

KÖLN, 23.06.2021

PROJEKTINFORMATION NR. 3 – KiT



Gefördert durch:



Bundesministerium  
für Arbeit und Soziales



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

## Wer kommt auf welchen Wegen ins Fallmanagement?

Zielgruppen, Zugangswege sowie Ein- und Ausschlusskriterien in KiT

## DIESE PROJEKTINFORMATION

### Inhalt

Wer wird in den vier Modellregionen in das Fallmanagement aufgenommen?	3
Über welche Zugangswege gelangen die Versicherten in das Fallmanagement?	4
Was kennzeichnet Versicherte mit Fallmanagementbedarf?	6
Nach welchen Kriterien kann die Stufeneinteilung in das Fallmanagement erfolgen?	8
Was bedeutet das Ganze für das Gesamtprojekt?	11

In den vergangenen Projektinformationen wurde auf das Projekt KiT, seine Rahmenbedingungen, Ziele und Strukturen (Nr. 1) sowie das Verständnis von Fallmanagement (Nr. 2) eingegangen. In dieser Projektinformation Nr. 3 steht die Erläuterung der aktuellen Planungen zu den Zielgruppen und Zugangswegen in den vier Modellregionen im Fokus. Dabei werden unter anderem die definierten Ein- und Ausschlusskriterien der jeweiligen Zielgruppe, die Kriterien für einen

bestehenden Fallmanagementbedarf und damit die Einleitung von Fallmanagement sowie möglichen Anhaltspunkte für die Einschätzung der Fallmanagementstufe vorgestellt. Abschließend werden die getroffenen Festlegungen zur Zielgruppe und Zugangswegen noch einmal in Bezug zum Gesamtprojekt gesetzt.

## WER WIRD IN DEN VIER MODELLREGIONEN IN DAS FALLMANAGEMENT AUFGENOMMEN?

Bereits im Projektantrag zu KiT wurde festgelegt, dass sich die Modellregionen bezüglich des Fallmanagements auf unterschiedliche Zielgruppen fokussieren (siehe Abbildung S. 3). Die bereits festgelegten Zielgruppen wurden nun in den Steuerungsgruppen der Modellregionen konkretisiert. Dabei wurden sowohl modellregionenübergreifende als auch, entsprechend der Zielgruppe, modellregionenspezifische Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt (siehe Tabelle S. 4). Die festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien definieren dabei zunächst lediglich die Zielgruppe im Rahmen von KiT, sie ermöglichen keine Aussage über den tatsächlichen Fallmanagementbedarf innerhalb der Zielgruppe. Die Identifikation von Versicherten, bei denen aufgrund einer (chronischen) Erkrankung und eines komplexen Unterstützungsbedarfs eine erhebliche Gefährdung bzw. Minderung der Erwerbsfähigkeit und damit ein Bedarf an Fallmanagement vorliegt, wird erst im weiteren Fallmanagementprozess vorgenommen.

### Modellregion Nordwest

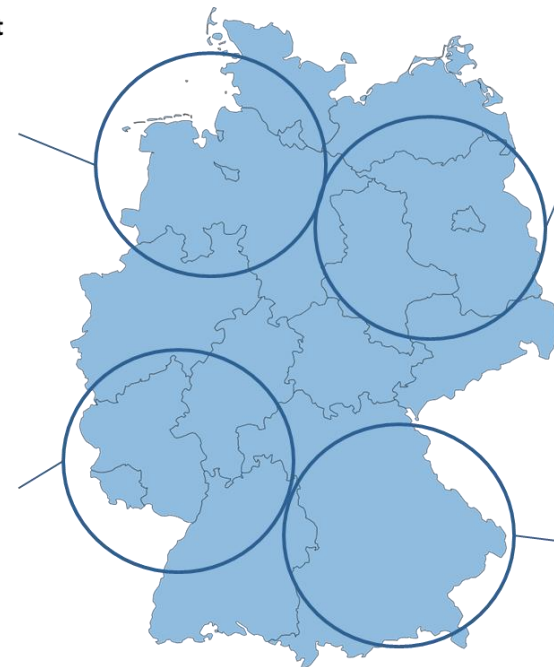
#### – Zielgruppe:

Versicherte ohne Einschränkung auf eine bestimmte Diagnosegruppe oder Problemlage

### Modellregion Südwest

#### – Zielgruppe:

Versicherte mit Hauptdiagnose psychische und psychosomatische Erkrankungen ohne Sucht (in der Hauptdiagnose)



