

KÖLN, 01.12.2020

PROJEKTINFORMATION NR. 2 – KIT



Gefördert durch:



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Was macht Fallmanagement aus?

Begriffe, Charakteristika, Vorgehensweisen und Zugangswege

DIESE PROJEKTINFORMATION

Inhalt

Wie stehen Fallmanagement und Case Management zueinander?	3
Was sind die Charakteristika von Fallmanagement?	4
Was sind die Aufgaben der Fallmanagerinnen und Fallmanager?	5
Das Stufenschema im Fallmanagementkonzept der DRV	7
Zuweisung zum Fallmanagement	9
Spezielles zum Fallmanagement im Projekt KiT	11

Diese Projektinfo wendet sich an alle Akteurinnen und Akteure im rehapro-Projekt „Koordination individueller Teilhabe – KiT“. Sie dient dazu, ein einheitliches Verständnis einiger Begriffe und Vorgehensweisen zu schaffen, die für das Projekt KiT von wesentlicher Bedeutung sind.

Konkret wird das Verhältnis der Begriffe Case Management und Fallmanagement zueinander erläutert. Die Charakteristika von Fallmanagement werden dargestellt und die Aufgaben der Fallmanagerinnen und Fallmanager beschrieben.

Des Weiteren wird auf das Stufenschema des in den Jahren 2015 bis 2017 entstandenen Fallmanagementkonzepts der DRV und auf die dort beschriebene Zuweisung zum Fallmanagement eingegangen. Das Fallmanagementkonzept dient als fachliche Grundlage für das Projekt KiT.

Letztendlich werden spezielle Rahmenbedingungen vorgestellt, die für das Projekt KiT von den einzelnen Verbundpartnern schon in der Phase der Antragstellung definiert wurden.

WIE STEHEN FALLMANAGEMENT UND CASE MANAGEMENT ZUEINANDER?

Case Management und Fallmanagement vereint, dass sich hinter beiden Begriffen eine Vorgehensweise verbirgt, die Menschen in besonders schwierigen Lebenslagen Unterstützung, Begleitung und Förderung bietet.

Ziel dieser Vorgehensweise ist es, auf Basis der bio-psycho-sozialen Definition von Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und im Zuge eines individuellen und bedarfsorientierten Beratungs- und Betreuungsprozesses, gemeinsam mit den betroffenen Personen ihre selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu erreichen/sicherzustellen. Orientiert am individuellen Bedarf und den ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen werden unter medizinischen, beruflichen und sozialen Gesichtspunkten attraktive, realistische Ziele sowie passgenaue Maßnahmen vereinbart und ihre Umsetzung gesteuert.

Die zugrundeliegenden Prinzipien des Case Management wurden von der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) formuliert und bilden einen Standard im Sozial- und Gesundheitswesen.

Als Fallmanagement werden spezielle auf Case Management basierende Unterstützungskonzepte bezeichnet, die in den beteiligten Organisationen strukturell und prozessual verankert sind. Im Folgenden und generell im Projekt KiT verwenden wir den Begriff „Fallmanagement“.

Aus dem Fallmanagementkonzept der DRV (2017):

„Das Fallmanagement der Deutschen Rentenversicherung ist eine am individuell zu ermittelnden Bedarf ausgerichtete Vorgehensweise und verfolgt primär das Ziel der Erhaltung und Wiedererlangung der Teilhabe am Arbeitsleben. Kernelemente sind eine personenorientierte Beratung, Planung, Begleitung und Koordination des Rehabilitationsprozesses. Fallmanagement greift die besonderen beruflichen Problemlagen auf und umfasst unterschiedliche Intensitätsstufen. Dabei ist die schnittstellenübergreifende Vernetzung benötigter Leistungsangebote von zentraler Bedeutung. Bei der Bedarfsermittlung wird das bio-psycho-soziale Modell der ICF zugrunde gelegt. Die Ausgestaltung des Fallmanagements im Einzelfall ist in entscheidendem Maße abhängig vom fördernden und hemmenden Einfluss der personal- und umweltbezogenen Kontextfaktoren. Die selbstbestimmte Teilhabe des Versicherten bleibt wesentliches Ziel des Fallmanagements. Das Management im Einzelfall bedarf einer adäquaten Einbindung in die Organisation und in das regionale Versorgungssystem. Die Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen und die Vernetzung mit anderen Akteuren stellen dabei Organisationsaufgaben der Rentenversicherungsträger dar.“

