



---

**Institut für  
empirische  
Soziologie  
Nürnberg**

**Aufgaben und Zielsetzung  
eines Case Managements  
in der Rehabilitation**

**Dr. Hendrik Faßmann**

**4/2000**

**MATERIALIEN**

---

---

**Materialien aus dem  
Institut für empirische Soziologie Nürnberg**

---

**Mai 2000**

**4/2000**

---

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

**Zitierweise:**

Faßmann, Hendrik

Aufgaben und Zielsetzungen eines Case Managements in der Rehabilitation. Materialien  
aus dem Institut für empirische Soziologie Nürnberg, 4/2000, Internetversion,

Nürnberg: IfeS

[<http://ifes.uni-erlangen.de>]

---

**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 Nürnberg*  
Marienstraße 2 90402 Nürnberg  
Telefon 0911 – 23 565 - 0 / 23 565 - 31 (Dr. Faßmann)  
Fax 0911 – 23 565 - 50  
<http://www.ifes.uni-erlangen.de>  
e-mail: [ifes@rzmail.uni-erlangen.de](mailto:ifes@rzmail.uni-erlangen.de)

---

# Zielsetzungen und Aufgaben eines *Case Managements* in der Rehabilitation<sup>1</sup>

Dr. Hendrik Faßmann

## Gliederung

- 1 Problemstellung
  - 2 Definitorische Abgrenzung des Begriffs „*Case Management*“
  - 3 *Case Management* als Instrument einer klientenorientierten und integrierten sozialen Unterstützung Hilfebedürftiger
    - 3.1 *Case Management* als Aufgabe zur Verknüpfung von Klient-, Dienstleistungs- und Finanzierungssystem
    - 3.2 Der Prozeß des *Case Managements*
  - 4 *Rehabilitations-Management* – eine Möglichkeit zur verbesserten Steuerung des Rehabilitationsprozesses?
    - 4.1 Konzept des *Rehabilitations-Managements*
    - 4.2 Strukturelle Voraussetzungen des *Rehabilitations-Managements*
      - 4.2.1 Organisatorischer Rahmen
      - 4.2.2 Qualifikation der *Rehabilitations-Manager*
    - 4.3 Normative Voraussetzungen
    - 4.4 Finanzierung des *Rehabilitations-Managements*
  - 5 Fazit
- Literatur

## 1 Problemstellung

Die Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen soll grundsätzlich frühzeitig, zügig, kontinuierlich, nahtlos und integriert erfolgen. Dem stehen allerdings Hemmnisse entgegen, die sich nur teilweise durch Besonderheiten des bundesdeutschen gegliederten Sozialversicherungssystems erklären lassen. Vielmehr können solchen Barrieren Ursachen-Kategorien zugeschrieben werden wie<sup>2</sup>

- *strukturelle Gründe*, die in der fragmentierten Zuständigkeit von Diensten und Einrichtungen liegen;<sup>3</sup>

---

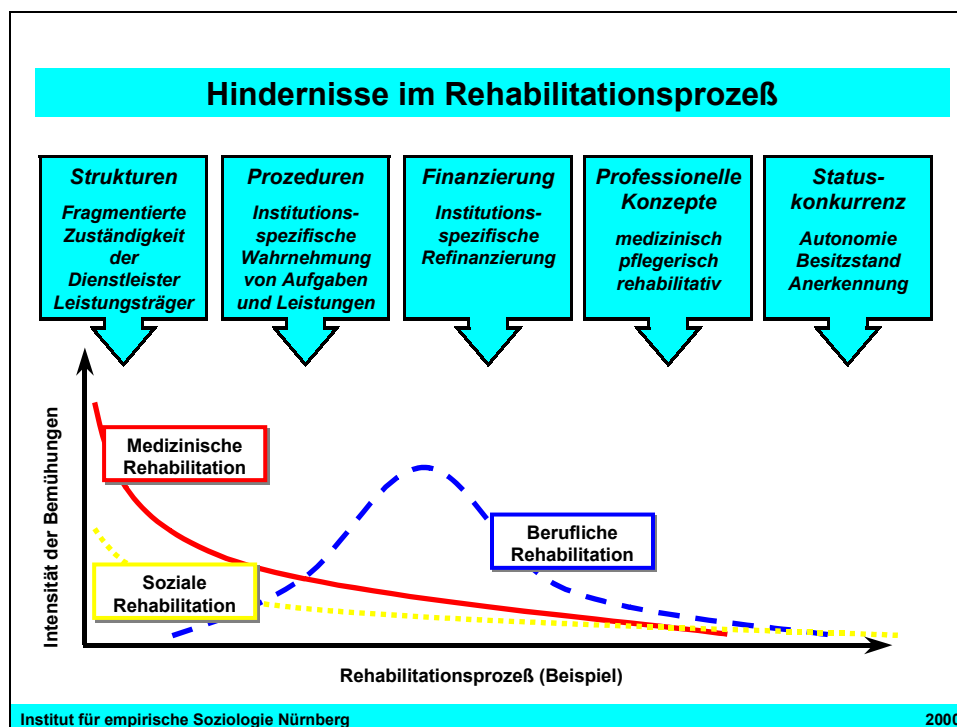
<sup>1</sup> Überarbeitet Fassung von Vorträgen auf den Veranstaltungen zur Trägerübergreifenden Fort- und Weiterbildung der *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* für Fachkräfte in der Rehabilitation am 7. März 2000 und am 3. Mai 2000 im Berufsförderungszentrum Johann Peters, Waldkraiburg

<sup>2</sup> Vgl. *Hardy / Turrell / Wistow* 1992: 11. Siehe dazu etwa auch: *Kirch* in: *Tophoven / Meyers-Middendorf* 1994: 778; *Schräder et al.* (1998: 280ff) sprechen in diesem Zusammenhang von systembedingter „ideeller“, „finanzieller“ und „individueller Desintegration“ chronisch Kranker.

<sup>3</sup> So scheitern Bemühungen – trotz bestehender institutionenübergreifender Regelungen und Rechtsvorschriften über Zuständigkeiten (z.B. § 6 RehaAnglG) – noch oftmals an den Grenzen der Leistungsträger, da Maßnahmen "aus einer Hand" nicht vorgesehen sind und weil sich der nach § 5 Abs. 3 RehaAnglG vorgesehene Gesamtplan zur Rehabilitation nur begrenzt als wirksames In-

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

**Abbildung 1: Hindernisse im Rehabilitationsprozeß**



Inwieweit ist es nun möglich, solche Probleme zu überwinden, die vor allem an institutionellen Schnittstellen auch im Rehabilitationsprozeß<sup>4</sup> – etwa beim Übergang von der medizinischen zur beruflich-sozialen Rehabilitation – immer wieder auftreten?<sup>5</sup> In anderen Bereichen hat man bereits gute Erfahrungen mit *Case Management* zur effizienten und effektiven Aus-

strument zur (flexiblen) Integration und Steuerung der erforderlichen Maßnahmen erwiesen hat. (Vgl. *Faßmann et al.* 1988: 206ff; *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* 1994: 241; siehe auch: *Götting* 1998: 554f).

<sup>4</sup> Als Ausnahme kann der Bereich der *Gesetzlichen Unfallversicherung* gelten, die den Auftrag hat, im Rahmen von Heilbehandlung und Berufshilfe "mit allen geeigneten Mitteln" tätig zu werden: Da sie im Leistungsfall alleiniger "Herr des Verfahrens" ist, läßt sich eine nahtlose und kontinuierliche Betreuung des Verletzten vom Beginn der medizinischen (Akut-) Versorgung bis hin zum Abschluß der beruflichen Rehabilitation erfahrungsgemäß in optimaler Weise verwirklichen. Dies wird nicht zuletzt durch die Institution des *Berufshelfers* möglich, bei dem die Fäden der Berufshilfe zusammenlaufen und der die von ihm befürworteten und eingeleiteten Maßnahmen nach drei Seiten zu vertreten hat: gegenüber dem Verletzten, gegenüber den anderen beteiligten Stellen (z.B. Arbeitgeber) und gegenüber seiner Verwaltung (vgl. *Trachte / Zitzler* 1991: 81).

gestaltung und Integration von Sozial- und Gesundheitsdiensten gemacht. Deshalb erscheint es sinnvoll zu prüfen, inwieweit sich diese Verfahrensweise dazu eignet, entscheidende Verbesserungen auch bei Einleitung und Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen zu erreichen.