### Modellregion Ost

#### – Zielgruppe:

Versicherte mit längerer Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit

### Modellregion Süd

#### – Zielgruppe:

Versicherte mit kardiologischen Erkrankungen

	Modellregion Ost	Modellregion Süd	Modellregion Südwest	Modellregion Nordwest
<b>Einschlusskriterien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einwilligung zur Teilnahme am Fallmanagement</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Arbeitslosigkeit länger als zwölf Monate oder</li> <li>Arbeitsunfähigkeit länger als zwölf Monate bei bestehendem Beschäftigungsverhältnis oder</li> <li>eine Kombination aus den vorangegangenen Kriterien</li> <li>Aufforderung durch die Krankenkasse nach § 51 SGB V</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Versicherte mit kardiologischen Erkrankungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Versicherte mit der Hauptdiagnose psychische und psychosomatische Erkrankungen ohne Sucht in der Hauptdiagnose: ICD F00 - F09, F17 und F20 - F99</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Versicherte ohne Einschränkung auf eine bestimmte Diagnosegruppe oder Problemlage</li> </ul>
<b>Ausschlusskriterien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wohnort außerhalb der Modellregion</li> <li>Leistungsfähigkeit von unter drei Stunden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt</li> <li>Bezug einer Altersrente von mehr als zwei Drittel (66,6 %)</li> <li>Vorliegen einer vollen unbefristeten Erwerbsminderung bzw. Bezug einer entsprechenden Rente, sofern keine positive medizinische Perspektive erkennbar ist</li> <li>(dauerhaft) fehlende Bereitschaft zur Mitwirkung bzw. (dauerhaft) fehlende Motivation</li> </ul>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Versicherte, die das Gehalt mit Arbeitslosengeld aufstocken</li> <li>Wohnort nicht im Einzugsbereich der Standorte, an denen Fallmanagement umgesetzt wird</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>Wohnort nicht im Einzugsbereich der Standorte, an denen Fallmanagement umgesetzt wird</li> </ul>

## ÜBER WELCHE ZUGANGSWEGE GELANGEN DIE VERSICHERTEN IN DAS FALLMANAGEMENT?

Der Zugang in das Fallmanagement kann prinzipiell über folgende zwei Wege erfolgen:

1. Identifikation von Hinweisen auf Fallmanagementbedarf durch Stellen innerhalb der Rentenversicherung, z. B. durch die Sachbearbeitung oder die Reha(fach)beratung

2. Identifikation von Hinweisen auf Fallmanagementbedarf durch externe Stellen außerhalb der Rentenversicherung, z. B. durch medizinische Rehabilitationseinrichtungen oder andere Sozialversicherungsträger

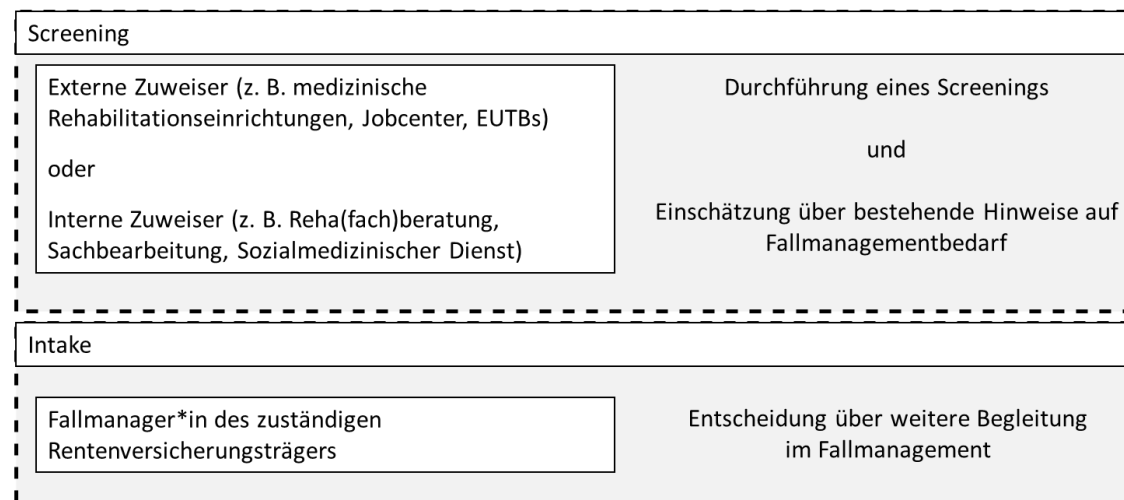
Einen Überblick über die Zugangswege in den Modellregionen ermöglicht nachfolgende Tabelle.

