



Ausschussdrucksache 21(11)33
vom 29. Oktober 2025

Schriftliche Stellungnahme

des Verbandes Deutsche Gesellschaft für Care und Case
Management e.V.

Öffentliche Anhörung

zu dem Gesetzentwurf

Entwurf eines Gesetzes Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung des Sechsten Buches Sozi-
algesetzbuch und anderer Gesetze (SGB VI-Anpassungsgesetz – SGB VI-AnpG)
BT-Drucksache 21/1858



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR CARE UND CASE
MANAGEMENT

DGCC Geschäftsstelle – Friesenring 32 - 48147 Münster

An den
Deutschen Bundestag
Ausschuss für Arbeit und Soziales
Bernd Rützel, MdB

Münster, 27.10.2025

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management e.V. zum Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (SGB VI-Anpassungsgesetz - SGB VI-AnpG)

Prof. Dr. Hugo Mennemann

(Selbstausskunft: Für das Münsteraner Institut für Forschung, Fortbildung und Beratung führe ich Case Management-Schulungen auch bei Trägern der Rentenversicherung durch und berate die Träger bzgl. der Implementierung von Care und Case Management.)

Wir bedanken uns, zu dem im Gesetzentwurf dargelegten und erläuterten §13a SGB VI Stellung beziehen zu können.

Gliederung

1. Vorstellung der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (DGCC)
2. Kernaussage der Stellungnahme und fachliche Einordnung
3. Kurze Kommentierung der einzelnen Absätze des § 13a
4. Fachlich differenzierende Anmerkungen zu §13a im Überblick
5. Zusammenfassung und Ausblick

1. Vorstellung der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (DGCC)

Die DGCC fördert die Entwicklung und Anwendung von Care und Case Management zur Verbesserung der Versorgung von Personen mit (komplexem) Unterstützungsbedarf. Dazu hat die Fachgesellschaft handlungsfeldübergreifende, fachliche und ethische Leitlinien von Case Management sowie Zertifizierungsgrundlagen für Weiterbildungsinstitute, für Case Management-Ausbilder:innen und das Case Management

Prof. Dr. Hugo Mennemann
Erster Vorsitzender
Deutsche Gesellschaft
für Care und Case Management (DGCC)
c/o FH Münster / SW
Friesenring 32
48147 Münster

Sprechzeiten / Kontakt:
Mo 16:30 – 19:30 Uhr
Mi und Fr 16:00 – 19:00 Uhr
E-Mail: info@dgcc.de www.dgcc.de
Tel.: 0152 2868 2280

Sparkasse Rheinhessen
IBAN: DE03 5535 0010 0200 0105 85
SWIFT-BIC: MALADE51WOR

anwendende Leistungsträger und Leistungserbringer formuliert¹. Leitlinien zum Care Management (Netzwerkaufbau) und zur Forschung im Care und Case Management (inklusive Fallmanagement und Lotsenprojekte) werden erstmals in der Zeitschrift Case Management in Ausgabe 4/2025 zur Diskussion gestellt und sollen in 2026 erlassen werden.

2. Kernaussage der Stellungnahme und fachliche Einordnung

Die Zielsetzung des §13a, eine rechtskreisübergreifende Teilhabeunterstützung unter Stärkung der Beteiligung von Versicherten mit Hilfe von Fallmanagement anzustreben (Gesetzentwurf, S. 33), verbessert insbesondere die Unterstützung von Versicherten in komplexen Hilfesituationen. Der Gesetzentwurf knüpft dabei an zentrale, erfolgreich evaluierte Inhalte von Rehapro-Projekten sinnvoll an (vgl. Gesetzentwurf, S. 51ff.) und schafft Klarheit für eine Regelversorgung. Er sorgt für eine wertvolle und für den ermöglichten Handlungsvollzug der Träger der Rentenversicherung notwendige Spezifizierung zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben im SGB VI.²

Das Gesetz kann als eine weitere wesentliche Grundlage rechtskreisübergreifender Hilfestellung verstanden werden. Es ist zu begrüßen, wenn eine rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit und Fallmanagement in Zukunft in allen Sozialgesetzbüchern im Sozial- und Gesundheitsbereich aufgegriffen werden.

