



Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (GfR) e.V.  
Rehabilitationswissenschaftlicher Verbund Berlin, Brandenburg und Mitteldeutschland (BBMD)  
in Kooperation mit  
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V.  
Charité – Universitätsmedizin Berlin



Medizinische Fakultät  
der Martin-Luther-Universität  
Halle-Wittenberg



## - ABSTRACTS -

zum

# 26. Rehabilitationswissenschaftlichen Symposium

## „Fallmanagement zur Förderung der beruflichen Wiedereingliederung“

7. November 2025 in Halle an der Saale

## Inhalt

---

### Session I „Fallmanagement: Kernelemente, Wirkmechanismen, Ergebnisse“

---

**Keynote „Was zeichnet Fallmanagement aus?“**

Prof. Dr. Hugo Mennemann, Fachhochschule Münster

**„Berufsförderungswerke als Akteure im Fallmanagement der DRV Mitteldeutschland (BEiFall-Studie)“**

Kathleen Rechlin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

**„Fallmanagement der Deutschen Rentenversicherung - Erkenntnisse aus dem rehapro Modellvorhaben KiT“**

Nadine Vorsatz, Deutsche Rentenversicherung Bund

---

### Verleihung des Forschungs- und Innovationspreises der Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (GfR) e.V. mit Vortrag der Preisträgerin (Platz 1):

---

**„Ü45-Check in der hausärztlichen Versorgung zur Identifikation von Rehabilitations- und Präventionsbedarf – eine randomisiert kontrollierte Studie“**

Jennifer Marie Burchardi, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Laudatio: Brigitte Gross, Deutsche Rentenversicherung Bund

---

### Session II „Fallmanagement: Formen, Umsetzung, Verstetigung“

---

**„Umsetzung des Fallmanagements in der gesetzlichen Unfallversicherung“**

Prof. Dr. Edwin Toepler, Hochschule Bonn-Rhein-Sieg

**„Erfahrungen als Fallmanagerin anhand von Fallbeispielen“**

Jannine Fermumm, Berufsförderungswerk Sachsen-Anhalt gGmbH

**„Aktuelle Entwicklungen zur Umsetzung des Fallmanagements in der DRV“**

Dr. Marco Streibelt, Deutsche Rentenversicherung Bund

## Keynote

### „Was zeichnet Fallmanagement aus?“

Prof. Dr. Hugo Mennemann, Fachhochschule Münster

In dem Vortrag wird Fallmanagement in der Rehabilitation als Anwendungsform des Care und Case Managements (nach den Grundlagen der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (DGCC)) in seinen wesentlichen Bestandteilen charakterisiert und kritisch besprochen.

Immer mehr Menschen befinden sich in komplexen Hilfesituationen, an denen mehrere Leistungsträger und Leistungserbringer im Einzelfall beteiligt sind. Für Personen mit Unterstützungsbedarf ist es in der Regel nicht leicht zu wissen, wer welche Unterstützung gewährt und wie diese im Einzelfall passend aufeinander abgestimmt erfolgen kann. Und für die Finanzierung des Sozial- und Gesundheitswesens werden sich abgrenzende, nicht abgestimmte Hilfen, Fehlzuweisungen, Brüche zwischen Versorgungsformen und nicht erkannte Bedarfe letztlich unverhältnismäßig teuer. Mit Hilfe eines implementierten Care und Case Management-Konzeptes können Lösungswege angesichts sich verändernder gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, die eine Zunahme von Komplexität auf individueller und gesellschaftlicher Ebene zur Folge haben, strukturiert beschritten werden. Das Handlungskonzept zielt im Kern auf eine personenzentrierte Gestaltung von Organisationen und regionalen Versorgungsstrukturen. Damit werden die Ebenen einer Versorgung im Einzelfall, der qualitätsorientierten Gestaltung einer Organisation sowie eines regionalen Versorgungsgefüges personenzentriert zusammengedacht. Fallmanagement ist nicht primär zu verstehen als eine additive Aufgabe von Spezialist:innen (Fallmanager:innen oder Lots:innen). Vielmehr wird die Notwendigkeit integrierter Zusammenarbeit von Leistungsträgern und Leistungserbringern sowie einer partizipativen Zusammenarbeit mit Leistungsberechtigten, die sich in komplexen Hilfesituationen befinden, betont. Eine Implementierung bietet sich an über die beteiligten Leitungsebenen sowie über die Benennung von Regelversorgungspfaden, um unterschiedliche Personengruppen möglichst früh unterscheiden und adäquat Hilfe gewähren zu können. Ein personenintensives, umfangreiches Fallmanagement benötigt je nach Handlungsfeld häufig nur wenige Personen mit Unterstützungsbedarf. Bei der Implementierung von Fallmanagement geht es demnach im Zentrum um die Einrichtung eines differenzierten, personenzentrierten Versorgungssystems auf den Ebenen des Einzelfalls, der Organisation und der regionalen Versorgung mit Blick auf alle unterschiedlichen Personengruppen und Versorgungsniveaus. Dabei wird auf aktuelle gesetzliche Entwicklungen Bezug genommen.