	Modellregion Ost	Modellregion Süd	Modellregion Südwest	Modellregion Nordwest
<b>Zugangswege: extern</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>medizinische Rehabilitationseinrichtungen</li> <li>Jobcenter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>medizinische Rehabilitationseinrichtungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>medizinische Rehabilitationseinrichtungen</li> <li>Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK)</li> <li>Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (Phase-II-Einrichtungen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>medizinische Rehabilitationseinrichtungen</li> <li>Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)</li> </ul>
<b>Zugangswege: intern</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reha(fach)beratung (nur DRV Berlin-Brandenburg, DRV Mitteldeutschland)</li> <li>Sachbearbeitung (alle)</li> <li>Sozialmedizinischer Dienst (nur DRV Berlin-Brandenburg, DRV Mitteldeutschland)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reha(fach)beratung (DRV Schwaben, DRV Nordbayern, DRV Bayern Süd)</li> <li>Sachbearbeitung (alle)</li> <li>Sozialmedizinischer Dienst (DRV Schwaben, DRV Nordbayern, DRV Bayern Süd)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reha(fach)beratung (DRV Hessen, DRV Rheinland-Pfalz, DRV Saarland)</li> <li>Sachbearbeitung (DRV Bund, DRV Hessen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sachbearbeitung (DRV Bund)</li> </ul>

## WAS KENNZEICHNET VERSICHERTE MIT FALLMANAGEMENTBEDARF?

Im Prozessschritt Fallidentifikation können zwei Teilaufgaben unterschieden werden: Das *Screening* und der *Intake* (Aufnahme in das Fallmanagement). Screening im Sinne des KiT-Projekts bedeutet, dass anhand einer ersten Situationseinschätzung Hinweise auf einen möglichen Fallmanagementbedarf bei Versicherten identifiziert werden. Je nach Modellregion und Rentenversicherungsträger erfolgt das Screening durch die jeweils festgelegten Zuweiser. Im Rahmen des Projektes wurde ein Screening-Instrument durch die Fachgruppe „Instrumente und Dokumentation“ entwickelt. Dieses Instrument soll mit dem Ziel eingesetzt werden, die für das Fallmanagement in Frage kommenden Versicherten zu identifizieren. Hierbei geht es

zunächst um eine Vorauswahl (siehe Tabelle S. 7). Die Kriterien dienen den Zuweisern als Orientierung. Ein fester Algorithmus wie viele Kriterien zutreffen müssen, damit ein Fallmanagementbedarf besteht, ist aktuell nicht festgelegt. Wenn die Zuweiser zu der Einschätzung kommen, dass unter Berücksichtigung der Kriterien ein weitergehender Unterstützungsbedarf besteht, leitet er\*sie diese Information an den\*die zuständige Fallmanager\*in des jeweiligen Rentenversicherungsträgers weiter. Dieser trifft die letztendliche Entscheidung über die Begleitung des\*r Versicherten im Fallmanagement. Zur Veranschaulichung der Vorgehensweise, siehe nachfolgende Abbildung.



