BMGS*) zusammen. Die Sitzungen wurden vom Begleitforschungs-Team vorbereitet und moderiert. Dabei wechselten sich Plenumsdiskussionen und Arbeit in Kleingruppen einander ab, wobei die klassischen Moderationsmethoden sowie Elemente aus Großgruppenverfahren zum Einsatz kamen.[112] Aufgrund der guten Vorbereitung der Sitzungen sowie dem konstruktiv-kritischen Diskurs konnten jeweils konkrete Ergebnisse erzielt werden, die dann in der praktischen Arbeit an den Projektstandorten bzw. bei den anderen in das Modellprojekt eingebundenen Akteuren

[112] Der methodische Ansatz dieser Veranstaltungen wird eingehend erläutert in: *Brader / Faßmann / Wübbeke* 2003: 27ff

umgesetzt wurden. *Übersicht 1* gibt einen Überblick über Themen, Ziele und Teilnehmer(innen)kreis[113] der standortübergreifenden Veranstaltungen.

Neben dem Ziel, Ergebnisse als Basis zur Erarbeitung von Arbeitsstandards zu bekommen, dienten die standortübergreifenden Arbeitssitzungen insbesondere dem Austausch von Erfahrungen und Informationen unter den Teilnehmer(inne)n sowie der Netzwerkpflege und Öffentlichkeitsarbeit. Dabei stellten die Case Manager(innen) den gleichbleibenden (inneren) Teilnehmer(innen)kreis jedes CMB-Workshops dar; je nach thematischem Schwerpunkt der Veranstaltung wurden zusätzlich Kooperationspartner(innen) sowie externe Expert(inn)en eingeladen. Diese wären mit dem Projekt ansonsten kaum in Berührung gekommen, konnten jedoch wichtige Beiträge zur Erreichung der Veranstaltungsziele leisten. Diese heterogene Zusammensetzung des Teilnehmer(innen)kreises trug wesentlich dazu bei, neue Kontakte zu knüpfen, die zum Teil auch nach den Veranstaltungen bestehen blieben. Zudem fand somit ein Erfahrungsaustausch über die „Grenzen“ hinweg statt. Wichtig war in diesem Zusammenhang auch die Wirkung des Modellprojekts nach „außen“, die dadurch erzielt wurde, daß die externen Expert(inn)en Informationen und Impulse aus den Workshops mitnehmen und an ihr Umfeld weiterleiten konnten. Insofern dienten die standortübergreifenden CMB-Veranstaltungen im weiteren Sinne auch als Instrument der Öffentlichkeitsarbeit. Zudem ließen sich so bereits bestehende Netzwerkverbindungen der Projektpartner stärken.

Vor allem die Case Manager(innen) hatten im Rahmen der Workshops die Möglichkeit, ihr eigenes Handeln in der CMB-Praxis zu hinterfragen und von Wissen und Erfahrungen der Kolleg(inn)en an anderen Standorten zu profitieren. Unzufriedenheit mit einzelnen Arbeitsabläufen oder der Gesamtsituation der CMB-Stelle konnten bei dieser Gelegenheit offengelegt und besprochen werden, um ggf. gemeinsam nach Lösungen zu suchen.

[113] Es ist darauf hinzuweisen, daß jeweils angestrebt wurde, spezifische Expert(inn)en aus unterschiedlichen Institutionen für die Teilnahme an den Workshops zu gewinnen, die über den Kreis der tatsächlich teilnehmenden Personen hinausgehen. Allerdings gelang dies nicht in jedem Fall. (Siehe dazu die *Übersicht 1* in *Brader / Faßmann / Wübbeke* 2003: 34f)

Übersicht 1: Die standortübergreifenden Projektveranstaltungen im Modellzeitraum

Zeitpunkt Ort	**8. und 9. Oktober 2002 in Nürnberg**	**20. und 21. Mai 2003 in Saalfeld**	**11. und 12. November 2003 in Nürnberg**
Titel	*Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit*	*Situationsabklärung*	*Verhandlungen mit dem Arbeitgeber und Arbeitsplatzbegutachtung*
Themen	• Aufbau und Verbesserung der Kooperationsbeziehungen mit Partnern innerhalb und außerhalb der gesetzlichen Sozialversicherung • Öffentlichkeitsarbeit	• Situationsabklärung im Gespräch mit den Klient(inn)en • Situationsabklärung auf Grundlage von Gutachten und anderen Dokumenten	• Vorbereitung des Arbeitgebergesprächs • Verhandlung mit dem Arbeitgeber • Abklärung der Wiedereingliederungsmöglichkeiten • Arbeitsplatzbegutachtung
Ziele	• 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	• Bestandsaufnahme von positiven Erfahrungen und Problemen der CMB-Modellstandorte • Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten auf Grundlage der bisherigen Erfahrungen • Verständigung auf geeignete Assessment-Instrumente	• Bestandsaufnahme von positiven Erfahrungen und Problemen der CMB-Modellstandorte • Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten auf Grundlage der bisherigen Erfahrungen
Kreis der Teilnehmer(innen)	• Case Manager(innen) • Vertreter(innen) der regionalen Auftraggeber und Förderer des CMB (Arbeitsverwaltung, Rentenversicherung) • Vertreter(in) der Zentrale der *BA* • Vertreter der *BAR* • Begleitforschung	• Case Manager(innen) • Vertreter(innen) der regionalen Auftraggeber und Förderer des CMB (Krankenversicherung, Arbeitsverwaltung, Rentenversicherung) • Vertreter(in) eines Integrationsfachdienstes • Ärztin eines Rentenversicherungsträgers • Vertreter der *BAR* • Begleitforschung	• Case Manager(innen) • Vertreter(innen) der regionalen Auftraggeber und Förderer des CMB (Krankenversicherung, Arbeitsverwaltung, Rentenversicherung) • Personalreferent eines Unternehmens • Schwerbehindertenvertrauensleute • Technischer Berater der Arbeitsagentur • Vertreter eines Integrationsfachdienste • Vertreter der *BAR* • Begleitforschung

Zeitpunkt Ort	**21. und 22. Januar 2004 in Nürnberg**	**10. und 11. Mai 2004 in Nürnberg**	**19. und 20. Oktober 2004 in Nürnberg**
Titel	*Eingliederungsplanung, Maßnahmedurchführung und Nachbetreuung*	*Profil des Case Managers, Ausstattung einer CMB-Stelle und Informationsmanagement*	*Abschlußworkshop*
Themen	• Entwicklung eines Eingliederungsplans • Aktivitäten während der Maßnahmedurchführung • Nachbetreuung	1. Befugnisse und Pflichten der Case Manager(innen) 2. Qualifikationen und Qualifizierung der Case Manager(innen) 3. Informationsbeschaffung (Handbücher, Ansprechpartner, Foren für fachlichen Austausch) 4. Ausstattung einer CMB-Stelle	• Resümee des Modellprojekts • Vorstellung der Produkte des Modellprojekts • Künftige ◆ organisatorische Anbindung und ◆ Finanzierung der CMB-Stellen
Ziele	• Bestandsaufnahme von positiven Erfahrungen und Problemen der CMB-Modellstandorte • Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten auf Grundlage der bisherigen Erfahrungen	• Bestandsaufnahme von positiven Erfahrungen und Problemen der CMB-Modellstandorte • Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten auf Grundlage der bisherigen Erfahrungen	• Diskussion der Ergebnisse des Modellprojekts • Erarbeitung von konsensfähigen Handlungsempfehlungen
Kreis der Teilnehmer(innen)	• Case Manager(innen) • Vertreter(innen) der regionalen Auftraggeber und Förderer des CMB (Arbeitsverwaltung, Rentenversicherung) • Vertreter(in) der Zentrale der *BA* • Schwerbehindertenvertrauensleute • Vertreter der *BAR* • Begleitforschung	• Case Manager(innen) • Vertreter(innen) der regionalen Auftraggeber und Förderer des CMB (Arbeitsverwaltung, Rentenversicherung) • Vertreter der *BAR* • Begleitforschung	• Case Manager(innen) • Auftraggeber • Projektbeirat • Rehabilitationsträger • Fachdienste der Rehabilitationsträger • Integrationsämter • Integrationsfachdienste / berufsbegleitende Dienste • Gemeinsame Servicestellen • Verbände und Kammern • niedergelassene Ärzte • Klinikärzte • sonstige Interessierte aus Sozialpolitik und Wissenschaft • Begleitforschung

3.3.3.1.2.2 Regionalkonferenzen

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 Manager(innen) auf eine Reihe von Kooperationspartner angewiesen: Über die Adressat(inn)en ihrer Bemühungen im engeren Sinne (Rehabilitand(inn)en 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) der Arbeitsagentur sowie Betriebsräten, Schwerbehindertenvertrauensleuten, Betriebsärzt(inn)en, Arbeitsassistent(inn)en und Bildungsträgern zu kooperieren.[114] Nur so ist z. B. ein reibungsloser Zugang von Klient(inn)en zu den CMB-Stellen, ein Austausch von CMB-relevanten Informationen über die Rehabilitand(inn)en sowie eine Abstimmung über die erforderlichen Maßnahmen möglich.

Allerdings ist eine solche Zusammenarbeit (im Sinne einer verbindlich zwischen zwei oder mehreren Akteuren eingegangenen und institutionalisierten Kooperation[115]) nicht selbstverständlich. Noch weniger kann a priori davon ausgegangen werden, daß es hier zu standortbezogener informeller Netzwerkarbeit[116] kommt. Insofern 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.

---

[114] Vgl. *Brader / Fassmann / Wübbeke* 2002: 26ff

[115] „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)

[116] Siehe dazu im einzelnen: *Brader / Fassmann / Wübbeke* 2003: 21ff; *Faßmann* 2003: 7ff

Um eine solche 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.

Aufgrund von Praxiserfahrungen aus anderen Bereichen können diese Aufgaben mit herkömmlicher Öffentlichkeitsarbeit kaum 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 erscheint 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 Teilnehmer(inne)n 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.[117]

Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen der Projektentwicklung vorgeschlagen, über die standortübergreifenden Workshops hinaus auch Möglichkeiten der Durchführung von Regionalveranstaltungen an einem oder zwei ausgewählten Projektstandort(en) zu erproben. Diese sollten dazu dienen, es den CMB-Stellen zu ermöglichen, mit möglichst vielen (potentiellen) Kooperationspartnern

- 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

[117] Siehe dazu: *Weber* 2002: 65

- 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.

Zu diesem Zweck erarbeitete die Begleitforschung auf der Grundlage von Praxiserfahrungen mit dem Aufbau von Netzwerken

- ein den Belangen des CMB-Konzepts entsprechendes Curriculum[118] für eine Regionalkonferenz zum Thema „Kooperation im regionalen CMB-Netzwerk." Im Rahmen der Veranstaltung sollten die Kooperationspartner nicht nur Probleme und Hindernisse der Zusammenarbeit erörtern, sondern vor allem gemeinsam nach Lösungsmöglichkeiten suchen und geeignete Handlungsroutinen für die künftige Zusammenarbeit entwickeln;
- den Entwurf eines Einladungsschreibens sowie eines Faltprospekts (Leporello) mit dem Programm für eine CMB-Regionaltagung als Arbeitsmaterialien, die von Interessierten als Vorlage und Formulierungshilfe für die Durchführung eigener Regionalkonferenzen verwendet werden können.

Leider konnte eine so konzipierte Regionalkonferenz nicht in der Praxis erprobt werden, weil der ursprünglich dazu vorgesehene CMB-Standort kurzfristig davon Abstand nahm und statt dessen eine herkömmliche Vortragsveranstaltung durchführte. Obwohl sich auch die *BAR* für die Erprobung des Konzepts einsetzte, fand sich in der Folge auch kein anderer Standort zur Durchführung eines entsprechenden Workshops. Begründet wurde diese Zurückhaltung weniger mit dem zu erwartenden Aufwand, zumal die inhaltliche Vorbereitung und Moderation vom Begleitforschungsteam geleistet worden wären. Grundlegend, wenn auch unausgesprochen, war allerdings wohl ein Unbehagen, sich mit einem neuartigen, bisher nicht bekannten Veranstaltungskonzept zu exponieren, das eine größere Zahl von Personen und Stellen in die Veränderungsprozesse einbezieht und im Hinblick auf die Ergebnisse zunächst unkalkulierbar erscheint.[119] Im übrigen hielt man eine offensiv angegangene regionale Netzwerkentwicklung wohl nicht für so bedeutsam, um hier mehr als bisher üblich (z.B. in Form von Vortragsveranstaltungen, schriftliche und (fern-)mündliche Ansprache möglicher Kooperationspartner) zu investieren. Zentrale Erfolgsbedingung solcher Verfahren ist aber, daß die Ent-

---

[118] Curriculum, Einladungsschreiben und Leporello sind abgedruckt in: *Brader / Faßmann / Wübbeke* 2003: 37ff

[119] Solche Widerstände gegen Großgruppenverfahren sind bekannt (siehe etwa: *Holman / Devane* 2002: 21). Es wird davor gewarnt, derartige Veranstaltungen durchzuführen, wenn der Auftraggeber nicht dahintersteht (vgl. *Keil* 2000: 410).

scheider(innen) diese für wichtig erachten, schnellen Wandel wünschen und für Veränderungen offen sind.[120] Diese Voraussetzungen waren aber an den Projektstandorten offensichtlich nicht gegeben.

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

Die summative Evaluation des Modellprojekts erfolgte im Rahmen der (formalen) Zwischen- und Endberichterstattung. Hier wurden nicht nur Informationen über Implementation und Durchführung des Modellprojekts und seiner Einzelaktivitäten dokumentiert. Vielmehr wurde auch über die jeweils erarbeiteten Ergebnisse aufgrund empirischer Erhebungen bei den involvierten Gruppen berichtet.

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

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

Dabei wurden – je nach Problemstellung – Vertreter(innen) der Betroffenengruppen als Auskunftspersonen einbezogen wie

- Mitarbeiter(innen) der mit dem CMB betrauten Stellen (Durchführungsorganisationen),
- Rehabilitand(inn)en,
- Vertreter(innen) von Betrieben,
- Vertreter(innen) von Rehabilitationsträgern,
- externe Fachleute (z.B. Schwerbehindertenvertrauensleute, Miarbeiter(innen) von Integrationsfachdiensten usw.).

Grundlegend für die Begleitforschung war dabei eine (*hoch-)standardisierte Dokumentation* von Informationen zu den

[120] Vgl. *Weber* 2001a: 247

- einbezogenen Rehabilitand(inn)en im Hinblick auf
  - sozialstatistische Daten,
  - Assessmentergebnisse (Art und Schwere der Behinderung, Situation am Arbeitsplatz, Abgleich von Leistungs- und Anforderungsprofilen usw.),
  - Eingliederungsplanung (geplante Maßnahmen in und außerhalb des Betriebes),
  - Organisation und Durchführung der geplanten Maßnahmen (einschl. der Kontakte mit Arbeitgebern, Rehabilitationsträgern, sonstigen Stellen usw.) sowie
  - Ergebnisse der Maßnahmen;
- fallübergreifenden Aktivitäten der CMB-Stellen (z.B. Öffentlichkeitsarbeit).[121]

Die Dokumentationsunterlagen wurden von der Begleitforschung in enger Absprache und unter Berücksichtigung von ggf. bereits vorhandenen Organisationsmitteln (Formulare usw.) mit den CMB-Stellen erarbeitet. Da diese Dokumentation nur von den Case Manager(inne)n selbst bearbeitet werden konnte, mußte ein standortübergreifender Konsens über Anliegen, Bedeutung und einheitliche Handhabung erzielt und in einer Handanweisung niedergelegt werden. Über die Falldokumentation hinaus waren auch Informationen bei den vom CMB Betroffenen bzw. in den Managementprozeß eingebundenen Personen bzw. Stellen einzuholen. Dabei ging es vor allem auch um Bewertungen. Soweit es sich um relativ große und homogene Personengruppen (insbesondere Rehabilitand(inn)en und Arbeitgeber handelte wurden die entsprechenden Auskünfte auf schriftlichem Wege, d.h. mittels *standardisierter Fragebogen*, eingeholt. Von Interesse waren dabei

- die Akzeptanz von Anliegen und Umsetzung der Projektmaßnahmen,
- die Praktikabilität der vorgesehenen Regelungen und Prozesse,
- der CMB-Erfolg (in unterschiedlichen Abständen von bestimmten Maßnahmen) im Hinblick auf
  - das Interesse der behinderten Arbeitnehmer(innen) und Arbeitgeber am CMB,
  - die Einigung zwischen den Beteiligten über ein realisierbares Vorgehen,
  - die Maßnahmenrealisierung,
  - die tatsächliche Weiterbeschäftigung (kurz-, mittelfristig),
  - die Zufriedenheit der Beteiligten mit dem CMB und den erzielten Ergebnissen,

[121] Die fallübergreifenden Aktivitäten wurden allerdings an den Projektstandorten nicht bzw. nur unzulänglich dokumentiert. Insofern erschien es wenig sinnvoll, die wenigen vorhandenen und daher kaum aussagekräftigen Informationen im Rahmen der Begleitforschung auszuwerten.

- die ökonomische Bewertung aus unterschiedlichen Perspektiven (Rehabilitand(in), Arbeitgeber, Rehabilitationsträger)

➢ die Vorstellungen der Befragten zur Modifikation bzw. Verbesserung der CMB-Konzeption und der in diesem Zusammenhang vorgesehenen Aktivitäten.

Diese schriftlichen Erhebungen erfolgten bei den Arbeitnehmer(inn)en und Arbeitgebern jeweils *am Ende,* bei den Rehabilitand(inn)en zusätzlich noch einmal *6 Monate und 12 Monate nach Abschluß des Case Managements.* Darüber hinausgehende Informationen aus dem Bereich der Rehabilitationsträger, der Fachdienste oder sonstiger Stellen / Institutionen waren nur im *persönlichen bzw. fernmündlichen Gespräch* (Interview) zu ermitteln, die vor allem in der Anfangsphase (Eingangsinterviews vor Ort) sowie der Endphase des Projekts durchgeführt wurden.

Abbildung 23 faßt noch einmal die wichtigsten Arbeiten zusammen, die im Rahmen der summativen CMB-Evaluation zu leisten waren:

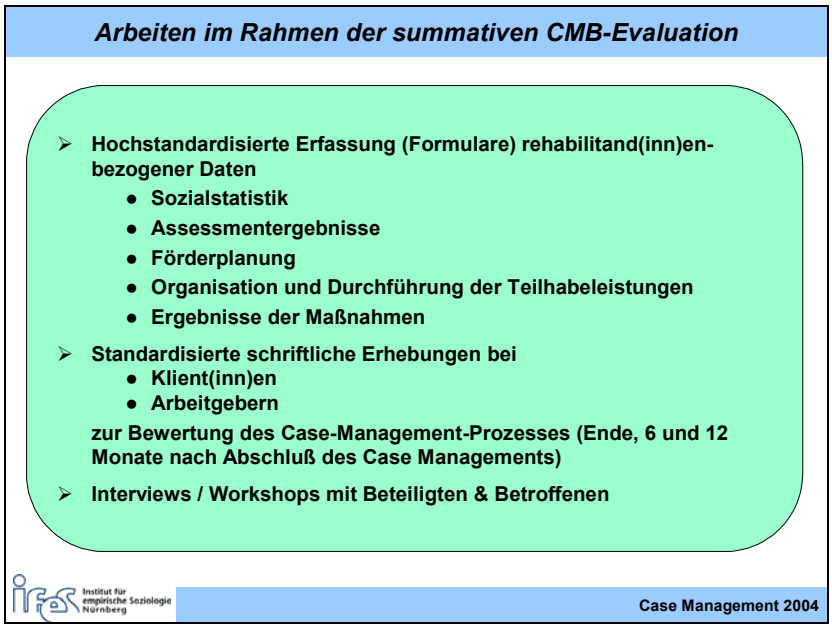


Abbildung 23

Die Daten, die zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten und auf unterschiedlichen Wegen gesammelt wurden, liefen beim *IfeS* zusammen und wurden dort laufend aufbereitet und ausgewertet. Ergebnisse wurden nicht nur im Rahmen der Zwischen- und Endberichterstattung präsentiert, sondern fanden auch Eingang in den Prozeß der formativen Evaluation.

3.3.4 Das Instrumentarium zur CMB-Dokumentation

Bei der Entwicklung der Instrumente zur laufenden Falldokumentation wurde von den Funktionen ausgegangen, die in *Abbildung 24* aufgelistet werden.

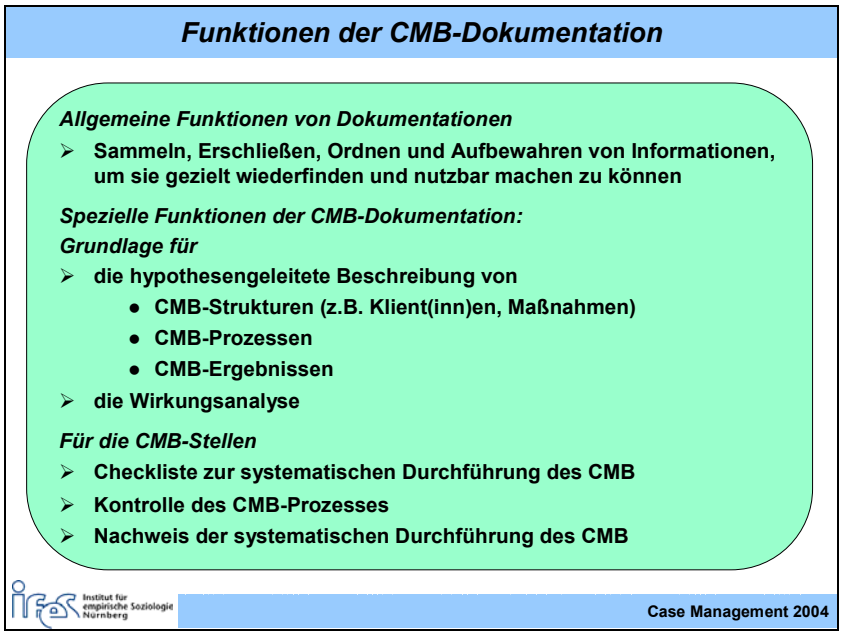


Abbildung 24

Demnach sollte die Dokumentation - abgesehen von allgemeinen Aufgaben, denen jede derartige Datensammlung dient, - von den CMB-Stellen dazu genutzt werden können, die plangemäße Durchführung ihrer Aktivitäten „abzuchecken“ und nachzuweisen sowie den CMB-Prozeß zu kontrollieren. Darüber hinaus sollte sie im Rahmen des Modellprojekts der Begleitforschung eine Beschreibung und Analyse von CMB-Strukturen, -Prozessen und -Ergebnissen ermöglichen. Dazu war eine hypothesengeleitete Auswahl der zu dokumentierenden Merkmale[122] auf der Basis der in *Abschnitt 3.3.1.1* dargelegten theoretischen Überlegungen erforderlich (siehe dazu *Abbildung 25*[123]).

---

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

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

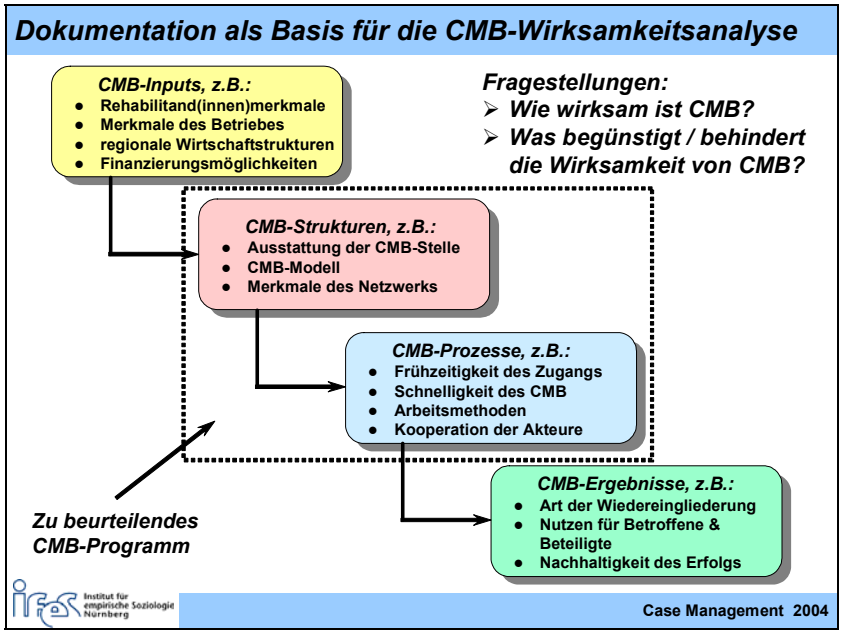


Abbildung 25

Auf der Grundlage der einschlägigen Fachliteratur, von Erfahrungen aus eigenen Evaluationsprojekten,[124] der Sichtung von Instrumenten aus anderen Kontexten[125] sowie Informationen aus den Erstinterviews mit den CMB-Stellen wurde nunmehr eine Operationalisierung der genannten Qualitätselemente vorgenommen. Dabei galt das Interesse insbesondere den Inventaren IMBA[126] und MELBA,[127] um sie auf Brauchbarkeit für Zwecke der CMB-Begleitforschung zu überprüfen, da ihnen in jüngerer Zeit vermehrt Aufmerksamkeit nicht nur zu Assessmentzwecken[128], sondern auch im Evaluationsforschungsbereich[129] zukommt.

Dabei wurde von der grundsätzlichen Überlegung ausgegangen, daß eine Dokumentation den drei in *Abbildung 26* dargestellten Forderungen entsprechen muß, die stets in einem Spannungsverhältnis zueinander stehen:[130]

---

124 Zu erwähnen ist hier insbesondere die Begleitforschung zu dem im vergangenen Jahr abgeschlossenen *BAR*-Modellprojekt REGINE (siehe dazu: *Faßmann / Lechner / Steger / Zimmermann 2003*).

125 Zu nennen sind hier das CMS der Fa. *Syntegral* sowie die Untersuchung von Integrationsfachdiensten in *Westfalen-Lippe* (vgl. *Barlsen et al.* 1999a: Anhang). Von Interesse waren auch die umfangreichen Erhebungsunterlagen aus dem „Modellprojekt Psychiatrisches Casemanagement“ (vgl. *Schleuning et al.* 2000: Anhang).

126 Vgl. *Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung* 1996

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

128 Vgl. *Schian / Kaiser* 2000: 61; *Sand* 2001: 311; *Kaiser / Kersting* 2002; *Kersting / Kaiser* 2004

129 Allerdings äußerten sich *Barlsen et al.* (1999a: 149ff) skeptisch über die Brauchbarkeit des Instruments.

130 Vgl. *Faßmann* 1997: 15ff

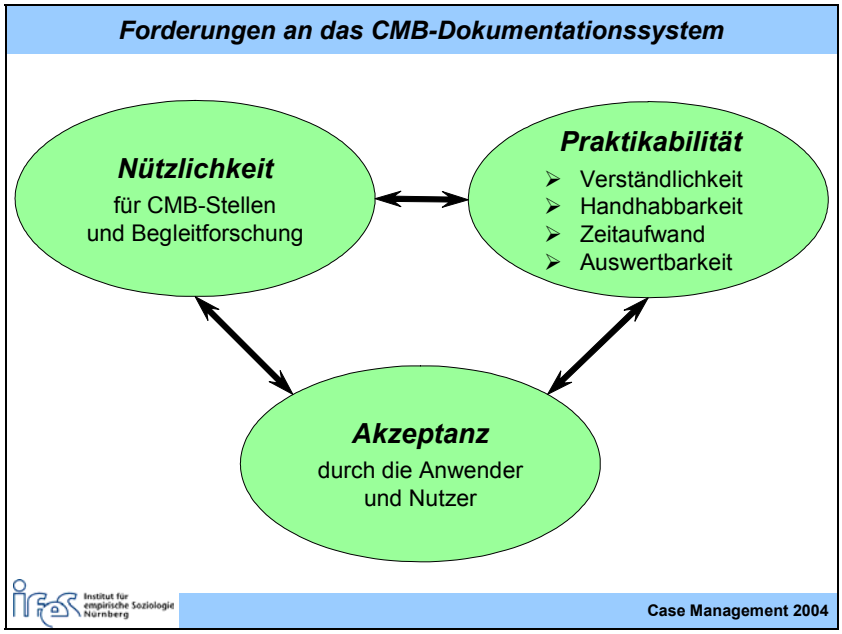


Abbildung 26

Demnach sollte das Dokumentationssystem nicht nur Interessen der Begleitforschung, sondern auch Belangen der CMB-Stellen selbst entsprechen und für deren Zwecke verwendet werden können. Zudem sollte die Dokumentation nutzerfreundlich angelegt sein im Hinblick auf die Verständlichkeit der abgefragten Merkmale und Sachverhalte, der Handhabbarkeit „im praktischen Geschäft", die zeitökonomische Bearbeitung sowie die Möglichkeiten, entsprechend festgehaltene Informationen später auswerten zu können. Nur wenn diese Forderungen erfüllt sind, ist davon auszugehen, daß das Instrumentarium auch von den Adressat(inn)en akzeptiert wird.[131]

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

---

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

Die hochformalisierten Formulare konnten handschriftlich oder EDV-gestützt bearbeitet werden. Im wesentlichen waren Kategorien anzukreuzen, gelegentlich wurde auch um Freitext- oder Zifferneinträge gebeten. In der Praxis wurde kaum Gebrauch von der Möglichkeit gemacht, zusätzliche Informationen auf gesonderten Bögen zu vermerken.

Einverständniserklärung

Name: ..... Vorname: .....

Straße, Nr.: ..... PLZ, Wohnort: .....

Geburtsdatum: ..... Standort-Nr.: ..... Lfd. Nr. .....

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

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

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

....
Ort und Datum Unterschrift des Rehabilitanden

Bei Minderjährigen

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

Ort und Datum .....

..... oder .....
Unterschrift der Mutter und Unterschrift des Vaters Unterschrift des Vormundes

Abbildung 27

Um die Orientierung zu erleichtern, wurden die für die handschriftliche Bearbeitung vorgesehenen Formulare auf unterschiedlich gefärbtem Papier ausgeliefert. Zur besseren Orientierung wurden zudem alle Bögen numeriert, und zwar entsprechend der vorgesehenen Bearbeitungsreihenfolge. Für die Dateneingabe per PC wurden die Dokumentationsunterlagen auch als Formularmasken in Form von *MSWord*-Dateien auf Diskette zur Verfügung gestellt. In einer den Unterlagen beigegebenen *Handanweisung* wurden alle Dokumentationsprozeduren sowie einzelne erklärungsbedürftige Merkmale eingehend erläutert.

Zu den Erhebungsunterlagen gehörten auch *Einverständniserklärungen* der jeweiligen Rehabilitand(inn)en, die erforderlich sind, wenn dokumentierte Informationen an Dritte, hier: die Begleitforschung, weitergegeben werden sollen. Dies kann nur geschehen, wenn Klient(inn)en nach eingehender Aufklärung über Sinn und Zweck sowie die Art der zu übermittelnden Daten damit einverstanden sind. Das *IfeS* stellte den CMB-Stellen einen Formulierungsvorschlag zur Verfügung, der auf Vorlagen aus der klinischen Evaluationsforschung im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung zurückgeht (siehe *Abbildung 27*). Empfohlen wurde den CMB-Stellen, die Rehabilitand(inn)en anhand von Kurzinformationen (Flyer) über das Modellprojekt und seine Begleitforschung sowie durch ein gesondertes Aufklärungsschreiben eingehend über das Anliegen der Dokumentation zu informieren. Auch für diese Informationsunterlagen wurden vom *IfeS* Vorschläge erarbeitet und den Projektpartnern zur Verfügung gestellt. Die *Abbildung 28* gibt einen schematischen Überblick über die Erhebungsunterlagen, die im Rahmen des Modellprojekts Verwendung fanden.

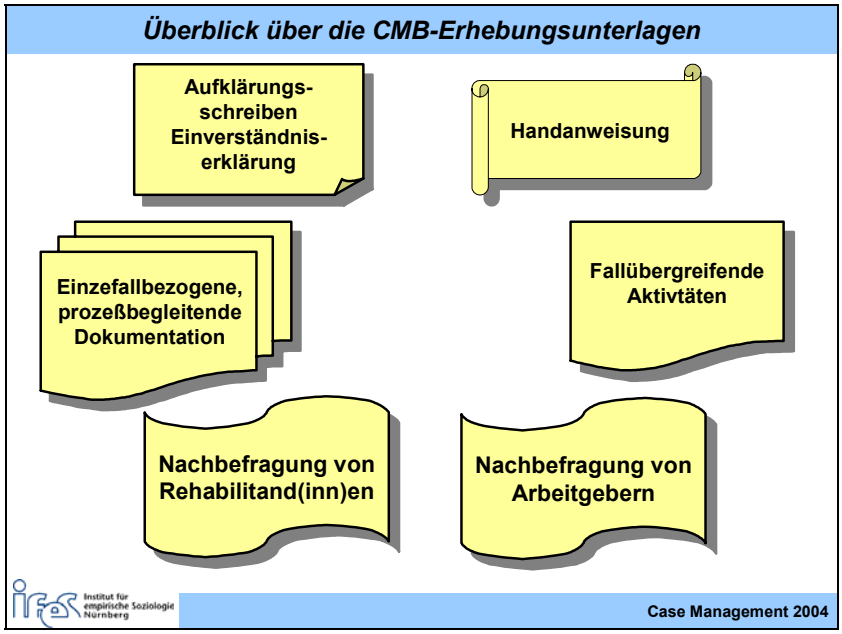


Abbildung 28

Das Kernstück des Instrumentariums bildeten die acht Formulare zur einzelfallbezogenen, prozeßbegleitenden Dokumentation. In *Übersicht 2* werden die Funktionen der auf den einzelnen Formblättern zu dokumentierenden Informationen sowie die Erhebungszeitpunkte eingehend erläutert.

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

Formular	Funktion der Dokumentation	Erhebungs-zeitpunkt
Zugang zur CMB-Stelle (ZU)	➢ Dokumentation von • erster Kontaktaufnahme • Veranlassung des Zugangs zur CMB-Stelle • Geschlecht, Alter • Entscheidung über Betreuung durch CMB-Stelle ➢ Auswahl der zu dokumentierenden CMB-Fälle	Erste Kontakt-aufnahme mit den Rehabili-tand(inn)en
Rehabilitan-d(inn)endaten (RD)	➢ Dokumentation von • erstem Anamnesegespräch • gesundheitlicher Situation • medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen • Sozialversicherungsträgern • Einkommenssituation • Familienstand, Kinder, Nationalität • Eingliederungsressourcen und –risiken der Rehabilitand(inn)en	Anamnese-gespräch
Berufliche Situation (BS)	➢ Dokumentation von • Schul-, Berufsausbildung und sonstigen Qualifikationen • früheren berufliche Tätigkeiten • aktueller Tätigkeit • Arbeitszufriedenheit • beruflichen u. anderen Interessen • Kontakt zum Arbeitgeber wg. Weiterbeschäftigungsmöglichkeiten	Anamnese-gespräch
Merkmale des derzeitigen Betriebes (DB)	➢ Dokumentation von • Art und Branche des Betriebes • Anzahl der Mitarbeiter(innen) • Interesse der Arbeitgeber an Weiterbeschäftigung der Rehabili-tand(inn)en • wirtschaftliche Situation des Betriebes • Betriebsärztliche Betreuung • Bereitschaft des Betriebes zu Beschäftigung von Behinderten ➢ Entscheidung über weitere Form der CMB-Dokumentation ➢ Bei Einwilligung: Weitergabe der Anschrift des Betriebes an IfeS	Erste Kontakt-aufnahme mit Betrieb
Arbeitsanfor-derungen und Fähigkeiten des/der Reha-bilitanden / -in (AF)	➢ Strukturierte Beurteilung und Dokumentation von • zeitlichem Umfang des Beschäftigungsverhältnisses • äußeren Arbeitsbedingungen • physischer Belastung am Arbeitsplatz • Form der Arbeitsorganisation • sonstigen Arbeitsbedingungen • Anpassungsbedarf und –möglichkeit • am bisherigen bzw. neuen Arbeitsplatz bzw. bezogen auf die (Rest-)Leistungsfähigkeit der Rehabilitand(inn)en	Betriebs-besuch(e)
Art der Wie-dereingliede-rung und CMB -Maßnahmen (WM)	➢ Dokumentation von • Art der Wiedereingliederung • erforderlichen Maßnahmen • erforderlichen Leistungen • Kostenträger von Maßnahmen / Leistungen	Abschluß des CMB

Fortsetzung Übersicht 2:

Formular	Funktion der Dokumentation	Erhebungs-zeitpunkt
Angaben zum CMB-Prozeß (PR)	➢ Dokumentation von • Prozeßbeteiligten • benötigten Unterlagen • Dauer bis zum Eingang aller Unterlagen • Antragstellungen von Rehabilitand / -in bzw. Arbeitgeber • Anzahl der Betriebsbesuche • zeitlichem Ablauf des CMB	Abschluß des CMB
Abschluß des CMB	➢ Dokumentation von • Anlaß der Beendigung (Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses, Einmündung in längere Maßnahme oder Abbruch) • Termin der Wiederaufnahme der Tätigkeit • Art und zeitlichem Umfang der beruflichen Tätigkeit • Art und Dauer einer Qualifizierungs- / Rehabilitationsmaßnahme • Abbruchgründe • Serviceleistungen der CMB-Stelle • Arbeitsfähigkeit und Status der Rehabilitand(inn)en • aktuelles Einkommen der Rehabilitand(inn)en • Einschätzung des CMB-Verlaufs durch CMB-Stelle • langfristige Eingliederungschancen Rehabilitand(inn)en	Abschluß des CMB
Aktivitäten nach CMB (AN)	➢ Dokumentation von • Art der Unterstützungsleistungen bei der Arbeitsplatzsuche • Vermittlung eines neuen Arbeitsverhältnisses • erforderlichen Maßnahmen • erforderlichen Leistungen • Kostenträger von Maßnahmen / Leistungen • Datum und Anlaß des Betreuungsabschlusses • Art und zeitlicher Umfang einer neuen Tätigkeit • Art und Dauer einer Qualifizierungs- / Rehabilitationsmaßnahme • Betreuungsbeendigung aus anderem Grund • Serviceleistungen der CMB-Stelle • Arbeitsfähigkeit und Status der Rehabilitand(inn)en • aktuelles Einkommen der Rehabilitand(inn)en • Eingliederungschancen der Rehabilitand(inn)en	Abschluß des Falles nach über CMB hinausgehender Betreuung

Das Ablaufschema in *Abbildung 29* verdeutlicht schließlich die rehabilitand(inn)enbezogene Dokumentationsprozedur insbesondere auch hinsichtlich der Wahl einzelner Formulare und Möglichkeiten des Abschlusses der Dokumentation. Festgehalten werden konnten auch fallübergreifende Aktivitäten (z.B. Informationsveranstaltungen). Dazu war ein gesondertes Dokument vorgesehen, das dann jedoch – wie bereits berichtet – von den CMB-Stellen kaum genutzt wurde und daher nicht ausgewertet werden konnte. Zwei Kurzfragebögen, die sich an die Rehabilitand(inn)en bzw. an deren Arbeitgeber richteten, kamen im Rahmen von Nachbefragungen nach Abschluß des CMB zum Einsatz.

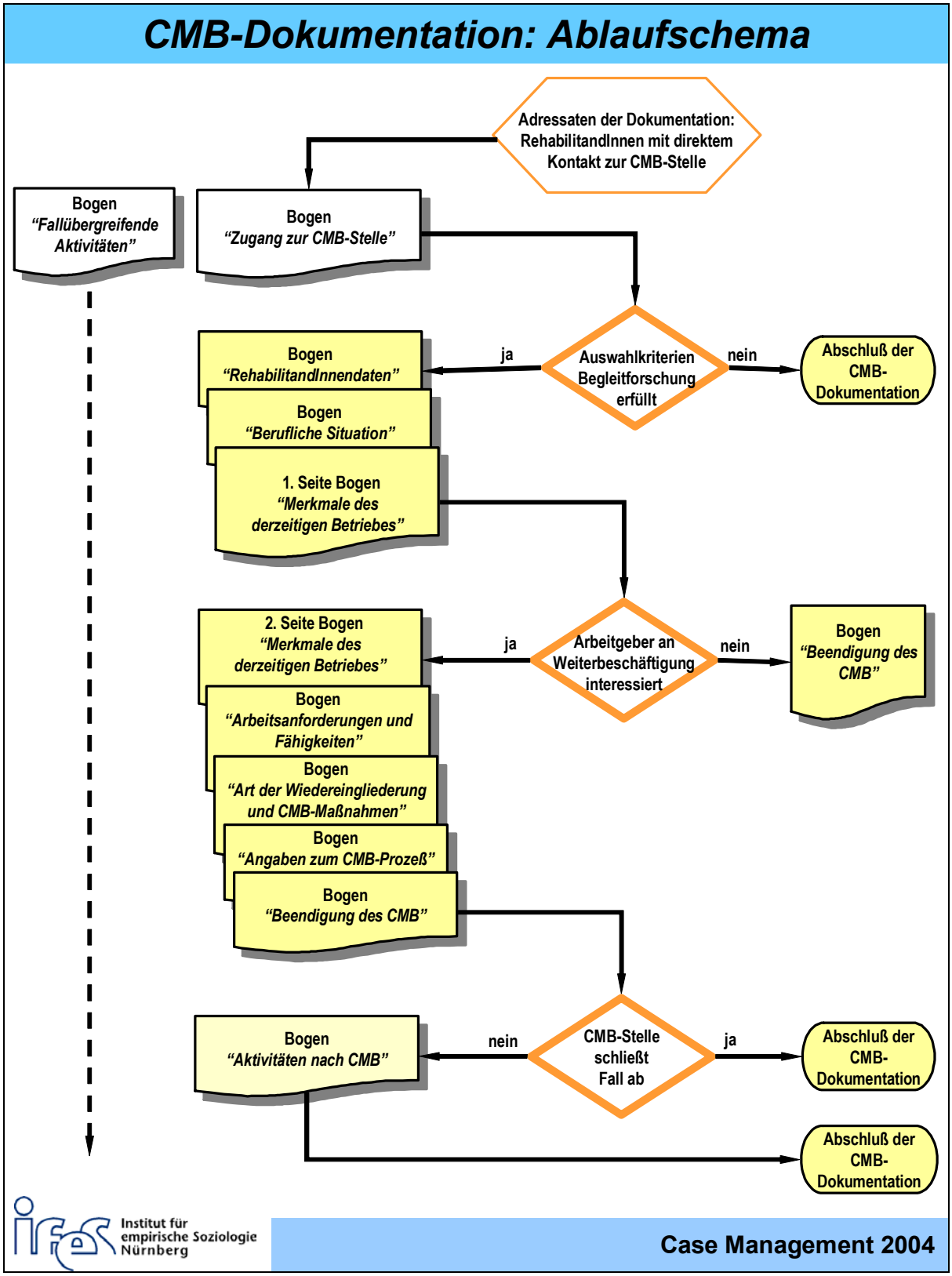


Abbildung 29

Vereinbart wurde ein Dokumentationsbeginn ab dem Monat März 2002. Retrospektiv konnten lediglich Informationen herangezogen werden, die von den CMB-Stellen in irgendeiner

Weise zur Beschreibung ihrer Klientel erstellt wurden. Eine rückwirkende Erfassung von Rehabilitand(inn)endaten anhand des CMB-Instrumentariums verbot sich hingegen aus Datenschutzgründen, da die betreffenden Personen dazu zunächst ihre Einwilligung hätten geben müssen. Diese waren jedoch zumeist nicht mehr erreichbar.

3.3.5 Einhaltung von Datenschutzvorgaben und Evaluationsstandards

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts waren die Vorschriften des *Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG)* sowie über das Sozialgeheimnis nach § 35 SGB von besonderer Bedeutung. Die Mitarbeiter(innen) des *IfeS* wurden auf die Wahrung dieser Datengeheimnisse hin verpflichtet und die entsprechenden erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen in die Wege geleitet (getrennte Aufbewahrung von Listen und Fragebögen von Auskunftspersonen, Anonymisierung von Datensätzen, Vernichtung nicht mehr benötigter Erhebungsunterlagen, Löschung von Datensätzen). Alle Teilnehmer(innen) wurden über die vorgesehene Dokumentation, die geplanten Erhebungen und die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Begleitforschung unterrichtet und um ihre schriftliche Einwilligung gebeten, an den Untersuchungen teilzunehmen (siehe *Abschnitt 3.3.4*).

Über den Datenschutz hinausgehend orientierte sich die Begleitforschung an gängigen Standards zur Programmevaluation,[132] für deren Einhaltung heute weithin plädiert wird, um eine möglichst hohe Qualität einschlägiger Projekte sicherzustellen.

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

4 Empirische Ergebnisse

In *Abschnitt 4.1* werden zunächst die bei den Datenauswertungen angewandten empirischen Methoden und anschließend in *Abschnitt 4.2* sowohl die Strukturen als auch die Abläufe des CMB an den jeweiligen Standorten vorgestellt. In *Abschnitt 4.3* folgt dann die Präsentation der Ergebnisse der Falldokumentation und in *Abschnitt 4.4* schließlich die Beurteilungen des CMB aus unterschiedlichen Positionen heraus.

4.1 Empirische Methoden und statistische Auswertungsverfahren

Im folgenden werden angewandte Methoden zur Datenerhebung und statistische Verfahren erläutert, die zur Analyse der empirischen Ergebnisse eingesetzt wurden. Dabei wurde auf detaillierte mathematische Angaben zur Berechnung der statistischen Maßzahlen verzichtet, da die Beschreibungen vor allem dem Verständnis der inhaltlichen Ergebnisdarstellungen dienen sollen.

4.1.1 Datenbasis

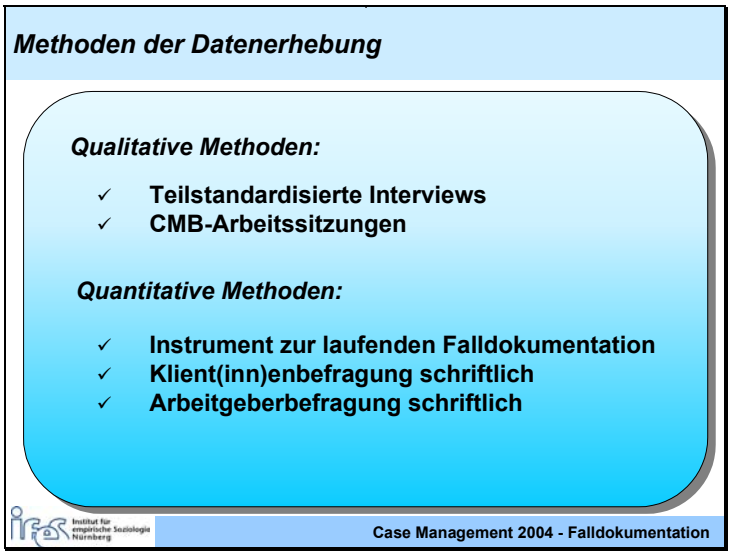


Abbildung 30

4.1.1.1 Qualitative Methoden der Datenerhebung

Um ein breites Spektrum an Informationen über den Ablauf von CMB an den Modellstandorten zu bekommen, wurde sämtlichen Gruppen von CMB-Akteuren die Gelegenheit gegeben, zu ihren Vorgehensweisen und Erfahrungen im CMB-Prozeß Stellung zu nehmen. Zum einen wurden die Akteure[133] zu den regelmäßig stattfindenden CMB-Veranstaltungen[134] eingeladen, in denen Fragen zu den jeweiligen CMB-Phasen bearbeitet wurden und ein interdisziplinärer Erfahrungsaustausch möglich war. Es fanden insgesamt sieben Veranstaltungen statt, in Mittelpunkt die Bearbeitung von Themen, wie z.B. Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit, Situationsabklärung, Verhandlungen mit den Arbeitgebern sowie Ausstattung einer CMB-Stelle, im Vordergrund standen. Und zum anderen wurden teilstandardisierte Interviews durchgeführt: Neben der Befragung der Case Manager(inn)en gelang es auch, einige Vertreter von Reha-Trägern der Modellregionen für ein Gespräch zu gewinnen.

Zu Beginn des Modellprojektes wurden an den Standorten leitfadengestützte persönliche Interviews durchgeführt. Befragt wurden dabei 19 Case Manager(innen), ein Interview dauerte im Durchschnitt 3 bis 4 Stunden. Inhaltliche Schwerpunkte waren:[135]

- die Projektinitiierung
- die Finanzierung des CMB
- die Personalausstattung der CMB-Stelle und Freistellungen
- Fallzahlen und sonstige Vereinbarungen
- Merkmale des CMB-Konzeptes (vgl. *Abschnitt 4.2.3.1*)
- die Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit zu Projektbeginn
- die Kooperation der CMB-Stellen mit den Reha-Trägern

Im Herbst 2003 wurden dann leitfadengestützte Telefoninterviews mit Vertreter(innen) von Reha-Trägern aus den Modellregionen geführt, die im Schnitt 90 Minuten dauerten. Den Kontakt zu geeigneten Interviewpartner(innen) stellten die CMB-Stellen her: Diese nannten

---

133 Dies waren neben den Case Manager(inne)n und ihren Vorgesetzten Vertreter(innen) der *BAR*, der *Bundesagentur für Arbeit*, der Arbeitsagenturen und deren Fachdiensten, der Rentenversicherungsträger und deren *gemeinsamen Service-Stellen*, der Gesetzlichen Krankenkassen und deren *Medizinischen Diensten*, der *IFDs*, Arbeitgeber, Schwerbehindertenvertreter(innen) und Ärzte / Ärztinnen.

134 Siehe *Brader / Faßmann / Lewerenz / Wübbeke* 2004: 56ff

135 Siehe dazu *Brader / Faßmann / Wübbeke* 2002: 92ff

der Begleitforschung Fachberater(innen) und Führungskräfte von Reha-Trägern, die bereits Versicherte an sie vermittelt hatten. Die benannten Personen wurden anschließend von der wissenschaftlichen Begleitung kontaktiert und bei Bereitschaft interviewt.[136]

Im Mai und Juni 2004 wurden abschließend mit den Case Manager(inne)n der Modellstandorte telefonische Interviews geführt. Im Mittepunkt der Erhebung standen das jeweilige CMB-Konzept, die Arbeitsweisen und Arbeitsbedingungen der Case Manager(innen), die Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit sowie die Kooperationen mit Betrieben und die Zusammenarbeit mit Klient(inn)en. In die Befragung wurden nicht nur die CMB-Mitarbeiter(innen) der aktuellen Projektstandorte einbezogen, sondern auch Case Manager(innen) von Standorten, die zu diesem Zeitpunkt bereits aus dem Modellprojekt ausgeschieden waren; insgesamt wurden 11 Interviews geführt, die jeweils zwischen einer und zwei Stunden Zeit in Anspruch nahmen.[137]

4.1.1.2 Quantitative Methoden der Datenerhebung

Im Rahmen des Modellprojektes wurde von der Begleitforschung ein weitgehend standardisiertes Dokumentationsinstrument entwickelt, das der Beschreibung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen des CMB dienen sollte.[138] Die CMB-Stellen wurden gebeten, die Daten sämtlicher Fälle, die sie betreuten, anhand dieses Instrumentes zu dokumentieren und anschließend die ausgefüllten Formulare an die Begleitforschung weiterzuleiten. Die Informationen aus den Falldokumentationen der CMB-Stellen bilden die Datenbasis für die statistischen Befunde des *Abschnittes 4.3.* Die Daten wurden im Zeitraum vom 1. März 2002 bis 30. Juni 2004 erhoben, der Auswertungsstichtag war der 23. Juli 2004.

Um Informationen über den Verlauf und das Ergebnis von CMB direkt von den Betroffenen zu erhalten, wurden zudem ein Klient(inn)en-fragebogen und ein Arbeitgeberfragebogen erarbeitet, die jeweils 4 Seiten umfaßten und nach Abschluß der CMB-Betreuung an die Klient(inn)en sowie deren Arbeitgeber verschickt wurden. Außerdem wurden die Rehabilitand(inn)en 6 Monate und 12 Monate nach Abschluß der CMB-Betreuung erneut zu ihren Erfahrungen mit CMB und ihrem aktuellen Status schriftlich befragt.

---

136 Vgl. *Abschnitt 4.2.2.2* und *4.4.5*

137 Vgl. *Abschnitt 4.2* und *4.4.4*

138 Siehe dazu *Brader / Faßmann / Wübbeke* 2002: 79ff

4.1.2 Statistische Kennwerte und Auswertungsverfahren

Die Resultate des *Abschnittes 4.3* wurden zunächst anhand uni- und bivariater Häufigkeitsauszählungen ermittelt. Außerdem wurden für die CMB-Zeitdauern Quantils- und Medianwerte berechnet. Zur Messung des Zusammenhangs zwischen ausgewählten Merkmalen wurde zudem der Koeffizient *Cramers V* bestimmt. Schließlich wurden einige signifikante Merkmale zusätzlich mittels einer multivariaten Logit-Analyse, der logistischen Regression, untersucht.

Median

Der Median gehört zu den Maßzahlen der zentralen Tendenz, die Auskunft über die „Mitte“ einer Reihe von Daten geben. Es wird „eine nach der Größe geordnete Reihe von Werten einer Häufigkeitsverteilung so halbiert, daß eine Hälfte der Werte unter-, die andere Hälfte oberhalb dieser Maßzahl liegen“.[139] Die „Mitte“ bedeutet dabei die Mitte aller Fälle und nicht die aller Werte. Die Mediandauer ist beispielsweise diejenige Dauer, die in 50% der CMB-Fälle nicht überschritten wurde. Der Vorteil dieser Maßzahl liegt darin, daß einzelne extreme Werte (hoch oder niedrig) zwar die Höhe des Durchschnitts direkt beeinflussen, im Median jedoch nicht in dem Maße zum Ausdruck kommen.

Der Median ist ein Spezialfall der Perzentile (siehe *unten*). Er teilt als 50%-Perzentil die geordnete Wertereihe in zwei mal 50% auf. Durch die Berechnung weiterer Perzentile (z. B. 25%- und 75%-Perzentile, die sog. Quartile) erhält man zusätzliche Informationen über die Verteilung der Werte.[140]

Perzentile oder Quantilswerte

Perzentile oder Quantilswerte zeigen jeweils an, wieviel Prozent der Fälle den betreffenden Wert, z. B. eine bestimmte Beschäftigungsdauer, nicht überschreiten. (So drückt beispielsweise der Wert 3,3 des 20%-Quantils aus, daß die 20% der Klient(inn)en mit der kürzesten Beschäftigungsdauer maximal 3,3 Jahre in ihrem aktuellen Betrieb gearbeitet haben.) Setzt

[139] Siehe *Wittenberg* 1991, 175

[140] Siehe *Faßmann / Lechner / Steger / Zimmermann* 2003: 103

man zwei Quantile miteinander in Beziehung, so informieren die Quantile darüber, wieviel Prozent der Personen zwischen dem niedrigeren und dem höheren Quantilswert liegen.

Cramers V (Zusammenhangsmaß)

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) annehmen. Als Anhaltspunkt zur sprachlichen Beschreibung der Stärke von Zusammenhängen kann folgende Konvention[141] herangezogen werden:

$0 > \textit{Cramers V} \leq 0{,}20$	sehr geringer Zusammenhang
$0{,}20 > \textit{Cramers V} \leq 0{,}50$	geringer Zusammenhang
$0{,}50 > \textit{Cramers V} \leq 0{,}70$	mittlerer Zusammenhang
$0{,}70 > \textit{Cramers V} \leq 0{,}90$	starker Zusammenhang
$0{,}90 > \textit{Cramers V} \leq 1$	sehr starker Zusammenhang

Bei den Auswertungen des *Abschnittes 4.3.5*, in denen die Ergebnisse von CMB und ihre Einflußfaktoren untersucht werden, ergab sich in den meisten Fällen ein Wert zwischen 0 und 0,20 bzw. 0,20 und 0,50. Dies deutet auf bestehende Zusammenhänge zwischen den untersuchten Merkmalen hin, auch wenn sie als eher gering zu interpretieren sind. Da sich hinsichtlich des Zusammenhangsmaß *Cramers V* keine nennenswerte Unterschiede zwischen den untersuchten Merkmalspaaren ergaben, wurden die einzelnen Werte im *Abschnitt 4.3.5* nicht erwähnt.

Multivariate Verfahren: Logistische Regression

Im Gegensatz zu bivariaten Auswertungsverfahren kann mit Hilfe der multivariaten logistischen Regression[142] der Einfluß eines Faktors auf das Ergebnis des CMB unter Kontrolle des Einflusses der anderen im Modell berücksichtigten Faktoren gemessen werden. Dieses Verfahren wurde bei einigen ausgewählten Merkmalen angewandt. Da sich jedoch die Fall-

---

[141] Siehe dazu *Wittenberg* 1991: 125

[142] Siehe dazu *Diaz-Bone / Künemund* 2003 und *Kleinbaum* 1994

zahlen innerhalb der untersuchten Regressionsmodelle erheblich reduzierten und die Ergebnisse daher als wenig aussagekräftig einzuordnen sind, wurde auf die Darstellung dieser Befunde in der nachfolgenden Analyse verzichtet.

4.2 Organisationsstruktur und Arbeitsabläufe des CMB an den jeweiligen Standorten

4.2.1 Finanzierungsmodelle und Ausstattung der CMB-Stellen

Die Beschreibung der Finanzierungsmodelle einzelner CMB-Stellen basiert auf den Informationen, die die wissenschaftliche Begleitung bereits bei den Eingangsinterviews von den Case Manager(inne)n erhielt[143] und welche im Laufe des Projektes kontinuierlich aktualisiert wurden. Der Darstellung einzelner Durchführungsorganisationen und Finanzierungsformen erfolgt in *Abschnitt 4.2.1.1*. Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Finanzierung von CMB entwickelten die einzelnen Durchführungsorganisationen eigene konzeptionelle Ausgestaltungen des CMB, so daß sich auch in Bezug auf die personelle und sachliche Ausstattung der CMB-Stellen ein heterogenes Bild ergab, welches die *Tabelle 3* widerspiegelt.

Tabelle 3: Finanzierung und Personalausstattung der CMB-Stellen

Standort	Finanzierungs-modell	Kostenträger	Anzahl der Mitarbei-ter(innen)	Arbeitszeit (100% = Vollzeit)	Wissensch. begleitete Projektdauer
1	Einkaufsmodell	Renten-versicherung, Arbeitsagentur	1	100%	02.2002 – 11.2004
2	Einkaufsmodell	Arbeitsagentur	2	je 100%	09.2001 – 11.2004
3	Einkaufsmodell	Arbeitsagentur	2	100% und 50%	09.2001 – 12.2003
4	Reha-Träger-Modell	Krankenkasse	2	Je 10 – 15%	09.2001 – 12.2002
5	Einkaufsmodell	Arbeitsagentur	1	100%	09.2001 – 04.2004

[143] Siehe dazu: *Brader / Faßmann / Wübbeke* 2002: 92ff sowie *Brader / Faßmann / Wübbeke* 2003: 69ff

Tabelle 3: Finanzierung und Personalausstattung der CMB-Stellen

Standort	Finanzierungs-modell	Kostenträger	Anzahl der Mitarbei-ter(innen)	Arbeitszeit (100% = Vollzeit)	Wissensch. begleitete Projektdauer
6	Einkaufsmodell	Arbeitsagentur	1	Reduktion von 100% auf 50%	09.2001 – 11.2004
7*	Einkaufsmodell	Arbeitsagentur	1	100%	09.2001 – 03.2002
8	Reha-Träger-Modell	Arbeitsagentur	2	40% und 50%	09.2001 – 11.2004
9	Reha-Träger-Modell	Renten-versicherung	3	2 x je ca. 10% und 1 * 50%	09.2001 – 11.2004
10*	Reha-Träger-Modell	Arbeitsagentur	1	40%	09.2001 – 07.2002
11	Einkaufsmodell	Arbeitsagentur	2	je 50%	09.2001 – 12.2003
12	Einkaufsmodell	Arbeitsagentur	1	100%	09.2001 – 11.2004
13*	Reha-Träger-Modell	Arbeitsagentur	1	Nicht freige-stellt	09.2001 – 12.2002
14*	Einkaufsmodell	Arbeitsagentur	1	100%	09.2001 – 02.2002
15*	Einkaufsmodell	Arbeitsagentur	1	50%	09.2001 - 03.2003
16	Einkaufsmodell	Arbeitsagentur, Renten-versicherung, Krankenkasse	2	Je 50%	Wissenschaft-liche Begleitung kam nicht zustande
17	Einkaufsmodell	Arbeitsagentur	1	100%	04.2002 – 03.2004
18	Einkaufsmodell	Arbeitsagentur, Renten-versicherung	4	1 x 100% und 3 x 50%	02.2003 – 11.2004
19	Einkaufsmodell	Arbeitsagentur, Renten-versicherung	1	Reduktion von 100% auf 50%	02.2003 – 11.2004

* Standorte, die bei der Falldokumentation nicht mitgewirkt haben.

Diese Tabelle gibt auch einen Überblick über die zeitliche Einbindung der einzelnen Standorte in das bundesweite Modellprojekt. Im Rahmen der Abschlußinterviews konnten die Case Manager(innen), die im Laufe des Projektes stattgefundenen Veränderungen ihrer Arbeitsbedingungen schildern. Die zusammengefaßten Resultate der Eingangs- und der Abschlußbefragung zum Thema der personellen und der sachlichen Ausstattung der CMB-Stellen finden sich im *Abschnitt 4.2.1.2*.

4.2.1.1 Die CMB-Finanzierung

Die *Tabelle 3* gibt einen Überblick über alle Standorte, die im Laufe der Projektlaufzeit wissenschaftlich begleitet wurden, wobei die letzte Spalte die Fluktuation der Standorte verdeutlicht: Von insgesamt 19 Standorten waren nur fünf Standorte über die gesamte Projektlaufzeit in das Modellprojekt integriert (Standorte 2, 6, 8, 9, 12). Vier Standorte wurden erst im Laufe der Zeit in die wissenschaftliche Begleitung aufgenommen[144] (Standorte 1, 17, 18, 19), wobei der Standort 17 schon vor Ende des Modellprojektes wieder ausschied. Ferner haben neun CMB-Standorte, die bereits zu Beginn des Projektes in die wissenschaftliche Begleitung eingebunden waren, ihre Arbeit entweder ganz eingestellt oder die Modalitäten verändert und auf die wissenschaftliche Begleitung verzichtet (Standorte 3, 4, 5, 7, 10, 11, 13, 14, 15). Als Gründe wurden vor allem fehlende Finanzierungsmöglichkeiten und Arbeitsüberlastung angeführt.[145] Mit dem Standort 16 kam eine Zusammenarbeit nicht zustande.

Wie *Tabelle 3* zeigt, war das CMB entweder bei Arbeitsagenturen bzw. bei anderen Rehabilitationsträgern angesiedelt („Reha-Träger-Modell“) oder wurde an fachkompetente Reha-Einrichtungen und Beratungsstellen in Auftrag gegeben („Einkaufsmodell“). An den Standorten 8, 10 und 13 wurde Case Management jeweils arbeitsagenturintern durchgeführt und finanziert, d.h. die Reha-Berater(innen) waren dort – mehr oder weniger – für Case Management freigestellt. An den Standorten 10 und 13 wurde das CMB bereits zur Mitte bzw. zum Ende 2002 eingestellt, weil die Reha-Berater(innen) nicht freigestellt werden konnten.[146] Am Standort 8 hingegen bekam der Reha-Berater zur Unterstützung seiner CMB-Tätigkeit eine Sachbearbeiterin zugeteilt, die ihm mit der Hälfte ihrer regulären Arbeitszeit zur Seite stand. Am Standort 9 führte der Rentenversicherungsträger das Case Management mit eigenem

---

144 Siehe dazu: *Brader / Faßmann / Wübbeke* 2003: 16ff i. V. m. 69ff

145 Siehe dazu: *Brader / Faßmann / Wübbeke* 2003: 16 sowie *Brader / Faßmann / Lewerenz / Wübbeke* 2004: 17ff

146 Von diesen Standorten liegen der Begleitforschung keine Daten vor.

Personal durch; die Betreuung von Case-Management-Fällen wurde hier durch Rentenversicherungsfachkräfte vorgenommen. Auch am Standort 4 handelte es sich um ein Reha-Träger-Modell:[147] Hier plante eine Krankenkasse die Finanzierung von CMB, d.h. Krankengeld-Fachkoordinator(inn)en hätten die Bearbeitung von Case-Management-Fällen übernehmen sollen, wobei eine Kofinanzierung mit einer *LVA* angestrebt, aber nicht erreicht werden konnte.[148]

Die Finanzierung der CMB-Leistungen im Rahmen der „Einkaufsmodelle" wurde ebenfalls von unterschiedlichen Kostenträgern übernommen. Am Standort 1 übernahmen eine *LVA* und eine Arbeitsagentur jeweils für die Versicherten die Kosten, für die sie der zuständige Reha-Träger waren. Am Standort 16 teilte sich die Finanzierung wie folgt auf:[149] Drei lokale Krankenkassen trugen für jeden von ihnen angemeldeten Versicherten 50%; die Arbeitsagentur übernahm die restlichen 50% der Kosten (Freie Förderung gemäß § 10 SGB III). Handelte es sich um Teilnehmer(innen), für die die *LVA* als Reha-Träger zuständig war, trug die *LVA* ein Drittel der Kosten, den Rest teilten sich das Arbeitsamt und die zuständige Krankenkasse. An den neu hinzugekommenen Standorten 18 und 19 konnten sich die Reha-Träger ebenfalls auf eine Mischfinanzierung einigen: am Standort 18 wurde das Projekt durch eine jährliche Projektpauschale der Arbeitsagentur finanziert (nach § 10 SGB III). Für die Versicherten der *LVA* bekam die Arbeitsagentur die Kosten in der Höhe der Fallpauschale[150] erstattet. Am Standort 19 wählte die Arbeitsagentur den § 37 a SGB III als Rechtsgrundlage für die Finanzierung und traf eine Kostenübernahmevereinbarung mit der *LVA*. An allen anderen Standorten des Einkaufsmodells wurde Case Management vollständig von der jeweiligen Arbeitsagentur auf Grundlage der Freien Förderung gemäß § 10 SGB III finanziert. Nachdem die Freie Förderung nach § 10 SGB III durch die Geschäftsanweisungen 19/2003 und 135/2003 neu ausgerichtet und damit auf Individualförderung begrenzt wurde, war der § 10 SGB III nur noch bedingt als Grundlage für die CMB-Finanzierung geeignet, so daß die verbliebenen Standorte unterschiedliche Sondervereinbarungen treffen mußten, um die Durchführung von CMB bis zum Ende der Projektlaufzeit sicherzustellen.

Die Finanzierung der Einkaufsmodelle durch die Reha-Träger erfolgte an den Standorten 1, 6, 7, 11, 15 und 16 über eine Fallpauschale, wobei am Standort 6 ab September 2003 nur noch die Kosten der erfolgreichen Fälle erstattet wurden und am Standort 11 die Fallpau-

---

147 Vom Standort 4 liegen der Begleitforschung ebenfalls keine Daten vor.

148 Siehe dazu: *Brader / Faßmann / Wübbeke* 2003: 16

149 Allerdings liegen der Begleitforschung keine Daten über die Durchführung von CMB am Standort 16 vor.

schale aus Mangel an Fällen bereits zu Anfang 2003 durch eine Projektpauschale ersetzt wurde. An den Standorten 2, 3, 5, 12, 14, 17, 18 übernahmen die Arbeitsagenturen die Kosten für die jeweiligen Case-Management-Arbeitsplätze in Form einer monatlichen bzw. jährlichen Projektpauschale. Am Standort 19 wurde eine Vollzeitstelle finanziert und zusätzlich wurden Fallpauschalen für je drei Betreuungsmonate ausbezahlt.

Eine Weiterfinanzierung des CMB über die Projektlaufzeit hinaus stand Ende Oktober nur an zwei Standorten fest: Standorte 1 und 5 werden in Zusammenarbeit mit der *LVA* weitergeführt und durch Fallpauschalen finanziert.

4.2.1.2 Die Arbeitsbedingungen der Case Manager(innen)

Wie die abschließende Befragung der Case Manager(innen) im Mai und Juni dieses Jahres ergab, veränderten sich ihre Arbeitsbedingungen. Im Verlauf des Modellprojektes an den meisten Standorten nur unwesentlich.[151] So zeigte sich, daß an einem Standort zusätzlich eine Case Manager(in) in Teilzeit (50%) eingestellt, an drei Standorten der Umfang der Arbeitszeit jedoch um 25% bzw. 50% reduziert wurde, davon an zwei Standorten aus Mangel an Klient(inn)en. An einem Standort wurde der / die Case Manager(in) durch eine zusätzliche Schreibkraft unterstützt, die jedoch nicht nur für CMB, sondern für alle Mitarbeiter(innen) der Einrichtung zur Verfügung stand.

Die Ausstattung der CMB-Stellen verbesserte sich gleichzeitig an mehreren Standorten: In vier Fällen wurden neue, teils behindertengerecht ausgestattete Büros eingerichtet. Dort, wo zwei oder mehr Case Manager(innen) beschäftigt sind, wurde zusätzlich ein Büro oder ein Sprechzimmer zur Verfügung gestellt. Zwei CMB-Stellen, die bisher entweder keinen eigenen PC oder nur ein veraltetes Gerät zur Verfügung hatten, wurden mit neuer Hardware ausgestattet und an das Internet angeschlossen.

---

150 Zur Erreichung der Fallpauschale wurden die jährlichen CMB-Kosten durch die vertraglich vereinbarte jährliche Fallzahl dividiert.

151 Befragt wurden nur die zum Zeitpunkt noch bestehenden und die kurz zuvor ausgeschiedenen CMB-Standorte.

4.2.2 Netzwerkstrukturen an den Modellstandorten

Eine gut funktionierende Kooperation im Rahmen des Netzwerks ist eine wesentliche Voraussetzung für ein erfolgreiches CMB. Als Netzwerkpartner können dabei alle Personen und Stellen agieren, die sowohl für den Zugang von Rehabilitand(inn)en zum CMB als auch für einen reibungslosen Betreuungsverlauf von Bedeutung sind. Während der *Abschnitt 4.2.2.1* die wichtigsten Kooperationspartner beschreibt, geht der *Abschnitt 4.2.2.2* gezielt auf die zuweisenden Stellen und ihre Verfahren ein.

4.2.2.1 Kooperationspartner der CMB-Stellen

Wie groß die Bedeutung von Kooperationsbeziehungen ist, wurde bereits beim ersten standortübergreifenden CMB-Workshop deutlich, der im Oktober 2002 stattfand.[152] Die Teilnehmer(innen) der Arbeitsgruppen waren sich weitgehend einig, daß vor allem folgende Personen und Institutionen im Netzwerk der CMB-Stellen als Kooperationspartner fungieren sollten:[153]

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

Darüber hinaus fanden es die Case Manager(innen) zweckmäßig, folgende Personen und Institutionen in das CMB-Netzwerk mit einzubinden:

- Reha-Einrichtungen, Selbsthilfegruppen, Sozialer Dienst der Krankenhäuser,

---

152 Siehe dazu: *Brader / Faßmann / Wübbeke* 2003: 48ff

153 Über die Erfahrungen der Case Manager(innen) in der Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern während des Projekts und über Veränderungen ihrer Ansichten in Bezug auf die Bedeutung einzelner Akteure wird partiell in den *Abschnitten 4.2.2, 4.2.4* und *4.4.4* berichtet.

- Betriebs- und Personalräte,
- repräsentative Vertreter(innen) der kommunalen Verwaltung.

Die Kooperation mit den Trägern der Sozialversicherung gehört zum Fundament für eine reibungslose CMB-Arbeit und trägt im hohen Maße zum Erfolg des CMB bei. Die Krankenkassen wurden an den meisten Standorten als überaus wichtige Netzwerkpartner angesehen, die sowohl ein Interesse als auch die Möglichkeiten für eine frühzeitige Zuweisung von rehabilitationsbedürftigen Beschäftigten haben sollten. Die Krankenkassen verfügen nicht nur über Informationen zu Arbeitsunfähigkeitszeiten und deren Ursachen, sondern auch über die ärztlichen Gutachten des *MDK*, aus denen sich bereits früh ein Handlungsbedarf erkennen läßt und die eine wichtige Arbeitsgrundlage für die Case Manager(innen) darstellen können. Infolgedessen bemühten sich die CMB-Stellen sowohl in der Anfangsphase als auch im Verlauf des Projekts insbesondere darum, die regionalen Krankenkassen als Kooperationspartner für CMB zu gewinnen und eine dauerhafte, fruchtbare Zusammenarbeit sicherzustellen.

Die Arbeitsagenturen und Rentenversicherungsträger spielten nicht nur als Leistungsträger, sondern auch als wichtigste Netzwerkpartner eine Schlüsselrolle im Kooperationsnetzwerk. Speziell die Rentenversicherungsträger kommen in ihrer Doppelfunktion als Träger der beruflichen und medizinischen Rehabilitation ebenso wie die Krankenkassen schon sehr frühzeitig, nämlich bei Stellung eines Antrags auf medizinische Rehabilitationsleistungen, mit potentiellen Klienten des CMB in Kontakt. Aber auch die Arbeitsagenturen erhalten Kenntnis von rehabedürftigen Beschäftigten, wenn die Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gestellt werden. Hinzu kommt, daß beide Träger den CMB-Stellen wichtige Gutachten zur Verfügung stellen. Dazu zählen die Entlassungsberichte der Rentenversicherungsträger nach stationären Heilbehandlungen ebenso wie die ärztlichen, psychologischen und technischen Gutachten der Fachdienste der Arbeitsagenturen. Die Tatsache, daß außer Arbeitsagenturen keine Reha-Träger über eigene technische Berater(innen) verfügen, führt jedoch u. U. zu langen Wartezeiten, da externe Sachverständige eingeschaltet werden müssen. Eine herausragende Bedeutung als Kooperationspartner der CMB-Stellen kommt Arbeitsagenturen und Rentenversicherungsträgern jedoch in erster Linie deshalb zu, weil sie für die überwiegende Zahl der CMB-Fälle der zuständige Träger der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind und über die Bewilligung oder Ablehnung der beantragten Leistungen entscheiden.

Auch die Unfallversicherungsträger stellten als Träger der medizinischen und beruflichen Rehabilitation potentielle Kooperationspartner der Case Manager(innen) dar, allerdings waren Kooperationsbeziehungen zwischen CMB-Stellen und Berufsgenossenschaften eher die Ausnahme. Das geringe Ausmaß der Zusammenarbeit mit diesen Trägern ist hierbei in den meisten Fällen darauf zurückzuführen, daß diese für die von ihnen zu betreuenden Versicherten (wegen Arbeitsunfall oder Berufskrankheit) im Rahmen der Berufshilfe in der Regel selbst einzelfallbezogenes Rehabilitationsmangement durchführen. Aus diesem Grund war das Interesse der Berufsgenossenschaften eher gering, eine Kooperation mit den der CMB-Stellen einzugehen. Die Integrationsämter und Integrationsfachdienste spielten im Kooperationsnetzwerk der CMB-Stellen verglichen mit Arbeitsagenturen, Rentenversicherungsträgern und Krankenkassen ebenfalls nur eine untergeordnete Rolle.

Ein wichtiger Aspekt im Aufbau des Kooperationsnetzwerkes war, die unterschiedlichen Institutionsebenen zu erreichen: So sollte sowohl die Entscheidungsebene als auch die Beraterebene der Reha-Träger vom Nutzen des CMB überzeugt und in das CMB-Netzwerk eingebunden werden. Auf diese Weise sollten personell oder auch institutionell bedingte Reibungsverluste im CMB-Prozeß vermindert werden (vgl. *Abschnitt 4.4.4.1* und *4.4.4.4*).

4.2.2.2 Zuweisende Reha-Träger und ihre Auswahlverfahren

Beim Zugang von Versicherten zum CMB spielten die Reha-Träger eine entscheidende Vermittlerrolle: Der weitaus größte Teil der Klient(inn)en gelangte über sie zu den CMB-Stellen, wobei die Krankenkassen die mit Abstand wichtigsten Vermittler waren (vgl. *Abschnitt 4.3.1*). Wie die Reha-Träger bei der Auswahl und Vermittlung möglicher CMB-Kund(inn)en typischerweise vorgegangen sind, wird im folgenden dargestellt. Die Datenbasis bilden leitfadengestützte Telefoninterviews, die im Herbst 2003 mit Vertreter(inne)n von Reha-Trägern aus den Modellregionen geführt wurden. Den Kontakt zu geeigneten Interviewpartnern stellten die CMB-Stellen her: Diese nannten der Begleitforschung Fach-Berater(innen) und Führungskräfte von Reha-Trägern, die bereits Versicherte an sie vermittelt hatten. Die benannten Personen wurden anschließend von der wissenschaftlichen Begleitung kontaktiert und bei Bereitschaft interviewt. Die Verteilung der insgesamt 18 Interviews nach Reha-Trägern und Modellregionen ist in *Tabelle 4* wiedergegeben. Da von jeder Organisation jeweils nur ein(e) Vertreter(in) befragt wurde, entspricht die Zahl der Interviews der Zahl der in die Erhebung einbezogenen Reha-Träger.