## 2 Definitiorische Abgrenzung des Begriffs „Case Management“

*Case Management* bezeichnet im allgemeinen eine am Einzelfall orientierte Arbeitsweise, in deren Rahmen geklärt, geplant, umgesetzt, koordiniert, überwacht und bewertet wird, was an Dienstleistungen zur individuellen Bedarfsdeckung notwendig und im Hinblick auf die verfügbaren Ressourcen qualitäts- und kostenbewußt erreichbar ist.<sup>6</sup>

Gleichwohl besteht auch unter Fachleuten keineswegs Übereinstimmung im Hinblick auf die Inhalte des Begriffs selbst, mehr oder weniger synonym gebrauchter Fachausdrücke (z.B. *Fallmanagement*<sup>7</sup>, *Unterstützungsmanagement*<sup>8</sup>, *case managing*<sup>9</sup>) sowie benachbarter Konzepte (*Sozialmanagement*; *Disease Management*, *Care Management*, *Pflegemanagement*, *Disability Management*, *Managed Care*). Nachfolgend wird eine Übersicht über einige Begriffe gegeben, die möglicherweise mit *Case Management* verwechselt werden könnten, ohne daß damit der Anspruch verbunden wäre, die betreffenden Konzepte zweifelsfrei umreißen zu können:

### *Sozialmanagement:*

Auf institutioneller Ebene (politisch und betrieblich) rationale Steuerung und Gestaltung sozialer Dienstleistungen.<sup>10</sup>

### *Disease Management:*

Integriertes, ggf. lebenslanges Versorgungsmanagement über den gesamten Verlauf einer Erkrankung unter Einbezug von Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Pflege.<sup>11</sup>

---

<sup>5</sup> Siehe dazu etwa: *Schröder / Schmidt* 1998: 18f; *Matzeder* 2000: 33f

<sup>6</sup> Vgl. *Renshaw et al.* 1991: 126; *Howe* 1994: XX; *Ewers* 1995: 4; *Meierjürgen* 1997: 18; *Wendt* 1997: 54; *The Case Management Society of America* 1995 zit. in: *Wendt* 1997: 154

<sup>7</sup> Siehe etwa: *Nachtigal* 1996: 728; *Hüllen / Chruszcz* 1998: 250; *Hüllen / Schulz* 1997; *Törne* 2000: 107f

<sup>8</sup> Siehe z.B.: *Ballew / Mink* 1991; *Weil* 1991; *Wendt* 1991b; *Ewers* 1996: 71ff; *Seidel / Grabow / Schultze* 1996

<sup>9</sup> Vgl. *Lowy* 1980: 31

<sup>10</sup> Vgl. *Wendt* 1991b: 13; *Wendt* 1997: 46

<sup>11</sup> Vgl. *Nachtigal* 1996: 728; o. V. 1997: 2

**Pflegemanagement:**

Planung und Organisation der im Einzelfall vorzusehenden pflegerischen Maßnahmen, wobei eher der Pflegeprozeß als die zu pflegende Person im Mittelpunkt des Managements steht.<sup>12</sup>

**Care Management, Versorgungsmanagement:**

Koordination und Handhabung medizinischer, pflegerischer und sozialer Versorgungsprozesse in Diensten und Einrichtungen; Entwicklung standardisierter Vorgehensweisen über den Einzelfall hinaus und Sicherung der angemessenen Versorgung einer Region oder Bevölkerungsgruppe.<sup>13</sup>

**Disability Management:**

Integrativer Ansatz zur raschen Wiedereingliederung Behinderter bzw. von Behinderung Bedrohter auf Unternehmensebene unter Einbindung aller beteiligten Akteure (Arbeitgeber, Arbeitnehmer).<sup>14</sup>

**Managed Care:**

Sicherung kostengünstiger medizinischer Versorgung auf hohem Qualitätsniveau durch

- Integration der bisher strikt getrennten Aufgabenfelder von Krankenversicherung und Krankenversorgung im Gesundheitswesen<sup>15</sup>;
- die Anwendung von betrieblichen Managementprinzipien auf die medizinische Versorgung und deren Steuerung durch Managed-Care-Organisationen, z.B. Sozialversicherungsträger.<sup>16</sup>

Im Rahmen dieses Konzepts wird u.a. auch *Case Management* als Instrument eingesetzt.<sup>17</sup>

### **3 Case Management als Instrument einer 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 von psychisch Kranken) ergaben, wurde Ende der 70er Jahre in den angelsächsischen Ländern das *Case Management* als neue Methode der Sozialarbeit entwickelt, dem der nachfolgend skizzierte *ökonomische Ansatz der Wohlfahrtsproduktion* zugrunde liegt (siehe *Abbildung 2*):

Besteht ein Unterstützungserfordernis, werden nacheinander

<sup>12</sup> Siehe etwa *Wendt* 1991b: 16; *Ewers* 1995: 5

<sup>13</sup> Vgl. *Ewers* 1995: 5; *Döhner / Kofahl* 1996: 638; *Wendt* 1997: 17f, 210, 217

<sup>14</sup> Siehe dazu z.B.: *Rupp / Bell / McManus* 1994; *Galvin* 1995; *Hesselund / Cox* 1996: 34ff; *Göbel* 1999; *Kuwatsch* 1999; *Mahlstedt-Hölker* 1999: 112ff; *Braun / Kuwatsch* 2000; *Göbel* 2000

<sup>15</sup> Vgl. *Butzlaff / Kurz / Käufer* 1998: 279; *Lorenz / Mittelstaedt / Gaertner* 2000

<sup>16</sup> Vgl. *Nachtigal* 1996: 728; *Arbeitsgruppe Public Health* 1997: 16; *Raiff / Shore* 1997: 195ff; *Seitz / König / Stillfeld* 1997: 5f; *Stillfried* 1997; o. V. 1997: 2; *Frazier* 1999: 49; *Gaertner et al.* 1999; *Hagmann / Nerlinger* 1999; *Dziuk* 2000: 118ff

<sup>17</sup> Vgl. *Nachtigal* 1996: 728; *Stillfried* 1997: 91f; *Hagmann / Nerlinger* 1999: 5; *Lorenz / Mittelstaedt / Gaertner* 2000: 128

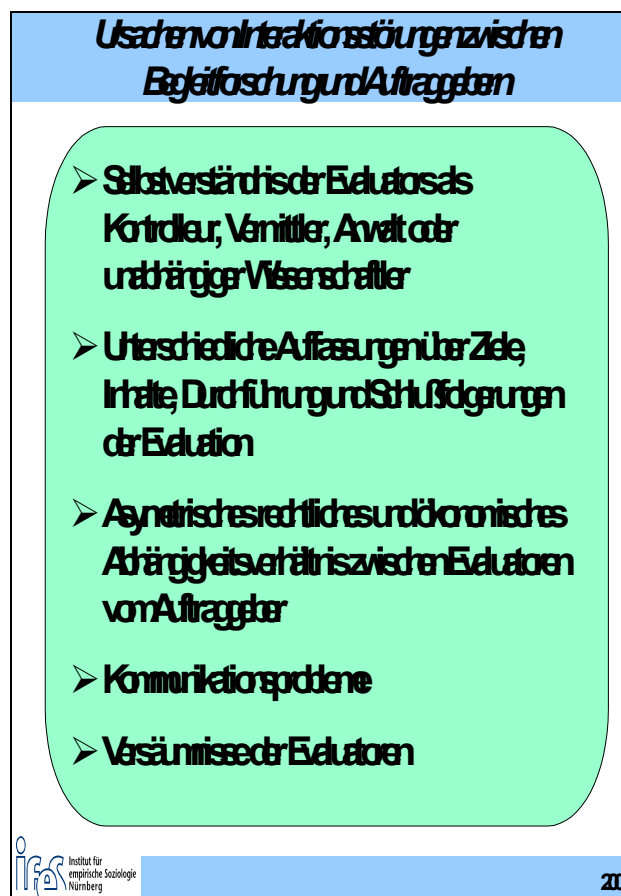
- Ziele bestimmt,
- die für die Zielerreichung relevanten Defizite („*Welfare shortfalls*“) genauer erfaßt,
- die Mittel zur Abdeckung der Mängel gesucht,
- die effizientesten Mittel zur Bedarfsdeckung in der gegebenen Situation gewählt.

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

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

und dem Geschick, mit dem diese Ressourcen eingesetzt werden.<sup>18</sup>

**Abbildung 2: Ökonomischer Ansatz der Wohlfahrtsproduktion**

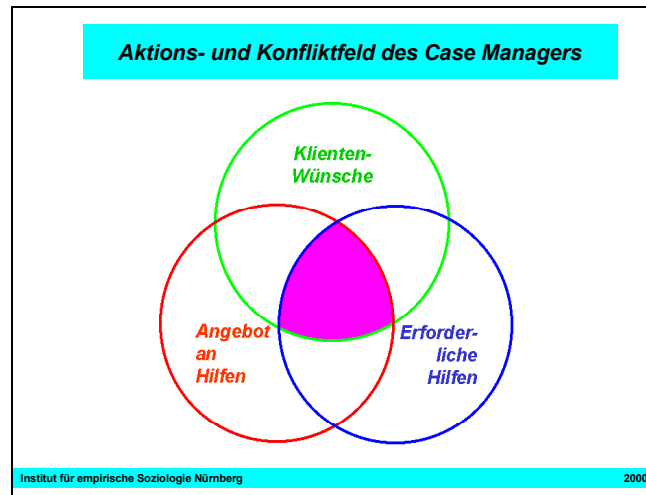


<sup>18</sup> Siehe dazu auch: Knapp 1984 zit. nach Wendt 1991b: 15

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

Der *Case Manager* bewegt sich in einem Spannungsfeld (siehe *Abbildung 3*):

**Abbildung 3: Das Aktions- und Konfliktfeld des Case Managers**



Hier treffen aufeinander

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

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

Aufgabe von *Case Management* ist es nun, die Beziehungen zwischen dem *Klientensystem*, dem *Ressourcen-(Hilfe-)* und dem *Finanzierungssystem* mit dem Ziel einer Optimierung professionell zu bearbeiten und personenbezogen einen Versorgungszusammenhang herzustellen<sup>19</sup> (siehe *Abbildung 4*). Der *Case Manager* übernimmt hier Aufgaben eines „Systemagenten“: Er organisiert, koordiniert und unterhält ein Netzwerk aus formellen und informellen Unterstützungsmöglichkeiten und Aktivitäten: Damit versucht er den verschiedenen Aspekten der Lebenslage seiner in der Regel sozial schwachen, wenig kompetenten oder anderweitig hilfebedürftigen, gelegentlich aber durchaus auch anspruchsvollen Klienten möglichst effektiv und effizient begegnen.