## Merkmale

- A. **Komorbiditäten** (Komorbiditäten mit somatischen und insbesondere psychischen Erkrankungen wie bspw. Depressionen oder Abhängigkeitserkrankung, hohe Rückfallwahrscheinlichkeit oder bereits aufgetretene Rückfälle, Einschränkung der Leistungsfähigkeit durch eine Kombination aus physischen und psychischen Erkrankungen, mehrere Klinikaufenthalte in der Vergangenheit bezgl. Komorbiditäten)
- B. **Leistungsbezug** (Langzeitarbeitslosigkeit, längere Arbeitsunfähigkeit)
- C. **Arbeitssituation** (bspw. Konflikte am Arbeitsplatz, Mobbing, ungünstige arbeitsbezogene Erlebens- und Verhaltensmuster des\*r Versicherten, hohe Stressbelastung)
- D. **Passung von persönlichen Fähigkeiten und beruflichen Anforderungen** (mangelnde Passung von beruflichen Anforderungen und den bestehenden persönlichen Fähigkeiten bzw. krankheitsbedingten Einschränkungen)
- E. **Finanzieller Rahmen** über Leistungsbezug hinaus (hohe finanzielle Belastungen bspw. durch Schulden, Vorstrafen, Unterhaltszahlungen, Leben am Existenzminimum)
- F. **Sozialer Kontext und soziale Unterstützung** (defizitäre Wohnsituation, soziale Krisen und Belastungsfaktoren bspw. durch Konflikte in der Familie oder Partnerschaft, Pflege von Angehörigen, schlechte Vereinbarkeit von Familie und Beruf, kein oder gering ausgeprägtes soziales Netzwerk)
- G. **Professionelles Unterstützungssystem** (Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme von Leistungen des Sozialversicherungssystems oder anderen Unterstützungsangeboten bspw. durch geringe Eigeninitiative, keine Kenntnis des sozialen Sicherungssystems, Sprach- und Verständigungsschwierigkeiten, Versicherte mit rechtlicher Betreuung)
- H. **Überforderung und erlebte Hilflosigkeit** (Überforderung und erlebte Hilflosigkeit angesichts der Krankheitsbewältigung und der beruflichen Wiedereingliederung)
- I. **Eigenmotivation und Rehabilitationserwartungen** (geringe oder ambivalente Motivationslage, Rehabilitationserfolg auch in Bezug auf die berufliche Wiedereingliederung wird eher pessimistisch eingeschätzt, geringe Compliance)

## NACH WELCHEN KRITERIEN KANN DIE STUFENEINTEILUNG IN DAS FALLMANAGEMENT ERFOLGEN?

Grundsätzlich gilt, dass Fallmanager\*innen im Rahmen der persönlichen Erstberatung entscheiden, ob Versicherte in das Fallmanagement aufgenommen werden. Eine Vorauswahl (Zielgruppen der

Modellregion mit definierten Ein- und Ausschlusskriterien) erfolgt auf Basis eines externen oder selbst durchgeführten Screenings. Wurden durch Zuweiser Hinweise auf Fallmanagement-Bedarf identifiziert, sondieren die Fallmanager\*innen im persönlichen Gespräch, ob ein besonderer Unterstützungsbedarf vorliegt. Wird ein Fallmanagementbedarf festgestellt, erfolgt entsprechend dem trägerübergreifend verabschiedeten Fallmanagementkonzept (S. 20-25) die vorläufige Zuordnung zu einer der Stufen.

Mit dieser Einteilung wird eine erste Prognose über den zu erwartenden Betreuungsumfang getroffen. Als Richtgröße geht das Fallmanagementkonzept von einem Betreuungsumfang von 4 Stunden in Stufe 1, von 15 Stunden in Stufe 2 und von 45 Stunden in Stufe 3 aus. Diese Richtwerte müssen allerdings im Rahmen der Evaluation empirisch überprüft und validiert werden.

sätzliche Handlungsfähigkeit der Organisation sowie einen reibungslosen Betreuungsprozess sicherzustellen. Durch einheitliche Kriterien werden vergleichbare Zugangsbedingungen für die Aufnahme in das Fallmanagement geschaffen und dem sozialrechtlichen Gleichheitsgrundsatz Rechnung getragen. Die Stufeneinteilung dient damit in erster Linie der internen Organisation. Ausschlaggebend ist die individuelle Bedarfssituation des\*r Versicherten, es wird keine Einteilung oder Bewertung der Person vorgenommen.

Wenn sich im Verlauf des Fallmanagements der Teilhabebedarf verändert, kann die Zuordnung flexibel geändert werden. Die Zuordnung zu einer Stufe ist daher als vorläufig zu betrachten. Ein Wechsel der Stufen ist nicht gleichbedeutend mit einem Wechsel der Fallmanager\*in.

Neben der Komplexität der Bedarfslagen orientiert sich das Stufenkonzept auch an den regionalen Netzwerkstrukturen. Mit dem Aufbau und der Weiterentwicklung des Netzwerkmanagements geht eine Anpassung der Kriterien für die Stufeneinteilung einher. In dem Maße, in dem für schwierige Fallkonstellationen spezialisierte Rehabilitations- und Beratungspfade entwickelt und vorgehalten werden, geht der Ressourcenaufwand für das individuelle Fallmanagement zurück, was zu einer Herabstufung betroffener Bedarfskonstellationen führen kann. Nachfolgende Tabelle zeigt die relevanten Kriterien für die Stufeneinteilung.