## „Berufsförderungswerke als Akteure im Fallmanagement der DRV Mitteldeutschland (BEiFall-Studie)“

Kathleen Rechlin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

**Hintergrund:** Das indikationsübergreifende Fallmanagement der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland wird seit 2024 eingeführt und richtet sich an Rehabilitand:innen, die einen besonderen Unterstützungsbedarf bei der Teilhabe am Arbeitsleben aufweisen. Es wird in den Reha-Einrichtungen initiiert und in den regionalen Berufsförderungswerke (BFW) durch Fallmanager:innen (FM) umgesetzt. Im Rahmen des wissenschaftlichen Projektes BEiFall wird die Implementierung begleitet.

**Ziel:** Identifizierung von Herausforderungen und Anpassungsbedarfen in der Umsetzung des Fallmanagements aus Sicht der verschiedenen Akteure.

**Methode:** Es wurden leitfadengestützte Interviews mit umsetzenden Mitarbeiter:innen im Sozialdienst in den Reha-Einrichtungen und FM der BFWs geführt. Die Auswertung erfolgte als inhaltliche strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz.<sup>1</sup>

**Ergebnisse:** Insgesamt 12 Interviews aus 7 unterschiedlichen Reha-Einrichtungen und 5 BFWs gingen in die Analyse ein (9 Frauen, 3 Männer, Alter zwischen 26 und 65 Jahre).

Es zeigte sich, dass die Auswahl der Personen für das Fallmanagement in den Reha-Einrichtungen nach variierenden handlungsleitenden Merkmalen erfolgt. Im Förderplan können die Bedarfe der Rehabilitand:innen gut erfasst werden und den FM einen Überblick verschaffen. Bei der Überleitung ins Fallmanagement zeigte sich eine wertschätzende Kommunikation. Die Betreuung im BFW wurde mit verschiedenen Herausforderungen assoziiert. Zum einen zeigten die Erfahrungen der FM, dass ihre Tätigkeit ein hohes Maß an Flexibilität und Anpassungsfähigkeit an individuelle Bedarfe sowie unterschiedliche Kommunikationsformen und -frequenzen und eine gute Netzwerkarbeit erfordert. Zum anderen entstehen die Anforderungen durch den hohen dokumentarischen Aufwand der abrechenbaren Leistungen.

**Schlussfolgerung:** Der Förderplan erweist sich als zentrales Instrument, um Bedarfe systematisch zu erfassen und Transparenz für die FM herzustellen. Die Umsetzung in den BFWs ist mit einer Reihe von Herausforderungen verbunden, die neben der direkten Betreuung der Rehabilitand:innen auch in der Erfüllung von organisationsbedingten Aufgaben und institutionsübergreifender Kommunikation begründet ist.

<sup>1</sup> Kuckartz, Udo (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computer-unterstützung, 4. Auflage, Weinheim, Basel: Beltz Juventa