<sup>19</sup> Vgl. Lowy 1988: 34; *The Case Management Society of America* 1995 zit. in: Wendt 1997: 154; Wendt 1997: 30



Abbildung 4: *Case Management* als Verknüpfungsaufgabe

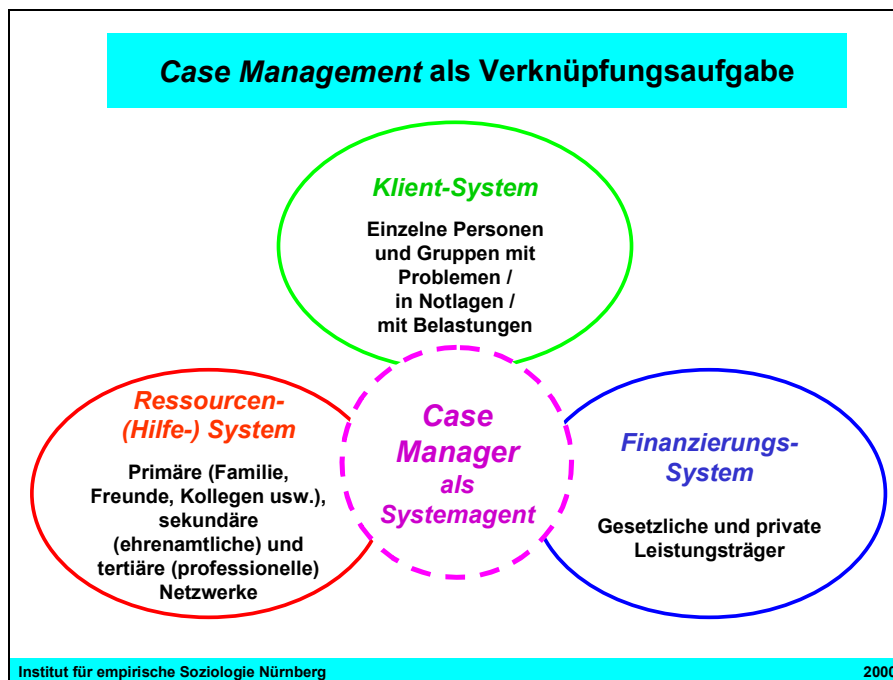
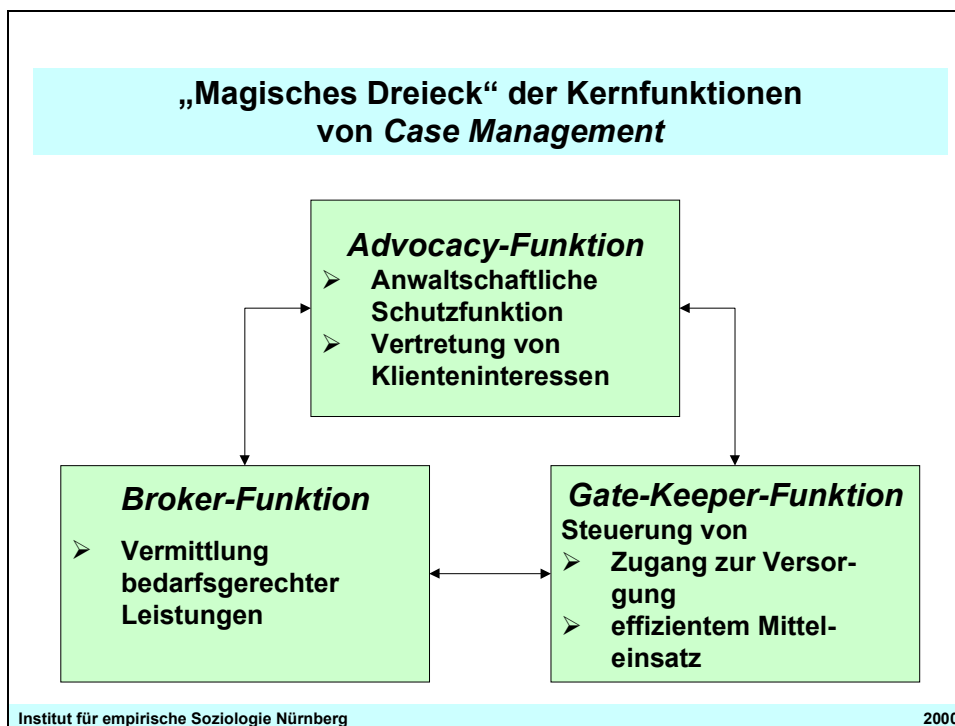


Abbildung 5: „Magisches Dreieck“ der Kernfunktionen von *Case Management*



In diesem Feld erfüllt *Case Management* drei zentrale, zugleich konkurrierende Kernfunktionen (siehe dazu *Abbildung 5*).<sup>20</sup>

<sup>20</sup> Vgl. Ewers 1996: 25ff; Meierjürgen 1997: 18; Wendt 1997: 145ff

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

Dabei ist der *Case Manager* bestrebt,

- die Fähigkeit des Klienten zur Wahrnehmung sozialer Unterstützungs- und Dienstleistungen zu entwickeln,
- die Potentiale sozialer Netzwerke und wichtiger sozialer Dienste im Interesse des Klienten zu fördern,
- die Effektivität und Effizienz der sozialen Dienstleistungserbringung zu steigern.<sup>21</sup>

Einerseits hilft er dem *Klienten*,

- sein persönliches Umfeld (Familie, Verwandte, Freunde, Nachbarn) und
- das soziale Dienstleistungssystem zur Unterstützung zu nutzen.

Andererseits unterstützt er die in spezifische strukturelle und institutionelle Gegebenheiten eingebundenen *Dienste*, dem Klienten in dessen komplexer Situation gerecht zu werden.<sup>22</sup>

Dazu muß der *Case Manager* eine disziplin- und bereichsübergreifende Schlüsselposition einnehmen und hat dabei folgende Aufgaben:

- Er fungiert als verantwortlicher Ansprechpartner für alle Arten von Unterstützung, an den sich der Hilfesuchende und jeder weitere Ansprechpartner wendet.
- Er koordiniert Ziele, soziale Dienstleistungen und Informationen
  - über Organisationsgrenzen hinweg,
  - über Fachbereiche von Diensten hinweg,
  - zwischen formellen und informellen Leistungsbereichen.
- Er verschafft Klienten Zugang zur Unterstützung, die ohne Beistand durch das Netz des Dienstleistungssystems fallen würden.
- Er verhilft Dienstleistungsanbietern und informellen Helfern durch *feed back* hinsichtlich der Wirksamkeit der unterstützenden Aktivitäten zur Selbstkorrektur.

---

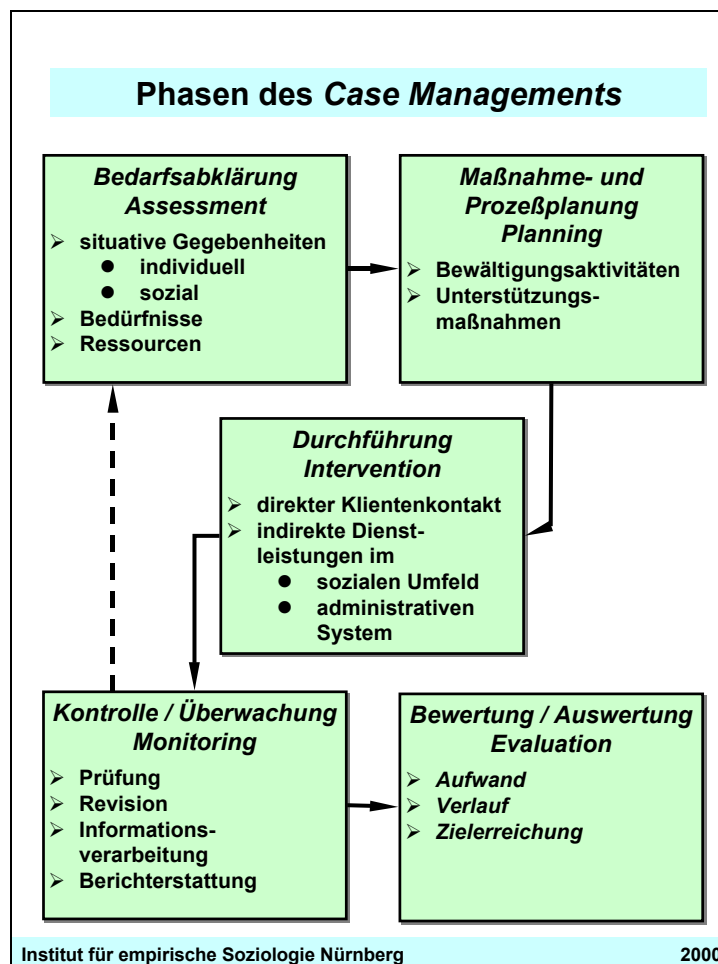
<sup>21</sup> Vgl. Moxley 1989 zit. nach Wendt 1991b: 23

<sup>22</sup> Vgl. Wendt 1991b: 20

- Er trägt zur Qualitätsverbesserung von Bewältigung und Unterstützung bei, indem er soziale Kompetenzen des Klienten fördert und dazu entsprechende Beiträge von allen Seiten einfordert.
- Er liefert Informationen über die Lebenslage der Klientel für die Sozialplanung.
- Er identifiziert und reduziert Leistungsangebote, die sich überschneiden, und trägt dadurch zur Verbesserung der Kosten-Nutzen-Relation bei.<sup>23</sup>

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

**Abbildung 6: Phasen des Case Managements im Rehabilitationsprozeß**



<sup>23</sup> Vgl. Moxley 1989: 16f

### 3.2 Der Prozeß des *Case Managements*

Entsprechend dem ihm zugrunde liegenden ökonomischen Modell läuft der Prozeß des *Case Managements* in funktionellen Phasen ab (siehe *Abbildung 6*):