Tabelle 4: Verteilung der durchgeführten Interviews nach Reha-Trägern und Modellregionen

Reha-Träger	Funktion der Interviewpartner(innen)	Anzahl der Interviews
Krankenkassen		
AOK	1 Führungskraft, 1 Krankengeldfallmanagerin	2
BEK	1 Leistungsberaterin, 1 Krankengeldfallmanagerin	2
DAK	1 Mitarbeiterin des sozialen Dienstes	1
IKK	1 Reha-Beraterin und zugleich Mitarbeiterin des sozialen Dienstes; 1 Mitarbeiter des sozialen Dienstes	2
TK	1 Reha-Berater, 1 Mitarbeiterin des sozialen Dienstes	2
MDK		
MDK	1 Leiter des *MDK*	1
Rentenversicherungsträger		
LVA	2 Reha-Berater(innen), 1 Teamleiter Reha	3
BfA	2 Reha-Berater(innen)	2
Reha-Klinik der LVA	1 Mitarbeiterin des sozialen Dienstes	1
Agentur für Arbeit		
Agentur für Arbeit	1 Leiter der Reha-Abteilung, 1 Fachberater Reha	2
Gesamt		18

Modellregion	Anzahl der Interviews
2	8
5	2
8	2
12	3
17	3
Gesamt	18

Wie *Tabelle 4* verdeutlicht, konzentrierte sich die Befragung auf bestimmte Modellregionen und auf die Krankenkassen. Während ersteres darauf zurückzuführen ist, daß einige Projektnehmer der wissenschaftlichen Begleitung keine Ansprechpartner(innen) nannten, spiegelt letzteres die überragende Bedeutung der Krankenkassen für den Zugang von Versicherten zum CMB wider. Zwar kann die Befragung der Reha-Träger wegen der Art der Auswahl der Interviewpartner(innen), der geringen Anzahl der Interviews und der Einbeziehung nur

eines Teils der Modellregionen keine Repräsentativität für sich beanspruchen. Dennoch dürften zumindest die Interviewergebnisse zum Vorgehen der Krankenkassen auch auf nicht in die Erhebung einbezogene Kassen übertragbar sein: So zeigte die Befragung unabhängig von Region und Kassenart eine große Übereinstimmung in der Vorgehensweise der Krankenkassen bei der Auswahl und Vermittlung von Versicherten an das CMB.

4.2.2.2.1 Auswahlverfahren der Krankenkassen

Bei der Suche nach möglichen CMB-Klient(inn)en konnten die Mitarbeiter(innen) der Krankenkassen zum Teil auf Verfahrensabläufe und Auswahlkriterien aus dem Krankengeldfallmanagement ihrer Kasse zurückgreifen. Ein solches Fallmanagement wird vorrangig von den größeren Kassen betrieben; es zielt in der Regel darauf ab, die Krankengeldbezugsdauern der Versicherten zu verkürzen und der Entstehung von Langzeit-Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen, indem Problemlagen frühzeitig erkannt und geeignete Maßnahmen (z. B. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben) schnell eingeleitet werden. Zuständig für die Vermittlung von Versicherten an die CMB-Stellen waren daher häufig die Krankengeldfallmanager(innen) der Krankenkassen; oft übernahmen aber auch die Mitarbeiter(innen) des sozialen Dienstes oder die Reha-Berater(innen) der Kassen diese Aufgabe.

Gemeinsam ist allen untersuchten Krankenkassen ein stufenweises Vorgehen bei der Auswahl möglicher CMB-Klient(inn)en. Während am Ende dieses mehrstufigen Auswahlprozesses immer das persönliche oder telefonische Gespräch mit dem Versicherten stand, unterschieden sich die Krankenkassen, was den Beginn des Verfahrens betrifft. So erfolgte bei drei der neun Kassen eine EDV-gestützte Vorauswahl der Versicherten; bei den übrigen Krankenkassen begannen die zuständigen Mitarbeiter(innen) hingegen sofort mit der Auswertung der Versichertenakten. Setzten die Kassen ein Computerprogramm zum systematischen Durchsuchen des Versichertendatenbestands ein, gehörten zu den wichtigsten auswahlrelevanten Merkmalen typischerweise

- die Summe der Arbeitsunfähigkeitstage und
- die Anzahl der Krankschreibungen innerhalb eines bestimmten Zeitraums sowie
- die Diagnosen, die den Krankschreibungen jeweils zugrunde lagen.

Ein Signal für CMB-Bedarf konnte in Hinblick auf diese Merkmale z. B. sein, wenn die Arbeitsunfähigkeitsdauer von Versicherten die diagnosespezifische Durchschnittsdauer deutlich überschritt und / oder die Diagnose zum Kanon der potentiell Reha-Bedarf anzeigenden Krankheiten gehörte (wie z. B. Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates). Fast alle befragten Krankenkassen-Mitarbeiter(innen) betonten hierbei ausdrücklich, daß derartige Datenauswertungen höchstens zur Vorauswahl von Versicherten geeignet seien, eine einzelfallbezogene Abklärung jedoch nicht ersetzen könnten. So hätten sich standardisierte Kriterienraster als zu grob herausgestellt, um komplexe und individuell sehr unterschiedliche Problemlagen zuverlässig erkennen zu können.

Im nächsten Schritt (bzw. bei fehlender computergestützter Vorauswahl zu Beginn) werteten die Krankenkassen-Mitarbeiter(innen) die Fallakten der Versicherten aus. Eine zentrale Informationsquelle war dabei das Arbeitsunfähigkeitsgutachten des *MDK*; lag dieses für den betreffenden Arbeitnehmer noch nicht vor, wurde es bei Bedarf in Auftrag gegeben. Routinemäßig werde festgehalten:

- das Anforderungsprofil der zuletzt ausgeübten Tätigkeit,154
- das gesundheitliche Leistungsvermögen des / der Versicherten,
- die Übereinstimmung von Leistungsvermögen und Anforderungsprofil der Tätigkeit sowie
- sich daraus ergebende Schlußfolgerungen und Handlungsempfehlungen.

Kam der / die Gutachter(in) zu dem Schluß, daß der / die Beschäftigte die bisherige berufliche Tätigkeit auf Dauer nicht mehr uneingeschränkt ausüben konnte[155] und daher Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben notwendig waren, stufte die Krankenkasse die Betroffenen als potentielle CMB-Klient(inn)en ein. An einigen Modellstandorten empfahlen die *MDK*-Ärzte und -Ärztinnen in diesen Fällen sogar explizit die Einschaltung der CMB-Stelle; die betroffenen Versicherten wurden dann nicht erst von der Krankenkasse, sondern bereits vom *MDK*

---

[154] Meist beruhte das Anforderungsprofil auf Angaben der Versicherten; einige Kassen forderten allerdings auch direkt beim Arbeitgeber ein Stellenprofil an. Letzteres erscheint jedoch als problematisch: Wenn die Aufmerksamkeit des Arbeitgebers dadurch erst auf die Leistungsprobleme der betroffenen Arbeitnehmers gelenkt wurde, ohne daß der Arbeitgeber gleichzeitig ausführlich über behinderungsgerechte Weiterbeschäftigungsmöglichkeiten beraten wurde, dürfte dies das Kündigungsrisiko für die betroffenen Versicherten erhöht haben.

[155] Typischerweise lautet die Formulierung in *MDK*-Gutachten in diesen Fällen: „Für die maßgebliche Tätigkeit besteht Arbeitsunfähigkeit auf Dauer“.

über CMB informiert, erhielten das Faltblatt der CMB-Stelle und entschieden selbst, ob sie sich an diese wenden wollten.[156]

Vier der neun interviewten Krankenkassen-Mitarbeiter(innen) hielten darüber hinaus regelmäßige Fallbesprechungen mit den *MDK*-Gutachter(inne)n ab, im Rahmen derer u.a. über potentielle CMB-Fälle beraten wurde. Ebenfalls vier Interviewpartner(innen) zählten neben den *MDK*-Gutachten die Entlassungsberichte der Reha-Kliniken zu ihren Informationsgrundlagen; allerdings setzten diese Berichte voraus, daß die Betroffenen bereits eine stationäre medizinische Rehabilitation durchlaufen hatten. Frühzeitiger erhielten die Berater(innen) entscheidungsrelevante Informationen demgegenüber von den behandelnden Ärzten / Ärztinnen; diese Informationsquelle wurde von vier der neun Interviewpartner(innen) routinemäßig genutzt, wobei eine Krankengeldfallmangerin von einer insgesamt guten Rücklaufquote bei schriftlichen Arztanfragen berichtete. Als entscheidend für die Abklärung der Problemsituation sahen alle Interviewten das persönliche Gespräch mit den Versicherten an. Oft gab es feste Fristen für die Vereinbarung von Gesprächsterminen mit arbeitsunfähigen Versicherten; so wurden die Betroffenen bei einer Kasse spätestens in der 11. Woche ihrer Arbeitsunfähigkeit zu einer persönlichen Vorstellung eingeladen; bei einer anderen Kasse lagen die Fristen bei etwa vier Wochen für das erste und bei sechs Monaten für das zweite Versichertengespräch. In diesen Gesprächen brachten die Krankenkassen-Mitarbeiter(innen) u.a. in Erfahrung, wie die Versicherten selbst ihre gesundheitliche und berufliche Situation einschätzten, welche Probleme und Lösungswege sie sahen und welche beruflichen Pläne und Ziele sie verfolgten. Eine Interviewpartnerin wies in diesem Zusammenhang allerdings darauf hin, daß die Angaben der Versicherten häufig nicht verläßlich seien: Viele Betroffene wollten ihre bisherige Tätigkeit – meist aus Angst vor Arbeitsplatzverlust – nahezu um jeden Preis fortsetzen und spielten ihre gesundheitlichen Schwierigkeiten daher herunter. Dasselbe Phänomen schränke auch die Aussagekraft des Indikators „Arbeitsunfähigkeitsdauer“ ein, da sich Versicherte wegen drohender Arbeitslosigkeit häufig nicht krank- oder zu früh wieder gesundschreiben ließen.

Unter Einbeziehung aller verfügbaren Informationen trafen die Fallmanger(innen) und Berater(innen) schließlich die Entscheidung, ob die betreffenden Versicherten als Klient(inn)en für die CMB-Stelle in Frage kamen. Typischerweise wurden dabei folgende Auswahlkriterien

[156] Ein solches Vorgehen setzt allerdings in der Regel eine entsprechende Vereinbarung zwischen dem *MDK* und der jeweiligen Krankenkasse voraus, da der *MDK* nur im Auftrag der Kassen, nicht jedoch der CMB-Stellen tätig werden darf.

herangezogen (die in Klammern gesetzten Zahlen geben jeweils die Anzahl der Nennungen wieder):

- bestehendes Beschäftigungsverhältnis (9)
- Gefährdung des Beschäftigungsverhältnisses und der Gesundheit der Versicherten infolge einer Diskrepanz zwischen den gesundheitlichen Einschränkungen und den Leistungsanforderungen der bisherigen Tätigkeit der Betroffenen (9)
- keine Beseitigung dieser Diskrepanz durch Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation (2)
- bisherige Dauer der Arbeitsunfähigkeit (z. B. im Vergleich zur diagnosespezifischen Durchschnittsdauer) und bisheriger Krankheitsverlauf (7)
- medizinische Prognose: zwar Fortbestand der Leistungseinschränkungen, aber keine Erwerbsunfähigkeit (3)
- bestimmter medizinischer Behandlungsstand (2)
- Alter[157] (5)
- ausreichende Deutschkenntnisse (2)
- Motivation der Versicherten (2)

Mit Versicherten, welche die Auswahlkriterien erfüllten, führten die Mitarbeiter(innen) der Krankenkassen anschließend ein ausführliches Gespräch. Nach der Vorstellung von Zielen und Aufgaben der CMB-Stelle und der Übergabe von Informationsmaterial über CMB wurden die Betroffenen meist gebeten, der Weitergabe ihres Namens und ihrer Adresse – bei einem Teil der Kassen auch von Unterlagen – an die CMB-Stelle zuzustimmen. Gaben die Versicherten ihr Einverständnis und waren sie an CMB interessiert, wurde oft noch während des Gesprächs telefonisch Kontakt zur CMB-Stelle aufgenommen und ein Termin für sie vereinbart. Häufiger überließen die Krankenkassen jedoch den CMB-Stellen selbst die Kontaktaufnahme zu den Klient(inn)en und übermittelten lediglich deren Namen und Adresse an die Mitarbeiter(innen) der CMB-Stellen. Die Weitergabe von Unterlagen wurde von den Kassen unterschiedlich gehandhabt: Während einige Kassen den CMB-Stellen die benötigten Schriftstücke direkt übermittelten, händigten andere Kassen datenschutzrechtlich sensibles Material ausschließlich den Klient(inn)en selbst aus, welche wiederum die Unterlagen an die CMB-Stelle weiterreichten. Zur Festigung der Kooperationsbeziehungen zu den Kranken-

kassen war es an den meisten Modellstandorten üblich, die Kassen über Ergebnisse des CMB und teilweise auch über Zwischenstände zu informieren. Drei der neun Kassen erhielten von den CMB-Stellen dabei explizit eine Rückmeldung über die Kooperationsbereitschaft und Motivation der betroffenen Versicherten.

Nach einer abschließenden Beurteilung des bisherigen Auswahl- und Vermittlungsverfahrens gefragt, äußerten sich alle befragten Mitarbeiter(innen) zufrieden bis sehr zufrieden. Allerdings würden einige Kassen-Vertreter(innen) Versicherte gerne noch schneller als bisher an die CMB-Stellen vermitteln; dabei sei die Kasse allerdings stark auf die Mitarbeit der Versicherten angewiesen, die aus Furcht vor Arbeitslosigkeit jedoch häufig ihre Probleme verleugneten. Eine wichtige Möglichkeit zur Beschleunigung des Prozesses sahen einige Interviewpartner(innen) in der stärkeren Einbeziehung der behandelnden Ärzte / Ärztinnen in das Verfahren der Auswahl und Vermittlung von Klient(inn)en an CMB. Alle Bemühungen nützten jedoch wenig, so die abschließende Bemerkung mehrerer Kassen-Mitarbeiter(innen), wenn es den Trägern der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht gelänge, die oft langen Wartezeiten bis zur Bewilligung und zum Beginn von Maßnahmen deutlich zu verringern.

4.2.2.2.2 Auswahlverfahren der Rentenversicherungsträger

Im Vergleich zu den Berater(inne)n der Krankenkassen erfuhren die Mitarbeiter(innen) der Rentenversicherunsträger von möglichen CMB-Klient(inn)en erst relativ spät, nämlich in der Regel erst dann, wenn die Betroffenen beim Träger bereits einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gestellt hatten. Ideal aber wäre es nach Ansicht der Befragten, wenn durch eine frühzeitige Anpassung der Arbeitsbedingungen ein Reha-Bedarf erst gar nicht entstünde. Daher hielten alle befragten GRV-Vertreter(innen) den Gang über die Krankenkassen für den weitaus besseren, da schnelleren Zugangsweg. Dennoch vermittelte auch die Rentenversicherung Versicherte an die CMB-Stellen (vgl. *Abschnitt 4.3.1*). Häufig spielte dabei der soziale Dienst der Reha-Kliniken eine wichtige Rolle, da dieser als Bindeglied zwischen den Rehabilitand(inn)en und den Reha-Berater(inne)n der GRV fungierte und die Aufgabe hatte, die beruflichen Konsequenzen der Behinderung mit den Patient(inn)en noch in der Klinik abzuklären und zu besprechen. Zwei der befragten Reha-Berater(innen) fuhren daher regelmäßig in die Reha-Kliniken ihres Rentenversicherungsträgers, um dort mit Mitar-

[157] Drei Kassen entschieden hierbei einzelfallabhängig, eine Kasse sah als Höchstalter für CMB 55, eine andere 59 Jahre an.

beiter(inne)n des sozialen Dienstes mögliche CMB-Fälle zu besprechen und Beratungs- und Abklärungsgespräche mit den Betroffenen zu führen. Darüber hinaus baten die Reha-Berater(innen) häufig den Ärztlichen Dienst der GRV um eine Stellungnahme. Eine vierte wichtige Informationsquelle stellten schließlich die ärztlichen Entlassungsberichte der Reha-Kliniken dar; diese enthalten u.a. Aussagen darüber, ob die aus der Klinik entlassenen Versicherten erwerbsfähig sind und wenn ja, ob sie ihre bisherige berufliche Tätigkeit ohne Einschränkungen fortsetzen können und ob ggf. Maßnahmen zur behinderungsgerechten Wiedereingliederung erforderlich sind.

Neben dem Zugang von Versicherten zum CMB über die Reha-Berater(innen) der Rentenversicherungsträger gelangten Klient(inn)en auch direkt über den sozialen Dienst der Reha-Kliniken zu den CMB-Stellen. In beiden Fällen entsprachen die herangezogenen Auswahlkriterien und die Art der Vermittlung von Versicherten an das CMB jeweils weitgehend der Vorgehensweise bei den Krankenkassen.

4.2.2.2.3 Auswahlverfahren der Arbeitsagenturen

Auch die Reha-Berater(innen) der Arbeitsämter kommen mit gesundheitlich eingeschränkten Arbeitnehmer(inne)n typischerweise erst relativ spät in Kontakt: In der Regel wenden sich die Versicherten erst dann an sie, wenn sie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beantragen wollen. Zu diesem Zeitpunkt seien die meisten Betroffenen jedoch bereits arbeitslos, so die Erfahrung eines Interviewpartners. Waren Antragsteller hingegen noch beschäftigt, klärten die Reha-Berater(innen) im persönlichen Gespräch mit den Betroffenen ab, ob Bedarf an CMB bestand. Wiesen die Gesprächsergebnisse und die Befunde aus den Fallakten auf die Notwenigkeit einer Einschaltung der CMB-Stelle hin, wurden die Versicherten über CMB aufgeklärt und mit ihrem Einverständnis an die CMB-Stelle weitervermittelt. Die Auswahlentscheidung richtete sich dabei im wesentlichen nach denselben Kriterien, wie sie auch bei Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern Anwendung fanden.

Insgesamt zeichnen die Resultate der Interviews somit dasselbe Bild wie die Auswertungsergebnisse der Falldokumentation: Obwohl der Zugang von Klient(inn)en zum CMB über alle Träger der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erfolgte, spielten die Krankenkassen dabei doch mit Abstand die größte Rolle. Denn sie sind es, die – von den Betroffenen, ihren behandelnden Ärzten / Ärztinnen und Vorgesetzten einmal abgesehen – eine gesundheitsbedingte Gefährdung des Beschäftigungsverhältnisses am frühesten erkennen können.

4.2.3 Konzepte und Arbeitsweisen der CMB-Stellen

An den Modellstandorten wurden für die Durchführung von CMB jeweils eigene Konzepte entwickelt. Dabei ähneln sich die Programme der einzelnen CMB-Stellen im Großen und Ganzen, im Detail sind jedoch kleine Unterschiede festzustellen. In *Abschnitt 4.2.3.1* werden zunächst die Merkmale der CMB-Konzepte im Standortvergleich zu Beginn des Modellprojektes dargestellt. Anschließend folgen die Veränderungen, die jeweils an den Konzepten im Projektverlauf vorgenommen wurden und in *Abschnitt 4.2.3.2* und *4.2.3.3* werden schließlich die unterschiedlichen Arbeitsweisen der Case Manager(innen) bei der Feststellung des Anforderungs- und Fähigkeitsprofils der Klient(inn)en beschrieben.

4.2.3.1 Merkmale der CMB-Konzepte im Standortvergleich zu Beginn des Modellprojekts

Die folgenden Ausführungen basieren im wesentlichen auf Resultaten der Eingangsinterviews, die zwischen September und November 2001 bzw. später an den 19 ursprünglich in das Modellprojekt aufgenommenen Standorten stattfanden.[158]

Folgende Merkmale wurden zum Vergleich herangezogen:

- Ziele und Aufgaben von CMB
- Zielgruppe und Zugangskriterien
- Zugangswege
- Ablauf des CMB
- Nachbetreuung und Nachbefragung der Klient(inn)en
- Abschluß eines Falls
- Erfolgreiches CMB

[158] Siehe dazu: *Brader / Faßmann / Wübbeke* 2002: 125ff sowie *Brader / Faßmann / Wübbeke* 2003: 69ff

Ziele und Aufgaben von CMB

An fast allen Standorten wurde im Rahmen der CMB-Betreuung primär das Ziel verfolgt, das Beschäftigungsverhältnis der Rehabilitand(inn)en zu erhalten.[159] Darüber hinaus war für alle anderen Standorte die *Verhinderung oder Verkürzung von Arbeitslosigkeit durch Wiedereingliederung bei einem neuen Arbeitgeber* eine zusätzliche, gleichermaßen wichtige Aufgabe. Einige Standorte nannten als weitere Ziele die *Verkürzung des Reha-Prozesses* und die *Schaffung einer neuen beruflichen Perspektive*. Nur Standort 8 verfolgte laut Konzept als Ziele von Case Management ausschließlich den *Erhalt des Arbeits- oder Ausbildungsverhältnisses* und die *Beseitigung oder den Ausgleich der Leistungsminderung des Arbeitnehmers am Arbeitsplatz.*

Zielgruppe und Zugangskriterien

An allen Standorten galten folgende Zugangskriterien.[160]

- Das Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis besteht noch.
- Gesundheitsbedingt ist die Tätigkeit am bisherigen Arbeits- / Ausbildungsplatz nur noch eingeschränkt oder nicht mehr möglich.

Außerdem mußten ebenfalls an allen Standorten die Voraussetzungen des § 19 SGB III (Behinderteneigenschaft) erfüllt sein. Für Standort 9 galt als Zugangskriterium die Erfüllung der rentenversicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach § 11 SGB VI. An drei Standorten wurden explizit nur Arbeitnehmer(innen) betreut, die dem jeweiligen Arbeitsagenturbezirk zugehörten. Am Standort 1 war die Zielgruppe auf die Versicherten beschränkt, für die entweder die LVA oder die Arbeitsagentur zuständiger Reha-Träger war. Die CMB-Stelle des Standortes 18 definierte darüber hinaus als Zielgruppe betriebliche Akteure (wie Schwerbehindertenvertretungen oder Personalverantwortliche) die Unterstützung beim Umgang mit

---

[159] Eine Ausnahme stellte Standort 16 dar: Als Ziel stand hier die Entwicklung einer beruflichen Perspektive im Vordergrund.

[160] Mit Ausnahme von Standort 14 und 16: Dort war ein bestehendes Beschäftigungsverhältnis *keine* Voraussetzung für den Zugang zum Case Management. An Standort 16 wurden ausschließlich Versicherte der *AOK*, der *IKK* und der *BKK* betreut. Im Modellprojekt kam es mit diesen zwei Standorten nicht zu einer Zusammenarbeit.

dauerhaft leistungseingeschränkten bzw. langfristig arbeitsunfähigen Arbeitnehmer(inn)en suchen. An Standort 19 wurden zusätzlich folgende Auswahlkriterien berücksichtigt:

- Medizinische Reha abgeschlossen
- Kein Rentenantrag gestellt
- Kein Vorliegen von Suchterkrankung oder psychischer Erkrankung sowie Mehrfachsymptomatik
- Mobilitätsbereitschaft, Fahrerlaubnis, eigenes Fahrzeug sollte vorhanden sein
- Erkennbare Motivation des / der Versicherten
- Dauer der Arbeitsunfähigkeit
- Fachliche Qualifikation

Zugangswege

An allen Standorten wurden die Klient(inn)en in erster Linie von den Krankenkassen an die CMB-Stelle vermittelt. Weitere Zugangsmöglichkeiten boten an fast allen Standorten die Arbeitsagenturen, der *MDK* und die Rentenversicherungsträger.[161] Außerdem waren an vielen Standorten Arbeitnehmer(innen) direkt auf die CMB-Stelle mit der Bitte um Unterstützung zugegangen. Auch Arbeitgeber und deren Schwerbehindertenvertretungen meldeten sich gelegentlich von selbst bei den Case Manager(inn)en. Darüber hinaus kamen die Klient(inn)en über behandelnde Ärzte(innen), Sozialdienste der Reha-Kliniken, Intergrationsfachdienste sowie die Hauptfürsorgestellen und Integrationsämter zum CMB.

[161] Von dieser *gesundheitssystemorientierten* Art der Akquisition potentieller Klient(inn)en wich das Vorgehen eines Standortes ab. Dort wurde ein *adressatenorientierter* Weg gewählt: Im Mittelpunkt der Bemühungen standen hier die potentiellen Klient(inn)en, die Sozialversicherungsträger als zuweisende Stellen spielten dagegen eine eher untergeordnete Rolle. Über eine breitgefächerte und intensive Öffentlichkeitsarbeit unter Nutzung aller relevanten Medien, wie Presse und Rundfunk, sowie mit flächendeckender Plakatierung in Arztpraxen, Apotheken, Sanitätshäusern wurden Anliegen und Chancen des CMB in der Region verbreitet. Mit diesen Mitteln wurde darum geworben, sich selbst an die CMB-Stelle zu wenden oder Arbeitnehmer(inn)en auf CMB aufmerksam zu machen, die vermutlich Bedarf an dieser Dienstleistung haben. Die Resultate der vorliegenden Untersuchung sprechen für diesen Weg: Mehr als die Hälfte, nämlich 57%, der Rehabilitand(inn)en, die über *sonstige Zugangswege*, also nicht über die Reha-Träger, zum CMB gekommenen waren, konnten erfolgreich wiedereingegliedert werden; vgl. *Abschnitt 4.3.5.3.4, Abbildung 88*

Ablauf des CMB

Die CMB-Betreuung verlief an fast allen Standorten weitgehend einheitlich.[162]

Die zuweisende Stelle klärte die Rehabilitand(inn)en vorab über Case Management auf und gab nach Einverständnis der Versicherten dessen Adresse bzw. Telefon-Nummer. an die CMB-Stelle weiter, in einigen Fällen meldeten sich Rehabilitand(inn)en selbst dort. Die CMB-Stelle nahm dann den Kontakt zu den Rehabilitand(inn)en auf, dabei wurde nochmals kurz über Ziele und Aufgaben von CMB informiert. Zeigten diese Interesse, wurden sie in der Regel zu einem persönlichen Anamnesegespräch eingeladen. Das Erstgespräch dauerte an den Standorten unterschiedlich lange, zwischen 30 Minuten und 2,5 Stunden, in einigen Fällen machten Case Manager(innen) auch Hausbesuche.

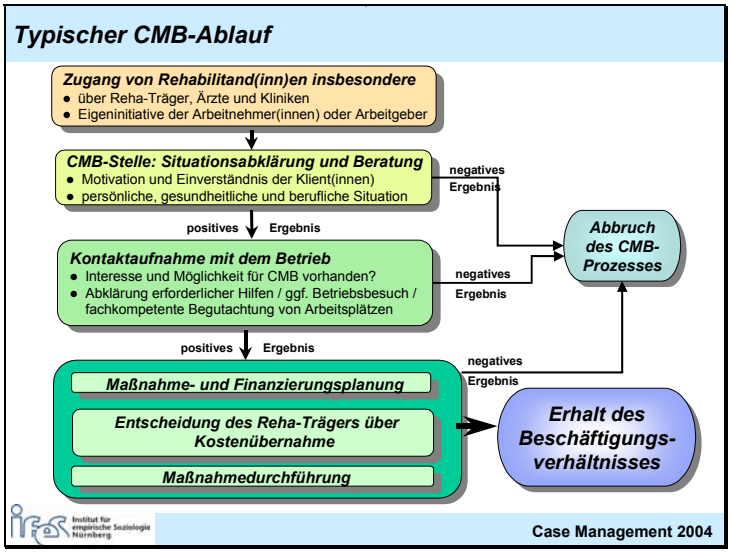


Abbildung 31

Im Erstgespräch wurden zunächst die berufliche, gesundheitliche und persönliche Situation der Klient(inn)en abgeklärt. Dabei wurde versucht, herauszufinden, wie groß die Motivation zur Teilnahme an CMB tatsächlich war. Danach wurden die Einwilligung zur Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber und eine Schweigepflichtentbindung eingeholt sowie gegebenenfalls

---

[162] Mit Ausnahme von Standort 16: Hier wurden die Teilnehmer(innen) im Rahmen der Maßnahme *ZIB* „Zurück in den Beruf“ betreut. Dabei wurde zunächst ein Anamnesegespräch mit den einzelnen Klient(inn)en geführt, anschließend folgte ein zweiwöchiger Unterricht mit Kleingruppen- und Plenumsarbeit. Danach fand eine Informationsrunde gemeinsam mit Sozialversicherungsträgern und Teilnehmer(inne)n statt, innerhalb derer mögliche Maßnahmen überlegt und Ziele definiert wurden. In einem abschließenden Gespräch mit allen Beteiligten wurden die Ergebnisse besprochen und Perspektiven für den / die jeweilige(n) Teilnehmer(in) erörtert. Allerdings weicht das *ZIB*-Programm von den klassischen CMB-Konzepten des Modellprojektes erheblich ab: Es wird weder der Kontakt zum Arbeitgeber aufgenommen noch findet ein Betriebsbesuch mit Arbeitsplatzbegutachtung statt. Beendet wird die Maßnahme in jedem Fall nach zwei Wochen.

ein Antrag zur Teilhabe ausgegeben bzw. ausgefüllt. Anschließend wurden allgemeine Falldaten erfaßt, die erforderlichen Unterlagen zusammengestellt und die Anzahl der Versicherungsmonate abgeklärt.[163] Schließlich wurden die Ziele und Wünsche sowie Ressourcen der Rehabilitand(inn)en erfragt und vor allem festgestellt, ob diese und ihr Arbeitgeber überhaupt ein Interesse am Fortbestehen des Beschäftigungsverhältnisses hatten. Hinterließen Klient(inn)en den Eindruck, daß sie zu hohe Erwartungen mit der CMB-Betreuung verknüpften, wurden sie nochmals über die Möglichkeiten von CMB und vor allem über dessen Grenzen informiert. Die Case Manager(innen) des Standortes 9 baten die Klient(inn)en darüber hinaus darum, zunächst selbst mit dem Arbeitgeber zu sprechen und händigten ihnen für das Arbeitgebergespräch eine Liste der Fördermöglichkeiten des betreffenden Rentenversicherungsträgers aus. An einigen Standorten wurde bereits beim Erstgespräch eine Absprache über den Inhalt des Arbeitgebergesprächs getroffen. Einige Case Manager(innen) gaben ihren Klient(inn)en „Hausaufgaben“ auf, um ihre Mitwirkung am Case-Management-Prozeß zu fördern. An Standort 6 wurde mit den Rehabilitand(inn)en eine schriftliche Zielvereinbarung getroffen, in der die Rechte und Pflichten der Klient(inn)en festgehalten waren. Bei Bedarf fand dort auch noch ein Zweitgespräch statt. Zum Schluß wurden mit den Rehabilitand(inn)en die nächsten Schritte besprochen und ggf. Termine vereinbart.

Schon während bzw. nach dem ersten persönlichen Gespräch mit den Klient(inn)en konnten die Case Manager(inn)en bereits erste Lösungsstrategien formulieren und mit der Entwicklung eines Eingliederungsplanes beginnen.

Auf das Erstgespräch folgte in der Regel die Sichtung der vorhandenen Unterlagen und die Überprüfung der Voraussetzungen für die Durchführung von CMB. Bei Bedarf wurden weitere Gutachten oder Reha-Abschlußberichte angefordert und Fachdienste, z.B. der Ärztliche Dienst oder der Technische Berater der Arbeitsagenturen, eingeschaltet.[164] Mögliche Lösungen zur Wiedereingliederung von Klient(inn)en nahmen danach immer mehr Gestalt an. An wenigen Standorten wurde erst nach dem ersten Gespräch über eine Aufnahme in das CMB entschieden.

In den meisten Fällen nahmen die Case Manager(innen) kurze Zeit nach dem Erstgespräch mit den Klient(inn)en den Kontakt zum Betrieb auf, um diesen zunächst über CMB zu infor-

---

[163] Nach der Anzahl der Versicherungsmonate richtet sich, welcher Reha-Träger der zuständige Kostenträger ist.

[164] An Standort 7 und 15 setzten sich die Case Manager(innen) nach dem Erstgespräch zudem mit den jeweiligen behandelnden Ärzt(inn)en in Verbindung. Wenn möglich, wurden Termine für einen gemeinsamen Praxisbesuch vereinbart.

mieren. Mit guten Argumenten sollte das Interesse des Arbeitgebers an einer Wiedereingliederung der gesundheitlich beeinträchtigten Arbeitnehmer(innen) geweckt werden. Außerdem wurden bei dieser Gelegenheit mögliche Fördermaßnahmen erläutert. Vor allem aber versuchten die Case Manager(innen) dabei, mit dem Arbeitgeber einen Termin für einen Besuch vor Ort zu vereinbaren. Oft konnte bereits während dieses ersten Gesprächs geklärt werden, ob es im Betrieb eine behinderungsgerechte Weiterbeschäftigungsmöglichkeit für die Rehabilitand(inn)en gab, oder nicht.

Häufig wurden noch vor einem Betriebsbesuch CMB-Fälle mit den potentiellen Reha-Trägern besprochen und bereits gemeinsam überlegt, welche Hilfen und Maßnahmen finanziert werden könnten. Kam es dann zu einem Betriebsbesuch, wurden zunächst gemeinsam mit den Klient(inn)en und dem Arbeitgeber die Möglichkeiten eines Erhaltes des Beschäftigungsverhältnisses abgeklärt. In manchen Fällen waren bei dem Gespräch auch Vertreter(innen) des Betriebsrates, Schwerbehindertenvertreter oder Vertreter(innen) der Reha-Träger anwesend. Dem schloß sich dann gewöhnlich eine Besichtigung des bisherigen Arbeitsplatzes bzw. des Betriebes an. Beim ersten Firmenbesuch wurde in der Regel geprüft, ob das Beschäftigungsverhältnis erhalten werden kann oder nicht. Abschließend wurde entweder ein schriftlicher Eingliederungsplan (Gesamt- bzw. Förderplan) erstellt oder mit dem Arbeitgeber, den Rehabilitand(inn)en und dem Reha-Träger eine mündliche Vereinbarung getroffen. Darin wurden die notwendigen Hilfen, Maßnahmen und Fördermöglichkeiten sowie die Maßnahmefinanzierung festgehalten. An einigen Standorten kam es gelegentlich zu einem zweiten Betriebsbesuch bzw. zu einem zweiten Gespräch mit dem Arbeitgeber und den gesundheitlich beeinträchtigten Arbeitnehmer(inne)n. Das geschah vor allem dann, wenn diese im Betrieb verbleiben konnten und der alte Arbeitsplatz umgestaltet werden mußte.

War der Erhalt des bisherigen Beschäftigungsverhältnisses oder die Vermittlung einer Umschulungsmaßnahme nicht möglich, versuchten die Case Manager(innen) einiger CMB-Stellen ihre Klient(inn)en an andere Firmen zu vermitteln oder boten den Rehabilitand(inn)en an, bei der Entwicklung einer neuen beruflichen Perspektive behilflich zu sein.

Nachbetreuung und Nachbefragung der Klient(inn)en

Bis auf einzelne Ausnahmen wurde an den Standorten aus Zeitmangel keine Nachbetreuung durchgeführt, die meisten Case Manager(innen) standen den Klient(inn)en allerdings bei Problemen telefonisch zur Verfügung; bei Bedarf kamen einige Case Manager(innen) in den

Betrieb und boten ihre Hilfe an. Nachbefragungen über den Erfolg der Wiedereingliederung bzw. den Erfolg einer Qualifizierungsmaßnahme wurden von einigen Standorten in Form von Gesprächen mit dem Arbeitgeber und den Rehabilitand(inn)en durchgeführt. Eine Besonderheit bei der Nachbefragung zeigte sich bei Standort 5: Verblieben die Rehabilitand(inn)en im alten Betrieb, so wurde der Arbeitgeber zu Verlauf und Ergebnis der Wiedereingliederung bzw. der betrieblichen Umschulung befragt. Darüber hinaus erhielt der Arbeitgeber nach Abschluß eines Falles das CMB-Konzept des Standortes, um in Erinnerung zu bleiben und ggf. bei ähnlich gelagerten Fällen die CMB-Stelle einzuschalten.

Abschluß eines Falles

In der Regel schlossen die Standorte einen Fall ab, wenn absehbar war, daß die Betroffenen dauerhaft in den Arbeitsprozeß wiedereingegliedert werden, d.h. wenn entweder das alte Beschäftigungsverhältnis erhalten *oder* ein neues Arbeitsverhältnis vermittelt werden konnte.[165] Eine Ausnahme bildete die CMB-Stelle des Standortes 8: Sobald klar war, daß das Beschäftigungsverhältnis nicht erhalten werden konnte, wurde der Fall beendet. Bei Einmündung in eine Qualifizierungsmaßnahme und bei Kündigung des Beschäftigungsverhältnisses wurde ein Fall ebenfalls bei fast allen Standorten abgeschlossen. An Standort 1 war die Laufzeit der Betreuung vorgegeben, nach Ablauf einer Verweildauer von 6 Monaten mußte sie zwingend eingestellt werden. Einige wenige Standorte beendeten ihre Fälle bereits, wenn eine Kostenzusage des Reha-Trägers vorlag. Als Abbruchgründe für CMB wurden von den Standorten die Stellung eines Antrags auf Rente, die Bewilligung einer Rente, die Ablehnung eines Antrags auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie die fehlende Mitwirkung genannt.

Erfolgreiches CMB

An Standort 8 wurde Case Management nur dann als erfolgreich angesehen, wenn es gelungen war, das Beschäftigungsverhältnis der Rehabilitand(inn)en im bisherigen Betrieb zu erhalten. An allen anderen Standorten war das Ziel von CMB ebenfalls realisiert, wenn eine dauerhafte Wiedereingliederung nicht nur im bisherigen Betrieb, sondern auch bei einem

[165] An Standort 16 wurde jeder Fall nach Abschluß der *ZIB*-Maßnahme, d.h. nach zwei Wochen, beendet.

neuen Arbeitgeber erreicht werden konnte. Darüber hinaus wurde von den meisten Standorten die Einmündung in eine Qualifizierungsmaßnahme ebenfalls als Erfolg gewertet. Einzelne Standorte sahen zudem sogar eine Rentenbewilligung als positives Ergebnis von CMB an. Als Erfolg von CMB wurden von verschiedenen Standorten die Zufriedenheit von Arbeitnehmer und Arbeitgeber, die Entwicklung einer beruflichen Perspektive für die Rehabilitand(inn)en und insbesondere die Verkürzung des Reha-Prozesses gewertet. Auch die Sicherstellung der Weiterbetreuung durch andere Fachdienste wurde von einigen Standorten als zufriedenstellender Fallabschluß angesehen.[166]

4.2.3.2 Veränderungen der jeweiligen CMB-Konzepte

Grundlage der Darstellungen in den *Abschnitten 4.2.3.2 und 4.2.3.3* bilden die Abschlußbefragungen, die im Zeitraum Mai und Juni 2004 telefonisch durchgeführt wurden.

Die jeweils an den Standorten entwickelten CMB-Konzepte änderten sich im Verlauf des Projektes nur geringfügig, hauptsächlich floßen die gesammelten Erfahrungen der Case Manager(innen) in die tägliche Arbeit mit ein: So konnten einige Case Manager(innen) den Ablauf der CMB-Betreuung zeitlich straffen und insgesamt gesehen wurde die tägliche Arbeit an allen Standorten routinierter und effizienter. Zwei Case Manager(innen) des Standortes 6, die parallel bei einem IFD beschäftigt waren, konnten vorhandene Synergieeffekte nutzen und zusätzlich von den Erfahrungen, die sie im Rahmen dieser Tätigkeit machten, profitieren. An Standort 2 wurde das Konzept im Verlauf des Projektes teilweise an die von der Begleitforschung entwickelten Qualitätsstandards angepaßt und dadurch verbessert.

An zwei Standorten gab es Veränderungen hinsichtlich des CMB-Klientels: An Standort 12 wurden im letzten Jahr des Modellprojekts von den Krankenkassen nur noch vereinzelt Versicherte zugewiesen, der Case Manager war daher auf die Vermittlung von Klient(innen) durch die Arbeitsagentur angewiesen. Die betroffenen Rehabilitand(innen) waren jedoch fast ausschließlich Personen, deren Anspruch auf Krankengeld bereits ausgeschöpft war. Trotzdem konnte der Case Manager bislang gute Ergebnisse erzielen, offensichtlich sind in dieser Region die Chancen für eine berufliche Wiedereingliederung aufgrund einer eher niedrigen Arbeitslosenquote auch für gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitnehmer(innen) relativ gut. An

[166] Unabhängig von diesen Erfolgsdefinitionen wurde im Rahmen des Modellprojektes nur die Wiedereingliederung in den bisherigen Betrieb als uneingeschränkter Maßnahmeerfolg gewertet (vgl. *Abschnitt 4.3.5.1*).

Standort 6 war die Case Managerin aus Kostengründen dazu gezwungen, Klient(inn)en mit psychischen oder Suchterkrankungen von der Betreuung auszuschließen. Diese Versicherten konnten nur in Ausnahmefällen betreut werden, da die Kosten für die Betreuung erfolglos verlaufener Fälle von den Auftraggebern an diesem Standort nicht erstattet und die CMB-Erfolgschancen bei den erwähnten Krankheitsbildern als relativ gering eingestuft wurden.

Bei der Klient(inn)enauswahl ging die CMB-Stelle des Standortes 19 am Ende des Projektes anders vor als zu Beginn: Die Rehabilitand(innen) wurden gezielter und nach festgelegten Kriterien ausgewählt. Die Ziele und Wünsche, welche die Rehabilitand(innen) beim ersten telefonischen Kontakt oder beim Erstgespräch äußerten oder signalisierten, wurden stärker als bisher berücksichtigt. Dadurch konnte bereits anfangs geklärt werden, ob diese für CMB geeignet waren bzw. ob sie die notwendige Motivation zur Teilnahme an CMB besaßen oder nur auf Verlangen der Krankenkasse bei der CMB-Stelle erschienen. Klient(innen), die anfangs offensichtlich unmotiviert wirkten, wurden nicht zur Teilnahme gedrängt, sondern bekamen eine Bedenkzeit. Die Auswahl der Rehabilitand(inn)en anhand dieser Kriterienliste hatte sich an diesem Standort sichtlich bewährt, da die Erfolgschancen der Betreuten insgesamt anstiegen.

4.2.3.3 Das Vorgehen bei der Feststellung von Anforderungs- und Fähigkeitsprofilen

An fast allen Standorten wurden selbst entwickelte, weitgehend standardisierte Assessment-Instrumente zur Erfassung der Ausgangssituation der Klient(inn)en eingesetzt. Dabei handelte es sich um Formulare, in denen u. a. die gesundheitliche, die berufliche und die betriebliche Situation der Klient(inn)en - in der Regel bereits beim Erstgespräch - erfaßt wurde.

Zur Feststellung von Diskrepanzen zwischen den Fähigkeiten der Klient(inn)en und den Anforderungen von Arbeitsplätzen wurden nur an Standort 11 wissenschaftlich ausgerichtete Assessment-Instrumente, nämlich IMBA, MELBA und IDA, verwendet. Teile dieser Instrumente wurden von der Case Managerin als sehr sinnvoll für die Erstellung eines Anforderungs- und Fähigkeitenprofils bewertet, ihr Einsatz wurde jedoch nicht generell als zweckmäßig angesehen und sollte deshalb von Fall zu Fall neu entschieden werden. Einige CMB-Stellen veranlaßten die Durchführung einer Berufseignungsdiagnostik bzw. Arbeitserprobung, wenn absehbar war, daß Rehabilitand(inn)en im bisherigen Betrieb bzw. Beruf nicht mehr integriert werden konnten und eine Umschulungsmaßnahme geplant war. An Standort

8 wurden bei Bedarf die internen Fachdienste der CMB-Durchführungsorganisation mit dem Assessment beauftragt.

Die übrigen Case Manager(innen) verwendeten für das Profiling ihre jeweils selbst konzipierten Fragebögen: Gewöhnlich wurde gemeinsam mit den Klient(inn)en ein Positives und Negatives Leistungsbild erstellt, in das meist auch die Angaben aus den vorliegenden medizinischen Gutachten einflossen. Dabei wurde insbesondere der Selbsteinschätzung der Klient(inn)en hinsichtlich ihrer Fähigkeiten und den Anforderungen, denen sie sich noch gewachsen fühlten, eine große Bedeutung beigemessen. Einig war sich der Großteil der Case Manager(innen) darin, daß sich ihr Vorgehen im Verlauf des Projektes bewährt habe; sie halten es daher für sinnvoll, hilfreich und für ihre Zwecke völlig ausreichend.

Die wissenschaftlich abgesicherten Assessment-Instrumente waren zwar an den Standorten bekannt, wurden aber aus unterschiedlichen Gründen nicht eingesetzt: So vertraten die Case Manager(innen) die Ansicht, ihre selbst entwickelten Assessment-Instrumente seien für die CMB-Tätigkeit mehr als ausreichend. Deshalb kämen solche Hilfsmittel nicht regelmäßig zum Einsatz, insofern lohne sich die Anschaffung nicht. Angezweifelt wurde vor allem die Kosten-Nutzen-Relation dieser Instrumente für CMB, da nicht nur die Anschaffung der Instrumente, sondern insbesondere die Schulung der Mitarbeiter(innen) zeitaufwendig und kostspielig sei. Sinnvoll sei der Einsatz solcher Assessment-Instrumente nur in den Fällen, in denen eine größere Auswahl an Arbeitsplätzen zur Verfügung stehe, beispielsweise bei Arbeitnehmer(inne)n größerer Betriebe, bei denen die Möglichkeit einer Umsetzung an einen von mehreren Arbeitsplätze besteht oder bei Rehabilitand(inn)en, für die eine Umschulung geplant sei. Da die Betriebsstruktur an den meisten Standorten jedoch durch klein- und mittelständische Firmen geprägt war, wäre der materielle und zeitliche Aufwand für die Anschaffung und Anwendung solcher Instrument zu groß. Darüber hinaus waren einige Case Manager(innen) der Ansicht, daß die standardmäßige Überprüfung des Anforderungs- und Fähigkeitsprofils über die Erhebung in Fragebögen hinaus nicht notwendig und zu zeitaufwendig sei. Falls in einigen Fällen eine zusätzliche Gegenüberstellung von Fähigkeiten und Anforderungen gelegentlich doch zweckmäßig erscheinen würde, dann sollte diese Arbeit an die Fachdienste der Reha-Träger delegiert werden.

4.2.4 Öffentlichkeitsarbeit und Aktivitäten zu Aufbau und Pflege der Kooperationsnetzwerke

Zu Beginn des Modellprojektes wurden an allen Standorten verstärkt Aktivitäten im Bereich Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit betrieben, um zunächst ein Kooperationsnetzwerk mit den Reha-Trägern aufzubauen. Im Verlauf des Projektes konzentrierten sich dann die Bemühungen der Case Manager(innen) insbesondere auf die Pflege der entstandenen Kooperationsbeziehungen. Grundlage der folgenden Ergebnisse sind zum einen Interviews, die zu Beginn des Modellprojektes persönlich mit den Case Manager(inne)n an den Standorte durchgeführt wurden und zum anderen Telefoninterviews, die mit diesen Personen am Ende des Modellprojektes stattfanden.

Im folgenden werden sämtliche Aktivitäten aller Standorte, die im Bereich Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit während des Modellprojektes betrieben wurden, aufgelistet. Danach folgen die jeweiligen Erfahrungen, Erkenntnisse und Verbesserungsvorschläge der Case Manager(innen) hinsichtlich dieser Bemühungen.

Aktivitäten der Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit, die überwiegend an den Standorten durchgeführt wurden:

- Informationsveranstaltungen für
  - Krankenkassen und ihre Fachdienste
  - Arbeitsagenturen und ihre Fachdienste
  - Rentenversicherungsträger
  - Reha-Kliniken
  - Arbeitgeber
  - Sonstige Institutionen
- Persönlicher Kontakt (Besuche, Telefonate) zu
  - Krankenkassen und ihren Fachdiensten
  - Arbeitsagenturen und ihren Fachdiensten
  - Rentenversicherungsträgern
  - Reha-Kliniken

  - Arbeitgebern
- Erstellung und Weitergabe von Visitenkarten
- Erstellung von Flyern und Plakaten sowie deren Versendung bzw. Plazierung
  - Krankenkassen und ihre Fachdiensten
  - Arbeitsagenturen und ihre Fachdiensten
  - Rentenversicherungsträger
  - Reha-Kliniken
  - Arztpraxen
  - Betriebe, insbesondere Betriebsratsbüros
  - Gesundheitsstellen der Stadtverwaltung
- Veröffentlichung in Printmedien
  - Amts- und Gemeindeblätter
  - Ärzteblatt
  - Tageszeitungen
  - Publikationen von IHK und Handelskammer
  - BA-interne Zeitschrift

Aktivitäten der Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit, die nur an einzelnen Standorten durchgeführt wurden:

- Rundbriefe an
  - Krankenkassen
  - Rentenversicherungsträger
  - Betriebe und deren Schwerbehindertenvertretungen
  - Arzt- und Krankengymnastenpraxen
  - Betriebsärztliche, Fachärztliche und Kassenärztliche Vereinigung
  - Behindertenverbände
  - Selbsthilfeorganisationen der Region
  - Mittelstandforum

- Präsentation von CMB im Internet
- Auftritt in Rundfunk oder Fernsehen
- Präsentation von CMB
  - auf Messen, Konferenzen und Tagungen der Reha- und Bildungsträger
  - in Arbeitskreisen
  - auf Aktionswochen, z. B. des städtischen Behindertenbeirates
- Bildung und Teilnahme an begleitenden Arbeitskreisen
- Durchführung eines „Telefonforums“

In fast allen Modellregionen fanden zu Projektbeginn größere Informationsveranstaltungen statt, die darauf abzielten, die wichtigsten potentiellen Projektpartner in der Region über Ziele und Ablauf von CMB aufzuklären sowie den eingeladenen Reha-Trägern die Bedeutung einer Kooperation mit der CMB-Stelle für den Rehabilitationserfolg deutlich zu machen. In der Regel richteten sich diese Veranstaltungen an die Krankenkassen und den *MDK*, an die Reha-Abteilung und die Fachdienste der Arbeitsagenturen sowie an die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung. An einem Standort wurden auch Arbeitgeber aus der Region zu einer Informationsveranstaltung eingeladen. Abgesehen von diesen „großen“ Veranstaltungen, an denen typischerweise Vertreter der Leitungsebene der Rehabilitationsträger teilnahmen, gingen die CMB-Stellen meist nochmals einzeln auf die wichtigsten Sozialversicherungsträger zu und suchten den Kontakt zu den unmittelbar fallbezogen arbeitenden Fachkräften.

Fast alle Case Manager(innen) werteten die Durchführung von Öffentlichkeitsarbeit als elementar und nachhaltig im Hinblick auf die Bekanntmachung von CMB in der Region. Nach ihrer Ansicht hat sich im Rahmen der Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit der direkte persönliche Kontakt zu den jeweiligen Netzwerkpartnern besonders bewährt. Die persönliche Ansprache von Entscheidungsträgern oder von Verantwortlichen im Betrieb, z. B. Schwerbehinderten-Vertrauenspersonen, erzielte den größten Erfolg. Die Versendung von Informationsmaterial zu Beginn des Modellprojekts sei zwar für das Bekanntwerden von CMB wichtig gewesen, für die Schaffung einer guten Zusammenarbeit war dann aber die persönliche Kontaktpflege zu den Kooperationspartnern ausschlaggebend. Von einer CMB-Stelle durchgeführte Fortbildungsveranstaltungen, beispielsweise für Krankenkassen-Mitarbeiter(innen), an denen insbesondere über die praktische CMB-Arbeit berichtet und Ergebnisse vorgestellt wurden, hatten oftmals zur Folge, daß die Case Manager(innen) ebenfalls zu Veranstaltungen eingeladen wurden und neue Kontakte knüpfen konnten. Als erfolgreich wertete ein Ca-

se Manager die Besuche in Großbetrieben mit mehr als 100 Mitarbeiter(inne)n, bei denen über CMB informiert wurde und dadurch sowohl potentielle Klient(inn)en als auch deren Arbeitgeber direkt erreicht werden konnten.

Gelohnt haben sich offenbar vor allem Kontakte zu den Krankenkassen. Weniger erfolgreich wurden die Bemühungen um den *MDK beurteilt*, da dieser als Fachdienst der Gesetzlichen Krankenkassen keine offizielle Befugnis zur Vermittlung von Klient(inn)en besitzt. An einem Standort bewährte sich die Durchführung einer Telefonaktion,[167] konnten dadurch doch auf direktem Wege einige Rehabilitand(inn)en für CMB gewonnen werden.

Die Resonanz auf Veröffentlichungen in den Printmedien war an einigen Standorten relativ gut, an anderen eher verhalten; an einem Standort wurden die eingereichten Pressemitteilungen nicht gedruckt. Auch die Bemühungen um die Reha-Kliniken wurden unterschiedlich bewertet: An einigen Standorten konnten gute Kontakte geknüpft werden, die im weiteren Verlauf dann auch zur Gewinnung von Rehabilitand(inn)en führten. Andere Case Manager(innen) wiederum bedauerten, daß es nicht zu einer erfolgreichen Zusammenarbeit mit den Reha-Kliniken kam, da fast nur für CMB ungeeignete Klient(inn)en zugewiesen wurden. Das waren beispielsweise Personen, die kein Interesse zur Teilnahme an CMB zeigten oder bereits ihren Arbeitsplatz verloren hatten. Außerdem werden in Reha-Kliniken auch Patient(inn)en aus anderen Regionen behandelt, die für die eigene CMB-Stelle nicht in Frage kommen. Insgesamt gesehen sei es erfolgversprechender, Mitarbeiter(innen) des Sozialdienstes der Reha-Kliniken persönlich anzusprechen und über CMB zu informieren als eine große Informationsveranstaltung durchzuführen.

Als ein wirkungsloses Instrument der Öffentlichkeitsarbeit zeigte sich an einem Standort eine Mailingaktion, bei der ca. 1.000 Betriebe angeschrieben wurden. Auf diese hin gab es so gut wie keine Resonanz von seiten der Arbeitgeber. An einem anderen Standort scheiterten Öffentlichkeits-Aktivitäten an bürokratischen Hürden: So wurde z. B. den Case Manager(inne)n die Erlaubnis zur Anbringung von Plakaten in einer Arbeitsagentur verweigert.

Über die finanziellen Ressourcen, die für die Öffentlichkeitsarbeit nötig waren, konnten die meisten Case Manager(innen) kaum Auskünfte erteilen, da die Kosten entweder nicht bekannt waren oder über eine übergeordnete Stelle verrechnet wurden. Lediglich eine CMB-Stelle gab an, daß die Aufwendungen für die Öffentlichkeitsarbeit ca. 2.000 bis 2.500 € im

---

[167] Zunächst wurden in der regionalen Tageszeitung ein Beitrag über *CMB* und der Aufruf, sich an einem *Leser-Telefonforum* zu beteiligen, veröffentlicht. Am Telefon gaben dann Vertreter(innen) von Krankenkassen und der *LVA*, Ärzte / Ärztinnen sowie ein Case Manager Auskunft über *CMB*.

Jahr betrugen. Auch über den personellen Aufwand gab es wenig Informationen: In einer CMB-Stelle wird die Öffentlichkeitsarbeit auf ca. 3% der Arbeitszeit pro Case Manager(in) geschätzt, die restlichen Standorten konnten darüber keine Angaben machen.

Die *Vorgehensweisen zum Aufbau von Kooperationsbeziehungen* zu den jeweiligen Netzwerkpartnern unterschieden sich zwischen den CMB-Stellen kaum. Nach der Durchführung von Informationsveranstaltungen wurde der persönliche Kontakt zu den jeweiligen Ansprechpartnern gesucht: Dabei ging in der Regel einem persönlichen Treffen ein telefonischer Kontakt voraus, in dem kurz über CMB informiert und ein Gesprächstermin vereinbart wurde. In einigen Fällen kamen die Kooperationspartner direkt auf die Case Manager(innen) zu, an einem Standort beispielsweise der *IFD.* Dabei betonten alle Case Manager(innen), daß die persönliche Kontaktaufnahme zu den Kooperationspartnern, z. B. in Form eines Besuchs, die künftige Zusammenarbeit positiv beeinflußt habe.

Auch die *Methoden zur Pflege der Kooperationsbeziehungen* ähnelten sich an den meisten Standorten. Vorwiegend gab es regelmäßige persönliche Treffen mit den Ansprechpartnern der Reha-Träger, um dabei u. a. gemeinsam CMB-Fälle zu erörtern. Darüber hinaus wurden die Kooperationspartner in bestimmten Zeitabständen über den Verlauf der Fälle, je nach Absprache telefonisch, schriftlich oder per E-Mail, informiert. Auch hier sind sich die Case Manager(innen) darüber einig, daß sowohl das persönliche Erscheinen beim Netzwerkpartner als auch ein regelmäßiger Informationsaustausch per Telefon wesentlich zu einer guten Zusammenarbeit beiträgt. An einem Standort wurde ein „Arbeitskreis Case Management“ gebildet, dem neben den Case Managerinnen je ein Vertreter des Integrationsamtes, eines *IFD*, der Arbeitsagentur, der Rentenversicherungsträger, der kooperierenden Krankenkassen und des *MDK* angehören. Dieser „Arbeitskreis Case Management“, dessen Mitglieder sich zweimal im Jahr treffen, verfolgt vor allem das Ziel, über die Arbeit und die Ergebnisse der CMB-Stelle zu informieren und die Kontakte zu pflegen. Darüber hinaus informieren die übrigen Teilnehmer(innen) über wichtige Neuerungen bei den kooperierenden Stellen, beispielsweise über rechtliche Änderungen beim *MDK*. Eine weitere CMB-Stelle initiierte sogenannte „Runde Tische“ mit dem Ziel, die Verantwortlichen zur Zusammenarbeit zu gewinnen: Eingeladen wurden die Fachdienste der Arbeitsagentur, die Rentenversicherungsträger sowie Vertreter von Krankenkassen. Ergebnis dieser „runden Tische“ war zum einen, daß die CMB-Fälle bei den Reha-Trägern künftig bevorzugt und zeitnah bearbeitet und der Zugang von Rehabilitand(inn)en durch die Krankenkasse beschleunigt wurde. Mit einer großen Krankenkasse gelang es, eine sehr gute Beziehung aufzubauen; bis heute gibt es an diesem Standort monatliche Treffen für Fallbesprechungen.

Nach Ansicht der Case Manager(innen) haben sich die Bemühungen der Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit in der Mehrzahl der Fällen gelohnt. Einige Kooperationsstellen, die anfangs dem CMB skeptisch gegenüber standen, z. B. die *BfA*, konnten durch die persönlichen Kontakte und erfolgreich verlaufene Fälle vom CMB überzeugt werden. An einem Standort wurden durch verstärkte Öffentlichkeitsarbeit auch kleinere Krankenkassen und Betriebskrankenkassen für die Zusammenarbeit gewonnen. Die Zugangszahlen haben sich an den meisten Standorten erhöht, außerdem gelangten Klient(inn)en frühzeitiger zum CMB. Die Zusammenarbeit mit den Netzwerkpartnern verläuft nun reibungsloser, auch aufgrund der vertrauensvollen Zusammenarbeit an konkreten Fällen und positiven Ergebnissen. Einige Reha-Träger haben die Einsicht gewonnen, daß CMB viel Vorarbeit leistet und bringen ihre Anerkennung darin zum Ausdruck, daß sie jetzt mit den Case Manager(inne)n kooperieren. An mehreren Standorten konnte durch Vereinbarungen mit den Reha-Trägern eine Beschleunigung der Verfahren, z. B. was die Weitergabe von Gutachten oder die Bewilligung von Leistungen betrifft, erreicht werden.

Dagegen waren die Bemühungen der Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit vor allem dann erfolglos, wenn die falsche Zielgruppe, z. B. Patient(inn)en von Reha-Kliniken, oder die falsche Hierarchieebene, z. B. die Leitungsebene anstatt die Sachbearbeiterebene, angesprochen wurde: So waren an einem Standort zwar die Mitarbeiter der *BfA* sehr kooperativ, aber nicht deren Vorgesetzte. Fruchtlos waren die Bemühungen ebenfalls, wenn eine Kooperation aus personenbezogenen Gründen nicht zustande kam: An einem Standort wurde eine konstruktive Zusammenarbeit zwischen der CMB-Stelle und einem Berater der *LVA* aufgrund persönlicher Differenzen stark behindert.

Die Case Manager(innen) machten schließlich aufgrund ihrer Erkenntnisse Vorschläge für die *Verbesserung der Netzwerkarbeit*. So regte ein Case Manager an, die Reha-Träger möglichst noch intensiver in die Kooperation einzubinden, um dadurch mehr Handlungsspielraum zu bekommen. Ein weiterer Case Manager meinte, daß bei Verhandlungen mit den Reha-Trägern darauf gedrängt werden sollte, daß die Case Manager(innen) innerhalb eines bestimmten Rahmens Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zusagen können. Diese Vereinbarung sollte nach Möglichkeit schriftlich festgehalten werden. Durch die Schaffung einer Vertrauensbasis sollte den Beratern außerdem „die Angst vor dem Loslassen“ genommen werden. Ein Case Manager meinte rückblickend, daß von Anfang an mehr Betriebe, insbesondere Schlüsselbetriebe, besucht werden müßten, um dort persönliche Kontakte aufzubauen. Zudem müßten mehr Betriebsärzte oder Schwerbehindertenvertreter angesprochen werden, da diese nahe am Betriebsgeschehen sind und mit als erste auf gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitnehmer(innen) aufmerksam werden. Im allgemeinen, so ein/e weitere

Case Manager(in), sollte darauf geachtet werden, daß bereits zu Beginn einer Zusammenarbeit mit den Netzwerkpartnern die Zuständigkeiten von CMB geklärt werden, damit es nicht zu Mißverständnissen oder gar „Kompetenzgerangel“ kommt. An einem Standort gab es offensichtlich deshalb Kooperationsschwierigkeiten mit dem *IFD*. Schließlich sollten nicht nur die bestehenden Kontakte regelmäßig gepflegt, sondern darüber hinaus neue Partner gesucht und neue Ideen auf Tagungen oder in Fachzeitungen gesammelt und genutzt werden.

4.3 Ergebnisse der Falldokumentationen

In den folgenden Abschnitten werden die statistischen Ergebnisse des CMB-Modellprojektes auf Grundlage der Falldokumentation präsentiert. Der Beobachtungszeitraum der Analyse erstreckte sich vom 1. März 2002 bis 30. Juni 2004 – alle Rehabilitand(inn)en, die in diesem Zeitraum mit den CMB-Stellen in Kontakt traten, bilden somit die Untersuchungspopulation. Der Auswertungsstichtag war der 26. Juli 2004.

Abschnitt 4.3.1 gibt zunächst einen Überblick über die Gesamtzahl der dokumentierten CMB-Fälle von März 2002 bis Juni 2004 und zeigt sowohl die unterschiedlichen Zugangswege als auch die Gründe für die Nichtaufnahme in die CMB-Betreuung auf. In *Abschnitt 4.3.2* werden dann soziodemographische Merkmale der Klient(inn)en sowie deren berufliche und gesundheitliche Situation zum Zeitpunkt des Anamnesegesprächs beschrieben. Die Betriebe der Rehabilitand(inn)en sind Gegenstand des darauf folgenden *Abschnittes 4.3.3.* Dem zeitlichen Ablauf des CMB-Prozesses widmet sich der *Abschnitt 4.3.4,* und in *Abschnitt 4.3.5* geht es abschließend um die Ergebnisse der CMB-Betreuung.

4.3.1 Der Zugang zum CMB

Abbildung 32 zeigt die Gesamtzahl der dokumentierten CMB-Fälle aller 13 Projektstandorte im Projektzeitraum. Demnach gingen auf die CMB-Stellen im Auswertungszeitraum insgesamt 1.346 Rehabilitand(inn)en zu; diese Fallzahl bildet die Grundlage für die nachfolgenden Auswertungen zum CMB-Zugang.[168] Von den 1.346 potentiellen Klient(inn)en wurden 1.056

[168] Als Zugänge werden alle Erstkontakte der CMB-Stellen mit potentiellen CMB-Klient(inn)en gezählt.

(78%) von den CMB-Stellen tatsächlich betreut[168]; davon gaben 994 (94%) ihr Einverständnis zur Datenweitergabe an die Begleitforschung. Diese bilden die Untersuchungspopulation für die Beschreibung der Rehabilitand(inn)en und Betriebe sowie der Zeitdauern des CMB in den *Abschnitten 4.3.2, 4.3.3* und *4.3.4*. Bei 861 der 994 betreuten Klient(inn)en mit Einverständnis zur Datenweitergabe wurde die Falldokumentation bis zum 30. Juni 2004 abgeschlossen; hierauf basieren die Auswertungen zu den Ergebnissen des CMB in *Abschnitt 4.3.5*. In den nachfolgenden Graphiken und Tabellen sind die Fallzahlen, die der jeweiligen Auswertung zugrunde liegen, in Klammern genannt; dabei steht das Kürzel „n“ für Grundgesamtheit. Da nicht zu allen Fragen, die in der Falldokumentation enthalten sind, Angaben von sämtlichen Klient(inn)en vorliegen, variiert die Grundgesamtheit „n“ zum Teil erheblich. Außerdem summieren sich bei Items mit Mehrfachnennungen die Prozentwerte auf über 100%.

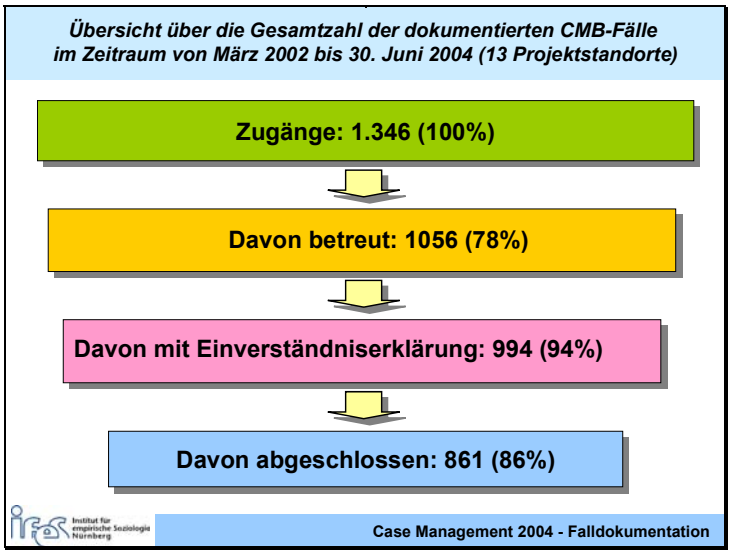


Abbildung 32

Richtet man den Blick zunächst auf die *Zugangswege*, über welche die Rehabilitand(inn)en zu den CMB-Stellen gelangten, so zeigt sich, daß mehr als die Hälfte der Klient(inn)en (52%) durch die Krankenkassen an die CMB-Stellen vermittelt wurden; davon entfielen allein 31% auf die *AOK*. Bedeutend weniger Personen, nämlich nur 3%, fanden über den *MDK* den Weg zur CMB-Betreuung. Extrem unterschiedlich verhielten sich die gesetzlichen Rentenversiche-

[168] Als *nicht* betreut gelten alle Fälle, bei denen sich bereits beim ersten Kontakt einer Zielperson mit der CMB-Stelle herausstellt, daß sie 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 Arbeitnehmer(in) seine / ihre bisherige berufliche Tätigkeit auf längere Sicht nicht mehr ausüben kann. (Vgl. dazu *Brader / Faßmann / Wübbeke* 2002: 126.)

rungsträger als Zuweiser: Über die *LVA* kamen 21% der Rehabilitand(inn)en zum CMB und durch die übrigen Rentenversicherungsträger nur 1%. Auf die Agenturen für Arbeit entfielen 11%, Vorgesetzte[169] und Kollegen von Rehabilitand(inn)en spielten ebenso wie die Eigeninitiative der Klient(inn)en mit jeweils 4% aller Zugänge nur eine marginale Rolle (*Abbildung 33*).

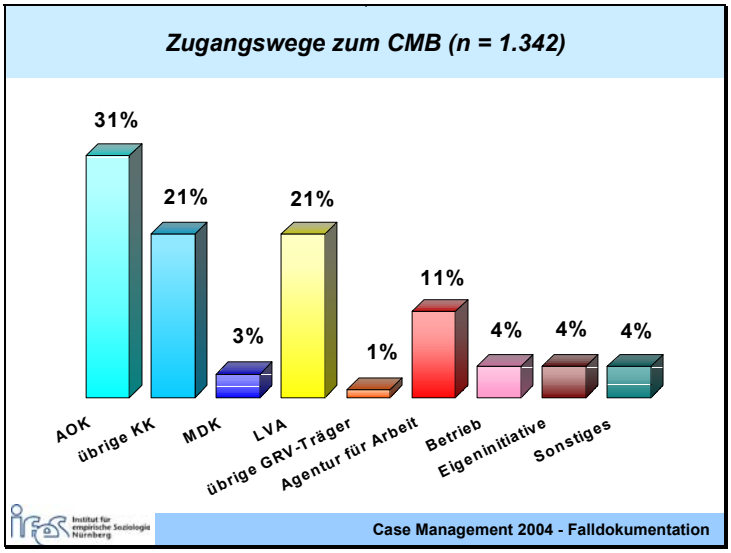


Abbildung 33

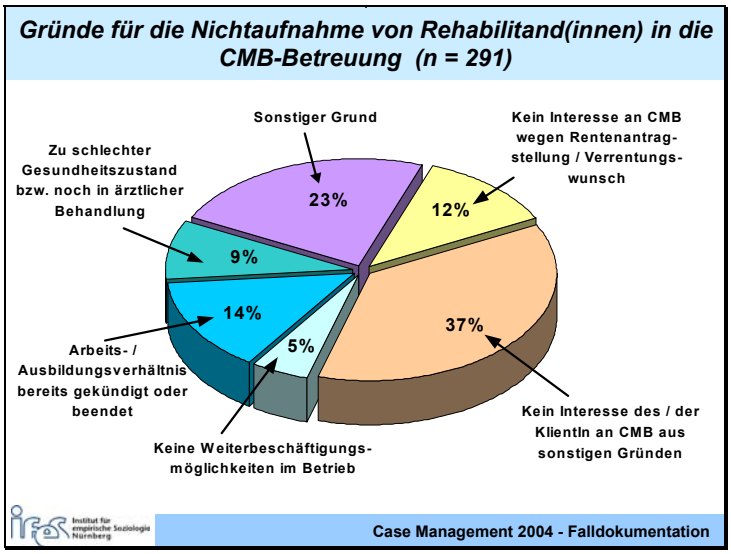


Abbildung 34

[169] Die relativ geringe Zuweisungsquote von 4% dürfte sich in der Zukunft aufgrund des § 84 SGB IX, der die Verpflichtung der Arbeitgeber zu einem betrieblichen Eingliederungsmanagement beinhaltet, erheblich erhöhen.

Insgesamt kam es in 78% der 1.346 Zugänge zu einer Betreuungsaufnahme durch die CMB-Stellen, 22% der Klient(inn)en nahmen aus verschiedenen Gründen nicht am CMB teil. Wie *Abbildung 34* deutlich macht, zeigte etwa die Hälfte der 290 nicht betreuten Versicherten kein Interesse an der Dienstleistung CMB, davon 12% aufgrund eines bereits gestellten Rentenantrags bzw. eines starken Verrentungswunsches. In 14% der Fälle war das Arbeits- bzw. Ausbildungsverhältnis bereits gekündigt oder sogar schon beendet. Bei weiteren 9% ließ die schlechte gesundheitliche Verfassung der Klient(inn)en eine Betreuungsaufnahme noch nicht zu. In 5% der Fälle stand von vornherein fest, daß es keine Weiterbeschäftigungsmöglichkeit im Betrieb gab.

4.3.2 Die Klient(inn)enstruktur im Modellprojekt

4.3.2.1 Soziodemographische Merkmale

Im folgenden Abschnitt werden die Klient(inn)en der CMB-Standorte anhand ausgewählter Merkmale beschrieben, wobei sich die Daten jeweils auf den Zeitpunkt des ersten Anamnesegesprächs beziehen. Betrachtet man zunächst das Merkmal *Geschlecht*, so fällt auf, daß vorwiegend Männer zum Kreis der Betreuten gehörten: Von den insgesamt 991 Klient(inn)en sind 67% Männer und nur 33% Frauen. Die Altersverteilung zeigt folgendes Bild: Mit 20% sind die *45- bis 49jährigen* am stärksten vertreten, gefolgt von den *50- bis 54jährigen* mit 19% und den *40- bis 44jährigen* mit 18%. 8% waren *unter 30 Jahre alt* und nur 1% *älter als 60 Jahre* (*Abbildung 35*).

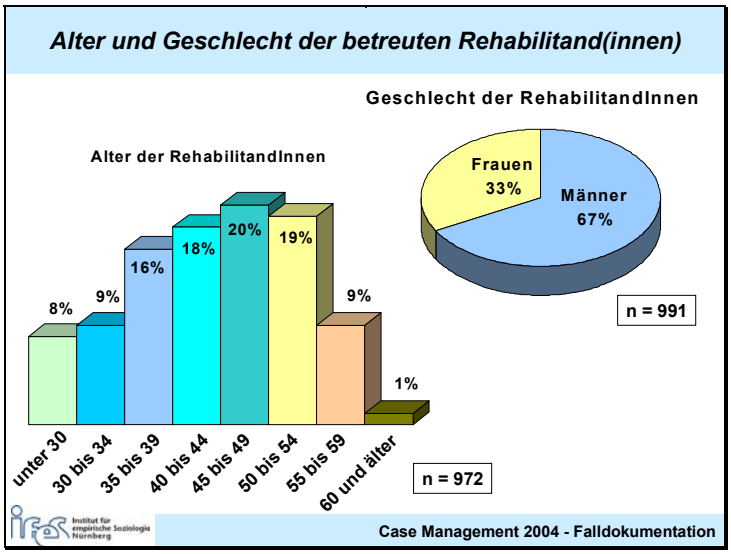


Abbildung 35

Hinsichtlich der Verteilung des *Alters* nach dem *Geschlecht* lassen sich keine großen Unterschiede erkennen.

Von den 878 Personen, die Auskunft über ihren *Familienstand* gaben, waren knapp zwei Drittel verheiratet, 3% hatten einen festen Lebenspartner, 20% waren ledig und die restlichen 14% waren geschieden oder verwitwet. Die meisten Klient(inn)en hatten die deutsche *Staatsbürgerschaft* (92%), aus anderen *EU*-Ländern kamen 4% und weitere 4% gehörten einer Nation außerhalb der *EU* an (*Abbildung 36*).

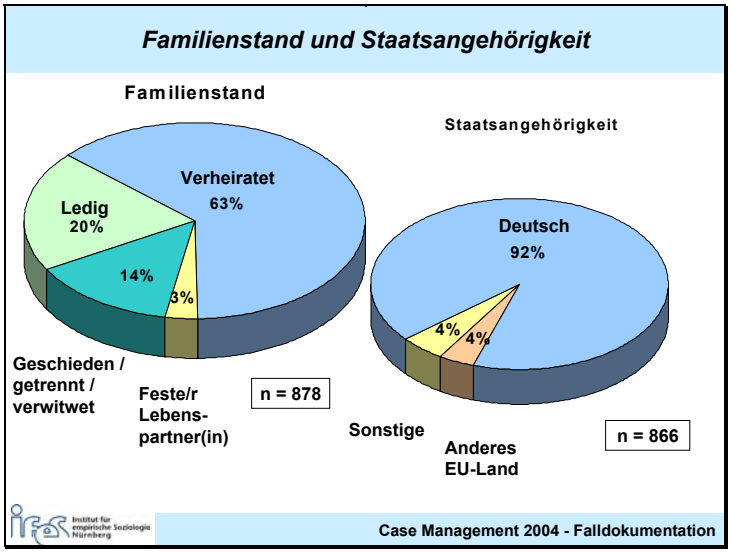


Abbildung 36

4.3.2.2 Berufliche Situation

In diesem Abschnitt geht es zum einen um die schulische und die berufliche Ausbildung der Klient(inn)en und zum anderen um wichtige Merkmale ihres bisherigen Erwerbslebens. Über den *höchsten Schulabschluß* liegen uns Informationen von 877 Teilnehmer(innen) des CMB-Projektes vor: Der größte Teil von ihnen schloß die Schule mit der mittlere Reife (47%) ab, 37% der Klient(inn)en hatten den Hauptschulabschluß und nur 6% hatten (Fach-)Abitur. Immerhin 8% der Teilnehmer(innen) hatten keinen Schulabschluß (*Abbildung 37*).

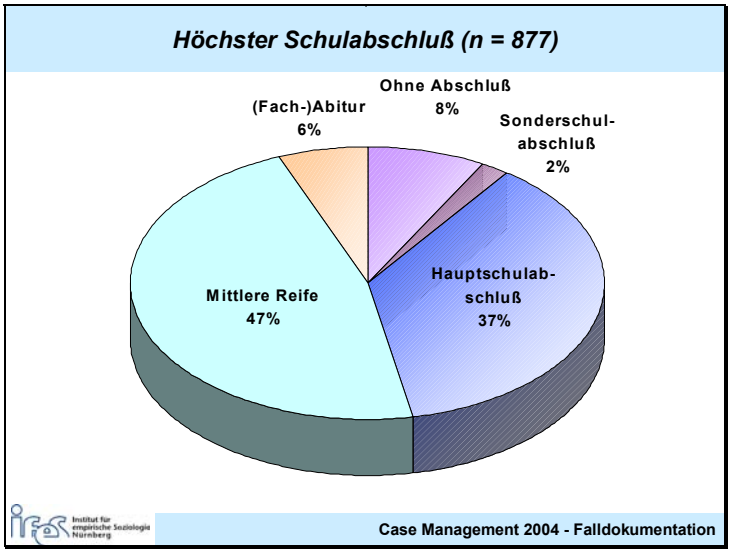


Abbildung 37

Im Hinblick auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung ist die unterschiedliche Verteilung des höchsten Schulabschlusses auffällig: Für 44% der Männer war der Hauptschul- und für 40% der Realschulabschluß ihr *höchster Schulabschluß*. Beim CMB waren kaum Männer mit (Fach-)Abitur (4%) zu finden, während Frauen mit (Fach-)Abitur mit 9% vertreten waren. Weitere 58% besaßen die mittlere Reife und 23% den Hauptschulabschluß (*Abbildung 38*).