## **„Fallmanagement der Deutschen Rentenversicherung - Erkenntnisse aus dem rehapro Modellvorhaben KiT“**

Nadine Vorsatz, Deutsche Rentenversicherung Bund

Neun Rentenversicherungsträger haben, unterstützt von sechs weiteren Trägern, das *rehapro*-Modellvorhaben *Koordination individueller Teilhabe* (KiT), gefördert vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), durchgeführt. Im Rahmen von KiT wurde Fallmanagement in der Reha-Beratung implementiert und von der FOGS GmbH wissenschaftlich begleitet. Ziel war es, Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen und weiteren komplexen Unterstützungsbedarfen ganzheitlicher zu begleiten, indem alle Lebensbereiche systematisch berücksichtigt, passende Lösungen gemeinsam mit dem Versicherten erarbeitet und notwendige Leistungen koordiniert werden. Dafür wurden 75 Reha-Berater:innen zu Fallmanager:innen weitergebildet. 2.250 Versicherte konnten im Projekt unterstützt werden. Die Fallidentifikation erfolgte vornehmlich intern durch die Fallmanager:innen selbst. Der Zugang über die medizinischen Reha-Einrichtungen, JobCenter und Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) hat sich nicht wie geplant realisiert. Insbesondere für den Zugang über die Reha-Einrichtungen müssen andere Ansätze entwickelt werden, um den Prozess der Überleitung aufwandsarm zu gestalten und als Routineaufgabe des Reha-Teams zu verankern. Es zeigt sich, dass die angestrebte Zielgruppe erreicht wurde und die Versicherten mehrheitlich zufrieden mit dem Fallmanagement sind. Es konnten positive Veränderungen bei den Teilhabeeinschränkungen, der mentalen Gesundheit und der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit festgestellt werden. Aus Sicht der Fallmanager:innen können Versicherte intensiver begleitet und ihre Bedarfe ganzheitlicher betrachtet werden. Fallmanagement verändert die Haltung und Arbeitsweise und stärkt die Personenzentrierung in der Beratung. Die Ergebnisse machen aber auch deutlich, dass das Gelingen von Fallmanagement entscheidend von der organisationalen Einbindung und der konsequenten Unterstützung durch die Führungsebenen abhängt. Dies ist im Rahmen des Projektes unterschiedlich gut gelungen. Es hat sich gezeigt, dass die für das Fallmanagement essenzielle Vernetzung über die Reha-Strukturen hinaus noch in den Anfängen steckt und es Ressourcen, Priorisierung und IT-Unterstützung erfordert, um die regional sehr heterogene Versorgungslandschaft im Sinne der Versicherten zu nutzen und gleichzeitig die notwendige Win-win-Situation für die Netzwerkpartner sicherzustellen.

## „Ü45-Check in der hausärztlichen Versorgung zur Identifikation von Rehabilitations- und Präventionsbedarf – eine randomisiert kontrollierte Studie“

Jennifer Marie Burchardi, Charité – Universitätsmedizin Berlin

**Hintergrund:** Hausärztinnen und Hausärzte spielen eine zentrale Rolle bei der Beantragung von Rehabilitations- und Präventionsleistungen. Dieser Zugang wird nur unzureichend genutzt, da Bedarfe nicht strukturiert erfasst werden. Zudem fehlt es sowohl bei Patientinnen und Patienten als auch bei Hausärztinnen und Hausärzten an Wissen zu DRV-Teilhabeleistungen und deren Beantragung. Ziel der Studie war es, die Wirksamkeit eines Ü45-Checks zur Identifikation von Rehabilitations- und Präventionsbedarfen in der hausärztlichen Versorgung zu untersuchen.

**Methoden:** In einer pragmatischen, multizentrischen, 1:1-randomisierten kontrollierten Studie (DRKS00028303) erhielten Patientinnen und Patienten (45 bis 59 Jahre) in 26 Hausarztpraxen neben der Standardversorgung einen Kurzfragebogen ( $n = 695$ ) oder den Ü45-Check ( $n = 706$ ). Der Ü45-Check umfasste das Ausfüllen des psychometrisch validierten „Ü45-Screenings“ im Wartezimmer und die anschließende hausärztliche Bewertung des Reha- und Präventionsbedarfs. Bei vorliegendem Bedarf wurden Informations- und Antragsunterlagen ausgehändigt; das Reha-Antragsverfahren war im Rahmen der Studie vereinfacht. Primärer Endpunkt war der Anteil an Anträgen laut Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung; sekundäre Endpunkte waren Bewilligungen, abgeschlossene Leistungen und Bedarfe gemäß Ü45-Check.

**Ergebnisse:** Bei Ü45-Check-Teilnehmenden lag der Anteil an Anträgen auf Rehabilitation und Prävention viermal so hoch wie in der Vergleichsgruppe (12,0 % vs. 2,9 %;  $p < 0,001$ ). Entsprechend höher waren Bewilligungen (8,4 % vs. 2,4 %) und abgeschlossene Leistungen (7,2 % vs. 2,3 %) ( $p < 0,001$ ). Gemäß Ü45-Check wiesen 17,7 % der Teilnehmenden einen Rehabilitations- und 26,3 % einen Präventionsleistungsbedarf auf. Subgruppenanalysen zeigten deutlich höhere Antragsquoten bei Personen mit stärkeren gesundheitlichen und erwerbsbezogenen Beeinträchtigungen (z. B. 21,2 % vs. 7,7 % bei hohem vs. niedrigem Risikoindex Erwerbsminderungsrente (RIEMR); 24,7 % vs. 2,8 % bei niedriger vs. hoher Arbeitsfähigkeit (WAS)).