- Einschätzung bzw. Abklärung (*assessment*) von
  - individuellen und sozialen situativen Gegebenheiten
  - Bedürfnissen
  - Ressourcen
- Planung von Bewältigungs- und Unterstützungsaktivitäten (*planning*)
- Durchführung (*direct/indirect intervention*) in Form
  - direkter Dienstleistungen (*direct intervention*) im unmittelbaren Kontakt zum Klienten (*Case Manager* als Sachwalter, beratender Begleiter, technischer Assistent, Spezialist für Informationen, Vermittler von sozialen Kompetenzen),
  - indirekter Dienstleistungen (*indirect intervention*) im sozialen Umfeld und im administrativen System (*Case Manager* als Vermittler von Diensten und Ressourcen, Überweisungsinstanz, Koordinator über die Grenzen einer Organisation hinweg, Anwalt des Klienten, Organisator sozialer Netze),
- Kontrolle und Überwachung (*monitoring*) der Durchführung der Unterstützungsleistungen durch Prüfung, Revision, Informationsverarbeitung und Berichterstattung,
- Evaluation (*evaluation*) der Aktivitäten im Rahmen des *Case Managements* unter Berücksichtigung von Aufwand, Verlauf und Zielerreichung.<sup>24</sup>

Insgesamt gesehen wird *Case Management* heute auf vielen Einsatzgebieten als geeignetes und praxiserprobtes Konzept angesehen. So unterscheidet man etwa:<sup>25</sup>

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

---

<sup>24</sup> Vgl. Lowy 1980: 32ff; Moxley 1989: 16ff; Wendt 1991b, 25ff; Wendt 1997: 97: 158ff. Siehe dazu etwa auch: Weil 1991: 84ff; Seidel / Grabow / Schultze 1996: 139ff; Raiff / Shore 1997: 44ff; *The Case Management Society of America* 1995 zit. in: Wendt 1997:158ff; Wendt 1998: 58ff

<sup>25</sup> Vgl. Wendt 1997: 56f; 165ff

- *Langzeit-Versorgungsmanagement* zur Dauerversorgung von chronisch Kranken oder Behinderten,
- *Klinisches bzw. Psychiatrisches Case Management* zur klinischen Behandlung bzw. nachstationären Versorgung von psychisch kranken Menschen,
- *Case Management bei Straffälligen* zur Resozialisierung Straffälliger vor und nach ihrer Entlassung aus dem Strafvollzug,
- *Case Management am Arbeitsplatz* zur betrieblichen Gesundheitsförderung, sozialen Unterstützung bei Erkrankungen bzw. Behinderungen sowie bei der Wiedereingliederung in Arbeit und Beruf.

#### **4                    *Rehabilitations-Management – eine Möglichkeit zur verbesserten Steuerung des Rehabilitationsprozesses?***

Vor dem Hintergrund der positiven Erfahrungen, die in anderen Bereichen mit *Case Management* gemacht wurden, erscheint es plausibel, dieses Konzept auch zu nutzen, um den Rehabilitationsprozeß zu optimieren. Daher stellen sich folgende Fragen:

- Wie kann das Konzept des *Case Managements* an die inhaltlichen, strukturellen und verfahrensmäßigen Besonderheiten dieses Prozesses angepaßt werden?
- Welche strukturellen Voraussetzungen und
- welche normativen Grundlagen sind dazu erforderlich?

##### **4.1                    *Konzept des Rehabilitations-Managements*<sup>26</sup>**

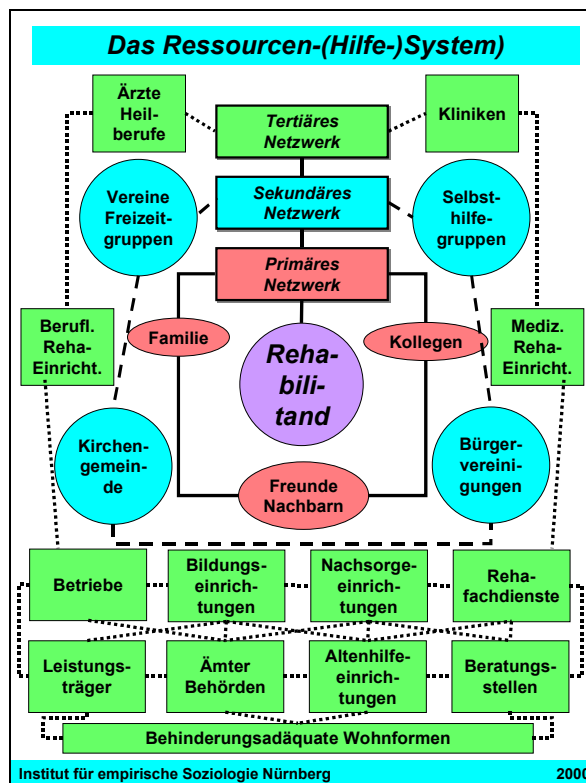
Der *Case Manager* muß im Rahmen der Rehabilitation häufig der Aufgabe gerecht werden, ein überaus komplexes Hilfe- und Finanzierungssystem (siehe dazu *Abbildung 7*) zu aktivieren und zu integrieren (Schnittstellenorientierung bzw. Querschnittsaufgabe des *Rehabilitations-Managers*). Zudem ist es in vielen Fällen auch notwendig, die jeweiligen Bemühungen über lange Zeiträume hinweg kontinuierlich und nahtlos fortzusetzen (Prozeßorientierung bzw. Längsschnittaufgabe des *Rehabilitations-Managers*).<sup>27</sup>

---

<sup>26</sup> In der Literatur findet sich gelegentlich auch die Bezeichnung „Eingliederungsmanagement“. Allerdings umfaßt dieser Begriff auch Aktivitäten wie Akquisitions- und Projektmanagement sowie das Management regionaler Unterstützungsstrukturen (siehe etwa: *Matzeder* 2000: 37).

<sup>27</sup> Siehe dazu etwa: *Wendt* 1998: 55f; *Schick / Schaefer / Winter* 2000: 122; *Schaffer / Thieme* 2000: 61; *Schopf / Kroiß* 2000: 53

Abbildung 7: Das Ressourcen-(Hilfe-)System des Rehabilitanden



In Anlehnung an die bereits vorgestellten Überlegungen zum Ablauf des Managementprozesses lassen sich Phasen und Funktionen der betreffenden Aktivitäten näher beschreiben.<sup>28</sup> Demnach wird die Analyse der Ausgangslage, das *Rehabilitations-Assessment*, nach Möglichkeit interdisziplinär, auf jeden Fall aber unter Einbeziehung des Betroffenen vorgenommen.<sup>29</sup> Sie beinhaltet eine Bestandsaufnahme des positiven und negativen Leistungsbildes des Rehabilitanden, seiner Bedürfnisse sowie der ihm zur Verfügung stehenden Ressourcen unter Berücksichtigung<sup>30</sup>

- der Beschwerde- und Befundmuster (*impairments*),
- der funktionellen Einschränkungen (*disabilities*),
- der sozialen Beeinträchtigungen (*handicaps*),
- ihrer Rückbildbarkeit und Prognose,
- der Existenz von psycho-sozialen und materiellen Risikofaktoren oder Ressourcen
  - in der Person des Rehabilitanden (z.B. soziale / berufliche Kompetenzen),<sup>31</sup>
  - in seiner Primärgruppe (insbesondere Familie),

<sup>28</sup> Siehe dazu auch: *Meierjürgen* 1997: 22ff

<sup>29</sup> Zur Methodik des Assessments im Bereich der beruflichen Rehabilitation siehe etwa: *Kriekhaus / Stangl* 2000: 46ff

<sup>30</sup> Vgl. *Koch et al.* 1993 zit. nach: *Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation* 1994: 27

<sup>31</sup> Siehe dazu auch: *Ballew / Mink* 1991: 69f

- am Arbeitsplatz (Arbeitsbedingungen, Vorgesetzte, Kollegen),
- in der weiteren sozialen Umgebung (Freundeskreis, Nachbarschaft),
- den individuellen Vorstellungen des Betroffenen und seiner Therapeuten.

Ermittelt wird der

- Rehabilitationsbedarf (z.B. ambulante und/oder stationäre Reha-Maßnahmen, Heil- und Hilfsmittelversorgung, berufliche Wiedereingliederung, Kfz-Hilfen),
- Bedarf an pflegerischen Maßnahmen, allgemeinen sozialen Eingliederungshilfen und Nachsorgemaßnahmen.

Nach dem Assessment erfolgt die *Rehabilitationsplanung*, idealerweise ebenfalls im interdisziplinären Dialog. Sie beinhaltet in Übereinkunft mit dem Rehabilitanden<sup>32</sup>

- die Formulierung von Rehabilitationszielen,
- die Erstellung eines Maßnahmenkataloges, der Art und zeitliche Abfolge der erforderlichen konkreten
  - medizinischen,
  - beruflichen,
  - ergänzenden bzw. sozialenAktivitäten enthält.

Dieser Reha-Plan beinhaltet stets Optionen zur flexiblen Anpassung (Fortschreibung) der Maßnahmen und ihrer zeitlichen Abfolge an die sich während des Rehabilitationsprozesses ergebenden Notwendigkeiten (z.B. Verbesserung bzw. Verschlechterung von Gesundheitszustand, beruflich-sozialen Kompetenzen usw.), ist im übrigen aber für alle Beteiligten bindend.

Im Vorfeld und auch während der *Durchführung* der eigentlichen Rehabilitationsmaßnahmen wird im Rahmen des *Rehabilitations-Managements* eine Reihe direkter und indirekter Dienstleistungen zur Erschließung von Ressourcen<sup>33</sup> erbracht: *Direkte Dienstleistungen* erfolgen im unmittelbaren Kontakt zwischen dem Rehabilitanden und dem *Rehabilitations-Manager* und umfassen etwa

- Information,
- Beratung,
- Motivation,

---

<sup>32</sup> Ein Instrument für den Beratungs- und Planungsprozeß findet sich bei *Wahler / Mauch* 2000: 39ff.