Menschen benötigen vor allem in komplexen, überfordernden Situationen Ansprechpersonen, die in der Lage sind, alle Lebensbereiche bedarfsorientiert in den Blick zu nehmen und notwendige Hilfe zu koordinieren. Zu häufig werden hilfebedürftige Menschen auf andere Träger verwiesen und fühlen sich nicht ernst genommen und allein gelassen. Die koordinierenden Ansprechpersonen (Fallmanager:innen) benötigen ein aufgebautes Netzwerk vor Ort, um notwendige Hilfe im Einzelfall koordinieren zu können. Von diesem hängen wesentlich Arbeitsaufwand und Erfolg der personenbezogenen Fallmanager:innen ab.

Fallmanagement ist zu verstehen als personen- und bedarfsorientierte Steuerung unterschiedlicher Professionen und Organisationen, die in komplexen Hilfesituationen am Einzelfall beteiligt sind. Denn 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. Zudem werden für die Finanzierung des Sozial- und Gesundheitswesens sich abgrenzende, nicht abgestimmte Hilfen, Fehlzusweisungen, Brüche zwischen Versorgungsformen und nicht erkannte Bedarfe letztlich unverhältnismäßig teuer. Mit Hilfe eines implementierten Care und Case Management-Konzeptes, das dem Fallmanagement-Konzept der DRV Bund nach

¹ Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (Hrsg.): Case Management Leitlinien. Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen. Medhochzwei: Heidelberg, 2., neu bearbeitete Auflage 2020.

² An dieser Stelle verweisen wir auf unsere ausführliche fachliche Stellungnahme von Juni 2024 zum Antrag der CDU/CSU-Fraktion (Drucksache 20/9738): Reintegration in das Erwerbsleben verbessern – durch Lotsen positive Effekte für den Arbeitsmarkt und die Sozialversicherungen nutzen, die dem Kern nach gültig bleibt.

§13a SGB VI zugrunde gelegt werden sollte, können Lösungswege angesichts sich verändernder gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, die eine Zunahme von Komplexität auf individueller und gesellschaftlicher Ebene zur Folge haben, strukturiert beschriftet werden.

Das Handlungskonzept zielt im Kern auf eine personenzentrierte Gestaltung von Strukturen und Prozessen in Organisationen und regionalen Versorgungsgefügen. Damit werden die Ebenen einer Versorgung im Einzelfall, der qualitätsorientierten Gestaltung einer Organisation sowie eines regionalen Versorgungsgefüges personenzentriert zusammengedacht. Dem Care Management kommt in seiner Rahmung eine Schlüsselrolle bei der Umsetzung des Case Managements zu. Das Fallmanagement-Konzept der Träger der Rentenversicherung nach §13a SGB VI sollte Care, Care Management und Case Management beinhalten.

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 benötigen 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.

3. Kurze Kommentierung der einzelnen Absätze des § 13a

Absatz 1: Es ist fachlich richtig, die Handlungsmöglichkeiten der Rentenversicherungsträger zur flexiblen und passgenauen Teilhabeunterstützung zu erweitern, ohne Fallmanagement als Rechtsanspruch für Versicherte zu formulieren. Denn die Entscheidung für ein die Rehafachberatung sinnvoll ergänzendes Fallmanagement können im Einzelfall nicht die Versicherten treffen. Das ist Aufgabe der Fachkräfte.

Das benannte Ziel eines „rechtskreisübergreifenden Fallmanagements durch die Träger der Rentenversicherung“ (Gesetzentwurf, S.33) kann jedoch nur erreicht werden, wenn die Träger der Rentenversicherung in der Gesetzgebung ergänzend in Absatz 1 ausdrücklich verpflichtet werden, konzeptgebunden personenzentriert vorzugehen und grundsätzlich Fallmanagement selber vorzuhalten. Ansonsten besteht die Gefahr, dass einige Träger der Rentenversicherung das Gesetz nutzen, bestehende Beratungsstrukturen zurückzubauen.

Absatz 2: Eine ausdrückliche Verbindung zum SGB IX herzustellen, ist zu begrüßen. Die Aufnahme des Präventionsgedankens ist weiterführend.

Absatz 3: Die differenzierte Beschreibung der Inhalte des Fallmanagements in mehreren Unterpunkten in Anbindung an das SGB IX ist notwendig und auch aus fachlicher Sicht gelungen.