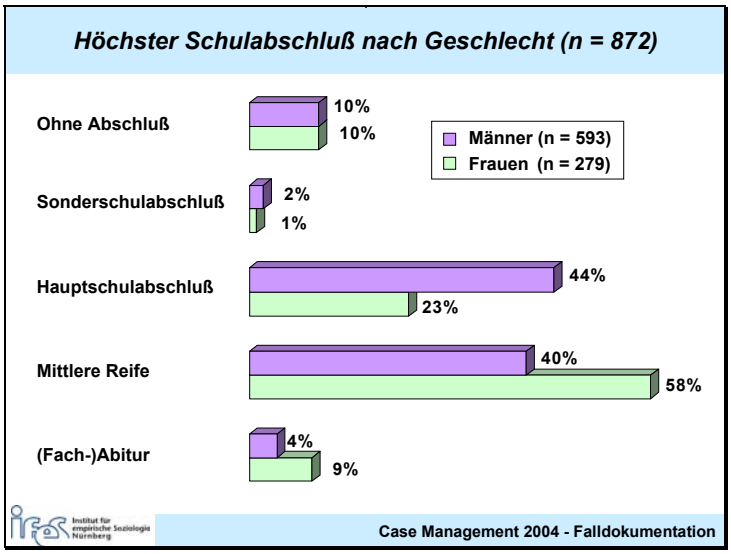


Abbildung 38

In *Abbildung 39* ist die Verteilung des *höchsten Berufsabschlusses* dargestellt: Demnach schlossen 72% der Klient(inn)en, und damit die überwiegende Mehrheit, eine betriebliche Ausbildung ab. Mit 15% an zweiter Stelle der Verteilung waren jedoch diejenigen Klient(inn)en zu finden, die keinen Beruf erlernten. Die restlichen Abschlüsse wie Berufsfach-

schulabschluß, Meisterbrief und (Fach-)Hochschulabschluß wurden kaum genannt. In Ausbildung befanden sich lediglich 2% der Klient(inn)en.

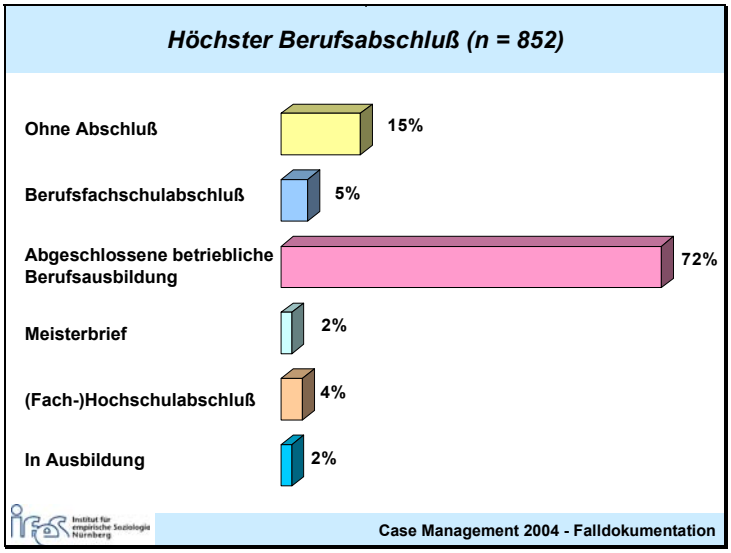


Abbildung 39

Die *Ausbildungsberufe* wurden in vier Kategorien eingeteilt: „Fertigungsberufe“, „Dienstleistungsberufe“, „Technische Berufe“ und die Kategorie „Pflanzenbauer, Tierzüchter und Fischereiberufe“. Der überwiegende Teil der Klient(inn)en (63%) hatte seine Ausbildung in einem der Fertigungsberufe absolviert. In Dienstleistungsberufen ließen sich 27% der Rehabilitand(inn)en ausbilden. Lediglich 6% erlernten Berufe im Bereich Pflanzenbau, Tierzucht oder Fischerei und nur 4% hatten eine technische Ausbildung (*Abbildung 40*).

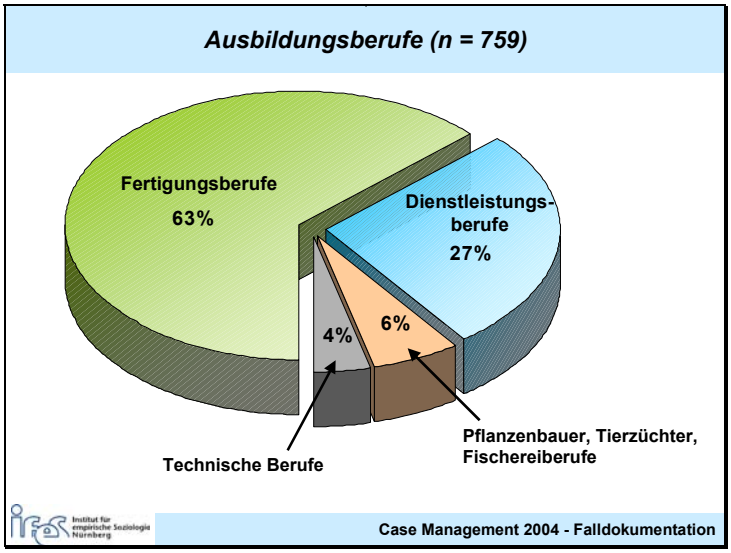


Abbildung 40

Bei einer nach Geschlecht getrennten Betrachtung zeigte sich erwartungsgemäß folgendes Bild (*Abbildung 41*): 80% der 517 Männer waren in Fertigungsberufen und lediglich 11% in Dienstleistungsberufen ausgebildet. Umgekehrt sah die Verteilung bei den Frauen aus: Die Mehrheit, nämlich 61%, erlernten einen Dienstleistungsberuf und nur 27% waren im Bereich der Fertigung ausgebildet worden. Bei den anderen Berufen ergaben sich keine nennenswerten Unterschiede.

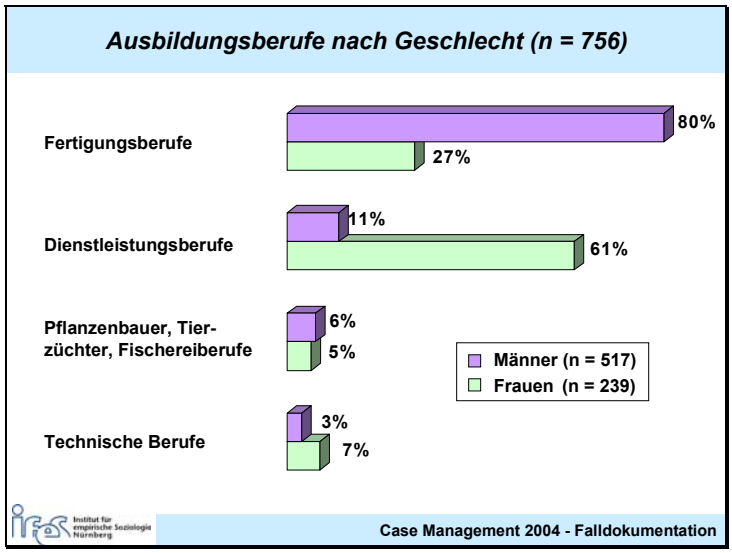


Abbildung 41

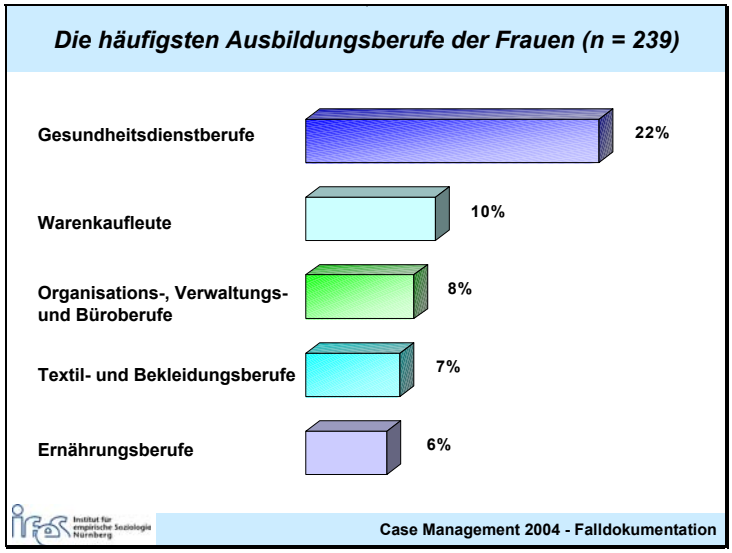


Abbildung 42

Betrachtet man die groben Berufskategorien genauer, so stechen auch hier erhebliche Unterschiede ins Auge. Die Verteilung der *fünf am häufigsten vorkommenden Ausbildungsberufe* von Männern und Frauen sieht folgendermaßen aus: Frauen erlernten in den meisten Fäl-

len Gesundheitsdienstberufe (22%) oder kaufmännische Berufe (10%) *(Abbildung 42)*, im Gegensatz dazu bevorzugten Männer mit 36% Berufe wie Schlosser oder Mechaniker *(Abbildung 43)*.

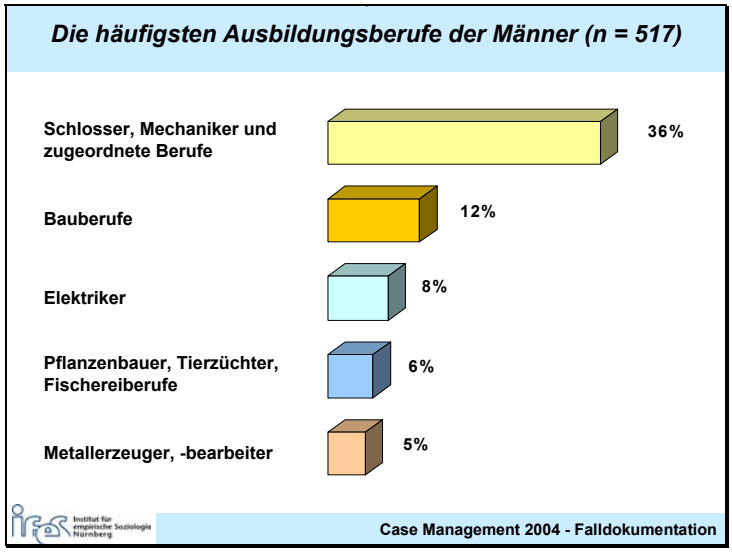
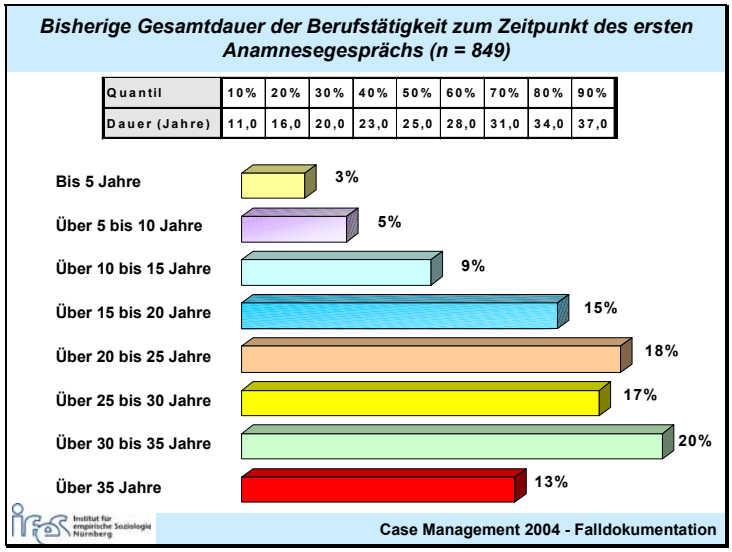


Abbildung 43

In *Abbildung 44* ist die *Gesamtdauer der Berufstätigkeit* der CMB-Klient(inn)en zum Zeitpunkt des ersten Anamnesegesprächs dargestellt: Die meisten Klient(inn)en (20%) waren demnach bereits seit 30 bis 35 Jahren berufstätig, 17% seit 25 bis 30 Jahren und weitere 18% seit 20 bis 25 Jahren. 13% der Rehabilitand(inn)en blicken auf eine über 35-jährige Berufslaufbahn zurück. Lediglich 3% der Klient(inn)en nahmen erst seit maximal 5 Jahren am Arbeitsleben teil.



Quantil	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%
Dauer (Jahre)	11,0	16,0	20,0	23,0	25,0	28,0	31,0	34,0	37,0

Abbildung 44

Bei der Gliederung der bisherigen *Gesamtdauer der Berufstätigkeit* zum Zeitpunkt des ersten Anamnesegesprächs nach *Geschlecht* (*Abbildung 45*) ergab sich für die Männer, daß diese mit 36% meistens zwischen 20 und 30 Jahren berufstätig waren, bevor sie gesundheitliche Probleme bekamen. Bei den Frauen war die Gesamtdauer der Beschäftigung erwartungsgemäß im Durchschnitt kürzer: Sie waren bis zum ersten Gespräch in der CMB-Stelle mit jeweils 32% zwischen 10 und 20 Jahren bzw. zwischen 20 und 30 Jahren berufstätig.

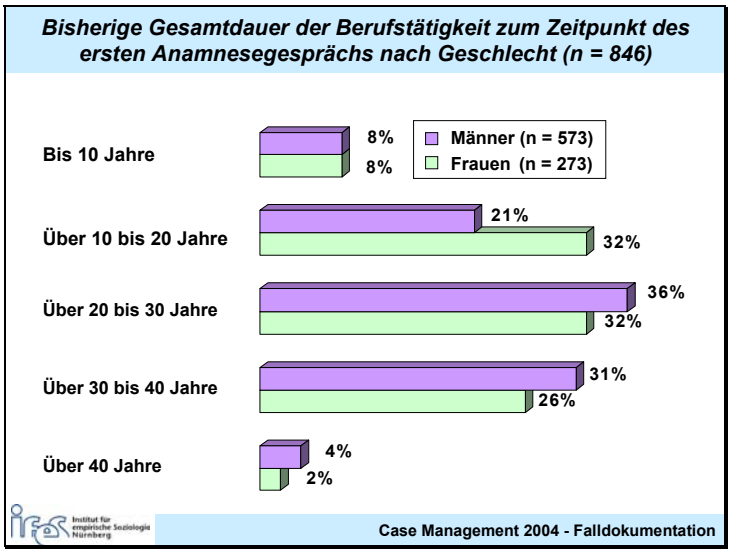


Abbildung 45

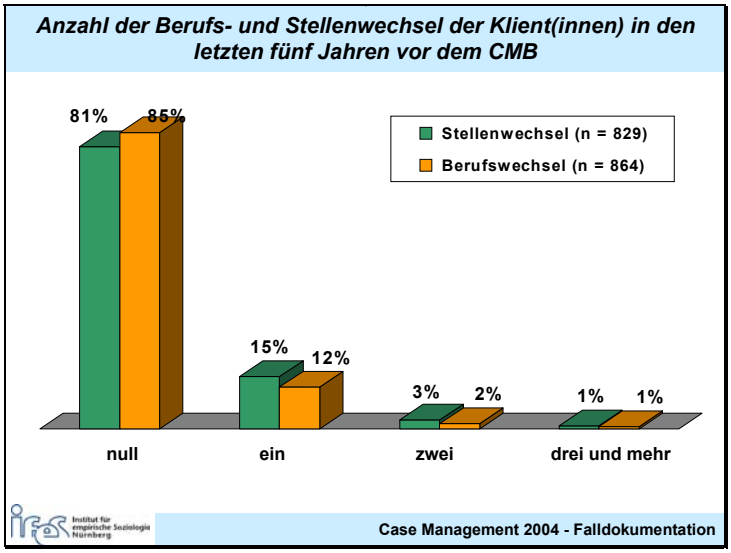


Abbildung 46

Die Frage nach einem Stellenwechsel in den letzten fünf Jahren verneinten 81% der Rehabilitand(inn)en, 15% gaben an, sie hätten nur einen Stellenwechsel gehabt. Fälle, in denen mehr als ein Stellenwechsel stattfand, waren kaum zu verzeichnen. Ähnlich war die Situation

beim Berufswechsel: Unter den 864 Befragten hatten 85% den Beruf nicht gewechselt, lediglich 12% arbeiteten in einem Zweitberuf (*Abbildung 46*).

Vergleicht man die Verteilung der Klient(inn)en nach ihrem *zuletzt ausgeübten Beruf* (*Abbildung 47)* mit ihren ursprünglichen *Ausbildungen* (*Abbildung 40)*, so fällt auf, daß sich die Anteile zugunsten der Dienstleistungsberufe verschoben haben: 63% der Klient(inn)en haben einen Fertigungsberuf erlernt, aber nur 49% üben einen Fertigungsberuf aus. Umgekehrt sind zwar nur 27% der Klient(inn)en in einem Dienstleistungsberuf ausgebildet worden, aber 44% sind inzwischen in diesem Bereich tätig. Männer waren dabei mit 60% häufiger in Fertigungsberufen beschäftigt als Frauen mit nur 25%; diese dominierten dagegen mit 68% Beschäftigungsverhältnissen in Dienstleistungsberufen gegenüber den Männer mit nur einem Drittel (*ohne Abbildung*).

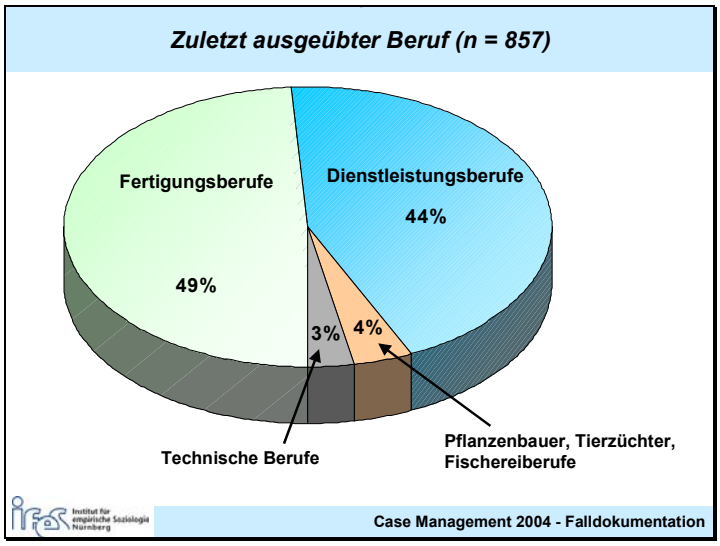


Abbildung 47

In den *Abbildungen 48* und *49* sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei den *ausgeübten Berufen* dargestellt (vgl. auch *Abbildung 42 und 43*). Männer erlernten zwar überwiegend Berufe wie Schlosser oder Mechaniker (36%), ihre gesundheitlichen Probleme traten jedoch in 21% der Fälle während ihre Tätigkeit in Verkehrsberufen auf. Gesundheitlich beeinträchtigte Frauen waren hauptsächlich in Gesundheitsberufen tätig (17%), dies war auch ihr *am häufigsten erlernter Beruf* (22%).

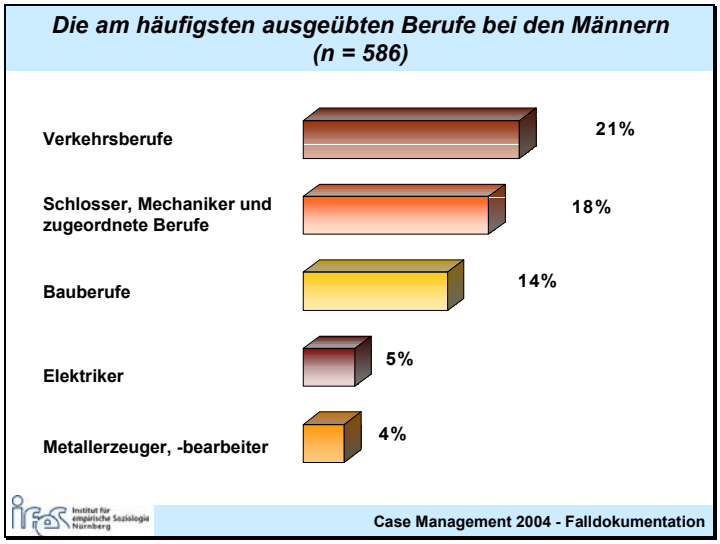


Abbildung 48

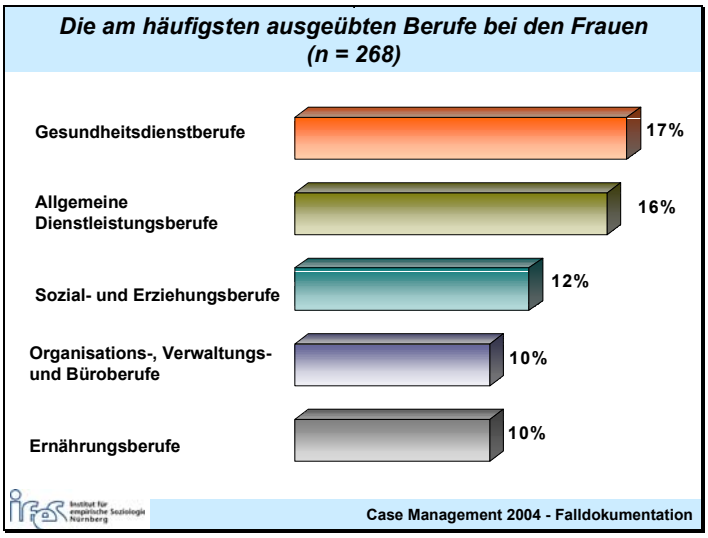


Abbildung 49

Die *letzte Stellung im Beruf* der CMB-Klient(inn)en ist in *Abbildung 50* wiedergegeben: 41% der Klient(inn)en waren vor ihrer Ausgliederung un- oder angelernte Arbeiter(innen), 39% waren gelernte Arbeiter(innen) oder Facharbeiter(innen) und 15% Angestellte. Lediglich 4% waren Vorarbeiter(innen), Kolonnenführer(innen), Meister(innen) oder Poliere. Im direkten Vergleich zwischen Männern und Frauen fällt auf, daß Männer mit 7% viel seltener den Angestelltenstatus hatten als Frauen mit 32%, dafür aber häufiger gelernte Arbeiter oder Facharbeiter waren (45% zu 26%). Daraus läßt sich schlußfolgern, daß – bezogen auf das Qualifikationsniveau – das Risiko, arbeitsplatzgefährdend zu erkranken, für Arbeiter(innen) wesentlich höher einzuschätzen ist, als für Angestellte.

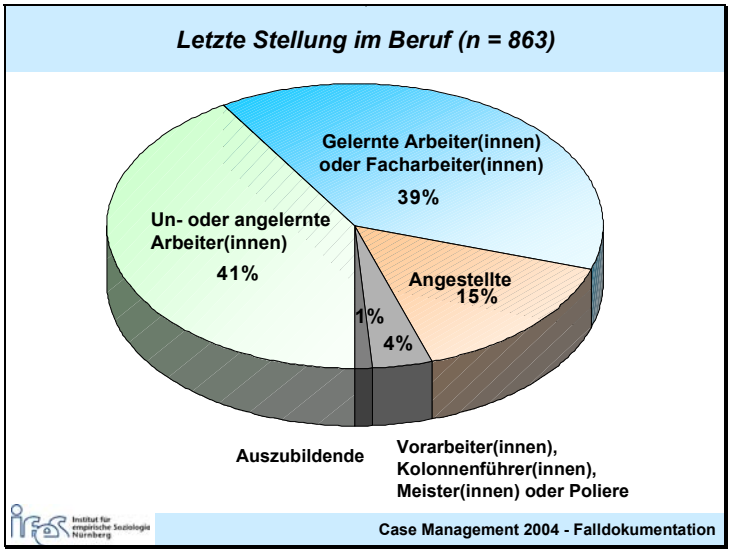


Abbildung 50

Für CMB von besonderer Bedeutung ist die *Dauer des bisherigen Beschäftigungsverhältnisses*. So genießen Arbeitnehmer(innen) mit langer Betriebszughörigkeitsdauer zum einen eine stärkeren Kündigungsschutz.[171] Zum anderen sind vermutlich insbesondere kleine Betriebe an der Weiterbeschäftigung langjähriger Mitarbeiter(innen) eher interessiert, da diese häufig nicht nur über umfangreiche Berufserfahrung, sondern auch über fundierte betriebsspezifische Kenntnisse verfügen und daher im allgemeinen schwerer zu ersetzen sein dürften. Hinzu kommt möglicherweise, daß sich viele Arbeitgeber gegenüber langjährigen Mitarbeiter(innen) stärker sozial verpflichtet fühlen als gegenüber Beschäftigten, die erst seit kurzem im Betrieb beschäftigt sind. *Abbildung 51* zeigt, wie lange die Klient(inn)en bereits bei ihrem bisherigen Arbeitgeber beschäftigt waren, als sie mit der CMB-Stelle in Kontakt traten. Die Beschäftigungsdauer wurde in Klassen von je fünf Jahren eingeteilt. Zusätzlich zu den Klassenhäufigkeiten gibt *Abbildung 51* auch die 10er-Quantilswerte (Dezile) wieder.[172]

Wie aus der Graphik hervorgeht, dauerte das *letzte Beschäftigungsverhältnis* bei 28% der Klient(inn)en erst relativ kurze Zeit, nämlich bis zu 5 Jahre; bei je 23% betrug die Beschäftigungsdauer bereits 5 bis 10 bzw. 10 bis 15 Jahre. Im Mittel (50%) waren die CMB-

[171] Die Betriebszugehörigkeitsdauer ist 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

[172] Quantilswerte zeigen jeweils an, wieviel Prozent der Fälle den betreffenden Quantilswert (hier: eine bestimmte Beschäftigungsdauer) nicht überschreiten. So drückt der Wert 3,4 des 20%-Quantils z.B. aus, daß 20% der Klient(inn)en maximal 3,4 Jahre in ihrem aktuellen Betrieb gearbeitet haben.

Klient(inn)en 9,6 Jahre bei ihrem letzten Arbeitgeber beschäftigt. Hinsichtlich des Merkmals *Geschlecht* ergaben sich diesbezüglich keine nennenswerte Unterschiede.

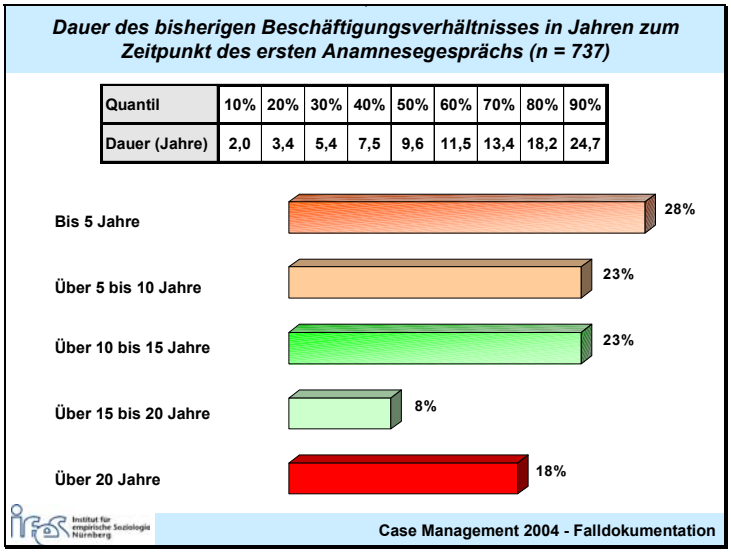


Abbildung 51

Das *Beschäftigungsverhältnis* war bei fast allen Rehabilitand(inn)en (98%) unbefristet. Zudem arbeiteten fast alle Männer in Vollzeit (99%). Demgegenüber hatten nur 70% der Frauen eine Vollzeitstelle und 30% waren teilzeitbeschäftigt. Zum Zeitpunkt des ersten Anamnesegesprächs hatten 90% der Klient(inn)en noch keine Kündigung erhalten, bei 8% drohte die Kündigung und bei den restlichen 2% war das Beschäftigungsverhältnis bereits gekündigt.

Neben den Merkmalen zur aktuellen beruflichen Situation wurde auch erhoben, wie die Klient(inn)en sich ihr zukünftiges Erwerbsleben vorstellen. Dabei lag hier die Annahme zugrunde, daß der Erfolg von CMB stark von der Motivation der Rehabilitand(inn)en und deren Mitwirkung abhängt. Bei der Frage nach ihren *berufsbezogenen Interessen* konnten die Klient(inn)en mehrere Antworten geben, deshalb summieren sich die Prozentwerte in der *Abbildung 52* auf mehr als 100%. Mit 80% wünschte sich der größte Teil der Klient(inn)en, wieder bei ihrem bisherigen Arbeitgeber beschäftigt zu sein, aber nur 20% wollten auf ihren bisherigen Arbeitsplatz zurückkehren. 62% hätten einen Wechsel ihrer bisherigen beruflichen Tätigkeit befürwortet bzw. in Kauf genommen und 34% sprachen sich für eine Weiterqualifizierung aus. Immerhin ein gutes Viertel (26%) strebte eine Tätigkeit bei einem anderen Arbeitgeber an. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, daß bei diesem Teil der Rehabilitand(inn)en das Arbeitnehmer-Arbeitgeber-Verhältnis zum Zeitpunkt des Gesprächs bereits erheblich belastet war, möglicherweise wegen der lang anhaltenden Krankheit.

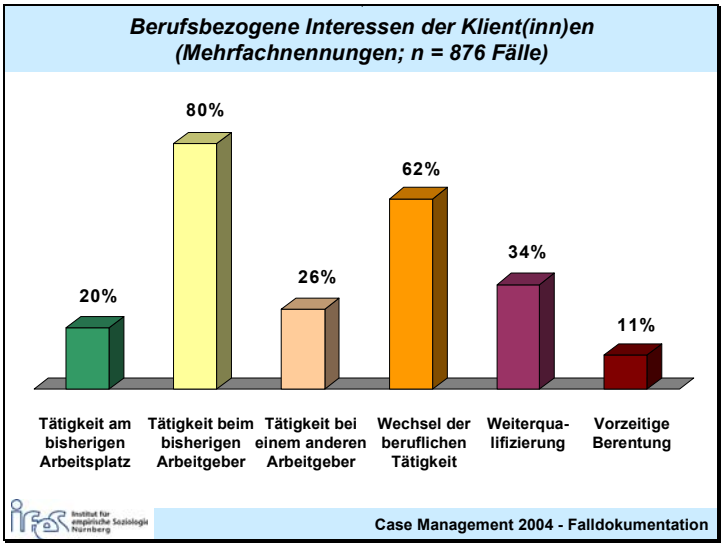


Abbildung 52

4.3.2.3 Gesundheitliche Situation

Im folgenden geht es um einen weiteren entscheidenden Einflußfaktor für den Verlauf von CMB: die gesundheitliche Lage der Klient(inn)en. In *Abbildung 53* sind die *beruflich relevanten Krankheiten* dargestellt, welche den Rehabilitand(inn)en von den medizinischen Gutachtern attestiert wurden, wobei hier jeweils nur die Hauptdiagnose berücksichtigt ist.[173]

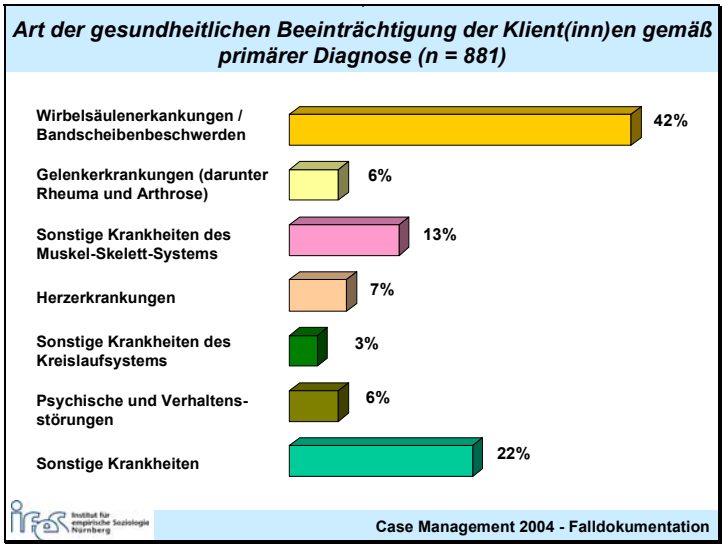


Abbildung 53

Demnach litt der größte Teil der Klient(inn)en (42%) an Wirbelsäulenerkrankungen und Bandscheibenbeschwerden und 13% an sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems. Krankheiten wie Herzerkrankungen, Gelenkerkrankungen, darunter Rheuma und Arthrose, sowie psychische und Verhaltensstörungen als Ursache für die gesundheitliche Beeinträchtigung spielten eher eine untergeordnete Rolle.

Vergleicht man die Geschlechter hinsichtlich der *ersten beruflich relevanten Diagnose (Abbildung 54)*, so zeigte sich, daß Männer häufiger als Frauen Herzerkrankungen wie Herzinfarkt oder Herzklappenerkrankungen (10% versus 1%) und häufiger Beschwerden bezüglich des Muskel-Skelett-Systems (15% versus 10%) aufwiesen. Frauen hingegen litten häufiger als Männer an psychischen und Verhaltensstörungen wie Depressionen (8% versus 4%). Bei den häufigsten Krankheitserscheinungen, also Wirbelsäulenerkrankungen und Bandscheibenbeschwerden, ergaben sich nur geringfügige Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

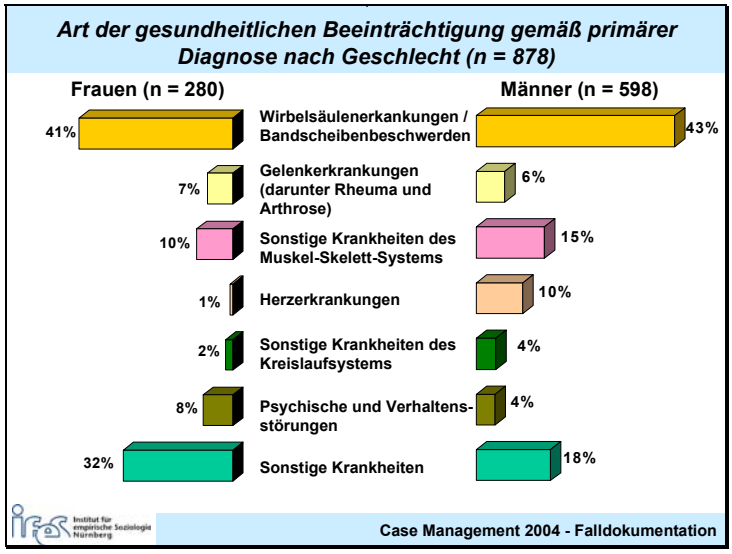


Abbildung 54

In mehr als der Hälfte der Fälle, nämlich in 53%, wurde lediglich eine Krankheit genannt, in 28% der Fälle waren es zwei Diagnosen, der Rest der Klient(inn)en litt an drei oder mehr Krankheiten, die möglicherweise ebenfalls die Einschränkungen der beruflichen Tätigkeit beeinflussen. Im Geschlechtervergleich ergaben sich nur unwesentliche Unterschiede.

[173] Die Diagnosen wurden auf Grundlage der Internationalen Klassifikation der Krankheiten klassifiziert. Siehe dazu *Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information* 1994.

Die Dauer der jeweils *längsten beruflich relevanten Krankheit* betrug bei einem knappen Drittel der Klient(inn)en ein Jahr, bei 18% dauerte sie bereits über ein bis zwei Jahre und bei 15% der Fälle sogar über 10 Jahre an (*Abbildung 55*).

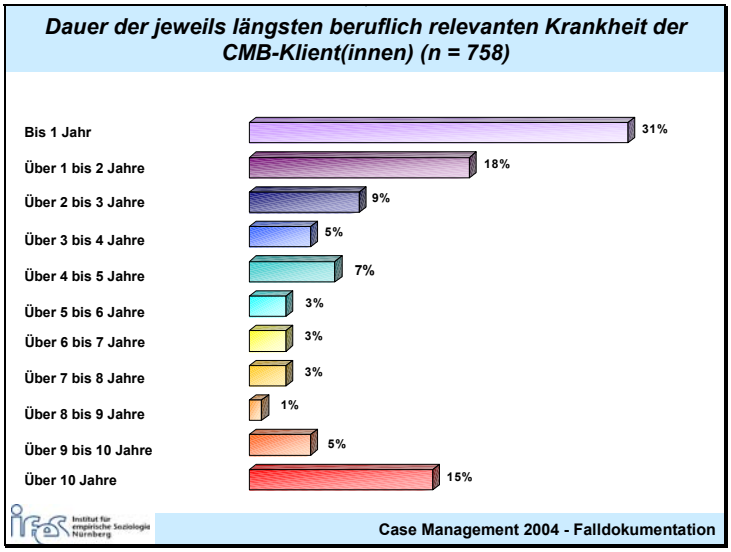


Abbildung 55

Was den *Behindertenstatus der Klient(inn)en* angeht, so war die große Mehrheit der Personen mit 71% weder schwerbehindert noch nach § 68 SGB IX gleichgestellt, 22% waren schwerbehindert, 2% waren gleichgestellt und 5% hatten bereits einen Antrag auf Anerkennung der Schwerbehinderung gestellt.

Zum Zeitpunkt des Anamnesegesprächs standen nur 14% von 877 Rehabilitand(inn)en wieder aktiv im Arbeitsleben, 86% waren noch krank geschrieben.

Gut die Hälfte der arbeitsunfähigen Arbeitnehmer(innen) war zu diesem Zeitpunkt entweder 3 bis 6 Monate (24%) oder 6 bis 9 Monate (26%) arbeitsunfähig. Weitere 19% waren bis zu einem Jahr und 20% sogar über ein Jahr aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung nicht mehr in der Lage, ihrer bisherigen Tätigkeit nachzugehen. Nur 11 % waren erst seit 3 Monaten im Krankenstand (*Abbildung 56*).

In 88% der Fälle war die *medizinische Reha* bereits abgeschlossen. Nur 4% der Klient(inn)en gaben an, die Reha-Maßnahmen dauerten bei ihnen noch an, bei den restlichen Personen waren entweder noch Maßnahmen geplant oder nicht notwendig.

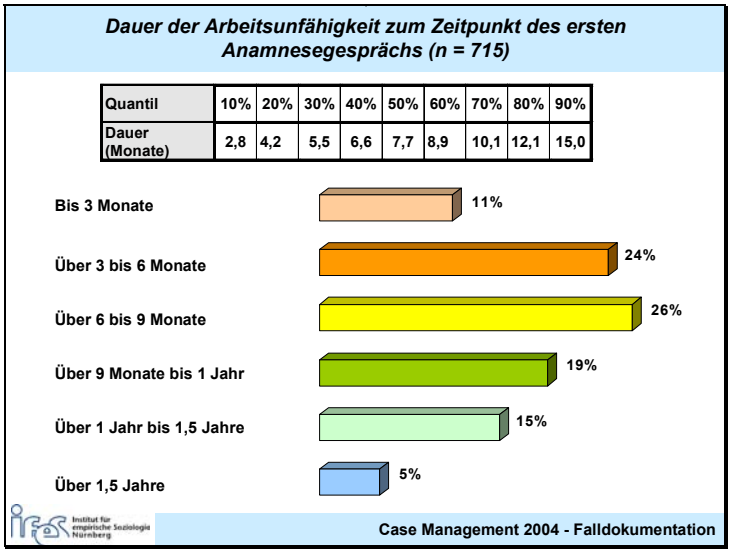


Abbildung 56

Im Rahmen der Situationsabklärung der CMB-Klientel wurden die Case Manager(innen) gebeten einzuschätzen, welche *besonderen Ressourcen bzw. Risiken der Klient(inn)en* deren berufliche Wiedereingliederung beeinflussen könnten. Dabei konnten mehrere Aspekte genannt werden, die Prozentangaben in den *Abbildungen 57 bis 59* ergeben deshalb in der Summe mehr als 100%.

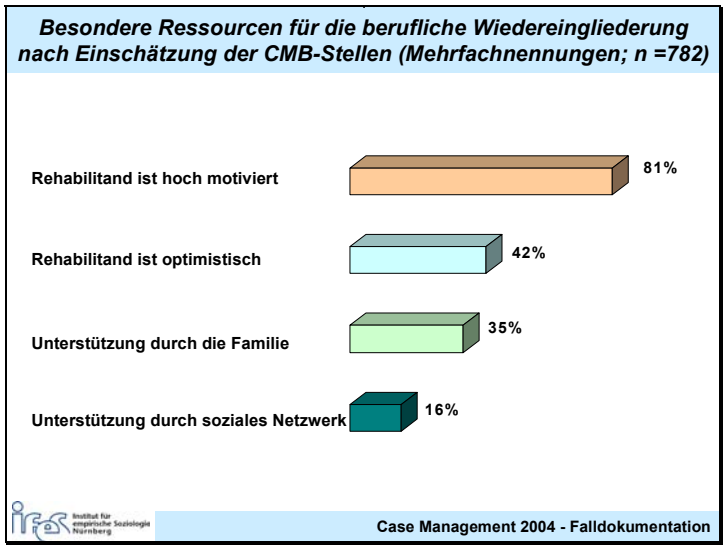


Abbildung 57

In 81% der Fälle schätzten die Case Manger(innen) die hohe Motivation und in 42% die optimistische Einstellung der Klient(inn)en als förderlich für den Prozeß der Wiedereingliederung ein. Außerdem konnte gut ein Drittel der Rehabilitand(inn)en auf eine Unterstützung

durch ihre Familie zurückgreifen und 16% auf jene ihres sonstigen sozialen Netzwerkes (*Abbildung 57*). Dabei ergaben sich kaum geschlechtsspezifische Unterschiede.

Betrachtet man die *besonderen Risiken der Klient(inn)en für die berufliche Wiedereingliederung* nach Einschätzung der CMB-Stellen, so zeigt sich folgendes Bild: Als besonders ungünstig schätzten die CMB-Stellen am häufigsten das Alter ein (45%). Für knapp ein Viertel bedeuteten aktuelle psychische Belastungen einen Hinderungsgrund für die Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit im Betrieb. Hinzu kommt, daß 21% der Rehabilitand(inn)en nicht bereit waren, finanzielle Einbußen hinzunehmen und 20% ihre eigenen beruflichen Fähigkeiten unrealistisch einschätzten. Weitere Hindernisse bestanden bei 14% der Klient(inn)en in der fehlenden Bereitschaft zur Mobilität, jeweils 12% schlossen eine berufliche Umorientierung aus oder waren bereits auf die Rente fixiert. Faktoren wie Qualifikations- oder intellektuelle Defizite und Verhaltensauffälligkeiten wurden relativ selten genannt (*Abbildung 58*).

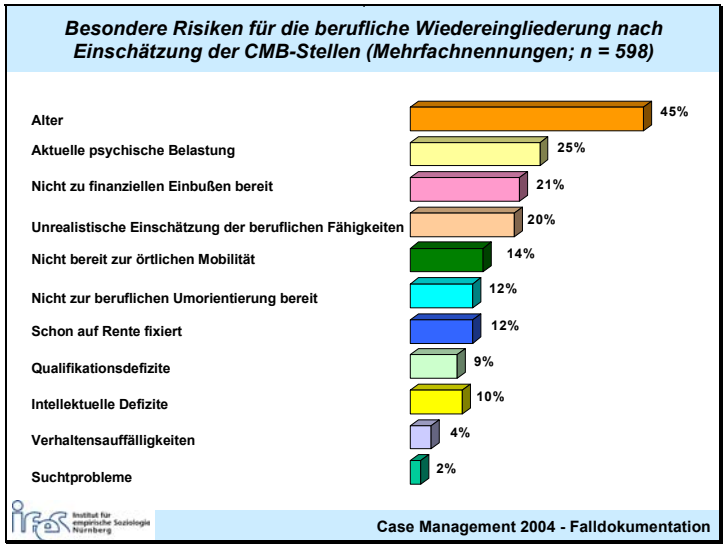


Abbildung 58

Vergleicht man Männer und Frauen hinsichtlich ihrer *Risiken für eine Wiedereingliederung*, so fällt auf, daß zwar das *Alter* sowohl für Männer als auch für Frauen den größten Risikofaktor darstellt, die Frauen mit 50% aber gegenüber den Männern mit 43% den höheren Wert aufweisen. Ebenfalls überwogen bei den Frauen die aktuellen psychischen Belastungen, ein Rentenbegehren und die Nichtbereitschaft zur örtlichen Mobilität als Hindernisse im Wiedereingliederungsprozeß. Bei den Männern wiederum waren die Weigerung, finanziellen Einbußen hinzunehmen, und die unrealistische Einschätzung der eigenen beruflichen Fähigkeiten hinderlicher für eine erfolgreiche Betreuung als bei den Frauen (*Abbildung 59*).

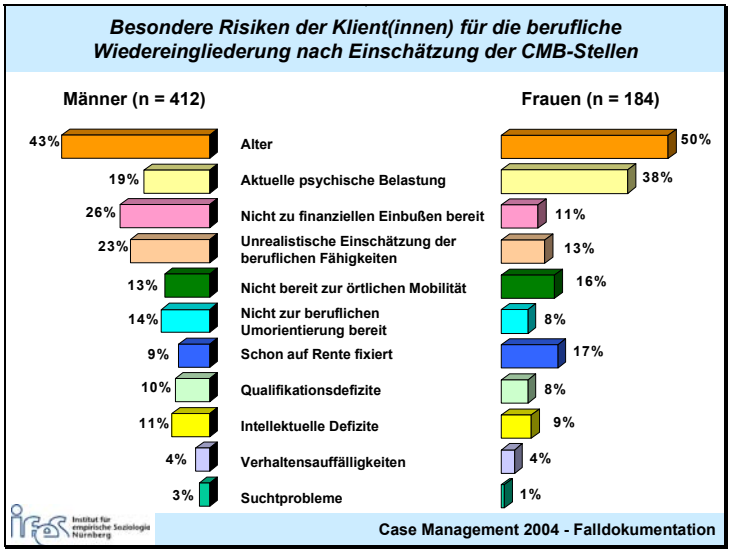


Abbildung 59

4.3.3 Die Struktur der Betriebe im Modellprojekt

Im Anschluß an die Beschreibung der Klient(inn)en richtet sich der Blick in diesem Abschnitt auf die Merkmale der Betriebe. Hinsichtlich der *Betriebsart* zeigte sich, daß 19% der 753 Klient(inn)en in einem Handwerksbetrieb, 27% in einem Industriebetrieb und 54% in sonstigen Betrieben arbeiteten (*Abbildung 60*).

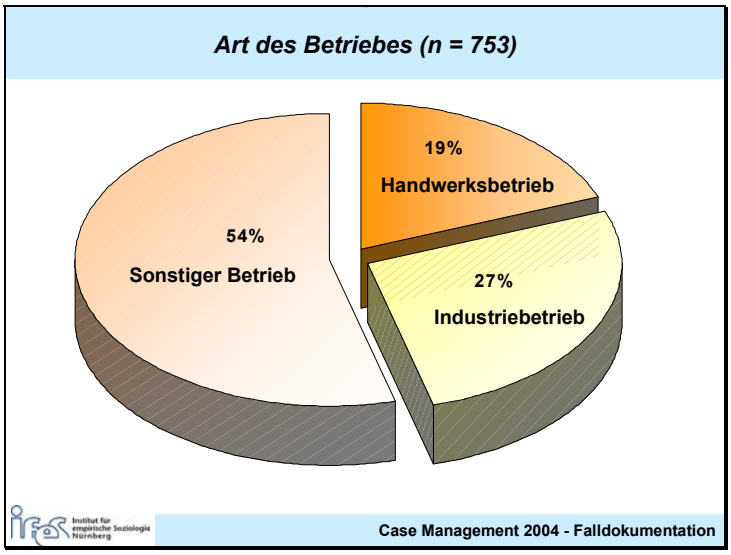


Abbildung 60

Betrachtet man die Anzahl der Mitarbeiter(innen) im Betrieb so ergibt sich ein relativ ausgeglichenes Bild: 9% der CMB-Klient(inn)en waren in Kleinbetrieben mit bis zu 5 Beschäftigten tätig. In Betrieben mit 6 bis 10 Mitarbeiter(innen) waren 16% der Rehabilitand(inn)en beschäftigt und die meisten CMB-Klient(inn)en, nämlich 19%, kommen aus Unternehmen mit einer Beschäftigtenzahl zwischen 20 und 50 Personen. Knapp ein Drittel der Unternehmen zählte mit mehr als 200 Mitarbeiter(innen) zu den Großbetrieben (*Abbildung 61).* Diese Verteilung zeigt, daß der Bedarf an Beratung und Unterstützung durch die CMB-Stellen in klein- und mittelständischen Betrieben offenbar höher ist als in Großbetrieben, die häufig schon heute betriebliche Integrationsprogramme für ihre gesundheitlich beeinträchtigten Mitarbeiter(innen) anbieten und durchführen.

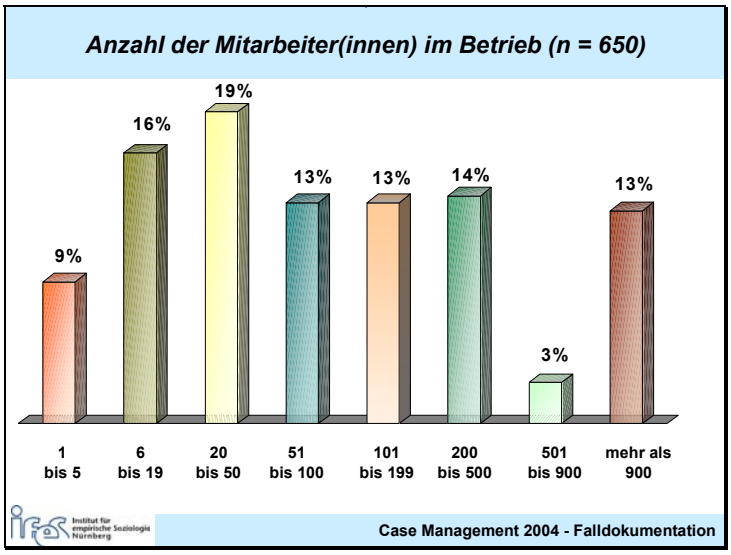


Abbildung 61

Ordnet man die betrachteten Unternehmen *Branchen* zu, so ergibt sich folgende Verteilung: 13% der Betriebe gehörten dem Baugewerbe und 12% dem Gesundheits-, Veterinär-, und Sozialwesen an. Dem sonstigen verarbeitenden Gewerbe waren 35% und den sonstigen Dienstleistungsbranchen 36% zuordenbar. Nur 3% der Klient(inn)en kamen aus dem Bereich der Land- und Forstwirtschaft (*Abbildung 62)*.

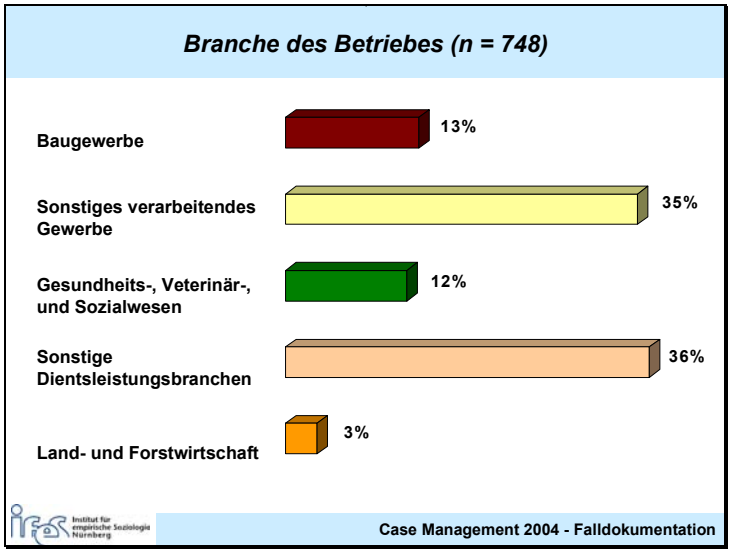


Abbildung 62

Neben den betrieblichen Merkmalen wurden die Klient(inn)en auch darum gebeten zu beurteilen, inwieweit ihr jeweiliger Arbeitgeber schon in der Vergangenheit dazu bereit war bzw. die Möglichkeiten hatte, Menschen mit Behinderung zu beschäftigen. Dahinter stand die Hypothese, daß die Wiedereingliederung von Rehabilitand(inn)en eher in Betrieben zu realisieren ist, die der Beschäftigung von gesundheitlich beeinträchtigten Mitarbeiter(innen) grundsätzlich offen gegenüber stehen. Wie aus *Abbildung 63* zu sehen ist, stand die Mehrheit der Betriebe einer Beschäftigung von (schwer-) behinderten Menschen durchaus aufgeschlossen gegenüber. So wurden in 58% von 214 Fällen bereits in der Vergangenheit Behinderte in den Betrieb vermittelt, und in 70% von 216 Fällen fand der Arbeitgeber schon früher die Möglichkeiten, Arbeitsplätze behinderter Menschen zu erhalten.

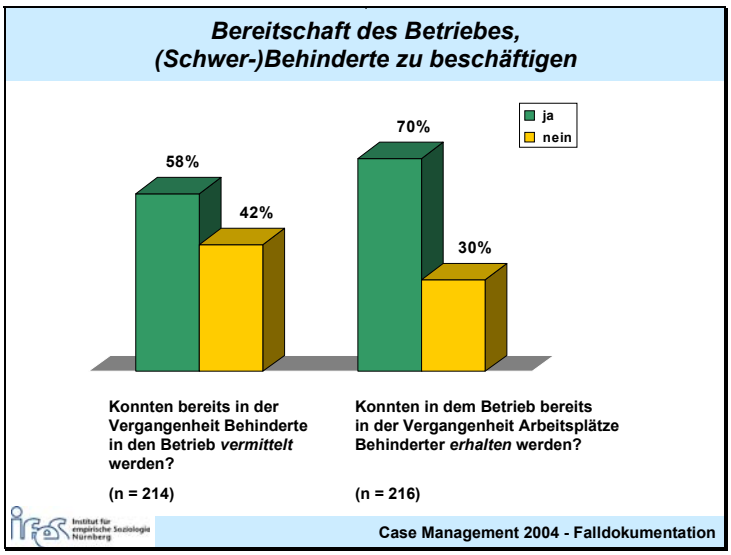


Abbildung 63

Als weitere Indikatoren, die eine Wiedereingliederung in den Betrieb begünstigen oder behindern, können die aktuelle wirtschaftliche Situation des Betriebes und die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen gesehen werden. Wie in *Abbildung 64* dargestellt, wurde in 20% der Fälle die Geschäftslage der Firma als gut, in 60% als befriedigend und in weiteren 20% als schlecht eingestuft.

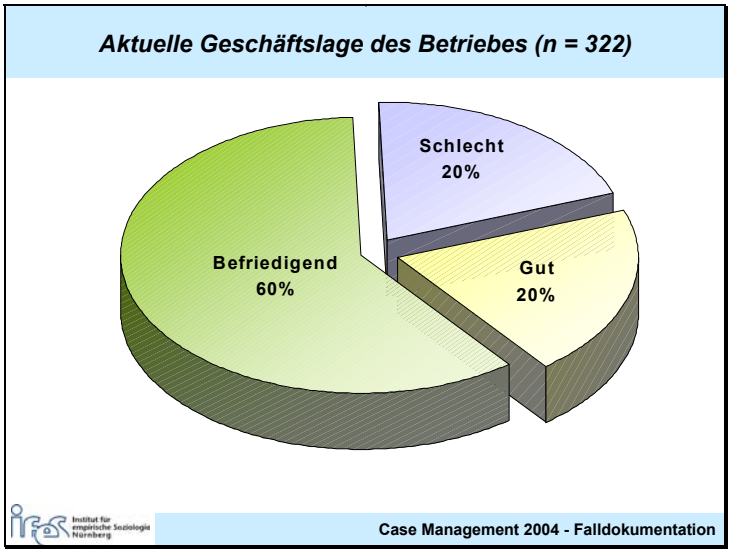


Abbildung 64

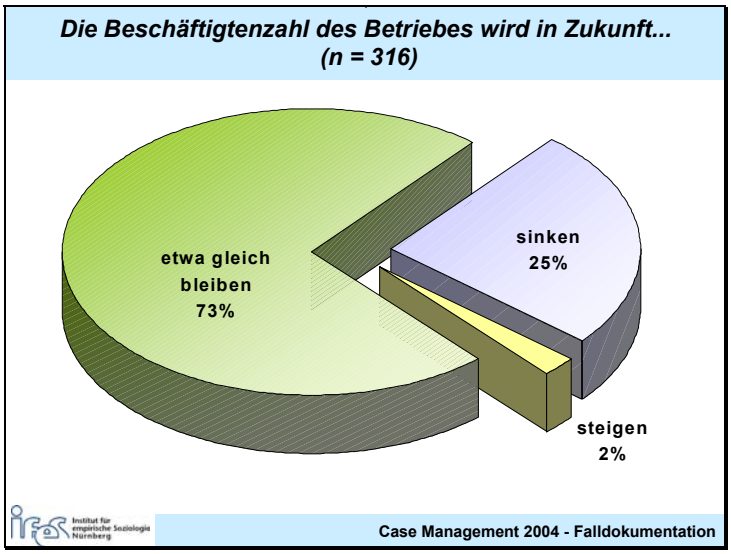


Abbildung 65

22% von 260 Betrieben befanden sich zum Befragungszeitpunkt in einem Rationalisierungsprozeß. Auf die Frage wie sich die *Beschäftigtenzahl* voraussichtlich in der Zukunft entwikkeln würde, gaben 73% von 316 Betrieben an, daß die Zahl voraussichtlich gleich bleiben

würde, in 25% der Fälle wurde eine sinkende und in 2% eine steigende Beschäftigtenzahl erwartet (*Abbildung 65)*.

Als weitere für den Erfolg von CMB relevante Faktoren kann das Vorhandensein einer *Interessenvertretung der Arbeitnehmer(innen)* und von *ärztlicher Betreuung* im Betrieb gelten: Bezüglich der Interessenvertretung der Arbeitnehmer(innen) hatten die Beschäftigten in 94% von 191 Unternehmen die Möglichkeit, sich an den Betriebs- oder Personalrat zu wenden, in 59% ist eine Schwerbehindertenvertretung vorhanden und in 12% der Betriebe ist ein Betriebsobmann verfügbar. In 237 Betrieben gab es eine ärztlichen Betreuung für Mitarbeiter(innen), dabei waren 40% der Betriebsärzte / ärztinnen hauptberuflich und 40% nebenberuflich tätig. Lediglich in 20% der Betriebe waren die Arbeitnehmer(innen) auf einen arbeitsmedizinischen Dienst bzw. ein arbeitsmedizinisches Zentrum angewiesen (*ohne Abbildung*).

4.3.4 Die Zeitdauern im CMB-Prozeß

Im allgemeinen kann davon ausgegangen werden, daß der „Zeitrahmen ..., innerhalb dessen die Dienstleistungen bereitgestellt werden“,[174] ein wesentliches Kriterium für den Erfolg von Case Management darstellt.[175] Als Voraussetzung dafür wird zudem neben einer *zügigen Fallbearbeitung* ein möglichst *frühzeitiger Beginn der Betreuung* gesehen.[176] Eine allgemein anerkannte operationale Definition existiert jedoch weder für den Begriff der *Frühzeitigkeit* noch für den der *zügigen Bearbeitung*. Zweifellos hängt dies wesentlich damit zusammen, daß die Angabe von bestimmten Zeitpunkten oder Ereignissen der Komplexität des Einzelfalles mit seinen vielfältigen Einflußfaktoren nicht gerecht wird. Hinzu kommt, daß ein Teil dieser Faktoren, wie z.B. Krankheits- und Rehabilitationsverlauf, durch die CMB-Betreuung nicht steuerbar ist. Je nach Definition von *Frühzeitigkeit* im Sinne eines optimalen Zeitpunkts, zu dem ein CMB-Verfahren eingeleitet werden sollte, ergeben sich jedoch auch unterschiedliche Zeitdauern für die CMB-Betreuung.

---

174 *Löcherbach* et al 2002: 41

175 Ebenso wie *Löcherbach* et al. (2002) nennt auch die *BAR* in ihren Empfehlungen zur Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 1 SGB IX (*Bundesarabeitsgemeinschaft für Rehabilitation* 2003: 7) die Leistungs- oder Maßnahmedauer als ein wesentliches Merkmal der Ergebnisqualität.

176 Vgl. hierzu z.B. *Kissling* 2001: 12; *Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit* 2002: 31

Als geeigneter Zeitpunkt für den Start von CMB kann einerseits die Phase der *medizinischen Rehabilitation* genannt werden, in der häufig schon festgestellt wird, daß eine Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz aufgrund der eingeschränkten Leistungsfähigkeit u.U. nicht mehr möglich ist. Andererseits spricht einiges dafür, den CMB-Prozeß erst nach Abschluß der medizinischen Rehabilitation einzuleiten, wenn *zuverlässige Prognosen* über den weiteren Krankheitsverlauf sowie den voraussichtlichen Zeitpunkt und den Grad der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit vorliegen.[177] Denn: Je früher eine CMB-Betreuung einsetzt, umso schwieriger ist es, den Maßnahmeerfolg realistisch einzuschätzen. Eine sehr früh eingeleitete CMB-Betreuung kann deshalb auch Gefahr laufen, als nicht erfolgreich abgebrochen zu werden, unabhängig davon, ob sie evtl. zu einem späteren Zeitpunkt erneut aufgegriffen wird oder nicht. Unter dem Druck, möglichst hohe Erfolgsquoten nachzuweisen, kann deshalb ein sehr früher Beginn von CMB in manchen Fällen auch dysfunktional sein.

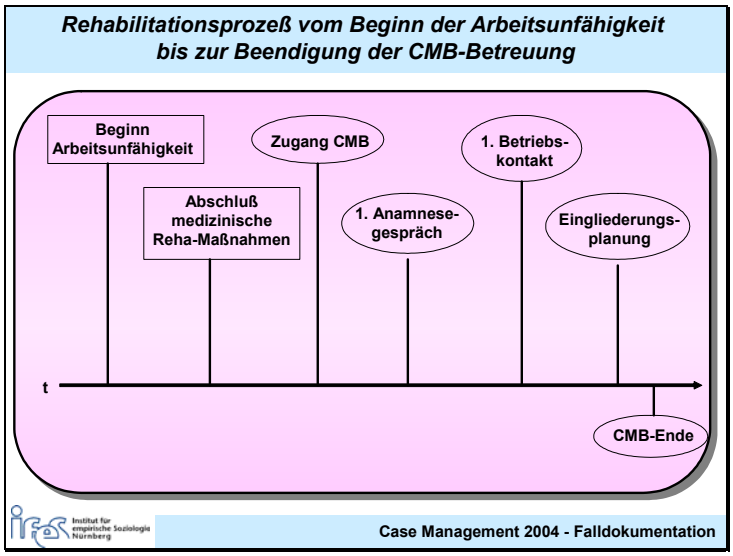


Abbildung 66

[177] In Abhängigkeit davon, welcher der beiden Zeitpunkte gewählt wird, kann auch die Gesamtdauer eines CMB-Prozesses erheblich variieren. So berichtet *Morger* von der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt, daß „es im Schnitt gut drei Jahre (dauert), bis eine Wiedereingliederung abgeschlossen oder eine Rente festgesetzt ist.“ Gleichzeitig betont er, daß insbesondere bei komplexen Fällen mit schwierigem Heilungsverlauf die Case Management Betreuung möglichst frühzeitig einsetzen sollte, um eine optimale Lösung zu erzielen; vgl. *Morger* 2004:1. Nach § 84 Absatz 2 SGB IX sind Arbeitgeber zu einem betrieblichen Eingliederungsmanagement verpflichtet, wenn Beschäftigte innerhalb eines Jahres mindestens sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind und die betroffenen Personen dem zustimmen. In Schweden wird bereits nach 4 Wochen Krankheitsdauer bei jedem Erwerbstätigen eine Rehabilitationsvoruntersuchung durchgeführt, um auf der Grundlage einer Reihe von Kriterien zu klären, ob bzw. welche Reha-Maßnahmen sinnvoll und angemessen sind (vgl. *Frölich / Heshmati / Lechner* 2000: 8). Eine solche routinemäßig durchgeführte Voruntersuchung würde es – zumindest theoretisch – ermöglichen, den optimalen Beginn einer CMB-Betreuung nach einheitlichen Kriterien festzulegen.

Das Augenmerk richtet sich in diesem Abschnitt auf die CMB-Prozesse, wie sie im Rahmen des Modellprojekts zeitlich abliefen. Die *Abbildung 66* illustriert den zeitlichen Ablauf des Rehabilitationsprozesses vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit über den Zugang der CMB-Klient(inn)en bis zum Ende der CMB-Betreuung.

Der Zeitabschnitt, der dem CMB-Prozeß voranging, begann mit dem Anfang der letzten Arbeitsunfähigkeitsperiode und schloß häufig eine oder mehrere medizinische Reha-Maßnahmen ein. Erst wenn diese Maßnahmen abgeschlossen waren, konnte in der Regel mit der beruflichen Rehabilitation der gesundheitlich beeinträchtigten Menschen begonnen werden. Der Abschluß der medizinischen Reha scheint demnach der günstigste Zeitpunkt für den Zugang der Klient(inn)en zum CMB zu sein.[178]

Mit dem Zugang zum CMB begann der Betreuungsprozeß, im Rahmen dessen zunächst ein Anamnesegespräch zur Abklärung der persönlichen, beruflichen und gesundheitlichen Situation der Klient(inn)en stattfand. Im weiteren Verlauf, in dem Gutachten und Fachmeinungen eingeholt und erste Überlegungen hinsichtlich der Möglichkeiten für eine Wiedereingliederung der Rehabilitand(inn)en gemacht wurden, kam es im Idealfall zum ersten Kontakt mit dem Arbeitgeber der jeweiligen Klient(inn)en. Bereits bei diesem meist telefonischen Erstkontakt zeichnete sich häufig schon ab, ob der Arbeitgeber der Dienstleistung CMB offen gegenübersteht und ob es im Betrieb grundsätzlich eine Möglichkeit zur Wiedereingliederung der Klient(inn)en gibt. Während eines Betriebsbesuches wurde dann zum einen der alte Arbeitsplatz der Klient(inn)en begutachtet und zum anderen gemeinsam mit allen Beteiligten ein Entwurf des Eingliederungsplans erstellt, der anschließend mit den jeweiligen Reha-Trägern bezüglich der Art und Finanzierung der geplanten Maßnahmen abgestimmt werden mußte. Die CMB-Betreuung endete schließlich, wenn feststand

- ob und wann die Klient(inn)en eine Tätigkeit im bisherigen Betrieb wieder aufnehmen können,
- die Finanzierungszusage einer mehr als dreimonatigen Qualifizierungsmaßnahme vorlag oder
- alle Bemühungen gescheitert waren.[179]

---

[178] Bei 88% der CMB-Klient(inn)en waren die Behandlungen der medizinischen Rehabilitation beim Zugang zum CMB bereits abgeschlossen.

[179] An einigen Modell-Standorten wurden Klient(inn)en, bei denen weder eine Wiedereingliederung im bisherigen Betrieb noch die Einmündung in eine Qualifizierungsmaßnahme gelang, weiterhin von der CMB-Stelle betreut; teilweise konnten Rehabilitand(inn)en an andere Betriebe vermittelt werden. Diesen Konzepten liegen der Anspruch zugrunde, unter Einsatz sämtlicher Instrumente und Ausschöpfung aller Möglichkeiten eine berufliche Wiedereingliederung für die CMB-Klient(inn)en nicht nur im bisherigen Betrieb, sondern ggf. auch in

In den *Abbildungen 67 und 68* sind jeweils die Dauern verschiedener Phasen des CMB-Prozesses in Form von Medianwerten dargestellt.

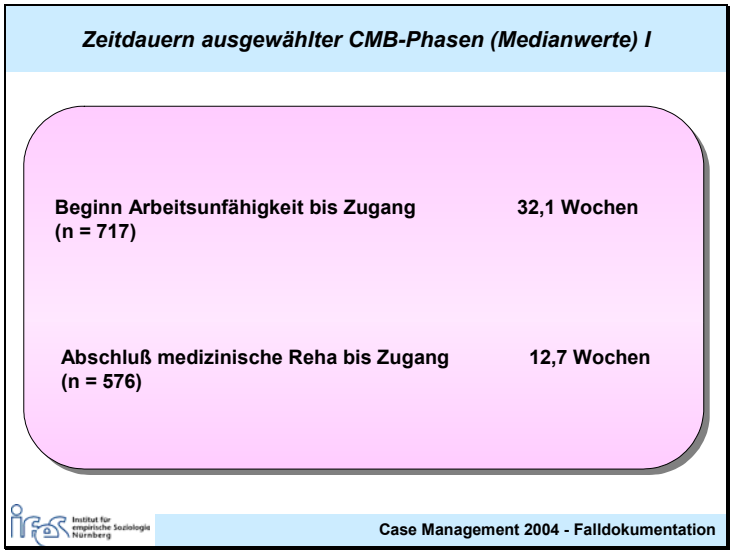


Abbildung 67

Betrachtet man zunächst die Zeitdauern im Vorfeld von CMB, so ergibt sich folgendes Bild (*Abbildung 67*): Zum Zeitpunkt des CMB-Zugangs waren arbeitsunfähige Klient(inn)en im Mittel bereits 32 Wochen, also 8 Monate krankgeschrieben. Als Ursache für die lange Dauer können längere stationäre Behandlungen, Aufenthalte in Akutkrankenhäusern oder in Reha-Kliniken vermutet werden. Betrachtet man zum Vergleich die Dauern seit Abschluß der medizinischen Reha bis zum CMB-Zugang, fallen diese zwar deutlich kürzer aus, betragen aber immer noch ganze 3 Monate.

Weitere Dauern des CMB veranschaulicht die *Abbildung 68*: Nachdem der erste Kontakt zum CMB hergestellt worden war, verliefen die nachfolgenden Phasen des CMB-Prozesses recht zügig: Zwischen dem Zugang der Klient(inn)en und dem ersten Anamnesegespräch vergingen im Mittel nur vier Tage, und bereits nach 2 Wochen kam es zur ersten Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber. Nach dem 1. Betriebskontakt vergingen im Mittel 10 Wochen bis der CMB-Prozeß abgeschlossen werden konnte. Die gesamte CMB-Betreuung dauerte etwa 15 Wochen, also also nur knapp 3,5 Monate.

einem anderen Unternehmen zu erreichen. Da diese zusätzlichen Serviceleistungen nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchung waren, sollen hier nur wenige Informationen über die Ergebnisse dieser Bemühungen mitgeteilt werden: Mit 43 Rehabilitand(inn)en wurde eine Berufswegeplanung und mit 29 ein Bewerbungstraining durchgeführt. Davon konnten immerhin 32 Klient(inn)en anschließend in ein Arbeitsverhältnis bei einem neuen Arbeitgeber vermittelt werden, 5 fanden einen Praktikumsplatz oder nahmen an einer betrieblichen Trainingsmaßnahme teil.

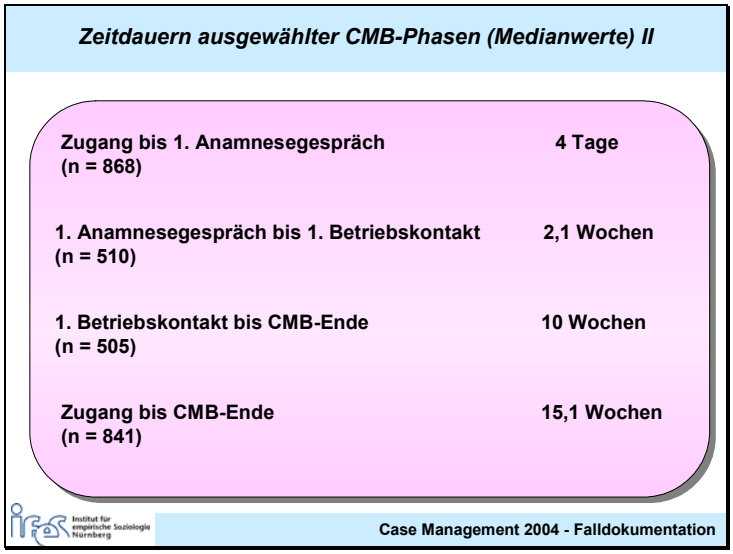


Abbildung 68

Die im weiteren dargestellten Zeitdauern von CMB-Prozeßphasen können aufgrund sehr geringer Fallzahlen nur Tendenzen aufzeigen: Je nach der Art des Antrags verstrich vom Zugang zum CMB und der Antragstellung unterschiedlich lange Zeit. Jene 105 Klient(inn)en, von denen Angaben über den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vorliegen, stellten zumeist (36%) eine Woche nach dem Zugang zum CMB einen Antrag. Lediglich 16% der Klient(inn)en reichten ihren Antrag erst nach über zwei Monaten ein (*Abbildung 69*).

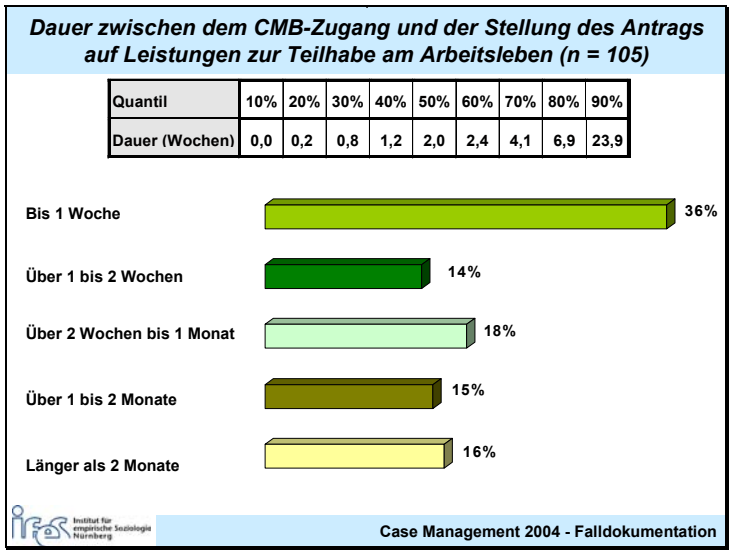


Abbildung 69

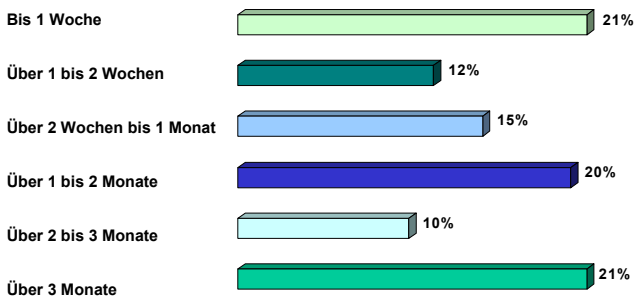
Einen *Antrag auf Anerkennung oder Neufeststellung der Schwerbehinderung* stellten 28 aller CMB-Klient(inn)en: Vom Zugang zum CMB bis zur Antragstellung dauerte es in 11 Fällen bis zu einer Woche und bei 5 Betreuten länger als zwei Monate. Die *Gleichstellung mit Schwer-*

behinderten beantragten 13 Klient(inn)en: Bei jeweils 3 Personen dauerte es unter 2 Wochen bzw. zwischen 2 Wochen und einem Monat vom CMB-Zugang bis zur Antragstellung und bei weiteren 3 wurde der Antrag erst nach dem Ablauf von 4 Monaten gestellt. Der Zeitraum, der verstrich, bis die Arbeitgeber *finanzielle Hilfen* für den Betrieb beantragten, war sehr unterschiedlich. Am häufigsten erledigten sie dies entweder gleich in den ersten zwei Wochen (10 von 41 Fällen) oder erst nach 5 Monaten (7 von 41 Fällen).

Auch der *Abschluß der ersten Eingliederungsplanung* erfolgte zu äußerst unterschiedlichen Zeitpunkten: So dauerte dieser Zeitabschnitt in einem Fünftel der Fälle (21%) nur bis zu einer Woche, während er bei einem weiteren Fünftel (21%) über 3 Monate in Anspruch nahm (*Abbildung 70*).

Dauer zwischen dem CMB-Zugang und dem Abschluß der ersten Eingliederungsplanung (n = 202)

Quantil	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%
Dauer (Wochen)	0,5	1,0	1,7	3,0	4,1	6,0	8,3	12,9	18,0



Case Management 2004 - Falldokumentation

Abbildung 70

Die Weiterleitung des Eingliederungsvorschlages an den Reha-Träger erfolgte in den meisten Fällen (80%) bereits in der ersten Woche. Danach konnten die Reha-Träger für 32 Klient(inn)en schon in weniger als 7 Tagen eine Finanzierungszusage geben; in 19 Fällen dauerte es länger als 2 Monate bis eine Entscheidung des zuständigen Reha-Trägers vorlag (*Abbildung 71*).

Nach der Finanzierungszusage des Reha-Trägers konnten 27 von 71 Klient(inn)en innerhalb einer Woche mit der ersten Reha-Maßnahme beginnen. In 11 Fällen dauerte es zwischen einem und zwei und in 14 Fällen sogar über 2 Monate(n).

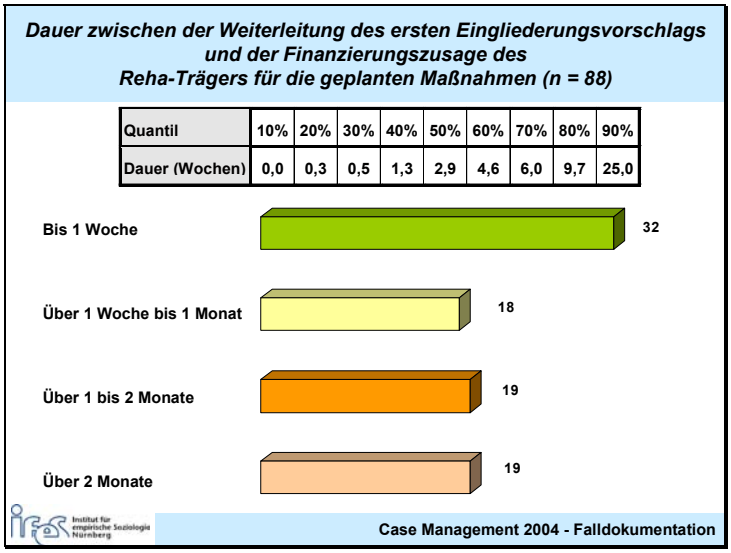


Abbildung 71

4.3.5 Erfolge von CMB und mögliche Einflußfaktoren

4.3.5.1 Definition des Erfolgs von CMB

„Die Erfolgsermittlung ist das zentrale Anliegen jeder Evaluation von Programmen oder Maßnahmen und wird seit Jahren intensiv bearbeitet und diskutiert, ohne daß bisher unstrittige theoretische Konzepte und für die jeweiligen Aufgaben und Zwecke standardisierte oder wenigstens routinemäßig einsetzbare Methoden verfügbar wären.“[180] Die Aussage von *Plath* aus dem Jahr 1999 bringt die aktuelle Situation noch immer treffend auf den Punkt. Auf der Basis der in der Literatur vorgeschlagenen Methoden und Definitionen[181] werden im folgenden die Begriffe Erfolg und Abbruch für das Modellprojekt definiert.