<sup>33</sup> Vgl. *Ballew / Mink* 1991: 76ff

- Unterstützung des Rehabilitanden (z.B. in der Auseinandersetzung mit Leistungsträgern, Arbeitgebern).

*Indirekte Dienstleistungen* beziehen sich im wesentlichen auf Organisation und Ablauf des Rehabilitationsprozesses und erstrecken sich auf Aktivitäten wie

- Vermittlung von Informationen, Dienstleistungen usw.,
- Organisation von Maßnahmen,
- Verhandlungen mit Institutionen (z.B. Leistungsträgern), Berufsgruppen (z.B. Ärzte, Rehabilitationsfachkräfte), Arbeitgebern usw.,
- Koordination unterschiedlicher parallel oder aufeinander folgender Maßnahmen.

*Überwachung und Kontrolle* haben die laufende Prüfung und Revision des individuellen Rehabilitationsprozesses im Austausch mit dem Klienten einerseits und den anderen beteiligten Personen und Stellen andererseits zum Gegenstand. Sie dienen der Steuerung und Sicherung der Prozeßqualität. Im Mittelpunkt des Interesses steht hier, ob der Prozeß plangemäß abläuft, ob der ursprüngliche Plan beibehalten werden kann oder ob Modifikationen des Plans im Hinblick auf Art und Ablauf der Maßnahmen notwendig erscheinen. Hilfsmittel sind dabei

- Dokumentationsunterlagen (z.B. Akte, Kartei) sowie
- (Zwischen-)Berichte über den Stand des Rehabilitationsprozesses,

die auch als Leistungsnachweis gegenüber den Leistungsträgern genutzt werden können.

Die *Evaluation* erfolgt am Ende des Rehabilitationsprozesses und damit am Ende des eigentlichen *Rehabilitations-Managements*. Geprüft wird dabei, inwieweit die formulierten Ziele tatsächlich erreicht werden konnten und welche Bestimmungsfaktoren dafür maßgeblich waren. Während in der Phase von *Überwachung und Kontrolle* in erster Linie eine fallbezogene Betrachtungsweise erfolgt, steht hier vor allem auch die kritische Bewertung des Managements selbst im Mittelpunkt des Interesses. Unter zusätzlicher Berücksichtigung von Erfahrungen mit anderen Fällen, die von einem *Rehabilitations-Manager* bearbeitet wurden, lassen sich Stärken und Schwächen des jeweils verfolgten Handlungskonzepts ausmachen. Diese Informationen können dann zu einer Verbesserung der Abläufe genutzt werden.<sup>34</sup>

*Ballew und Mink (1991)* weisen darauf hin, daß dem eigentlichen *Case Management* eine Phase der „Verpflichtung“ (Kontrakt) vorausgehen sollte, die der Vertrauensbildung zwischen

---

<sup>34</sup> Siehe dazu auch: *Hüllen / Schulz* 1997: 373f



dem *Case Manager* und dem Klienten, der Klärung der Rollen der in den Prozeß eingebundenen Personen und dem Aushandeln gegenseitiger Erwartungen dient.<sup>35</sup>

Aus den vorangegangenen Ausführungen ergeben sich bereits die wichtigsten Methoden des *Rehabilitations-Managements* wie

- Gesprächsführung
- Vereinbarungen,
- Methoden der Arbeits- und Leistungsdiagnostik.<sup>36</sup>

In jüngerer Zeit wird im Rahmen eines Modellprojekts in Bayern geprüft, inwieweit sich das *Rehabilitations-Management* computerunterstützt optimieren läßt.<sup>37</sup>

## **4.2 Strukturelle Voraussetzungen des *Rehabilitations-Managements***

### **4.2.1 Organisatorischer Rahmen**

Ob *Case Management* funktioniert, hängt wesentlich von dem organisatorischen Rahmen ab, in den es eingebunden ist. Größe, Umfang und Struktur der für die Umsetzung von *Rehabilitations-Management* zuständigen Einrichtung beeinflussen demnach auch die Gestaltung der betreffenden Aktivitäten und bestimmen größtenteils, welche seiner Funktionen betont werden.<sup>38</sup>

Vor dem Hintergrund des überaus komplexen, tiefgegliederten und verrechtlichten deutschen Sozialleistungssystems erscheint ein *Reha-Management*, das (ausschließlich) durch *Nicht-professionelle* (z.B. Familienangehörige, Pfleger, freiwillige Helfer) erfolgt,<sup>39</sup> kaum als angemessen: Es ist nicht zu erwarten, daß solche Personen von den Beteiligten (insbesondere aus dem institutionellen Bereich der Leistungsträger) immer in ausreichendem Maße als kompetente Verhandlungspartner akzeptiert werden. *MitarbeiterInnen von Dienstleistungszentren* (z.B. Rehabilitationskliniken) sind hingegen aufgrund ihrer hohen Qualifikation und ihrer interdisziplinären Einbettung für derartige Aufgaben gut geeignet.<sup>40</sup> Da eine Aufrechterhaltung des Kontakts und eine kontinuierliche Betreuung dann problematisch wird, wenn die

---

<sup>35</sup> Vgl. *Ballew / Mink* 1991: 65ff; siehe dazu auch: *Wendt* 1997: 65ff

<sup>36</sup> Vgl. *Matzeder* 2000: 35ff

<sup>37</sup> Siehe dazu: *Schopf / Kroiß* 2000

<sup>38</sup> Vgl. *Weil* 1991: 114

<sup>39</sup> Siehe dazu: *Weil* 1991: 109ff

<sup>40</sup> Vgl. *Weil* 1991: 101f

Klienten die betreffende Einrichtung verlassen und in ihren u.U. weit entfernten Heimatort zurückkehren, erscheint jedoch auch diese Organisationsform weniger hilfreich.

Für *Rehabilitations-Management* dürften daher in erster Linie Modelle angemessen sein, in denen professionelle Kräfte aus bestimmten Sozialdiensten oder speziell eingeübte paraprofessionelle Kräfte, z.B. als

- General-Manager oder Makler,
- in ihrer Funktion als primärer Therapeut oder
- im Rahmen eines interdisziplinären Teams

entsprechend tätig werden.<sup>41</sup>

Im Bereich des *Case Managements* wird das *Generalisten-Modell* am häufigsten diskutiert, das einen Professionellen, i.e. einen Sozialarbeiter, Mitarbeiter der Sozialverwaltung, Psychologen, eine (berufliche) Rehabilitationsfachkraft, als für das Management Verantwortlichen vorsieht. Dieser übernimmt alle Funktionen des *Case Managements*, leistet direkten Kontakt, koordiniert und ist Anwalt des Klienten und muß daher ein „Alleskönner“ sein. Vorteilhaft ist insbesondere, daß

- der Klient nur einen einzigen Ansprechpartner hat, wenn es um Planungs- und Dienstleistungsfragen geht,
- die Manager wegen ihrer vielseitigen Funktionen weniger der Routine verfallen,
- die Autonomie dieser Fachkräfte gestärkt wird und
- nur eine Person für einen bestimmten Klienten rechenschaftspflichtig ist.

Wirkt der *primäre Therapeut als Case Manager*, so ist seine Beziehung zum Klienten vorrangig therapeutischer Art. Aus diesem Grunde kommen nur wenige Berufsgruppen dafür in Frage wie behandelnde Ärzte, Psychologen oder Sozialarbeiter mit spezifischen Zusatzqualifikationen. Obwohl der Klient in Person des Therapeuten eine besonders vertrauensvolle Person als Manager zur Seite hat, werden Nachteile vor allem darin gesehen, daß viele Therapeuten das *Case Management* für eine gegenüber der therapeutischen Arbeit zweitrangige Tätigkeit halten. Im Hinblick auf *Rehabilitations-Management* ist zudem fraglich, ob Therapeuten tatsächlich in ausreichendem Maße über die erforderlichen Kompetenzen (z.B. Kenntnisse des Leistungsrechts) verfügen, um den Besonderheiten im Rehabilitationssektor gerecht zu werden. Gleichwohl wird dieses Modell in Deutschland derzeit vor allem im Be

---

<sup>41</sup> Vgl. Weil 1991: 103ff.; ferner: Challis 1990: 13ff; Renshaw et al. 1991: 142ff; *The Case Management Society of America* 1995 zit. in: Wendt 1997: 156f

reich der Betreuung und Rehabilitation alter und pflegebedürftiger Menschen durch behandelnde Ärzte sowie im Zusammenhang mit dem *Managed Care*-Konzept diskutiert.<sup>42</sup>

Erfolgt *Case Management im Rahmen eines interdisziplinären Teams*, so hat jeder seiner Mitarbeiter eine besondere Verantwortung für die Aktivitäten im speziellen Feld seiner Sachkenntnis. Durch Kombination der Dienstleistungen dieser Fachkräfte ergibt sich ein vollständiger Management-Prozeß. Dabei kann das Team die Verantwortung für einen bestimmten Fall gemeinsam tragen oder nach der jeweiligen Tätigkeit aufteilen. Vorteilhaft ist, daß im Team eine hochqualifizierte Dienstleistung durch gemeinsames Planen und Problemlösen zu ermöglichen ist. Allerdings kann die gemeinsame Verantwortung für die Klienten auch dazu führen, daß sich einzelne Mitarbeiter vor ihren Pflichten „drücken“, daß das Muster der Zuständigkeit verschwimmt und daß man sich der Rechenschaft für die Effektivität des Dienstes entzieht. Für den Klienten kann nachteilig sein – und dies gilt insbesondere für (beziehungs-) gestörte Personen –, daß sie es mit einer ganzen Reihe von Ansprechpartnern zu tun haben und mit ihnen die jeweiligen Dienstleistungen aushandeln müssen.