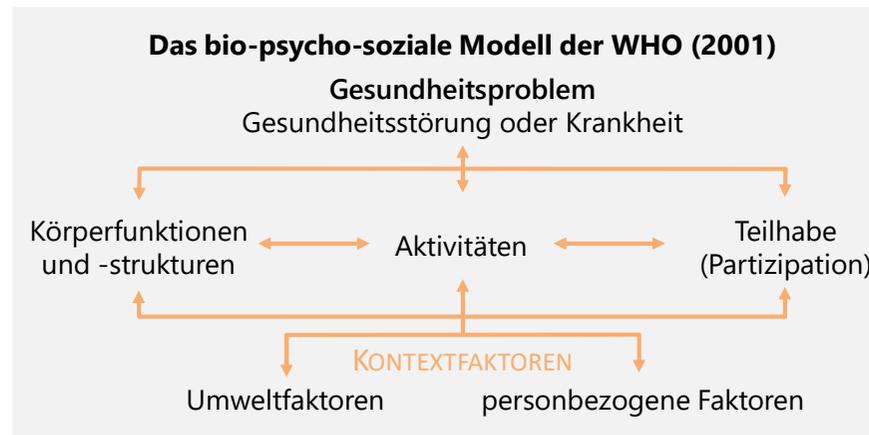
WAS SIND DIE CHARAKTERISTIKA VON FALLMANAGEMENT?

Ein wesentliches Merkmal von Fallmanagement besteht darin, die betroffenen Menschen individuell und persönlich zu begleiten, zu beraten und ihre Versorgung sicherzustellen. Wenn aufgrund der Komplexität der Problemlage, die bekannten Regelversorgungspfade den Bedarf nicht ausreichend decken können, kommt Fallmanagement zum Einsatz. Dann sind zusätzliche Leistungsangebote zu erschließen und individuell zu kombinieren.

Eine Herausforderung liegt im Erkennen der Komplexität einer Problemlage und der anschließenden Analyse der Lebenssituation der betroffenen Person. Besonders wichtig ist die Identifikation derjenigen Faktoren (Kontextfaktoren), die oftmals im Verborgenen liegend für die Komplexität der Situation ursächlich sind und Gesundheitsverläufe entscheidend beeinflussen können.

Diese Kontextfaktoren sind im bio-psycho-sozialen Modell der WHO als „Umweltfaktoren“ und „personbezogene Faktoren“ verankert. Ihre Eigenschaft ist es, dass sie bei jedem Menschen ganz individuell ausgeprägt sind und sowohl fördernd als auch hemmend auf den Rehabilitationsprozess wirken können.

Kontextfaktoren als Herausforderung



Umweltfaktoren stellen gemäß WHO materielle, soziale und einstellungsbezogene Faktoren dar, wie z. B. die Familie, die Wohn- und Arbeitsumgebung des Menschen sowie auch technische Geräte oder sonstige Hilfsmittel. Zu den personbezogenen Faktoren zählen Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Erziehung, Bildung, Beruf, sozialer Hintergrund,

andere Gesundheitsprobleme, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Bewältigungsstile, vergangene oder gegenwärtige Erfahrungen, wie auch das psychische Leistungsvermögen.

WAS SIND DIE AUFGABEN DER FALLMANAGERINNEN UND FALLMANAGER?

Charakteristisch für ein Fallmanagement ist, dass die Verantwortung für die Planung und Steuerung der personenzentrierten Leistungen in den Händen einer Person, und zwar der Fallmanagerin bzw. des Fallmanagers liegt, die allen Beteiligten bekannt ist.