Absatz 4: Eine vollständige Weitergabe des Fallmanagements an Dritte ohne jegliche Begrenzung würde nicht dazu führen, dass sich alle Träger der Rentenversicherung verpflichtet sehen und in die Lage versetzen, grundsätzlich personenzentriert und rechtskreisübergreifend zu agieren. Vielmehr besteht sogar die Gefahr, dass einzelne Träger der Rentenversicherung bei einem umfassenden Verständnis von Fallmanagement, das nahezu alle Formen von Beratung beinhaltet, die eigene Beratungsleistung in der aufgebauten Struktur zurückfahren und verstärkt auf Verwaltungsvorgänge setzen.

Deswegen schlägt die DGCC den Absatz 4 modifizierend vor, eine Begrenzung einer vollständigen Weitergabe auf Personengruppen mit spezifischem Bedarf vorzusehen. Diese Personengruppen sollten in dem gemeinsamen Rahmenkonzept der DRV Bund benannt werden.

Absatz 5: Die Möglichkeit der Beauftragung Dritter mit Fallmanagement bei spezifischen Anforderungen im Einzelfall ist sinnvoll, um eine unnötige Überbeanspruchung der Berater:innen der Träger der Rentenversicherung zu vermeiden sowie kompetenzbezogen und personenzentriert Hilfe in allen Einzelfällen zu gewähren. Das gemeinsame Rahmenkonzept sollte fachlich eindeutig formuliert werden.

Absatz 6: Ein Zusammendenken des Fallmanagements und des Teilhabeplanverfahrens nach dem neunten Sozialgesetzbuch ist zielführend, um Doppelstrukturen zu vermeiden.

Die DGCC schlägt darüber hinaus zwei Ergänzungen in zwei weiteren Absätzen vor:

Zum einen sollten die Träger der Rentenversicherung gesetzlich ausdrücklich angehalten werden, sowohl vernetzt mit anderen Leistungsträgern im Sozial- und Gesundheitswesen im Sinne des BTHG als auch vor Ort mit zentralen Leistungserbringern zusammenzuarbeiten. Dazu sollte das gemeinsame Rahmenkonzept der DRV Bund Standards der Zusammenarbeit beinhalten. Denn ohne eine bestehende vernetzte Zusammenarbeit von Leistungsträgern und Leistungserbringern können kaum Effekte durch Fallmanagement erzielt werden.

Zum anderen sollte der Gesetzgeber eine (fachliche und finanzielle) Evaluation der Umsetzung des §13a sowie der Inhalte des gemeinsamen Rahmenkonzeptes der DRV Bund vorsehen, um positive Effekte vernetzter Zusammenarbeit für die weitere finanzielle Unterstützung der Träger der Rentenversicherung berücksichtigen zu können und eine stetige Weiterentwicklung personenzentrierter, integrierter Zusammenarbeit fachlich in den Blick zu nehmen.

4. Fachlich differenzierende Anmerkungen zu §13a im Überblick

- **Zu Beginn des §13a sollten die Träger der Rentenversicherung ausdrücklich verpflichtet werden, ihre Strukturen und Abläufe personenzentriert einzurichten.**

Begründung: Die im Gesetzentwurf genannte Zielsetzung sollte im Gesetz

ausdrücklich verpflichtend für die Träger der Rentenversicherung aufgeführt werden. Erst diese Verpflichtung als Grundlage des Gesetzes gibt den „kann“-Formulierungen eine entsprechende Rahmung. Denn das Ziel ist eine grundsätzlich personenzentrierte Leistungserbringung und -gewährung. Ohne diese ausdrücklich im Gesetz genannte Rahmung kann §13 missverstanden werden und einige Träger in einer Haltung bestärken, Hilfe weiterhin primär verwaltungsbezogen und mit Blick auf die Rechtssicherheit und Interessen des eigenen Hauses zu erbringen. Das sollte verhindert werden.