Prinzipiell sind unterschiedliche Settings für *Reha- Management* denkbar:

- *Reha-Manager* arbeiten als Mitglieder spezifischer (neutraler) Dienste, die ausschließlich für Aufgaben des Managements eingerichtet wurden.
- *Reha-Manager* arbeiten im Rahmen besonderer Abteilungen von Sozialdiensten (z.B. ASD, Sozialstationen), Multifunktionsdiensten oder anderen Institutionen (z.B. Sozialversicherungsträger).
- *Reha-Manager* arbeiten in Stellen, die von Konsortien, Verbänden oder Mitglieder-vereinigungen getragen werden.<sup>43</sup>

In jüngerer Zeit werden in Modellversuchen verschiedene Ansätze erprobt, wobei die Betreuung chronisch Kranker entweder im Team wahrgenommen oder an einzelne Berufsgruppen (Ärzte, Sozialarbeiter) delegiert wird. Eine Aufgabenbeschreibung der betreffenden Mitarbeiter wird jedoch meist ebensowenig vorgelegt wie Aussagen über die Leistungsvergü

---

<sup>42</sup> Siehe dazu etwa: *AOK-Bundesverband* 1994; *Kirch* in: *Tophoven / Meyers-Middendorf* 1994: 776; *Meyers-Middendorf / Tophoven* 1995: 228; *Bohm / Schröder* 1995: 45f; *Donner-Banzhoff* 1996; *Ewers* 1996: 79; *Nachtigal* 1996: 728; *Stillfried* 1997: 91f; *Hagmann / Nerlinger* 1999: 5. Kritisch dazu: *Langehennig / Wißmann* 1996. Inwieweit behandelnde Ärzte der ihnen zugeschriebenen „Schlüsselstellung“ gerecht werden und der geforderten *gate-keeper*-Funktion im Rehabilitationsprozeß tatsächlich entsprechen können muß zumindest vor dem Hintergrund bisheriger Erfahrungen bezweifelt werden. Siehe dazu etwa: *Faßmann et al.* 1988: 172ff.; *Faßmann / Oertel* 1991: 150ff; *Faßmann* 1994: 98ff; *Oertel / Faßmann* 1995: 136

<sup>43</sup> Vgl. *Weil* 1991: 114ff; *Rupp / Bell / McManus* 1994: 6f; *Bohm / Schröder* 1995

tung der institutionenübergreifenden Aktivitäten.<sup>44</sup> Ein ausführlicheres Konzept liegt den interdisziplinär konzipierten „Betreuungsdiensten für chronisch Kranke“ zugrunde, die zunächst aus Fördermitteln eines Brandenburger Modellprojekts finanziert wurden und später in eine Regelfinanzierung überführt werden sollten<sup>45</sup>. Hier waren besondere „Rehabilitationsbetreuer“ eingebunden, die im wesentlichen *Case Management* betreiben. Die nachfolgende Liste illustriert das Spektrum der Aufgaben solcher Betreuer, die vorwiegend im medizinischen Bereich tätig sind.<sup>46</sup>

- Unterstützung des behandelnden Arztes,
- Hinzuziehung von komplementären Hilfen,
- Einschätzung der Lebensbedingungen des Kranken einschließlich sozialer Kontakte, Lebensstil, Fähigkeiten, Selbsthilfepotential,
- Aufstellen des Behandlungsplans in Kooperation mit dem behandelnden Arzt,
- terminliche Abstimmung des Behandlungsplans mit Therapeuten, Patienten und Angehörigen,
- Monitoring des Behandlungsablaufs, Rückmeldung an den Arzt und Adaptation des Behandlungsplans zusammen mit dem Arzt,
- Organisation und Vorbereitung der Teamsitzungen,
- periodische Information des behandelnden Arztes über den Fortschritt der Therapie,
- Erarbeitung krankheitsspezifischer Hilfen mit Patienten und Angehörigen,
- Organisation und Koordination der Hilfen bzw. Hilfsmittel, Klärung der Finanzierung, Liefertermine u.ä.,
- sozialrechtliche Beratung,
- Hilfe bei der Durchsetzung krankheitsspezifischer Vergünstigungen, ggf. anwaltliche Vertretung bei Widersprüchen, Verhandlung mit Ämtern, Behörden,
- Organisation des Selbsthilfenetzwerks (Freunde, Verwandte) für den Patienten,
- Organisation und Unterstützung von Selbsthilfegruppen,
- Hilfe bei der Integration des Patienten und seiner Angehörigen in Selbsthilfegruppen,
- psychosoziale Betreuung von Patienten und Angehörigen (z.B. Lösung von Konflikten, psychische Verarbeitung des Krankheitsgeschehens),
- kritische Bewertung des Krankheitsverlaufs, Diskussion im Team und mit dem behandelnden Arzt.<sup>47</sup>

---

<sup>44</sup> Vgl. Mall / Schmidt 1998a: 113

<sup>45</sup> Siehe dazu: Bohm / Schmidt / Schröder 1994; Schmidt 1994; Bohm / Schröder 1995; Schröder et al. 1998

<sup>46</sup> Eine Sichtung der indikationsspezifischen Betreuungskonzepte dieser Dienste ergibt lediglich rudimentäre Hinweise auf Aktivitäten zur beruflichen Rehabilitation (siehe dazu: Mall / Schmidt 1998b).

<sup>47</sup> Vgl. Bohm / Schmidt / Schröder 1994: 10f; Mall / Schmidt 1998a: 115; Korporal 1998

Trotz positiver Erfahrungen<sup>48</sup> aus diesem Projekt scheiterten die betreffenden Stellen jedoch an einer Überführung in die Regelfinanzierung.<sup>49</sup> Die Aufgabenschwerpunkte lagen dort vor allem im Bereich der medizinisch-sozialen Rehabilitation. Insofern traten Aspekte der beruflich-sozialen Rehabilitation in den Hintergrund der Arbeit dieser Dienste.

#### 4.2.2 Qualifikation der *Rehabilitations-Manager*

Um seine Aufgaben adäquat wahrnehmen zu können, muß der *Rehabilitations-Manager* eine Reihe von Fähigkeiten und Fertigkeiten besitzen, die zumindest jenen entsprechen, die den Berufshelfer der *Gesetzlichen Unfallversicherung* kennzeichnen. Demnach muß er nicht nur einen guten Überblick über die regional verfügbare Versorgungslandschaft haben. Wesentlich ist vielmehr die sichere Kenntnis des Sozial-(versicherungs-)rechts, etwa im Hinblick auf Zuständigkeiten, Leistungen, Verfahrensabläufe usw. im Bereich der Rehabilitation. Hinzu kommen das Verständnis für medizinische und arbeitsmedizinische Fragen, soweit dies zur Beurteilung der Rehabilitationsmöglichkeiten und für das Gespräch mit dem Arzt erforderlich ist, sowie berufskundliche Kenntnisse zur Beurteilung der beruflichen Wiedereingliederung.<sup>50</sup> Schließlich ist die Beherrschung von Kommunikations-, Beratungs- und Moderationstechniken zu fordern, wie sie gerade im psychosozialen Bereich, aber auch im Rahmen interdisziplinärer Teamarbeit ständig benötigt werden.<sup>51</sup> Es wird dafür plädiert, bei der Auswahl von potentiellen *Case Managern* einschlägigen Berufserfahrungen gegenüber bestimmten formalen Ausbildungsabschlüssen den Vorzug zu geben.<sup>52</sup>

Es ist davon auszugehen, daß spezifisch auf diese Management-Aufgaben vorbereitete Sozialarbeiter für diese Tätigkeit gut geeignet wären. Denkbar wäre aber auch die Einbindung von Kräften, die vormals als Rehabilitationsberater, Berufshelfer oder in ähnlichen Bereichen tätig waren. Schließlich könnten sicherlich auch Ärzte und Psychologen als *Rehabilitations-Manager* fungieren, soweit sie über die angesprochenen Kompetenzen verfügen.

Gelegentlich wird auf die Möglichkeit hingewiesen, Nichtprofessionelle oder *Case Management*-Nutzer als *Case Manager* zu verwenden. Vorteilhaft ist dabei, daß solche Personen

---

<sup>48</sup> Vgl. *Badura / Grande / Janßen / Schott* 1995: 368f; *Schröder et al.* 1998: 9f

<sup>49</sup> Persönliche Mitteilung von *Mall* am 7.3.2000 in Waldkraiburg.

<sup>50</sup> Vgl. *Trachte / Zitzler* 1991: 81; *Raiff / Shore* 1997: 147ff; Vorstellungen zu einem neuen Berufsbild des „Rehabilitationsbetreuers“ und dessen Ausbildung finden sich bei *Korporal* 1998.