Nach der Kontaktaufnahme ist der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses eine erste wichtige Aufgabe. Zunächst ist eine vorliegende Problemsituation anhand eines Screenings zu identifizieren. In der vertieften Analyse wird anschließend das Ausmaß der benötigten Unterstützung ermittelt. Es gilt sich einen Überblick über die Teilhabe-störung und die fördernden und hemmenden Kontextfaktoren zu verschaffen, um die Intensität der benötigten Beratung, Begleitung und Koordinationsleistung prognostizieren zu können.

Im Dialog mit den Versicherten sind deren Wünsche und Anliegen bei der Entwicklung von Lösungsansätzen aktiv einzubeziehen. Es werden Ziele und passende Maßnahmen in einem Reha- oder Teilhabeplan vereinbart. Diese Vereinbarungen betreffen nicht nur den Zuständigkeits- bzw. Leistungsbereich der eigenen Organisation, sondern haben alle Teilhabeleistungen im Blick.

Im Folgenden besteht die zentrale Aufgabe darin, einen niedrigschwelligen Zugang zu den benötigten Leistungsangeboten zu

schaffen. Dazu wird auf bereits bekannte Angebote und Regelversorgungspfade zurückgegriffen, die nach Bedarf auch trägerübergreifend um weitere Leistungsbausteine ergänzt werden. So wird auf Grundlage einer individuellen Bedarfsermittlung eine fallbezogene und bedarfsorientierte Vernetzung von Leistungsträgern und Leistungsanbietern angestoßen, die von der Fallmanagerin bzw. dem Fallmanager gesteuert wird.

Im Verlauf des Fallmanagements kann und wird es passieren, dass sich ändernde Rahmenbedingungen und unvorhergesehene Entwicklungen eine Neuausrichtung der Planung erfordern und der Versorgungspfad entsprechend individuell angepasst wird. Sind alle Maßnahmen abgeschlossen, steht am Ende die Überprüfung der erreichten Ziele an. Der gesamte Prozess ist zu evaluieren und auf Optimierungspotenziale hin zu untersuchen.

Im gesamten Prozess kommen dem Fallmanager bzw. der Fallmanagerin je nach aktueller Situation verschiedene Rollen zu. Das

ist die Rolle eines Unterstützers im Sinne einer Ressourcenorientierung, eines Fürsprechers, wenn es z.B. um die Erhaltung des Arbeitsplatzes geht, die Rolle eines Vermittlers, der Leistungsangebote erschließt und den Weg dorthin ebnet und die Rolle eines Zuweisers, der die notwendigen Schritte einleitet, damit eine zügige, nahtlose und qualitätsgesicherte Leistungserbringung gewährleistet ist.



WAS SIND DIE AUFGABEN DER FALLMANAGERINNEN UND FALLMANAGER?

- vom Bedarf der Versicherten zu den Leistungen
- von der Organisations- zur Adressatenorientierung



- Kontakt aufnehmen
- Vertrauen aufbauen
- Kontextfaktoren ermitteln
- Ressourcen aktivieren
- Begleiten/Unterstützen
- Intensität zurückfahren
- Unterstützung beenden



- Bedarfe erkennen
- Bedarfe ermitteln
- Ziele finden
- Vereinbarungen treffen
- Maßnahmen planen und überwachen
- Erfolg überprüfen



- Angebote kennen
- Standardpfade beherrschen
- Zugänge schaffen
- Netzwerke aktivieren und erweitern
- Intervenieren und korrigieren
- Leistungen anpassen
- fehlende Angebote initiieren

DAS STUFENSHEMA IM FALLMANAGEMENTKONZEPT DER DRV

Grundsätzlich lässt sich das Fallmanagement entsprechend der oben skizzierten Aufgaben in fünf Phasen einteilen: Die Fallidentifikation (Bedarfserkennung), die Bedarfsermittlung, die Reha-Planung, die Steuerung und Überwachung der Leistungserbringung sowie die Evaluation des Einzelfalls.