Grundlage für eine operationale Definition von Erfolg sind die den Maßnahmen zugrundeliegenden Ziele und das ihnen übergeordnete Leitbild. SGB IX nennt als Leitbild der Rehabilitation *„die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe (behinderter oder von Behinde-*

---

[180] *Plath* / *Blaschke* 1999: 61

[181] Vgl. hierzu z.B. *Blaschke* / *Plath* / *Nagel* 1997: 324, *Feß* 1995:29, *Plath* / *Blaschke* 1999: 61f, *Kromrey* 2001: 116f, *Wittmann* 1994: 81, *Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie* 1985: 12ff. Die einzelnen Definitionsvorschläge weisen auf die Notwendigkeit einer Berücksichtigung unterschiedlicher Erfolgsdimensionen hin. Dies hat zur Folge, daß die Variable Erfolg nicht dichotom, sondern mit mehreren Ausprägungen angelegt werden sollte. Dabei geht es nicht nur um graduelle Unterschiede zur Differenzierung zwischen einem umfassenden und einem bedingten Erfolg, sondern auch um die Berücksichtigung unterschiedlicher Interessen, wie z.B. jene von direkt betroffenen Personen und indirekt betroffenen Einrichtungen und Institutionen.

rung bedrohter Menschen) in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken" (§ 1 SGB IX). Damit wird die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zum Oberbegriff.[182]

Die in § 33 SGB IX geregelte Teilhabe am Arbeitsleben ist somit als eine Konkretisierung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft für den Bereich der Erwerbstätigkeit zu sehen. *„Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind bei behinderten oder von einer Behinderung bedrohten Menschen ... darauf gerichtet, ihre Erwerbsfähigkeit entsprechend ihren Neigungen und ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wieder herzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern (§§ 4 Abs. 1 Nr. 3 und Abs. 1 SGB IX i.V.m. § 97 Abs. 1 SGB III)".*[183] Nach dieser Maxime sind neben der Berücksichtigung von Leistungsfähigkeit und individueller Neigung Erwerb, Erhaltung und Sicherung einer dauerhaften Teilhabe am Arbeitsleben die wesentlichen Beurteilungskriterien für den Erfolg von beruflicher Rehabilitation. In der Regel sind diese Bedingungen in optimaler Weise erfüllt, wenn es gelingt, durch geeignete Interventionen behinderungsspezifische Einschränkungen des Rehabilitanden zu kompensieren und dadurch ein bestehendes Beschäftigungsverhältnis langfristig aufrechtzuerhalten.

Um dieses Ziel zu erreichen, kommen folgende Interventionen in Betracht:

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

---

182 Zur Bedeutung der daraus resultierenden Verbesserung der rechtlichen Stellung von Personen mit Behinderungen vgl. *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* 2001: 5ff; *Rabenstein* 2001: 338f

183 *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* 2001: 35

Für die von Behinderung betroffenen Personen sind mit dem Erhalt des bestehenden Arbeitsverhältnisses im allgemeinen folgende Vorteile verbunden:

- Verbleib in der gewohnten Arbeitsumgebung,
- Vermeidung von beruflichen und sozialen Abstiegsprozessen und des oftmals damit einhergehenden Identitäts- und Rollenverlusts (z.B. durch Arbeitslosigkeit, Ausübung geringer qualifizierter Tätigkeiten, vorzeitige Berentung),
- Vermeidung finanzieller Einbußen.

Plath und Blaschke[184] nennen als Beurteilungskriterien für den Erfolg beruflicher Rehabilitation neben der beruflichen Integration, die sie an Merkmalen wie einer unbefristeten Stelle im erlernten Beruf und der Verwertung der vorhandenen Qualifikationen festmachen, auch eine betriebliche und außerbetriebliche soziale Integration. Diese beinhalten z.B. die Berücksichtigung persönlicher Belange und persönlicher Anerkennung im Betrieb sowie die Sicherstellung eines angemessenen Einkommens, aber auch die Freizeitgestaltung mit Freunden und Bekannten, selbständiges Wohnen und eine intakte Partnerschaft. Des weiteren zählen sie das Zurechtkommen mit alltäglichen Belastungen, keine zusätzlichen gesundheitlichen Belastungen und die Zufriedenheit mit dem Leben „im großen und ganzen“ dazu.

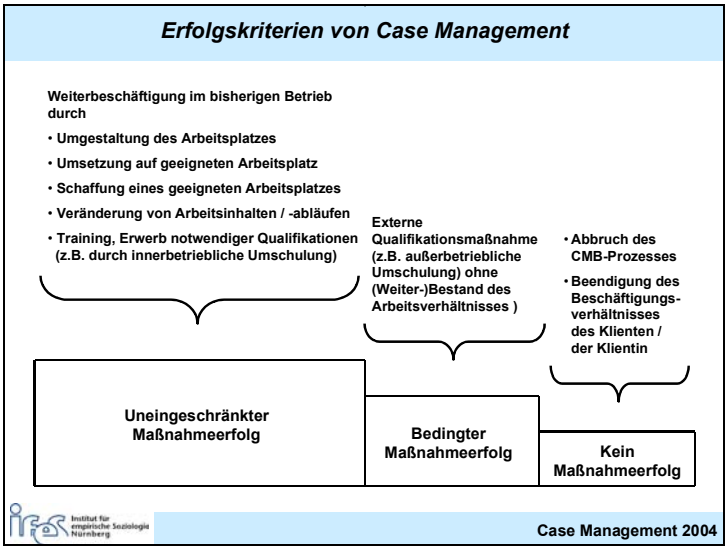


Abbildung 72

Eine Zielüberprüfung in diesem umfassenden Sinn hätte im Rahmen des Modellprojekts einen Dokumentationsaufwand bedeutet, der den Case Manager(inne)n nicht zuzumuten gewesen wäre und dem Gebot der Verhältnismäßigkeit von inhaltlicher Arbeit und Dokumenta-

tion zuwidergelaufen wäre. Hinzu kommt, daß sie eine Befragung der Klient(inn)en über Lebensbereiche erfordert hätte, die nicht Gegenstand des CMB-Prozesses waren. Für die Erfolgsbeurteilung im Sinne der Ergebnisqualität wurden deshalb primär objektive Faktoren berücksichtigt (vgl. *Abbildung 72).* Die Ergebnisse aus Arbeitgeber(innen)- und Klient(inn)enbefragung werden ergänzend hierzu in den *Abschnitten 4.4.1 und 4.4.2* dargestellt.

Als *bedingter Erfolg* wird die Teilnahme von Rehabilitand(inn)en an Reha-Maßnahmen mit einer Dauer von mehr als drei Monaten eingestuft.[185] In einigen Fällen erklärten sich die Arbeitgeber zu einer Wiedereinstellung nach abgeschlossener Ausbildung bereit. Eine Überprüfung, inwieweit diese Option realisiert wurde, war jedoch im Rahmen des Modellprojekts nicht möglich.

Als nicht erfolgreich wurde ein Case-Management-Prozeß dann eingestuft, wenn entweder keine Weiterbeschäftigung der Arbeitnehmer(innen) erzielt oder der CMB-Prozeß ohne Ergebnis abgebrochen wurde. In einigen Fällen, in denen ein Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses nicht möglich war, gelang es den Case Manager(inne)n, ihren Klient(inn)en eine Beschäftigung in einem anderen Betrieb zu vermitteln. In den meisten Fällen wurden jedoch bei einer Beendigung des Arbeitsverhältnisses die Klient(inn)en von anderen Stellen (z.B. der Arbeitsvermittlung der Arbeitsagentur) weiterbetreut. Die Stellenvermittlung wurde bei der Ergebnisauswertung deshalb nicht als (bedingter) CMB-Erfolg mitberücksichtigt, weil diese Aktivitäten nicht mehr Bestandteil des CMB-Verfahrens im engeren Sinn waren, und von den meisten Standorten keine Informationen darüber vorlagen.

4.3.5.2 Ergebnisse im Überblick

Die im folgenden dargestellten Ergebnisse basieren auf 861 Fällen, die im Projektzeitraum abgeschlossen werden konnten.

Abbildung 73 zeigt, daß in etwas mehr als einem Drittel der Fälle eine Weiterbeschäftigung im bisherigen Betrieb tatsächlich erreicht werden konnte. Weitere 13% der Rehabilitand(inn)en entschlossen sich zu einer längerfristigen beruflichen Rehabilitationsmaßnahme. Damit führte bei knapp der Hälfte der behinderten Personen die Unterstützung durch Case Management zu einem vollen oder zumindest einem bedingten Maßnahmeerfolg. Bei einem

---

[184] Vgl. *Plath* / *Blaschke* 1999: 63f

[185] In fast 70% der Fälle handelte es sich dabei um eine Umschulung (vgl. *Abschnitt 4.3.5.4.2*)

weiteren Drittel der Klient(inn)en scheiterte eine Weiterbeschäftigung im bisherigen Betrieb an fehlenden Einsatzmöglichkeiten. Die restlichen 20% entfallen auf die Kategorie *sonstige Gründe*. Hierunter sind eine Vielzahl unterschiedlicher Gründe zusammengefaßt, die u.a. der betrieblichen Seite oder den Rehabilitand(inn)en zuzurechnen sind.

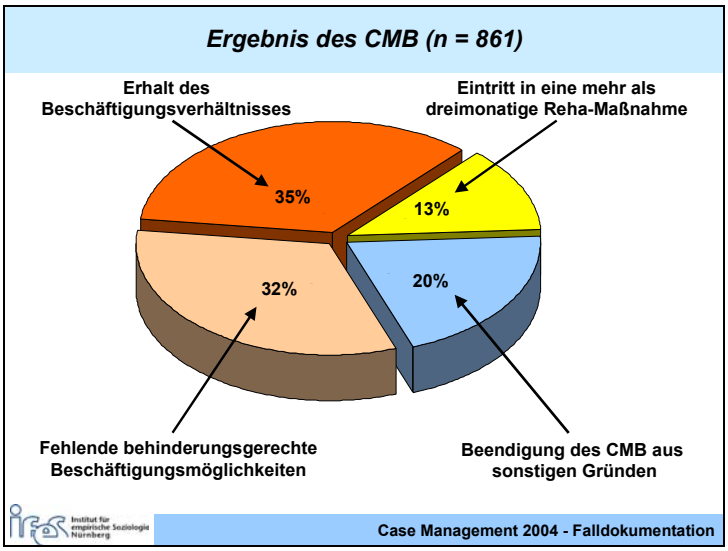


Abbildung 73

So scheiterte z.B. bei einem Teil der CMB-Klient(inn)en die Weiterbeschäftigung an einem zu schlechten Gesundheitszustand oder daran, daß das Arbeitsverhältnis bereits gekündigt war bzw. ein Rentenantrag gestellt wurde (vgl. *Abschnitt 4.3.5.4.3*).

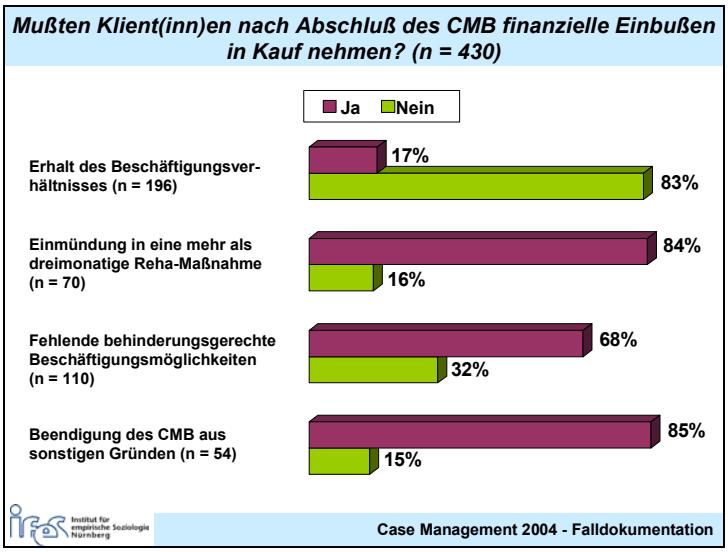


Abbildung 74

Von den Klient(inn)en, deren Beschäftigungsverhältnis erhalten werden konnte, mußten nur 17% finanzielle Einbußen in Kauf nehmen (vgl. *Abbildung 74*). In den nicht oder nur bedingt erfolgreichen Fällen lag dagegen der Anteil, der von finanziellen Einbußen betroffen war, zwischen 68% und 85%.

Insgesamt wurde der CMB-Verlauf von den Case Manager(inne)n in 18% der Fälle als besonders gut eingeschätzt und in weiteren 36% als zufriedenstellend (vgl. *Abbildung 75*). Dies entspricht in etwa den uneingeschränkt und bedingt erfolgreichen CMB-Fällen. Die restlichen 46% der bearbeiteten Fälle beurteilten die Case Manager(innen) als besonders schwierig.

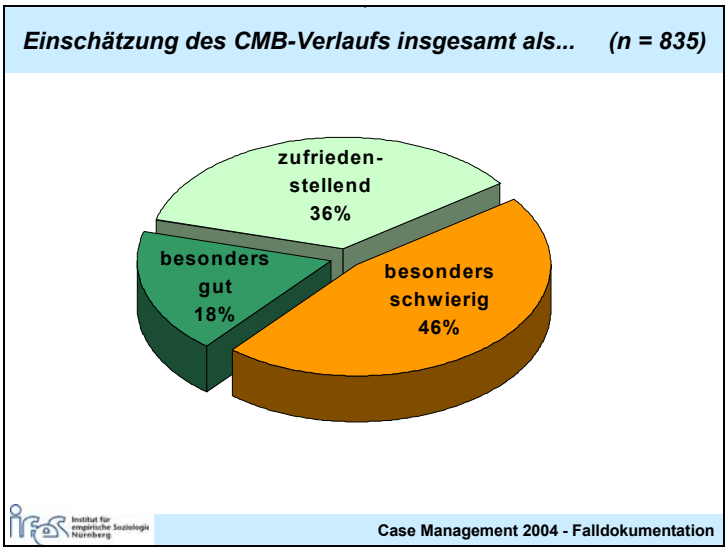


Abbildung 75

4.3.5.3 Einflußfaktoren des CMB-Ergebnisses

In den folgenden Abschnitten werden Hypothesen über mögliche Zusammenhänge zwischen einzelnen Faktoren und dem Erfolg von CMB überprüft. Im einzelnen werden folgende Bereiche in die Analyse einbezogen:

- soziodemografische Merkmale
- Art und Ausmaß der behinderungsbedingten Beeinträchtigung
- berufliche und betriebliche Situation
- Rahmenbedingungen beim Zugang zum CMB

4.3.5.3.1 Soziodemographische Merkmale

Beim Einfluß des *Alters* der Rehabilitand(inn)en auf den *CMB-Erfolg* sind mehrere unterschiedliche Faktoren zu berücksichtigen. Einerseits ist zu vermuten, daß jüngere Personen aufgrund höherer Flexibilität und eines besseren gesundheitlichen Allgemeinzustandes leichter im Betrieb weiter zu beschäftigen sind. Gegen diese These spricht jedoch eine Reihe sozialer Rahmenbedingungen: bei älteren Arbeitnehmer(inne)n ist die Wahrscheinlichkeit langer Betriebszugehörigkeit größer, ihre Entlassung ist deshalb oftmals schwieriger bzw. für das Unternehmen mit höheren Kosten verbunden, etwa bei Aufhebungsverträgen oder infolge gerichtlicher Auseinandersetzungen. Hinzu kommt, daß bei älteren Mitarbeiter(inne)n der Anteil, der aufgrund eines Schwerbehindertenausweises einen besonderen Kündigungsschutz genießt, größer sein dürfte als bei jüngeren Erwerbstätigen.

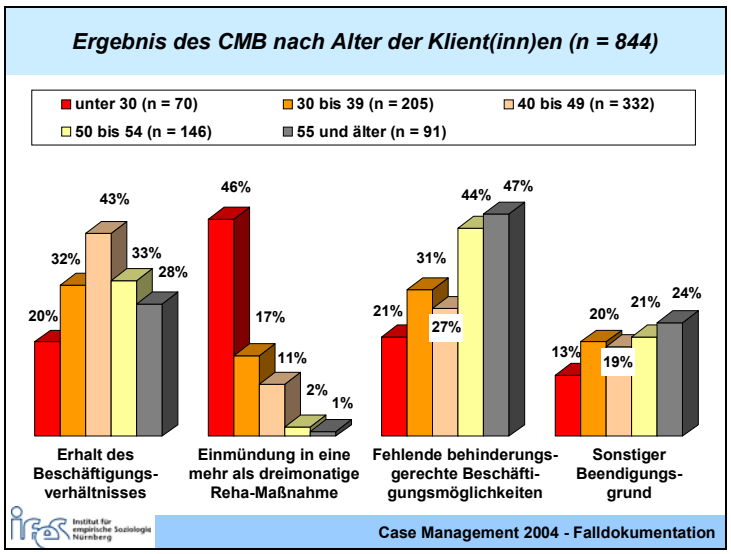


Abbildung 76

Die Ergebnisse zeigen (*vgl. Abbildung 76*), daß die Gruppe der unter 30-jährigen mit 20% am wenigsten weiterbeschäftigt wurde. Diese Personen bilden dagegen die Hauptzielgruppe für eine außerbetriebliche Reha-Maßnahme: Fast die Hälfte der Klient(inn)en, die sich zu einer längerfristigen Qualifizierungsmaßnahme entschließen, gehört dieser Altersgruppe an. Ab einem Alter von 30 Jahren steigt der Anteil der Rehabilitand(inn)en, die im bisherigen Betrieb weiterbeschäftigt werden und erreicht in der Gruppe der 40 bis 49-jährigen mit 43% den höchsten Wert. Ab dem fünfzigsten Lebensjahr sinkt sie allmählich bis auf 28% ab. Gleichzeitig zeigen die Ergebnisse, daß bei Arbeitnehmer(inn)en ab fünfzig eine Weiterbe-

schäftigung besonders häufig an fehlenden behinderungsgerechten Beschäftigungsmöglichkeiten scheitert.

Dieses Ergebnis läßt sich so interpretieren, daß von Behinderungen betroffene jüngere Mitarbeiter(innen) eher dazu tendieren bzw. dahingehend beraten werden, durch einen Qualifikationserwerb eine neue berufliche Perspektive zu entwickeln. Dagegen gibt es mit zunehmendem Alter für gesundheitlich beeinträchtigte Menschen kaum mehr Möglichkeiten zur Weiterqualifizierung. Dies hängt auch damit zusammen, daß erfahrungsgemäß längerdauernde und entsprechend kostenintensive Qualifizierungsmaßnahmen von den Reha-Trägern kaum noch gewährt werden, wenn die Betroffenen älter als 45 Jahre sind. Allerdings wird auch die Möglichkeit einer Weiterbeschäftigung für Rehabilitand(inn)en ab einem Alter von fünfzig Jahren immer geringer.

Zwischen den *Geschlechtern* bestehen im Hinblick auf die *CMB-Ergebnisse* nur geringe Unterschiede (vgl. *Abbildung 77*): Bei Frauen kommt sowohl der Erhalt des Arbeitsplatzes als auch der Beginn einer längeren Reha-Maßnahme etwas seltener vor als bei Männern. Der Umstand, daß bei Klientinnen die CMB-Bemühungen etwas häufiger aus sonstigen Gründen abgebrochen werden, könnte darauf hindeuten, daß sie weniger gut in den Erwerbsprozeß integriert sind und im Falle gesundheitlicher Probleme eher aus dem Erwerbsleben ausscheiden als ihre männlichen Kollegen. Sicherlich beeinflußt oftmals auch die familiäre Situation die Entscheidung von Frauen, bei gesundheitlichen Problemen den Beruf aufzugeben und sich auf Aufgaben innerhalb der Familie zu konzentrieren.

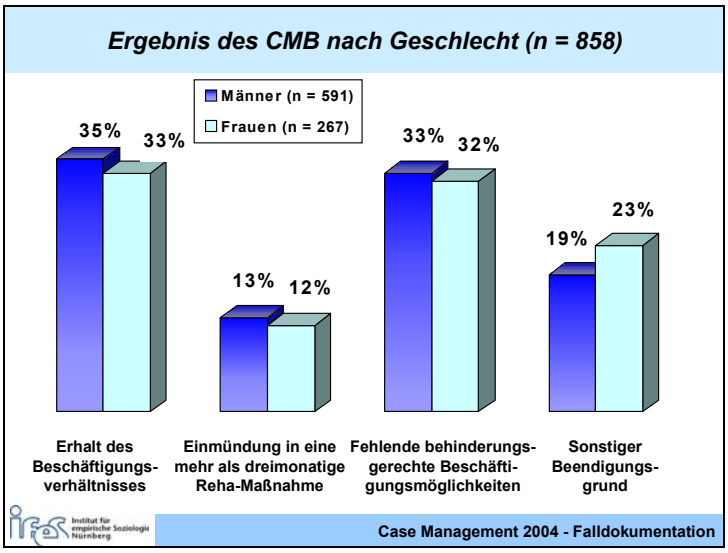


Abbildung 77

Zwischen der *Art der Berufsausbildung* und dem *Erfolg von Case Management* ergab sich kein systematischer Zusammenhang. Es zeigte sich jedoch, daß bei Personen ohne abgeschlossene Berufsausbildung der Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses mit nur 32% am wenigsten gelang (vgl. *Abbildung 78*). Diese Gruppe nahm auch kaum an beruflichen Reha-Maßnahmen teil (3%), eine Weiterbeschäftigung scheiterte bei ihnen mit 48% besonders häufig an fehlenden behinderungsgerechten Beschäftigungsmöglichkeiten.

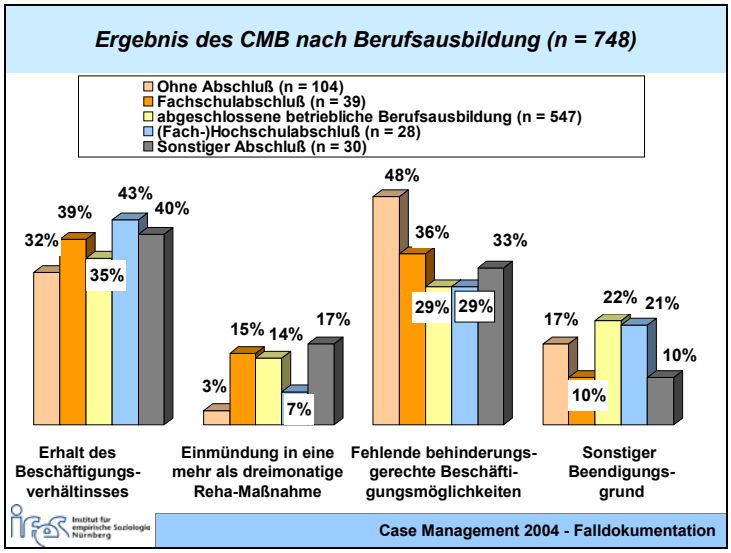


Abbildung 78

4.3.5.3.2 Art und Ausmaß der behinderungsbedingten Beeinträchtigungen

Zwischen der *Art der Erkrankung* und dem Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses wurde folgender Zusammenhang deutlich (vgl. *Abbildung 79* und *80*):

- Personen mit Herz- und Kreislauferkrankungen, Wirbelsäulenerkrankungen sowie sonstigen Erkrankungen konnten am häufigsten im bisherigen Betrieb weiterbeschäftigt werden.
- Am seltensten gelang die Erhaltung des Arbeitsplatzes bei Klient(inn)en mit Gelenkerkrankungen und sonstigen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems.
- Zu einer längerfristigen beruflichen Reha-Maßnahme entschlossen sich am häufigsten Rehabilitand(inn)en, die von Wirbelsäulenerkrankungen oder Gelenkerkrankungen betroffen waren.

Die These, bei Mehrfachbehinderungen sei die Erhaltung eines Beschäftigungsverhältnisses besonders schwierig, konnte auf Basis der vorliegenden Daten nicht bestätigt werden: die Erfolgsquote war bei Menschen mit mehreren Behinderungen mit 35% nahezu ebenso hoch wie bei Personen, die nur von einer Behinderung betroffen waren (36%).

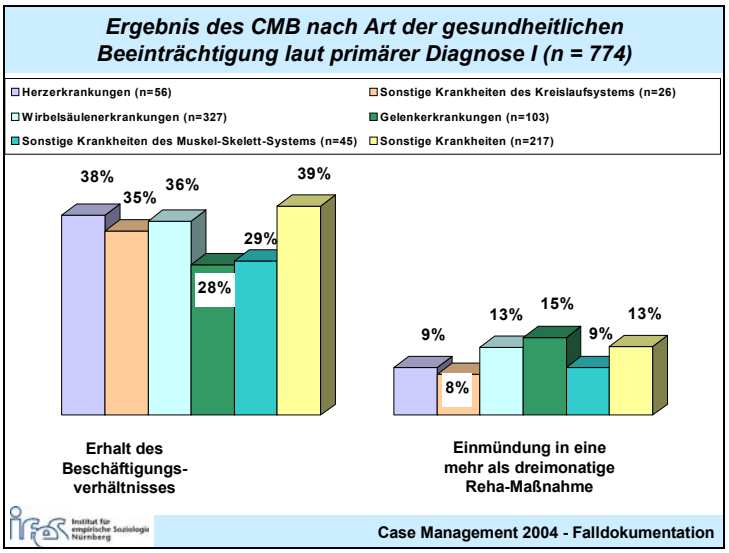


Abbildung 79

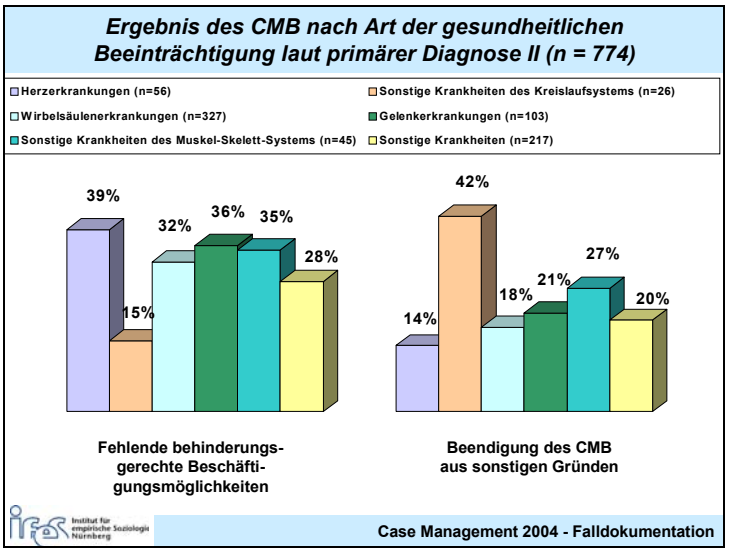


Abbildung 80

Als weiterer Einflußfaktor des *CMB-Erfolgs* wurde der *Grad der Behinderung* der Rehabilitand(inn)en analysiert. Dabei sind gegenläufige Tendenzen zu berücksichtigen: Einerseits ist zu erwarten, daß mit dem Ausmaß der Behinderung die Schwierigkeiten ansteigen, einen behinderungsgerechten Arbeitsplatz zu finden, andererseits dürfte sich der besondere gesetzliche Schutz nach § 68 SGB IX für schwerbehinderte oder ihnen gleichgestellte Beschäf-

tigte positiv auf die Erhaltung des Arbeitsplatzes auswirken. Vergleicht man CMB-Klient(inn)en mit und ohne Schwerbehindertenstatus, so wird deutlich, daß erstere weit häufiger in ihren bisherigen Betrieb reintegriert wurden (vgl. *Abbildung 81*): Mit 47% ist die entsprechende Quote für Schwerbehinderte und Gleichgestellte um 15 Prozentpunkte höher als bei den restlichen CMB-Teilnehmer(inn)en. Offensichtlich wirken sich hier die gesetzlichen Regelungen zur Förderung der Beschäftigung Schwerbehinderter positiv aus. Dies läßt sich durch folgende Faktoren erklären: So galt für rund drei Viertel der einbezogenen Betriebe die Beschäftigungspflichtquote für schwerbehinderte bzw. gleichgestellte Menschen, weil sie über mehr als 20 Arbeitsplätze verfügten. In den Fällen, in denen das Ausscheiden der schwerbehinderten CMB-Klient(inn)en das Unternehmen zur Zahlung der Schwerbehindertenabgabe verpflichtet hätte, bestand somit für den Arbeitgeber ein besonderer finanzieller Anreiz, das Arbeits- / Ausbildungsverhältnis fortzuführen. Darüber hinaus können sich Schwerbehinderte in Firmen mit über fünf schwerbehinderten Arbeitnehmer(inne)n an eine Schwerbehindertenvertretung wenden, deren Einschaltung in CMB-Fällen vielfach eine Eingliederungslösung gefördert haben dürfte.

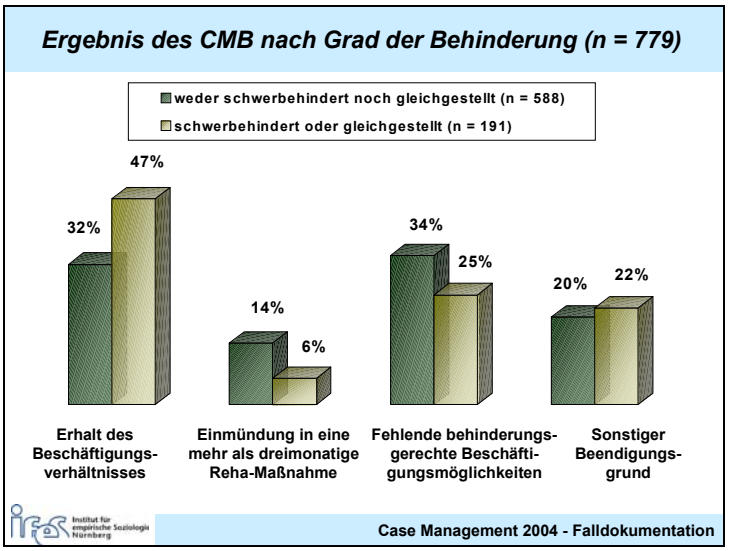


Abbildung 81

Nicht zuletzt bestehen für schwerbehinderte Mitarbeiter(innen) auch ein besonderer Kündigungsschutz und besondere finanzielle Fördermöglichkeiten zur Sicherstellung ihrer Teilhabe am Arbeitsleben.[186]

[186] Der besondere Kündigungsschutz von schwerbehinderten Menschen und ihnen gleichgestellten ist in den §§ 85 bis 92 SGB IX geregelt. Zu den besonderen Fördermöglichkeiten für schwerbehinderte Arbeitnehmer(innen) vgl. z.B. das *Handbuch für die betriebliche Praxis* (*BIH* 2002a).

Genau umgekehrt zu den Quoten der erhaltenen Beschäftigungsverhältnisse verhält es sich mit den Anteilen von Eintritten in längere Qualifizierungsmaßnahmen. So begannen im Vergleich zu den übrigen CMB-Klient(inn)en deutlich weniger schwerbehinderte oder gleichgestellte Arbeitnehmer(innen) eine solche länger dauernde Reha-Maßnahme. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, daß das Spektrum in Frage kommender Qualifikationsmöglichkeiten für viele Betroffene wegen des Schweregrades ihrer Behinderung erheblich eingeschränkt ist. Hinzu kommt, daß diese Personengruppe aufgrund der besonderen Schwierigkeiten bei der Stellensuche die Sicherheit des bestehenden Beschäftigungsverhältnisses oftmals positiver einschätzen dürfte als die mit einer beruflichen Qualifizierung und Neuorientierung verbundenen Chancen.

4.3.5.3.3 Berufliche und betriebliche Situation

Die Chance einer Weiterbeschäftigung im derzeitigen Betrieb dürfte wesentlich von der beruflichen Stellung und der Dauer des Beschäftigungsverhältnisses abhängen. Daneben spielt möglicherweise auch der ausgeübte Beruf eine Rolle, da in Abhängigkeit von der konkreten Tätigkeit sowohl die innerbetrieblichen Umsetzungsmöglichkeiten als auch die Kompensationsmöglichkeiten behinderungsbedingter Einschränkungen variieren können. Als weitere Einflußfaktoren sind die Betriebsgröße und die Branche zu berücksichtigen. Grundsätzlich erscheinen dabei zwei Überlegungen plausibel: Einerseits ist anzunehmen, daß Arbeitgeber in Kleinbetrieben aufgrund des engeren Kontakts zu ihren Mitarbeiter(inne)n und der typischerweise größeren Schwierigkeiten, geeignete Nachwuchskräfte zu rekrutieren, tendenziell stärker darum bemüht sind, eingearbeitete Mitarbeiter(innen) zu halten. Andererseits sind in kleinen Betrieben die Schwierigkeiten in der Regel größer, Arbeitsplätze behinderungsgerecht anzupassen oder geeignete Alternativarbeitsplätze zu finden.

Umgekehrt bestehen in Großbetrieben zwar seltener enge persönliche Beziehungen zwischen Personalverantwortlichen und Arbeitnehmer(inne)n, und die Substitution ausscheidender Mitarbeiter(innen) fällt hier auch leichter; doch verfügen große Unternehmen eher als Kleinbetriebe über Möglichkeiten, Beschäftigte innerbetrieblich umzusetzen oder behindertengerechte Arbeitsplätze einzurichten. Für höhere CMB-Erfolgschancen in Großbetrieben spricht außerdem, daß der Verbreitungsgrad sowie unter Umständen auch die Durchsetzungsfähigkeit und Professionalität der betrieblichen Arbeitnehmer(innen)vertretungen (Be-

triebs- oder Personalräte) mit der Betriebsgröße ansteigen[187]. Speziell schwerbehinderte Arbeitnehmer(innen) dürften in größeren Betrieben schließlich auch deshalb höhere Wiedereingliederungschancen haben, weil Betriebe ab 20 Mitarbeiter(innen) der Beschäftigungspflichtquote für schwerbehinderte bzw. gleichgestellte Menschen unterliegen, welche besondere finanzielle Anreize zur (Weiter-)Beschäftigung dieser Personengruppe schafft (vgl. *Abschnitt 4.3.5.3.2*).

Erwartungsgemäß steigt mit der *Dauer der Betriebszugehörigkeit* auch die Chance einer Weiterbeschäftigung (vgl. *Abbildung 82*).

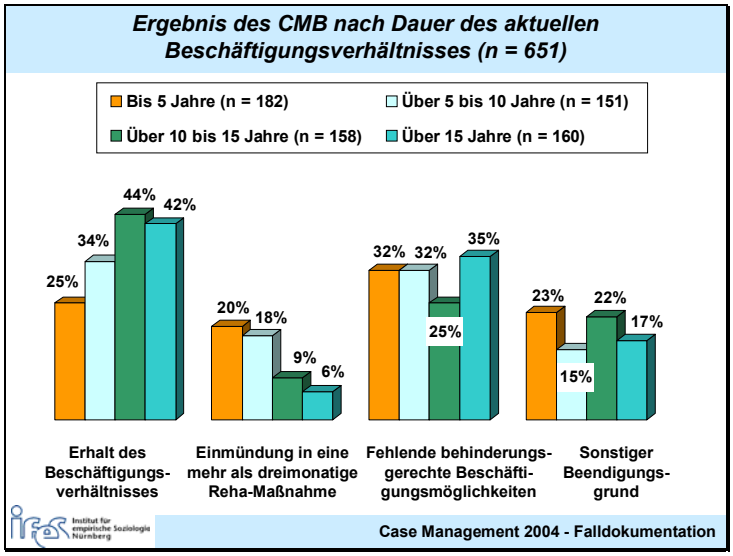


Abbildung 82

Umgekehrt entschließen sich Beschäftigte mit kurzer Betriebszugehörigkeit sehr viel häufiger zu einer längerfristigen Reha-Maßnahme. Als intervenierende Variable ist jedoch hier das Alter zu berücksichtigen. Wie aus *Abbildung 76* hervorgeht, nehmen vor allem junge Leute an Umschulungen teil, die aufgrund ihres Alters erst vergleichsweise kurze Zeit berufstätig sind. Hinzu kommt, daß in den ersten Berufsjahren die Bereitschaft zu einem Stellenwechsel höher ist als im späteren Verlauf der Berufstätigkeit.

Die bereits im Kontext der Berufsausbildung überprüfte Hypothese des Zusammenhangs zwischen beruflicher Qualifikation und einem erfolgreichen Abschluß des CMB-Prozesses bestätigt sich auch hinsichtlich der *Stellung im Beruf der zuletzt ausgeübten Tätigkeit* und dem *Erfolg von CMB* (vgl. *Abbildung 83*): bei un- und angelernten Arbeiter(inne)n ist die

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

Wahrscheinlichkeit einer Weiterbeschäftigung mit 31% am geringsten, bei Facharbeiter(inne)n in gehobener Position mit 43% am höchsten. Bei Angestellten bestehen geringfügig schlechtere Chancen als bei Facharbeiter(inne)n mit Führungsaufgaben. Dies hängt möglicherweise damit zusammen, daß bei den Angestellten nicht nach Qualifikationsniveau differenziert wurde.

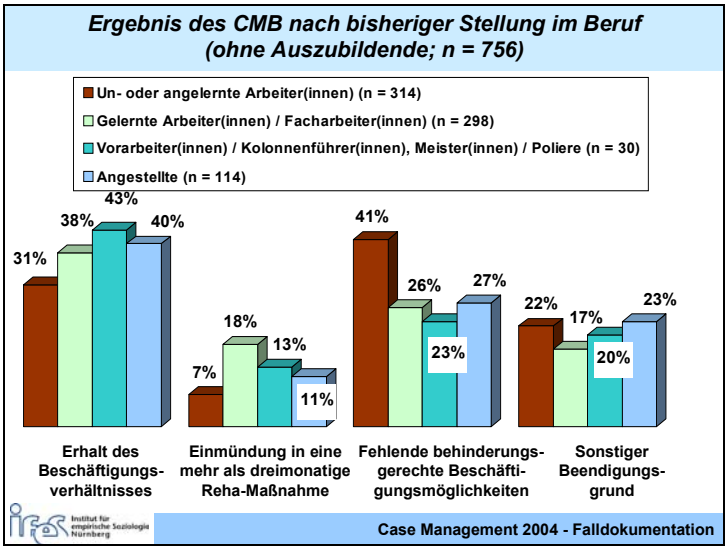


Abbildung 83

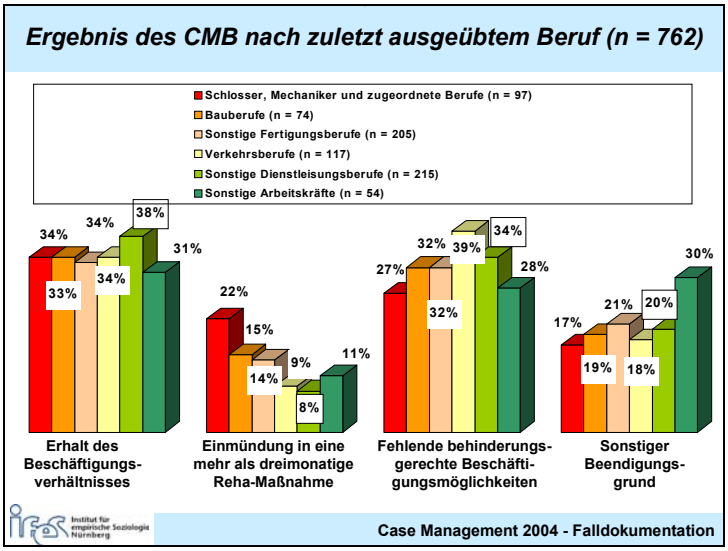


Abbildung 84

In Abhängigkeit vom *zuletzt ausgeübten Beruf* ergaben sich nur geringe Unterschiede hinsichtlich eines Erhalts des Beschäftigungsverhältnisses (vgl. *Abbildung 84*). Es fiel jedoch auf, daß Schlosser, Mechaniker und zugeordnete Berufe sehr viel häufiger an einer längerfristigen beruflichen Reha-Maßnahme teilnahmen als andere Berufsgruppen. Hingegen war

bei den Dienstleistungsberufen der Anteil der Rehabilitand(inn)en, die sich zu einer Weiterqualifizierung entschlossen, am geringsten. Dies dürfte damit zusammenhängen, daß in klassischen Handwerksberufen aufgrund der körperlichen Belastungen das Risiko einer berufsbedingten gesundheitlichen Einschränkung höher ist[188] und gleichzeitig in diesen Berufen weniger Möglichkeiten bestehen, den Arbeitsplatz so zu gestalten, daß er dem Leistungsvermögen behinderten Mitarbeiter(innen) gerecht wird. Für Personen dieser Berufsgruppen gibt es deshalb wohl oft keinen anderen Ausweg, als sich auf die Ausbildung in einem neuen Beruf einzulassen.

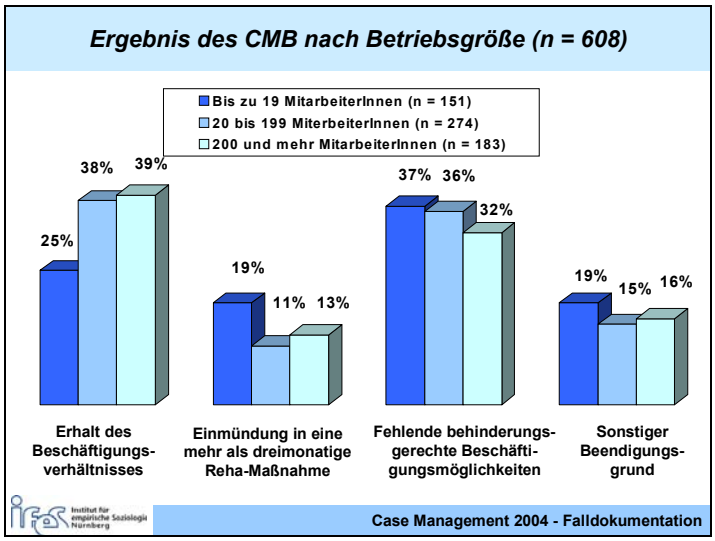


Abbildung 85

Abbildung 85 setzt die *Ergebnisse des CMB* zu dem Merkmal *Betriebsgröße* in Beziehung. Unterschieden wird dabei zwischen Betrieben mit bis zu 19 Mitarbeiter(inne)n, Betrieben mit 20 bis 199 Mitarbeiter(inne)n und Betrieben mit 200 und mehr Mitarbeiter(inne)n. Die Ergebnisse zeigen, daß mit der Anzahl der Beschäftigten auch der Anteil der gesundheitlich beeinträchtigten Mitarbeiter(innen) stieg, deren Arbeitsverhältnis mit Hilfe von CMB erhalten werden konnte. In Betrieben mit weniger als 20 Mitarbeiter(inne)n lag der Anteil erfolgreicher CMB-Fälle nur bei einem Viertel, in größeren Betrieben dagegen bei knapp 40%. Dabei ist bemerkenswert, daß es zwischen Betrieben mit 20 bis 199 Mitarbeiter(inne)n und solchen mit mehr Beschäftigten kaum Unterschiede gibt.[189] Dieses Ergebnis legt die Vermutung nahe, daß die Weiterbeschäftigung von behinderten Mitarbeiter(inne)n auch dadurch beeinflußt

[188] Für diese These spricht auch das Verhältnis von Arbeiter(inne)n und Angestellten unter den CMB-Teilnehmer(inne)n: nur 15% aller betreuten Personen waren im Angestelltenverhältnis tätig.

[189] Die Verteilung innerhalb der gebildeten Betriebsgrößenklassen zeigt, daß in der Klasse von 20 bis 199 Mitarbeiter(inne)n, Betriebe zwischen 20 und 50 Mitarbeiter(inne)n überrepräsentiert sind. In der Größenklasse ab

wird, ob in ihrem Betrieb Regelungen zum Schutz von schwerbehinderten und ihnen gleichgestellten Arbeitnehmer(inne)n gelten. Dies ist in Betrieben ab 20 Personen der Fall.

Erstaunlicherweise ergaben sich in Abhängigkeit von der Betriebsgröße nur geringe Unterschiede im Hinblick auf fehlende behinderungsgerechte Beschäftigungsmöglichkeiten als Ablehnungsgrund für eine Weiterbeschäftigung. Auffällig ist außerdem, daß Klient(inn)en aus Betrieben mit weniger als 20 Mitarbeiter(inn)en sich deutlich öfter zu einer längerfristigen Reha-Maßnahme entschlossen haben als jene aus größeren Betrieben. Möglicherweise ist dies u.a. damit zu erklären, daß in kleineren Unternehmen weniger Möglichkeiten einer internen Weiterqualifizierung bestehen und Mitarbeiter(innen) mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen deshalb darauf angewiesen sind, zum Erhalt ihrer Erwerbsfähigkeit an externen Bildungsmaßnahmen teilzunehmen. Berücksichtigt man, daß fast die Hälfte der CMB-Klientel in Betrieben mit bis zu 50 Arbeitnehmer(innen) beschäftigt ist[190], so sollte verstärkt versucht werden, Betriebe dieser Größenklassen dabei zu unterstützen, behinderten Mitarbeiter(innen) den Zugang zu berufsbegleitenden Qualifizierungsmaßnahmen zu ermöglichen, um so deren Ausgliederung aus dem Betrieb zu vermeiden.

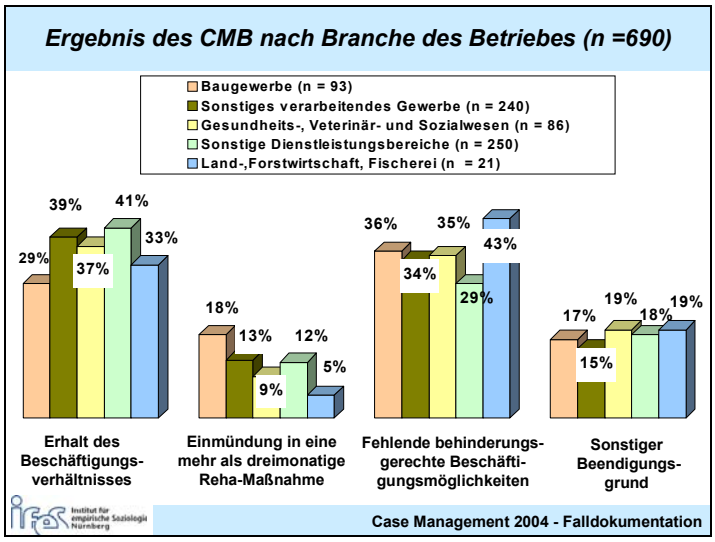


Abbildung 86

Eine Differenzierung nach *Branchen* zeigte, daß die Ausgliederungsverhinderung im Baugewerbe mit 29% am seltensten und im (sonstigen) Dienstleistungsbereich mit 41% am häufigsten gelingt (vgl. *Abbildung 86*). Dies erscheint insofern plausibel, als es in der Baubranche

200 Arbeitnehmer(inne)n beschäftigen etwa jeweils gleich viele Betriebe 200 bis 500 bzw. mehr als 900 Personen (vgl. *Abbildung 61* in *Abschnitt 4.3.3*).

190 Vgl. *Abschnitt 4.3.3*

zweifellos schwieriger ist, einen Arbeitsplatz behindertengerecht zu gestalten als im Dienstleistungssektor.

4.3.5.3.4 Rahmenbedingungen beim Zugang zum CMB

In den vorausgegangenen Abschnitten wurde der Zusammenhang zwischen Erfolg von CMB und persönlichen, beruflichen und betrieblichen Merkmalen der Klient(inn)en untersucht. Im folgenden geht es nun um den Einfluß von institutionellen und arbeitsmarktbedingten Einflüssen auf das Ergebnis von CMB-Prozessen.

Dabei stehen folgende Fragen im Mittelpunkt:

- Welcher Zeitraum lag zwischen Beginn der letzten Arbeitsunfähigkeit und der ersten Kontaktaufnahme mit dem Betrieb (Ausgliederungsdauer)?
- Welche Institution initiierte die Betreuung der Klient(inn)en in Form von CMB?
- Wie wirkte sich die Arbeitsmarktlage in der jeweiligen Region aus?
- Ergaben sich im Verlauf des Modellprojekts Unterschiede hinsichtlich des CMB-Erfolgs?

Hinter diesen Fragestellungen stehen folgende Hypothesen:

- Je kürzer die Ausgliederungsdauer ist, desto höher sind die Chancen, durch Case Management ein Beschäftigungsverhältnis zu retten.
- Die einzelnen Institutionen haben unterschiedliche Möglichkeiten, Klient(inn)en frühzeitig an eine CMB-Stelle zu verweisen. Es wird vermutet, daß die Krankenkassen besonders gut in der Lage sind, ihre Versicherten frühzeitig auf CMB aufmerksam zu machen.
- Je besser die Arbeitsmarktlage in einer Modellregion ist, desto größer sind die Chancen, durch CMB die Aufrechterhaltung eines Beschäftigungsverhältnisses zu erreichen.
- Mit zunehmenden Erfahrungen bei der Betreuung von CMB-Klient(inn)en sind höhere Erfolgsquoten erzielbar.

Die empirischen Ergebnisse zeigen, daß sich zwischen *Ausgliederungsdauer* und CMB-Erfolg kein systematischer Zusammenhang nachweisen läßt (vgl. *Abbildung 87*). Zwar gelang es bei Klient(inn)en, bei denen zwischen letzter *Arbeitsunfähigkeit und Kontaktaufnah-*

me der CMB-Stelle mit dem Betrieb maximal 6 Monate lagen, am häufigsten, eine Weiterbeschäftigung zu erreichen; Personen, mit einer Ausgliederungsdauer zwischen 6 und 12 Monaten, schnitten jedoch hinsichtlich einer Weiterbeschäftigung deutlich schlechter ab als jene, die bereits länger als ein Jahr arbeitsunfähig waren.

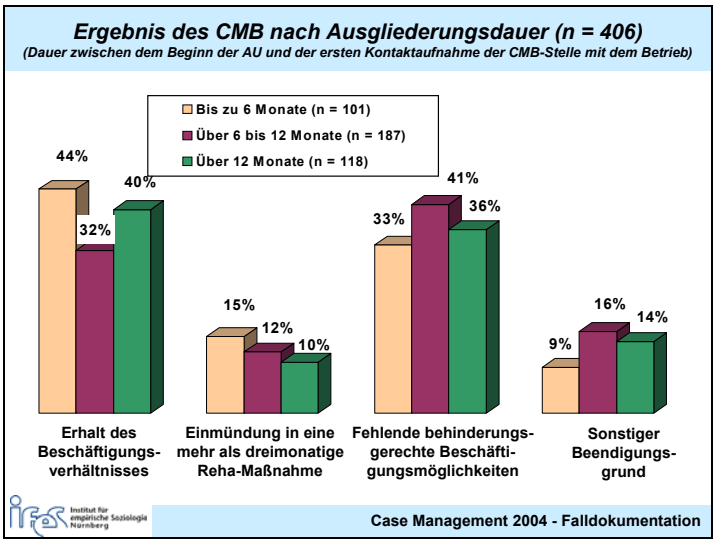


Abbildung 87

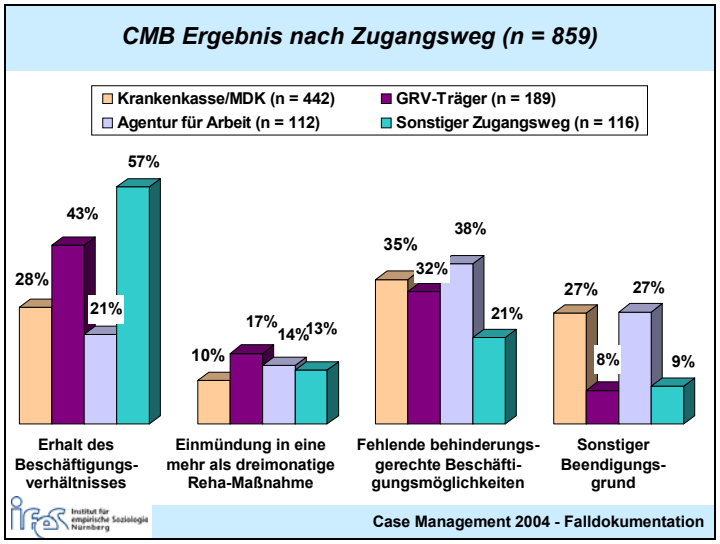


Abbildung 88

Betrachtet man den *Erfolg von CMB* in Abhängigkeit vom *Zugangsweg*, so fällt zunächst auf, daß CMB-Prozesse mit 57% dann besonders erfolgreich waren, wenn die CMB-Teilnahme nicht von einem der drei großen Reha-Träger - Krankenkasse, *Agentur für Arbeit* und gesetzliche Rentenversicherung - initiiert wurde, sondern auf einem *sonstigen Wege* zustande kam (vgl. *Abbildung 88*). Dabei umfaßt die Kategorie *sonstiger Zugangsweg* die Anregung zum

CMB durch Ärzte, Reha-Kliniken, Arbeitgeber, Kolleg(inn)en, Schwerbehindertenvertretung, Berufsgenossenschaft, Hauptfürsorgestellen, berufsbegleitenden Dienst, Integrationsfachdienste, Integrationsamt, Gewerkschaften, Selbsthilfegruppen u.ä..

Möglicherweise läßt sich der überdurchschnittlich hohe Erfolg dieser Stellen dadurch erklären, daß die meisten davon in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Arbeitsleben der Betroffenen stehen und dadurch über andere Einflußmöglichkeiten verfügen als die Institutionen der Reha-Träger. Bei einem Interesse betriebsinterner Instanzen an CMB dürften außerdem in den meisten Fällen die grundsätzliche Bereitschaft zur Weiterbeschäftigung der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters gegeben sein, so daß hier weniger Überzeugungsarbeit geleistet werden muß als bei Initiierung von CMB durch einen Reha-Träger. Möglicherweise spielte hier auch eine verstärkt auf diese Akteure ausgerichtete Öffentlichkeitsarbeit eine Rolle.[191] Berücksichtigt man jedoch die vielen Instanzen, die unter der Kategorie *sonstiger Zugangsweg* zusammengefaßt sind und die Gesamtzahl der Fälle, die durch diese Personen bzw. Stellen auf CMB aufmerksam gemacht wurden, so kommt diesen derzeit nur untergeordnete Bedeutung zu. Eine stärkere Nutzung dieser Zugangswege bei der Einleitung von CMB wäre zweifellos wünschenswert, um den Erfolg von CMB weiter zu verbessern.

Beim Zugang durch einen der drei großen Reha-Träger war der Erfolg mit 43% am höchsten, wenn der Erstkontakt über die gesetzliche Rentenversicherung erfolgte, gefolgt von der Krankenkasse (28%). Die schlechtesten Ergebnisse wurden erzielt, wenn eine Arbeitsagentur den Anstoß zu CMB gab (21%). Dies ist wohl darauf zurückzuführen, daß letztere erst relativ spät in den Rehabilitationsprozeß eingeschaltet werden und somit bereits viel Zeit verstrichen ist, bis CMB eingeleitet werden kann.

Der Definition der *Arbeitsmarktlage* liegt die Klassifikation der Eingliederungsbilanzen der *Bundesagentur für Arbeit* aus dem Jahr 2002 zugrunde.[192] Sie umfasst unterschiedliche Merkmale wie Grad der Unterbeschäftigung, Bevölkerungsdichte, Bewegung am Arbeitsmarkt, Anteil von Sozialhilfeempfängern und anderen Problemgruppen u.ä.. Die in das Modellprojekt einbezogenen Standorte gehörten folgenden Kategorien an:

Typ 1[193]: Bezirke in Ostdeutschland mit dominierendem Arbeitsplatzdefizit. Hierzu zählen alle Modellstandorte in den neuen Bundesländern. Die Kategorie ist gekennzeichnet durch hohe Unterbeschäftigung und geringe bis mäßige Bewegung am

---

191 Vgl. *Abschnitt 4.2.3.1*

192 Vgl. *Bundesanstalt für Arbeit* 2003a

193 Es handelt sich um eine Zusammenfassung von Typ 1a-1c der o.g. Typenbildung, die den Eingliederungsbilanzen der *Bundesagentur für Arbeit* zugrunde liegen; siehe *Bundesanstalt für Arbeit* 2003

Arbeitsmarkt. Die Arbeitslosenquote lag 2002 an den Standorten des Modellprojekts zwischen 14,9% und 23,1%.[194]

Typ 3a[195]: Mittelständische und ländliche Gebiete in Westdeutschland mit überdurchschnittlicher Arbeitslosigkeit. Gebiete dieses Typs zeichnen sich durch eine für Westdeutschland überdurchschnittlich hohe Arbeitslosigkeit und mäßige Bewegung am Arbeitsmarkt aus. Der Anteil von Sozialhilfeempfängern und anderen Problemgruppen ist überdurchschnittlich hoch. Die Arbeitslosenquote an diesem Standort liegt bei 11,5%.

Typ 4: Zentren in Westdeutschland mit guter Arbeitsmarktlage und hoher Dynamik. In ihnen ist die Unterbeschäftigung gering, die Bevölkerungsdichte hoch und die Bewegung am Arbeitsmarkt sehr hoch. Der Anteil von Saisonbeschäftigung ist gering, der Anteil an Sozialhilfeempfängern und Problemgruppen überdurchschnittlich hoch. Die Arbeitslosigkeit an diesen Standorten liegt zwischen 6,6% und 7,6%.

Typ 5: Bezirke in Westdeutschland mit guter Arbeitsmarktlage und hoher Dynamik. Hierzu zählen ländliche und mittelstandsstrukturierte Bezirke mit günstiger Arbeitsmarktlage. Die Unterbeschäftigung ist unterdurchschnittlich, der Anteil von Sozialhilfeempfängern und Problemgruppen ebenfalls. Die Bevölkerungsdichte ist durchschnittlich bis gering, z.T. ist der Anteil der Saisonbeschäftigung sehr hoch. Die Arbeitslosigkeit liegt hier zwischen 5,3% und 7,4%.

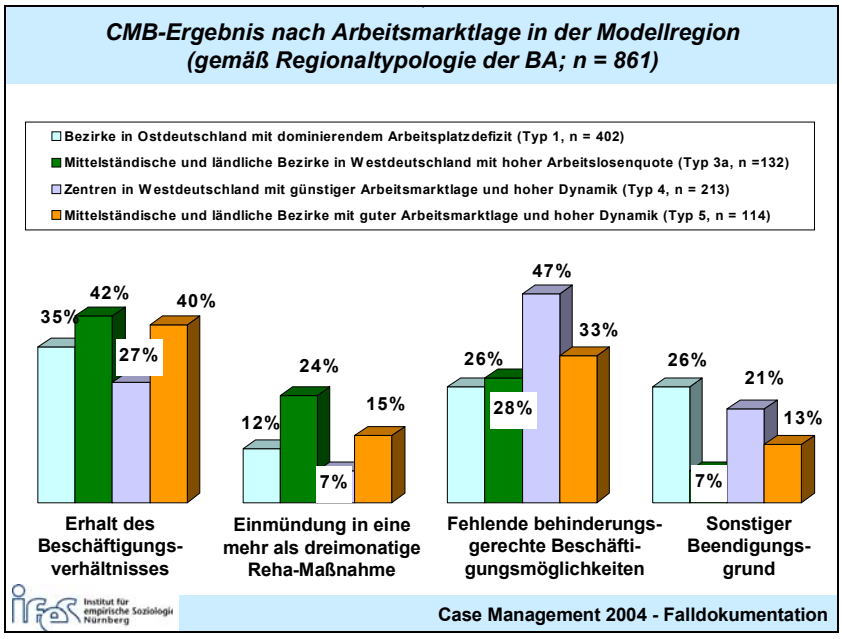


Abbildung 89

Die Erwartung, daß sich eine günstige Arbeitsmarktlage positiv auf das CMB-Ergebnis auswirkt, wurde allerdings durch die empirischen Ergebnisse nicht belegt (vgl. *Abbildung 89*).

---

194 Vgl. *IAB* 2003: Übersicht 4.3., es handelt sich dabei um die Arbeitslosenquoten im Jahresdurchschnitt.

Mittelständische und ländliche Bezirke in Westdeutschland mit überdurchschnittlich hoher Arbeitslosigkeit (Typ 3a) schnitten am besten ab, gefolgt von mittelständischen und ländlichen Bezirken mit guter Arbeitsmarktlage (Typ 5). An dritter Stelle standen Bezirke in Ostdeutschland mit dominierendem Arbeitsplatzdefizit (Typ 1), und das Schlußlicht bildeten erstaunlicherweise westdeutsche Ballungszentren mit guter Arbeitsmarktlage und hoher Dynamik (Typ 4).

Eine Studie der *Bundesagentur für Arbeit,*[196] kam im Hinblick auf die Integration von Schwerbehinderten zu ganz ähnlichen Befunden Demnach ist für die Beschäftigung der Klienten weniger die Marktsituation als die Bereitschaft der Betriebe – vor allem aufgrund persönlicher Ansprache – für die Vermittlungsmöglichkeiten entscheidend.

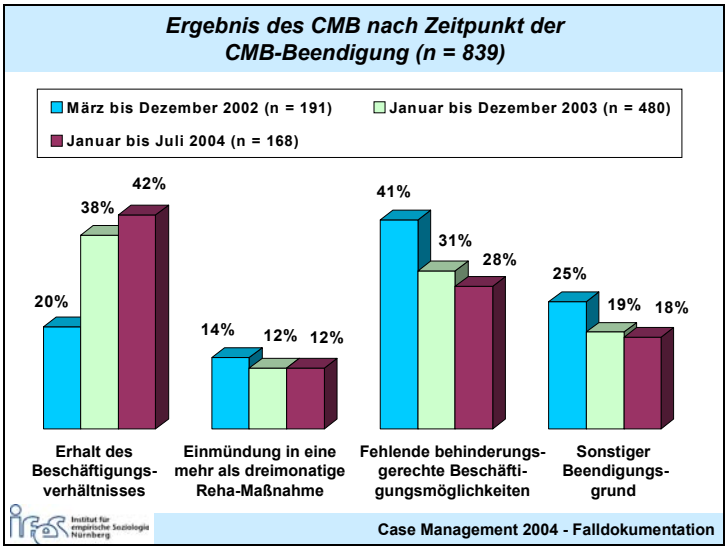


Abbildung 90

Die Überprüfung des Zusammenhangs zwischen *Projektdauer* und *CMB-Erfolg* beruht auf der Hypothese, daß mit zunehmender Erfahrung der Case Manager(innen) und der Entwicklung von Kooperationsnetzwerken der Erfolg der Maßnahme steigt. *Abbildung 90* zeigt im ersten Jahr (März bis Dezember 2002) eine erheblich geringere Erfolgsquote als in den beiden folgenden Jahren. Zwischen dem zweiten und dem dritten Modelljahr ergaben sich dagegen kaum Unterschiede. Dies deutet darauf hin, daß im wesentlichen das erste Jahr dazu diente, Kontakte zu knüpfen, das erforderliche Netzwerk aufzubauen und Erfahrungen mit dem neuen Konzept zu sammeln.

---

[195] Ein Standort entsprach Typ 3a, so daß hier anstelle der allgemeineren Kategorie 3 nur dieser Typ beschrieben wird.

[196] Vgl. *Schröder / Steinwede* 2004: 64

4.3.5.4 Auswertung für einzelne Ergebniskategorien

4.3.5.4.1 Erhaltene Beschäftigungsverhältnisse

Von den Rehabilitand(inn)en, die in ihrem bisherigen Betrieb weiterbeschäftigt wurden, kehrte über die Hälfte an ihren bisherigen Arbeitsplatz zurück (vgl. *Abbildung 91*). Weitere 40% konnten innerhalb ihres Betriebes auf einen anderen Arbeitsplatz umgesetzt werden und nur in 7% der Fälle wurde für die behinderten Mitarbeiter(innen) ein neuer Arbeitsplatz geschaffen.

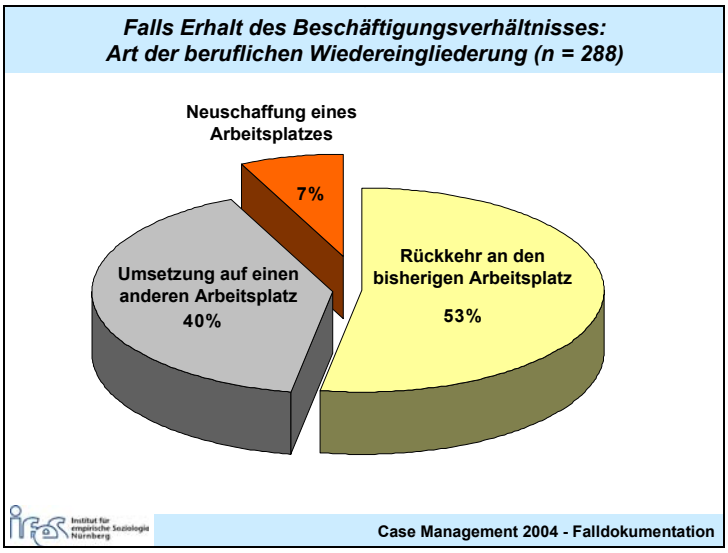


Abbildung 91

Eine Fortsetzung des Beschäftigungsverhältnisses von CMB-Adressat(inn)en ging in 40% der Fälle mit veränderten Arbeitsinhalten einher, bei 24% war eine Veränderung der Arbeitsabläufe notwendig und bei 11% war eine Reduzierung des Arbeitsumfangs erforderlich, um den Arbeitsplatz behinderungsgerecht zu gestalten (vgl. *Abbildung 92*). Über ein Viertel der Rehabilitand(inn)en benötigte eine Einarbeitung, um den veränderten Anforderungen gerecht zu werden und bei über einem Drittel war die betriebliche Wiedereingliederung sogar mit einem Berufswechsel verbunden. Bei 20% der wiedereingegliederten Rehabilitand(inn)en erhielt der Arbeitgeber einen Eingliederungszuschuß. In 17% der erfolgreichen CMB-Fälle genügte es, den Arbeitsplatz technisch oder baulich zu verändern. Der berufliche Wiedereinstieg erfolgte bei mehr als einem Drittel der Klient(inn)en in Form von stufenweiser Wiedereingliederung. Bei 21% der erfolgreich wieder eingegliederten Klient(inn)en waren neben der CMB-Betreuung keine weiteren Maßnahmen erforderlich.

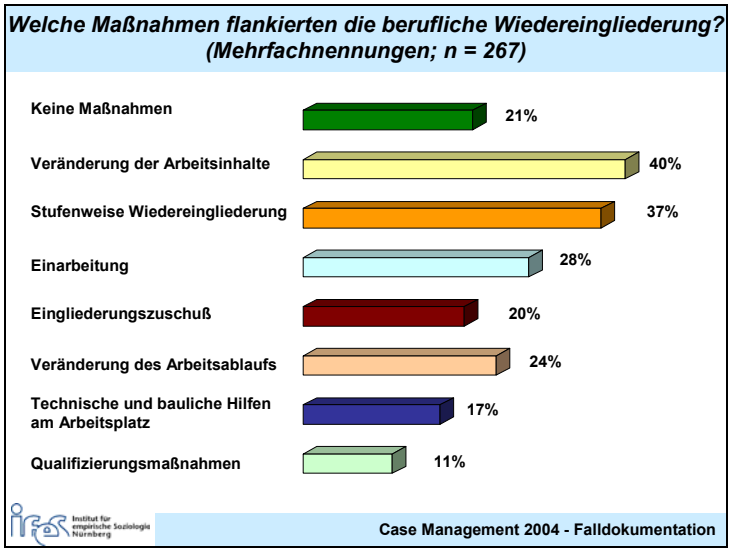


Abbildung 92

Insgesamt betrug die Dauer der CMB-Betreuung bei Klient(inn)en, die in ihrem Betrieb weiterbeschäftigt wurden, im Mittel 19 Wochen (Median) (vgl. *Abbildung 93*). Für die Phase vom ersten Betriebskontakt der CMB-Stelle bis zum Abschluß von CMB waren ím Mittel 15,3 Wochen erforderlich. Dies zeigt, daß der Großteil der Betreuungsdauern auf die Verhandlungsphase mit dem Betrieb und die Umsetzung der geplanten Anpassungsmaßnahmen entfällt. Die im Einzelfall erforderlichen Zeiten für den gesamten CMB-Prozeß sowie für die Phase vom ersten Betriebskontakt bis Ende des CMB-Prozesses weichen jedoch teilweise erheblich von den Medianwerten ab. So betrug bei dem Viertel der Klient(inn)en mit den längsten CMB-Zeiten die Dauer der Betreuung zwischen 33 und 114 Wochen.

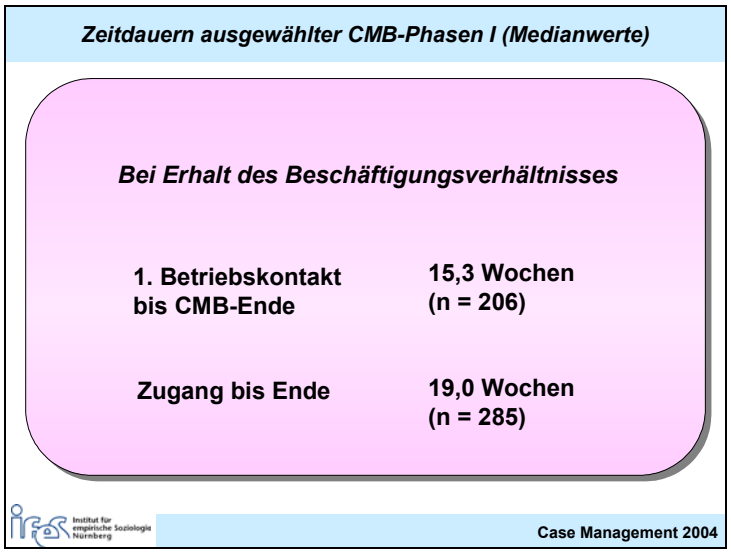
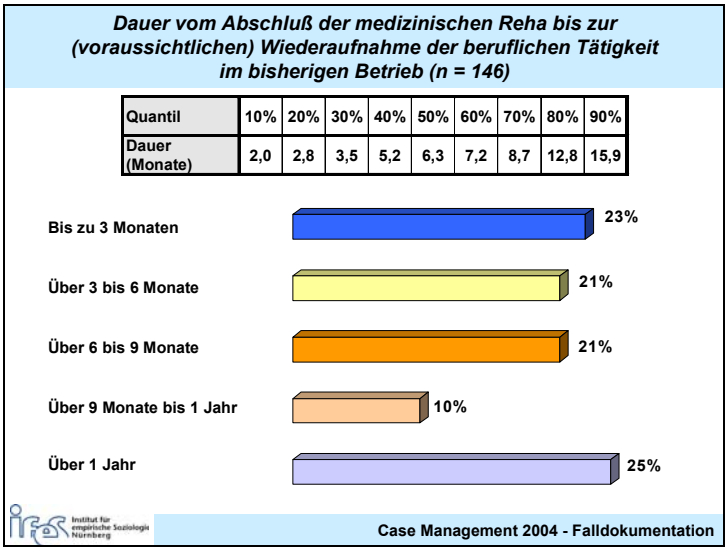


Abbildung 93

Vergleicht man die *Dauer vom CMB-Zugang bis zum Ende des CMB* (19 Wochen) mit der Zeitdauer, die insgesamt *zwischen Abschluß der medizinischen Rehabilitation und der Wiederaufnahme der Arbeit im bisherigen Betrieb* verstrich (vgl. *Abbildung 94*), so wird deutlich, daß letztere mit 6,7 Monaten (Median) um mehr als die Hälfte länger war. Auch hier ist die hohe Streuung zu berücksichtigen: Die kürzesten Verläufe umfassen einen Zeitraum von bis zu 3 Monaten, die längsten dauerten mehr als ein Jahr. Hinzu kommt, daß den Case Manager(inne)n oftmals keine Informationen über den genauen Zeitpunkt der tatsächlichen beruflichen Wiedereingliederung vorlagen. Berücksichtigt man jedoch die Ergebnisse zu den einzelnen CMB Phasen aller betreuten Klient(inn)en (vgl. *Abbildung 67* und *68* in *Abschnitt 4.3.4*), so ergibt sich zwischen dem *Abschluß der medizinischen Rehabilitation* und dem *Beginn der CMB-Betreuung* im Mittel ein Zeitraum von 12,7 Wochen.



Quantil	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%
Dauer (Monate)	2,0	2,8	3,5	5,2	6,3	7,2	8,7	12,8	15,9

Abbildung 94

Diese Diskrepanz zwischen dem für CMB erforderlichen Zeitraum und der Dauer vom Abschluß der medizinischen Rehabilitation bis zur Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit liegt möglicherweise darin begründet, daß die Case Manager(innen) häufig erst zu einem relativ späten Zeitpunkt vom Betreuungsbedarf der Klient(inn)en erfahren. Die Zuweisungspraxis durch die einzelnen Stellen ist dabei recht unterschiedlich: Gelegentlich erfolgte eine Zuweisung zu einem so frühen Zeitpunkt, daß eine CMB-Betreuung noch nicht sinnvoll erscheint,[197] häufig wurde eine solche Betreuung erst dann in Erwägung gezogen, wenn die Rehabilitand(inn)en bereits seit längerer Zeit aus dem Arbeitsprozeß ausgegliedert oder zumindest davon bedroht waren.

[197] Insgesamt kamen im Rahmen des Modellprojekts 9% der initiierten CMB-Betreuungen aufgrund eines zu frühen Zeitpunkts nicht zustande (vgl. *Abschnitt 4.3.1, Abbildung 34*).

4.3.5.4.2 Eintritt in eine mehr als drei Monate dauernde Reha-Maßnahme

Im Rahmen von CMB entschieden sich 13% der Rehabilitand(inn)en für die Teilnahme an einer Qualifizierungsmaßnahme von mindestens drei Monaten (vgl. *Abbildung 73*): Davon begannen 68% eine Umschulung, 9% nahmen an einer kürzeren Weiterbildungsmaßnahme teil und 22% an sonstigen Maßnahmen.

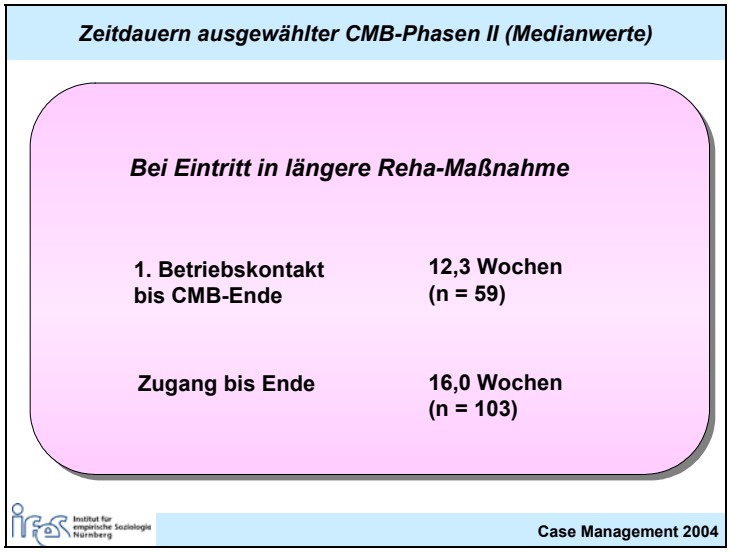


Abbildung 95

Bei dieser Teilpopulation betrug die CMB-Betreuung im Mittel 16 Wochen (vgl. *Abbildung 95*). Diese im Vergleich zu den CMB-Fällen mit Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses (19 Wochen) deutlich kürzere Dauer dürfte im wesentlichen darauf zurückzuführen sein, daß in den meisten dieser Fälle die Möglichkeit einer Weiterbeschäftigung relativ schnell ausgeschlossen werden konnte bzw. sich anbot aufgrund von Merkmalen wie Alter oder Qualifikation der Rehabilitand(inn)en eine mehr als 3-monatige Qualifizierungsmaßnahme einzuleiten.

4.3.5.4.3 Beendigung des CMB aus sonstigen Gründen

Die folgenden Abschnitte beschäftigen sich mit der Gruppe von Klient(inn)en, bei denen weder das Beschäftigungsverhältnis erhalten, noch eine länger als drei Monate andauernde

Qualifizierungsmaßnahme realisiert werden konnte.[198] Insgesamt war dies bei 52% der Rehabilitand(inn)en der Fall, die im Rahmen des Modellprojekts betreut wurden. In den *Abbildungen 96* bis *98* werden die Gründe für das Scheitern dieser CMB-Betreuungen und in *Abbildung 99* die zusätzlichen Service-Leistungen dargestellt, die die CMB-Stellen über das CMB hinaus erbrachten.

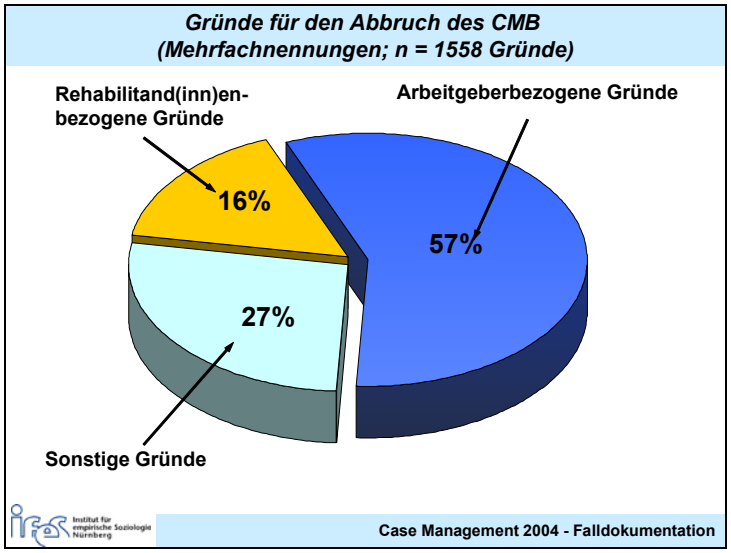


Abbildung 96

Die *Abbildung 96* illustriert zunächst die von den CMB-Stellen dokumentierten Gründe für erfolglose CMB-Abschlüsse (nachfolgend *Abbrüche* genannt). Hierbei wird zwischen arbeitgeberbezogenen, klient(inn)enbezogenen und sonstigen Abbruchgründen unterschieden. Da die Case-Manager(innen) jeweils Mehrfachantworten geben konnten, liegt die Zahl der genannten Gründe (1.558) über der Anzahl der erfolglos abgeschlossenen CMB–Fälle (441). Daraus wird deutlich, daß die Abbrüche von CMB in der Regel nicht monokausal begründet wurden, sondern im Durchschnitt 3,5 Gründe beim Abbruch von CMB eine Rolle spielten.