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse bestätigen die Wirksamkeit des Ü45-Checks in der hausärztlichen Versorgung. Ergänzende Interviews mit Patientinnen und Patienten, Hausarztpraxen und Mitarbeitenden der Deutschen Rentenversicherung zeigten, dass Praktikabilität, Akzeptanz und Nutzen des Ü45-Checks als insgesamt hoch eingeschätzt wurden (die inhaltsanalytische Auswertung der Interviews ist aus Platzgründen nicht im Artikel enthalten). Der Ü45-Check kann niedrigschwellig den Zugang zu Rehabilitations- und Präventionsleistungen durch strukturierte und frühzeitige Bedarfsermittlung und bedarfsorientierte Antragstellung verbessern.

## „Umsetzung des Fallmanagements in der gesetzlichen Unfallversicherung“

Prof. Dr. Edwin Toepler, Hochschule Bonn-Rhein-Sieg

Sind aufgrund eines Arbeits- oder Wegeunfalls bzw. einer Berufskrankheit Leistungen zur Teilhabe zu erbringen, ist die gesetzliche Unfallversicherung zuständig und leistet „alles aus einer Hand“ und mit „allen geeigneten Mitteln“ was notwendig ist, um den Gesundheitszustand, die Teilhabe am Arbeitsleben und die soziale Teilhabe zu verbessern bzw. wiederherzustellen. Dafür erbringt sie ambulante und stationäre Krankenbehandlungen sowie medizinische Leistungen zur Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur sozialen Teilhabe sowie Pflegeleistungen.

Die Koordination der Leistungen bei komplexen Fallgestaltungen orientiert sich an dem Konzept des Case Managements und liegt in den Händen von Rehabilitationsmanagern und Rehabilitationsmanagerinnen. Um unter den einzelnen Unfallversicherungsträgern, den Berufsgenossenschaften und Unfallkassen, ein abgestimmtes Reha-Management zu gewährleisten, wurde auf der Ebene des Spitzenverbandes (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung – DGUV) der Handlungsleitfaden Reha-Management formuliert und regelmäßig überarbeitet<sup>1</sup>.

Folgende gemeinsame Kernelemente lassen sich formulieren<sup>2</sup>:

- Frühzeitigkeit
- Reha- und Teilhabe-Planung
- Persönlicher Kontakt
- Schnittstellenmanagement
- Einbeziehung aller handelnden Akteure
- Kommunikation und Beratung
- Empowerment

Innerhalb dieses Rahmens setzen die Unfallversicherungsträger das Reha-Management entsprechend der Spezifika der bei ihnen versicherten Branchen und Gruppen mit eigenen Schwerpunkten und Instrumenten um. Dies betrifft etwa die zur Fallidentifikation eingesetzten Instrumente (AU-Prognose, Kostenprognose, Tätigkeitsanalyse, Kontextanalyse), die Heilverfahrenssteuerung (Sprechstunden, Fallkonferenzen mit den regionalen Partnern, wie D-Ärzten und BG-Kliniken), die weitere Netzwerkarbeit sowie die Evaluations- und Qualitätssicherungsverfahren. Mit einer gemeinsamen Versichertenbefragung, der Entwicklung vergleichender Qualitätsanalysen und der Nutzung künstlicher Intelligenz bei der Bedarfserkennung und Steuerung entwickelt sich das Rehabilitationsmanagement der gesetzlichen Unfallversicherung mit dem Fokus auf Effizienz und Wirksamkeit weiter.

<sup>1</sup> DGUV: Handlungsleitfaden Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, Februar 2023; <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/2796>

<sup>2</sup> Habekost, Rexrodt, Toepler: Die Weiterentwicklung des Reha-Managements in der Gesetzlichen Unfallversicherung. In: Nieper, Ekkernkamp et al. (Hg.): Innovative Versorgungsmodelle. Entwicklungen. Perspektiven. Chancen, Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2023, S. 101-110

## „Erfahrungen als Fallmanagerin anhand von Fallbeispielen“

Jannine Fermumm, Berufsförderungswerk Sachsen-Anhalt gGmbH

Der Beitrag beleuchtet Erfahrungen im Fallmanagement nach medizinischer Rehabilitation (FM) im Leistungsangebot der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland anhand konkreter Praxisbeispiele. Es werden mehrere Erfahrungsebenen aufgegriffen wie institutionelle und arbeitsplatzbezogene Rahmenbedingungen, die Zusammenarbeit mit Leistungsträgern und Kooperationspartnern im Versorgungssystem, die Interaktion in der Berater-Beratenden-Beziehung. Ziel ist es, Chancen und Herausforderungen im FM bei der Förderung der beruflichen Wiedereingliederung sichtbar zu machen und dabei die Komplexität individueller Bedarfslagen zu verdeutlichen.