Da die Intensität der Beratung und Betreuung innerhalb dieser Phasen aufgrund der individuellen Problemlagen sehr unterschiedlich sein kann, ist im Fallmanagementkonzept der DRV ein Stufenschema vorgesehen, in dem drei Intensitätsstufen des Fallmanagements unterschieden werden. In der Praxis ist der Übergang zwischen diesen Stufen allerdings fließend. Das bringt die Vielfalt und Komplexität der individuellen Problemlagen mit sich und auch die Tatsache, dass sich Umstände auch erst im Laufe des Fallmanagements ergeben können, die eine Höher- oder Herunterstufung erforderlich machen.

Es gibt aber durchaus Kriterien, mit deren Hilfe die einzelnen Stufen voneinander unterschieden werden können: Das ist vor allem die Zahl der Netzwerkpartner, die über die Regelversorgungspfade hinaus einbezogen werden und der damit verbundene Koordinationsaufwand.

1

Wenn zur Sicherstellung des Erfolgs des Fallmanagements der Regelversorgungspfad ausreichend erscheint, der im Idealfall als Selbstläufer bezeichnet werden kann, erfolgt lediglich eine kurze ergänzende Bedarfsanalyse und persönliche Beratung durch die Fallmanagerin bzw. den Fallmanager sowie die Vermittlung zu einem bereits bekannten Leistungserbringer/Netzwerkpartner. Dies entspricht der **Stufe 1**.

2

Ist zur Deckung des Bedarfs neben der Beratung und Vermittlung weiterer Maßnahmen eine intensivere Abstimmung mit mehreren Netzwerkpartnern in einem bestehenden Versorgungsnetz erforderlich bzw. es ergibt sich ein erhöhter Koordinierungsaufwand, handelt es sich um **Stufe 2**.

3

In wenigen, sehr komplexen Fällen, reichen die bereits bekannten und im Netzwerk vorhandenen Angebote zur Deckung des individuellen Bedarfs nicht aus. Hier ist es notwendig, dass neue Angebote erschlossen und passend in das Netzwerk der Leistungserbringer eingebunden werden. Diese Aufgabe entspricht der **Stufe 3**.

DAS STUFENSCHEMA IM FALLMANAGEMENTKONZEPT DER DRV

Intensitätsstufen	Verfahren	Zielgruppe	Akteure	Intensität
1	Beratung und Begleitung ohne umfassende Koordination	bei Rehabilitationsbedarf und Bedarf an personalisierter Beratung	wenige Akteure, i. d. R. eines Leistungsträgers	niedrig Erstberatung und ggf. weitere Kontakte nach Bedarf
2	Beratung, Begleitung und Koordination auf Basis bestehender Versorgungspfade und Netzwerkstrukturen	bei häufig wiederkehrenden, ähnlichen Fallkonstellationen mit erhöhter Bedarfslage	mehrere Akteure in bestehenden Netzwerken	mittel regelmäßige Kontakte
3	Beratung, intensive Begleitung und individualisierte Koordination auf Basis neuer Netzwerkstrukturen	bei komplexer, schwierig abzuschätzender Bedarfslage	mehrere bis viele Akteure, z. T. in neuartiger Konstellation	hoch regelmäßige Kontakte in kürzeren Abständen

Quelle: Konzept zum „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“ der Deutschen Rentenversicherung, 2017

ZUWEISUNG ZUM FALLMANAGEMENT

Zunächst ist es erforderlich, dass so früh wie möglich Hinweise auf komplexe Problemlagen erkannt werden, die eine Zuweisung zum Fallmanagement sinnvoll erscheinen lassen (Bedarfserkennung). Diese Hinweise können z. B. aus der medizinischen Rehabilitation, aus einem Antrag auf Leistungen zur Teilhabe, von anderen Leistungserbringern oder Leistungsträgern, vom medizinischen Dienst sowie weiteren Stellen stammen. Dazu ist es erforderlich, dass ein für diesen

Arbeitsschritt speziell entwickeltes Screening-Instrument eingesetzt wird, das die Erfassung entsprechender Risikofaktoren ermöglicht.