Ordnet man die Nennungen den drei unterschiedlichen Kategorien zu, so zeigte sich, daß 57% der angeführten Abbruchgründe der *Arbeitgeberseite* zugerechnet werden können, bei 16% der Fälle handelte es sich um *rehabilitand(inn)enbezogene* Gründe und beim Rest um *sonstige* Gründe.

Welche Sachverhalte sich hinter diesen Kategorien im einzelnen verbergen, zeigen die *Abbildungen 97* und *98*. Im Gegensatz zur *Abbildung 96* geben die Prozentangaben in diesen

[198] Die im folgenden untersuchte Teilpopulation umfaßt sowohl diejenigen Fälle, die in den *Abbildungen 73* bis *90* jeweils als CMB-Abschlüsse wegen „fehlender behinderungsgerechter Beschäftigungsmöglichkeiten“ bzw. als „CMB-Beendigung aus sonstigen Gründen“ ausgewiesen wurden.

Darstellungen jeweils an, in wieviel Prozent der Fälle (nicht der Nennungen) der betreffende Umstand – neben anderen möglichen Gründen – zur erfolglosen Beendigung des CMB geführt hat. Der mit 58% häufigste Abbruchgrund lag demnach in fehlenden Möglichkeiten zur behinderungsgerechten Weiterbeschäftigung der Arbeitnehmer(innen) (*Abbildung 97*). In 32% der Fälle schätzten die Arbeitgeber die verbleibende Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter(innen) als zu gering ein, um die bisherige Tätigkeit weiterhin bewältigen zu können. In 16% der Fälle war die schlechte Wirtschaftslage des Betriebes für das Scheitern der Eingliederungsbemühungen verantwortlich und 11% der Fälle endeten ohne Erfolg, weil sich das Unternehmen im Rationalisierungsprozeß befand. In weiteren 10% der Fälle hielten Arbeitgeber die Rehabilitand(inn)en aufgrund ihrer fehlender Qualifikationen für schwer einsetzbar und nur 2% wurden wegen unangemessenem Verhalten nicht mehr weiterbeschäftigt.

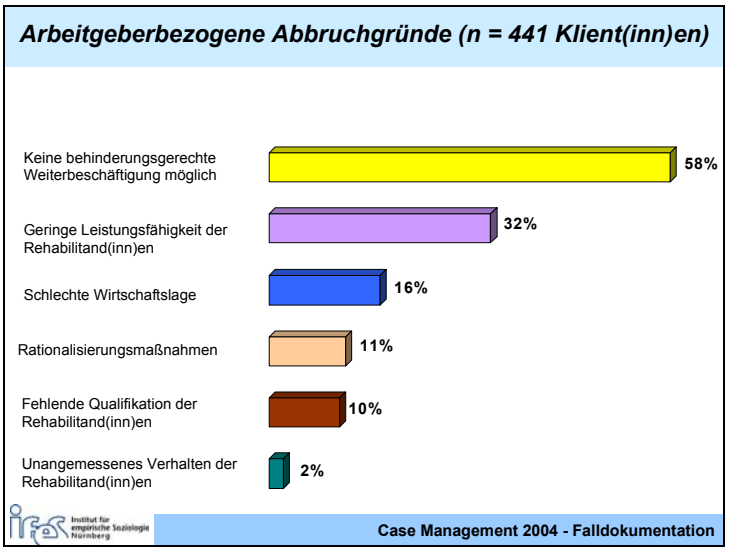


Abbildung 97

Wendet man sich nun den klient(inn)enbezogenen Abbruchgründen zu, so zeigt sich, daß die häufigste Ursache für den Abbruch von CMB der schlechte Gesundheitszustand der Rehabilitand(inn)en war (20%) (*Abbildung 98*). In 14% der Fälle erfolgte der CMB-Abbruch als Reaktion auf die Kündigung des Arbeits- oder Ausbildungsverhältnisses durch die Klient(inn)en. Und in 8% der Fälle wurde CMB eingestellt, weil die Rehabilitand(inn)en nicht mit den Vorschlägen der CMB-Stelle einverstanden waren. Weitere 6% der Klient(inn)en untersagten eine Kontaktaufnahme zum Arbeitgeber und verhinderten damit die weitere Betreuung durch die CMB-Stelle. Ebenfalls 6% der Fälle wurden wegen des bereits ausgeschöpften Zeitrahmens abgebrochen. 3% der Adressat(inn)en konnten schließlich nicht weiter betreut werden, weil der zuständige Reha-Träger den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben abgelehnt hatte.

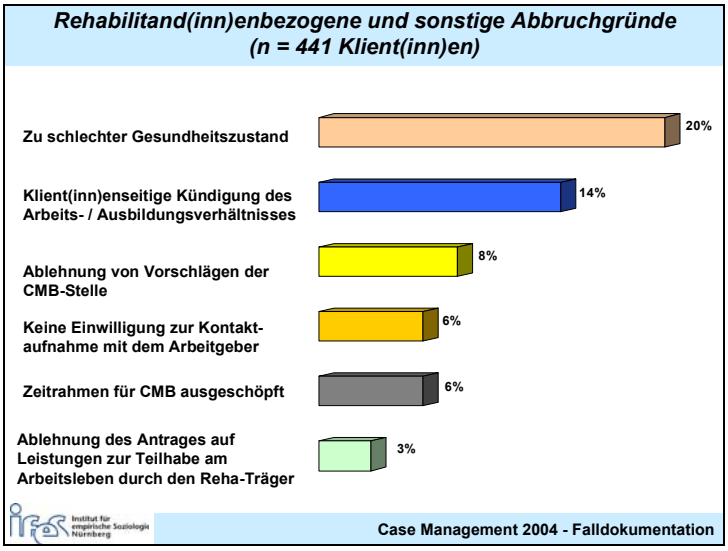


Abbildung 98

Falls CMB ohne Erfolg beendet werden mußte, konnten die CMB-Stellen ihren Rehabilitand(inn)en *alternative Serviceleistungen* anbieten (vgl. *Abbildung 99*). 24% der erfolglosen Klient(inn)en wurden an Arbeitsagenturen und weitere 31% an andere Betreuungsstellen, z.B. das Integrationsamt, vermittelt. In 20% der Fälle wurden die Klient(inn)en von der jeweiligen CMB-Stelle weiter betreut, und 16% der Rehabilitand(inn)en wurden im Anschluß an die CMB-Betreuung bei der Rentenantragstellung unterstützt.

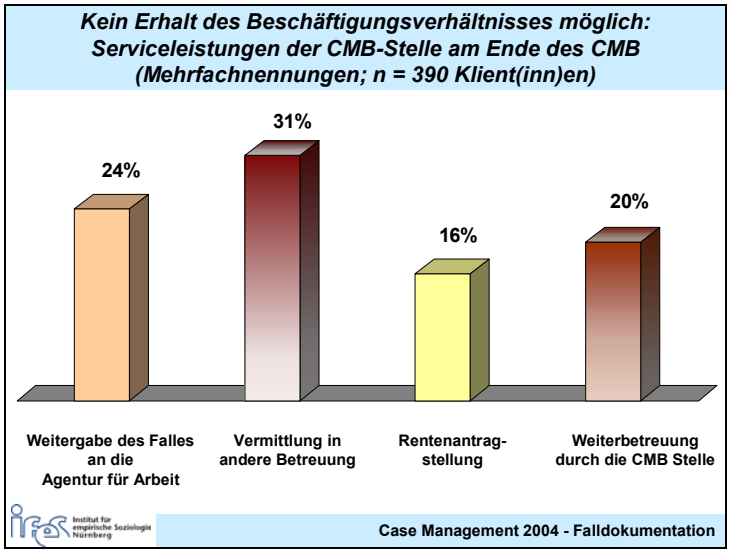


Abbildung 99

Die Darstellung des *Klient(inn)enstatus zum Zeitpunkt des Abbruchs von CMB* in *Abbildung 100* zeigt, daß die meisten Betroffenen (73%) noch bei ihrem bisherigen Arbeitgeber beschäftigt waren. Allerdings waren nur 9% dieser Klient(inn)en auch tatsächlich arbeitsfähig. Der Großteil (91%) der Rehabilitand(inn)en war zum Abbruchzeitpunkt arbeitsunfähig, was

vermuten läßt, daß in vielen dieser Fälle die Kündigung des Arbeits- / Ausbildungsverhältnisses unmittelbar drohte oder vom Arbeitgeber bereits ausgesprochen worden war (für die gesamten CMB-Abbrüche ergibt sich bezüglich der Arbeitsunfähigkeit ein Anteil von 82%). 19% der Rehabilitand(inn)en hatten bei CMB-Abbruch ihre Arbeit bereits verloren und 7% der Betroffenen bezogen eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung.

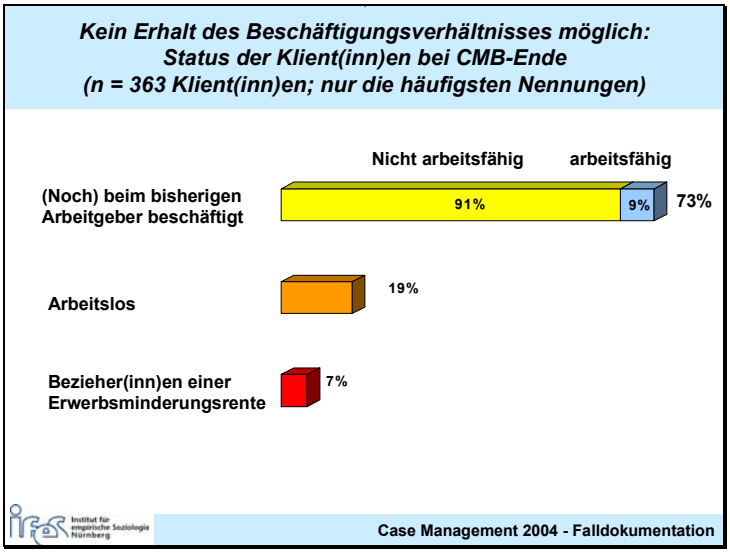


Abbildung 100

4.3.6 Wirtschaftlichkeitsanalyse des CMB

4.3.6.1 Einsatz der Kosten-Nutzen-Analyse (KNA) als Entscheidungshilfe

Die Koordination von Angebot und Nachfrage nach Dienstleistungen im Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben, in dem CMB wirkt und wirken soll, wird nicht vom Markt, sondern von staatlichen Institutionen übernommen, so daß der Preis nicht mehr als Knappheitsindikator bzw. Koordinationsmechanismus für die Bestimmung von Art, Umfang und Zeitpunkt der von den Betroffenen benötigten Leistungen dienen kann.[199] Als Hilfestellung für die gesellschaftliche Entscheidungsfindung kann die Kosten-Nutzen-Analyse (KNA) herangezogen werden. Die KNA ist ein gangbares Evaluationsinstrument, ihre Ergebnisse können als eine Grundlage zur Entscheidungsvorbereitung dienen, aber keinesfalls die Entscheidung selbst überflüssig machen.

[199] Nach dem Opportunitätskostenansatz spiegelt der Marktpreis die Opportunitätskosten (Kosten der nicht gewählten Handlungsmöglichkeit) des Ressourcenverbrauchs wider und zwar auf den funktionierenden Märkten (kein Marktversagen) mit einer Vielzahl Anbieter und Nachfrager sowie ohne staatliche Interventionen.

Die KNA erfaßt theoretisch sämtliche und in der Realität die „relevanten“ Aufwendungen und Erträge einer bestimmten Maßnahme und stellt sie einander gegenüber. Der Hauptzweck einer Kosten-Nutzen-Analyse ist nicht eine übliche Investitionsrechnung, sondern vielmehr eine System-Analyse, die die Entscheidungen und die ihr zugrundeliegenden Wertungen transparent, nachvollziehbar und u. U. kritisierbar machen soll.[200] Es sollen auch diejenigen Vor- und Nachteile einer Maßnahme erschlossen werden, welche sich nicht nur beim Verursacher der Maßnahme, sondern auch bei unbeteiligten Dritten ergeben können.[201] Während die KNA ursprünglich nur rein ökonomische Aspekte einbezog, wurden die neueren Studien problemadäquat erweitert, in dem sie auch die nicht geldwertmäßig ausdrückbaren Komponenten (intangible Effekte) berücksichtigen. Außerdem muß die Kosten-Nutzen-Analyse einer geplanten Maßnahme insbesondere im Bereich der beruflichen Rehabilitation, supplementär zu ökonomischen und sozialen Komponenten, die beiden Betrachtungsebenen der klient(inn)enbezogenen Mikrodaten und der gesellschaftlichen Makrodaten, beinhalten.

Prinzipiell kann die Entscheidungsfindung durch Vergleich einer bestimmten Maßnahme mit der Nullvariante (keine Handlungsalternative) oder durch die Gegenüberstellung verschiedener alternativer Maßnahmen erfolgen. An dieser Stelle wird im Zuge der kausalen Evaluation, die Situation von gesundheitlich beinträchtigten Menschen nach CMB-Betreuung mit der Situation verglichen, die sich ohne das Intervenieren von Case Manager(inne)n ergeben hätte. Bei der endgültigen Abwägung zwischen der Einführung des CMB und anderen denkbaren Alternativen, müssen die Entscheidungsträger daher folgende Fragen beantworten:

- War CMB bei der Erhaltung der Arbeits- und Ausbildungsverhältnisse bisher effektiv?
- Ist das CMB aufgrund seines Kosten-Nutzen-Verhältnisses gerechtfertigt?
- Mit welchen potentiellen Ergebnissen ist bei der flächendeckenden Einführung von CMB zu rechnen?
- Welches Vorgehen ist unter Berücksichtigung aller Entscheidungskriterien und aus langfristiger Sicht empfehlenswert?

[200] Vgl. *Knigge* 1975: 123-129
[201] Vgl. *Bapst* 1986: 6

4.3.6.2 Kosten-Nutzen-Kriterien und Analysedimensionen des CMB

Die im Hinblick auf CMB zu berücksichtigenden Entscheidungskriterien umfassen hauptsächlich folgende Aspekte:

(1) Effektivität (Wirksamkeit)

(2) Akzeptanz

(3) Qualität

(4) Effizienz (Wirtschaftlichkeit)

Die Effektivität bzw. die Wirksamkeit geht von dem Anspruch aus, daß die gewählten Maßnahmen den erwünschten Rehabilitationserfolg herbeiführen. Dabei kann sie als Erfolgskomponente objektiv, d.h. quantitativ, sowie qualitativ (subjektiver Bestandteil) beurteilt werden. Die Untersuchung der Akzeptanz von Interventionen bezieht alle am Wiedereingliederungsprozeß beteiligten und betroffenen Personen mit ein, während die Sicherung der bestimmten Qualitätsanforderungen der Gewährleistung eines gewünschten Standards dient. Der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit verlangt eine Prüfung der angebotenen Leistungen auf ihre ökonomische Vertretbarkeit hin.

Zu (1) und (2): Auf das CMB bezogen bedeutet die Überprüfung der Effektivität, daß die Dienstleistung CMB auf ihre Eignung zur Erreichung der primären Zielsetzung, Erhalt der Arbeits- und Ausbildungsverhältnisse, hin untersucht werden soll. Erwartet wird außerdem, daß das CMB von den Beteiligten und Betroffenen[202] akzeptiert wird, wobei die qualitative Betrachtung der Effektivität große Schnittmengen mit dem Kriterium der Akzeptanz[203] aufweist. Davon ausgehend ergeben sich folgende Fragen:

- Sind die Bemühungen der Case Manager(innen), die Ausgliederung der Klient(inn)en zu vermeiden, erfolgreich gewesen? Ist eine objektive Veränderung in der beruflichen Situation der Klient(inn)en eingetreten?
- Wie sieht die subjektive Bewertung des CMB durch die Klient(inn)en aus? Sind die Aspekte der Lebensqualität der Klient(inn)en beachtet worden?

---

[202] Gemeint sind nicht nur Klient(inn)en, sondern auch Betriebe und Reha-Träger.

[203] Akzeptanz durch die Klient(inn)en wirkt sich nicht nur auf die Inanspruchnahme von CMB-Leistungen und das Einverständnis mit Vorschlägen der CMB-Stellen, sondern auch auf die Compliance der Betreuten aus.

- Wie beurteilen die Arbeitgeber die Bemühungen der Case Manager(innen), die Weiterbeschäftigung der Arbeitnehmer(innen) zu ermöglichen, und wie bewerten sie aus ihrer Sicht den konkreten Erfolg der Maßnahmen?

In vorangegangenen Abschnitten wurden die Ergebnisse des CMB ausführlich beschrieben, auf ihre Erfolgswirkungen hin beleuchtet und von Projektbeteiligten durchweg positiv bewertet.

Zu (3): Auch die Erfüllung von Qualitätsanforderungen muß gewährleistet sein. Qualität läßt sich anhand der Dimensionen Ergebnis-, Prozeß- und Strukturqualität operationalisieren und überprüfen. Dazu wurden im Rahmen des Projekts Qualitätsstandards für die Arbeit der CMB-Stellen in Zusammenarbeit zwischen den Case Manager(innen) und der Begleitforschung entwickelt, abgestimmt und verabschiedet.[204]

Zu (4): Schließlich muß CMB auch einer ökonomischen Prüfung standhalten. Die Entscheidungsträger richten sich aufgrund beschränkt vorhandener Ressourcen bei der Verwendung der Mittel sowohl an Wirtschaftlichkeits- als auch an den Zweckmäßigkeitsüberlegungen[205] aus. Bei der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit sind die monetären Aufwendungen (Kosten) und Erträge (Nutzen), die im Zusammenhang mit dem CMB stehen und zu kurz-, mittel- und langfristigen Effekten beitragen, zu erfassen, einander gegenüberzustellen und bei Bedarf auf den Gegenwartswert zu homogenisieren. Im Rahmen der monetär quantifizierbaren Aufwendungen sind sowohl die direkten[206] als auch die indirekten[207] Kosten des CMB zu berücksichtigen. Die Bündelung der einzelnen Kosten- und Nutzenkomponenten ermöglicht es theoretisch, einen Kosten-Nutzen-Saldo des CMB zu bestimmen: Für die Wahl der Dienstleistung CMB würde allerdings nicht nur ein positives Ergebnis bzw. eine relative Saldogröße sprechen, sondern – bei Vergleich mit anderen Vorgehensweisen - auch ein negatives Ergebnis mit dem kleinsten Kostenüberhang.

---

[204] Siehe dazu: *Brader / Faßmann / Lewerenz / Steger / Wübbeke* 2004

[205] Der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit hat mit der Verankerung im Art. 114 Abs. 2 Satz 1 GG für die öffentlichen Verwaltungseinrichtungen einen Verfassungscharakter erhalten. Siehe hierzu auch *Reinermann* 2000: 5ff. Der genannte Grundsatz ist außerdem in folgenden Rechtsnormen der einzelnen Reha-Träger festgehalten: § 14 Satz 3 SGB II i. V. m. § 17 Abs. 2 SGB II, § 69 Abs. 2 und 3 SGB IV, § 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V i. V. m. § 70 Abs. 1 Satz 2 SGB V, § 13 Abs. 1 SGB VI

[206] Die direkten Kosten entstehen aus den direkten Leistungen wie Beratung, administrative Unterstützung und Motivation der Klient(inn)en.

[207] Die indirekten Kosten stehen mit den sogenannten indirekten Leistungen im Zusammenhang, die die direkten Leistungen flankieren: z. B. Verhandlungen, Maßnahmenorganisation und –koordination, Überwachung und Kontrolle sowie sonstige Dienstleistungen.

Der Aspekt der Zweckmäßigkeit ist im Rehabilitationsbereich wegen der vielschichtigen Sachlage relevant: Prinzipiell erschließt sich die individuelle Zweckmäßigkeit der gewünschten Dienstleistung[208] aus der persönlichen Differenz zwischen dem Nutzenzugang durch die in Anspruch genommene Leistung und dem Nutzenentgang aufgrund der für den Erwerb der entsprechenden Leistung notwendigen Auslagen. Die Rehabilitand(inn)en bestimmen jedoch nur begrenzt Art, Zeitpunkt und Umfang der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die Aufgabe der erstmaligen Nachfragebestimmung ist den Case Manager(inne)n übertragen, während die Entscheidung über die Bewilligung beim zuständigen Rehabilitationsträger liegt.[209] Es ist demnach der Reha-Träger, welcher letzten Endes die Nachfrage nach Rehabilitationsleistungen bestimmt und in jedem konkreten Fall über die Zweckmäßigkeit der Maßnahmen zur Erreichung des Eingliederungserfolges befindet.[210]

Die unterschiedlichen Dimensionen der Effizienzbetrachtung ergeben sich aus der Tatsache, daß die Lasten und Nutzen der CMB-Dienstleistungen ungleichmäßig verteilt sind: auf der Mikro-Ebene sind primär die Klient(inn)en und die Arbeitgeber als direkt betroffene private bzw. juristische Personen zu betrachten, auf der Makro-Ebene sind die gesamtwirtschaftlichen Effekte zu analysieren, die u.a. im Maß der gesellschaftlichen Leistungserbringung bzw. des Ressourcenverlusts, in der (Minder-) Einnahme von Steuern sowie in Sozialversicherungsleistungsflüssen ihren Ausdruck finden. Die Verflechtung der unterschiedlichen Dimensionen wird anhand eines fiktiven CMB-Betreuungsbeispiels in der *Abbildung 101* veranschaulicht:

Ein(e) potentielle(r) Klient(in) ist den Anforderungen der beruflichen Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr gewachsen und ist u. U. bereits krankgeschrieben[211] bzw. es ist abzusehen, daß er / sie die Tätigkeit über kurz oder lang aufgeben muß. Nachdem der / die Klient(in) die CMB-Stelle kontaktiert, wird er / sie von einem / einer Case Manager(in) umfassend beraten und – bei Erfüllung der im *Abschnitt 4.2.3* beschriebenen Voraussetzungen – in die Betreuung aufgenommen. Bei Bedarf nimmt die CMB-Stelle Kontakt mit dem jeweils zuständigen Leistungsträger auf und klärt die Kostenübernahme für erforderliche Schritte zur Wiedereingliederung bzw. für Erhalt des Arbeits- / Ausbildungsplatzes ab.

---

208 Siehe hierzu § 9 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB IX

209 Entsprechend den Rechtsnormen: § 9 Abs. 2 Satz 3 SGB IX i. V. m. §33 SGB I, § 7 SGB III i. V. m. § 97 Abs. 2 SGB III und § 85 SGB III, § 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V, § 13 Abs. 1 SGB VI

210 Siehe § 10 Abs. 1 SGB IX

211 Die Kosten der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit gehen zunächst zu Lasten des Arbeitgebers und i.d.R. erst nach 6 Wochen zu Lasten der Krankenversicherung.

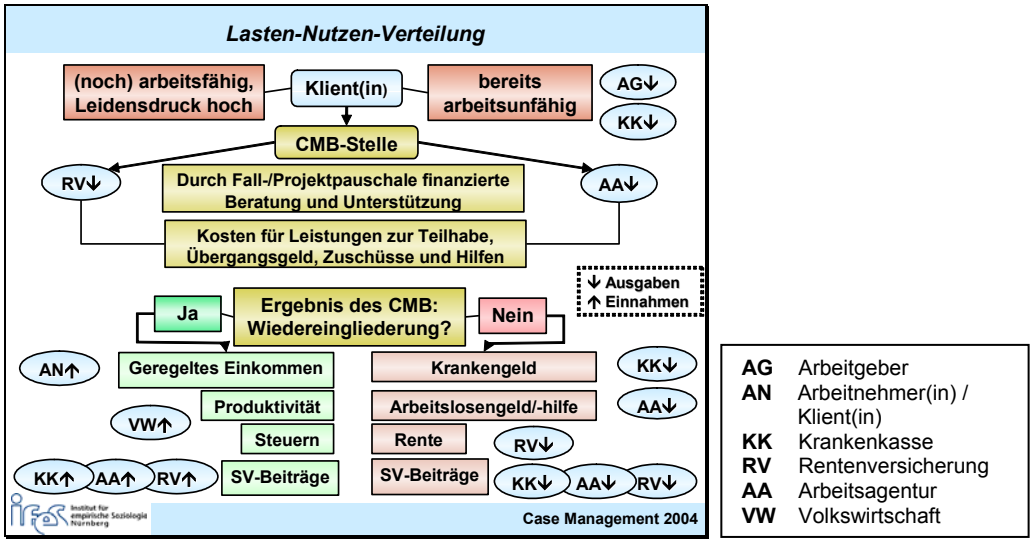


Abbildung 101

Im Falle der erfolgreichen Wiedereingliederung können sowohl der / die Arbeitnehmer(in) als auch der Arbeitgeber aus den Bemühungen der CMB-Stelle einen beträchtlichen Nutzen ziehen.[212] Dies gilt ebenfalls für den Fiskus und für unterschiedliche Sozialversicherungsträger, die je nach Zuständigkeit und Fallspezifik im unterschiedlichen Maße von den entstehenden Einnahmen und Einsparungen profitieren. Denn wenn die Bemühungen der CMB-Stelle scheitern oder im Fall der „Nullvariante“ keine rechtzeitigen Interventionen stattfinden,[213] kommen auf die zuständigen Sozialversicherungsträger kurz- und / oder langfristig beträchtliche Ausgaben zu. Die Mindereinnahmen des Fiskus und der Parafiski, die volkswirtschaftlichen Produktionsausfälle sowie die Kosten des Arbeitgebers bei der Neubesetzung der frei gewordenen Stelle sind in der Graphik nicht explizit aufgeführt, müssen aber im Kosten-Nutzen-Kalkül berücksichtigt werden.

4.3.6.3 Ergebnisse der Kosten-Nutzen-Analyse

4.3.6.3.1 Bilanz der CMB-Effekte

In den *Tabellen 5* und *6* sind die einzelnen Kosten und Nutzen des CMB zusammengefaßt und gegenübergestellt.[214] Die erste Bilanz stellt die rein ökonomischen Effekte des CMB dar,

---

212 Zur Charakterisierung des Nutzens werden hier vor allem morbiditätsbezogene Parameter im weiteren Sinne wie z. B. Arbeitsunfähigkeitstage, Erwerbs- und Berufsunfähigkeit herangezogen. Vgl. auch die konzeptionellen Vorteile des CMB in *Abschnitt 1.2*

213 Zu Rehabilitationsverläufen siehe z.B. *Petri* 2004: 80f

214 Die Aufteilung der Bilanzen stützt sich auf *Wegner* 2001.

die monetär bewertbar bzw. schätzbar sind, während die zweite Bilanz auf intangible Effekte abstellt, deren monetäre Bewertung teils nicht möglich ist und teils aus Plausibilitätserwägungen nicht angebracht erscheint.

Tabelle 5: Ökonomische Bilanz[215]

ÖKONOMISCHE BILANZ (monetär faßbare Effekte)	
Kosten	**Nutzen**
Staat & Sozialversicherungsträger	
➢ Personal-, Raum-, Sach- und sonstige Kosten der CMB-Stellen ➢ Kosten der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ➢ Lohnzuschüsse an Arbeitgeber ➢ Mindereinnahmen der Ausgleichsabgabe (im Falle der Quotenerfüllung des Arbeitgebers durch Wiedereingliederung der schwerbehinderten Menschen) ➢ Anteiliger Entgang der Sozialversicherungsbeiträge und Steuern im Falle des niedrigeren Bruttoeinkommens (z.B. beim Wechsel des Tätigkeitsbereiches)	➢ Einnahme von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen (plus Solidaritätszuschlag) ➢ Einsparung von Krankengeldern ➢ Einsparung von Ausgaben für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (ohne CMB), vor allem für die Durchführung teuerer Umschulungsmaßnahmen ➢ Einsparung von Übergangsgeldern ➢ Einsparung von Kosten nach Ausgliederung • Arbeitslosengeld und -hilfe • Rente wegen Erwerbsminderung, Berufsunfähigkeit oder Altersrente • Mindereinnahmen an Sozialversicherungsbeiträgen • Mindereinnahmen an Steuern • administrative Kosten ➢ Einsparung der Personal- und Sachkosten durch Unterstützung und Entlastung der Reha-Berater durch CMB-Stellen
Unternehmen	
➢ Evtl. niedrigere Produktivität des / der Rehabilitand(in) ➢ Kosten der Wiedereingliederung	➢ evtl. Lohnzuschüsse ➢ Einsparung der Ausgleichsabgabe (bei schwerbehinderten Arbeitnehmer(inne)n ➢ Vermeidung der Kosten der Arbeitsplatzneubesetzung
Rehabilitand(in)	
➢ Lohneinbußen (z. B. beim Wechsel des Tätigkeitsbereiches) ➢ materielle investive Kosten (z. B. längere Fahrten beim Wechsel der Arbeitsstelle)	➢ Lohn aus dem bestehenden Arbeitsverhältnis ➢ finanzielle Besserstellung im Vergleich zu Lohnersatzleistungen und Sozialleistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts

[215] Die aufgeführten Effekte erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Tabelle 6: Bilanz der „weichen Faktoren“ [216]

BILANZ DER „WEICHEN FAKTOREN“ (monetär nicht faßbare, intangible Effekte)	
Kosten	**Nutzen**
Staat & Sozialversicherungsträger	
	➢ Imageverbesserung der Reha-Träger durch die Kundenorientierung und einen effektiven Einsatz von Haushaltsmitteln ➢ Verbesserung des allgemeinen gesellschaftlichen Klimas durch erfolgreiche Verhinderung der Ausgliederung von leistungsgeminderten Arbeitnehmer(inne)n
Unternehmen	
➢ Bei Produktivitätsminderung: evtl. Unzufriedenheit der Arbeitskolleg(inn)en bei zusätzlicher Belastung	➢ Erhalt von Know-how und Bildungsinvestitionen im Betrieb ➢ Verbesserung des Betriebsklimas durch das soziale Engagement des Arbeitgebers ➢ Stärkung des innerbetrieblichen Zusammenhalts
Rehabilitand(in)	
➢ nicht-materielle investive Kosten psychologischer Natur wie z. B. • erhöhte Bemühungen um den Arbeitsplatz • Umstellung auf eine neue Tätigkeit oder auch • Akzeptanz einer neuen Arbeitsumgebung ➢ Freizeitverlust	➢ positive Wirkungen auf die Lebensqualität des Klienten / der Klientin durch direkte Leistungen der Case Manager(innen) wie Beratung und Information, Motivation und Unterstützung ➢ Erhöhung von Flexicurity, d. h. Optimierung von Sicherheit in unsicheren Zeiten durch bildungs- und berufsbezogene Beratung[217] ➢ positive psycho-soziale Wirkungen durch den Erhalt der Erwerbsfähigkeit wie z. B. • Erfüllung wegen sinnvoller Beschäftigung • finanzielle Unabhängigkeit von einer permanenten Alimentierung • Verhinderung eines gesellschaftlichen Abstiegs • Steigerung der Eigenverantwortung ➢ Weitgehende Stabilisierung des Gesundheitszustandes durch die Vermeidung der beruflichen Ausgliederung[218]

[216] Die aufgeführten Effekte erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

[217] Siehe dazu *Trube* 2004: 1 sowie *Ministerium für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie des Landes Nordrhein-Westfalen* (Hrsg.): 2002

[218] Die Verschlechterung des Gesundheitszustandes arbeitsloser Menschen wurde z. B. durch das *Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* (*IAB*) empirisch belegt sowie in der Reihe „Gesundheitsberichterstattung

Aus beiden Bilanzen wird – zumindest auf den ersten Blick – deutlich, daß der Nutzen, der von der Implementierung des CMB ausgeht, die mit der „Dienstleistung CMB“ zusammenhängenden Kosten überwiegt. Da die meisten aufgeführten Kostenpositionen auch bei Interventionen anderer Stellen im gleichen Kontext entstehen würden, ist es sinnvoll nur die „Personal-, Raum-, Sach- und sonstige Kosten der CMB-Stellen“ in die Wirtschaftlichkeitsbetrachtung einzubeziehen.

4.3.6.3.2 Monetäre Be- und Entlastungspotentiale

Bei der Beantwortung der Frage „Welche monetären Kosten sind durch CMB-Stellen welchen Institutionen bzw. Personen entstanden und welche Rückflüsse hat wer zu erwarten?“ ergibt sich – wie bereits oben angedeutet – ein heterogenes Be- und Entlastungsbild. Da die Entscheidung über die flächendeckende Einführung von CMB vor allem bei den finanzierenden Leistungsträgern liegt,[219] wird im folgenden die Perspektive des gegliederten Sozialversicherungssystems gewählt, das zwar gemeinsam die „öffentliche Hand“ repräsentiert, bei der Entscheidungsfindung jedoch eigene institutionelle Ziele verfolgt. In der *Abbildung 102* sind die wichtigsten *Träger der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben* abgebildet und die für die Analyse relevanten Kostenarten aufgeführt:

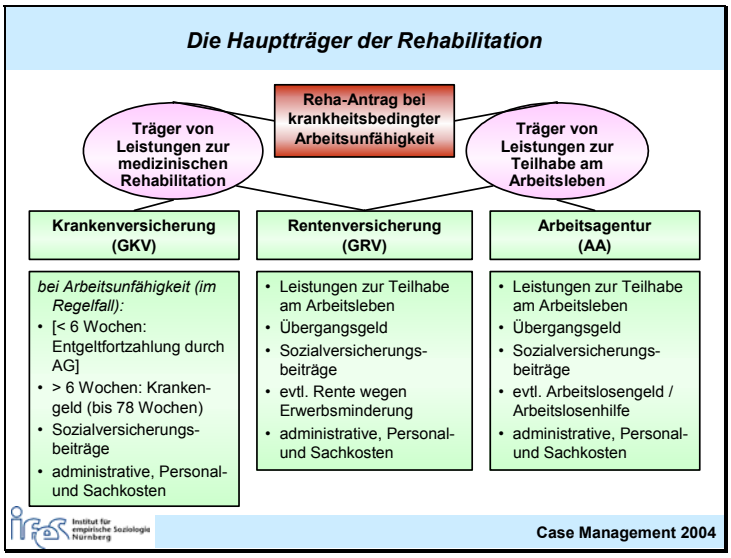


Abbildung 102

des Bundes“ durch das *Robert Koch Institut* in Zusammenarbeit mit dem *Statistischen Bundesamt* thematisiert: Siehe *Hollederer* 2003 und 2003a sowie *Robert Koch Institut* 2003.

219 Die Beschreibung der finanzierenden Rehabilitationsträger findet sich im *Abschnitt 4.2.1.1* sowie in *Brader / Faßmann / Wübbeke* 2002: 92ff und *Brader / Faßmann / Wübbeke* 2003: 69ff.

Die (gesetzliche) Krankenversicherung ist hier zwar nur für die medizinische Rehabilitation zuständig, jedoch bei der Bewertung von CMB als ein wichtiger Nutznießer einzubeziehen. Außerdem kommt sie auch bei stufenweiser Wiedereingliederung, die bei der beruflichen Integration der Betroffenen nach einer Erkrankung sinnvoll sein kann, für das Krankengeld auf. In die Zuständigkeit der (gesetzlichen) Rentenversicherung können sowohl die medizinischen Rehabilitationsleistungen als auch die beruflichen Teilhabeleistungen fallen, so daß dieser Sozialversicherungsträger neben den Arbeitsagenturen zu den wichtigsten Partnern der CMB-Stellen im Prozeß der beruflichen Wiedereingliederung zählt. Andere Träger und Kooperationspartner spielen im CMB-Prozeß – zumindest den Projektergebnissen zufolge – eine untergeordnete Rolle[220] und werden in den nachfolgenden Betrachtungen ebenso vernachlässigt wie die aus datentechnischen und sonstigen Gründen nicht erfassbaren Größen.

Einsparungspotential: Gesetzliche Krankenversicherung

Drei Viertel der Rehabilitand(inn)en waren zu Beginn des CMB bereits länger als 6 Wochen arbeitsunfähig und bezogen Krankengeld.[221] Das ergibt sich aus der *Abbildung 103*:

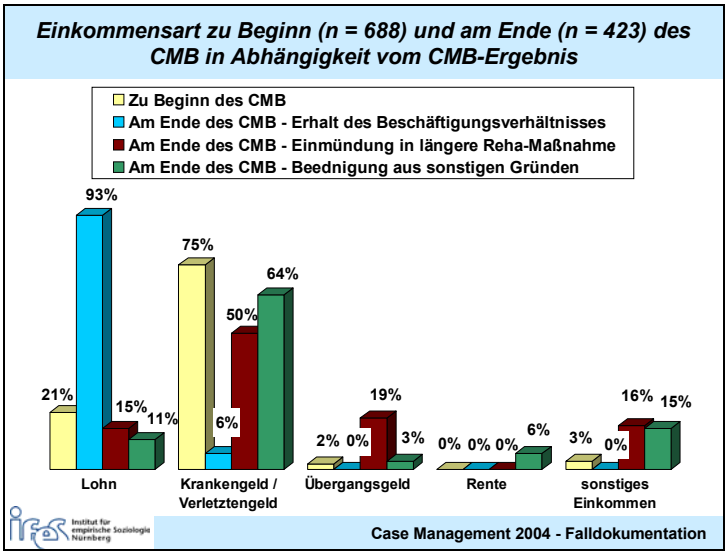


Abbildung 103

Krankenversicherungsträger haben zugleich gut die Hälfte der potentiellen Klient(inn)en den CMB-Stellen zugewiesen.[222] Unter den Sozialversicherungsträgern profitiert die Krankenver-

---

220 Zu einzelnen Akteuren siehe *Abschnitt 4.3.1 i. V. m. 4.3.5.3.4*

221 Im Regelfall übernimmt die Krankenkasse die Zahlungen an den Betroffenen erst nach 6 Wochen der Entgeltfortzahlungen durch den Arbeitgeber.

sicherung als erster Träger von einer verkürzten Ausgliederungsdauer: Wenn sozialversicherungspflichtig beschäftigte Arbeitnehmer(innen) aus Krankheitsgründen arbeitsunfähig sind, zahlt die zuständige gesetzliche Krankenversicherung bis zu 78 Wochen[223] lang an sie das Krankengeld, das in den meisten Fällen 70% des Bruttoentgeltes, aber nicht mehr als 90% des Nettolohnes beträgt.[224] Die Krankenkasse übernimmt auch – ähnlich wie die anderen Sozialversicherungsträger – die fälligen Beiträge an andere Sozialversicherungsträger.[225] So müßte die Krankenkasse z. B. in einem Langzeitfall etwa 40.000 Euro für eine(n) kranke(n) Arbeitnehmer(in) mit einem durchschnittlichen Einkommen aufbringen.[226]

Vom Zugang bis zum erfolgreichen Ende des CMB verstreichen durchschnittlich 19 Wochen;[227] danach beziehen 93% der wiedereingegliederten Klient(inn)en ihr Einkommen aus dem Beschäftigungsverhältnis (siehe *Abbildung 103*) und dadurch nicht nur die Krankenkasse von Geldleistungen entlasten, sondern zudem Krankenversicherungsbeiträge abführen. Relativ lang ist jedoch der Zeitraum vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit bis zum Zugang zum CMB: es dauert im Durchschnitt 32 Wochen, also länger als ein halbes Jahr, bis die Case Manager(innen) Kenntnis vom Interventionsbedarf erlangen und mit Einverständnis der Betroffenen die notwendigen Schritte einleiten können.[228] Gleichwohl kann die Krankenversicherung bereits in einem solchen Fall mit ca. 33 Wochen kürzeren Zahlungszeiten rechnen,[229] wenn das Case Management erfolgreich ist. Folglich würde die Krankenversicherung Krankengeldzahlungen in Höhe von ca. 17.740 Euro pro Langzeitfall einsparen. Selbst wenn man nur von der *Hälfte des Einsparungsbetrags* ausgeht, wird die 1 Mio.-Einsparungsgrenze bereits bei 113 wiedereingegliederten Personen mit einem ähnlichen Szenario überschritten. Die Verkürzung der Dauer von Beginn der Arbeitsunfähigkeit bis zum Zugang zum CMB, d. h. schnellere Zuweisung von Klient(inn)en zum CMB, würde erwartungsgemäß zu noch höheren Einsparungen beim Krankenversicherungsträger führen.

---

222 52% der potentiellen Klient(inn)en wurden den CMB-Stellen von Krankenkassen und 3% vom *MDK* zugewiesen (vgl. *Abschnitt 4.3.1*).

223 Maximale Krankengeldbezugsdauer für eine Erkrankung innerhalb von 3 Jahren

224 Laut Information des *AOK-Bundesverbandes*: siehe *AOK* 2004

225 In diesem Fall an die *Bundesagentur für Arbeit*, die *Renten-* und *Pflegeversicherung*.

226 Ausgegangen wird von 70% des durchschnittlichen Bruttomonatsverdienstes eines Arbeitmehmers(in) im „Produzierenden Gewerbe; Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kfz und Gebrauchsgütern; Kredit und Versicherungsgewerbe“ in 2003 (zuzüglich Sozialversicherungsbeiträge). Siehe *Statistisches Bundesamt* 2004a: 66

227 Die Betreuungsdauer der erfolgreichen CMB-Fälle hat sich allerdings im Laufe des Projektes von ursprünglich 22,9 Wochen auf 12,9 Wochen in der letzten Projektphase verkürzt.

228 Für die Krankenversicherung sind jedoch davon nur 26 Wochen relevant, da die Lohnersatzleistungen erst nach ersten 6 Wochen zu zahlen sind.

229 Es wird von der maximalen Krankengeldbezugsdauer ausgegangen, von der die Prozeßzeiten subtrahiert werden: 78 Wochen – 26 Wochen – 19 Wochen.

Einsparungspotential: Gesetzliche Rentenversicherung

In beträchtlicher Weise würde auch die Rentenversicherung als ein bedeutender Rehabilitationsträger von den Dienstleistungen des CMB profitieren. Bei Zuständigkeit[230] für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kommen auf die Rentenversicherungsträger unter Umständen Kosten zu, [231] die von Hilfen zur Erlangung und Erhaltung des Arbeitsplatzes, über berufliche Anpassung und Weiterbildung bis zum Übergangsgeld und Übernahme von sonstigen Kosten reichen.[232] Hinzu kommen möglicherweise Leistungen an den Arbeitgeber, wie Eingliederungszuschüsse, Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb und Probebeschäftigung.[233] Hier kann das CMB durch schnelle und gezielte Unterstützung des Leistungsträgers zur Schaden- und Folgekostenminimierung beitragen. Denn auch wenn den Rentenversicherungsträgern zunächst Kosten durch die Übernahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben entstehen, so können sie langfristig doch mit erheblichen Einsparungen bzw. höheren Beitragseinnahmen rechnen, wenn die Wiedereingliederung von Rehabilitand(inn)en gelingt. Außerdem steigt erfahrungsgemäß die Intensität der notwendigen Maßnahmen mit der Verzögerung des Eingreifens, und dies führt zu höheren Belastungen der Reha-Träger.[234] Entlastung bieten CMB-Stellen vor allem bei der Beratung und Betreuung von Rehabilitand(inn)en, die wegen der Einzelfallspezifität nicht nur fachkundig sein müssen, sondern auch sehr zeitintensiv sind und den zeitlichen Rahmen der Reha-Berater(innen) oftmals sprengen.[235]

Darüber hinaus kann davon ausgegangen werden, daß bei erfolglosen Rehabilitationsversuchen und unter Erfüllung von formalen Voraussetzungen der / die Rehabilitand(in) eine Erwerbsminderungs-, Berufsunfähigkeits- oder auch eine Altersrente beantragen wird. Nach vorläufigen Angaben des *Verbandes der Deutschen Rentenversicherungsträger (VDR)* belief sich die Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit incl. Sozialversicherungsbeiträge in

---

230 Zu den Neuerungen in Zuständigkeiten und Reha-Verfahren siehe z.B. *Hochrein* 2004.

231 Diese Kosten beziehen sich auf einzelne Leistungen oder auch Leistungspakete, was die genaue Zuordnung der Kosten zu den einzelnen Rehabilitand(inn)en erschwert. Hierzu siehe z.B. *Skipka / Egner* 2003: 383ff und *Keck / Egner* 2004: 315ff

232 Allein das Übergangsgeld, das durch den zuständigen Träger von Teilhabeleistungen gezahlt wird, beträgt je nach Familienverhältnissen 68% bzw. 75% des zuletzt erzielten Nettoverdienstes und belastet zusammen mit anfallenden Beiträgen zur Sozialversicherung die Kassen der Träger beträchtlich.

233 Die Leistungsmöglichkeiten sind dem Maßnahmekatalogen der §§33f und 40 SGB IX i.V.m. SGB VI zu entnehmen. Einen kurzen und prägnanten Überblick über die einzelnen Leistungen gibt *Ohlraun* 2003.

234 Unabhängig davon stiegen die Aufwendungen der gesetzlichen Rentenversicherungsträger für Leistungen zur Rehabilitation im nichtmedizinischen Bereich und für die Sozialversicherungsbeiträge der Rehabilitand(inn)en in den letzten zehn Jahren kontinuierlich: Nach Angaben des *VDR* stiegen die Aufwendungen für berufliche und ergänzende Leistungen von 295 Mio. Euro in 1992 auf 1.113 Mio. Euro in 2002, für Übergangsgelder von 586 Mio. Euro in 1992 auf 981 Mio. Euro in 2002 sowie für Sozialversicherungsbeiträge für Rehabilitand(inn)en von 165 Mio. Euro in 1992 auf 332 in 2002. Vgl. *VDR* 2003: 28f.

2002 auf rund 10.710 Euro pro Person / Jahr.[236] Ähnlich wie bei der Krankenversicherung könnte die gesetzliche Rentenversicherung bereits bei knapp hundert im Erwerbsleben verbleibenden Rehabilitand(inn)en über 1 Mio. Euro im Jahr einsparen. Hinzu kämen Einsparungen von Beitragszahlungen an die Kranken- und Pflegeversicherung für die potentiell berenteten Personen. Das Einsparungspotenzial kann auch daran festgemacht werden, daß der Gesamtanteil der Rentenbezieher wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Deutschland bei etwas weniger als 20% aller Rentenbezieher der gesetzlichen Rentenversicherung lag.[237] [238] Das durchschnittliche Zugangsalter lag dabei bei annähernd 50 Jahren,[239] was im ungünstigsten Fall einen Ausfall von 15 Erwerbsjahren pro Person bedeutet. Durch frühzeitige und individuell zugeschnittene CMB-Interventionen kann die Zahl der potentiellen Rentenantragsteller und -bezieher gesenkt und dadurch die Höhe der zukünftigen volkswirtschaftlichen Lasten eingedämmt werden.

Einsparungspotential: Arbeitsagentur für Arbeit

Die *Agentur für Arbeit* tritt vor allem dann als Rehabilitationsträger auf, wenn die Rehabilitand(inn)en das Arbeitsverhältnis bereits verloren und sich in den Reihen der Arbeitslosen wiedergefunden haben oder Rehabilitationsfälle nicht in die Zuständigkeit eines anderen Trägers fallen. Ähnlich wie die Rentenversicherung kommt die Arbeitsagentur für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auf, die in SGB IX i.V.m. SGB III aufgeführt sind und als Einzelleistungen oder Leistungspakete durch die Reha-Berater(innen) auf die Bedürfnisse der Rehabilitand(inn)en zugeschnitten werden müssen. Zusätzlich übernimmt die Arbeitsagentur – genauso wie die anderen Leistungsträger – die Zahlung von Sozialversicherungsbeiträgen für die Rehabilitand(inn)en sowie für Bezieher von Arbeitslosengeld und Arbeitslosenhilfe. Die entstehende Kosten- und Betreuungsproblematik ist ähnlich wie bei den Rentenversicherungsträgern und wird zusätzlich dadurch verschärft, daß die Reha-Berater(innen) nur selten frühzeitig Kenntnis über den Interventionsbedarf erlangen. Das Ausmaß der auf die Arbeitsagentur zukommenden Misere wurde in der Strukturanalyse der *Arbeitsagentur* „Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen“ offengelegt:[240] Der Anteil

---

235 Vgl. *Abschnitt 4.4.5*

236 Eigene Berechnungen auf der Grundlage der Informationen des *VDR*. Siehe *VDR* 2003: 46f

237 Vgl. *VDR* 2003: 50.

238 In 2003 verzeichnete die Gesetzliche Rentenversicherung beispielsweise Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Höhe von knapp 175 Tausend Menschen.

239 Vgl. *Statistisches Bundesamt* (Hrsg.) 2004b

240 Siehe *Bundesanstalt für Arbeit* 2002a

der gesundheitlich beeinträchtigten Menschen an der Gesamtzahl der Arbeitslosen betrug zum September 2002 bereits knapp 25%.[241]

Tabelle 7: Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen

Standort	Arbeitslose gesamt	Davon gesundheitlich beeinträchtigt, in %	davon schwer-behindert (%)
Leipzig	71.420	**20,4**	2,6
Schwerin	37.752	**23,8**	2,4
Merseburg	37.163	**20,6**	1,9
Neuwied	11.366	**32,3**	3,5
Wiesbaden	15.773	**29,3**	5,1
Zwickau	40.856	**24,8**	1,2
Frankfurt a. M.	38.857	**26,5**	5,4
Leer	11.489	**32,0**	3,8
Saalfeld	27.715	**22,9**	2,1
Waiblingen	10.211	**30,8**	4,7
Pfarrkirchen	9.561	**34,7**	4,5
Suhl	32.994	**24,0**	2,7
Mainz	19.768	**28,5**	5,2
Plauen	20.916	**19,6**	1,7
Standorte gesamt	***385.841***	***26,4***	***3,3***
Deutschland gesamt	***3.941.832***	***24,5***	***3,8***

Der hohe Anteil ist vermutlich darauf zurückzuführen, daß gerade leistungsgeminderte Arbeitnehmer(innen) in angespannter Unternehmenssituation ihr Beschäftigungsverhältnis verlieren. Der gesundheitliche Zustand der Arbeitslosen kann sich wiederum mit Dauer der Arbeitslosigkeit verschlechtern[242] und die Chancen auf eine Wiedereingliederung wesentlich mindern. Die durchschnittliche abgeschlossene Dauer der Arbeitslosigkeit von gesundheitlich beeinträchtigten Personen betrug jeweils im Juni 2001 und 2002 12,6 Monate.[243] Die stichtagbezogene Arbeitslosigkeitsdauer bei dieser „Problemgruppe“ betrug im September 2002 in einem Viertel der Fälle sogar 2 Jahre und länger, während im Vergleich nur rund 16% aller

[241] Vgl. *Bundesanstalt für Arbeit* 2002a: 4 und 11ff. In den einzelnen Modellregionen lagen die Quoten zwischen rund 20% (in Plauen, Leipzig und Merseburg) und über 30% in (Waiblingen, Neuwied und Pfarrkirchen). Durchschnittlich war der Anteil der gesundheitlich beeinträchtigten Personen unter den Arbeitslosen an den Modellstandorten um ca. 2% höher als im bundesdeutschen Durchschnitt.

[242] Siehe z. B. *Hollederer* 2003 und 2003a, *Robert Koch Institut* 2003 oder auch Ergebnisse des aktuell abgeschlossenen Pilotprojekts der Universität Dortmund in *Lünemann* 2004

Arbeitslosen solch lange Ausgliederungsdauer hinnehmen mußten.[244] Diese langen Bezugsdauern gehen mit hohen Kosten einher: In 2003 hat die *Bundesagentur für Arbeit* 21.900 Euro[245] einschließlich der zu zahlenden Sozialversicherungsbeiträge an die Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung pro Arbeitslosengeld-Empfänger(in) ausgegeben. Während die gesetzlichen Krankenkassen und Rentenversicherungen erst bei etwa 100 erfolgreich eingegliederten Versicherten die Einsparungsgrenze von 1 Mio. Euro überschreiten würden, trifft dies bei der *Bundesagentur für Arbeit* bereits bei knapp 50 Klient(inn)en zu, die in Beschäftigung bleiben und deshalb keine 12 Monate Arbeitslosengeld beziehen. Bei erfolglosen Eingliederungsversuchen wird zunächst Arbeitslosengeld gezahlt und anschließend ggf. Arbeitslosenhilfe gewährt. Diese belasteten in 2003 die öffentlichen Kassen mit Kosten in Höhe von 18.200 Euro[246] pro Empfänger.

Sonstiges Einsparungspotential

Durch Arbeitslosigkeit entstehen beträchtliche gesamtfiskalische Kosten durch Mindereinnahmen von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen: pro registriertem Arbeitslosen waren es in 2003 3.630 Euro Mindereinnahmen an Einkommens- und indirekten Steuern und 5.183 Euro Mindereinnahmen an Sozialbeiträgen. Dabei entgingen der Rentenversicherung rund 2.000 Euro, der Krankenversicherung rund 1.500 Euro und der Bundesagentur für Arbeit 1.300 Euro pro Jahr.[247] Beträchtlich sind ebenfalls Mindereinnahmen an Steuern und Sozialbeiträgen, die während der Krankheits- und Rehabilitationsperioden und insbesondere im Fall einer Rente wegen der Erwerbsminderung entstehen. Das Gesamtkostenvolumen, das durch präventive bzw. rechtzeitige und zügige Hilfe pro Jahr eingespart werden kann, läßt sich nicht genau beziffern, beträgt aber schon bei vorsichtigen Schätzungen mehrere Millionen Euro. Betroffene, die keinen Anspruch auf Teilhabeleistungen- oder Lohnersatzleistungen der Arbeitsagentur oder der Rentenversicherung erworben haben,[248] können auf die Finanzierung durch Träger der Sozialhilfe zurückzugreifen, wodurch die Belastung auf die Städte und Gemeinden abgewälzt wird.

---

[243] Vgl. *Bundesanstalt für Arbeit* 2003b: 207

[244] Vgl. *Bundesanstalt für Arbeit* 2002a: 4.

[245] Vgl. *Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* 2004: Übersicht 7.1.1

[246] Siehe oben

[247] Eigene Berechnungen auf der Grundlage der gesamtfiskalischen Kostenübersicht des *Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* 2004: Übersicht 7.1.1

[248] Z.B. weil sie nicht lange genug Beiträge zur Renten- oder Arbeitslosenversicherung gezahlt haben.

Der volkswirtschaftliche Produktionsverlust läßt sich auf der Basis von zwei anerkannten Ansätzen schätzen: nach dem *Humankapitalansatz*[249] wird die gesamte Arbeitsunfähigkeitszeit[250] mit dem durchschnittlichen Arbeitsentgelt gewichtet. Demnach entstanden der Volkswirtschaft in 2003 wegen einem Jahr Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit oder auch Berentung pro Arbeitnehmer(in) Produktionsausfallkosten in Höhe von annähernd 35.000 Euro[251]. Unberücksichtigt bleibt bei diesem Ansatz, daß in der Realität eine freie Stelle nicht einfach unbesetzt bleibt, sondern sie entweder durch eine andere Person neu besetzt wird oder die Aufgaben auf andere Stellen so verteilt werden, daß die entstehenden Kosten minimiert werden können. Dagegen bezieht der *Friktionskostenansatz* im Unterschied zum Humankapitalansatz nur den tatsächlichen bzw. geschätzten Produktionsausfall während der Friktionsperiode ein, d.h. den Zeitraum bis zur Einstellung einer neuen Arbeitskraft.[252] Ausgehend von gleichem Entgelt[253] und einer Friktionsperiode von 3 Monaten nach der Ausgliederung von Betroffenen, entstehen demnach durch Produktionsverlust durchschnittliche Kosten in Höhe von ca. 8.700 Euro.[254] Die tatsächlichen Kosten lassen sich auch nach diesem Ansatz nicht genau ermitteln, da sowohl die Kostenentlastung durch die anderen Arbeitnehmer(innen), die zum Teil die Produktionslast der freien Stelle übernehmen als auch die Kosten der Stellenneubesetzung und Anlernzeit nicht exakt quantifizierbar sind.

Kosten der CMB-Stellen

Die in das Modellprojekt eingebundenen CMB-Stellen wurden unterschiedlich finanziert, die einzelnen Finanzierungsvarianten sind im folgenden aufgeführt:

- Finanzierung allein von Voll- bzw. Teilzeitstellen[255]
- monatliche oder jährliche Projektpauschale (für eine bis zwei i.d.R. BAT IVb-Stellen[256] plus Sachkosten)

---

249 Wegfall des Produktionspotentials nach dem Humankapitalansatz: *Zeit des Ausfalls * Lohnsatz*.

250 Ggf. bis zum theoretischen Rentenalter.

251 Eigene Berechnungen auf Basis von Angaben des *Statistischen Bundesamtes* zum durchschnittlichen Bruttomonatsverdienst Arbeitmehmer(innen) im „Produzierenden Gewerbe; Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kfz und Gebrauchsgütern; Kredit und Versicherungsgewerbe“ in 2003, siehe *Statistisches Bundesamt* 2004a: 66.

252 *Schwartz* 2003: 471f geht von einer 3-monatigen Dauer der Friktionsperiode aus.

253 Siehe *Statistisches Bundesamt* 2004a: 66

254 *Petri* geht bspw. sogar von Ausfallkosten in Höhe von ca. 500 Euro pro Tag aus, die einem Betrieb durch einen erkrankten Arbeitnehmer entstehen. Vgl. *Petri* 2004: 82

255 Nur bei Standorten des Träger-Modells

256 Entlohnung in Anlehnung an den Bundesangestelltentarif

- mit Vereinbarung über die Zahl der zu betreuenden Fälle
- ohne Vereinbarung über die Zahl der zu betreuenden Fälle

➢ Fallpauschale für alle betreuten Fälle

➢ Fallpauschale nur für erfolgreich abgeschlossene Fälle

➢ Aufwandspauschale für alle betreuten und Erfolgsprämie für erfolgreich abgeschlossene Fälle

➢ Aufteilung der Fallpauschale: 1/3 nach Beginn der Betreuung, 1/3 nach erfolgreicher Wiedereingliederung und 1/3 beim Bestehen des Beschäftigungsverhältnisses 6 Monate nach Abschluß des CMB

➢ Fallpauschale für eine festgelegte Anzahl der Betreuungsmonate

Die durchschnittlichen Kosten der „Dienstleistung CMB“ lassen sich aus verschiedenen Gründen[257] nicht direkt ableiten. Die nachfolgenden Zahlen müssen daher mit Vorsicht betrachtet werden: Ein CMB-Betreuungsfall war – im Durchschnitt der neun Standorte – mit ca. 1.050 Euro[258] verbunden,[259] wobei das Minimum bei rund 380 Euro und der Spitzenwert bei 1.990 Euro pro betreutem Fall lag. Die Kosten der Träger-Modell-Standorte lagen zwar im unteren Drittel, hatten aber gegenüber Standorten des Einkaufsmodells keinen eindeutigen Kostenvorteil hinsichtlich der Betreuungskosten pro Fall. Der Preis der „Dienstleistung CMB“ dürfte bei einer flächendeckenden Einführung und aufgebauten Strukturen niedriger einzuschätzen sein, da kleine Fallzahlen in der Einführungsphase und an manchen projektfinanzierten Standorten während der gesamten Laufzeit die aktuell berechneten Kosten höher ausfallen lassen.

---

257 Zu beachten sind nicht nur die Heterogenität des Finanzierungsvorgehens, sondern auch unterschiedliche Laufzeiten und zum Teil darauf zurückzuführende schwankende Zugangs- und Betreuungszahlen, verschiedene Rahmenbedingungen und weitere Einflußfaktoren.

258 Der Medianwert betrug rund 920 Euro. Die Betreuungskosten pro Fall sind von der Betreuungsdauer unabhängig.

259 Zum Vergleich: die Betreuung der gleichen Zielgruppe durch Integrationsfachdienste in Baden-Württemberg wurde nach der Verfahrensabsprache mit ca. 1.875 Euro pro betreuten Fall bewertet. Veranschlagt wurden 250 Euro pro Betreuungsmonat bei einer durchschnittlichen Betreuungslaufzeit von 7,5 Monaten. Wie im *Abschnitt 4.3.4* dargestellt, lag die Betreuungsdauer der CMB-Fälle bei rund 3,5 Monaten. Die genannte Verfahrensabsprache wurde zwischen der *Bundesagentur für Arbeit*, den Rentenversicherungsträgern und Integrationsämtern zum Zweck der Beauftragung der Integrationsfachdienste zur Teilhabe behinderter und schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben getroffen. Siehe *Landesarbeitsamt Baden-Württemberg / Landeswohlfahrtsverband Baden / Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern / Landesversicherungsanstalt Baden-Württemberg* 2003

4.3.6.4 Zusammenfassende Beurteilung

In der *Tabelle 8* sind die Ergebnisse der Kosten-Nutzen-Schätzung zusammengefaßt. Für die jeweiligen Sozialversicherungsträger wurden die oben beschriebenen möglichen Szenarien während bzw. nach der Ausgliederung der Betroffenen zugrundegelegt. Als Kosten wurden nur die Personal- und Sachkosten der CMB-Stellen berücksichtigt, da die Kosten der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch im Fall der Betreuung durch andere Institutionen anfallen würden. Von allen betreuten Fällen waren 35% erfolgreich abgeschlossen (im letzten Jahr sogar 42%)[260] und dadurch nutzenwirksam. Um den Nutzen von CMB zusätzlich zu relativieren (*worst case*) und den nicht erfolgreichen Fällen Rechnung zu tragen, wurden vorsichtigerweise jeweils nur 30% des oben errechneten Einsparungspotentials einkalkuliert. Bei der Rentenversicherung wurde zudem durch die Berücksichtigung einer nur einjährigen Rente wegen Erwerbsminderung, d.h. durch die Vernachlässigung der zu erwarteten Kostenakkumulation durch langjährigen Rentenbezug, die Einsparungsmöglichkeit auf einem sehr niedrigen Niveau gehalten.

Tabelle 8: Einsparungspotentiale

Komponenten	**Kranken-kassen**[261]	**Arbeits-agentur**[262]	**Renten-versicherungs-träger**[263]	**Volks-wirt-schaft**[264]
Nutzen pro Fall (in Euro)				
30% der berechneten Einsparungen von Transferleistungen	5.320	6.570	3.213	2.610
Kosten pro Fall (in Euro)				
„Dienstleistung CMB“	1.050	1.050	1.050	1.050
Einsparung (+) / Verlust (-)				
Saldo in Euro	+ 4.270	+ 5.520	+ 2.163	+ 1.560
Kosten-Nutzen-Verhältnis	**1 : 5,07**	**1 : 6,25**	**1 : 3**	**1 : 2,5**

[260] Vgl. *Abschnitt 4.3.5*

[261] Krankengeld im Zeitraum von ca. 33 Wochen

[262] Arbeitslosengeld im Zeitraum von einem Jahr

[263] Rente wegen Erwerbsminderung im Zeitraum von einem Jahr

[264] Kosten des Produktionsverlust in der Friktionsperiode von 3 Monaten

Im „Nutzen der Volkswirtschaft“ wurde lediglich die Vermeidung der Kosten des Produktionsausfalls nach dem Friktionskostenansatz berücksichtigt, d. h. daß einerseits die vermiedenen Kosten niedriger geschätzt wurden als dies bei der Schätzung nach dem gängigen Humankapitalansatz der Falle wäre, und andererseits die sonstigen vermiedenen Mindereinnahmen – wie Steuern und Sozialversicherungsbeiträge – vernachlässigt wurden. Aus dieser Tabelle wird sichtbar, daß unabhängig davon, wer CMB schließlich finanziert, jeder Träger potentielle Vorteile zu erwarten hat. Ungewöhnlich für sozialpolitische Maßnahmen ist außerdem, daß das günstige Kosten-Nutzen-Verhältnis sich bereits kurzfristig einstellt und so eine langfristige Betrachtung entbehrlich macht. Diese Tatsache ist für die Entscheidungsfindung aus zwei Perspektiven von Bedeutung: einerseits entgeht man durch die kurzfristige Sichtweise der Notwendigkeit, immer mehr Annahmen zuzulassen, und andererseits vergrößert sich erfahrungsgemäß der Nutzen im Vergleich zu den Kosten mit der Verlängerung des Betrachtungszeitraums überproportional.[265] Entscheidend ist, daß die Interventionen des CMB angesichts 94% bestehender Beschäftigungsverhältnisse nach 6 Monaten und 84% nach 12 Monaten[266] als nachhaltig – im Sinne von Dauerhaftigkeit der erreichten Ergebnisse – bezeichnet werden können.

Bei der Empfehlung eines bestimmten Finanzierungssystems muß unter anderem das Verhalten der Klient(inn)en und der Case Manager(innen) berücksichtigt werden. Zudem ist zu beachten, daß bei erfolgsorientierten Fallpauschalen Case Manager(innen), um die Erfolgsquote zu erhöhen, möglicherweise bevorzugt Personen auswählen, bei denen aufgrund ihrer soziodemographischen Merkmale eine höhere Chance auf Wiedereingliederung absehbar ist. Umgekehrt besteht die Gefahr, daß bei nicht erfolgsgebundenen Projektpauschalen den stärker Hilfsbedürftigen Vorrang gegeben wird, was zu scheinbar niedrigen Erfolgsquoten führen würde. Sinnvoll und praktikabel erscheint an dieser Stelle die Finanzierungsempfehlung der *Integrationsfachdienste* zu sein:

- Abkehr von einer Finanzierung durch die Fallpauschalen. Grund: Untauglichkeit wegen der komplexen und immer einzelfallspezifischen Verknüpfung medizinischer, biographischer, institutioneller und arbeitsmarktbezogener Faktoren.
- Zwei-Phasen-Finanzierung:
  - anteilige Pauschalfinanzierung für die entstehenden Sach- und Personalkosten in einer Größenordnung von etwa 75-80% („Sockelfinanzierung“)

---

[265] Dies wird z. B. in *Kastl / Trost* 2002: 327 bei der Bewertung von Integrationsfachdiensten anschaulich gemacht. Die Einbeziehung der sonstigen monetären und nicht-monetären Effekte, die in den Bilanzen des *Abschnitts 4.3.6.3.1* aufgeführt sind, ändert an den eindeutigen Potentialen des CMB nichts.

[266] Vgl. *Abschnitt 4.4.2*

- zusätzliche, rein erfolgsbezogene Vergütung im Hinblick auf den „Ergebnis- bzw. „Output“-Aspekt.[267]

4.4 Beurteilung des CMB

Im vorangegangen *Abschnitt 4.3* wurden die Ergebnisse der Falldokumentation, die die Case Manager(innen) der CMB-Stellen durchgeführt hatten, präsentiert. Im folgenden werden nun die persönlichen Erfahrungen und Ansichten der direkt betroffenen Personen dargestellt. Zunächst werden in den *Abschnitt 4.4.1* und *4.4.2* die Ergebnisse der Klient(inn)enbefragung und im *Abschnitt 4.4.3* die der Arbeitgeberbefragung vorgestellt. Anschließend kommen die Case Manager(innen) zu Wort: In *Abschnitt 4.4.3* geht es um die Erfahrungen der CMB-Stellen mit den CMB-Akteuren und der *Abschnitt 4.4.4* beinhaltet schließlich Ergebnisse einer Befragung von Mitarbeiter(inne)n der Reha-Träger in den Modellregionen.

4.4.1 Ergebnisse der ersten Klient(inn)enbefragung

Nach Abschluß von CMB wurden die Klient(inn)en von der Begleitforschung schriftlich zu ihrer Zufriedenheit mit der CMB-Betreuung befragt. Auf diese Befragung folgten noch zwei weitere im Abstand von jeweils einem halben Jahr, die betreffenden Resultate werden in *Abschnitt 4.4.2* erläutert. Im Rahmen dieser ersten Klient(inn)enbefragung wurden allgemeine Daten von der Kontaktaufnahme bis zum endgültigen Betreuungsergebnis sowie auch persönliche Stellungnahmen zur Beurteilung der jeweiligen Case-Management-Stelle erhoben.

Die folgenden Befunde beziehen sich auf CMB-Abschlüsse im Zeitraum von März 2002 bis Juni 2004. Zurückgesandte Fragebögen wurden bis zum Auswertungsstichtag am 03. August 2004 ausgewertet. Insgesamt wurden 861 CMB-Fälle abgeschlossen, die Anzahl der versandten Erstfragebögen betrug 778. Die Rücklaufquote der Fragebögen war sehr gut: Es wurden 40% bearbeitete Fragebögen an uns zurückgeschickt.

[267] Vgl. *Kastl / Trost* 2002: 299f

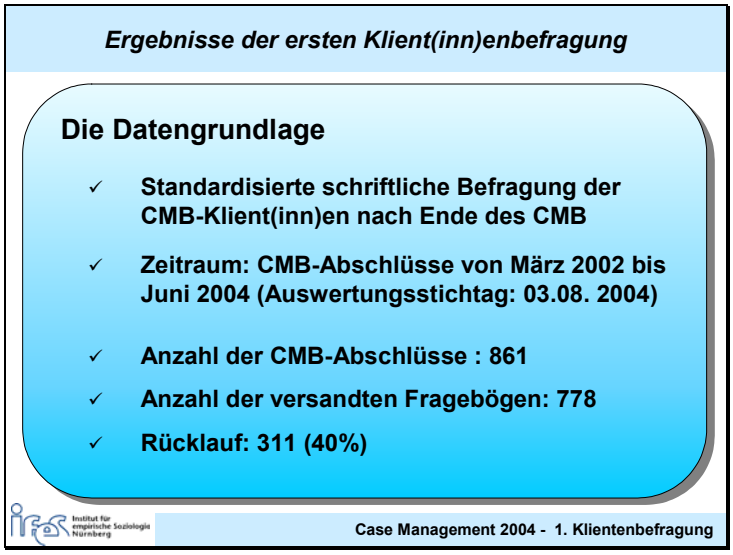


Abbildung 104

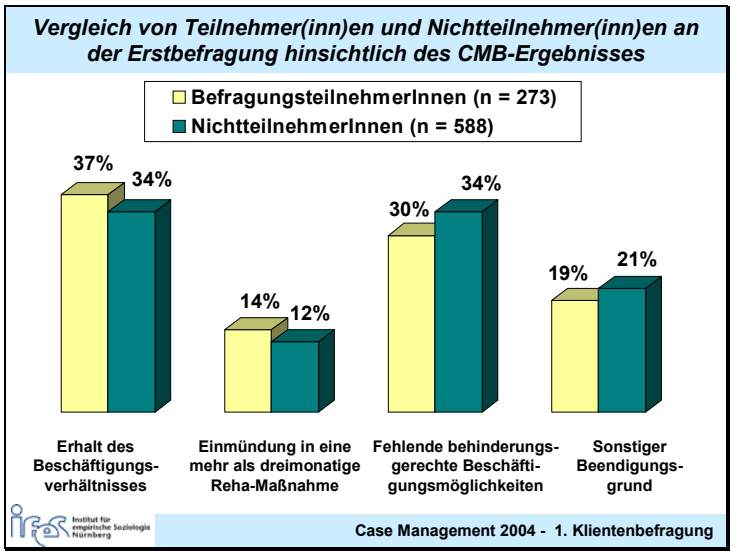


Abbildung 105

Zunächst wurde getestet, ob zwischen der Bereitschaft der Klient(inn)en, den Fragebogen auszufüllen und zurückzusenden, und dem Ergebnis, das durch die CMB-Betreuung erzielt wurde, ein Zusammenhang besteht. Die Annahme, daß besonders diejenigen Zielpersonen den Fragebogen bereitwillig ausfüllen würden, bei denen das Ergebnis des CMB positiv ausgefallen war, konnte dabei nicht bestätigt werden. Wie *Abbildung 105* zeigt, war der Anteil der *Klient(inn)en mit erfolgreichem CMB-Abschluß* bei den Teilnehmer(inne)n der Befragung mit 37% nur geringfügig höher als bei den Nichtteilnehmer(inne)n mit 34%.

Im Rahmen der Erhebung wurden die Rehabilitand(inn)en zunächst gefragt, wie sie von der CMB-Stelle erfahren hatten[268]. Fast die Hälfte der Kient(inn)en gaben an, sie hätten in ihrer jeweiligen Krankenkasse von der CMB-Stelle gehört (48%). Etwa je ein Fünftel erfuhr von CMB über die Arbeitsagenturen (21%) oder durch die *LVA*, *BfA* oder Knappschaft (19%). 9% der Auskunftspersonen wurden direkt durch die CMB-Stelle auf die Case-Management-Dienstleistung aufmerksam gemacht (*Abbildung 106*).

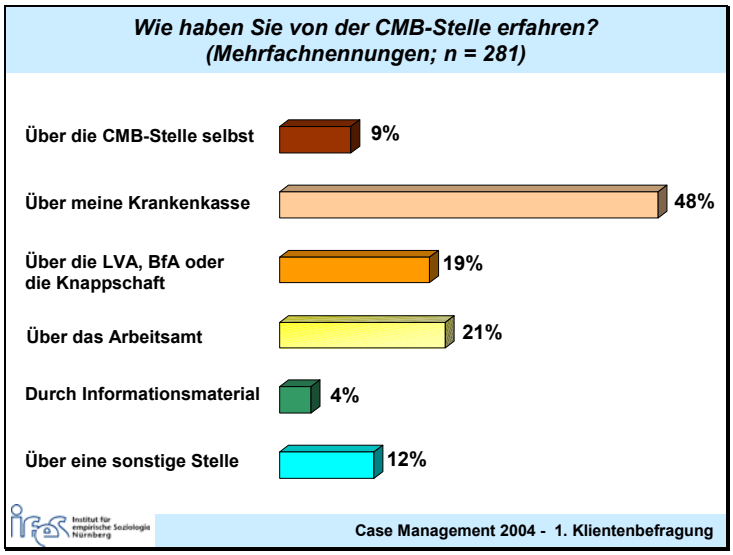


Abbildung 106

Darüber hinaus wurden die Rehabilitand(inn)en gebeten, ihre jeweilige CMB-Stelle zu beurteilen. Dabei waren verschiedene Kriterien vorgegeben, die anhand einer fünfstufigen Antwortskala bewertet werden konnten (*vgl. Tabelle 9*)[269].

Insgesamt wurden die CMB-Stellen durchweg sehr gut beurteilt. Jeweils 89% der Klient(inn)en stimmten den Aussagen zu, daß die CMB-Stelle *telefonisch gut erreichbar* ist, die *Sprechstunden* sowie *Öffnungszeiten* angemessen und die *Räumlichkeiten* in Ordnung sind. Allerdings waren nur 70% der Klient(inn)en der Meinung, daß die CMB-Stelle auch *verkehrsgünstig* liegt. Die *fachliche Qualität der Beratung* wurde durch die Klientinnen folgendermaßen beurteilt: Zwischen 86% und 94% der Befragungsteilnehrmer(innen) stimmten zu, daß die Case Manager(innen) einen *kompetenten Eindruck* hinterließen und die *Auskünfte klar*, *verständlich*, *richtig* sowie *umfassend* waren.

---

268 Bei dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich, weshalb sich die Prozentwerte nicht auf 100% summieren.

269 Die Antwortvorgaben lauteten 1.: „trifft nicht zu“, 2.:“trifft weniger zu“,3.: „trifft teilweise zu“, 4.: „trifft weitgehend zu“ und 5.: „trifft voll zu“. In der *Tabelle 9* ist aus Gründen der Übersichtlichkeit nur der Anteil der Klient(inn)en aufgeführt, die den Aussagen entweder *weitgehend* oder *voll zugestimmt* hatten.

Tabelle 9: Beurteilung der CMB-Stellen durch die Klient(inn)en

Beurteilungskriterien	Stimme voll / weitge-hend zu	N
1. Erreichbarkeit und die Räumlichkeiten der CMB-Stelle		
„Die CMB-Stelle liegt verkehrsgünstig.“	70%	237
„Mit den Sprechstunden / Öffnungszeiten der CMB-Stelle kommt man gut zurecht.“	89%	208
„Man kann die CMB-Stelle telefonisch gut erreichen.“	89%	265
„Die Räumlichkeiten der CMB-Stelle sind o.k.“	89%	207
2. Fachliche Qualität der Beratung		
„Der / die Mitarbeiter(in) der Stelle machte auf mich einen kompetenten Eindruck.“	93%	269
„Ich bekam sehr umfassende Auskünfte.“	86%	271
„Die Auskünfte waren klar und verständlich.“	92%	275
„Die Auskünfte waren richtig.“	94%	259
3. Intensität der Beratung		
„Der / die Mitarbeiter(in) der Stelle nahm sich für die Beratung viel Zeit.“	93%	273
„Der / die Mitarbeiter(in) der Stelle ging bei der Bearbeitung meines Falles sehr sorgfältig vor.“	89%	252
4. Schnelligkeit der Fallbearbeitung		
„Die Zeitabstände zwischen den Gesprächsterminen waren o.k.“	84%	247
„Mein Fall wurde schnell bearbeitet.“	84%	260
5. Qualität des zwischenmenschlichen Umgangs		
„Der / die Mitarbeiter(in) der Stelle hielt sich an Absprachen (z.B. telefonischer Rückruf).“	92%	256
„Der / die Mitarbeiter(in) war sehr freundlich.“	97%	271
„Der / die Mitarbeiter(in) der Stelle war vertrauenswürdig.“	94%	267
„Der / die Mitarbeiter(in) der Stelle war bei der Beratung sehr geduldig.“	94%	270
„Der / die Mitarbeiter(in) zeigte viel Einfühlungsvermögen.“	91%	267
6. Beteiligung und Mitbestimmung des Klienten / der Klientin		
„Ich konnte mich frei für die vorgeschlagene Lösung entscheiden.“	87%	252
„Ich wurde über jeden Schritt, den der / die Mitarbeiter(in) der Stelle unternehmen wollte, genau informiert.“	87%	267
„Alle Lösungen wurden zusammen mit mir erarbeitet.“	84%	250
7. Vertretung der Interessen des Klienten / der Klientin		
„Der / die Mitarbeiter(in) der Stelle hat sich für meine Belange eingesetzt.“	91%	263
„Der / die Mitarbeiter(in) der Stelle vertrat vor allem meine Interessen und nicht in erster Linie die Interessen von Arbeitsamt, Krankenkasse, LVA, BfA oder anderen Stellen.“	86%	234
„Der / die Mitarbeiter(in) der Stelle vertrat vor allem die Interessen meines Arbeit-gebers.“	18%	222
„Der / die Mitarbeiter(in) der Stelle war immer bereit, nach speziellen Lösungen für mich zu suchen.“	88%	248
„Ich habe den Eindruck, daß alles versucht wurde, was in meinem Fall möglich war.“	83%	257
8. Zukünftige Zusammenarbeit		
„Ich würde auch jemand anderem in einer ähnlichen Situation wie meiner raten, sich an die Stelle zu wenden.“	90%	257

Bezüglich der *Schnelligkeit der Fallbearbeitung* gaben 84% der Rehabilitand(inn)en an, die *Zeitabstände zwischen den Gesprächsterminen* seien in Ordnung gewesen und ihr *Fall* sei *schnell bearbeitet* worden.