<sup>51</sup> Siehe dazu etwa die Beiträge in: *Robertson / Brown* 1992

<sup>52</sup> Vgl. *Raiff / Shore* 1997: 146; *Hahn / Schmidt* 1998: 292

u.U. aus erster Hand nützliche Erkenntnisse weitergeben können. Über die Effektivität solcher Modelle ist allerdings noch wenig bekannt.<sup>53</sup>

### 4.3 Normative Voraussetzungen

Nicht nur aufgrund der Tatsache, daß *Rehabilitations-Management* überinstitutionell erfolgen soll, erscheint es notwendig, diese Aktivitäten auch auf eine normative Grundlage zu stellen. Vielmehr ist auch zu klären, welche rechtliche Stellung der *Reha-Manager* dem Rehabilitanden und seinen Angehörigen, den Leistungsträgern sowie weiteren Beteiligten (z.B. Arbeitgeber) gegenüber einnehmen soll. So ist von Interesse

- welche Befugnisse er bei seiner Tätigkeit hat, also z.B.
  - welche Auskünfte er verlangen kann
    - vom Rehabilitanden,
    - von kooperierenden Leistungsträgern,
    - von Ärzten (z.B. behandelnde Ärzte, Betriebsärzte, MDK-Ärzte) und Rehabilitationsfachkräften
  - welche Akten ihm zugänglich zu machen sind,
  - inwieweit er selbständig – ggf. ohne Umweg über Leistungsträger – tätig werden kann,
  - inwieweit er rechtsverbindlich Auskünfte und Zusagen geben kann,
  - welche Entscheidungsbefugnisse ihm zukommen,
  - inwieweit er Weisungsbefugnisse hat,
  - in welchem Umfang er mit dem Arbeitgeber zusammenarbeiten kann,
  - wo die Grenzen zwischen (etwa arbeits- bzw. sozialrechtlicher) Beratung und unzulässiger Rechtsberatung<sup>54</sup> liegen,
- welche Pflichten ihm auferlegt sind, also z.B.
  - Kooperations- und Konsultationsverpflichtungen,
  - Information und Berichterstattung gegenüber allen Beteiligten,
  - Datenschutz und Schweigepflicht über Belange des Rehabilitanden, auch gegenüber Leistungsträgern oder Arbeitgebern,
  - Fort- und Weiterbildungsverpflichtungen
  - Krisenintervention,
- welches Verfahren im Rahmen des *Rehabilitations-Managements*

---

<sup>53</sup> Vgl. Weil 1991: 109ff; Raiff / Shore 1997: 150ff

- verbindlich vorgeschrieben ist und
- welche Bestandteile in das Ermessen des Managers gestellt sind.

Abgesehen vom Verfahren im Bereich der berufsgenossenschaftlichen Berufshilfe, das weitgehend formalisiert ist, finden sich in der vorliegenden Literatur allerdings bisher praktisch keine Aussagen zur normativen Fundierung von *Reha-Management*.

#### 4.4 Finanzierung des *Rehabilitations-Managements*

Soll *Reha-Management* dauerhaft etabliert werden, so stellt sich die Frage, wie diese finanziert werden kann. Erfahrungsgemäß ist dies gerade im Falle institutionenübergreifender Aktivitäten problematisch: Während die medizinischen Leistungen und Aktivitäten von Rehabilitationsfachkräften von den zuständigen Leistungsträgern übernommen werden, da ihre Abgeltung leistungsrechtlich abgesichert ist, trifft dies für Leistungen psychosozialer Art ebensowenig zu, wie für die skizzierten Aufgaben im Rahmen des *Case Managements*. Aus diesem Grunde erscheint die Erarbeitung eines Finanzierungskonzepts vor Einrichtung von Stellen zur Verwirklichung von *Reha-Management* unabdingbar. Denkbar wäre

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

durch die Rehabilitationsträger, durch die Öffentliche Hand oder durch private Träger (z.B. Versicherungen).<sup>55</sup> Im Rahmen der Betreuungsdienste für chronisch Kranke ist eine Abrechnung mit den Krankenkassen nach Zeitaufwand vorgesehen.<sup>56</sup>

## 5 Fazit

Das oben skizzierte *Case Management*-Konzept wurde in Ansätzen bisher im wesentlichen auf den Bereich der ambulanten und teilstationären medizinisch-sozialen Rehabilitation chronisch Kranker, älterer und pflegebedürftiger Menschen übertragen und erprobt bzw. befindet sich noch in der Evaluationsphase. Demgegenüber fehlen derzeit entsprechende Kon

---

<sup>54</sup> Siehe dazu etwa: Köhler 1988

<sup>55</sup> Siehe dazu auch: Bohm / Schröder 1998

zepte, die den besonderen Bedingungen und Verflechtungen von Personen, Berufsgruppen, Institutionen und Organisationen dort gerecht werden, wo Langzeitkranke und Behinderte in das Arbeitsleben (re-)integriert werden sollen und wo sich *Rehabilitations-Management* als adäquate Form der Fallbearbeitung im wohlverstandenen Interesse aller Prozeßbeteiligten geradezu anzubieten scheint. Insofern ist bisher noch weitgehend offen,

- inwieweit sich ein institutionenübergreifender Konsens über ein den oben skizzierten Ausführungen entsprechendes Konzept für *Rehabilitations-Management* erzielen läßt,
- wie es in die Praxis umgesetzt werden kann,
- ob und inwieweit sich Prozesse im Rahmen der medizinisch-beruflich-sozialen Rehabilitation durch ein derartiges Management positiv verändern lassen und
- wie eine dauerhafte Institutionalisierung von *Rehabilitations-Management* zu verwirklichen wäre.

Im einzelnen wäre deshalb – etwa im Rahmen eines Modellprojekts– zu prüfen,

- inwieweit sich ein solches Konzept auch für den Bereich der beruflich-sozialen Rehabilitation von Langzeitkranken und Behinderten prinzipiell eignet,
- inwieweit es an die hier geltenden Besonderheiten zu adaptieren ist,
- inwieweit Chancen bestehen und welche Bedingungen zu erfüllen sind, um einen trägerübergreifenden Konsens über die Institutionalisierung eines solchen Konzepts zu erreichen.

Auch wenn diese Fragen derzeit noch weitgehend unbeantwortet sind, erscheint die Annahme plausibel, daß *Rehabilitations-Management* in erheblichem Maße dazu beitragen kann, die Interessen von Rehabilitanden, Dienstleistungsanbietern und Leistungsträgern im Sinne eines *win-win*-Modells in Einklang zu bringen.

## Literatur

### **AOK-Bundesverband (Hrsg.) (1994)**

Der Arzt Ihrer Wahl. Das hausärztliche Versorgungskonzept der AOK. *AOK im Dialog*, Bonn

### **Arbeitsgruppe Public Health (1997)**

Das Managed-Care-Prinzip: Umwälzung der medizinischen Versorgung. In: *WZB-Mitteilungen*, 1997, Nr. 75, 16-18

### **Badura, B.; Grande, G.; Janßen, H.; Schott, T. (1995)**

Qualitätsforschung im Gesundheitswesen. Ein Vergleich ambulanter und stationärer kardiologischer Rehabilitation. Weinheim: Juventa

---

<sup>56</sup> Vgl. *Bohm / Schröder* 1998: 340; 370f



**Ballew, J. R.; Mink, G. (1991)**

Was ist Case Management? In: *Wendt* 1991a, 56-83

**Bohm, S.; Schmidt, D.; Schröder, W. F. (1994)**

Betreuungsdienste für chronisch Kranke im Land Brandenburg. *IGES-Papier* Nr. 94-85, Berlin

**Bohm, S.; Schröder, W. F. (1995)**

Organisationsmodelle zur ambulanten Rehabilitation in der Gesundheitsversorgung. In: *Arbeit und Sozialpolitik*, 1995, Heft 7-8, S. 44-49

**Bohm, S.; Schröder, W. F. (1998)**

Zur Finanzierung der Betreuungsdienste für chronisch Kranke. In: *Schröder et al.* 1998:322-371

**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

**Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (1994)**

Rehabilitation Behinderter: Schädigung - Diagnostik - Therapie – Nachsorge: Wegweiser für Ärzte und weitere Fachkräfte der Rehabilitation. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 1994<sup>2</sup> (1984)

**Butzlaff, M. E.; Kurz, G. K.; Käufer, K. (1998)**

Managed Care im Brennpunkt. Die Organisationsform: Folgen für Patienten und Ärzte. In: *Das Gesundheitswesen* 60, 1998, 279-282

**Challis, D. (1990)**

Case management: problems and possibilities. In: Allen, I. (Ed.), *Care Managers and Care Management*. London: Policy Studies Institute, 9-25

**Döhner, H.; Kofahl, C. (1996)**

„Die Menschen wissen, es ist jemand für sie da!“ Care- und Case-Management durch das Modell PAGT in Hamburg. In: *Häusliche Pflege*, 1996, Heft 9, 638-646

**Donner-Banzhoff, N. (1996)**

Case management: Modewort oder ureigenster Aufgabenbereich des Hausarztes? In: *Der Allgemeinarzt*, 1996, Heft 9: 942-949

**Dziuk, B. (2000)**

„Wir begleiten unsere Versicherten durch die Versorgungslandschaft...“ Funktionierendes Reha-Management am Beispiel der Volkswagen BKK. In: *Die Betriebskrankenkasse*, 2000, Heft 3, 116-121

**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

**Faßmann, H. (1994)**

Ambulante Rehabilitation durch Sozialstationen. *Schriftenreihe des Instituts für empirische Soziologie Nürnberg*, Band 12, Nürnberg

**Faßmann, H.; Oertel, M. (1991)**

Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung Behinderter in den Arbeitsprozeß. *Forschungsbericht Gesundheitsforschung*, Band 204, hrsg. vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bonn

**Faßmann, H. et al. (1988)**

Die Einleitung beruflicher Rehabilitation. *Forschungsbericht Gesundheitsforschung*, Band 175, hrsg. vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bonn

**Frazier, J. B. (1999)**

Current Trends in American Managed Care: Economic, Technological, and Political Factors. In: *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 4, 1999, 48-54

**Gaertner, T. et al. (1999)**

Managed care – eine Perspektive für die GKV? In: *Gesundheitswesen* 61, 1999, 374-379

**Galvin, D. E. (1995)**

Praktische Zugänge zu einem beruflichen Eingliederungs-Management. o.O.