Die Herausforderung ist, dass nur Personen ins Fallmanagement aufgenommen werden, die wirklich eines benötigen, ein tatsächliches Erfordernis aber nicht übersehen wird.

Im Anschluss an die Bedarfserkennung gilt es, sich einen möglichst aussagekräftigen Überblick über die vorliegende Problemlage zu verschaffen, um die Auswahl der passenden Intensitätsstufe für das Fallmanagement treffen zu können.

Ein wesentliches Kriterium für die Auswahl ist, dass sich die Bedarfslage so komplex darstellt,

dass eine einfache Information oder Beratung oder auch eine Versorgung entlang bekannter Pfade nicht ausreicht. Dementsprechend ergeben sich für die Zuweisung einer Person ins Fallmanagement einige Leitfragen:

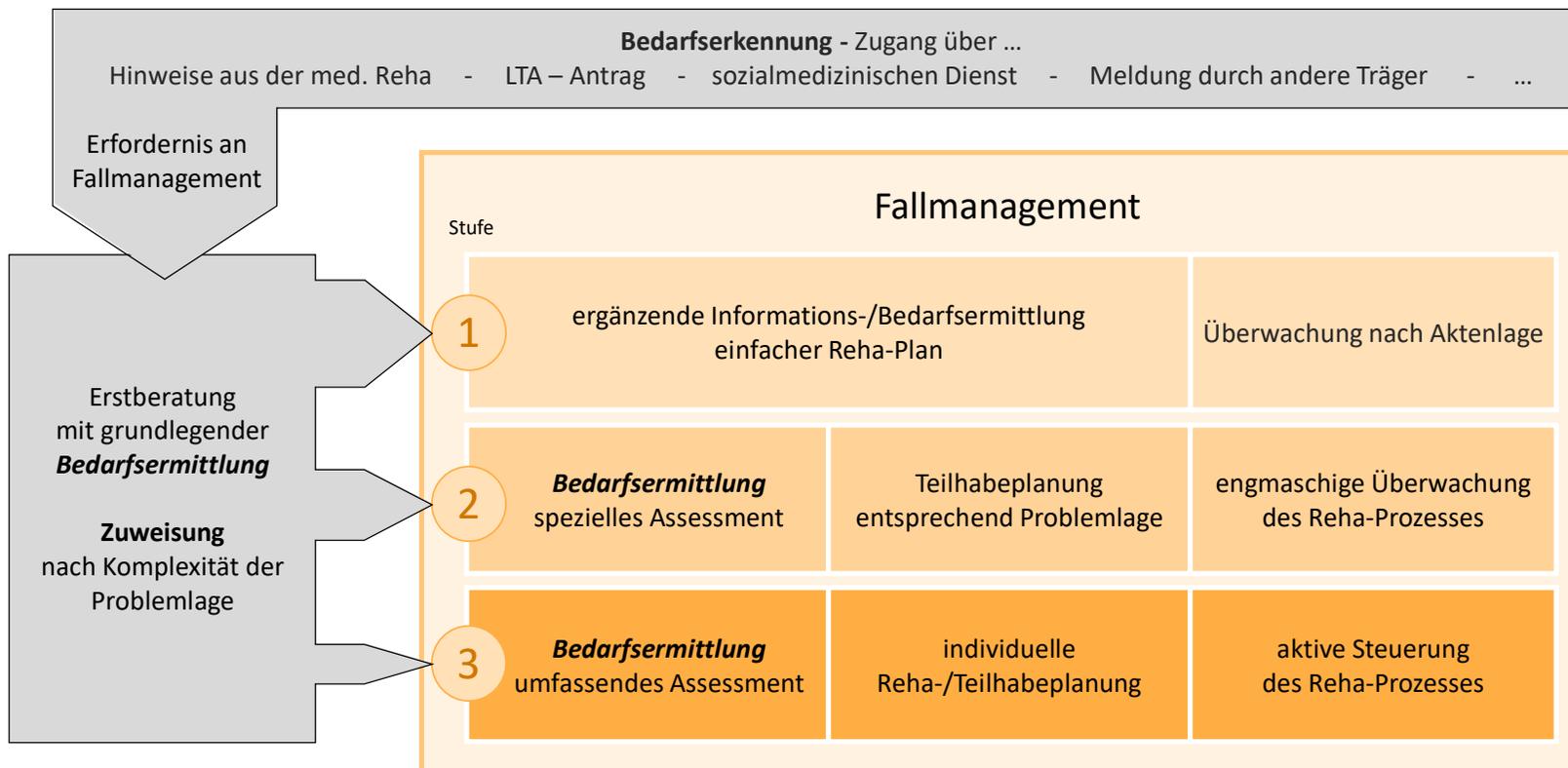
- Gibt es Anzeichen für Probleme im beruflichen Bereich, insbesondere im Hinblick auf den Erhalt oder die Wiedererlangung eines Arbeitsplatzes?
- Gibt es Anzeichen im arbeitsbezogenen Verhalten und Erleben einer Person, die eine intensivere Betreuung bei der beruflichen (Wieder-)Eingliederung notwendig machen?
- Gibt es Anzeichen dafür, dass die gesundheitliche Situation eine intensivere Betreuung bei der beruflichen (Wieder-) Eingliederung notwendig macht?
- Gibt es Anzeichen für Störfaktoren aus dem sozialen Umfeld?
- Gibt es Anzeichen für finanzielle Schwierigkeiten?
- Gibt es Anzeichen für darüber hinaus hemmend oder auch fördernd wirkende umwelt- oder personbezogene Faktoren?