- **Zudem sollten die Träger der Rentenversicherung zu Beginn verpflichtet werden, Fallmanagement grundsätzlich vorzuhalten.**

Begründung: Viele Beratungssituationen können mit Hilfe einfacher Koordinationsleistungen in Netzwerken gut bearbeitet werden. Diese grundsätzlich erwartbare Leistungserbringung halten die meisten Träger der Rentenversicherung bereits vor, aber nicht alle. Fallmanagement als Umsetzung von Care und Case Management ist weniger zu verstehen als eine additive Leistungserbringung, die nur bei ganz spezifischem, komplexem Beratungsbedarf auf der Einzelfallebene greift. Die Übergänge zwischen RehaFachberatung und Fallmanagement sind fließend. Mit der Implementierung von Fallmanagement versetzen sich die Träger grundsätzlich in die Lage, personenzentriert zu handeln, um auch mit Hilfe von Fallmanagement Versicherte in komplexen Hilfesituationen adäquat, effektiv und effizient zu begleiten. Nur so kann integrierte Zusammenarbeit zwischen Trägern und Leistungserbringern erreicht werden. Personenzentrierung sollte neben Rechtssicherheit und verwaltungsbezogenen Vorgängen zu einem zentralen Bestandteil des Qualitätsmanagements der Leistungsträger werden.

- **Eine vollständige Weitergabe des Fallmanagements an Dritte (Absatz 4 §13a) sollte auf zu definierende Versichertengruppen begrenzt werden.**

Begründung: Absatz 4 sieht im Gesetzesentwurf derzeit die Möglichkeit der kompletten Weitergabe des Fallmanagements an Dritte vor. Bei einem umfangreichen Verständnis von Fallmanagement kann dies sogar zum Abbau bestehender Beratungsstrukturen führen. Der Schlüssel der Veränderung im Sozial- und auch im Gesundheitswesen ist eine verpflichtende personenzentrierte Zusammenarbeit unterschiedlicher Leistungsträger und Leistungserbringer, wie sie auch im BTHG vorgesehen ist. Eine Zusammenarbeit setzt voraus, dass alle Träger personenzentrierte Konzepte entwickeln und umsetzen. §13a Absatz 4 kann dies kontraproduktiv verhindern. Eine komplette Weiterleitung des Fallmanagements dürfte zudem zu erheblichen Mehrkosten führen. Es entstehen neue Schnittstellen und die Einzelfallkosten dürften bei Drittanbietern deutlich höher sein als ein von den Rentenversicherungsträgern im eigenen Hause durchgeführtes Fallmanagement. Bei definierten Versichertengruppen mit z.B. hohem Betreuungsbedarf macht eine komplette Weitergabe an Leistungserbringer, die sozialpädagogische Begleitung mit RehaFachberatung und Fallmanagement vorhalten, Sinn.

- **Das Ziel der SGB-übergreifenden, vernetzten oder integrierten Zusammenarbeit sollte im Gesetz ausdrücklich genannt werden.**

Begründung: Im Kommentar zum Gesetzentwurf wird mit Blick auf rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit auf weitere Gesetzesvorhaben verwiesen. Angesichts zunehmend komplexer Hilfsituationen und eines segmentierten Versorgungssystems unterschiedlicher Professionen, Leistungserbringer und Leistungsträger sollte der neue §13a vor allem genutzt werden, die Rentenversicherungsträger anzuhalten, verstärkt und konkret konzeptgebunden mit anderen Leistungsträgern sowie mit Leistungserbringern zusammenzuarbeiten. Die Zusammenarbeit betrifft

- erstens konkret die Zuweisung von den Rehakliniken an die Träger der Rentenversicherung. Hier soll bald verpflichtend mit einem Screening-Verfahren gearbeitet werden.
- Zweitens benötigen die Rehabiler:innen im Fallmanagement vor Ort eine verlässlich geklärte Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern, damit sie im Einzelfall die Hilfeleistungen koordinieren können. Diese Netzwerke müssen verbindlich in der Struktur noch weiter ausgebaut werden, damit über Fallmanagement Effekte erzielt werden.
- Drittens betrifft eine rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit eine im Einzelfall funktionierende Vernetzung mit anderen Leistungsträgern. Diese besteht in Teilen, sie kann weiter ausgebaut werden.
- Viertens benötigen die Träger der Rentenversicherung innerhalb der eigenen Organisation eine verbindliche, personenzentrierte, professions- und leistungsbereichsübergreifende Zusammenarbeit. Hier sind die Strukturen und Konzepte der Träger der Rentenversicherung different.
- Fünftens ist eine Zusammenarbeit auch mit den Betrieben wichtig, bei denen die Versicherten beschäftigt sind und die BEM-Verfahren durchführen. Es ist sinnvoll, bei einigen Personengruppen in das Fallmanagement BEM-Aktivitäten der Betriebe einzubeziehen. Eine Intensivierung der BEM-Verfahren, die grundsätzlich wünschenswert ist, würde jedoch viele Personengruppen, die vom Fallmanagement der Träger der Rentenversicherung profitieren, nicht erreichen.