**Göbel, J. (1999)**

Case-Management zur Erhaltung von Arbeitsverhältnissen Behinderter: Ein Modellversuch des Landesarbeitsamtes Bayern. In: *Rehabilitation* 38, 1999, 209-219

**Göbel, J. (2000)**

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

**Götting, U. (1998)**

Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung: Ansatzpunkte für Modellprojekte. In: *Die Ersatzkasse*, 1998, Heft 12, 554-557

**Hardy, B.; Turrell, A.; Wistow, G. (1992)**

Innovations in Community Care Management. Avebury, Aldershot

**Hagmann, H.; Nerlinger, T. (1999)**

Vernetzungstrends im Gesundheitswesen durch Managed-Care-Techniken. <http://www.krankenhaus-online.com/artike/nerl01.htm> vom 9.2.2000

**Hahn, P.; Schmidt, D. (1998)**

Instrumente der Qualitätssicherung. In: *Schräder et al.* 1998: 287-294

**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

**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*, 1997, Heft 9, 372-377

**Köhler, T. (1988)**

Der Berufshelfer im Spannungsfeld zwischen Beratung und unzulässiger Rechtsberatung. In: *Die Berufsgenossenschaft*, 1988, Heft 2, 134-137

**Korporal, J. (1998)**

Rehabilitationsbetreuer – Vorstellungen zu einem neuen Berufsbild. In: *Schräder et al.* 1998: 119-142

**Kriekhaus, M.; Stangl, F. (2000)**

Diagnostik im Prozeß der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung. In: *Behindertenrecht*, 2000, Heft 2, 45-49

**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

**Langehennig, M.; Wißmann, P. (1996)**

Am Gängelband der ÄrztInnen: Die ambulante Rehabilitation älterer Menschen – Abstriche von früheren Ansprüchen? In: *Häusliche Pflege*, 1996, Heft 3, 164-168

**Lorenz, K.-P.; Mittelstaedt, G. v.; Gaertner, T. (2000)**

„Managed care“-Perspektiven in Deutschland. In: *Das Gesundheitswesen* 62, 2000, 127-129

**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

**Mahlstedt-Hölker, S. (1999)**

Anforderungen und Hemmnisse für die Beschäftigung Behinderter in Betrieben aus Sicht der Arbeitgeber. In: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg.) (1999), *Rehabilitation 1999*, Berlin: BfA, 107-119

**Mall, W.; Schmidt, D. (1998a)**

Funktion und Aufgaben des Case Managements. In: *Schräder et al.* 1998: 109-118

**Mall, W.; Schmidt, D. (1998b)**

Indikationsspezifische Betreuungskonzepte des Modellprogramms. In: *Schräder et al.* 1998: 145-221

**Matzeder, K. (2000)**

Überlegungen zu einer Strategie der beruflichen Eingliederung Schwerbehinderter (Eingliederungsmanagement). In: *Behindertenrecht*, 2000, Heft 2, 33-37

**Meierjürgen, R. (1997)**

Case Management und Reha-Beratung. In: *Arbeit und Sozialpolitik*, 1997, Heft 7-8, 17-24

**Meyers-Middendorf, J.; Tophoven, C. (1995)**

Halbzeit: Das AOK-Hausarzt-Abo. Erste Bilanz und weiterführende Überlegungen. In: *DOK*, 1995, Heft 7-8, 226-229

**Moxley, D. P. (1989)**

The Practice of Case Management. Newbury Park, Cal.: Sage publications

**Nachtigal, G. (1996)**

Gesundheitsmanagement in der GKV – Ansätze für eine deutsche Variante von Managed Care? In: *DOK*, 1996, Heft 23-24, 726-730

**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

**o. V. (1997)**

Begriffserklärungen. In: *Public Health Forum* 5, 1997, Nr. 18, 2

**Raiff, N. R.; Shore, B. K. (1997)**

Fortschritte im Case Management. Freiburg i. Br.: Lambertus (zuerst engl. 1993)

**Renshaw, J. et al. (1991)**

Individuelle Pflegeplanung: Lektionen aus Amerika und anderswo. In: *Wendt* 1991a: 124-146

**Robertson, S. E.; Brown, R. I. (eds.) (1992)**

Rehabilitation Counseling: Approaches in the Field of Disability. *Rehabilitation Education Series*, Vol. 5, London: Chapman & Hall

**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

**Schaffer, F.; Thieme, K. (2000)**

Integration von Schwerbehinderten in den Arbeitsmarkt. In: *Behindertenrecht*, 2000, Heft 2, 60-64

**Schick, K.; Schaefer, A.; Winter, I. (2000)**

Verzahnung zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation: Gelungene Kooperation der Audi BKK. In: *Die Betriebskrankenkasse*, 2000, Heft 3, 122-125

**Schmidt, D. (1994)**

Betreuungsdienste für chronisch Kranke in der Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale. In: *Brandenburgisches Ärzteblatt*, 1994, Heft 11, 648-656

**Schopf, P.; Kroiß, U. (2000)**

Case-Management-System (CMS): Computergestütztes Analyse-, Steuerungs- und Eingliederungsmanagement. In: *Behindertenrecht*, 2000, Heft 2, 53-56

**Schräder, W. F. et al. (Hrsg.) (1998)**

Betreuungsdienste für chronisch Kranke. *Strukturforschung im Gesundheitswesen*, Band 26, Berlin: IGES-Eigenverlag

**Schräder, W. F.; Schmidt, D. (1998)**

Rahmenbedingungen für das Modellprogramm. In: *Schräder et al.* 1998: 13-27

**Seidel, G.; Grabow, S.; Schultze, A. (1996)**

Methodische Prinzipien des Unterstützungsmanagements. In: *Wissert u.a.* 1996, 136-151

**Seitz, R.; König, H.-H.; Stillfeld, D. v. (1997)**

Grundlagen von Managed Care. In: Arnold, M.; Lauterbach, K. W.; Preuß, K.-J. (Hrsg.), *Managed Care: Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte*, Schriftenreihe der Robert-Bosch-Stiftung Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Band 31, Stuttgart: Schattauer, 3-21

**Stillfried, G. v. (1997)**

Managed Care im Wandel – Beobachtungen aus den USA. In: *Ersatzkasse*, 1997, Heft 3, 90-94

**Törne, I. v. (2000)**

Sektorale Sonderrolle der Rehabilitation noch zeitgemäß? In: *Die Betriebskrankenkasse*, 2000, Heft 3, 102-109

**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.

**Wahler, R.; Mauch, R. (2000)**

Überlegungen zur Reorganisation von Informations- und Beratungsprozessen im Rahmen der beruflichen Eingliederung von Menschen mit Behinderung. In: *Behindertenrecht*, 2000, Heft 2, 38-44

**Weil, M. (1991)**

Schlüsselkomponenten einer effizienten und effektiven Dienstleistung. In: *Wendt* 1991a, 84-123

**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: *Schröder et al.* 1998: 54-70

**Wissert, M. u. a. (1996)**

Ambulante Rehabilitation alter Menschen: Beratungshilfen durch das Unterstützungsmanagement. Freiburg i. Br.: Lambertus

**Bisher erschienene****Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie Nürnberg**

- Heft 1/1998 Das Abbrecherproblem – die Probleme der Abbrecher. Zum Abbruch der Erstausbildung in Berufsbildungswerken (17 Seiten, Schutzgebühr DM 10,--)
- Heft 2/1998 Determinants of Verbal Aggression, Physical Violence, and Vandalism in Schools. Results from the „Nuremberg Pupils Survey 1994: Violence in Schools“ (15 Seiten, Schutzgebühr DM 10,--)
- Heft 3/1998 Ein Instrument zur Früherkennung und Reduzierung von Ausbildungsabbrüchen in Berufsbildungswerken – Anliegen, Struktur, Handhabung und Erprobungsergebnisse (20 Seiten, Schutzgebühr DM 10,--)
- Heft 4/1998 Violence in German Schools: Perceptions and Reality, Safety policies (15 Seiten, Schutzgebühr DM 10,--)
- Heft 5/1998 Abbrecherproblematik und Prävention von Ausbildungsabbrüchen (18 Seiten, Schutzgebühr DM 10,--)
- Heft 1/1999 Konzept der BAR-Modellinitiative „*REGionale NETzwerke zur beruflichen Rehabilitation (lern-) behinderter Jugendlicher (REGINE)*“ und erste Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung (13 Seiten, Schutzgebühr DM 10,--)
- Heft 2/1999 Das 3i-Programm der Siemens AG: Instrument des Kulturwandels und Keimzelle für ein leistungsfähiges Ideenmanagement
- Heft 1/2000 REGINE und MobilIS im Spannungsfeld zwischen allgemeinen und besonderen Leistungen (16 Seiten, Schutzgebühr DM 10,--)
- Heft 2/2000 Verbal Aggression, Physical Violence, and Vandalism in Schools. Its Determinants and Future Perspectives of Research and Prevention (21 Seiten, Schutzgebühr DM 10,--)
- Heft 3/2000 Violence in German Schools: The Current Situation (16 Seiten, Schutzgebühr DM 10,--)
- Heft 4/2000 Aufgaben und Zielsetzung eines Case Managements in der Rehabilitation (26 Seiten, Schutzgebühr DM 10,--)
- Heft 5/2000 Gewalt in der Schule. Determinanten und Perspektiven zukünftiger Forschung (35 Seiten, Schutzgebühr DM 15,--)
- Heft 6/2000 REGINE – Ein neues Lernortkonzept zur Rehabilitation (lern-) behinderter Jugendlicher – Erste Erfahrungen und Folgerungen (7 Seiten, Schutzgebühr DM 10,--)
- Heft 7/2000 Sicherheitempfinden in Nürnberg. Zusammenfassung wichtiger Ergebnisse einer Bürgerbefragung im Jahr 1999 im Einzugsgebiet der Polizeiinspektion Nürnberg-West (24 Seiten, Schutzgebühr DM 10,--)
- Heft 8/2000 Der Einfluß unterschiedlicher Sozialkontexte auf die Gewalt an Schulen. Ergebnisse der Nürnberger Schüler Studie 1994 (29 Seiten, Schutzgebühr DM 10,--)