Je nach Ausprägung der einzelnen Problemfelder ist dann eine Zuweisung zu den Stufen 1, 2 oder 3 vorzunehmen oder letztendlich doch kein Fallmanagement notwendig.

Wesentliche Risikofaktoren bzw. Risikokonstellationen, die es im Zuge des Screenings zu berücksichtigen gilt, sind u.a.:

- Arbeitslosigkeit, befristete Beschäftigung oder Mehrfachbeschäftigung
- Geringes Bildungsniveau (schulisch/beruflich)
- Komorbiditäten, Rückfall oder erhöhtes Rückfallrisiko (Relaps)
- Soziale Krisen und Belastungslagen, beispielsweise familiäre Konfliktsituationen, Krankheit und Pflege Angehöriger
- Hohe finanzielle Belastungen
- Armutsgefährdung
- Geringe soziale Unterstützung

ZUWEISUNG ZUM FALLMANAGEMENT



in Anlehnung an das DRV Konzept zum „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“, DRV 2017

SPEZIELLES ZUM FALLMANAGEMENT IM PROJEKT KiT

Für unser Projekt KiT wurden im Vorfeld durch die Verbundpartner schon bei der Antragstellung spezielle Rahmenbedingungen definiert, unter denen das Projekt gestartet und erprobt werden soll. Dazu zählen u.a. verschiedene Kriterien, mittels derer eine Vorauswahl von Versicherten zur Aufnahme in das Projektvorhaben erfolgen soll.

Das Modellprojekt sieht deshalb vor, dass in vier Modellregionen (Ost, Nordwest, Südwest und Süd) *zielgruppenspezifische Konzepte* entwickelt und für diese Gruppen Zugangswege, Bedarfs- und Versorgungslagen sowie die Vernetzungsstrukturen untersucht und erprobt werden sollen.

Insgesamt ist dabei im Rahmen des vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Zuge des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ geförderten Projekts „KiT – Koordination individueller Teilhabe“ zu gewährleisten, dass die im Antrag festgelegten Fallzahlen erreicht werden. Dies schließt auch die Möglichkeit ein, dass bei absehbar nicht zu erreichenden Fallzahlen sowohl die geplanten Zielgruppen als auch die Zugangswege angemessen erweitert bzw. ergänzt werden müssen. Aufgrund der unterschiedlichen Komplexität der individuellen Problemlagen der betroffenen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, lässt sich dies im Vorfeld nicht genau vorhersagen, sondern erst im Laufe des Projekts erkennen.

Wir koordinieren und sichern Teilhabe!