Die *Qualität des zwischenmenschlichen Umgangs* erhielt eine besonders positive Bewertung. So stimmten über 90% der Befragten zu, daß die Case Manager(innen*) sehr freundlich*, *vertrauenswürdig* und *geduldig* waren sowie viel *Einfühlungsvermögen* zeigten. Die Kategorie *Beteiligung und Mitbestimmung der Klient(innen)* zeigt, daß immerhin 84% der Befragten der Auffassung waren, daß die *Lösungen zusammen* mit ihnen *erarbeitet* wurden; jeweils 87% fühlten sich jederzeit *informiert* und meinten, sie hätten sich für *die vorgeschlagenen Lösungen frei entscheiden* können. Fast alle Klient(inn)en sahen zudem ihre *Interessen durch die Case Manager(innen) gut vertreten*: Ein enorm großer Anteil war der Ansicht, daß die Case Manager(innen) sich für ihre *Belange* einsetzten (91%) und immer bereit waren, *nach speziellen Lösungen zu suchen* (88%). Nur 18% der Klient(inn)en hatten das Gefühl, daß vor allem die *Interessen des Arbeitgebers* vertreten wurden und nicht ihre eigenen. Insgesamt fielen die Bewertungen äußerst positiv für die CMB-Stellen aus. Insofern erstaunt nicht, daß die meisten Rehabilitand(inn)en (90%) angaben, sie würden auch *jemand anderem in einer ähnlichen Situation wie ihrer raten, sich an die CMB-Stelle zu wenden*.

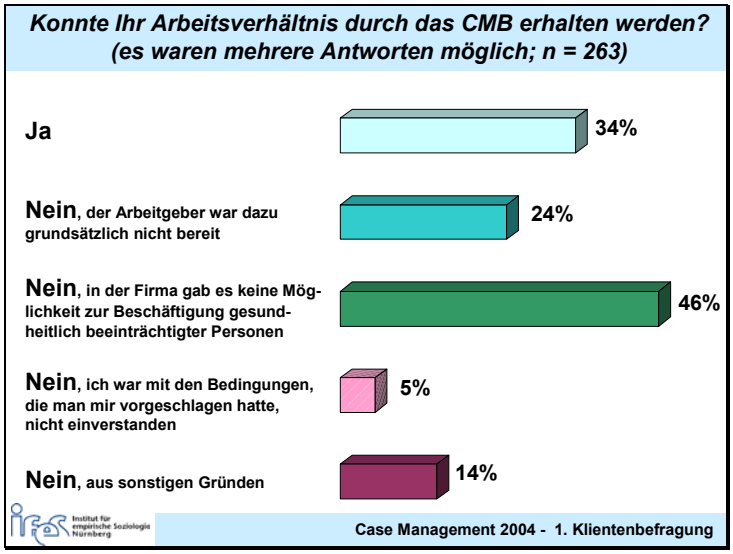


Abbildung 107

Interessant war auch, in Erfahrung zu bringen, was aus Sicht der Klient(inn)en der Grund für den Nichterhalt ihres Arbeitsverhältnisses gewesen sein könnte. Wie in *Abbildung 107* zunächst zu sehen ist, konnten 34% der Beschäftigungsverhältnisse der befragten Rehabili-

tand(inn)en erhalten werden.[270] Als Grund für den Arbeitsplatzverlust gaben 46% an, daß es in der Firma keine Möglichkeiten zur Beschäftigung gesundheitlich beeinträchtigter Personen gab. Bei weiteren 24% war der Arbeitgeber – nach Meinung der Klient(inn)en – grundsätzlich nicht bereit, gesundheitlich beeinträchtigte Mitarbeiter(innen) weiter zu beschäftigen. Lediglich 5% der Klient(inn)en waren selbst mit den ihnen vorgeschlagenen Bedingungen nicht einverstanden.

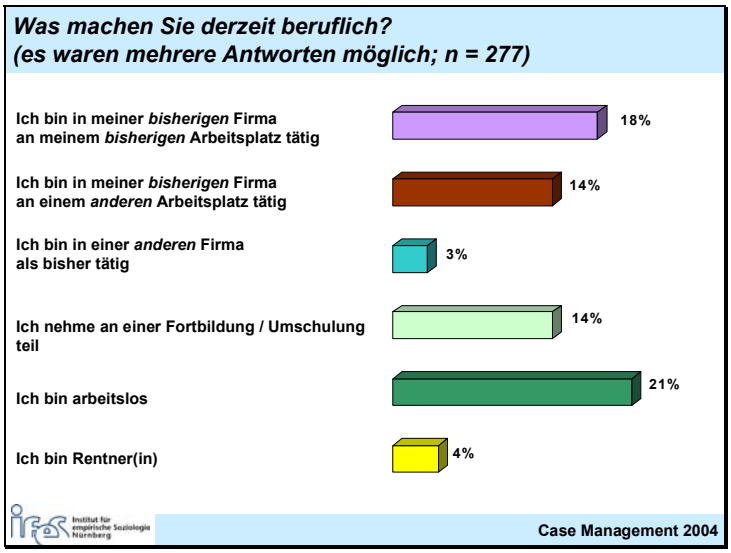


Abbildung 108

In der *Abbildung 108* ist der berufliche Status der Klient(inn)en unmittelbar nach Beendigung des CMB dargestellt: Demnach konnten 35% der Befragten weiter in ihrem bisherigen Betrieb beschäftigt werden. Davon kehrten 18% der Rehabilitand(inn)en an ihren alten Arbeitsplatz zurück, weitere 14% bekamen einen anderen Arbeitsplatz in der bisherigen und 3% fanden einen neuen Arbeitplatz in einer anderen Firma. 21% der Auskunftspersonen waren arbeitslos und 4% erhielten Rente. 14% der Klient(inn)en nahmen nach Ende des CMB an einer Fortbildung oder Umschulung teil, um ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt zu verbessern.[271]

Die Ergebnisse der abschließenden Frage nach der *Zufriedenheit der Klient(inn)en mit dem Ablauf und dem Ergebnis des CMB* sind in der *Abbildung 109* wiedergegeben. Dabei waren die Befragten insgesamt mit dem Ablauf zufriedener als mit dem Ergebnis: Fast drei Viertel

---

270 Dieser Anteil an erhaltenen Beschäftigungsverhältnissen entspricht in etwa der Erfolgsquote aller abgeschlossenen Fälle, bei der auch jene Klient(inn)en berücksichtigt wurden, die nicht an der Befragung teilnahmen (vgl. *Abschnitt 4.3.5, Abbildung 73)*

271 Die Prozentwerte in dieser Abbildung summieren sich nicht auf über100%, da aus methodischen Gründen die Kategorie *Arbeitsunfähigkeit* ausgeklammert wurde.

der Klient(inn)en waren mit dem *Ablauf zufrieden* oder *sehr zufrieden* und immerhin noch fast zwei Drittel bewerteten auch das *Ergebnis von CMB* als *zufriedenstellend* oder *sehr zufriedenstellend*. Dieses Ergebnis spricht eindeutig für CMB,[272] verdeutlicht es doch die große Akzeptanz von CMB durch die Rehabilitand(inn)en.

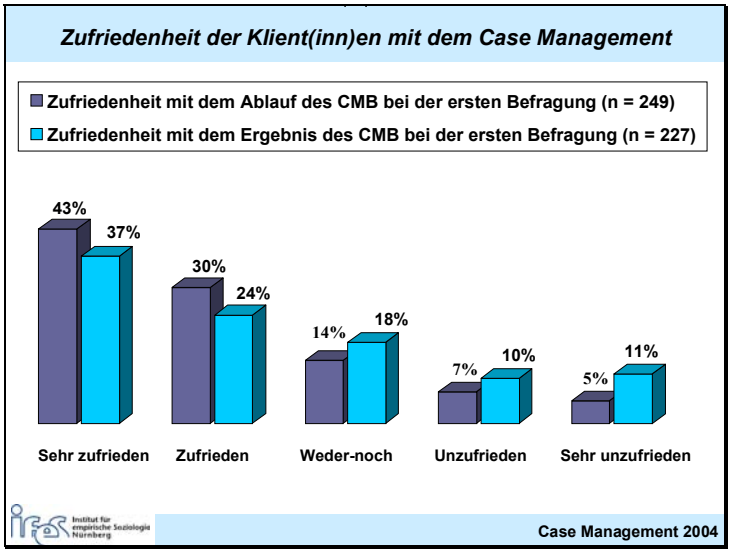


Abbildung 109

4.4.2 Ergebnisse der zweiten und dritten Klient(inn)enbefragung

Um die Nachhaltigkeit des CMB-Ergebnisses überprüfen zu können, wurden die Rehabilitand(inn)en 6 Monate und 12 Monate nach Abschluß der CMB-Betreuung nochmals schriftlich befragt. Im Rahmen dieser weiteren Erhebungen wurden die Klient(inn)en gebeten, Angaben zu ihrer beruflichen Situation und zu ihrem derzeitigen Einkommen zu machen sowie ihre Zufriedenheit mit dem CMB aus der zeitlichen Distanz heraus mitzuteilen.

Die folgenden Befunde beziehen sich ebenfalls auf CMB-Abschlüsse im Zeitraum von März 2002 bis Juni 2004. Zurückgesandte Fragebögen wurden bis zum Auswertungsstichtag am 03. August 2004 berücksichtigt. Insgesamt wurden 861 CMB-Fälle abgeschlossen, die Anzahl der versandten Fragebögen betrug 6 Monate nach CMB 661 und 12 Monate nach CMB

[272] Dieses Ergebnis ist auch deshalb als äußerst positiv zu betrachten, da nicht zur Personen mit erhaltenen Beschäftigungsverhältnissen, sondern auch Klient(inn)en, deren Beschäftigungsverhältnis nicht erhalten werden konnte, gute Bewertungen für das CMB abgaben (vgl. *Abbildung 105*).

417.[273] Die Rücklaufquoten beider Befragungen übertrafen die der Erstbefragung: Von der zweiten Verschickung wurden 44% und von der dritten sogar 50% bearbeitete Fragebögen an uns zurückgesandt, ein Hinweis auf die Akzeptanz von CMB durch die Klient(inn)en (siehe *Abbildung 110*).

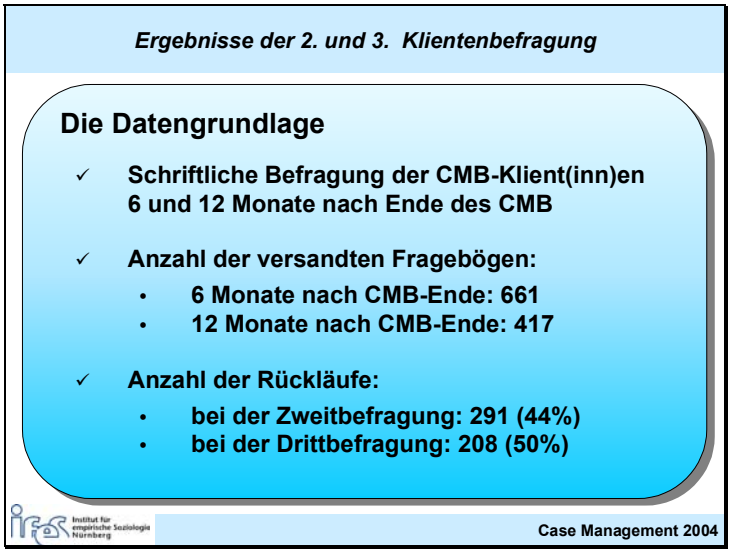


Abbildung 110

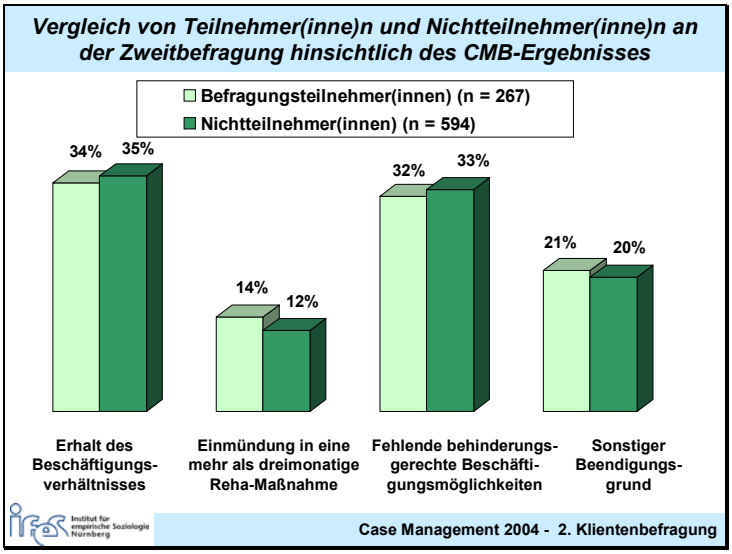


Abbildung 111

[273] Klient(inn)en, die den CMB-Stellen erst im Verlauf des letzten Projektjahres zugegangen waren, konnten ggf. nur noch zwei- oder einmal befragt werden; daher auch die Verringerung der Anzahl verschickter Fragebögen bei der Zweit- und Drittbefragung.

Zunächst wurde auch bei den Zweit- und Drittbefragungen getestet, ob zwischen der Bereitschaft der Klient(inn)en, den Fragebogen auszufüllen und zurückzusenden, und dem Ergebnis, das durch die CMB-Betreuung für die Klient(inn)en erzielt wurde, ein Zusammenhang besteht. Da sich keine nennenswerte Unterschiede zwischen der Antwortbereitschaft der Zielpersonen mit positivem CMB-Ergebnis und derjenigen, mit negativem Ausgang ergaben, kann der angenommene Zusammenhang nicht bestätigt werden (vgl. *Abbildung 111*).

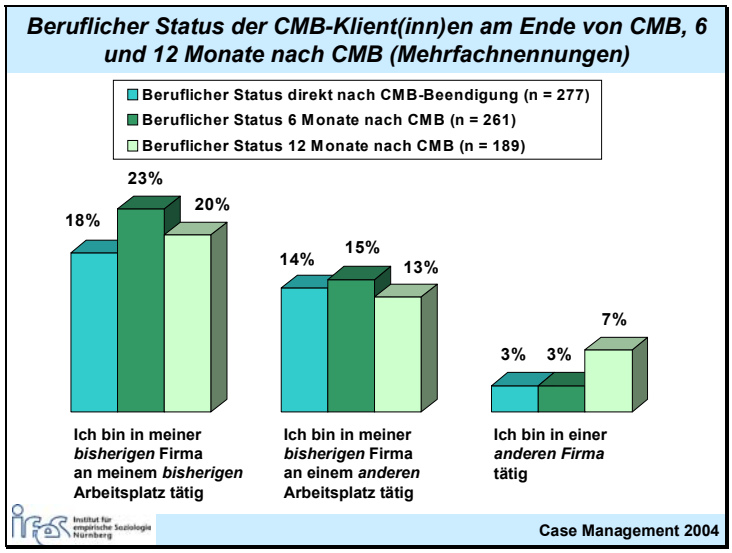


Abbildung 112

Die *berufliche Situation aller befragten Klient(inn)en* zu unterschiedlichen Zeitpunkten, nämlich *am Ende von CMB, 6 Monate* und *12 Monate nach CMB*, werden in den *Abbildungen 112* und *113*[274] veranschaulicht. Betrachtet man zunächst die *Abbildung 112,* so ergab sich folgendes Bild: Am Ende von CMB gaben 18% der befragten Klient(inn)en an, wieder in ihrer bisherigen Firma an ihrem bisherigen Arbeitsplatz tätig zu sein, 6 Monate später waren dies sogar 23% und nach 12 Monaten immerhin noch 20% der Klient(inn)en. 14% der Rehabilitand(inn)en konnten am Ende von CMB an einen anderen Arbeitsplatz umgesetzt werden, 15% waren nach 6 Monaten und 13% nach 12 Monaten immer noch dort tätig.[275] Diese Zahlen verdeutlichen durchaus die Stabilität der Beschäftigungsverhältnisse und somit die Nachhaltigkeit der CMB-Ergebnisse. Darüber hinaus fanden 3% nach Abschluß des CMB

[274] Die Prozentwerte summieren sich hier nicht auf 100%, da die Kategorie „arbeitsunfähig“ nachträglich aus methodischen Gründen ausgeklammert wurde.

[275] Der Anstieg der Prozentwerte im Zeitverlauf ist u. U. auch dadurch zu erklären, daß bei den Folgebefragungen nicht genau diejenigen Klient(inn)en erreicht werden konnten, die an der vorangegangen Befragung teilnahmen. Zudem kann hier die unterschiedliche Anzahl von Befragten zu den jeweiligen Befragungszeitpunkten (vgl. *Abbildung 110 und Abschnitt 4.4.1, Abbildung 104*) relevant sein. Eine Überprüfung dieser Annahmen war nicht möglich, da die Nachbefragungen völlig anonym erfolgten und somit nicht kontrolliert werden konnte, wer sich an den verschiedenen Panelstufen beteiligen wollte und wer nicht.

eine Beschäftigung in einer anderen Firma, nach 6 Monaten waren dies ebenfalls 3% und 12 Monate später sogar 7% der Rehabilitand(inn)en.

14% der im Anschluß an CMB befragten Klient(inn)en nahmen an einer Fortbildung oder Umschulung teil, nach 6 Monaten waren dies 17% und 12 Monate später 19%. Arbeitslos waren am Ende von CMB 21% der Rehabilitand(inn)en, nach 6 Monaten erhöhte sich diese Anzahl allerdings nur geringfügig auf 22% und nach 12 Monaten auf 24%. 4% der Befragten gaben an, bei Abschluß der CMB-Betreuung bereits den Rentenstatus erlangt zu haben, ein halbes Jahr danach waren dies 8% und 12 Monate später 13% (*Abbildung 113*).

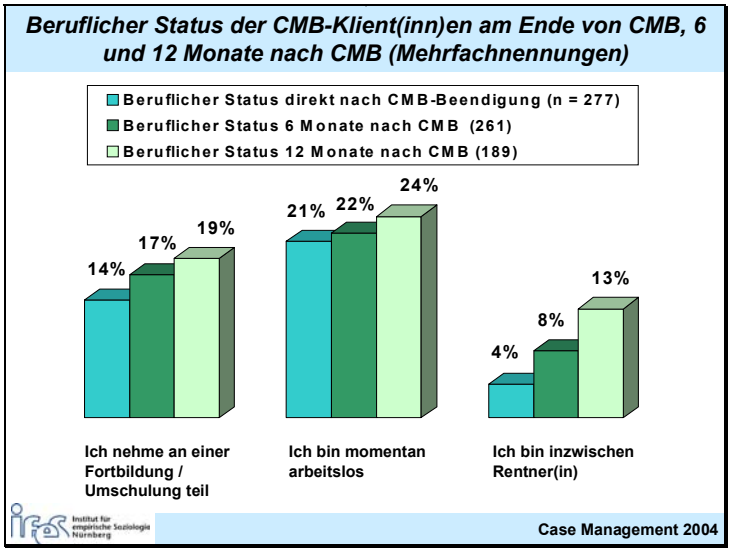


Abbildung 113

Für die folgende Auswertung wurde eine Teilpopulation gebildet: Untersucht wurden nur diejenigen befragten Klient(inn)en, deren Beschäftigungsverhältnisse am Ende von CMB erhalten werden konnten. Wie viele von diesen Beschäftigungsverhältnissen bestanden nun tatsächlich noch 6 Monate und 12 Monate nach Abschluß der CMB-Betreuung? Die *Abbildung 114* zeigt, daß sich unter den 291 Rehabilitand(inn)en, die an der Zweitbefragung *6 Monate nach CMB* teilnahmen, 89 Klient(inn)en befanden, deren Wiedereingliederung beim bisherigen Arbeitgeber erreicht werden konnte. Von dieser Teilpopulation gaben 54% an, sie wären in ihrer bisherigen Firma an ihrem alten Arbeitsplatz tätig, weitere 40% wurden an einen anderen Arbeitsplatz umgesetzt.[276] Betrachtet man im weiteren die Ergebnisse der Drittbefragung *12 Monate nach der CMB-Betreuung*, an der sich 208 Klient(inn)en beteiligten, davon

[276] Die restlichen 6% waren entweder arbeitslos, befanden sich in einer Qualifizierungsmaßnahme, waren anderweitig beruflich tätig oder inzwischen berentet.

62 mit erhaltenem Beschäftigungsverhältnis, so sinkt die Gesamtquote[277] erhaltener Beschäftigungsverhältnisse im bisherigen Betrieb zwar etwas, beträgt aber immerhin noch 84%.[278] Diese außerordentlich guten Erfolgsquoten von 94% *6 Monate* bzw. 84% *12 Monate nach Betreuungsende* sprechen fraglos für die Dienstleistung Case Management.

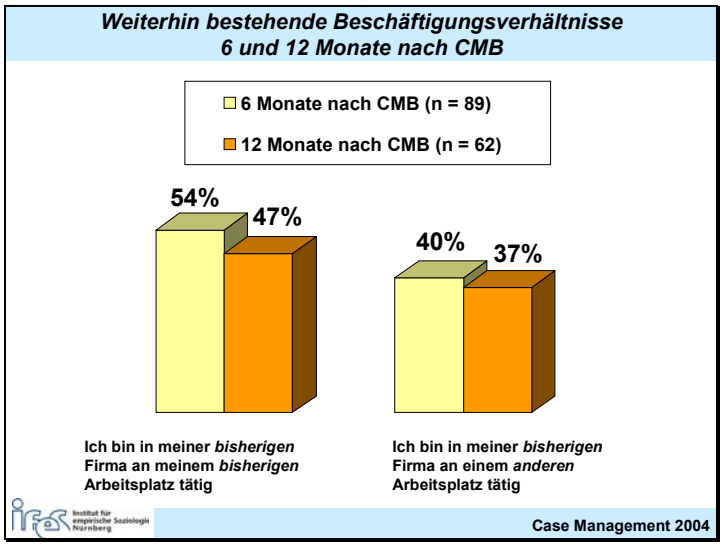


Abbildung 114

Tabelle 10: Art des Einkommens 6 Monate nach CMB (Mehrfachnennungen)

	Klient(inn)en, deren *Beschäftigungsverhältnis erhalten* werden konnte	Klient(inn)en, die in eine *mehr als dreimonatige Reha-Maßnahme* eintraten	Klient(inn)en, bei denen CMB aus *sonstigen Gründen* endete
Lohn / Gehalt	**83%**	**11%**	**12%**
Krankengeld	**8%**	**11%**	**21%**
Übergangsgeld	**2%**	**62%**	**9%**
Arbeitslosengeld	**3%**	**11%**	**43%**
Arbeitslosenhilfe	**0%**	**3%**	**2%**
Rente	**5%**	**0%**	**14%**
Fallzahlen insgesamt (n = 279)	**n = 96**	**n = 37**	**n = 146**

[277] Die Gesamtquote ergibt sich bei Aufsummierung der Prozentwerte der Kategorien *Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz* und *Tätigkeit an einem anderen Arbeitsplatz.*

[278] Die restlichen 16% waren entweder arbeitslos, befanden sich in einer Qualifizierungsmaßnahme, waren anderweitig beruflich tätig oder inzwischen berentet.

Die Rehabilitand(inn)en wurden auch nach der *Art ihres derzeitigen Einkommens* befragt (siehe *Tabelle 10*). Dabei zeigte sich, daß nach *6 Monaten* 83% der Klient(inn)en, deren Beschäftigungsverhältnis erhalten werden konnte, Lohn oder Gehalt bezogen, der Rest erhielt Krankengeld (8%), Übergangsgeld (2%), Arbeitslosengeld (3%) oder Rente (5%).

Interessant war, daß bei den Rehabilitand(inn)en, die nach der CMB-Betreuung an einer mehr als dreimonatigen Reha-Maßnahme teilnahmen, zwar 62% Übergangsgeld bezogen, aber immerhin 11% wieder Lohn- oder Gehaltsbezieher waren. Allerdings bezogen ebenfalls 11% auch Arbeitslosengeld. Von den Klient(inn)en, bei denen CMB aus sonstigen Gründen endete, erhielten 43% Arbeitslosengeld, 21% Krankengeld, und 14% bezogen Rente.

In der *Tabelle 11* sind die *Einkommensarten ein Jahr nach CMB* aufgeführt: In allen drei Ergebniskategorien nahmen die Lohn- und Gehaltsbezieher im Vergleich zum Befragungszeitpunkt *6 Monate nach CMB* zu, die Krankengeldzahlungen nahmen entsprechend ab und bei den Arbeitslosengeldempfänger(inne)n blieben die Anteile in etwa gleich groß.

Tabelle 11: Art des Einkommens 12 Monate nach CMB (Mehrfachnennungen)

	Klient(inn)en, deren *Beschäftigungsverhältnis erhalten* werden konnte	**Klient(inn)en, die in eine *mehr als dreimonatige Reha-Maßnahme* eintraten**	**Klient(inn)en, bei denen CMB aus *sonstigen Gründen* endete**
Lohn / Gehalt	**86%**	**19%**	**13%**
Krankengeld	**6%**	**0%**	**4%**
Übergangsgeld	**3%**	**62%**	**16%**
Arbeitslosengeld	**2%**	**12%**	**44%**
Arbeitslosenhilfe	**0%**	**4%**	**4%**
Rente	**5%**	**8%**	**23%**
Fallzahlen Gesamt (n = 191)	**n = 65**	**n = 26**	**n = 100**

Abschließend sollten die Rehabilitand(inn)en Angaben zu ihrer *Zufriedenheit mit dem CMB* machen. Die Ergebnisse dieser Frage sind in der *Abbildung 115* wiedergegeben, dabei wurde deutlich, daß die meisten Befragten ihre CMB-Betreuung sowohl *6 Monate* als auch *12 Monate* nach Abschluß immer noch positiv in Erinnerung behielten: Etwa zwei Drittel der Befragten äußerten sich 6 Monate und 12 Monate nach CMB entweder *sehr zufrieden* oder

zufrieden, nur jeweils etwa 20% waren im nachhinein sowohl nach einem halben als auch nach einem ganzen Jahr *unzufrieden* oder *sehr unzufrieden* mit der Dienstleistung CMB.

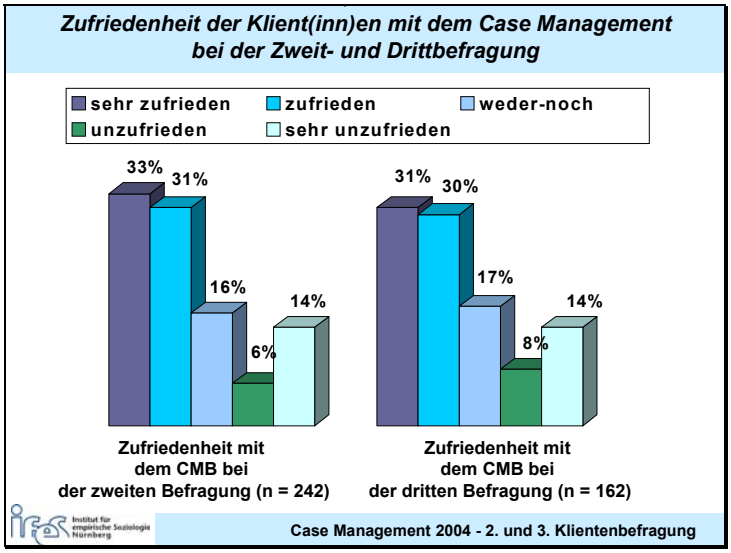


Abbildung 115

4.4.3 Ergebnisse der Arbeitgeberbefragung

Nach Abschluß von CMB wurden auch die Arbeitgeber der CMB-Klient(inn)en zu ihren Erfahrungen mit der CMB-Stelle und ihren Ansichten über CMB befragt. Einbezogen werden konnten allerdings nur Arbeitgeber, die zu einer Kooperation mit der CMB-Stelle grundsätzlich bereit waren. Nicht berücksichtigt wurden somit diejenigen Arbeitgeber, die bereits beim ersten Kontakt mit der CMB-Stelle weitere Gespräche abgelehnt hatten.

Die folgenden Befunde beziehen sich auf CMB-Abschlüsse im Zeitraum von März 2002 bis Juni 2004. Insgesamt wurden 184 Fragebögen an Arbeitgeber verschickt. Bei dieser Befragung war die Rücklaufquote der Fragebögen mit 47% sogar noch höher als jene der Klient(inn)enbefragung (40%) (vgl. *Abschnitt 4.4.1, Abbildung 104*). Diese Tatsache spricht nicht nur für die Akzeptanz von CMB durch die Betriebe, sondern auch für deren Aktivierung durch die CMB-Stellen.

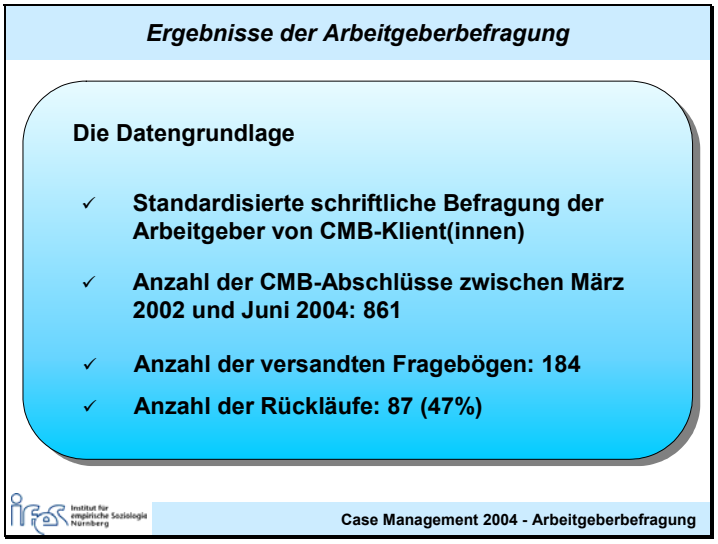


Abbildung 116

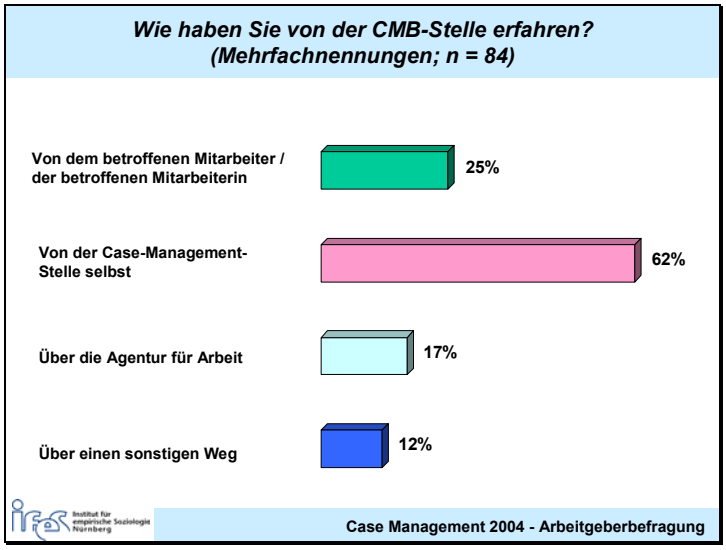


Abbildung 117

Die in den CMB-Prozeß involvierten Arbeitgeber erfuhren aus unterschiedlichen Quellen von der Existenz der jeweiligen CMB-Stelle: Etwa zwei Drittel der Arbeitgeber (62%) wurde von der CMB-Stelle selbst über ihre Dienstleistungen informiert. Ein Viertel der Verantwortlichen in den Betrieben erfuhr durch ihre gesundheitlich beeinträchtigten Mitarbeiter(innen) von der CMB-Stelle und 17% wurden von den Arbeitsagenturen auf die Dienstleistung CMB hingewiesen (*Abbildung 117*).[279]

[279] Hier waren Mehrfachnennungen möglich, weshalb sich die Prozentwerte nicht auf 100% summieren.

In 71% der Fälle gelang es, das Beschäftigungsverhältnis der gesundheitlich beeinträchtigten Mitarbeiter(innen) der befragten Arbeitgeber zu erhalten. Davon gaben 58% an, daß dieses Ergebnis ohne die Unterstützung durch die CMB-Stelle nicht erzielt worden wäre. Das heißt, mehr als die Hälfte der Beschäftigungsverhältnisse wären ohne CMB-Aktivitäten gekündigt worden (*Abbildung 118*).

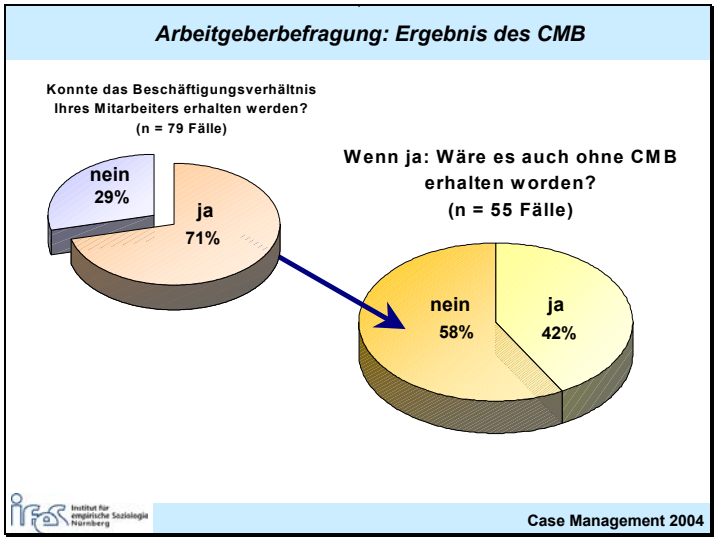


Abbildung 118

Diese Ergebnis muß als besonders wichtig hervorgehoben werden, weil es möglicherweise auf einen erheblichen Bedarf an Beratung und Unterstützung in den Betrieben hinweist.

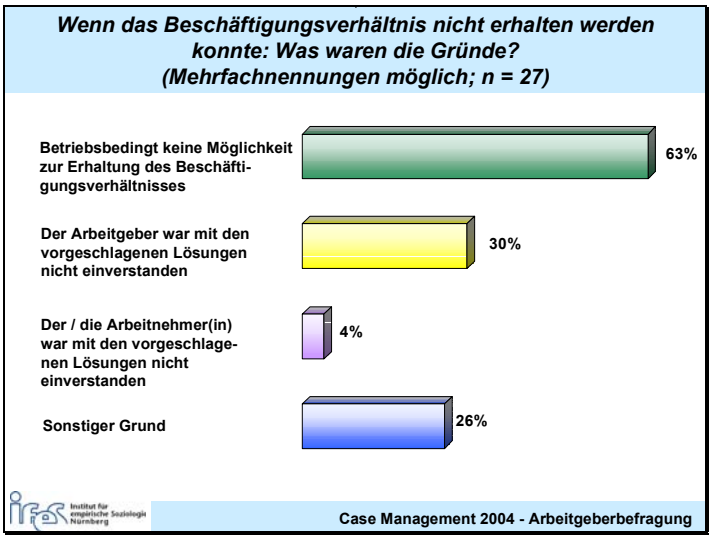


Abbildung 119

Auf die Frage, welche Gründe für den Nichterhalt des Beschäftigungsverhältnisses ursächlich waren, gaben 63% der Arbeitgeber an, betriebsbedingt keine Möglichkeit zur Weiterbe-

schäftigung ihrer Mitarbeiter(innen) gehabt zu haben. 30% waren mit den vorgeschlagenen Lösungen nicht einverstanden (siehe *Abbildung 119*).

Auch die Arbeitgeber wurden gebeten, die jeweilige CMB-Stelle zu beurteilen. Dabei waren verschiedene Beurteilungskriterien vorgegeben.[280] Insgesamt gesehen wurden die CMB-Stellen auch von den Arbeitgebern überaus positiv bewertet (siehe *Tabelle 12*): Fast alle Befragten stimmten insbesondere Aussagen voll oder weitgehend zu, die die *Qualität des zwischenmenschlichen Umgangs*, die *fachliche Qualität der Beratung*, den *Zeitrahmen und die Sorgfalt bei der Beratung* sowie die *Zuverlässigkeit der Mitarbeiter(innen) der CMB-Stelle* positiv beschrieben. Bei den Kategorien *Beteiligung und Mitbestimmung des Arbeitgebers* und *Vertretung der Interessen des Arbeitgebers* fiel die Bewertung zwar schlechter aus, betrug aber immerhin noch im Mittel über 80%.

Ihre positive Meinung über CMB brachten 92% der befragten Arbeitgeber abschließend dadurch zum Ausdruck, daß sie der Aussage „Wir werden voraussichtlich auch künftig mit der Stelle zusammenarbeiten" voll oder weitgehend zustimmten.

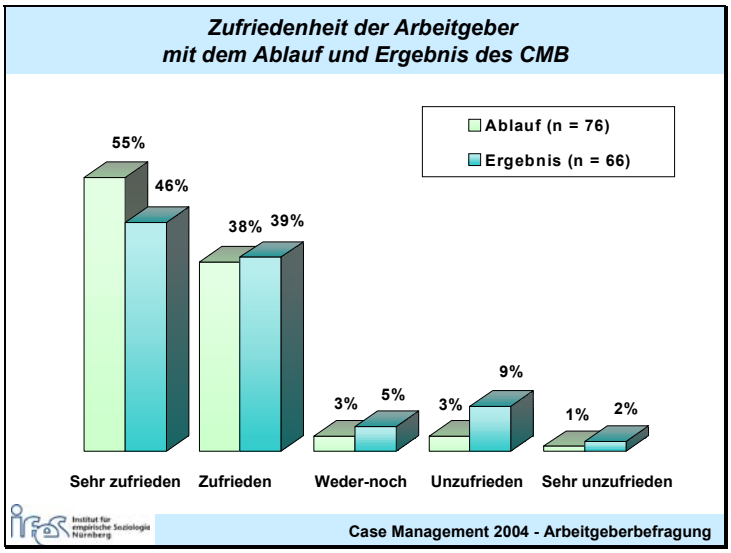


Abbildung 120

Die Ergebnisse der abschließenden Frage nach der Zufriedenheit der Arbeitgeber mit dem Ablauf und dem Ergebnis des CMB sind in der *Abbildung 120* wiedergegeben.

[280] Die Antwortvorgaben lauteten 1.: „trifft nicht zu", 2.:"trifft weniger zu", 3.: „trifft teilweise zu", 4.: „trifft weitgehend zu" und 5.: „trifft voll zu". In der *Tabelle 12* ist aus Gründen der Übersichtlichkeit nur der Anteil der Arbeitgeber aufgeführt, die den Aussagen entweder *weitgehend* oder *voll zugestimmt* hatten.

Tabelle 12: Beurteilung der CMB-Stellen durch die Arbeitgeber

Beurteilungskriterien	Stimme voll / weitge-hend zu	N
1. Telefonische Erreichbarkeit und Schnelligkeit der CMB Stelle		
„Man konnte die Stelle telefonisch gut erreichen.“	90%	68
„Termine mit der Stelle kamen schnell zustande.“	95%	80
„Der betreffende Fall wurde schnell bearbeitet.“	89%	75
2. Qualität des zwischenmenschlichen Umgangs		
„Die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter der Stelle zeigte viel Einfühlungsvermögen.“	93%	81
„Die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter der Stelle war sehr freundlich.“	96%	79
3. Fachliche Qualität der Beratung		
„Die Auskünfte waren klar und verständlich.“	94%	81
„Die Auskünfte waren richtig.“	96%	68
„Das Case Management wurde kompetent ausgeführt.“	90%	70
„Wir bekamen sehr umfassende Auskünfte.“	90%	80
4. Ausreichend Zeit und Sorgfalt bei der Beratung		
„Die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter der Stelle nahm sich für die Beratung viel Zeit.“	91%	79
„Die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter der Stelle ging bei der Bearbeitung des Falles sehr sorgfältig vor.“	91%	75
5. Beteiligung und Mitbestimmung des Arbeitgebers		
„Wir wurden über jeden Schritt, den die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter der CMB-Stelle unternehmen wollte, genau informiert.“	81%	74
„Alle Lösungen wurden zusammen mit uns erarbeitet.“	87%	75
6. Zuverlässigkeit der Mitarbeiter(innen) der CMB-Stelle		
„Die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter der Stelle war vertrauenswürdig.“	95%	82
„Die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter der Stelle hielt sich immer an Absprachen.“	95%	75
7. Vertretung der Interessen des Arbeitgebers		
„Die Stelle hat sich für unsere Firmenbelange eingesetzt.“	87%	75
„Die Stelle hat vor allem die Interessen unseres Mitarbeiters / unserer Mitarbeiterin vertreten.“	72%	75
„Die Stelle verhielt sich neutral und vertrat nicht in erster Linie die Interessen von Arbeitsagenturen, LVA, BfA oder anderen Institutionen.“	92%	76
„Die Stelle war immer bereit, nach speziellen Lösungen zu suchen, um den Gegebenheiten unseres Betriebes gerecht zu werden.“	92%	76
„Wir haben den Eindruck, daß alles ausgeschöpft wurde, was zur Lösung des Falles möglich war.“	90%	70
8. Bereitschaft zur künftigen Zusammenarbeit		
„Wir werden voraussichtlich auch künftig mit der Stelle zusammenarbeiten.“	92%	73

Insgesamt äußersten sich die Befragten zu CMB sehr positiv: Fast alle Arbeitgeber waren mit dem Ablauf sehr zufrieden (55%) oder zufrieden (38%) und 85% bewerteten das Ergebnis von CMB als sehr zufriedenstellend (46%) oder zufriedenstellend (39%). Im Vergleich zur Klient(inn)enbefragung fielen die Ergebnisse zur Zufriedenheit bei den Arbeitgebern sogar

noch positiver aus (vgl. *Abschnitt 4.4.1, Abbildung 109*), was dahingehend interpretiert werden kann, daß die Arbeitgeber noch dankbarer für die Dienstleistung CMB waren als die Klient(inn)en.

Einige der befragten Arbeitgeber machten aufgrund ihrer Erfahrungen Vorschläge, wie das CMB noch verbessert werden könnte. Diese Empfehlungen sind in den *Abbildungen 121* und *122* wiedergegeben.

Abbildung 121

Abbildung 122

4.4.4 Beurteilung von CMB durch die Case Manager(innen)

Im Rahmen der zum Abschluß des Modellprojekts durchgeführten Telefoninterviews hatten die Case Manager(innen) die Gelegenheit, ihre Erfahrungen hinsichtlich der Zusammenarbeit mit den Reha-Trägern, den Klient(inn)en und den Arbeitgebern mitzuteilen. Daneben sollten sie CMB hinsichtlich seines Nutzens beurteilen und eine Zukunftseinschätzung für CMB abgeben. Die in den *Abschnitten 4.4.4.1, 4.4.4.2* und *4.4.4.3* dargestellten Vorgehensweisen in der Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Personenkreis stimmen im wesentlichen mit Ergebnissen überein, die bereits im Verlaufe des Modellprojektes im Rahmen von CMB-Arbeitssitzungen gewonnen und in die Qualitätsstandards eingearbeitet wurden (*vgl. Abschnitt 4.1.2 Qualitative Methoden und Abschnitt 5.3 Qualitätsstandards*).

4.4.4.1 Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit den Reha-Trägern

Bei der Beschleunigung des Rehabilitations-Prozesses von gesundheitlich beeinträchtigten Arbeitnehmer(innen) spielt die konstruktive Zusammenarbeit mit den jeweiligen Reha-Trägern, z. B. bei der Zuweisung von Klient(inn)en oder der Bewilligung von Maßnahmen, eine bedeutende Rolle. Obwohl nach Meinung der Case Manager(innen) die Zusammenarbeit mit den Reha-Trägern sehr stark von der Persönlichkeit des jeweiligen Ansprechpartners abhängt, nannten sie doch eine Reihe von Verhaltensweisen, die zum einen die Vertrauensbasis für eine gute Kooperation schaffen und zum anderen die Arbeit der Reha-Träger erleichtern und somit einer langfristigen guten Zusammenarbeit dienlich sein können.

Alle Case Manager(innen) machten die Erfahrung, daß ein guter persönlicher Kontakt zu den Ansprechpartnern der Reha-Träger wesentlich für eine gute Zusammenarbeit ist. Demnach ist es wichtig, die Mitarbeiter(innen) der Reha-Träger zunächst von den Vorteilen von CMB zu überzeugen und dann zu versuchen, auf der persönlichen Ebene eine vertrauensvolle stabile Basis für eine zukünftige kontinuierliche Kooperation zu schaffen. Diesem Ziel dienlich ist insbesondere, daß die Case Manager(innen) auch für die Arbeitsüberlastung der Reha-Berater Verständnis zeigen und nicht zuviel fordern.

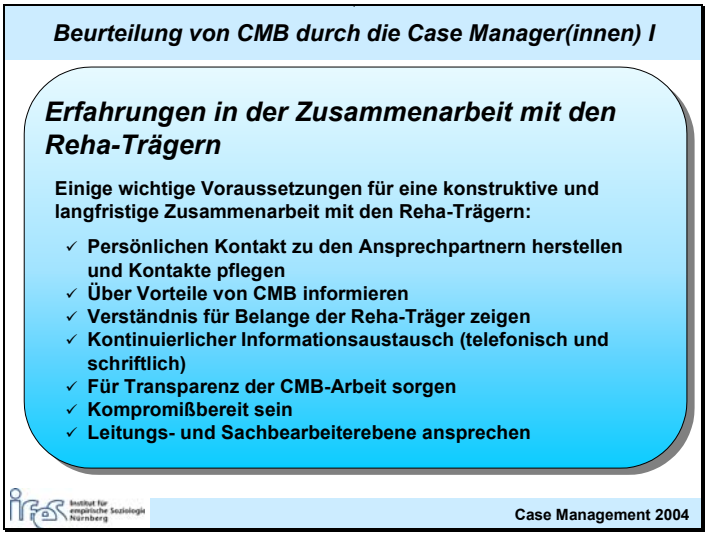


Abbildung 123

Überaus bedeutend ist zudem, die bestehenden Kontakte zu pflegen, im ständigen Informationsaustausch für Transparenz der CMB-Arbeit zu sorgen und die relevanten Netzwerkpartner auf den neuesten Stand der Dinge zu bringen. Dabei ist es wesentlich, glaubwürdig und kompromißbereit zu sein. Arbeiten sollten schnell und direkt erledigt und Absprachen eingehalten werden, nachdem sie möglichst schriftlich festgehalten wurden. Damit sich der Ansprechpartner des Reha-Trägers vorab auf eine CMB-Fallbesprechung vorbereiten kann, sollte einen Tag vor dem Anruf bzw. des Besuches per Fax oder E-Mail eine schriftliche Stellungnahme zum betreffenden Fall verschickt werden. Falls die Mitarbeiter(innen) der Sachbearbeiterebene keine Bereitschaft zur Kooperation signalisieren, kann der / die Case Manager(in) die Leitungsebene des jeweiligen Reha-Trägers ansprechen und versuchen, diese von den Vorteilen von CMB zu überzeugen; gelingt dies, kann dadurch das Ansehen von CMB innerhalb der betreffenden Behörde gesteigert werden und die Leitungsebene Einfluß auf die Kooperationsbereitschaft der Mitarbeiter(innen) nehmen. Ein Case Manager machte die Erfahrung, daß die Reha-Träger kooperativer sind, wenn mehrere Träger zusammen arbeiten müssen: stehe beispielsweise der Reha-Berater einer Arbeitsagentur hinter der erarbeiteten Lösungsstrategie, dann sei auch der Ansprechpartner beim Rentenversicherungsträger eher zu überzeugen. Wichtig ist nach Ansicht der Projektbeteiligten auch die Fähigkeit, Wege zur informellen Zusammenarbeit zu finden und diese zu pflegen. Insofern erstaunt kaum, daß viele Case Manager(innen) von Erfahrungen berichteten, nach denen wechselnde Ansprechpartner und der damit verbundene Verlust von Informationen und Kontakten einem positiven CMB-Verlauf sehr abträglich sind.

4.4.4.2 Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit den Klient(inn)en

Der frühzeitige Zugang zum CMB beeinflußt entscheidend den Verlauf und das Ergebnis des Rehabilitationsprozesses der jeweiligen Klient(inn)en. Dabei ist zunächst von wesentlicher Bedeutung, daß die Reha-Träger den CMB-Stellen rechtzeitig Rehabilitand(inn)en vermitteln, d. h. sobald es Hinweise gibt, daß die Versicherten seine bisherige Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen auf Dauer nicht mehr uneingeschränkt ausüben können, ohne jedoch dauerhaft erwerbsunfähig zu sein. An fast allen Standorten sind die meisten der zugewiesenen Rehabilitand(inn)en in der Regel zur Zusammenarbeit mit der CMB-Stelle bereit, teilweise bestehen aber noch Vorbehalte und Ängste gegenüber dem CMB.

Abbildung 124

Wie hoch die Bereitschaft zur Mitwirkung an CMB tatsächlich ist, hängt von unterschiedlichen Faktoren ab. Nach Meinung fast aller Case Manager(innen) befürchten die weniger kooperationsbereiten Klient(inn)en, vor allem diejenigen aus Regionen mit einer sehr hohen Arbeitslosenquote und einer schlechten Wirtschaftslage, daß ihr Arbeitsplatz erst dadurch gefährdet wird, daß der Arbeitgeber von der Krankheit erfährt. Diese gesundheitlich beeinträchtigten Arbeitnehmer(innen) arbeiten lieber auf Kosten ihrer Gesundheit weiter, um ihren Arbeitsplatz wenigstens kurzfristig zu sichern. Rehabilitand(inn)en, die vorab von den zuweisenden Stellen ungenügend oder falsch über CMB informiert wurden, waren zunächst eher zurückhaltend. Häufig befürchteten solche Personen, daß ihnen bei Nichtteilnahme am CMB Nachteile beim Leistungsbezug entstehen könnten oder daß der Datenschutz nicht eingehalten und Informationen über ihren Gesundheitszustand an den Betrieb weitergeleitet würden.

Des weiteren wollten diejenigen Klient(inn)en nicht von der CMB-Stelle betreut werden, die bereits einen Rentenantrag gestellt hatten oder derart in ihrer Krankenrolle verharrten, daß für sie eine Wiedereingliederung und die damit verbundenen Veränderungen nicht mehr vorstellbar waren. Auch Klient(inn)en, die bislang schlechte Erfahrungen mit Reha-Trägern gemacht hatten, waren schwer von den Vorteilen des CMB zu überzeugen. Die meisten Zielpersonen begrüßten jedoch CMB und waren dankbar für die Unterstützung und Beratung der CMB-Stelle, insbesondere solche, die bereits längere Zeit arbeitsunfähig waren und Krankengeld bezogen. Auch Klient(inn)en, die ein gutes Verhältnis zu ihrem Arbeitgeber unterhielten, standen dem CMB offener gegenüber.

Auf die Frage, welche Rehabilitand(inn)en unter Berücksichtigung von Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Bildung und Gesundheitszustand dem CMB besonders zugänglich sind, zeigte sich an den Standorten ein differenziertes Bild: Die meisten Case Manager(innen) machten die Erfahrung, daß sowohl der Gesundheitszustand als auch das Geschlecht keine große Rolle bei der Bereitschaft zur Teilnahme an CMB spielt. Nur an einer CMB-Stelle standen Klient(inn)en mit Mehrfacherkrankungen dem CMB eher zurückhaltend gegenüber. An einem Standort wurden vor allem Frauen als insgesamt motivierter und kompromißbereiter als Männer erlebt, auch jüngere Arbeitnehmer(innen) zeigten sich als aufgeschlossener und flexibler, da sich ihnen bei nicht Erhalt des Arbeitsverhältnisses die Möglichkeit einer Umschulung bot. Ältere Arbeitnehmer wollen dagegen häufig die erfahrungsgemäßen finanziellen Einbußen, die eine Umschulung mit sich bringt, nicht in Kauf nehmen oder befürchten, daß sie nicht mehr in eine Umschulungsmaßnahme vermittelt werden können. An einem anderen Standort wiederum wurden gerade die älteren Arbeitnehmer(innen) eher als dem CMB zugänglicher angesehen, da CMB für viele die letzte Chance für eine Wiedereingliederung darstellt. Je höher außerdem der Bildungs- und Ausbildungsgrad sei, desto größer sei auch die Offenheit für CMB. Andererseits machten einige Case Manager(innen) die Erfahrung, daß insbesondere ungelernte Klient(inn)en mit einem niedrigen Bildungsgrad sowie ältere oder ausländische Rehabilitand(inn)en besonders dankbar für die Hilfe der CMB-Stelle sind, da sie oft durch Tätigkeiten, wie dem Ausfüllen von Formularen und Anträgen, überfordert werden. Dem CMB eher skeptisch gegenüber standen an einem Standort Klient(inn)en mit gutem Verdienst und unrealistischer Einschätzung der eigenen Situation.

Um eine gute Zusammenarbeit mit den Klient(inn)en zu erreichen und zu fördern, waren an den Standorten die unterschiedlichsten Vorgehensweisen erfolgreich. So sollten die Adressat(inn)en zunächst frühzeitig eingeladen und bei Bedarf Hausbesuche angeboten werden. Weiter ist es wichtig, daß durch das persönliche Kennenlernen und die Aufklärung über CMB

und die individuellen Wiedereingliederungmöglichkeiten eine Vertrauensbasis geschaffen wird und Ängste seitens der Klient(inn)en abgebaut werden.

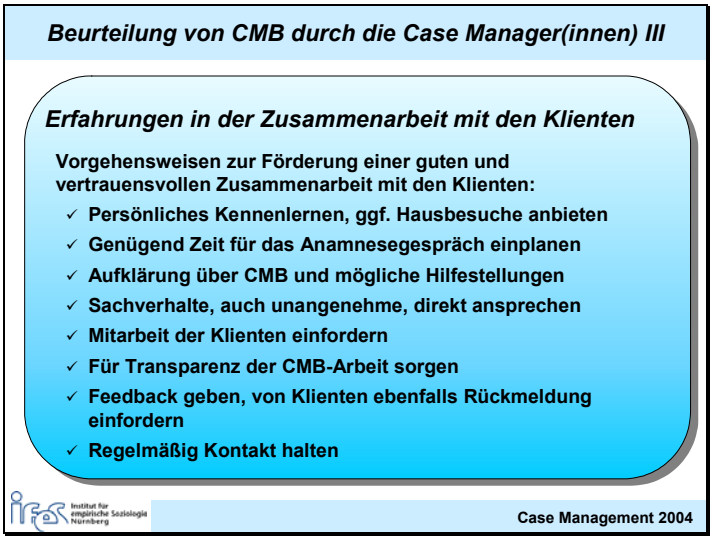


Abbildung 125

Dabei ist es nützlich, daß sich die Case Manager(innen) auf eine persönliche Ebene begeben und den Klient(inn)en dadurch Verständnis für ihre Lage signalisieren. In diesem Zusammenhang ist es wichtig festzustellen, ob die Rehabilitand(inn)en tatsächlich Hilfe suchen oder nur auf Verlangen der Krankenkasse bei der CMB-Stelle erscheinen. Darüber hinaus ist es bedeutsam, sich genügend Zeit für das Gespräch zu nehmen. Während des Gesprächs sollten die Case Manager(innen) Offenheit vermitteln und auch unangenehme Sachverhalte direkt ansprechen. Auf keinen Fall dürfen Klient(inn)en zur Teilnahme an CMB gedrängt werden, vielmehr sollte man ihnen eine Bedenkzeit einräumen. Die Case Manager(innen) sollten einerseits Mitgefühl zeigen, andererseits aber auch die Mitarbeit der Adressat(inn)en einfordern und ihnen klar machen, daß der Erfolg von CMB maßgeblich von ihrer Motivation und ihrem Einsatz abhängt. Bei Bedarf sollte mit den Klient(inn)en ein Betreuungsplan erstellt werden, in dem Termine und Vorgehensweisen festgehalten werden. Die Case Manager(inn)en sollten während des gesamten Betreuungsprozesses für Transparenz der CMB-Arbeit sorgen und die Rehabilitand(inn)en in die Arbeit mit einbeziehen. Der regelmäßige Kontakt zu ihnen sei äußerst wichtig, wobei ihnen Rückmeldung gegeben, von ihnen aber auch ein Feedback gefordert werden sollte. Zu hohe Erwartungen von Klient(inn)en an die CMB-Stelle können dadurch abgebaut werden, indem man ihnen vermittelt, daß die Case Manager(innen) zwar Lösungen vorschlagen können, die Umsetzung jedoch von den Rehabilitand(inn)en, den jeweiligen Arbeitgebern und letztlich von den Reha-Trägern abhängt.

Schließlich sollte die CMB-Stelle mit ihrer Arbeit dazu beizutragen, die gesamte Situation der Klient(inn)en zu verbessern oder zu stabilisieren.

4.4.4.3 Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern

Nach Auskunft der Case Manager(innen) ist die Bereitschaft der Betriebe, sich auf das Case Mangement einzulassen, in der Regel sehr groß. Anfangs seien einige Arbeitgeber zwar noch skeptisch, die meisten ließen sich jedoch auf ein Gespräch am Telefon ein, um sich über CMB informieren zu lassen. Diese Kooperation wird dabei von unterschiedlichen Faktoren beeinflußt: Viele Arbeitgeber sind geradezu erleichtert, daß sich jemand für ihre Belange interessiert und ihnen Beratung und Hilfe anbiete, da sie gewöhnlich wenig über Fördermöglichkeiten von gesundheitlich beeinträchtigten Arbeitnehmer(inne)n wissen. Eine Case Managerin ist der Ansicht, daß sie als Vertreterin eines Rentenversicherungsträgers bei den Arbeitgebern an sich schon ein hohes Ansehen genießt und diese deshalb zumeist gesprächsbereiter seien. Offenbar spielt auch die Größe des Betriebes eine wichtige Rolle: größere Unternehmen sind offener, als kleine und mittlere Betriebe, da sie häufig über mehr Möglichkeiten zur Umsetzung von Arbeitnehmer(inne)n verfügen und sich insbesondere der Betriebsrat und/oder die Schwerbehindertenvertretung für die Belange der gesundheitlich beeinträchtigten Arbeitnehmer(innen) einsetzen. An einem Standort gehen größere Betriebe oder auch solche des öffentlichen Sektors hin und wieder sogar von selbst auf die CMB-Stelle zu. Diese Erfahrungen decken sich auch mit den Resultaten der Auswertungen der Falldokumentation, nach denen die höchste Erfolgsquote (39%) für Klient(inn)en, die in Betrieben mit mehr als 200 Mitarbeiter(innen) beschäftigt waren, erzielt werden konnte (*vgl. Abschnitt 4.3.5*).

Nur die wenigsten Arbeitgeber stehen dem CMB von Anfang an negativ gegenüber: Häufiger ist dies dort der Fall, wo das Verhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer(inne)n bereits beeinträchtigt ist und dem Arbeitgeber die Krankheit der betreffenden Arbeitnehmer(innen) gelegen kommt, um sie zu kündigen. In vielen Fällen wäre die Bereitschaft der Betriebe zu einer Kooperation zwar gegeben, doch scheitert diese dann oft an den fehlenden Wiedereingliederungsmöglichkeiten. Dies betrifft vor allem klein- oder mittelständische Firmen, die häufig um ihre Existenz kämpfen müssen. An einem Standort wurde die Erfahrung gemacht, daß gerade soziale Einrichtungen wie Krankenhäuser oder freie Wohlfahrtsverbände dem CMB eher zurückhaltend gegenüber stehen.

Abbildung 126

Ein Case Manager vermutete, daß die allgemeine Zurückhaltung der Betriebe in der Region auf die schlechte Wirtschaftslage zurückzuführen sei: Häufig müßte hier sowieso Personal abgebaut werden, in solchen Zeiten bemühe man sich nicht all zu sehr um die „kranken“ Mitarbeiter(innen). In seltenen Fällen sei der Arbeitgeber zwar zur Zusammenarbeit mit der CMB-Stelle bereit, jedoch nicht die Klient(inn)en.

Die Erfahrung der meisten Case Manager(innen) zeigt, daß die Arbeit der CMB-Stellen im Falle einer Kooperation von den Unternehmen akzeptiert wird und die Verantwortlichen mit der Arbeit sehr zufrieden sind: Dies trifft vor allem zu, wenn eine erfolgreiche Wiedereingliederung gelang, in vielen Fällen aber auch dann, wenn das Beschäftigungsverhältnis nicht erhalten werden konnte. Dies liegt nach Ansicht der Befragten zum einen daran, daß die CMB-Stellen die Betriebe umfassend und kompetent über die Wiedereingliederungsmöglichkeiten informieren und zum anderen, daß die Case Manager(innen) schnell reagieren und sich vor Ort ein Bild über die Arbeitsplatzsituation machen. Außerdem schätzt man die Case Manager(innen) dort vor allem als konstante Ansprechpartner(innen). Oft haben die Arbeitgeber auch keine Detailkenntnisse über die Krankheit und die Prognose des weiteren Krankheitsverlaufs ihrer Arbeitnehmer(innen). Um eine gewisse Planungssicherheit zu bekommen sind sie deshalb dankbar, wenn sie über den Stand der Krankheit und die möglichen Aussichten auf eine Wiedereingliederung informiert werden. Nur ein Case Manager beklagt, daß während der Kooperation einige Arbeitgeber wieder abspringen und gelegentlich jene, mit denen er erfolgreich zusammen gearbeitet hat, nicht mehr von selbst auf die CMB-Stelle zugehen. Dies sei wohl darauf zurückzuführen, daß die Betriebe allgemein unter hohem Kostendruck stehen und die Vorteile von CMB vor allem bei den Klient(inn)en sehen.

Um die Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern positiv zu gestalten, sollten die Mitarbeiter(inn)en der CMB-Stellen nach Meinung der Case Manager(innen) über bestimmte Voraussetzungen und Qualifikationen verfügen: Unter anderem sollten sie über ein reiches Fachwissen, z. B. Kenntnisse der Reha-Landschaft oder Rechtskenntnisse, verfügen und nicht nur kompetent sondern auch freundlich auftreten. Sie sollten in der Lage sein, die Kontakte zu den Arbeitgebern schnell und unbürokratisch herzustellen und sowohl von ihrer Arbeitszeit als auch ihrer Arbeitsweise her flexibel sein. Schließlich sei besonders die Fähigkeit wichtig, sich rasch auf unterschiedliche Situationen und Personen einstellen zu können.

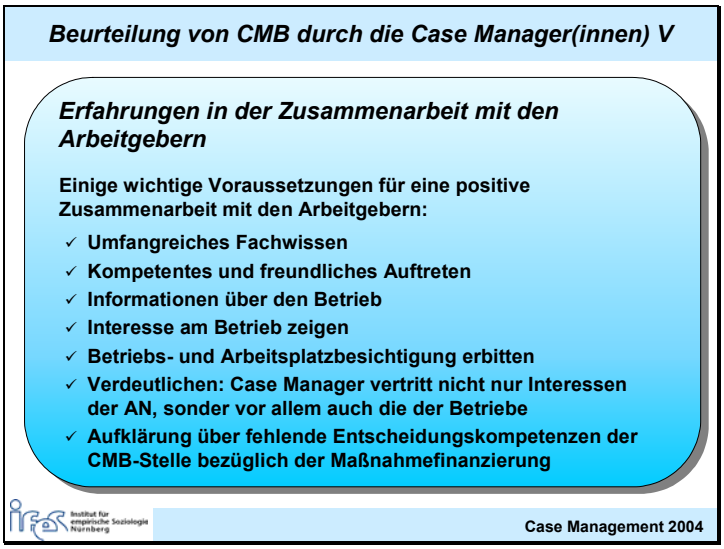


Abbildung 127

Im praktischen Vorgehen haben sich folgende Aspekte als wichtig erwiesen: Zunächst sollte im Gespräch mit den Klient(inn)en die Beziehung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer(in) beleuchtet werden. War dieses Verhältnis gut, dann sollten die Klient(inn)en den Kontakt zum Arbeitgeber selbst herstellen. Danach sei es wichtig, das Arbeitgebergespräch bzw. den Betriebsbesuch gezielt vorzubereiten. Dabei sollte die CMB-Stelle Informationen über den Betrieb, z. B. über die wirtschaftliche Situation, betriebsinterne Strukturen und Hierarchien, einholen sowie mit den Klient(inn)en deren Wünsche hinsichtlich ihrer beruflichen Zukunft besprechen. Außerdem sollten alle relevanten Ansprechpartner über den Betriebsbesuch informiert und ggf. eingeladen werden.

Kommt es nun zu einem Kontakt mit dem jeweiligen Arbeitgeber ist es zunächst für den Verlauf des Gesprächs entscheidend, daß die CMB-Stelle dem Ansprechpartner im Betrieb Vertrauenswürdigkeit vermittelt. Dazu ist es erforderlich, nicht nur ein allgemeines Interesse am Unternehmen zu zeigen, sondern auch, sich im Gespräch auf eine persönliche Ebene zu

begeben. Ein Case Manager machte z. B. die Erfahrung, daß Arbeitgeber gesprächsbereiter sind, wenn man sich nach Produktionsabläufen, Umsatzentwicklungen oder die allgemeine betriebswirtschaftliche Lage des Betriebes erkundigt. In diesem Zusammenhang bietet sich an, den Gesprächspartner um eine Arbeitsplatzbesichtigung zu bitten. Allerdings sollte vermieden werden, den Arbeitgeber dazu zu drängen: Zunächst sollte lediglich Interesse an einem Betriebsbesuch signalisiert werden, oftmals ergibt sich dann eine Einladung zu einer Betriebsbesichtigung vom Arbeitgeber selbst.

Wichtig ist darüber hinaus, daß dem Betrieb zu Anfang vermittelt wird, daß die CMB-Stelle nicht nur die Interessen der Klient(inn)en, sondern auch die der Betriebe vertritt und ihnen durch die CMB-Stelle kostenlose Unterstützung angeboten wird. Die Gesprächspartner müssen allerdings über die Rolle der Case Manager(innen) im Rehabilitationsgefüge und insbesondere auf die fehlenden Entscheidungsbefugnisse hinsichtlich möglicher Maßnahmefinanzierungen aufgeklärt werden. Danach sollte der Arbeitgeber im gebotenen Umfang über die Situation der Klient(inn)en und die möglichen Fördermaßnahmen informiert werden. Dabei ist zu beachten, offen und realistisch über die entsprechenden Möglichkeiten zu sprechen und keine falschen Hoffnungen zu wecken.

Um nach Abschluß der Kooperation mit dem jeweiligen Arbeitgeber den Kontakt aufrechtzuerhalten, schlagen einige Case Manager(innen) vor, sich zunächst als Ansprechpartner für den Betrieb anzubieten und im weiteren den Kontakt zu pflegen (z.B. Versand von Weihnachtskarten.

4.4.4.4 Rückblickende Beurteilung von CMB durch die Case Manager(innen)

4.4.4.4.1 Die Arbeitszufriedenheit der Case Manager(innen)

Im Verlauf der Interviews wurden die Case Manager(innen) zu ihrer Zufriedenheit mit der CMB-Tätigkeit befragt. Dabei sollten sie nicht nur die momentane Arbeitszufriedenheit beurteilen, sondern auch die Veränderungen der Zufriedenheit im Laufe des Projektes schildern. Die Hälfte der Befragten gaben an, mit ihrer Tätigkeit nach wie vor zufrieden zu sein, einige sind mittlerweile sogar zufriedener und nur zwei sind weniger zufrieden als zu Beginn ihrer Tätigkeit.

Die allgemeine Zufriedenheit ist auf die gemachten Erfahrungen und die gewonnene Souveränität zurückzuführen; so gab mehr als die Hälfte der Case Manager(innen) an, inzwischen

sehr viel dazugelernt zu haben. Auch persönlich wachse man an der Tätigkeit: Es gäbe viel Abwechslung, Herausforderungen und Erfolgserlebnisse. Einige Case Manager(innen) begründeten ihre Arbeitszufriedenheit mit sehr guten Arbeitsbedingungen. Den meisten schien grundsätzlich auch der Austausch mit den Kolleg(inn)en wichtig zu sein, da er nicht nur zur Erfüllung der CMB-Aufgaben erforderlich sei, sondern auch einen positiven Einfluß auf ihre Arbeitszufriedenheit habe. Ein Case Manager beispielsweise, der in seiner Stelle alleine für die Betreuung von CMB-Klient(inn)en verantwortlich ist, bedauert zutiefst den fehlenden fachlichen Austausch.

Allerdings frustrierte manche Befragten die fehlende Perspektive, als Case Manager(in) weiterzuarbeiten. Aber nicht nur die persönliche Sorge um einen künftigen Arbeitsplatz, sondern auch die Tatsache, Klient(inn)en, die mitten im Betreuungsprozeß stehen, keine weitere Hilfe mehr anbieten zu können, belastet die Mitarbeiter(innen) dieser CMB-Stellen. Ebenfalls bedauerten sie sehr, daß die im Verlaufe des Modellprojektes hergestellten Kontakte zu den Kooperationspartnern abgebrochen werden müssen.

Neben ihrer Zufriedenheit wurden die Case Manager(innen) auch zu den größten Probleme und Hindernissen, mit denen sie im Rahmen ihrer Arbeit konfrontiert waren, befragt. So bemängelten Mitarbeiter(innen) von „Einkaufsmodellen“ die fehlenden Entscheidungsbefugnisse, die sich besonders bei den Verhandlungen mit den Arbeitgebern nachteilig auswirkten. Hinzu kam die zum Teil mangelnde Akzeptanz und Unterstützung von den Reha-Trägern. In der Regel machten die Case Manager(innen) die bürokratischen Strukturen und die engen Spielräume der Reha-Träger für die zähe Zusammenarbeit verantwortlich. Einige Befragte gaben allerdings an, ausschließlich Probleme persönlicher Natur mit einzelnen Mitarbeiter(innen) von Reha-Trägern zu haben. Für besonders wesentlich hielten einige Auskunftspersonen die Prozeßlaufzeiten bei den zuständigen Reha-Trägern, die ihrer Ansicht nach oft viel zu lang dauerten. Ein Case Manager nannte zwei anschauliche Beispiele aus seiner Praxis:

- Es hätte bis zu einem Jahr gedauert, bis die medizinische Reha-Maßnahme von Klient(inn)en abgeschlossen und anschließend noch bis zu einem halben Jahr, bis eine Arbeitserprobung durchgeführt werden konnte.
- Die Krankenkassen hätten die Fälle oft erst dann gemeldet, wenn die Krankengeldbezugsdauer fast abgelaufen war.

Nach Ansicht der Befragten schaden solch lange Ausgliederungszeiten dem Beschäftigungsverhältnis der Rehabilitand(inn)en und erschweren die Bemühungen der Case Mana-

ger(innen), den Arbeitsplatz zu erhalten, immens. Gefehlt haben klare Vereinbarungen über die Vorgehensweisen in der Zusammenarbeit mit den Reha-Trägern. Vereinzelt wurde CMB zudem von einigen Institutionen nicht als Entlastung, sondern als Konkurrenz angesehen. Gelegentlich wurde auch auf falsche Vorstellungen der Klient(inn)en im Hinblick auf das Anliegen von CMB hingewiesen: So gab es immer wieder Rehabilitand(inn)en, die der Meinung waren, CMB vermittele Arbeitsplätze oder CMB selbst sei eine Maßnahme. Solche Personen wurden offenbar vorab von den zuweisenden Stellen nicht ausreichend über CMB informiert.

Einige Case Manager(innen) mußten mit der permanenten Unsicherheit des Fortbestehens der Projektfinanzierung leben und arbeiten. Dies dämpfte nicht nur ihre Motivation, sondern wirkte sich auch nachteilig auf den Aufbau und die Pflege von langfristigen Kooperationsbeziehungen aus. Zudem stelle die momentane wirtschaftliche Lage ein Hindernis der CMB-Arbeit dar, das von den dort tätigen Mitarbeiter(inn)en nicht zu beeinflussen sein.

Bestimmte Arbeitsbedingungen wurden von einigen Befragten als nachteilig für ihre Arbeit empfunden: Beispielsweise stand nicht allen Case Manager(innen) ein Dienstwagen zur Verfügung, auf den aber wegen der häufigen Außendiensteinsätze nicht verzichtet werden kann. Als hilfreiche Grundlage für die CMB-Arbeit werden die im Modellprojekt erarbeiteten Qualitätsstandards angesehen. Solche Anleitungen fehlten allerdings besonders zu Beginn der Tätigkeit, um strukturiert und professionell arbeiten zu können.

4.4.4.4.2 Sinn und Nutzen von CMB aus Sicht der Case Manager(innen)

Das CMB wird von den Case Manager(innen) durchgehend positiv beurteilt: es sei nicht nur sinnvoll, sondern auch effektiv. Ihrer Auffassung nach bieten die CMB-Stellen eine Übersicht über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und verfügen über Kenntnis des regionalen Arbeitsmarktes; außerdem lägen ihre Stärken in der Beratung und individuellen Betreuung von Klient(inn)en und deren Arbeitgebern. Durch die Arbeit der CMB-Stellen kann den Rehabilitand(inn)en in vielen Fällen eine neue berufliche Perspektive geboten werden, an einem Standort gelang es z.B etwa die Hälfte der Betreuten innerhalb des Betriebes umzusetzten. Zudem stellt die Betreuung durch die CMB-Stelle für viele gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitnehmer(innen) die letzte Chance auf Hilfe zur Erhaltung ihres Arbeitsplatzes dar. Die Erfolgsquote der CMB-Stellen hängt allerdings eng mit der Klient(inn)enauswahl zusammen: Diese sollte immer wieder auf ihre Vereinbarkeit mit den Zielen von CMB überprüft werden. CMB hat nach Ansicht der Befragten nicht nur aus humanen Gründen seine Berech-

tigung, sondern es spart darüber hinaus langfristig öffentlichen Mittel, was gerade bei der aktuell schlechten Wirtschafts- und Arbeitsmarktlage wichtig ist.

Lediglich zwei Case Manager(innen) waren der Auffassung, daß in ihrer CMB-Stelle das Verhältnis von Aufwand und Nutzen ungünstig gewesen sei, und führten dies auf die mangelnden Klient(inn)en-Zahlen und schlechte Rahmenbedingungen zurück.

4.4.4.5 Zukunftseinschätzungen von CMB durch die Case Manager(innen)

4.4.4.5.1 Die zukünftige organisatorische Anbindung von CMB

Zum Ende des Modellprojektes stellt sich die Frage, wo CMB künftig anzusiedeln ist. In diesem Zusammenhang wurden die Case Manager(innen) nach den Vorteilen befragt, die sie dem Reha-Träger-Modell bzw. dem Einkaufsmodell zuschreiben. Zudem wurden sie um ihre Ansicht gebeten, CMB den *IFDen* zu übertragen.

Eine klare Entscheidung für eines der beiden Modelle war den meisten Case Manager(innen) nicht möglich. Die Ergebnisse der durchgeführten Interviews, die im folgenden dargestellt sind, beruhen nicht nur auf den von ihnen gemachten Erfahrungen, sondern sie geben auch vielfach ihre subjektiven Sichtweisen wider.

4.4.4.5.2 Vorteile des Reha-Träger-Modells

Die Zustimmung für eine Durchführung von CMB durch die Reha-Träger selbst hielt sich in Grenzen. Einer der Gründe dafür könnte sein, daß die CMB-Standorte überwiegend dem Einkaufsmodell angehörten. Genannt wurden folgende Vorteile des Reha-Träger-Modells: Die Entscheidungsbefugnis bei Bewilligung und Finanzierung von Maßnahmen stellt einen deutlichen Vorteil dar, den CMB durch Reha-Träger gegenüber CMB durch andere Stellen beinhaltet. Daneben erlauben die besseren institutionellen Voraussetzungen der Reha-Träger ein schnelleres Reagieren und u.U. auch eine unbürokratischere Bewilligungspraxis: So sind Akteneinsicht und Beschaffung von Gutachten jederzeit möglich. Ein Case Manager vermutet, daß durch die Ansiedlung des CMB bei einem Reha-Träger das Ansehen des CMB bei den Arbeitgebern steigen würde.

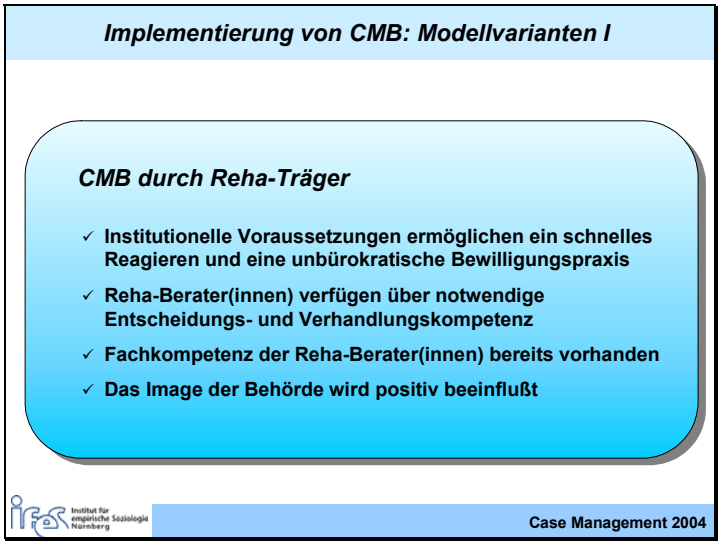


Abbildung 128

4.4.4.5.3 Vorteile des Einkaufsmodells

Zahlreiche Argumente wurden für CMB nach dem Einkaufsmodell vorgetragen.