### Fallmanagementstufen

#### Stufe 1:

Standardversorgung mit der Möglichkeit, diese im Bedarfsfall individuell zu variieren

#### Stufe 2:

Fallgruppenorientierte Pfade, die durch individuell ausgewählte Unterstützungsangebote flankiert werden

#### Stufe 3:

Am individuellen Bedarf orientiert zusammengestellte Angebotspalette

Die frühe Zuordnung bietet einen Orientierungsrahmen hinsichtlich des zu erwartenden Ressourcenbedarfs und hat das Ziel, die grund-



	Praxisbezogene Hinweise (aus den Modellregionen)
<b>Stufe 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Beratung und Begleitung ohne umfassende Koordination</li> <li>■ ein Fallmanagement-Kriterium liegt vor und es wird nur auf wenige, etablierte Netzwerkpartner zurückgegriffen (bspw. wenn ein Grad der Behinderung (GdB) vorliegt und der Integrationsfachdienst hinzugezogen werden muss)</li> </ul>
<b>Stufe 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Beratung, Begleitung und Koordination auf Basis bestehender Versorgungspfade und Netzwerkstrukturen</li> <li>■ es liegen Hemmnisse/Risiken in mehreren (zwei bis drei) Bereichen vor, Versicherte weisen mehrere Problematiken auf</li> <li>■ vorhandene Netzwerkstrukturen reichen jedoch für die Umsetzung des Fallmanagements aus und werden unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten koordiniert</li> </ul>
<b>Stufe 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Beratung, intensive Begleitung und individualisierte Koordination auf der Basis neuer Netzwerkstrukturen</li> <li>■ Verdichtung und gleichzeitiges Auftreten von mehreren Problemlagen</li> <li>■ es liegt eine komplexe Problemlage vor und es sind mehrere Akteure einzubeziehen, mit denen bisher wenig oder noch nicht zusammengearbeitet wurde, bspw. Schuldnerberatung, Jugendamt, Eheberatung, Mediation, Psychologen, Psychotherapeuten, Amt für Bildung/Teilhabe, Wohngeldstellen, gesetzliche Betreuung; die betreffenden Akteure müssen von den Fallmanager*innen aktiv ermittelt und kontaktiert werden</li> <li>■ Fallmanager*innen müssen den erhöhten Regelungsbedarf übernehmen und aktive Netzwerkarbeit betreiben. In dieser Stufe werden z. B. Fallkonferenzen mit mehreren Akteuren abgehalten</li> </ul>

## FALLBEISPIELE ZUR STUFENEINTEILUNG

Um die Zuordnung zu den Intensitätsstufen des Fallmanagements vorstellbarer zu gestalten, wurden nachfolgende Fallbeispiele formuliert. Diese sollen dabei helfen, bereits zu Beginn des Fallmanagements eine Einschätzung vorzunehmen, welche Betreuungsintensität in der jeweils vorliegenden Situation erforderlich ist, um die Teilhabe der Person wiederherzustellen und nachhaltig zu sichern.

### ■ Stufe 1

Eine Person ist aufgrund einer chronischen Erkrankung seit vielen Jahren in Behandlung und medikamentös gut eingestellt. Sie ist sozialversicherungspflichtig beschäftigt und benötigt nun nach einer stationären medizinischen Reha weitergehende Unterstützung, da fortan zur Ausübung der Arbeit eine Umorganisation des Arbeitsplatzes erforderlich ist. Ein Gespräch mit der in Fragen der Wiedereingliederung unerfahrenen Arbeitgeberin und die Bereitstellung eines technischen Hilfsmittels sowie die Organisation einer Arbeitsassistentin im Dialog mit dem Integrations- bzw. Inklusionsamt stehen an.

### ■ Stufe 2

Die chronische Erkrankung der Person ist nicht mehr zuverlässig medikamentös einstellbar. Daraus resultiert eine schwankende Leistungsfähigkeit. Auch die medizinische Reha vermag keine hinreichende Verbesserung zu bewirken, sodass die Person ihre Tätigkeit in der bisherigen Form nicht weiter ausüben kann. Sie benötigt einen

anderen Arbeitsplatz im Unternehmen oder alternativ in einem neuen Unternehmen. Die Notwendigkeit einer Umschulung ist nicht ausgeschlossen. Die belastende Situation hat einen negativen Einfluss auf die chronische Erkrankung und auf die Psyche der Person. Es bedarf zusätzlich einer psychologischen Beratung. Eine engmaschige, aktive Überwachung des Reha-Prozesses ist erforderlich.