Fallmanagement auf der Einzelfallebene bewirkt einen Mehraufwand an Arbeit, wenn die Fallmanager:innen nicht bestehende vernetzte Versorgungsstrukturen im Einzelfall nutzen können. Aus fachlicher Sicht sollten die fünf benannten Bereiche des Care Managements in der Gesetzgebung in einem eigenen Absatz Berücksichtigung finden.

- **Eine fachliche und finanzielle Evaluation der Implementierung des Fallmanagements sollte nach ca. 4 Jahren verpflichtend vorgesehen werden.**

Begründung: Umsetzung und Wirksamkeit des §13a SGB VI sowie des Gesamtkonzepts der DRV Bund sollten bzgl. der Zielerreichung überprüft werden. Die in dem Gesetzentwurf genannten Daten und Zahlen zu entstehenden Kosten stellen eine erste wertvolle Orientierung dar. Sie sollten auch im Sinne der Steuerzahlenden nach erfolgtem Aufbau vernetzter Versorgungsstrukturen überprüft werden. Den Trägern der Rentenversicherung sollte mit Blick auf Erfahrungen aus Rehapro-Projekten zum Aufbau vernetzter

Versorgungsstrukturen zunächst ca. drei Jahre Zeit gegeben werden. Danach sollte eine Evaluation, die wissenschaftlichen Kriterien gerecht wird, durchgeführt werden. Dabei sollte eine konzeptuelle Selbstdarstellung personenzentrierter Strukturen und Prozesse auf der Organisations- und der Netzwerkebene, die bei einer Implementierung sowieso erfolgen muss, sowie eine fall- und personengruppenbezogene Selbstevaluation der Rentenversicherungsträger unterstützend hinzugezogen werden können und ggf. sogar zur Überprüfung ausreichen. Sollte eine externe Evaluation von wissenschaftlichen Instituten vorgesehen werden, wäre diese vom Kostenaufwand vergleichbar mit der Evaluation der Pflegeberatung im SGB XI.

5. Zusammenfassung und Ausblick

Die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) begreift §13a SGB VI als einen wichtigen weiteren Baustein in der Sozialgesetzgebung hin zu einer personenzentrierten, rechtskreisübergreifenden, vernetzten Zusammenarbeit im Sozial- und Gesundheitswesen. Die drei zentralen Empfehlungen

- §13a SGB VI in Absatz 1 um die Verpflichtung aller Träger der Rentenversicherung, personenzentriert mit Hilfe von Fallmanagement zu arbeiten, zu ergänzen,
- integrierte Formen rechtskreisübergreifender Zusammenarbeit mit Leistungsträgern und Leistungserbringern sowie
- eine Evaluation des Konzeptes der DRV Bund inklusive der Formen vernetzter Zusammenarbeit in eigenen Absätzen verpflichtend vorzusehen

stärken die Zielperspektive des Gesetzes und bereiten weitere, notwendige Schritte personenzentrierter, rechtskreisübergreifender Leistungserbringung für alle Versicherten vor. Die Versicherten benötigen gerade in komplexen Hilfesituationen Fallmanager:innen, die vor Ort in der Lage und berechtigt sind, im Versorgungsgefüge die notwendige Hilfe bedarfsorientiert zu koordinieren. Für die Zukunft ist wünschenswert, mit Hilfe von Fallmanagement-Konzepten, die Care und Case Management umsetzen, Personenzentrierung und integrierte Zusammenarbeit im gesamten Sozial- und Gesundheitsbereich über die Gesetzgebung verpflichtend vorzusehen. Der „Game Changer“ im Sozial- und Gesundheitswesen ist nicht Fallmanagement auf der Einzelfallebene, sondern eine deutlich weiterentwickelte, personenzentrierte, sektoren-, organisations- und professionsübergreifende Zusammenarbeit (Care Management).

Prof. Dr. Hugo Mennemann

Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management e.V.