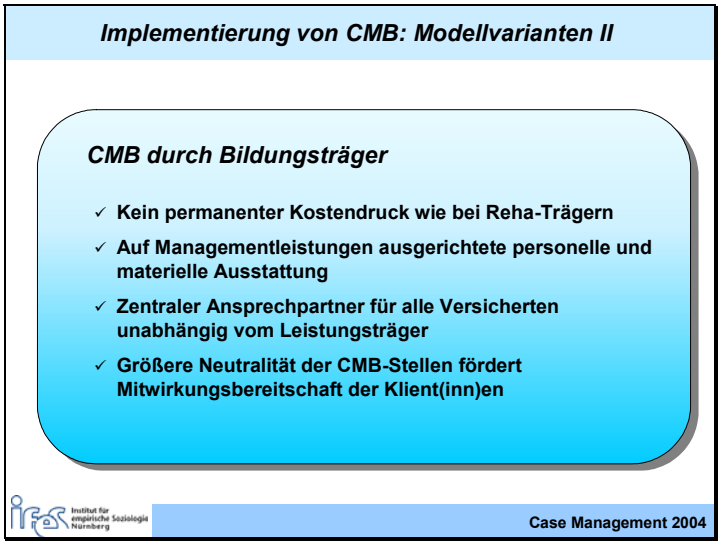


Abbildung 129

Die meisten der befragten Case Manager(innen) nannten die Unabhängigkeit bzw. die Neutralität der CMB-Stelle als den Hauptgrund für die Bevorzugung des Einkaufsmodells. Dieser Umstand wirke sich positiv auf die Betreuungspraxis aus: Die Rehabilitand(inn)en kämen zu einer CMB-Stelle eines freien Bildungsträger mit weniger Vorurteilen und Skepsis als zur

CMB-Stelle eines Reha-Trägers. Sowohl Klient(inn)en als auch Arbeitgeber scheuten sich in einer unabhängigen Stelle nicht davor, ihre Wünsche und Bedenken offen zu äußern. Die Case Manager(innen) hätten hier zudem im Gegensatz zu solchen bei Reha-Trägern die Möglichkeit, die Klient(inn)enintegration voranzutreiben, ohne einem permanenten Kostendruck zu unterliegen. Außerdem verfügten Sie über bessere Rahmenbedingungen, da sie in der Regel personell und materiell besser ausgestattet sind. Ferner seien die Mitarbeiter(innen) unabhängiger Stellen im Idealfall zentrale Ansprechpartner für alle Klient(inn)en, und zwar unabhängig vom zuständigen Reha-Träger. Die Rehabilitand(inn)en müßten dadurch nicht befürchten, von Amt zu Amt geschickt zu werden. Die Arbeitszufriedenheit der Case Manager(innen) werde hier schließlich durch eine weniger starre und bürokratische Arbeitsorganisation gesteigert.

4.4.4.5.4 Vor- und Nachteile von CMB durch Integrationsfachdienste

Die Frage, ob der *IFD* mit dem CMB betraut werden soll, beantworteten nur einige wenige Case Manager(innen) mit einem eindeutigen „ja“ oder „nein“. Zwei der Befragten, die einen früheren oder momentanen beruflichen Bezug zum *IFD* hatten, fanden die Kombination von CMB und *IFD* sehr passend. Dadurch wäre die Beratung aus einer Hand möglich, man hätte „*einen* Dienst“, der für alle gesundheitlich Beeinträchtigten zuständig ist, ohne zwischen den Schwerbehinderten und nicht Schwerbehinderten unterscheiden zu müssen. Dies würde sowohl den Klient(inn)en Verwirrung ersparen als auch die Kompetenzstreitigkeiten zwischen *IFDen* und den CMB-Stellen beilegen. Die Case Manager(innen) ohne beruflichen Bezug zum *IFD* waren dagegen der Ansicht, daß dieser Dienst durch einen Blick für schwerbehinderte Rehabilitand(inn)en geprägt sei und sich dies nachteilig auf die Betreuung von nichtschwerbehinderten Klient(inn)en auswirken könne. Außerdem hatte eine Case Managerin den Eindruck, daß die *IFD*-Mitarbeiter(innen) eher die Interessen der Klient(inn)en vertreten und für die Belange der Arbeitgeber wenig Verständnis aufbringen würden. Dieser Annahme widerspricht jedoch die Erfahrung einer weiteren Case Managerin, das Ansehen der *IFD*-Arbeit sei gerade bei den Arbeitgebern hoch. Durch die Arbeit von *IFDen* seien außerdem schon die nötigen Strukturen vorhanden, so daß sich die CMB-Aufgaben mühelos integrieren lassen würden. Die fehlenden Kenntnisse im Bereich der Reha-Träger könnten vom *IFD* schnell beseitigt und der Aufbau von Kooperationsbeziehungen nachgeholt werden. Ferner spricht nach Ansicht einiger Case Manager(innen) für den *IFD*, daß der Dienst schon institutionalisiert und rechtlich verankert ist; er leiste außerdem – ähnlich wie das CMB – ein-

zelfallbezogene Arbeit. Der *IFD* erfülle auch die geforderte Unabhängigkeitsvoraussetzung, da er entweder bei einem Bildungsträger angesiedelt oder in einer anderen rehaträgerunabhängigen Form organisiert ist. Andere Befragte waren wiederum der Ansicht, der *IFD* sei zu behördlich, das Geld fließe dort unabhängig von der Leistung, eine Umpolung zum Dienstleistungsdenken wäre schwierig und würde langwierige Prozesse erfordern. Zudem bestünden regional große Unterschiede sowohl hinsichtlich des Vorgehens als auch der Organisation von Integrationsfachdiensten weshalb diese im Moment keine einheitliche Qualität der Dienstleistung bieten könnten.

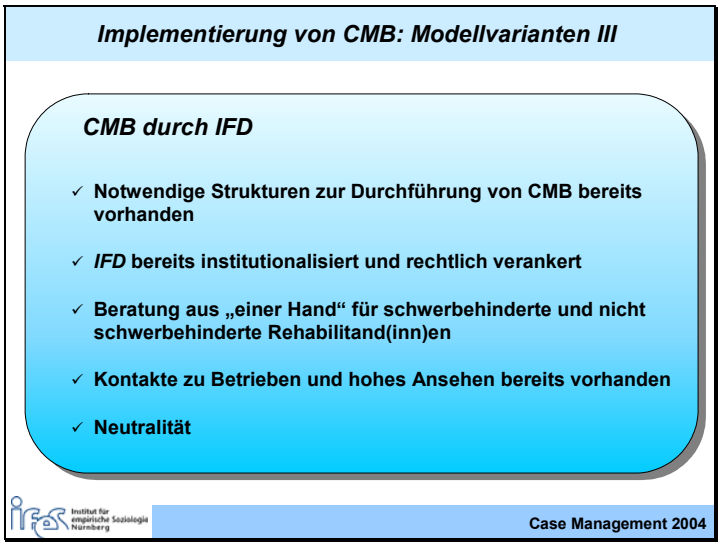


Abbildung 130

Insgesamt gesehen ist die wichtigste Forderung der Case Manager(innen) folgende: CMB sollte unbedingt seine Neutralität wahren, unabhängig davon, wo und wie es institutionell verankert wird. Diese Bedingung sei aber im Moment keinesfalls erfüllt, weder bei einem freien Bildungsträger, der ggf. versuchen wird, den Klient(inn)en eigene Maßnahmen zu vermitteln, noch bei den Reha-Trägern, die gleichzeitig auch Leistungsträger und somit Kostenträger sein können, oder bei den *IFDen*.

4.4.4.5.5 Änderungen der Rahmenbedingungen von CMB

Abschließend wurden die Case Manager(innen) gefragt, welche Änderungen der Rahmenbedingungen aus ihrer Sicht für CMB wichtig seien. Die angesprochenen Aspekte sind stark miteinander verflochten und lassen sich nur künstlich in drei Bereiche gliedern:

- gesetzliche Verankerung von CMB

- geregelte Finanzierung
- Optimierung der Arbeitsbedingungen

Abbildung 131

Eine primäre Voraussetzung für die zukünftige Arbeit der CMB-Stellen sehen die Case Manager(innen) in einer gesetzlichen Grundlage, die sowohl die flächendeckende Einführung von CMB regelt als auch die Enscheidungsbefugnisse der CMB-Stellen festschreibt. Zudem impliziert eine klare Aufgabenabgrenzung nach Ansicht einiger Befragter ebenfalls den Schutz der Berufsbezeichnung „Case Manager“, der notwendig sei, um Mißverständnisse zu vermeiden und das CMB im öffentlichen Bewußtsein zu verankern. Wie bereits oben geschildert, waren die Meinungen über CMB nach Reha-Träger- bzw. Einkaufsmodell geteilt, so daß auf Grundlage der Interviews keine einheitlichen Handlungsvorschläge in Bezug auf die Art einer institutionellen Verankerung gemacht werden können. Allerdings tendieren die „rehaträgernahen“ Standorte dazu, CMB durch bestimmte Reha-Träger zu empfehlen, während die Case Manager(innen) aus Einkaufsmodellen eher auf der Unabhängigkeit der CMB-Stellen beharren. Nur an einem Standort des Einkaufsmodells wurde der Wunsch geäußert, CMB bei den Reha-Trägern anzusiedeln, notwendig sei dann jedoch, diese Stellen mit den vergleichbar guten Rahmenbedingungen wie sie bei Einkaufsmodellen gegeben sind, auszustatten, damit CMB-Stellen bei Reha-Trägern die gleiche umfassende und individuelle Betreuung von Klient(inn)en gewährleisten können.

Eine sozialrechtliche Verankerung von CMB muß auch Finanzierungsregelungen beinhalten. Die Erfahrung der Case Manager(innen) zeigte, daß eine anteilige Beteiligung der Sozialver-

sicherungsträger[281] an der Finanzierung von CMB nicht nur wünschenswert, sondern auch äußerst sinnvoll wäre, würde sie doch sowohl die Betreuung von Klient(inn)en unterschiedlicher Reha-Träger sicherstellen als auch die Abhängigkeit der CMB-Stellen von einem einzigen Reha-Träger verhindern.

Die Arbeit von Case Manager(innen) würde ihrer Ansicht nach von einer Entbürokratisierung des Vorgehens der Reha-Träger, wesentlich profitieren. Zudem müßten die Berater mehr Freiraum für die Einzelfallentscheidungen bekommen. Sinnvoll wäre auch ein Beginn des CMB-Prozesses schon vor der Bewilligung eines Reha-Antrages, da kürzere Zeitspannen entscheidend für den Erfolg von CMB sind. Hier wäre auch eine Sonderstellung der CMB-Fälle und vorrangige Bearbeitung bei den Leistungsträgern von Bedeutung, was im Falle von CMB bei unabhängigen Stellen auch im Gesetz zu verankern sei. Einige Befragte hoben außerdem die Wichtigkeit von Teamarbeit hervor: Durch die Vermeidung eines „Einzelkämpferdasein“ würde nicht nur die Reflexion der Arbeitsabläufe, sondern auch eine inhaltliche Diskussion möglich. Diese trüge zur Qualitätssicherung von CMB bei. In diesem Zusammenhang wurde vereinzelt auch die Bedeutung von Supervision zur Sprache gebracht, wobei in einem Fall sogar der Standpunkt vertreten wurde, daß die CMB-Stellen zur Supervision verpflichtet werden müßten.

4.4.5 Beurteilung von CMB durch die Reha-Träger

Im Rahmen der telefonischen Befragung von Mitarbeiter(inne)n der Reha-Träger zum Zugang von Klient(inn)en zum CMB wurden die Interviewpartner(innen) jeweils um eine Beurteilung des Modellprojekts insgesamt gebeten (*siehe Abschnitt 4.2.2.2, Tabelle 4)*. Die betreffenden Ergebnisse sind im folgenden nach Reha-Trägern differenziert wiedergegeben. Dabei ist zu beachten, daß es sich nicht um eine repräsentative Erhebung des Meinungsbildes der Reha-Träger handelt.

[281] Insbesondere Krankenkassen, Arbeitsagenturen, Rentenversicherungsträger

4.4.5.1 Bewertung des CMB aus Sicht von Mitarbeiter(inne)n der Krankenkassen und des *MDK*

Alle befragten Vertreter(innen) der Krankenkassen[282] sowie der *MDK*-Leiter bewerteten das Modellprojekt CMB positiv bis sehr positiv.

Begründet wurden diese Urteile wie folgt:

- Drei der neun Krankenkassen-Vertreter(innen) sowie der MDK-Leiter halten es für einen wichtigen Vorzug, daß die Case Manager(innen) Klient(inn)en und Betrieben als zentrale Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Sie hülfen den Betroffenen durch den „Bürokratiedschungel“, indem sie diese umfassend über Wiedereingliederungs- und Fördermöglichkeiten berieten und bei Antragstellungen unterstützten. Im Gegensatz dazu würden Versicherte und Arbeitgeber von den Reha-Trägern diesbezüglich oft alleine gelassen.
- Drei Krankenkassen-Mitarbeiter(innen) sehen im CMB zugleich eine wichtige Ergänzung ihrer eigenen Beratung: Da die Kassen nur für medizinische Rehabilitation, nicht aber für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständig seien, verfügten die Case Manager(innen) über fundiertere Fachkenntnisse und bessere Kontakte (z.B. zu den Technischen Beratern der Arbeitsagenturen) als sie selbst. Außerdem hätten die Berater(innen) der Krankenkassen nicht die erforderliche Zeit, um Gespräche mit Arbeitgebern zu führen und Betriebe zu besuchen. Letzteres gelte nach Auffassung eines Kassen-Vertreters auch für die häufig überlasteten Berater(innen) anderer Träger, die zusätzlich für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständig sind.
- Von drei Befragten wird darüber hinaus die Neutralität und Unabhängigkeit einer nicht bei einem Reha-Träger angesiedelten CMB-Stelle als besonders vorteilhaft angesehen.
- Zwei Krankenkassen-Mitarbeiter(innen) heben des weiteren als positiv hervor, daß CMB zu einer erheblichen Beschleunigung und Verkürzung des Reha-Prozesses beitrage und deshalb selbst dann Kosten einspare und den Versicherten helfe, wenn der Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses nicht gelinge.

---

[282] Interviewt wurden hauptsächlich Mitarbeiter(innen) des sozialen Dienstes, Krankengeldfallmanager(innen) und Reha-Berater(innen) der Krankenkassen, vgl. *4.2.2.2, Tabelle 4*

- Ein Interviewpartner schließlich hält die Vernetzung der Akteure durch CMB für positiv. So hole die CMB-Stelle alle Beteiligten und Betroffenen an einen Tisch: Arbeitgeber, Arbeitnehmer(innen), Krankenkasse und den zuständigen Träger der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Allerdings machten die Befragten auch auf weiterhin bestehende Hindernisse und Probleme bei der beruflichen Wiedereingliederung behinderter Menschen aufmerksam:

- So seien die Wartezeiten bei den Trägern der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach Auffassung von vier Krankenkassen-Vertreter(innen) insgesamt noch viel zu lang. Dies gelte insbesondere für die Rentenversicherungsträger, wo Versicherte oft Wochen bzw. sogar Monate auf Gesprächs- oder Arzttermine oder den Beginn einer Maßnahme warten müßten. Diese Verzögerungen kosteten die Krankenkassen nicht nur viel Geld, weil sie die Krankengeld-Bezugsdauern verlängerten, sondern sie erhöhten auch das Risiko einer Kündigung und demotivierten die Betroffenen. So sinken erfahrungsgemäß Zuversicht und Interesse an der Rückkehr ins Berufsleben mit zunehmender Dauer der Ausgliederung deutlich.
- Zwei Krankenkassen-Mitarbeiter(innen) sehen zudem die fehlende Entscheidungskompetenz der CMB-Stellen bei der Bewilligung von Leistungen als großen Nachteil an.

Je eine Krankenkasse

- monierte eine zu geringe Personalausstattung der regionalen CMB-Stelle,
- beklagte die mangelnde Unterstützung des CMB durch die regionale Arbeitsagentur,
- kritisierte, daß der englische Begriff „Case Management“ für die meisten Versicherten unverständlich sei,
- bemängelt die generell zu geringe Bereitschaft der Arbeitgeber, gesundheitlich eingeschränkte Arbeitnehmer(innen) zu beschäftigen.

Zur Verbesserung der beruflichen Rehabilitation halten die Vertreter(innen) der Krankenkassen und des *MDK* folgende Maßnahmen für wichtig:

- frühzeitige Meldung von Versicherten mit beruflichem Reha-Bedarf durch die behandelnden Ärzte / Ärztinnen, da diese noch früher als die Krankenkassen auf Problemlagen aufmerksam würden.

- Reduzierung der Wartezeiten bei den Trägern der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- mehr Entscheidungskompetenz für die CMB-Stellen
- mehr Sprachkurse für ausländische Rehabilitand(innen), auch parallel zu Umschulungen
- eine deutsche Bezeichnung für „Case Management“

4.4.5.2 Bewertung des CMB aus Sicht von Mitarbeiter(inne)n der Rentenversicherungsträger und des sozialen Dienstes einer Reha-Klinik

Auch die Interviewpartner(innen) bei den Rentenversicherungsträgern urteilten durchweg positiv über CMB – weitgehend aus denselben Gründen wie die Mitarbeiter(innen) der Krankenkenkassen. So böten die CMB-Stellen den Versicherten und Betrieben umfassende Hilfe und Unterstützung, was von den Reha-Berater(inne)n der Rentenversicherung wegen ihrer erheblich eingeschränkten zeitlichen Ressourcen vielfach nicht leistbar sei. Zudem beschleunige CMB den Klärungs- und Reha-Prozeß und trage so zu Einsparungen bei den Sozialversicherungsträgern bei. Als größtes Problem sehen die Befragten die fehlende Entscheidungskompetenz der CMB-Stellen an. CMB sollte deshalb, so die Forderung eines Mitarbeiters der Rentenversicherung, bei den Reha-Trägern angesiedelt werden. Voraussetzung dafür sei allerdings eine entsprechende personelle Aufstockung der Reha-Beratungsstellen der Träger.

4.4.5.3 Bewertung des CMB aus Sicht von Mitarbeiter(inne)n der Arbeitsverwaltung

Die positive Bewertung von CMB durch die Mitarbeiter(innen) der Arbeitsagenturen gründet sich ebenfalls auf der Verkürzung und Beschleunigung des Reha-Prozesses, welche durch die Arbeit der CMB-Stellen erreicht werde. Zur weiteren Verbesserung der beruflichen Rehabilitation sei allerdings nötig, den Bekanntheitsgrad von CMB in den betreffenden Arbeitsagenturbezirken zu erhöhen, damit mehr Arbeitgeber, Betriebs-/Personalräte, Schwerbehindertenvertrauensleute sowie Ärzte / Ärztinnen und Kliniken Klient(inn)en an das CMB vermittelten. Zudem sollten die Krankenkassen potentielle CMB-Fälle noch frühzeitiger als bislang

melden, da die Eingliederungschancen bereits nach sechs Monaten Arbeitsunfähigkeit deutlich sänken. Auch bei den Arbeitsagenturen müsse ein Umdenken einsetzen; so sollte CMB als präventiver Ansatz aufgewertet werden und statt auf Umschulungen verstärkt auf Maßnahmen zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen (insbesondere auch auf stufenweise Wiedereingliederung) gesetzt werden.

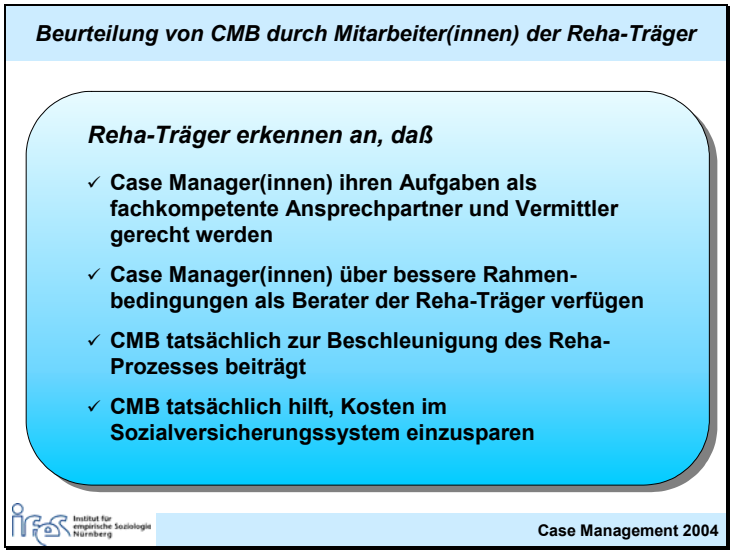


Abbildung 132

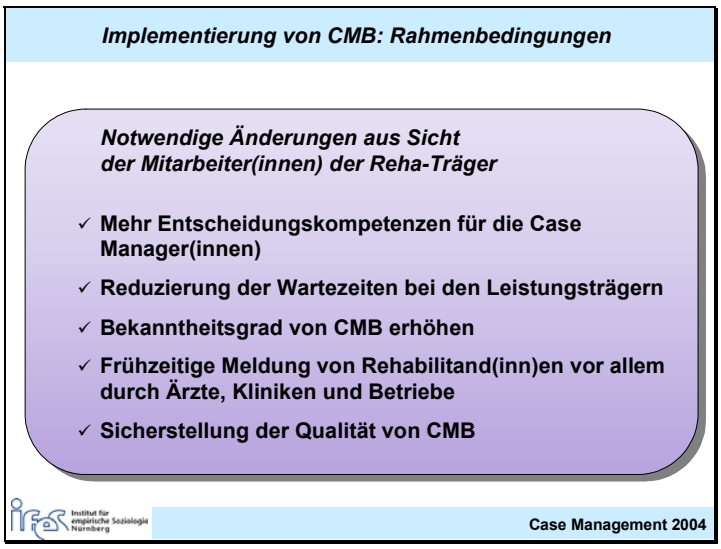


Abbildung 133

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die Reha-Träger in den Modellregionen mittlerweile die Arbeit der Case Manager(innen) sowohl anerkennen als auch überaus schätzen, vor allem weil sie nach Ansicht der Befragten mit zur Beschleunigung des Rehabilitationsprozesses und zu Kostenersparnissen im Sozialversicherungssystem beiträgt.

Obwohl die Zusammenarbeit zwischen den Reha-Trägern der Modellregionen und den jeweiligen CMB-Stellen letztendlich gut funktionierte, sahen die Befragten doch noch erheblichen Handlungsbedarf sowohl bei der Verbesserung der Rahmenbedingungen für das Case Management als auch bei der Beschleunigung der internen Prozesse der Leistungsträger. Nicht zuletzt sei es notwendig, den Bekanntheitsgrad von CMB zu erhöhen und insbesondere die Qualität von CMB flächendeckend sicher zu stellen.

5 Produkte des Modellprojekts

5.1 Dokumentationsunterlagen, Einwilligungserklärung

Wie in *Abschnitt 3.3.4* dargestellt, wurde im Zuge der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts ein *Instrumentarium zur Dokumentation* rehabilitand(inn)enbezogener und klient(inn)enübergreifender Aktivitäten der CMB-Stellen entwickelt. Diente dieses vorrangig der summativen Evaluation, so wurde es doch von einigen Projektpartnern – angepaßt an einrichtungsspezifische Gegebenheiten – für eigene Zwecke übernommen. Dies gilt in besonderem Maße für die Unterlagen (*Informationsschreiben* und *Einwilligungserklärung*), die den Klient(inn)en aus datenschutzrechtlichen Gründen vorgelegt werden müssen. Wollen sich die Case Manager(innen) unter Verwendung von Informationen der Rehabilitand(inn)en an Dritte (insbesondere Arbeitgeber) wenden, um Möglichkeiten zur Ausgliederungsverhinderung abzuklären, müssen die Klient(inn)en dazu ihre schriftliche Einwilligung geben.

5.2 CMB-Poster und Handouts

Anläßlich der Messe *REHACare International* in Düsseldorf im Oktober 2003 stellte die Begleitforschung das Modellprojekt auf dem Messestand der *BAR* einer breiteren Fachöffentlichkeit vor. Dazu wurden Poster entworfen, die nicht nur der allgemeinen Information dienen sollen, sondern auch solche, die sich an potentielle Klient(inn)en richten. Daneben wurde ein Informationsschreiben verfaßt, das als Flyer ausgelegt werden kann. Diese Materialien werden nachfolgend abgedruckt. Sie enthalten auch ein CMB-Logo, das als Erkennungszeichen des Modellprojekts "Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)" konzipiert war, unseres Wissens jedoch keine weitere Verbreitung fand. Diese Produkte wurden auch den CMB-Stellen für eigene Zwecke in Dateiform zur Verfügung gestellt.

Poster 1

CASE MANAGEMENT
zur Erhaltung von Arbeits- und Ausbildungsverhältnissen
BEHINDERTER MENSCHEN

Arbeitsplatz in Gefahr?
CMB-Stellen helfen!

Zielgruppe:

ArbeitnehmerInnen und Auszubildende mit noch bestehendem Beschäftigungs verhältnis,

deren Arbeits- oder Ausbildungsplatz gefährdet ist,

da sie aufgrund von gesundheitlichen Beeinträchtigungen ihre bisherige Tätig keit nicht oder nur noch eingeschränkt ausüben können.

Ziele des CMB:

Vermeidung von Arbeitslosigkeit durch Erhalt von Arbeits- und Ausbildungsver hältnissen behinderter Menschen.

Verkürzung und Verbesserung des Reha-Prozesses durch den Aufbau von Koope rationsnetzwerken.

Individuelle Beratung und Problemlösung in Zusammenarbeit mit den Betroffenen, ihren Betrieben und anderen Beteiligten unter sorgfältiger Beachtung der gelten den Datenschutzbestimmungen.

Standorte:

Frankfurt a. M., Leer, Leipzig, Mainz, Merseburg, Pfarrkirchen, Plauen, Saalfeld, Schwerin, Suhl, Waiblingen, Wiesbaden und Zwickau.

Kontakt:

Institut für empirische Soziologie
Marienstraße 2 - 90402 Nürnberg
Tel. 0911 - 23 565 - 0
Fax 0911 - 23 565 - 50
www.ifes.uni-erlangen.de

CMB ist ein Modellprojekt, das von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) initiiert wurde. CMB wird in Kooperation mit der BAR, der Bundesanstalt für Arbeit und den Rehabilitationsträgern durchgeführt, vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gefördert und vom Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg wissenschaftlich begleitet.

Poster 2

CASE MANAGEMENT
zur Erhaltung von Arbeits- und Ausbildungsverhältnissen
BEHINDERTER MENSCHEN

Steht Ihr Arbeitsplatz auf dem Spiel?

Wir unterstützen gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte dabei, ihren Arbeits- oder Ausbildungsplatz zu erhalten. Ergreifen Sie die Initiative, wir können Ihnen helfen!

INDIVIDUELLE BERATUNG

Wir beraten Sie individuell über Möglichkeiten, Ihr Beschäftigungsverhältnis zu erhalten.

PLANUNG

Zusammen mit Ihrem Betrieb entwickeln wir ein speziell für Sie passendes Konzept zum Erhalt Ihres Arbeits- / Ausbildungsplatzes.

KONTAKT ZU ALLEN BETEILIGTEN

Wir kümmern uns um die geeigneten Maßnahmen und übernehmen die notwendigen Kontakte zu Behörden, Institutionen und anderen Beteiligten.

BESCHLEUNIGUNG DER REHABILITATION

Durch die Mithilfe vieler Partner erreichen wir schnell geeignete Lösungen.

KONSEQUENTE HILFE

Wir stehen Ihnen mit Rat und Tat zur Seite.

KOSTEN

Für Sie: keine

Auskünfte über eine CMB Stelle in Ihrer Nähe erteilt:

Institut für empirische Soziologie
Marienstraße 2 - 90402 Nürnberg
Tel. 0911 - 23 565 - 0
Fax 0911 - 23 565 - 50
www.ifes.uni-erlangen.de

CMB ist ein Modellprojekt, das von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) initiiert wurde. CMB wird in Kooperation mit der BAR, der Bundesanstalt für Arbeit und den Rehabilitationsträgern durchgeführt, vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gefördert und vom Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg wissenschaftlich begleitet.

Poster 3

CASE MANAGEMENT
zur Erhaltung von Arbeits- und Ausbildungsverhältnissen
BEHINDERTER MENSCHEN

CMB ist ein Modellprojekt, das von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) initiiert wurde. CMB wird in Kooperation mit der BAR, der Bundesanstalt für Arbeit und den Rehabilitationsträgern durchgeführt, vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gefördert und vom Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg wissenschaftlich begleitet.

Handout

Ihr Arbeitsplatz steht auf dem Spiel?!

Sie sind noch beschäftigt, aber können Ihre bisherige Tätigkeit nicht oder nur noch eingeschränkt ausüben, weil eine gesundheitliche Einschränkung im Wege steht?

Was können wir tun?

Wir unterstützen gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte dabei, ihr Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis zu erhalten.

Wie funktioniert das?

- ✓ Wir beraten Sie individuell über das Leistungsangebot der Reha-Träger.
- ✓ Wir entwickeln zusammen mit Ihnen und Ihrem Betrieb ein maßgeschneidertes Konzept zum Erhalt Ihres Beschäftigungsverhältnisses (z. B. behinderungsgerechte Anpassung des Arbeits- / Ausbildungsplatzes oder innerbetriebliche Umsetzung).
- ✓ Wir kümmern uns um die geeigneten Unterstützungsleistungen und übernehmen die notwendigen Kontakte zu Behörden, Institutionen und anderen Beteiligten.
- ✓ Wir sorgen für die Beschleunigung des Reha-Prozesses durch die Mitwirkung vieler starker Partner.
- ✓ Wir stehen Ihnen zur Seite, bis geeignete Lösungen gefunden und umgesetzt sind.

Ergreifen Sie die Initiative, wir können Ihnen helfen! Sprechen Sie uns an!

Ansprechpartner finden Sie auf der Rückseite.

CMB ist ein bundesweit angelegtes Modellprojekt, das von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) initiiert wurde. CMB wird in Kooperation mit der BAR, der Bundesanstalt für Arbeit und den Rehabilitationsträgern durchgeführt, vom Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung gefördert und vom Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg wissenschaftlich begleitet.

CASE MANAGEMENT ZUR ERHALTUNG VON ARBEITS- UND AUSBILDUNGSVERHÄLTNISSEN BEHINDERTER MENSCHEN

C M B

5.3 Qualitätsstandards

Als ein Produkt des Modellprojekts wurden im Rahmen der formativen Evaluation gemeinsam mit den beteiligten CMB-Stellen, Expert(inn)en aus unterschiedlichen Praxisfeldern und der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* Arbeitsstandards für CMB entwickelt.[283]

5.3.1 Funktionen der Qualitätsstandards

Die erarbeiteten Qualitätsstandards umfassen „Arbeitsstandards" zur

- detaillierten Beschreibung von Leistungen,
- Vorgehensweisen und Methoden zur Überprüfung der Zielerreichung,
- Vorgaben für die dazu erforderlichen Rahmenbedingungen sowie
- Kriterien zur Überprüfung der Ergebnisqualität von Case Management.

Abbildung 134

Die Standards sollen im wesentlichen folgende Funktionen erfüllen (siehe dazu *auch Abbildung 134*):

---

[283] Die Arbeitsstandards wurden in der Schriftenreihe „*Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie*" veröffentlicht (vgl. *Brader / Faßmann / Lewerenz / Steger / Wübbeke* 2004). Im folgenden werden deshalb nur die Funktionen dieser Standards und die methodische Vorgehensweise bei ihrer Erarbeitung vorgestellt, nicht jedoch die inhaltlichen Ergebnisse.

- Definition des Gesamtkonzepts von Case Management und Präzisierung der Konzeptelemente im Hinblick auf Umfang und Qualität
- Sicherstellung einer gemeinsamen inhaltlichen Basis für den fachlichen Austausch zwischen den in das Case Management eingebundenen Fachleuten
- Start- und Arbeitshilfe bei der Implementierung entsprechender Maßnahmen
- Unterstützung bei der Einarbeitung und fortlaufenden Qualifizierung neuer Mitarbeiter(innen)
- Einführung eines maßnahmeadäquaten Qualitätsmanagements
- Grundlage für eine transparente Darstellung der Leistungen nach außen
- Professionalisierung von Arbeitsprozessen und Verbesserung von Leistungsergebnissen

Sie bieten einen Leitfaden für die Umsetzung des Konzepts von "Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen", sind aber sicherlich auch auf Case Management-Prozesse mit ähnlichen Zielsetzungen in anderem institutionellen Kontext anwendbar. In der Praxis ist u.U. eine Anpassung an die Gegebenheiten und Bedürfnisse der jeweiligen Einrichtung erforderlich.

5.3.2 Aufbau und Struktur der Qualitätsstandards

Die Entwicklung der Qualitätsstandards orientierte sich in methodischer Hinsicht am „Modulsystem Umfassendes Qualitätsmanagement – MuQ“, das *Bungard, Supe* und *Willems* im Jahre 2000 für den Bereich der Integrationsfachdienste vorgelegt hatten.[284] Ausgangspunkt war hier die Überlegung, daß es bei einer Beurteilung der Qualität der verschiedenen Unterstützungsangebote nicht ausreicht, sich ausschließlich an Fallzahlen und erzielten Ergebnissen zu orientieren, sondern daß dazu differenziertere Kriterien herangezogen werden müssen.[285] Allerdings lehnten es die Autoren ab, sich bei der Entwicklung und Anwendung solcher Beurteilungsgrundlagen auf die Übertragung betriebswirtschaftlicher Modelle und Gütekriterien auf den Bereich der Rehabilitation behinderter Menschen zu beschränken. Sie plädierten vielmehr dafür, die Fachkenntnis der an der Maßnahme beteiligten Akteure sowie

[284] *Bungart* / *Supe* / *Willems* 2000. Wertvolle Hinweise konnten auch dem Referenzhandbuch zum Qualitätsmanagement-System KASSYS entnommen werden, das ebenfalls als Grundlage zur Qualitätssicherung bei der Durchführung der psychosozialen Betreuung durch Integrationsfachdienste dienen soll (vgl. *Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen* 2002: Abschnitt 0, 2).

spezifische Ziele und Paradigma der Rehabilitation in die Entwicklungsarbeit und Anwendungspraxis einzubringen.[286]

Diese Überlegungen sowie Erfahrungen des Begleitforschungsteams mit der Erarbeitung von Arbeitsgrundlagen für andere Teilhabeleistungen[287] waren bei der Entwicklung der vorliegenden Standards handlungsleitend, die Bedingungen und Vorgehensweisen festlegen, anhand derer sich die Qualität der Maßnahme „Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen" und ihrer Ergebnisse überprüfen läßt.

Die Konzeption der Qualitätsstandards orientiert sich an dem heute für Qualitätsbeurteilung gängigen Paradigma von *Donabedian* in der von *Badura* ergänzten Form[288]. Diesem Modell entspricht auch die Grundstruktur der vorliegenden Qualitätsstandards im Hinblick auf die Kriterien, Instrumente und Verfahren, die bei der Beurteilung einbezogen werden müssen (siehe *Abbildung 135*). Allerdings bleiben Aspekte der Inputqualität im Rahmen der hier vorgelegten Vorschläge unberücksichtigt, da diese im wesentlichen von normativen, politischen oder gesamtwirtschaftlichen Vorgaben bestimmt werden, die von den unmittelbar in die Maßnahme eingebundenen Akteuren in den meisten Fällen kaum zu beeinflussen sind.[289]

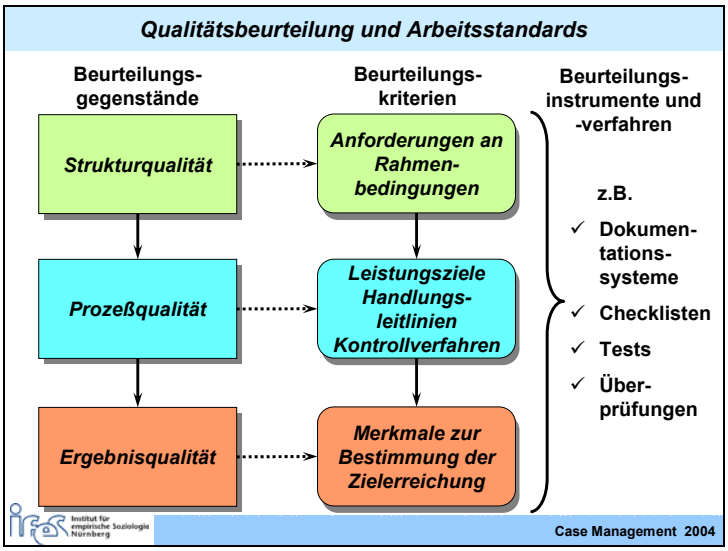


Abbildung 135

285 *Bungart / Supe / Willems* 2000: 2f

286 *Bungart / Supe / Willems* 2000: 31f

287 Siehe dazu: *Faßmann / Lechner / Steger* 2003

288 Vgl. hierzu *Abschnitt 3.3.1.1*

289 Siehe dazu auch: *Bungart / Supe / Willems* 2000: 42ff

5.3.2.1 Strukturqualität

Ausgangspunkt für die Entwicklung von Kriterien zur Strukturqualität war die in Anlehnung an das „Modulsystem Umfassendes Qualitätsmanagement – MuQ“ für Integrationsfachdienste[290] formulierte Leitfrage „Welche Rahmenbedingungen sind zur Erbringung der Dienstleistungen im Rahmen des ‚Case Managements zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen’ notwendig?“ Zur Konkretisierung waren weitergehende Fragen zu stellen:

- Welche *materielle Ausstattung* ist zur Umsetzung des Maßnahmekonzepts erforderlich?
- Welche *personelle Ausstattung* ist erforderlich?
- Welche *organisatorischen Rahmenbedingungen* sind erforderlich?

Aus der Beantwortung dieser Fragen ergaben sich dann für jeden dieser drei Bereiche spezifische Maßnahmemerkmale, die erfüllt sein müssen, um die geforderte Prozeßqualität sicherstellen zu können.

5.3.2.2 Prozeßqualität

Zur Bestimmung und Sicherstellung der Prozeßqualität dienen „Arbeitsstandards“, die „eine detaillierte Beschreibung der Leistungen und Vorgehensweisen, sowie von Verfahren zu Überprüfung ihrer Qualität“[291] beinhalten. Die Entwicklung der betreffenden Kriterien orientierte sich zunächst an einem idealtypischen chronologischen Ablauf von "Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen".

Im Anschluß daran wurden einzelne *Arbeitsfelder* zusammengestellt, für die jeweils *Leistungsziele* festgelegt wurden, die konkrete zukünftige Zustände oder Ereignisse beschreiben, die durch Handeln erreicht werden sollen.[292] Mit der Formulierung von *Handlungsleitlinien* wurde dann beschrieben, wie die Leistungsziele effektiv bzw. effizient erreicht werden

---

[290] *Bungart / Supe / Willems* 2000: 66ff

[291] *Bungart / Supe / Willems* 2000: 2

[292] Vgl. *Graf* 1996: 40; *Bungard / Supe / Willems* 2000: 48ff

können.[293] *Abbildung 136* veranschaulicht die Beziehung zwischen Arbeitsstandards, Leistungszielen und Handlungsleitlinien in den einzelnen Arbeitsfeldern.

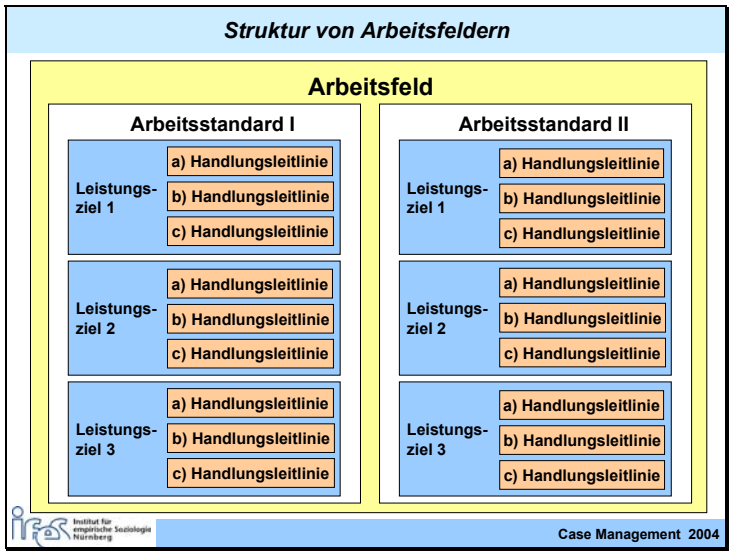


Abbildung 136

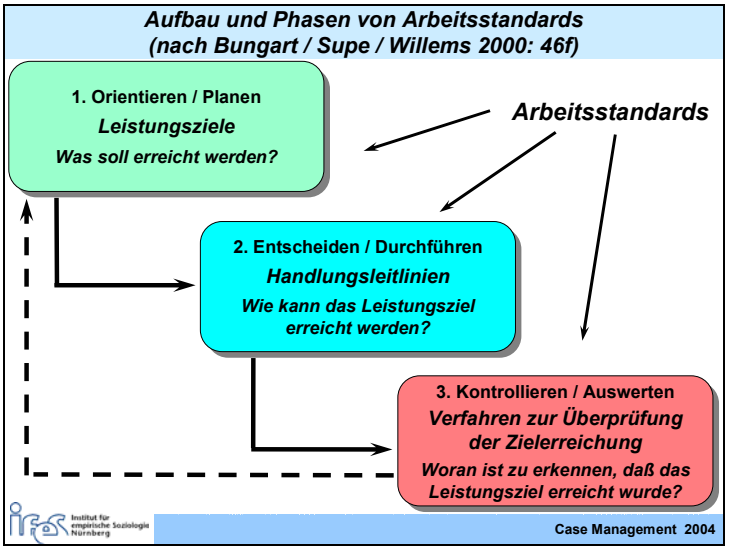


Abbildung 137

Vervollständigt werden die Arbeitstandards durch Verfahren, die sich dazu eignen zu überprüfen, inwieweit die einzelnen Leistungsziele erreicht werden konnten.[294] Demnach geht es hier aus pragmatischen Gründen nicht darum, in jedem Falle zu prüfen, ob vorgegebene Handlungsleitlinien im Detail eingehalten werden. Vielmehr steht hier im Vordergrund, ob die

[293] Siehe dazu *Bungard / Supe / Willems* 2000: 53ff

[294] Siehe dazu *Bungard / Supe / Willems* 2000: 56ff

geplanten und praktizierten Aktivitäten im Sinne der formulierten Zielsetzungen erfolgreich waren oder nicht.

Abbildung 137 bietet einen zusammenfassenden Überblick über die Komponenten der Arbeitsstandards und der zugehörigen Leitfragen. Durch Zuordnung der Komponenten zu der Abfolge, die jedem bewußten und zielgerichteten Handeln zugrunde liegt, nämlich

1. *Orientieren und Planen*,
2. *Entscheiden und Durchführen* sowie
3. *Kontrollieren und Auswerten*,

wird der handlungstheoretische Bezug der Standards erkennbar.[295]

5.3.2.3 Ergebnisqualität

Die bei der Ergebnisqualität zu berücksichtigenden Dimensionen und Kriterien sowie Probleme ihrer Erfassung sind in *Abschnitt 4.3.5* dieses Berichts ausführlich dargestellt und sollen deshalb an dieser Stelle nicht erneut erörtert werden.

5.3.3 Vorgehen bei der Erarbeitung der Qualitätsstandards

Ein wesentliches Anliegen bei der Entwicklung der Qualitätsstandards bestand darin, neben den empirischen Ergebnissen des Modellprojekts auch die Praxiserfahrungen und das Fachwissen der am Projekt beteiligten Case Manager(innen) sowie sonstiger Beteiligter (insbes. Vertreter(innen) von Rehabilitationsträgern) mit einfließen zu lassen. Um dies zu erreichen, wurde folgendes Vorgehen gewählt:

- Die wissenschaftliche Begleitung legte auf der Grundlage von Literaturstudium, internen Materialien und Arbeitsunterlagen der CMB-Stellen sowie Auswertungen der laufenden Maßnahmedokumentation die einzelnen Arbeitsbereiche der jeweiligen CMB-Prozeßphase fest.
- Im Anschluß daran erarbeiteten die Case Manager(innen) hierzu im Rahmen gemeinsamer, von der Begleitforschung vorbereiteter und moderierter Sitzungen Kriterien für Strukturqualität, Leistungsziele, Handlungsleitlinien.

---

[295] Siehe dazu *Bungard / Supe / Willems* 2000: 47

- Nach einer redaktionellen Überarbeitung durch die Begleitforschung wurden diese Ergebnisse auf weiteren Arbeitssitzungen mit allen Projektpartner(inne)n (Case Manager(innen), Projektinitiatoren, wissenschaftliche Begleitung, sonstige Fachleute) in Kleingruppen kritisch-konstruktiv diskutiert und – so weit erforderlich - modifiziert. In einem weiteren Arbeitsschritt verabschiedete das Plenum schließlich eine gemeinsame Fassung, die von allen Projektakteuren mitgetragen wurde.

In *Abbildung 138* wird dieses Verfahren im Überblick dargestellt.

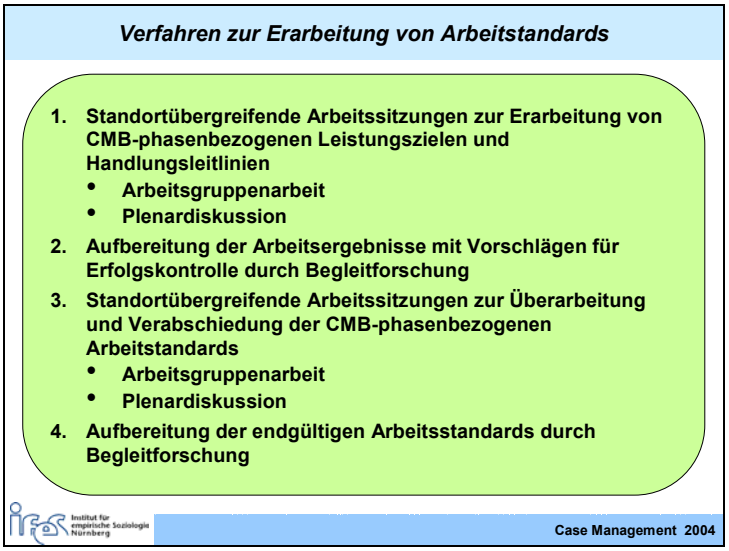


Abbildung 138

5.4 Öffentlichkeitsarbeit und Publikationen der Begleitforschung

Der Öffentlichkeitsarbeit kam im Rahmen des Modellprojekts insofern Bedeutung zu, als Informationen über Anliegen, Umsetzung und (Teil-)Ergebnisse des Modellprojekts möglich breit gestreut werden sollten, um die Arbeit der CMB-Stellen zu unterstützen. Dies übernahmen vor allem auch Mitarbeiter der *BAR*, die dazu bei Bedarf – ebenso wie die anderen Projektpartner - von der Begleitforschung jeweils kurzfristig mit aktuellem Material in Form von *MSPowerPoint*-Präsentationen und Formulierungsvorschlägen versorgt wurden. So informierte die *BAR* auf dieser Grundlage auch im Rahmen ihrer Geschäftsberichterstattung sowie über den Informationsdienst *BAR-REHA-Info* in unregelmäßigen Abständen über das Modellprojekt.

Bereits zu Beginn des Modellprojekts hatte das *IfeS* ein Kurz-Exposé erarbeitet, das dies nicht nur für die eigene Arbeit (z.B. zur Information von Befragungspersonen) verwendet, sondern auch den Projektpartnern für eigene Zwecke (etwa zur Information von Rehabilitand(inn)en, Betrieben usw.) zur Verfügung gestellt wurde. Entsprechende Informationen wurden auch in die Homepage des *Instituts für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg* (URL: *http://www.ifes.uni-erlangen.de/proj/ca_ man. htm*) eingefügt.

Mitglieder des Begleitforschungsteams stellten Konzept und Zwischenergebnisse auf den nachfolgend enumerierten Veranstaltungen vor:

- *72. Sitzung des Sachverständigenrates der Behindertenverbände* am 13. Dezember 2001 in Nürnberg
- Fachtagung *„Integrationsfachdienst / Case Management" mit Podiumsdiskussion* im *BFZ Peters* in Waldkraiburg am 21. März 2002
- 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,
- Tagung *„Alles im Fluß? Kontinuität und Erneuerung der Integrationsfachdienste"* der *Evangelischen Akademie Bad Boll* am 17.-19. März 2003.
- *„Regionalkonferenz Case Management: Zusammenarbeit in der Region zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitnehmerinnen / Arbeitnehmer"* des *BFW Leipzig* am 3. April 2003 in Leipzig
- Messestand der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* im Rahmen der *Fachmesse REHACare International* vom 15. – 18. Oktober 2003 in Düsseldorf
- 5.IV-Revision *„Früherkennung und Case Management: Neue Instrumente zur Vermeidung von Invalidität? Erfahrungen aus der Schweiz, Deutschland und Holland"* des Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis der Universität St. Gallen am 30. November 2004 in Zürich

Darüber hinaus wurden im Rahmen des Modellprojekts folgende Beiträge von Mitarbeiter(innen) des Begleitforschungsteams veröffentlicht:

- *Brader, D.; Faßmann, H.; Wübbeke, 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*
- *Brader, D.; Faßmann, H.; Wübbeke, Chr. 2003: „Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)" – Zweiter Sachstandsbericht einer Modellinitiative der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie Nürnberg, 5/2003, Nürnberg: IfeS*
- *Brader, D.; Faßmann, H.; Lewerenz, J.; Wübbeke, Chr. 2004: „Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)" – Dritter Sachstandsbericht ei-*

ner Modellinitiative der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Nürnberg: Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

- *Brader, D.; Faßmann, H.; Lewerenz. J.; Steger, R.; Wübbeke, Chr. 2004: Qualitätsstandards für ein "Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)" - Ergebnisse einer Modellinitiative der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie Nürnberg, 3/2004, Nürnberg: IfeS*

- *Faßmann, H. 2003: Case Management und Netzwerkkooperation zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen – Chancen, Probleme und Handlungsmöglichkeiten. Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie Nürnberg, 2/2003, Nürnberg: IfeS*

6 Abschließende Beurteilung

Das Modellprojekt *„Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)“* verfolgte mehrere Ziele: Bundesweit sollte ein Ausgliederungsverhinderungsmanagement für gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitnehmer(innen) erprobt sowie - unter Berücksichtigung unterschiedlicher Rahmenbedingungen - auf *Effektivität* und *Effizienz* hin überprüft werden. Parallel dazu war es Aufgabe der Begleitforschung, im engen Dialog mit den Projektakteuren ein allgemeinverbindliches CMB-Dienstleistungskonzept zu erarbeiten.

In das Entwicklungsprojekt waren 13 Standorte eingebunden, von denen Informationen über CMB-Aktivitäten und Erfahrungen an das *Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universiät Erlangen-Nürnberg* weitergeleitet und dort ausgewertet wurden. Der *Abschnitt 6.1* gibt zunächst einen Überblick über die wichtigsten Forschungsergebnisse, danach folgt in *Abschnitt 6.2* eine Zusammenfassung von Folgerungen, die im Rahmen einer *BAR*-Fachtagung aus dem Projekt gezogen wurden; *Abschnitt 6.3* enthält schließlich ein Resümee sowie einige wesentliche Handlungsempfehlungen.

6.1 Zusammenfassung zentraler Ergebnisse und Erkenntnisse

Die CMB-Klient(inn)en und deren Betriebe

Betrachtet man insgesamt die CMB-Klientel und deren Betriebe, so ergibt sich folgendes Bild: Von 1.346 Versicherten wurden an den CMB-Stellen tatsächlich 1.056 betreut, im Berichtszeitraum konnten von diesen 861 Fälle abgeschlossen werden. Der häufigste Weg, über den die Versicherten zu den CMB-Stellen gelangten, war der über die Krankenkassen; davon kam fast ein Drittel über die AOK. Die meisten Klient(inn)en waren zwischen 40 und 55 Jahre alt; unter ihnen befanden sich etwa zwei Drittel Männer. Die Mehrheit der Rehabilitand(inn)en arbeiteten eher in klein oder mittelständischen Betrieben mit bis zu 50 Mitarbeiter(inne)n. Diese Unternehmen waren etwa zu je einem Drittel sowohl dem verarbeitenden Gewerbe als auch den Dienstleistungsbranchen zuzuordnen. Der größte Teil der Rehabilitand(inn)en verfügte über eine abgeschlossene betriebliche Berufsausbildung und arbeitete zuletzt in Fertigungs- oder in Dienstleistungsberufen, wobei die große Mehrheit sowohl angelernte oder Facharbeiter(innen) waren. Vom Krankheitsbild her litten die Rehabili-

tand(inn)en hauptsächlich an Wirbelsäulenerkrankungen oder sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems. Im Mittel betrug die Dauer zwischen der Arbeitsunfähigkeit der Klient(inn)en bis zum Zugang zum CMB ca. 32 Wochen, von diesem Zeitpunkt ab verlief der gesamte CMB-Prozeß relativ zügig und dauerte etwa noch 15 Wochen bis zur Beendigung der Betreuung.

Überprüfung der Zielerreichung: Effektivität von CMB

Vorrangige Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitung war es, zu untersuchen, ob die einzelnen Aktivitäten im Rahmen des CMB zur Erreichung des Zieles beitragen, *Beschäftigungsverhältnisse von Rehabilitand(innen) zu erhalten* (*Effektivität* von CMB). Die folgenden Zahlen können als Beleg für den Maßnahmeerfolg von CMB dienen:

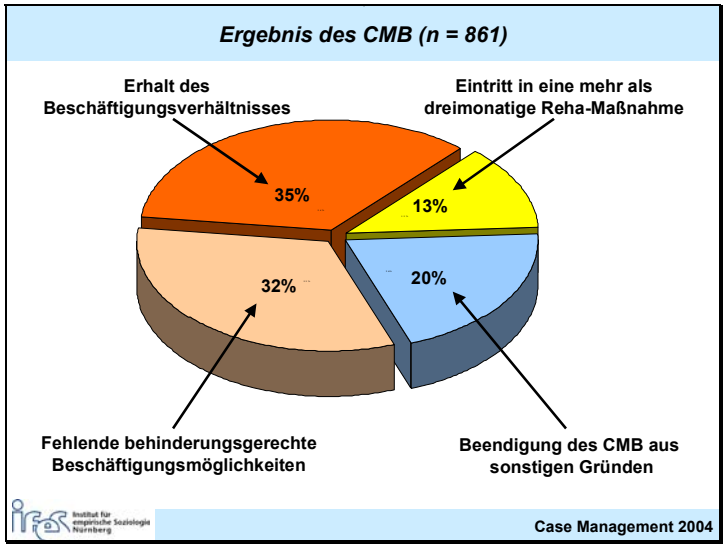


Abbildung 139

Insgesamt konnte bei 35% der CMB-Klient(inn)en ein Arbeitsplatz im bisherigen Betrieb gesichert werden (vgl. *Abbildung 139*), bemerkenswert dabei ist, daß die Erfolgsquote im Projektverlauf von 20% in 2002 auf 42% in 2004 anstieg. Weitere 13% entschlossen sich zu einer längerfristigen Reha-Maßnahme. Meist handelte es sich dabei um eine Umschulung. Dies bedeutet, daß bei knapp der Hälfte aller Klient(inn)en ein positives Ergebnis erzielt werden konnte: Die Betreuung durch die CMB-Stelle, die im Mittel 15 Wochen dauerte, führte entweder zum Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses oder zu einer behinderungsadäquaten beruflichen Qualifizierung, häufig mit der Option, anschließend im bisherigen Betrieb weiterarbeiten zu können.

Von allen im bisherigen Betrieb weiterbeschäftigten Personen konnte etwas über die Hälfte (53%) an ihren bisherigen Arbeitsplatz zurückkehren, 40% wurden auf einen anderen Arbeitsplatz umgesetzt und für 7% der CMB-Klient(inn)en konnte ein neuer Arbeitsplatz geschaffen werden. Der Erhalt eines Beschäftigungsverhältnisses erforderte in den meisten Fällen eine Reihe flankierender Maßnahmen: Am häufigsten war die berufliche Wiedereingliederung mit einer Veränderung der Arbeitsinhalte und / oder -abläufe (40% bzw. 24%) verbunden, an zweiter Stelle stand mit 37% die stufenweise Wiedereingliederung der Rehabilitand(inn)en. Nur bei gut einem Fünftel der Klient(inn)en waren keine weiteren Maßnahmen erforderlich. Trotz der teilweise gravierenden Veränderungen des Beschäftigungsverhältnisses war weniger als ein Fünftel, nämlich lediglich 17%, der weiterbeschäftigten Personen von finanziellen Einbußen betroffen.

In den Fällen, in denen weder das Beschäftigungsverhältnis erhalten noch eine Qualifizierungsmaßnahme realisiert werden konnte, wurde als mit Abstand häufigste Ursache die fehlende behinderungsgerechte Beschäftigungsmöglichkeit im Betrieb genannt. Alle anderen Gründe spielten demgegenüber eine untergeordnete Rolle.

In Zusammenhang mit dem Erfolg von CMB erwiesen sich u.a. folgende Faktoren als relevant:

- Alter der Klient(inn)en und Dauer ihres Beschäftigungsverhältnisses
- Grad der Behinderung
- Betriebsgröße und Stellung im Betrieb
- Zugangsweg zu CMB
- Arbeitsmarktlage der Region
- Dauer des Modellprojekts

Zwischen den Merkmalen *Alter* und *Beschäftigungsdauer im derzeitigen Betrieb* kann ein Zusammenhang angenommen werden. Beschäftigte unter 30 Jahren mit entsprechend kurzer Betriebszugehörigkeit stellen mit Abstand die größte Gruppe der Rehabilitand(inn)en dar, die in eine längerfristige Reha-Maßnahme eintraten. Dieser steht die Altersgruppe der 40 bis 49-jährigen gegenüber, die mit 43% den größten Anteil an erhaltenen Beschäftigungsverhältnissen vorweist. Eine längere *Betriebszugehörigkeit* wirkte sich ebenfalls positiv auf die Chancen einer Weiterbeschäftigung aus: Die Wiedereingliederungsquote war mit 44% bei den Rehabilitand(inn)en, die zwischen 10 und 15 Jahren im Betrieb tätig waren, am höchsten. Des weiteren wurde deutlich, daß bei Personen, die als *schwerbehindert anerkannt*

oder diesen gleichgestellt waren, der Arbeitsplatz wesentlich öfter erhalten werden konnte als bei Mitarbeiter(inne)n ohne Schwerbehindertenausweis (47% bzw. 32%).

Die *Betriebsgröße* sowie die *Stellung im Beruf* waren ebenfalls relevant für den Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses: Ab einer Beschäftigtenzahl von 20 Mitarbeiter(inne)n stieg der Anteil der Rehabilitand(inn)en, die trotz ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung weiterbeschäftigt wurden, sprunghaft an (von 25% auf 39%). Personen mit Personalverantwortung, wie Vorarbeiter(innen), Meister(innen) und Poliere, wurden mit 43% am häufigsten in ihrem bisherigen Betrieb weiterbeschäftigt, mit 31% die geringste Erfolgsquote ergab sich dagegen für un- oder angelernte Arbeiter(innen).

Klient(inn)en, bei denen CMB durch sonstige Stellen bzw. Personen initiiert wurde, schlossen den CMB-Prozeß häufiger erfolgreich ab (57%) als Betroffene, die über einen Reha-Träger der CMB-Stelle zugewiesen wurden: Erfolgreich wiedereingeliedert wurden 43% der Rehabilitand(inn)en, die über die Rentenversicherung zum CMB kamen, 28% der Versicherten, die über die gesetzlichen Krankenkassen zugewiesen wurden und 21% der Klient(inn)en die durch die Arbeitsagenturen vom CMB erfahren hatten.

Die Annahme, daß sich eine gute Arbeitsmarktlage in der Region positiv auf den CMB-Erfolg auswirkt, konnte nicht bestätigt werden. Vielmehr zeigte sich, daß mittelständisch und ländlich strukturierte Wirtschaftsräume mit hoher Arbeitslosenquote besser abschnitten als industrielle westliche Ballungsräume mit günstiger Arbeitsmarktlage. Bemerkenswert waren darüber hinaus die verhältnismäßig guten Resultate von Standorten in den neuen Bundesländern, die der durchschnittlichen Erfolgsquote *aller* Standorte entsprechen, obwohl in diesen Regionen mit Abstand die höchsten Arbeitslosenquoten registriert werden.

Es erscheint plausibel, daß die erzielbaren Ergebnisse einer neuen Serviceleistung erst nach einer angemessenen Implementierungsphase realistisch beurteilt werden können. Im Rahmen des Modellprojekts ergab sich nach dem ersten Jahr ein deutlicher Anstieg des CMB-Erfolgs, der im darauffolgenden Jahr noch weiter gesteigert werden konnte (vgl. *Abbildung 140*).

Vor diesem Hintergrund ist die Annahme berechtigt, daß die tatsächlich zu erwartenden Erfolge von CMB wesentlich größer ausfallen als es die in *Abbildung 139* wiedergegebenen Gesamtergebnisse suggerieren. Insofern müssen die Potentiale des Ausgliederungsverhinderungsmanagements bei dauerhafter, flächendeckender Institutionalisierung weitaus positiver als die hier ermittelten Resultate eingeschätzt werden.

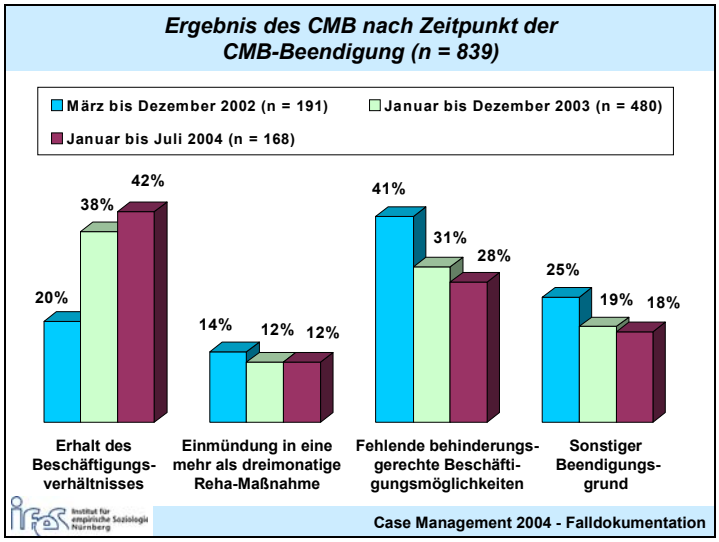


Abbildung 140

Beurteilung von CMB durch Klient(inn)en und Betriebe

Nicht nur die beachtlichen Ergebnisse der Auswertungen der CMB-Falldokumentationen sprechen für die Zielerreichung der CMB-Aktivitäten, sondern insbesondere auch die positiven Beurteilungen von CMB durch die betroffenen Rehabilitand(inn)en und deren Betriebe. Bei schriftlichen Befragungen am Ende der CMB-Betreuung gaben sowohl die Klient(inn)en als auch deren Arbeitgeber überdurchschnittlich gute Bewertungen für die CMB-Stellen ab und betonten ihre hohe Zufriedenheit sowohl hinsichtlich des Ablaufs als auch des Ergebnisses von CMB. Die Akzeptanz von CMB durch die Klient(inn)en und deren Betriebe kam auch durch die hohen Rücklaufquoten der Fragebögen zum Ausdruck. Bei der Arbeitgeberbefragung, bei der 71% der Befragten angaben, daß das Beschäftigungsverhältnis ihrer Mitarbeiter(innen) erhalten werden konnte, stach ein Resultat besonders ins Auge: So waren 58% dieser Arbeitgeber der Ansicht, daß es ohne die Unterstützung durch die CMB-Stelle nicht gelungen wäre, eine Ausgliederung zu verhindern. Das heißt, mehr als die Hälfte der Beschäftigungsverhältnisse wären gekündigt worden (*Abbildung 141*).

Auch die Ergebnisse der zweiten und dritten Klient(inn)enbefragung fielen durchweg positiv aus. Die befragten Klient(inn)en waren sowohl ein halbes Jahr als auch ein Jahr nach Beendigung von CMB mit Ablauf und Ergebnis von CMB größtenteils sehr zufrieden. Interessant war es, zu diesen Befragungszeitpunkten zu erfahren, wie nachhaltig die Erfolge von CMB tatsächlich waren (vgl. *Abbildung 142*).

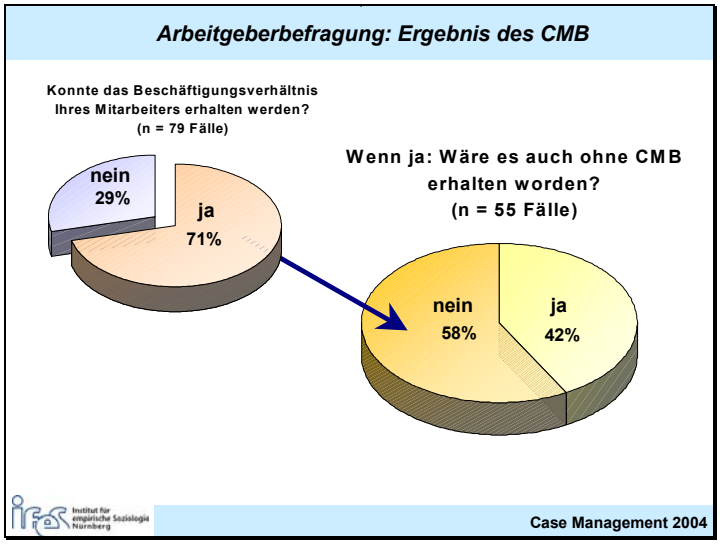


Abbildung 141

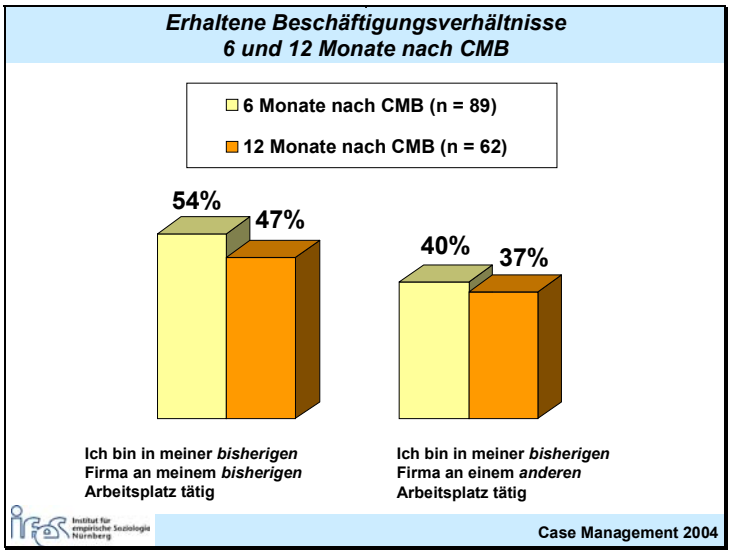


Abbildung 142

Für diese Auswertung wurde eine Teilpopulation gebildet: Untersucht wurden nur diejenigen befragten Klient(inn)en, deren Beschäftigungsverhältnisse am Ende von CMB erhalten werden konnten. Dabei zeigte sich, daß nach 6 Monaten 54% der Klient(inn)en dieser Teilpopulation wieder in ihrer bisherigen Firma an ihrem bisherigen und 40% an einem anderen Arbeitsplatz beschäftigt waren. 12 Monate später waren dies immerhin noch 47% bzw. 37%. Die äußerst hohen Erfolgsquoten von 94% bzw. 84% ursprünglich erhaltener und nach 6 Monaten bzw. 12 Monaten immer noch bestehender Beschäftigungsverhältnisse belegen gleichermaßen, daß durch die Dienstleistung CMB das zu untersuchende Ziel der *Wiedereingliederung von Rehabilitand(inn)en in den bisherigen Betrieb* erreicht wurde.

Überprüfung der Zielerreichung: Effizienz von CMB

Modellrechnungen zur Wirtschaftlichkeit (*Effizienz*) von CMB unter Berücksichtigung der empirisch ermittelten Erfolge erbrachten folgende Ergebnisse (vgl. *Abschnitt 4.3.6*):

Positive Effekte (*Nutzen*) des CMB – sowohl monetär faßbare als auch intangible – überwiegen die negativen Effekte (*Kosten*) des CMB und zwar

- sowohl bei einer kurz- als auch bei einer langfristigen Betrachtung und
- sowohl auf der Mikro- als auch auf der Makroebene.

Einsparungseffekte pro CMB-Fall

Beträge in Euro	AA 1 Jahr	GRV 1 Jahr	GKV 0,6 Jahre
Nutzen pro Fall = Einsparung von Transferleistungen (30%)	6.570	3.210	5.320
Kosten pro Fall = „Dienstleistung CMB“	1.050	1.050	1.050
Saldo: Einsparung (+), Verlust (-)	+ 5.520	+ 2.160	+ 4.270
Kosten-Nutzen-Verhältnis	1 : 6	1 : 3	1 : 5

Case Management 2004

Abbildung 143

Besonders bedeutsam ist die Erkenntnis, daß sowohl für die Träger der medizinischen Rehabilitation als auch für die Träger der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eine Investition in das CMB überaus lohnenswert sein kann, da sich die Kosten der Dienstleistung CMB (Personal- und Sachkosten der CMB-Stellen) bereits in einem überschaubaren Zeitraum amortisieren. *Abbildung 143* gibt einen Eindruck von den Kosten-Nutzen-Relationen, die für die *Arbeitsagentur*, die *Gesetzliche Rentenversicherung* und die *Krankenversicherung* bei der Durchführung des Case Managements gelten. Da nicht alle CMB-Betreuungen nutzenwirksam sind, wurde den Berechnungen im Hinblick auf den Nutzen ein *worst-case*-Szenario zugrunde gelegt: Daher gehen nur 30% des ursprünglich errechneten Einsparungspotentials in die Kalkulationen ein (vgl. *Abschnitt 4.3.6.3.2* i.V.m. *4.3.6.4*). Gleichwohl ergibt sich durchgängig ein hoher positiver Saldo und dem entsprechend auch eine überaus günstige Kosten-Nutzen-Relation. Durch CMB erhaltene Beschäftigungsverhältnisse verhindern außerdem

Kosten der Produktionsausfälle sowie die Mindereinnahmen an Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen, die allerdings quantitativ nur schwer abschätzbar sind und daher unberücksichtigt blieben.

Entwicklung eines allgemeinen Konzepts für CMB

Neben der Analyse der Effektivität und Effizienz von CMB gehörte es zu den Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung zur projektinternen und –externen Qualitätssicherung und -verbesserung beizutragen (vgl. *Abschnitt 3.3.1.1*). Hierzu wurden im Rahmen eines praxisorientierten Dialogs Qualitätsstandards entwickelt, in die neben den Kenntnissen und Erfahrungen von Case Manager(inne)n auch die von externen Experten, z.B. betriebliche Schwerbehindertenvertreter, Reha-Berater(inne)n von Rentenversicherungsträgern und Krankenkassenfallmanager(innen), mit einflossen (vgl. *Abschnitt 5.3*).[296] Der vorgelegte Leitfaden wurde bereits von einigen Case Manager(inne)n in der Praxis angewandt und als praktikable Orientierungshilfe bewertet. Demnach kann davon ausgegangen werden, daß die CMB-Qualitätsstandards tatsächlich zur Sicherung und Verbesserung der Qualität im Bereich der beruflichen Rehabilitation beitragen.

6.2 Ergebnisse der *BAR*-Fachtagung „Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen – Ein Modell mit Zukunft?“

Zum Abschluß des in den vorangegangenen Abschnitten beschriebenen Modellprojektes wurde von der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* am 19. und 20. Oktober 2004 in Nürnberg eine von der CMB-Begleitforschung vorbereitete und moderierte Fachtagung durchgeführt, an der neben den Projektpartnern mehr als 50 Fachleute aus dem Bereich der Rehabilitationsträger, der Anbieter von Case Management-Dienstleistungen, der Integrationsfachdienste und der Wissenschaft teilnahmen.

Ziel der Veranstaltung war es,

- über das *BAR*-Modellprojekt und seine Ergebnisse zu informieren,

[296] Die Qualitätsstandards wurden bereits gesondert veröffentlicht (siehe *Brader / Faßmann / Lewerenz / Steger / Wübbeke* 2004)

- gemeinsam nach Wegen zu suchen, ein solches Case Management dauerhaft und finanziell abgesichert in die Reha-Landschaft einzufügen und daraus
- Handlungsempfehlungen für eine flächendeckende Implementierung von Case Management zu erarbeiten.

Vor dem Hintergrund der Projektergebnisse widmete sich die Fachtagung im Rahmen verschiedener Arbeitsgruppen der Frage, wie Case Management auf eine dauerhafte normative und finanzielle Grundlage zu stellen wäre, wobei unterschiedliche Organisationsformen – CMB durch Personal der Reha-Träger („Reha-Träger-Modell") bzw. durch von den Reha-Trägern beauftragte Stellen („Einkaufsmodell") - denkbar sind. Im folgenden wird ein Überblick über die wichtigsten Schlußfolgerungen der Fachtagung gegeben:

Die Teilnehmer(innen) kamen hinsichtlich des *formalen Regelungsbedarfs* zum Schluß, zur Umsetzung von CMB zunächst den durch SGB IX gegebenen Rahmen auszuschöpfen und dabei die bestehende Vielfalt regionaler Dienstleistungsstrukturen mit ihren gewachsenen und erprobten Netzwerken zu erhalten.

Hinsichtlich der *Finanzierung des CMB* wurde Mischfinanzierungsmodellen der Vorzug gegeben, in die vor allem auch die Krankenkassen einbezogen werden sollten, da sie finanziell mit am meisten von einem Ausgliederungsverhinderungsmanagement profitieren. Vorgeschlagen wurde, CMB als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben anzuerkennen und rehabilitand(inn)enbezogen zu gewähren sowie die mit den Dienstleistungen beauftragten CMB-Stellen entsprechend zu finanzieren (vorzugsweise Basisfinanzierung zuzüglich erfolgsabhängiger Fallpauschalen).

Die Teilnehmer(innen) waren sich größtenteils über die Notwendigkeit einer Institutionalisierung des CMB einig, da es eine Stelle geben müsse, die

- den frühzeitigen Zugang von Versicherten forciert und zwar unter Nutzung aller Zugangswege, d. h. über die Krankenkassen, die Reha-Träger, die Arztpraxen / Kliniken und insbesondere über die Arbeitgeber sowie die Betroffenen selbst. Dazu sei u. a. eine gezielte und offensive Öffentlichkeitsarbeit erforderlich. Den Zugang zum CMB nur alleine im Rahmen des § 84 SGB IX zu regeln und andere Wege zu vernachlässigen scheint für die Verbesserung einer zügigen und frühzeitigen Zuweisung aller Versicherten zum Eingliederungsmanagement nicht ausreichend zu sein. Plädiert wurde dafür, daß sich die Rehabilitationsträger auf verbindliche Zugangsregelungen zum CMB verständigen. Problematisch sei, daß SGB IX weder Sanktionsmöglichkeiten vorsehe noch berücksichtigte, daß kleine und mittlere Betriebe mit der in § 84 SGB IX übertra-

genen Verantwortung überfordert sein könnten. Erforderlich sei es deshalb, Inhalte und Chancen der neuen Regelungen weithin bekannt zu machen und insbesondere die Arbeitgeber umfassend über ihre Pflichten, aber auch über die zur Verfügung stehenden Unterstützungsmöglichkeiten zu informieren.

- die Funktion einer Vermittlerstelle im Sinne des im Modellprojekt erprobten Case Managements übernimmt (Lotsenfunktion). Insofern trage das erprobte CMB durch die Überwindung von Schnittstellen im Reha-Bereich vor allem auch zur Verbesserung der Kooperationen zwischen den Reha-Trägern bei.[297]
- Vorarbeiten wie Erstinformation, Feststellung der Trägerzuständigkeiten, Anamnesegespräch, Gutachtenbeschaffung, Arbeitgeberkontakt herstellen, Betriebsbesuche durchführen usw. für die Reha-Träger übernimmt. Die gezielte Beratung über ausgewählte Maßnahmen solle nach wie vor im Kompetenzbereich der qualifizierten Reha-Berater(innen) bleiben, die Durchführung der Maßnahmen aber in enger Kooperation mit der CMB-Stelle geplant und realisiert werden.

Die Abschlußdiskussion wurde mit einem Statement von Herrn *Dr. Haines* vom *Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung* eingeleitet, mit dem dieser

- die Ergebnisse des *BAR*-Modellprojekts positiv würdigte,
- CMB als ein wichtiges Aufgabenfeld anerkannte,
- nachdrücklich auf die präventiven Chancen des Eingliederungsmanagements nach § 84 SGB IX hinwies und
- an alle Beteiligten appellierte, diese Chancen durch Kooperationen und Ausschöpfung der Möglichkeiten von CMB – in welchem institutionellen Kontext auch immer - zu nutzen.

Demnach biete es sich zum einen an, die bereits flächendeckend vorhandenen *Gemeinsamen Servicestellen* der Reha-Träger für die Durchführung von CMB zu nutzen. Ist ihnen dies selbst nicht möglich, so sei die Beauftragung kompetenter Dritter in Erwägung zu ziehen.