### ■ Stufe 3

Die Person hat über die o. g. Problematiken hinaus durch einen Immobilienkauf beträchtliche Verbindlichkeiten, was zu großen Sorgen und Spannungen innerhalb der Familie führt. Diese komplexe Problemlage löst bei der Person Symptome einer Depression aus, die die Krankheitsbewältigung erheblich behindern und zusätzliche Aufmerksamkeit erfordern. Es bedarf der Koordination unterschiedlicher Leistungen und des Aufbaus neuer Netzwerkstrukturen, hier u. a. durch die Vermittlung einer Schuldnerberatung. Eine aktive Steuerung des Reha-Prozesses ist erforderlich. Es muss unmittelbar auf Entwicklungen, die die Wiedereingliederung gefährden, reagiert werden.

Bei der Einteilung in die einzelnen Stufen ist zu beachten, dass mögliche Problemlagen der Versicherten nicht allein durch Fragebögen oder andere standardisierte Hilfsmittel erhoben werden, sondern im Rahmen eines bzw. mehrerer persönlicher Gespräche mit Versicherten, Angehörigen und ggf. weiteren Personen bzw. Netzwerkpartnern.

## WAS BEDEUTET DAS GANZE FÜR DAS GESAMTPROJEKT?

Der fachliche Diskussionsprozess und seine Ergebnisse zur Konkretisierung von Zielgruppen, Zugangswegen/Zuweisenden, Ein- und Ausschlusskriterien und der Stufeneinteilung sind mit Blick auf die folgenden zentralen Projektziele einzuordnen:

- 1) *Versicherte mit einem komplexen, gesundheitlichen Unterstützungsbedarf erhalten ein auf den individuellen Bedarf abgestimmtes Fallmanagement, welches alle notwendigen Leistungen zur Teilhabe koordiniert.*
- 2) *Die beteiligten Akteure setzen das Fallmanagement vergleichbar um und berücksichtigen die regionalen Besonderheiten (z. B. Arbeitsmarkt, Netzwerkpartner).*
- 3) *In den beteiligten Modellregionen arbeiten die Rentenversicherungsträger mit weiteren Rehabilitationsträgern und Netzwerkpartnern ohne hemmende Barrieren zusammen.*

Das Hauptziel des Modellprojektes ist es, eine einzelfallorientierte Koordination im Sinne einer „Reha-Strategie wie aus einer Hand“ dauerhaft im Bereich der Leistungen zur Teilhabe bei den beteiligten Rentenversicherungsträgern zu implementieren und zu erproben. Um diese Implementierung zu erreichen, ist auf eine hohe Anschlussfähigkeit an die Praxis der Reha(fach)beratung zu achten.

Bereits heute erfolgt in der Reha(fach)beratung eine bedarfsorientierte Beratung von Versicherten mit komplexem Unterstützungs- bzw. Fallmanagementbedarf. Im Rahmen des Projekts KiT wird diese

zu einem trägerübergreifend konsentierten Fallmanagement weiterentwickelt. Demnach werden durch die Weiterbildung der Reha(fach)berater\*innen zu Fallmanager\*innen (DGCC) und die Einführung von Fallmanagement auf Einzelfall- und Organisationsebene der Verbundpartner, die personalen und die organisationalen Beratungs-, Fallführungs-, Koordinations- und Netzwerkkompetenzen erhöht und – mit Blick auf das Bundesteilhabegesetz (BTHG) – der Beratungs- und Fürsorgeauftrag erweitert.

Erfolgt bislang i. d. R. eine Reha(fach)beratungspraxis, die sich hauptsächlich auf den bekannten und verfügbaren Leistungskatalog der Rentenversicherung bezieht, zielt der Fallmanagement-Ansatz auf eine Individualisierung der Rehabilitation und eine Beratung, Vernetzung und Koordination für den Versicherten über Leistungsträgergrenzen hinweg. Die mit dieser Zunahme verbundenen Anforderungen betreffen zum einen die mit dem Fallmanagement betrauten Fachkräfte, die durch die begleitende Fallmanagement-Weiterbildung (DGCC) die notwendigen fachlichen Kompetenzen erwerben werden. Zum anderen betreffen sie die Ressourcen und Prozesse der beteiligten Rentenversicherungsträger. Es ist daher festzuhalten, dass die vorgestellten Zielgruppen, Zugangswege/Zuweisenden und Stufen sich auf die Rahmenbedingungen des Modellprojektes beziehen. Sie müssen im Zuge der Erprobung des Fallmanagements unter Routinebedingungen gemeinsam weiterentwickelt werden.