Ein aktuelles Fallbeispiel unterstreicht diese Dynamik: Herr B., 58 Jahre, aus Sachsen-Anhalt, arbeitslos, arbeitsunfähig aus der medizinischen Rehabilitation entlassen. Er verfügt über keine finanziellen Mittel. Krankengeld wird aufgrund einer ungeklärten Schuldenproblematik derzeit nicht gezahlt, zusätzlich bestehen erhebliche private Verbindlichkeiten. Strom, Gas und Wasser sind abgestellt, was die alltägliche Versorgung unmöglich macht. Die Lebenslage ist durch existenzielle Notlagen gekennzeichnet, die zunächst unabhängig von beruflicher Wiedereingliederung bewältigt werden müssen.

Das FM steht in diesem Kontext vor der Aufgabe, auf institutioneller Ebene Schnittstellen zwischen Gesetzlicher Krankenversicherung, Deutscher Rentenversicherung, Arbeitsverwaltung und kommunaler Daseinsvorsorge zu gestalten. Versorgungsorientiert gilt es, kurzfristige Stabilisierung durch sozialrechtliche Klärungen und Hilfestrukturen einzuleiten, während mittel- und langfristig Perspektiven der beruflichen Reintegration entwickelt werden. Gleichzeitig sind Selbsthilfe-Ressourcen, etwa durch soziales Umfeld oder Schuldnerberatung, zu mobilisieren. Auf der Ebene der Berater-Beratenden-Beziehung erfordert die Situation ein hohes Maß an Empathie, Flexibilität und methodischer Vielfalt, um Vertrauen aufzubauen und Motivation zu fördern.

Die dargestellten Erfahrungen zeigen, dass FM weit mehr ist als eine lineare Koordinationsleistung: Es verbindet strukturelle, soziale und individuelle Dimensionen, um Menschen in prekären Lebenslagen nachhaltig bei der Rückkehr ins Erwerbsleben zu unterstützen.

## „Aktuelle Entwicklungen zur Umsetzung des Fallmanagements in der DRV“

Dr. Marco Streibelt, Deutsche Rentenversicherung Bund

Leistungen zur Teilhabe im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung (DRV) sind darauf ausgerichtet, die berufliche Teilhabe von Menschen zu sichern, die aufgrund einer chronischen Erkrankung ein Risiko besitzen, aus der Erwerbsarbeit herauszufallen. Angesichts vielfältiger gesellschaftlicher Trends, der herausfordernden demografischen Entwicklung und neuer rechtlicher Anforderungen verändern sich Reha-Bedarfe. Darauf sollte das Reha-System reagieren können und zukunftsfähige Leistungen und Prozesse anbieten.

Eine der größten Herausforderungen liegt in der rehabilitativen Versorgung von Menschen mit komplexen Bedarfen. Solche Bedarfe können in der Regel nicht ausreichend durch eine isolierte Leistung adressiert werden; in diesen Fällen ist eine auf die individuellen Bedarfe zugeschnittene Reha-Strategie notwendig. Dies erfordert die Organisation und Koordinierung verschiedener Leistungen aus – im Zweifel – auch verschiedenen Rechtskreisen. Angesichts der stark gegliederten Verantwortlichkeiten und des komplexen Sozialrechts braucht es Expert:innen, um effektive und effiziente Reha-Strategien zu entwickeln und zu begleiten. Dies ist die zentrale Aufgabe von Fallmanagement.

Im Vortrag wird aufgezeigt, was die Rentenversicherung unter Fallmanagement versteht, welche Ziele sie mit der Einführung verfolgt, wie der Bedarf hierfür gesehen wird, welche Erfahrungen bereits gemacht wurden und was das für die zukünftige Ausgestaltung bedeutet. Ziel des gesamten Entwicklungsprozesses ist das bundesweit flächendeckende Angebot eines DRV-Fallmanagements.

Platz für Ihre Notizen