Die Teilnehmer(innen) teilten die Forderung nach Ausschöpfung des durch SGB IX gegebenen Rahmens zur Implementierung des CMB. Betont wurden jedoch einerseits die Schwie-

[297] Dies ist tatsächlich an einigen Modellstandorten gelungen: Es wurden dort regelmäßig stattfindende Arbeitskreise bzw. sogenannte „Runde Tische“ eingerichtet, an denen Vertreter(innen) von Krankenkassen, des *MDK*, Rentenversicherungsträger, behandelnde Ärzte / Ärztinnen und weitere Projektbeteiligte teilnahmen und die sich im Projektverlauf als äußerst konstruktiv und produktiv erwiesen haben.

rigkeiten bei der praktischen Umsetzung der genannten Regelungen und andererseits die Wichtigkeit, bestehende Vielfalt regionaler Dienstleistungsstrukturen mit ihren gewachsenen und erprobten Netzwerken zu erhalten. Für die CMB-Durchführung seien unterdessen alle in der Veranstaltung angesprochenen Institutionalisierungsformen denkbar, auch wenn sie nicht sofort umsetzbar sein mögen:

- Die *Gemeinsamen Servicestellen* der Reha-Träger scheinen den Anforderungen eines umfassenden Case Managements bisher nicht gewachsen zu sein: Unbedingte Voraussetzungen zur Erfüllung der Aufgaben sind daher sowohl die *Aufstockung des Personals in den Servicestellen* als auch die *Einigung auf einheitliche Qualitätsstandards.* Solche Standards wurden im Rahmen des Modellprojekts erarbeitet (siehe *Abschnitt 5.3*) und legen u. a. die Qualifizierung der Mitarbeiter(innen)[298], die Ausstattung der Stelle sowie insbesondere den Prozeßablauf fest. Die *Gemeinsame Servicestellen* für die Aufgaben im Rahmen eines Eingliederungsmanagement auszustatten und zu qualifizieren liegt nun in der Hand der verantwortlichen Reha-Träger.[299]
- Zum anderen sind auch andere (potentielle) Anbieter von CMB zu berücksichtigen, so weit sie dazu kompetent und in der Lage sind, diese Dienstleistungen effektiv und effizient zu erbringen. In diesem Zusammenhang wurde insbesondere auf die Kompetenz und das Renommee der Integrationsfachdienste hingewiesen, entsprechende Aufgaben zu übernehmen.
- Ähnliches gilt für Bildungsträger und andere Institutionen, die bereits über Praxiserfahrungen mit CMB verfügen, wie sie im Rahmen des Modellprojekts erworben und nachgewiesen werden konnten. Sowohl das Reha-Träger-Modell als auch das Einkaufsmodell sind laut Teilnehmer(inne)n als geeignete Alternativen zur Durchführung eines Eingliederungsmanagements anzusehen.

Wichtig sei dabei allerdings, daß von den CMB durchführenden Institutionen ein gemeinsames Leitbild mit klaren Rollen- und Begriffsdefinitionen entwickelt und verfolgt wird.

Plädiert wurde schließlich dafür, daß sich die Rehabilitationsträger auf verbindliche Zugangsregelungen zum CMB verständigen. Nur so kann sichergestellt werden, daß frühzeitig An-

---

[298] Insbesondere scheint es notwendig zu sein, die Bereitschaft zur Eigeninitiative der Mitarbeiter(innen) der *Gemeinsamen Servicestellen* im Hinblick auf den *Zugang* und den *Betriebskontakt* zu fordern und zu fördern, d.h. die „Komm-Strukturen“ einer solchen Institution aufzubrechen.

[299] *Herr Dr. Haines* vom *Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung* lehnte es *expressis verbis* ab, gegenwärtig erneut gesetzgeberisch tätig zu werden, um Akteure zu einem bestimmten Verhalten zu verpflichten. Vielmehr sollten diese im nunmehr vorgegebenen Rahmen selbst tätig werden.

strengungen unternommen werden, Beschäftigungsverhältnisse von gesundheitlich beeinträchtigten Personen zu erhalten.

6.3 Resümee und Handlungsempfehlungen

Die von der Begleitforschung vorgelegten Ergebnisse zeigen, daß Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB) ein sinnvolles und effektives präventives Vorgehen darstellt. So führte CMB bei fast der Hälfte der Klient(inn)en an den Projektstandorten zu positiven beruflichen Perspektiven: Mehr als ein Drittel der Beschäftigungsverhältnisse konnte erhalten werden, 13% mündeten in längerfristige Berufsförderungsmaßnahmen ein. Die Ergebnisse des CMB wurden von Klient(inn)en, Arbeitgebern und Reha-Trägern überwiegend positiv beurteilt. Berechnungen belegen auch die Effizienz von CMB, da die erzielten Einsparungen die Kosten bei weitem überwiegen. Schließlich liefern die im Rahmen des Modellprojekts gemeinsam mit Projektpartnern erarbeiteten prozeßorientierten Qualitätsstandards ein gut geeignetes Rahmenkonzept für eine flächendeckende Einführung von CMB.

Allerdings sind Finanzierung und Institutionalisierung von CMB nach wie vor ungeklärt, da entsprechende, die Reha-Träger verpflichtende Rechtsgrundlagen fehlen und die Träger – zumindest zum gegenwärtigen Zeitpunkt - kaum gewillt scheinen, dieses sinnvolle Dienstleistungsangebot bundesweit trägerübergreifend zu etablieren. So fehlt im Bereich der *Bundesagentur für Arbeit* seit ihrer Umstrukturierung allem Anschein nach der politische Wille, kreativ nach Lösungen zu suchen, CMB weiterzuführen, das ursprünglich bekanntlich von Pionieren aus den eigenen Reihen entwickelt und propagiert wurde. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung sind nur partiell zur Umsetzung der positiven Erfahrungen mit CMB bereit: So wird das Angebot von einigen *LVAen* in Form des Einkaufsmodells realisiert, andere führen es in Eigenregie fort, gelegentlich (etwa im Bereich der *Bundesversicherungsanstalt für Angestellte)* werden gemeinsam mit einzelnen Krankenkassen Kooperationsmodelle erprobt. Zumindest für den Außenstehenden ist unverständlich, daß sich die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung bisher nur in wenigen Ausnahmefällen dazu entschließen konnten, sich an CMB finanziell zu beteiligen, müßten doch gerade sie als wesentliche Nutznießer der betreffenden Aktivitäten in besonderem Maße an einer Umsetzung interessiert sein.

Diese unbefriedigende Situation wird, allem Anschein nach, auch weiterhin bestehen bleiben: So sind derzeit auf Seiten des Gesetzgebers keine Intentionen erkennbar sind, hier gestaltend einzugreifen. Auch wenn einzelne Reha-Träger in ihrem Bereich bereits heute CMB praktizieren, so stehen andere Träger dem doch eher zurückhaltend gegenüber. Insofern ist unklar, ob und wie CMB fortgeführt werden kann.

Vor dem Hintergrund der überaus positiven Ergebnisse ist gleichwohl zu hoffen, daß sich die bessere Einsicht durchsetzt und das Ausgliederungsverhinderungsmanagement zu einer trägerübergreifend ausgerichteten dauerhaften Dienstleistung ausgebaut und dementsprechend finanziert werden kann. Dabei ist im Grunde nachrangig, welchen organisatorischen Rahmenbedingungen hier der Vorzug gegeben wird. So ist neben den im Rahmen des Modellprojekts erprobten Möglichkeiten („Reha-Träger-Modell“, „Einkaufsmodell“) durchaus denkbar, CMB zur Aufgabe der *Gemeinsamen Servicestellen* zu machen oder es den bereits gut implementierten *Integrationsfachdiensten* zu übertragen, die dazu nicht nur fachlich geeignet sind, sondern schon über hohes Ansehen in den Unternehmen und bei relevanten Dritten verfügen.

Welche Organisations- und Finanzierungsform auch immer gewählt wird: Voraussetzung ist, daß die mit der Durchführung betrauten Institutionen bzw. Stellen tatsächlich in der Lage sind, ihrer anspruchsvollen Aufgabe gerecht zu werden. Dies erscheint nur dann möglich, wenn Vorgaben eingehalten werden, wie sie die Qualitätsstandards enthalten, die im Rahmen des Modellprojekts erarbeitet wurden. Dies betrifft nicht nur die Forderung nach *Strukturqualität* von CMB, die vorsieht,

- *qualifiziertes Personal*
- in *ausreichendem Umfang* bereitzustellen sowie
- *materielle und organisatorische Rahmenbedingungen* zu schaffen, die für eine erfolgreiche Arbeit unabdingbar sind.

Vielmehr ist auch auf die Einhaltung von Vorgaben über die *erforderliche Prozeßqualität* zu dringen, auf die alle mit CMB betrauten Personen und Stellen zu verpflichten sind. Nur so ist sichergestellt, daß es gelingt, gemeinsam mit den gesundheitlich beeinträchtigten Versicherten, ihren Arbeitgebern und sonstigen relevanten Kooperationspartnern zügig und bedarfsgerecht sowie unter Nutzung der zur Verfügung stehenden Hilfen Wege zu finden, (noch) bestehende, aber bedrohte Beschäftigungsverhältnisse zu erhalten.

Zu erwarten ist, daß die Nachfrage nach CMB-Leistungen vor allem im Bereich der kleinen und mittleren Unternehmen in dem Maße zunimmt, in dem die neuen Rechtsnormen des § 84 Abs. 2 SGB IX in der Praxis greifen. Es gilt, dem durch eine zügige Bereitstellung einer Infrastruktur zu entsprechen, die den hohen Erwartungen an ein auf diesen Bereich abgestimmtes qualifiziertes Eingliederungsmanagement gerecht wird. Das *BAR*-Modellprojekt "Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)" hat gezeigt, daß diese Investitionen gut angelegt sind.

Literaturverzeichnis

Abma, T. A., 2000: Stakeholder conflict: a case study. In: *Evaluation and Program Planning* 23, Iss. 2: 199-210 sowie: URL: *http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6V7V-3YWX 9 RY-7&_user=616145&_coverDate=05%2F01%2F2000&_alid=37269864&_rdoc=3&_fmt=full&_orig= search&_cdi=5852&_sort=d&_st=13&_acct=C000032322&_version=1&_urlVersion=0&_userid=6161 45&md5=04bf599e5b0db1f6270bca8e4bfb5c03* (15 Seiten; Stand: 15.3.2002)

Adam, H. 1990: Kosten-Wirksamkeits-Analyse im Gesundheitswesen. In: *Arbeit und Sozialpolitik*, Heft 6: 192-196

Adam, M. 2002: Case Management unter besonderer Berücksichtigung von institutioneller Vernetzung. Diplomarbeit im Fachbereich Sozialarbeit., Katholische Fachhochschule Mainz. URL: *http://www.kfh-mainz.de/downloads/sasp/Remmel/Case-Management.pdf* (Stand: 17.09.2004)

Adlhoch, U., 1997: Stand der Entwicklung und Perspektiven von Integration von Integrationsfachdiensten. In: *impulse* Nr. 5/6, 1997: o.S. sowie: URL: *http://bidok.uibk.ac.at/impulse/975_14.html* (8 Seiten; Stand 17.09.2004)

Adlhoch, U., 2000: Unterstützte Beschäftigung / Integrationsfachdienste / Integrationsfirmen – neue Wege zur beruflichen und sozialen Eingliederung besonders benachteiligter Behinderter. In: *BAR* 2000b: 282-289

Akabas, S. H.; Gates, L. B.; Galvin, D. E., 1992: Disability Management: A Complete System to Reduce Costs, Increas Productivity, Meet Employee Needs, and Ensure Legal Compliance. New York, NY: AMACOM

Albrecht, M., 1999: Weiterbeschäftigung und Wiedereingliederung von Arbeitnehmern mit Behinderungen: Internationale Entwicklungen im Spiegel einer ILO-Vergleichsstudie. In: *impulse* Nr. 13, November 1999 sowie: URL: *http://bidok.uibk.ac.at/texte/imp13-99-studie.html* (7 Seiten; Stand 17.09.2004)

Alt, H. 2004: Teilhabe am Arbeitsleben – Erfolgsorientierung, Kostenbewußtsein und sozialer Auftrag ein Widerspruch? Manuskript eines Vortrages auf der Fachkonferenz „Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben“ der Bundesagentur für Arbeit am 16.3.2004 in Berlin. URL: *http:// www.arbeitsagentur.de/content/de_DE/hauptstelle/a-2/importierter_inhalt/pdf/04_03_16_fachkongr_alt.pdf* (Stand: 13.4.2004)

Andreae, C.-A. 1981: Anmerkungen zum Stellenwert ökonomischer Überlegungen im Gesundheitswesen: dargestellt am Beispiel der Kosten-Nutzen-Analyse. Mainz: Steiner

AOK-Bundesverband 2004: Krankengeld. URL: *http://www.aok-bv.de* (Stand: 29.04.04)

Arbeitsamt Nürnberg, 2000: Case Management zur Erhaltung von Arbeitsverhältnissen Behinderter nach § 19 SGB III. URL: *http://195.145.119.72/nuernberg/information/casemanagement.html* (3 Seiten; Stand: 4.10.2000)

Badura, B. 1999: Evaluation und Qualitätsberichterstattung im Gesundheitswesen – Was soll bewertet werden und mit welchen Maßstäben? In: *Badura / Siegrist* 1999: 15-42

Badura, B.; Siegrist, J. (Hrsg.) 1999: Evaluation im Gesundheitswesen: Ansätze und Ergebnisse. *Gesundheitsforschung*, Weinheim: Juventa

Bäder, H. 2000: Einzelfalloptimierung der neurologischen Rehabilitation durch Case-Management am Beispiel des Berufshelfers. In. *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* 2000b: 167-169

Bahlke, S., 2001a: Behinderung im Erwerbsleben. Eine empirische Untersuchung betrieblicher und individueller Ressourcen in Rheinland-Pfalz. Idstein: Schulz-Kirchner

Bahlke, S. 2001b: Erfahrungen schwerbehinderter Arbeitnehmer mit betrieblichen Maßnahmen im Rahmen der Weiterbeschäftigung. Ausgewählte Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In: *Rehabilitation* 40, Heft 4: 226-234

Ballew, J. R. / Mink, G.,1991: Was ist Case Management? In: Wendt, W. R. (Hrsg.*), Unterstützung fallweise. Case Management in der Sozialarbeit*. Freiburg i. Br.: Lambertus: 56-83

Bapst, L. 1986: Die mehrdimensionale Kosten-Nutzen-Analyse als Evaluationsinstrument im Gesundheitswesen. In: Horisberger, B., Van Eimeren, W., Die Kosten-Nutzen-Analyse. Methodik und Anwendung am Beispiel von Medikamenten, Berlin, Heidelberg: Springer: 1-51

Barlsen, J., Bungart, J. u.a. 1997: Monetäre Kosten-Nutzen-Analyse von Fachdiensten zur Integration von Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, 1. Auflage, Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Barlsen, J.; Bungart, J.; Hohmeier, J.; Mair, H. 1999a: Integrationsbegleitung in Arbeit und Beruf von Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen. *Argument-Sonderbände zum Schwerbehindertenrecht* Nr. 5, Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Barlsen, J.; Bungart, J.; Hohmeier, J.; Mair, H. 1999b: Integrationsbegleitung in Arbeit und Beruf von Menschen mit Lern- oder geistiger Behinderung. *impulse* Nr. 12, o.S. sowie: *http://bidok.uibk.ac.at/texte/imp12-99-untersuchung.html* (9 Seiten, Stand 14.09.2004)

Bayer, M. 2000: Kooperation zwischen der RV und GKV im Rahmen eines Case-Managements. Vortrag im Rahmen des Trägerübergreifenden Seminars der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* für Fachkräfte in der Rehabilitation vom 07. bis 09.03 2000 in Waldkraiburg

Bertelsmann Stiftung; Bundesanstalt für Arbeit; Deutscher Landkreistag; Deutscher Städtetag; Deutscher Städte- und Gemeindebund (Hrsg.) 2002: Handbuch Beratung und Integration: Fördern und Fordern – Eingliederungsstrategien in der Beschäftigungsförderung. 3. Auflage, Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung. URL: *http://www.bertelsmann-stiftung.de/medien/pdf/592.pdf* (Stand: 17.09.2004)

Beule, P. 1999: Erfahrungen der Integrationsfachdienste der Hauptfürsorgestellen im Jahr 1997. In: *Seyd / Nentwig / Blumenthal* 1999: 168-171

Beywl, W., 2001: Konfliktfähigkeit der Evaluation und die „Standards für Evaluationen". In: *Sozialwissenschaften und Berufspraxis* 24, Heft 2: 151-164

Beywl, W.; Spehr, S.; Kehr J. 2004: Wirkungsorientierte Evaluation im Rahmen der Armuts- und Reichtumsberichterstattung: Perspektivstudie. Köln: Univation - Institut für Evaluation (URL: *http://www.univation.org/download/Evaluation_der_Armuts-_und_Reichtumsberichterstattung.pdf* Stand: 04.10.2004)

Beywl, W.; Taut, S. 2000: Standards: Aktuelle Strategie zur Qualitätsentwicklung in der Evaluation. In: *Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung* 69, Heft 3: 358-370

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

Björkman, T.; Hansson, L. 2000: What do case managers do? An investigation of case manager interventions and their relationship to client outcome. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 35: 43-50

Blaschke, D.; Plath, H.-E. 1997: Zu einigen Problemen der Forschung über Behinderte – eine Einführung. In: *Mitteilungen aus Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* 30, Heft 2: 241-254

Blaschke, D.; Plath, H.-E. 2002: Probleme der Evaluation von Maßnahmen aktiver Arbeitsmarktpolitik am Beispiel beruflicher Weiterbildung. *Kleinhenz*: 429-446

Blaschke, D.; Plath, H.-E.; Nagel, E. 1992: Konzepte und Probleme der Evaluation aktiver Arbeitsmarktpolitik am Beispiel Fortbildung und Umschulung. In: *Mitteilungen aus Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* 25, Heft 3: 381-405

Blaschke, D.; Plath, H.-E.; Nagel, E. 1997: Abbruch der Erstausbildung in der beruflichen Rehabilitätion. In: *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, Heft 1: 319-344

Böhnert, W. 1997: Aufgaben des Berufshelfers in der gesetzlichen Unfallversicherung. In: *Rehabilitation* 36: 39-47

Bohm, S.; Schräder, W. F. 1995: Organisationsmodelle zur ambulanten Rehabilitation in der Gesundheitsversorgung. In: *Arbeit und Sozialpolitik*, 1995, Heft 7-8: 44-49

Bortz, J.; Döring, N., 1995: Forschungsmethoden und Evaluation. 2. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, Berlin: Springer

Boult, C.; Rassen, J.; Rassen, A.; Moore, R. J.; Robison, S. 2000: The Effect of Case Management on the Costa of Health Care for Enrollees in Medicare Plus Choice Plans: A Randomized Trial. In: *Journal of the American Geriatrics Society*, Vol. 48, Issue 8: 996-1001

Brader, D.; Faßmann, H.; Wübbeke, 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

Brader, D.; Faßmann, H.; Wübbeke, Chr. 2003: „Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)“ – Zweiter Sachstandsbericht einer Modellinitiative der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation*. *Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie Nürnberg*, 5/2003, Nürnberg: IfeS

Brader, D.; Faßmann, H.; Lewerenz, J.; Wübbeke, Chr. 2004: „Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)“ – Dritter Sachstandsbericht einer Modellinitiative der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation*. Nürnberg: Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Brader, D.; Faßmann, H.; Lewerenz, J.; Steger, R.; Wübbeke, Chr. 2004: Qualitätsstandards für ein "Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)" - Ergebnisse einer Modellinitiative der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. *Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie Nürnberg*, 3/2004, Nürnberg: IfeS

Braun, H.; Kuwatsch, S. 2000: Ansatzpunkte für ‚Disability management‘ im deutschen System der Hilfen für Behinderte - Problemstudie. Trier: *Zentrum für Arbeit und Soziales an der Universität Trier*

Bronfenbrenner, U. 1977: Toward an experimental ecology of human development. In: *American Psychologist* 32, 1977, 513-531

Brosius, F. 1998: SPSS 8.0 – Professionelle Statistik unter Windows. Bonn: MITP-Verlag GmbH

Brühl, A.; Schuber, G. 2000: Wege zur internen Leistungsverrechnung und Professionalisierung klinischer Sozialarbeit. In: *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 2000, Heft 5: A39-A42

Bühler, A. 1996: Qualitätsstandards für berufliche Fördermaßnahmen. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): *Evaluation in der Rehabilitation*. 6. Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium, 4.-6.3.1996 in Bad Säckingen – Tagungsband. DRV-Schriften, Band 6, Frankfurt am Main: VDR: 72-73

Bürle, G. 2001: Frühzeitige Erfassung und Case Management bei Unfallgeschädigten mit Langzeitfolgen. In: *Managed Care* 5, Heft 7: 21-22

Bundesanstalt für Arbeit 2002: Schlüsselverzeichnis für die Angaben zur Tätigkeit in den Meldungen zur Sozialversicherung. Nachdruck der Ausgabe 1992 im April 2002. Nürnberg: Bundesanstalt für Arbeit

Bundesanstalt für Arbeit 2002a: Strukturanalyse: Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen. Arbeitsmarkt in Zahlen. September 2002. URL: *http://www.arbeitsamt.de/hast/services/anba/index.htm* (Stand: 17.04.03)

Bundesanstalt für Arbeit 2003: Daten zu den Eingliederungsbilanzen 2002, Klassifikation von Arbeitsamtsbezirken nach Vergleichstypen / Strategietypen. URL: *http://www.arbeitsamt.de/hst/services/anba/jg_2003/index.html* (Stand: 04.12.2003)

Bundesanstalt für Arbeit 2003a: Daten zu den Eingliederungsbilanzen 2002. In: *Sondernummer der Amtlichen Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit Nürnberg*, Jg. 51

Bundesanstalt für Arbeit 2003b: Jahresbericht 2002. Arbeitsmarkt. URL: *http://www.arbeitsamt.de/hast/services/anba/ig_2003/arbeitsmarkt2002/index.html* (Stand: 05.12.03)

Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) (Hrsg.) 2002: KASSYS Kasseler Systemhaus: Qualitätsmanagement-Referenzmodell zur psychosozialen Betreuung nach dem Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch / Teil 2. 2. Auflage, Karlruhe: Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen

Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) 2002a: *ABC. Behinderung und Beruf. Handbuch für die betriebliche Praxis*, Wiesbaden: Universum Verlagsanstalt.

Bundesanstalt für Arbeit 1996: Berufliche Rehabilitation. Arbeits- und Berufsförderung Behinderter im Jahr 1995. Nürnberg: Bundesanstalt für Arbeit

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) 1994: Rehabilitation Behinderter: Schädigung - Diagnostik - Therapie – Nachsorge: Wegweiser für Ärzte und weitere Fachkräfte der Rehabilitation. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 1994[2] (1984)

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2000: Trägerübergreifendes Seminar für Fachkräfte in der Rehabilitation vom 7. bis 9. März 2000 in Waldkraiburg; Thema "Case-Management". Dokumentation der Referate. Frankfurt a. M.: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) 2000a: Rehabilitation im Wandel. 3. Bundeskongreß für Rehabilitation 21.-23. April 1999 in Suhl; Kongreßbericht, Frankfurt a. M.: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) 2001: Wegweiser Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Frankfurt a. M.: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2001a: Konzept für ein Modellprojekt „Case-Management zur Erhaltung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen behinderter Menschen". Stand: 2.8.2001, Frankfurt a. M.: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2003: Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 1 SGB IX vom 27. März 2003. URL: *http://www.bar-frankfurt.de/arbeit/arbeit7.htm* (Stand: 01.09.2004)

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2004: Arbeitshilfe für die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß. *Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation*, Heft 8, Frankfurt/M.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2004a: Gemeinsame Empfehlung über die nahtlose, zügige und einheitliche Erbringung von Leistungen zur Teilhabe nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 i.V.m. § 13 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 5 SGB IX (Gemeinsame Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit") vom 22. März 2004. URL: *http://www.bar-frankfurt.de/arbeit/arbeit7.htm* (Stand: 01.09.2004)

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) 1996: IMBA – Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt: Arbeitsmaterialien für Arbeitsgestalter, Arbeitsmediziner, Arbeitspsychologen und andere Fachkräfte der beruflichen Rehabilitation. Loseblattsammlung. Bonn: BMA

Bungart, J., Supe, V., Willems, P. 2000: MuQ. Handbuch zum Qualitätsmanagement in Integrationsfachdiensten. Hrsg. v. Ministerium für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie des Landes Nordrhein-Westfalen, Landschaftsverband Rheinland, Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Cherek, L.; Taylor, M. 1995: Rehabilitation, case management, and functional outcome: An insurance industry perspective. In: *NeuroRehabilitation* 5: 87-95

Chruscz, S. 2000: Umsetzung des Case-Managements in der GKV. In: *BAR* 2000a: o.S.

Chruscz, D., Hamed, A., Zoike, E. 2000: Langzeiterkrankungen und Fallmanagement. In: *Die Betriebskrankenkasse* 88, Heft 9: 393-399.

Clade, H. 1997: Rehabilitation: Lohnende Investition. In: *Deutsches Ärzteblatt 94*, Heft 38 (19. Sept. 1997): B-1940

Dau, D. H.; Düwell, F. J.; Haines, H. (Hrsg.) 2002: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – Lehr und Praxiskommentar (LPK – SGBIX). Baden-Baden: Nomos

Davies, B.; Knapp, M. 1981: Old People's Homes and the Production of Welfare. London: Routledge an Kegan Paul

Deck, R.; Heinrichs, K.; Koch, H.; Kohlmann, T.; Mittag, O.; Peschel, U.; Ratschko, K. H.; Welk, H.; Zimmermann, M. 2000: „Schnittstellenprobleme" in der medizinischen Rehabilitation: die Entwicklung eines Kurzfragebogens zur Ermittlung des Informations- und Kommunikationsbedarfs bei Hausärzten. In: *Gesundheitswesen* 62: 431-436

Deusch, B. 1998: Unterscheidung der Konzepte Unterstützter Beschäftigung nach Gesichtspunkten des Supported Employment und Integrationsfachdienste im Auftrag der Hauptfürsorgestellen. *impulse* Nr. 9: 1998, o.S. sowie: URL *http://bidok.uibk.ac.at/impulse/imp989unterscheidung.html* (2 Seiten; Stand 17.09.2004)

Deutsche Gesellschaft für Evaluation e.V. (Hrsg.) 2002: Standards für Evaluation. Köln: DgeEval, sowie: URL: *http://www.degeval.de/standards/Broschuere.pdf* (Stand: 7.3.2002)

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (Hrsg.) 1985: Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen. Freiburg i. Br.: Lambertus

Deutscher Verein für private und öffentliche Fürsorge 2004: Empfehlungen des Deutschen Vereins zu Qualitätsstandards für das Fallmanagement. In: *ibv*, Nr. 27 vom 1.9.2004: 13-18

Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter – DVfR - (Hrsg.) 2004: Mitarbeiter krank – was nun? Betriebliches Eingliederungsmanagement – Herausforderung für Unternehmen. Tagungsreader, Fachtagung der DVfR am 14.5.2004 in Berlin. Heidelberg: DVfR

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.

Diaz-Bone, R.; Künemund, H. 2003: Einführung in die binäre logistische Regression. Mitteilungen aus dem schwerpunktbereich Methodenlehre, Heft Nr. 56. Freie Universität Berlin

Dietzel, G.T.W.; Troschke, J. v. 1988: Begleitforschung bei staatlich geförderten Modellprojekten – Strukturelle und methodische Probleme. *Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit*, Band 216, Stuttgart: Kohlhammer

Dittmer, G. 2003: Gemeinsam auf dem Pfad der Rehabilitation: Regionalzentrum Heilbronn und Audi AG. In: *Spektrum*, Heft 3/4: 70-73

Donabedian, A. 1966: Evaluating the quality of medical care. In: *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. XLIV, Number 3, July, Part 2: 167-206

Donabedian, A. 1982: An exploration of structure, process and outcome as approaches to quality assessment: in: Selbmann, H.-K., Überla, K.K. (Hrsg) 1982, *Quality Assessment of Medical Care. Schriftenreihe der Robert Bosch Stiftung*, Gerlingen: Bleicher: 69-92

Donner-Banzhoff, N. 1996: Case Management: Modewort oder ureigenster Aufgabenbereich des hausarztes? In: *Der Allgemeinarzt*, Heft 9: 942-949

Doose, S. 1997: Stand der Entwicklung und Zukunft von unterstützter Beschäftigung in Deutschland. In: *impulse* Nr.5/6: 1997 sowie: URL: *http://bidok.uibk.ac.at/impulse/975_23.html* (9 Seiten; Stand 17.09.2004)

Dziuk, B. 2000: „Wir begleiten unsere Versicherten durch die Versicherungslandschaft…“ Funktionierendes Reha-Management am Beispiel der Volkswagen BKK. In: *Die Betriebskrankenkasse* 2000, Heft 3: 116-121

EC Structural Funds, 1999a: Evaluating socio-economic programmes: Evaluating design and management. *MEANS Collection*, Volume 1, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities

EC Structural Funds, 1999b: Evaluating socio-economic programmes: Glossary of 300 concepts and technical terms. *MEANS Collection*, Volume 6, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities

Ehrhardt, W. F. 1999: Behandelndes Case Management vor Ort zur sozialen und beruflichen Reintegration schädelhirnverletzter Unfallopfer. In: *Seyd / Nentwig / Blumenthal* 1999: 407-416

Engel, H.; Pfeuffer, F. 2003: Einrichtung und Arbeitsweise gemeinsamer Servicestellen - Zwischenbericht. Köln: ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e.V. URL: *http://www.isg-institut.de/download/Zwischenbericht_Servicestellen.pdf* (Stand: 20.09.2004)

Ewers, M. 1995: Case Management Bibliographie mit einem einführenden Text. *Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health,* Heft P95-205, Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Ewers, M. 1996: Case Management: Anglo-amerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung. *Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health,* Heft P96-208, Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Ewers, M. 2000a: Case Management im Schatten von Managed Care: Sozial- und gesundheitspolitische Grundlagen. In: *Ewers / Schaeffer* 2000a: 29-52

Ewers, M. 2000b: Das anglo-amerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen. In: *Ewers / Schaeffer* 2000a: 53-90

Ewers, M., Schaeffer, D. (Hrsg.) 2000a: Case Management in Theorie und Praxis. *Hans Huber Programmbereich Pflege*, Bern: Verlag Hans Huber

Ewers, M., Schaeffer, D. 2000b: Einleitung: Case Management als Innovation im bundesdeutschen Sozial- und Gesundheitswesen. In: *Ewers / Schaeffer* 2000a: 7-28

Faßmann, H. 1997: Früherkennung und Reduzierung von Abbrüchen der Berufsausbildung in Berufsbildungswerken. *Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung,* Band 206, Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit

Faßmann, H. 2000a: Aufgaben und Zielsetzung eines Case-Managements in der Rehabilitation. In: *BAR* 2000a: o.S.

Faßmann, H. 2000b: Aufgaben und Zielsetzung eines Case-Managements in der Rehabilitation. *Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg*, 4/2000, Nürnberg: IfeS

Faßmann, H. 2001a: Probleme der Evaluation von Programmen im Bereich der Rehabilitation. In: *Sozialwissenschaften und Berufspraxis* 24, 2001, 133-150

Faßmann, H. 2001b: Soziale Konflikte in der rehabilitationswissenschaftlichen Evaluationspraxis – Ursachen, Prävention und Management. *Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg*, 2/2001, Nürnberg: IfeS

Faßmann, H. 2003: Case Management und Netzwerkkooperation zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen – Chancen, Probleme und Handlungsmöglichkeiten. *Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie Nürnberg*, 2/2003, Nürnberg: IfeS

Faßmann, H.; Lechner, B.; Steger, R. 2003: 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)". *Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg*, 4/2003, Nürnberg: IfeS

Faßmann, H.; Lechner, B.; Steger, R.; Zimmermann, R. 2003: „REGIonale Netzwerke zur beruflichen Rehabilitation (lern-) behinderter Jugendlicher (REGINE)" – Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitung einer Modellinitiative der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation*, *Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg*, 1/2004, Nürnberg: IfeS

Faßmann, H.; Oertel, M. 1991a: Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß. Bestandsaufnahme von Konzepte, Erfahrungen und Problemen. *Forschungsbericht Gesundheitsforschung.* Band 204, Bonn: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung

Faßmann, H.; Oertel, M. 1991b: Stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß. In: *Die Betriebskrankenkasse* 79, Heft 1: 18-28

Faßmann, H.; Passenberger, J.; Schneider, N.; Wintergerst-Gaasch, I. 1988: Die Einleitung beruflicher Rehabilitation, Analyse von Verfahren und Möglichkeiten ihrer Verbesserung. *Forschungsbericht Sozialforschung*, Band 175, Bonn: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung

Feldes, W.; Brummack, L. 2001: Arbeit und Integration: Europäische Mindeststandards zur Beschäftigung behinderter Menschen. Hrsg. v. IG Metall / Bildungsvereinigung Arbeit und Leben Salzgitter e.V.; Idstein/Taunus: meinhardt txt und design

Fersh, D.; Thomas, P.W. 1993: Complying with the Americans with Disabilities Act: A Guidebook for Management and People with Disabilities. Westport, CT: Greenwood Publishing Group

Feß, W. 1995: Schlüsselbegriffe im Kontext unserer praktischen Arbeit. In: Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.): *Scheitern in Ausbildung und Beruf verhindern.* Bielefeld, Bertelsmann: 24-37

Fleischmann, A. 2004: Die Herausforderung für Rechtsanwälte. In: *Mehrhoff* 2004: 97-102

Föhres, F.; Kleffmann, A.; Müller, B.; Weinmann, S. 1998: MELBA – Ein Instrument zur beruflichen Rehabilitation und Integration. Manual. 2. Aufl.; Siegen: Universität-Gesamthochschule Siegen

Ford, R.; Ryan, P.; Norton, P.; Beadsmoore, A.; Craig, T.; Muijen, M. 1996: Does intensive case management work? Clinical, social and quality of life outcomes from a controlled study. In: *Journal of Mental Health* 5, No. 4: 361-368

Fries, H. 2002: Case Management als Gesundheitsdienstleistung. In: *Löcherbach et al.* 2002: 101-118

Frölich, M.; Heshmati, A.; Lechner, M. 2000: Mikroökonomische Evaluierung berufsbezogener Rehabilitation in Schweden. In: *Schweizerische Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik*, 136: 433-461 URL: *http://www.siaw.unisg.ch/org/siaw/web.nsf/wwwPubPublikationGer/89E862D3628 398F 7C12569FB004DE5A5* (Stand: 9.9.2004)

Galvin, D. E. 1995: Praktische Zugänge zu einem beruflichen Eingliederungs-Management. o.O.

Gaßmann, U. 2004: Unternehmensforum für schwerbehinderte Mitarbeiter und Kunden – Eine bundesweite Initiative von Unternehmen. In: *Mehrhoff* 2000: 31-40

Gerhardinger, G. 2002: Konzepte der Berufsbetreuung. URL: *http://home.t-online.de/home/guenter.gerhardinger/betr2.htm* (21 Seiten; Stand: 22.2.2002)

Gerth, U.; Menne, K.; Roth, X. 1999: Qualitätsprodukt Erziehungsberatung. Empfehlungen zu Leistungen, Qualitätsmerkmalen und Kennziffern. *Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe* QS 27, Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Göbel, J. 1999: Case-Management zur Erhaltung von Arbeitsverhältnissen Behinderter: Ein Modellversuch des Landesarbeitsamtes Bayern. In: *Rehabilitation* 38, 1999: 209-219

Göbel, J. 2000a: Case-Management zur Erhaltung von Arbeitsverhältnissen Behinderter: Ein Modellversuch des Landesarbeitsamtes Bayern. In: *Informationen für die Beratungs- und Vermittlungsdienste der Bundesanstalt für Arbeit*, 2000, Nr. 2: 93-108

Göbel, J. 2000b: Strukturwandel in der beruflichen Rehabilitation, Umfang des Angebotes von institutionellen Maßnahmen bis zu zielgruppenspezifischen, wohnortnahen Angeboten, Auswahl der notwendigen Maßnahmen durch die Arbeitsämter In: *BAR* 2000b: 263-269

Gögercin, S. 2001: Case Management und Jugendsozialarbeit. In: Fülbier, P.; Münchmeier, R. (Hrsg.) 2001: *Handbuch der Sozialarbeit,* Band 2, Münster: Votum: 977-984

Götting, U. 1998: Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung: Ansatzpunkte für Modellprojekte. In: *Die Ersatzkasse*, 1998, Heft 12, 554-557

Graf, P. 1996: Konzeptentwicklung. Alling: Verlag Dr. Sandmann

Gross, M. 2000: Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation. In: *Mitteilungen der LVA Württemberg,* Heft 5: 217-223

Gross, M. 2001: Die „vernetzte" Rehabilitation. In: *Spektrum*, Ausgabe 2/2: 39-42

Gross, M. 2004: Partner für den behinderten Menschen. In: *Spektrum*, Ausgabe 3/4: 82-86

Gruhler, W. 1984: Wirtschaftsfaktor Mittelstand. Köln: Deutscher Instituts-Verlag

Günterberg, B.; Wolter, H.-J. 2002: Kapitel 5: Beschäftigung und Unternehmensgröße. Bonn: Institut für Mittelstandsforschung Bonn (IFM) (URL: *http://www.ifm-bonn.org/dienste/kap-5.pdf* Stand: 23.07.2004)

Haase, I.; Riedl, G.; Birkholz, L. B.; Schaefer, A.; Schick, K. 2003: Nach der Reha schneller wieder an den Arbeitsplatz. In: *Die Betriebskrankenkasse*, Heft 11: 557-562

Häußler, M.; Stößel, U.; Troschke, J. v.; Walterspiel, G.; Wetterer, A. 1988: Konzepte und Erkenntnisinteressen der wissenschaftlichen Begleitforschung von Modelleinrichtungen. In: *Dietzel / Troschke* 1988: 31-105

Hager, W.; Patry, J.-L.; Brezing, H. (Hrsg.), 2000: Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen – Standards und Kriterien: Ein Handbuch. *Psychologie Lehrbuch*, Bern: Hans Huber

Haines, H. 1998: Ansatzpunkte europäischer Politik zur beruflichen Eingliederung behinderter Menschen. In: *Deutsche Rentenversicherung* , Heft 12: 829-838

Haines, H. 2000: Rehabilitationssteuerung in der Sozialversicherung aus der Sicht der Bundesregierung. In: *Rische / Blumenthal* 2000: 124-125

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).

Hanusch, H. 1994: Nutzen-Kosten-Analyse, 2., überarbeitete Auflage. München: Vahlen

Hardy, B.; Turrell, A.; Wistow, G. 1992: Innovations in Community Care Management. Avebury, Aldershot

Harlan, S. L.; Robert, P. M. 1998: The Social Construction of Disability in Organizations: Why Employers Resist Reasonable Accomodation. In: *Work and Occupations* 25, No. 4: 397-435

Hartmann, R. 2001: Umfassende Koordination der Rehabilitation und Reintegration von Schleudertraumabetroffenen in paritätisch geführter Firma. In: *Managed Care* 5, Heft 7: 19-20

Haslinger-Baumann, E.; Engels, I. 2004: Empowerment: Reintegration durch Stärke. In: *Psychologie in Österreich* 24, Heft 1: 1-6

Hauß, F. 1991: Gesundheitsbericht – Gesundheit, Arbeitsbelastung und Änderungsvorschläge in der Kraftfahrzeuginnung Düsseldorf. Berlin: Institut für Gesundheits- und Sozialforschung

Heinze, T. 1995: Qualitative Sozialforschung – Erfahrungen, Probleme und Perspektiven. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage, *WV studium*, Band 144, Opladen: Westdeutscher Verlag

Heipertz, W. 2004: Verzahnung medizinischer und beruflicher Rehabilitation unter dem Aspekt der Zusammenarbeit der Träger. Kurzfassung eines Vortrages auf der Fachkonferenz „Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben" der Bundesagentur für Arbeit am 16.3.2004 in Berlin. URL: *http://www.arbeitsagentur.de/content/de_DE/hauptstelle/a-02/importierter_inhalt/pdf/04_03_16_fachkongr_heipertz.pdf* (Stand: 13.4.2004)

Heipertz, W.; Berg, A.; Ueberschär, I. 2001: Berufliche Rehabilitation im Spannungsfeld von Medizin, Sozialrecht und Verwaltungshandeln. In: *Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin* 36, Heft 7: 332-345

Hesselund, T. A.; Cox, R. 1996: Vocational Case Managers in Early Return-to-Work Agreements. In: *Journal of Case Management* 2, 1996, Nr.6: 34-40, 70

Hochrein, F. 2004: Neuerungen im Reha-Verfahren. In: Mitteilungen der bayerischen Landesversicherungsanstalten 07/2004, 274-287

Hollederer, A. 2003: Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Ein Überblick über empirische Berfunde und die Arbeitslosen- und Krankenkassenstatistik. In: *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, 3 / 2003: 411-428

Hollederer, A. 2003a: Arbeitslos – Gesundheit los – chancenlos? In: *IAB Kurzbericht*, Ausgabe Nr. 4 / 2003

Holman, P.; Devane, T. (Hrsg.) 2002: Change Handbook. Zukunftsorientierte Großgruppen-Methoden. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme-Verlag

Howe, R. S. (ed.) 1994: Case Management for Health Care Professionals. Chicago: Precept Press

Hüllen, B.; Chruscz, D. 1998: BKK Fallmanagement: Instrument und Umsetzungsperspektiven. In*: Die Betriebskrankenkasse*, 1998, Heft 5: 250-253

Hüllen, B.; Schulz, H. 1997: Fallmanagement: Optimierte Rehabilitation für BKK-Versicherte. In: *Die Betriebskrankenkasse*, Heft 9: 372-377

Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) 2003: Zahlen-Fibel, Nürnberg, 10.03.2003. URL: *http://doku.iab.de/zfibel/04_03.pdf* (Stand: 16.09.04)

Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) 2004: Zahlen-Fibel, Nürnberg, 26.05.2004. URL: *http://doku.iab.de/zfibel/07_01_01.pdf* (Stand: 16.09.04)

Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit (Hrsg.) 2002: Wer zur Arbeit zurückkehrt und warum - Erkenntnisse und Auswirkungen einer neuen Studie über Arbeitsunfähigkeit und Wiedereingliederung für die Politik: Eine Zusammenfassung. Genf: Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit

Jähnert, D. 1999: Entwicklungen und Visionen von unterstützter Beschäftigung. In: *impulse* Nr. 14, 1999, o.S. sowie: URL: *http://bidok. uibk.ac.at/texte/imp14-99-visionen.html* (6 Seiten; Stand 17.09.2004)

Joint Committee on Standards for Educational Evaluation; Sanders, J. R. (Hrsg.) 1999: Handbuch der Evaluationsstandards: Die Standards des „Joint Committee on Standards for Educational Evaluation". Opladen: Leske + Budrich

Junker, A. 1998: Supported Employment Made in USA – ein Modell für Deutschland? In: *impulse* 1998, o.S. sowie: URL: *http://bidok.uibk.ac.at/impulse/imp987-Supporte.html* (20 Seiten; Stand 17.09.2004)

Kaiser, H. 2004: Aufbau eines ressourcenorientierten Gesundheitsmanagement – Neue Erkenntnisse, Wege und Ergebnisse zur Förderung der Integration und Vermeidung von Ausgliederung aus dem Arbeitsleben. In: *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger* 2004: 211-213

Kaiser, H.; Kersting, M. 2002: IMBA als Baustein der Qualitätssicherung in der beruflichen Rehabilitation zur Förderung der Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), *Rehabilitation im Gesundheitssystem*. 12. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 10.-12.03.2002 in Bad Kreuznach. DRV-Schriften, Band 40, Frankfurt am Main: VDR: 293-296

Kaiser, H.; Schian, H. M.; Froböse, I.; Schüle, K. 2002: FILM – Förderung der Integration leistungseingeschränkter Mitarbeiter – Auftrag eines Automobilkonzerns zum Aufbau eines präventiven und rehabilitativen Managements. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.), *Teilhabe*

durch Rehabilitation. 11. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 04.-06.03.2002 in München. DRV-Schriften, Band 33, Frankfurt am Main: VDR: 54-55

Kastl, J. M., Trost, R. 2002: Integrationsfachdienste zur beruflichen Eingliederung von Menschen mit Behinderung in Deutschland. *Pädagogische Hochschule Ludwigsburg, Fakultät für Sonderpädagogik Reutingen*: im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Juli 2002. URL: *www.bmgs.bund.de/download/broschueren/F295Gesamt.pdf* (Stand: 05.05.2004)

Keck, Th., Egner, U. 2004: Die Rehabilitationsleistungen der BfA im Jahr 2003. In: *Deutsche Angestelltenversicherung* 7/04: 312-321

Keil, M. 2000: In der Vorbereitung liegt die Crux. In: *Königswieser / Keil* 2000: 410-418

Keppner, W. 1996: Gesundheitszirkel in Klein- und Mittelbetrieben: Möglichkeiten und Chancen eines besonderen Instruments betrieblicher Gesundheitsförderung. *Forschungsbericht*, Nürnberg: IfeS

Kersting, M.; Kaiser, H. 2004: Anforderungen – Fähigkeiten – Profilvergleiche / IMBA als Instrument zur paßgenauen Vermittlung von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt. In: *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger* 2004: 213-215

Kissling, D. 2001: Reintegration bedingt einsetzbarer Mitarbeiter im heutigen wirtschaftlichen Umfeld. In: *Managed Care* 5, Heft 7: 11-12

Kleinbaum, D. G. 1994: Logistic regression: a self-learning text. New York, Inc.: Springer-Verlag

Kleinhenz, G. (Hrsg. 2002: IAB-Kompendium Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. *Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, BeitrAB 250. Nürnberg: Bundesanstalt für Arbeit

Kleve, H. 2003: Case Management: Eine methodische Perspektive zwischen Lebensweltorientierung und Ökonomisierung Sozialer Arbeit. In: *Kleve et al.* 2003: 41-58

Kleve, H.; Haye, B.; Hampe-Grosser, A.; Müller, M. 2003: Systemisches Case Management. *Schriften zur Sozialen Arbeit Aachen*, Band 6, Aachen: Dr. Heinz Kersting Verlag

Klug, W. 2002: Case Management im US-amerikanischen Kontext: Anmerkungen zur Bilanz und Folgerungen für die deutsche Sozialarbeit. In: *Löcherbach et al.* 2002: 37-62

Knigge, R. 1975: Von der Cost-Benefit-Analyse zur Nutzwert-Analyse. In: *WISU 3/75*, Finanzwissenschaft: 123-129

Knülle, E. 2004: Praktische Anwendung im Unternehmen. In: *Mehrhoff* 2004: 53-60

Knülle, E. 2004a: Eingliederungsmanagement in Unternehmen: Vernetzung von inner- und außerbetrieblichen Strukturen. In: *Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter* 2004: 17-18

König, H. 2001: Schadenregulierung international – Schweiz. In: *PSaktuell* 1: 3-5

Königswieser, R.; Keil, M. (Hrsg.) 2000: Das Feuer großer Gruppen: Konzepte, Designs, Praxisbeispiele für Großveranstaltungen. Stuttgart: Klett-Cotta

Koerdt, A. 2001: Case management und Systemsteuerung. In: *Managed Care* 5, Heft 7: 40-42

Köster, G. 2000: Kooperation zwischen der RV und GKV im Rahmen eines Case-Managements. Vortrag im Rahmen des Trägerübergreifenden Seminars der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* für Fachkräfte in der Rehabilitation vom 07. bis 09.03 2000 in Waldkraiburg

Kommission „Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt“ 2002: Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt: Bericht der Kommission. Berlin

Kommissionsdienststellen 1998: Das Beschäftigungsniveau von Menschen mit Behinderungen anheben – eine gemeinsame Herausforderung. Arbeitspapier der Kommissionsdienststellen. *SEK* 1998: 1550. URL: *http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/disable/sec1550/sec155de.pdf* (23 Seiten; Stand: 29.9.2000)

Kotthoff, H. 1987: Betriebliche Personalpolitik im Umgang mit gesundheitlich Beeinträchtigten. Saarbrücken: Arbeitskammer des Saarlandes

Kretzer, J. 1999: Erfahrungen der Integrationsfachdienste bei der beruflichen Rehabilitation. In: *Seyd / Nentwig / Blumenthal* 1999: 185-187

Kretzer, J. 2000: Besondere Modelle der Eingliederung aus der Sicht der Betroffenen. In: *BAR* 2000b: 295-298

Kromrey, H. 2001: Evaluation – ein vielschichtiges Konzept. Begriff und Methodik von Evaluierung und Evaluationsforschung. Empfehlungen für die Praxis. In*: Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, Heft. 2: 105-131

Krüger-Hemmer, , C.; Veldhues, B. 1989: Arbeitsstätten nach Beschäftigtengrößenklassen: Weitere Ergebnisse der Arbeitsstättenzählung vom 25. Mai 1987. In: *Wirtschaft und Statistik*, Heft 11: 702-712

Künzler, L. 2000: Case-Management in der Rehabilitation. In: *Zeitschrift für Gastroenterologie* 38, Supplement 2: 122-125

Kuwatsch, S. 1999: Der Ansatz des „Disability Management" im kanadischen System der Hilfen für Behinderte. *Diskussionsbeitrag* Nr. 71, Studien- und Forschungsschwerpunkt Services Administration & Management (SAM) und Zentrum für Arbeit und Soziales, Trier: Universität Trier Fachbereich IV

Lachwitz, K.; Schellhorn, W.; Welti, F. (Hrsg.) 2002: HK-SGB XX – Handkommentar zum Sozialgesetzbuch IX Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Neuwied: Luchterhand

Lamb, H. R. 1980: Therapist-Case Managers: More Than Brokers of Services. In: *Hospital & Community Psychiatry* 31, No. 11: 762-764

Landesarbeitsamt Baden-Württemberg; Landeswohlfahrtsverband Baden; Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern; Landesversicherungsanstalt Baden-Württemberg 2003: Verfahrensabsprache über die gemeinsame Beaufragung von Integrationsfachdiensten zur Teilhabe behinderter und schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben. 01.07.2003. o.O.

Löcherbach, P. 1998: Altes und neues Case Management – Soziale Unterstützung zwischen persönlicher Hilfe und Dienstleistungsservice. In: Mrochen, S.; Berchtold, E.; Hesse, A. (Hrsg.) 2000: *Standortbestimmung sozialpädagogischer und sozialarbeiterischer Methoden.* Weinheim: Beltz: 104-123 sowie URL: *http://www.case-manager.de/_themes/Altes%20und%20Neues%20zum%20CM_Neu.pdf* (Stand: 14.09.2004)

Löcherbach, P. 2002: Qualifizierung im Case Management – Bedarf und Angebote. In*: Löcherbach et al.* 2002: 201-226

Löcherbach, P.; Klug, W.; Remmel-Faßbender, R.; Wendt, W.-R. (Hrsg.) 2002: Case Management: Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis. Neuwied: Luchterhand

Lohl, W. 1997: Aufbau der Qualitätssicherung in Beratungsstellen: Überblick und Einzelhinweise zur Entwicklung eines Qualitätsmanagements. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag

Lowy, L. 1980: Case Management in der Sozialarbeit. In: Mühlfeld, C.; Oppl, H.; Weber-Falkensammer, H.; Wendt, R. (Hrsg.), *Soziale Einzelfallhilfe*. Brennpunkte Sozialer Arbeit, Frankfurt a. M.: Diesterweg: 31-39

Lünemann, O. 2004: Verlorene Arbeit = Verlorene Gesundheit? Uni-Projekt hilft Arbeitslosen. In: Informationsdienst der Wissenschaft, 17.09.2004. URL: *http://idw-online.de* (Stand: 08.10.2004)

Madaus, G. F.; Kellaghan, T. 2000: Models, Metaphors, and Definitions in Evaluation. In: *Stufflebeam / Madaus / Kellaghan* 2000: 19-31

Maier, A. 2000: Case Management. In: *BAR* 2000a: o.S.

Maier, A. 2001: Case-Management im Arbeitsamt Nürnberg: Erhaltung von Arbeitsverhältnissen Behinderter. In: *Informationen für die Beratungs- und Vermittlungsdienste der Bundesanstalt für Arbeit*, Heft 11: 835-852

Maier-Lenz, R.-J. 2000: Aspekte der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger am Beispiel des Case-Managements. In: *BAR* 2000a: o.S.

Matzeder, K. 2000a: Überlegungen zu einer Strategie der beruflichen Eingliederung Schwerbehinderter (Eingliederungsmanagement). In: *Behindertenrecht*, 2000, Heft 2: 33-37

Matzeder, K. 2000b: Ist Case-Management ein geeignetes Mittel zur erfolgreichen Integration? In: Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke (Hrsg.) *Wir bilden Zukunft - Bündnis für Rehabilitation.* Ergebnisband Kongress 2000. Hamburg: Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke: 142-151

Mehrhoff, F. 2000: Vernetzte Rehabilitation am Beispiel des Managements nach einem Unfall. In: *Rehabilitation* 39, 2000: 231-236

Mehrhoff, F. (Hrsg.) 2004: Disability Management: Strategien zur Integration von behinderten Menschen in das Arbeitsleben. Ein Kursbuch für Unternehmer, Behinderte, Versicherer und Leistungserbringer. Stuttgart: Gentner

Mehrhoff, F. 2004a: Ein Konzept zur beruflichen Reintegration von behinderten Menschen. In: *Mehrhoff* 2004: 9-19

Meierjürgen, R. 1997: Case Management und Reha-Beratung. In: *Arbeit und Sozialpolitik*, Heft 7-8: 17-24

Millington, M. J.; Strauser, D. R. 1998: Planning strategies in disability management. In: *Work* 10: 262-270

Ministerium für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) 2002: Flexicurity: Soziale Sicherung und Flexibilisierung der Arbeits- und Lebensverhältnisse. *Notiert in NRW.* Düsseldorf, Dezember 2001. URL: *http://www.mfjfg.nrw.de/medien/download/broschueren/material/f-vorwort-inhalt-impressum.pdf* (Stand: 28.09.04)

Mittag, W.; Hager, W. 2000: Ein Rahmenkonzept zur Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen. In: *Hager / Patry / Brezing*: 102-128

Morger, W. 2001: New Case Management: Die Suva richtet Schadenerledigung neu aus. In: *Managed Care* 5, Heft 7: 16-18

Morger, W. 2004: Erfolgreiche Wiedereingliederung. URL: *www.suva.ch/de/home/unternehmen/medien/bilanzmedienkonferenz (1 Seite, Stand 16.9.2004)*

Mowbray, C. T.; Bybee, D.; Collins, M. E. 2000: Integrating Vocational Services on Case Management Teams: Outcomes from a Research Demonstration Project. In: *Mental Health Services Research* 2, No. 1: 51-66

Moxley, D. P. 1989: The Practice of Case Management. Newbury Park, Cal.: Sage publications

Mrozynski, P. 2001: Rehabilitationsleistungen – Integrierte Versorgung im gegliederten System. In: *Die Sozialgerichtsbarkeit*, Heft 6: 277-286

Mrozynski, P. 2002: SGB IX Teil 1 Regelungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen – Kommentar. München : C.H. Beck

Müller, M. 2003: Verfahren / Techniken und Struktur des Case Management-Prozess: Theorie – Praxis – Werkzeuge. In: *Kleve et al.* 2003: 59-96

Müller-Kohlenberg, H. 1997: Evaluation von sozialpädagogischen Maßnahmen aus unterschiedlicher Perspektive: Die Sicht der Träger, der Programmanager/-innen und der Nutzer/-innen. In: *Müller-Kohlenberg / Autrata* 1997: 8-20

Müller-Kohlenberg, H.; Autrata, O. 1997: Evaluation in der sozialpädagogischen Praxis. *Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe*, Qs 11, Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Nadler, S. F.; Mulford, G. J.; Wagner, K. L.; Stitik, T. P.; Malanga, G. A.; Levy, A. S.; Just, N. 2000: Improving the Workers Compensation System: Case Management Perspective. In: *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, Vol. 79, Noo 1: 97-99

National Institute of Disability Management and Research 1999: Establishing Criteria for Excellence in Canada: Occupational Standards in Disability Management. Port Alberni: NIDMR. URL: *www.nidmar.ca/standards/English_full_pdf* (114 Seiten; Stand: 4.10.2000)

National Institute of Disability Management and Research 2000: Code of Practice for Disability Management. Port Alberni: NIDMR. URL: *www.nidmar.ca/code/Code_of_Practice_English.pdf* (70 Seiten; Stand: 4.10.2000)

Neuffer, M. 1998: Fallarbeit aus einer Hand: Case management in Sozialen Diensten. In: *Sozialmagazin* 23, Heft 7-8: 16-27

Neuffer, M. 2002: Case Management: Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. *Grundlagentexte Soziale Berufe*, Weinheim: Juventa

Neumann, N. 2000: Fallmanagement in der Rehabilitation durch die private Versicherungswirtschaft. In: BAR 2000a: o.S.

Neumann, N. 2004: Pro-aktives Management und private Versicherung. In: *Mehrhoff* 2004: 87-96

Neumann, V. (Hrsg.) 2004: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – Handbuch SGB IX. Baden-Baden: Nomos

Niehaus, M. 1997: Probleme der Evaluationsforschung von Modellprojekten in der beruflichen Rehabilitation am Beispiel der Implementation wohnortnaher betrieblicher Umschulungen von Frauen. In: *Mitteilungen aus Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* 30, 1997, Heft 2: 291-304

Niehaus, M.; Schmal, A.; Heinrich, T. 2001: Ansätze betrieblicher Beschäftigungsförderung (schwer)behinderter Mitarbeiter/innen in der Deutschen Automobilindustrie. *Forschungsbericht Sozialforschung*, Band 291, Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung

Nijhuis, F. J. N. 2000: Die Entwicklung des Disability-Managements in den Niederlanden. In: *Berufliche Rehabilitation* 14, 2000, Heft 2: 71-80

Oertel, M.; Faßmann, H. 1995: Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß. Untersuchung zur Effektivität der stufenweisen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß nach langer schwerer Krankheit. *Forschungsbericht Sozialforschung*. Band 249, Bonn: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung

Oerter, R. 1995: Kultur, Ökologie und Entwicklung. In: Oerter, R.; Montada, L. (Hrsg.) 1995: *Entwicklungspsychologie: Ein Lehrbuch*, 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl., Weinheim: Psychologie Verlags Union: 84-127

Øvretveit, J. 2002: Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen. *Handbuch Gesundheitswissenschaften*, Bern: Hans Huber

Ohlraun, P. 2003: Berufliche Rehabilitation. In: *Mitteilungen der bayerischen Landesversicherungsanstalten* 09/2003, 405-412

Ohne Verfasser 2001: Fallmanagement / Case Management in der Schweiz. In: *Managed Care* 5, Heft 7: 36-37

Owen, J. M.; Rogers, P. J., 1999: Program Evaluation: Forms and Approaches. London: Sage

Petri, B. 2004: Weiterentwicklung eines bewährten Prinzips aus der gesetzlichen Unfallversicherung = „Alles aus einer Hand". In: *Mehrhoff* 2004: 79-86

Pfister, J. 2004: Gesunde Mitarbeiter als Erfolgsfaktor – Herausforderung für Unternehmen. In: *Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter* 2004: 11-14

Pfohl, H.-C. 1990: Betriebswirtschaftslehre der Mittel- und Kleinbetriebe, 2. Aufl., Darmstadt

Plath, H.-E. 2000: Erfolgsbeobachtung von Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation aus der Sicht des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. In: *BAR* 2000a: 255-262

Plath, H.-E.; Blaschke, D. 1999: Probleme der Erfolgsfeststellung in der beruflichen Rehabilitation. In: *Mitteilungen aus Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* 32, 1999, Heft 1: 61-69

Plath. H.-E.; Blaschke, D. 2002: Ebenen der Erfolgsfeststellung beruflicher Rehabilitation. In: *Kleinhenz*: 447-460

Rabenstein, E. 2001: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Anmerkungen zum SGB IX. In: Berufliche Rehabilitation, 15. Jg, Heft 4: 338-346

Raiff, N. R.; Shore, B. K. 1997: Fortschritte im Case Management. Freiburg i. Br.: Lambertus (zuerst engl. 1993)

Reiberg, U.; Sauer, P.; Wissert, M. 1997: Case Management auf dem Prüfstand: Hilfeplanung in der ambulanten Rehabilitation älterer Menschen. In: *FORUM SOZIALSTATION*, Nr. 85: 36-41

Reinermann, H. (2000): Neues Politik- und Verwaltungsmanagement: Leitbild und theoretische Grundlagen. In: *Speyerer Arbeitshefte 130*, Deutsche Hochschule für Verwaltungswissenschaften Speyer

Reis, C. 2002: Case Management als zentrales Element einer dienstleistungsorientierten Sozialhilfe. In: *Löcherbach et al.* 2002: 137-166

Reis, C. 2002a: „Case Management" in der Sozialhilfe – Grundlagen und Rahmenbedingungen. Frankfurt a. M.: FH Frankfurt

Reis, C. 2003: Sozialagenturen – Hilfe aus einer Hand. *initiativ in NRW*, MWA 1108, Düsseldorf: Ministerium für Wirtschaft und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen

Reis, C. 2003a: Case Management - ein Instrument zur Integration benachteiligter Jugendlicher. URL: *http://www.kompetenzagenturen.de/download/2520_mat_bm_cm-02_reis.pdf* (Stand: 17.09.2004)

Reis, C.; Freyberg, T. v.; Kinstler, H.-J.; Wende, L. 2003: Case Management. Theorie und Praxis. *initiativ in NRW*, MWA 1103, Düsseldorf: Ministerium für Wirtschaft und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen

Remmel-Faßbender, R. 2002: Case Management – Eine Methode der Sozialen Arbeit. Erfahrungen und Perspektiven. In: *Löcherbach et al.* 2002: 63-80

Renshaw, J. et al. 1991: Individuelle Pflegeplanung: Lektionen aus Amerika und anderswo. In: *Wendt* 1991a: 124-146

Rische, H.; Blumenthal, W. (Hrsg.) 2000: Selbstbestimmung in der Rehabilitation – Chancen und Grenzen. *Interdisziplinäre Schriften zur Rehabilitation*, Band 9, Ulm: Universitätsverlag

Rischar, G. 1999: Reha-Management des Haftpflichtversicherers – Vernetzung der am Rehaprozeß Beteiligten. In: *Seyd / Nentwig / Blumenthal* 1999: 164-165

Rischar, G. 2000: Rehabilitationssteuerung – ein Aktionsfeld in der privaten Versicherungswirtschaft. In: *Rische / Blumenthal* 2000: 122-123

Robert Koch Institut (Hrsg.) 2003: Arbeitslosigkeit und Gesundheit, *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Heft 13, Februar 2003, Berlin

Rossi, P. H.; Freeman, H. E.; Hofmann, G. 1987: Programm-Evaluation – Einführung in die Methoden angewandter Sozialforschung. Stuttgart: Enke

Rost, J., 2000: Allgemeine Standards für die Evaluationsforschung. In: *Hager / Patry / Brezing* 2000: 129-140

Ruckstuhl, T. 2004: Case Management und die Versicherungswelt der Schweiz. URL: *http://www.perspectiven.ch/down/cmruckstuhl.pdf* (Stand: 17.09.2004)

Rupp, K.; Bell, S. H.; McManus, L. A. 1994: Design of the Project NetWork Return-to-Work Experiment for Persons with Disabilities. In: *Social Security Bulletin*, Vol. 57, No. 2: 3-20

Sand, W. H. van de 2001: RehaAssessment – Ein System zur umfassenden Beurteilung der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit. In: Rehabilitation 40, Heft 5: 304-313

Schaltenbrand, R.; Stahl, D.; Lehfeld, H., 1992: Die Akzeptanz als Gütekriterium eines psychometrischen Tests. In: *Münchener Medizinische Wochenschrift* 134, Nr. 43: 693-696

Schartmann, D. 1999: Der Berufsbegleitende Dienst für geistig- und körperbehinderte Menschen im Rheinland. In: *impulse* Nr. 12, 1999 sowie: URL: *http://bidok.uibk.ac.at/texte/imp12-99-rheinland.html* (4 Seiten; Stand 17.09.2004)

Schena, S. 1999: La gestione della disabilità in azienda: il Disability management come sistema per ottenere reciproca soddisfazione. In: *Hamlet*, No. 14, Maggio 1999 sowie: URL: *http://www.aidp.it/Art14/25.htm (*6 Seiten; Stand: 7.10.2000)

Schian, H.-M. 2004: Präventive und rehabilitative Leistungen verknüpfen. In: *Mehrhoff* 2004: 61-70

Schian, H.-M.; Kaiser, H. 2000: Profilvergleichssysteme und leistungsdiagnostische, EDV-gestützte Technologie – Ihr Einsatz zur Verbesserung der Beantwortung sozialmedizinischer Fragestellungen und Begutachtungen sowie der Planung von Rehabilitationsmaßnahmen. Hinweise zur Qualitätssicherung in der Rehabilitation, Blatt 18. In: *Rehabilitation* 39: 56-64

Schick, K.; Schaefer, A.; Winter, I. 2000: Verzahnung zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation. In: *Die Betriebskrankenkasse*, Heft 3: 122-125

Schiffler, A.; Hübner, S., 2000: Allgemeine Standards für die Evaluationspraxis: Die Standards des „*Joint Committee on Standards for Educational Evaluation*“ und ihre Anwendung auf praktische Aspekte bei der Evaluation von psychologischen Interventionsmaßnahmen. In: *Hager / Patry / Brezing* 2000: 141-152

Schild, H. 2001: Vom Verbund zur Vernetzung: Zur Geschichte und den aktuellen Herausforderungen institutioneller Vernetzung in der Jugendberufshilfe. In: *Weber* 2001: 59-78

Schleuning, G.; Welschehold, M.; Stockdreher, P.; Jordan, A.; Danner, R.; Ackenheil, M. 2000: Modellprojekt Psychiatrisches Case Management: Sektorbezogene Untersuchung der Gruppe von psychisch schwer und chronisch Kranken unter den Bedingungen einer koordinierten Betreuung und Behandlung im außerstationären Bereich. *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit*, Band 113, Baden-Baden: Nomos

Schmal, A.; Niehaus, M.; Heinrich, T. 2001: Betrieblicher Umgang mit der Gruppe leistungsgewandelter und behinderter Mitarbeiter/innen: Befragungsergebnisse aus der Sicht der Funktionsträger. In: *Rehabilitation* 40, Heft 4: 241-246

Schmidt, H. 2001a: Invalidität vermeiden dank Case Management. In: *Managed Care* 5, Heft 7: 8-10

Schmidt, H. 2001b: Integrieren statt vorzeitig pensionieren: Großbritannien weist den Weg. In: *Managed Care* 5, Heft 7: 29-31

Schmidt-Ohlemann, M. 2000: Schnittstellen in der Rehabilitationskette und Möglichkeiten zu ihrer Überwindung in der Rehabilitation bei orthopädisch-rheumatologischen Erkrankungen. In: *BAR* 2000b: 115-117

Schneider, H. 1999: Integrationsfachdienste – aus der Sicht der Bundesanstalt für Arbeit. In: *impulse* Nr. 14, 1999, o.S. sowie: URL: *http://bidok.uibk.ac.at/texte/imp14-99-bundesanstalt.html* (2 Seiten; Stand 17.09.2004)

Schnetzler, R. 2001: Der Versicherer als "Recovery Coordinator". In: *Managed Care* 5, Heft 7: 13-15

Schräder, W. F.; Bohm, S.; Häussler, B.; Schmidt, D. (Hrsg.) 1998: Betreuungsdienste für chronisch Kranke. *Strukturforschung im Gesundheitswesen*, Band 26, Berlin: IGES-Eigenverlag

Schräder, W. F.; Schmidt, D. 1998: Rahmenbedingungen für das Modellprogarmm. In: *Schräder et al.* 1998: 13-27

Schröder, H.; Steinwede, J. 2004: Arbeitslosigkeit und Integrationschancen schwerbehinderter Menschen. Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, BeitrAB 285. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit

Schwartz, F.W. (Hrsg.) 2003: Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen, 2., völlig überarbeitete und erweiterte Auflage. München/Jena: Urban & Fischer

Scriven, M. 1991: Evaluation Thesaurus. 4. Edition, Newbury Park: Sage

Seidel, G.; Grabow, S.; Schultze, A. 1996: Methodische Prinzipien des Unterstützungsmanagements. In: *Wissert u.a.* 1996: 136-151

Seifert, W. 2000: Fallmanagement der gesetzlichen Unfallversicherer – Bedeutung des Konzepts „Managed Care" für Rehabilitation und Selbstbestimmung.In: *Rische / Blumenthal* 2000: 120-121

Sellin, C. 2002: Case Management in der AIDS-Arbeit. In: *Löcherbach et al.* 2002: 137-166

Seyd, W.; Brand, W. 2004: Case management (CM) in der beruflichen Rehabilitation – ein Beitrag zur Leistungsverbesserung oder nur zur Kostenminderung? In: *bwp@*, Nr. 6, URL: *http://www.bwpat.de/ausgabe6/seyd_brand_bwpat6.pdf* (Stand: 21.09.2004)

Seyd, W., Nentwig, A., Blumenthal, W. (Hrsg.) 1999: Zukunft der beruflichen Rehabilitation und Integration ins Arbeitsleben. *Interdisziplinäre Schriften zur Rehabilitation*, Band 8, Ulm: Universitätsverlag

Shontz, F. C. 1975: The psychological aspects of physical illness and disability. New York: Macmillan Publishing Co.

Shrey, D. E.; Lacerte, M. (Eds.) 1995: Principles and Practices of Disability Management in Industry. Boca Raton, FL: Saint Lucy Press

Sim, J. 1999: Improving Return-to-Work Strategies in the United States Disability Programs, with Analysis of Program Practices in Germany and Sweden. In: *Social Security Bulletin*, Vol. 62, No. 3: 41-50

Skipka, Chr., Egner, U. 2003: Die Rehabilitationsleistungen der BfA im Jahr 2002. In: *Deutsche Angestelltenversicherung* 7/03, 380-390

Statistisches Bundesamt 2004a: Wirtschaft und Statistik 7/2004. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2004b: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung. URL: *http://www.gbe-bund.de/* (Stand: 20.09.2004)

Stecher, S. 2000: „Case-Management" zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Arbeitnehmer/innen. In: *BAR* 2000a

Stockmann, R. (Hrsg.) 2000: Evaluationsforschung: Grundlagen und ausgewählte Forschungsfelder. *Sozialwissenschaftliche Evaluationsforschung*, Band 1. Opladen: Leske + Budrich

Strauß, B.; Bengel, J. (Hrsg.) 1997: Forschungsmethoden in der Medizinischen Psychologie. *Jahrbuch der Medizinischen Psychologie* 14, Göttingen: Hogrefe

Stufflebeam, D. L.; Madaus, G. F.; Kellaghan, T.(eds.), 2000: Evaluation Models: Viewpoints on Educational and Human Services Evaluation. 2. *Edition, Evaluation in education and human services*, Boston: Kluwer Academic Publishers

Stufflebeam, D. L., 2000: Professional Standards and Principles for Evaluation. In: *Stufflebeam / Madaus / Kellaghan* 2000: 439-456

The Case Management Society of America Detroit Chapter 2004: Case Management. URL: *http://www.cmsadetroit.com/* (Stand: 14.09.2004)

Tophoven, C. 1995: Case-Management – Ein Weg zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitssystem. In: *Sozialer Fortschritt*, Heft 7: 162-166

Tophoven, C.; Meyers-Middendorf, J. 1994: "Der Arzt Ihrer Wahl" - Das hausärztliche Versorgungskonzept der AOK. In: *DOK*, 1994, Heft 23-24: 776-780

Trachte, H.; Zitzler, W. 1991: Berufshilfe. Verbandslehrgang für den gehobenen berufsgenossenschaftlichen Dienst (*Fortbildungslehrgänge*), hrsg. v. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, o.O.

Trube, A. 2004: Ansätze zur Evaluierung und Messung beraterischer Dienstleistung in öffenlichen Verwaltungen. URL: http://www.na-bibb.de/uploads/leo/ftbb_ansaetzezurevaluierung.pdf (Stand: 15.9.2004)

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) 2003: VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 2002. Band 146. Frankfurt am Main: VDR

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) 2003a: Rentenversicherung in Zahlen 2003, Frankfurt am Main

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) 2004: Selbstkompetenz – Weg und Ziel der Rehabilitation? 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 8.-10.3.2004 in Düsseldorf, *DRV-Schriften*, Band 52, Frankfurt am Main: VDR

Veres, J. G.; Sims, R. R. 1995: Human Resource Management and the Americans with Disability Act. Westport, CT: Greenwood Publishing Group

Wassermann, W. 1992: Arbeiten im Kleinbetrieb: Interessenvertretung im deutschen Alltag. Köln: Bund

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. 2002: Vernetzung als Prozeß entwerfen mit Großgruppenverfahren. In: *OrganisationsEntwicklung*, Heft 2: 60-73

Wegner, E. 2001: Sozial- und wirtschaftswissenschaftliche Kosten-Nutzen-Analyse – Berufliche Rehabilitation zwischen Effizienz und Sozialverträglichkeit. In: *Rehabilitation 2001*, Heft 40: 131-137, Stuttgart: Thieme Verlag

Weil, M. 1991: Schlüsselkomponenten einer effizienten und effektiven Dienstleistung. In: *Wendt* 1991a: 84-123

Wende, L. 2003: Fallmanagement im JobCenter – Ein Angebot für benachteiligte Jugendliche. URL: *http://www.kompetenzagenturen.de/download/2520_mat_bm_cm-06_wende.pdf* (Stand: 17.09.2004)

Wendt, W. R. (Hrsg.) 1991a: Unterstützung fallweise. Case Management in der Sozialarbeit. Freiburg i. Br.: Lambertus

Wendt, W. R. (Hrsg.) 1991b: Die Handhabung der sozialen Unterstützung: Eine Einführung in das Case Management. In: *Wendt* 1991a: 11-55

Wendt, W. R.1997: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen: Eine Einführung. Freiburg i. Br.: Lambertus

Wendt, W. R. 1998: Entwicklung des Case Management im amerikanischen Gesundheitssystem. In: *Schräder et al.* 1998: 54-70

Wendt, W. R. 2002: Case Management – Stand und Positionen in der Bundesrepublik. In: *Löcherbach et al.* 2002: 13-36

Wesche, G. 1998: Alles aus einer Hand: Rehabilitation in der gesetzlichen Unfallversicherung. In: *Public Health Forum* 6, Nr. 21: 16-17

Widmer, T. 2000: Qualität der Evaluation – Wenn Wissenschaft zur praktischen Kunst wird. In: *Stockmann* 2000: 77-102

Widmer, T.; Beywl, W. 1999: Die Übertragbarkeit der Evaluationsstandards auf unterschiedliche Anwendungsfelder. In: *Joint Committee on Standards for Educational Evaluation / Sanders* 1999: 243-257

Wietersheim, J. v.; Hartmann-Lange, D. 1997: Möglichkeiten und Gefahren multizentrischer Studien. In: *Strauß / Bengel* 1997: 63-76

Wilk, C. 1996: Erfolgskriterien von Maßnahmen der Hilfe zur Arbeit. *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit,* Band 97, Baden-Baden: Nomos

Winge, S.; Mohs, A.; Müller, K.; Nörenberg, L.; Pannicke, L.; Robra, B.-P. 2001: Schnittstellen – Drei Modelle. In: *Rehabilitation* 41: 40-47

Wissert, M. 2001: Unterstützungsmanagement als rehabilitations- und Integrationskonzept bei der ambulanten Versorgung älterer, behinderter Menschen. Aachen: K. Fischer

Wissert, M. 2002: Unterstützungsmanagement als Rehabilitations- und Integrationsansatz bei der ambulanten Versorgung älterer behinderter Menschen. In: *BdB – Verbandszeitung des BdB e.V.,* Nr. 40: 4-9

Wissert, M. u. a. 1996: Ambulante Rehabilitation alter Menschen: Beratungshilfen durch das Unterstützungsmanagement. Freiburg i. Br.: Lambertus

Wittenberg, R. 1991: „Computerunterstützte Datenanalyse“. *Handbuch für computerunterstützte Datenanalyse,* Band 3, Stuttgart: G. Fischer

Wittlinger, A.; Sanwald, R. 2004: Kooperationspartner-Treffen der Reha-Servicestelle Stuttgart. In: *Spektrum*, Heft 3/4: 119-120

Wittmann, W. W. 1994: Evaluation in der Rehabilitation: Methoden, Ergebnisse, Folgerungen für die Praxis. In: Siek, K.H. (Hrsg.): *Erfolgsbeurteilung in der Rehabilitation: Begründungen, Möglichkeiten, Erfahrungen.* Ulm: Univ.-Verlag Ulm: 77-88

Wittwer, U. 2000: Wiedereingliederungsmanagement in der beruflichen Rehabilitation. In: *Rehabilitation* 39: 377-379

Wolf, A. 2004: Ausbau der Prävention verhindert Invaliditätspension. In: *Sichere Arbeit*, Heft 4: 14-16

Worthen, B. R.; Sanders, J. R.; Fitzpatrick, J. L. 1997: Program Evaluation: Alternative Approaches an Practical Guidelines, 2nd Edition (1987), New York: Addison Wesley Longman

Wottawa, H.; Thierau, H., 1998: Lehrbuch Evaluation. 2., vollst. überarb. Aufl., Bern: Hans Huber

Würth; U. 2004: Netzwerk zur Gesundheitsförderung für Klein- und Mittelunternehmen. In: *Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter* 2004: 19-20

Zimmermann, W. 2004: Die globale Dimension. In: *Mehrhoff* 2004: 21-30

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 (Seiten, Schutzgebühr €)

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.; Wübbeke, 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.; Wübbeke, Chr.: „Case Management zur Erhaltung von Arbeits- und Ausbildungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)“ – Zweiter Sachstandsbericht einer Modellinitiative der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. (131 Seiten; Schutzgebühr 21,-- €)

Heft 6/2003 Steger, R.: Netzwerkentwicklung im professionellen Bereich dargestellt am Modellprojekt *REGINE* und dem Beraternetzwerk *zetTeam* (56 Seiten; Schutzgebühr 14,-- €)

Heft 1/2004 Faßmann, H.; Lechner, B.; Steger, R.; Zimmermann, R.: „REGIonale NEtzwerke zur beruflichen Rehabilitation (lern-) behinderter Jugendlicher (REGINE)“ – Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitung einer Modellinitiative der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation*. (362 Seiten; Schutzgebühr 44,-- €)

Heft 2/2004 Funk, W. Verkehrssicherheit von Babys und Kleinkindern – oder: Wie nehmen eigentlich unsere Jüngsten am Straßenverkehr teil? (in Vorbereitung)

Heft 3/2004 Brader, D.; Faßmann, H.; Steger, R.; Wübbeke, Chr.: Qualitätsstandards für ein *"Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)"* - Ergebnisse einer Modellinitiative der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation*. (107 Seiten; Schutzgebühr: 19,-- €)

Heft 1/2005 Brader, D.; Faßmann, H.; Lewerenz, J.; Steger, R.; Wübbeke, Chr.: „Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)“ – Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitung einer Modellinitiative der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. (294 Seiten; print on demand, Schutzgebühr 44,-- €)