

Innovationen in und durch Case Management

**Jahrestagung 2004 der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit
"Innovation durch Soziale Arbeit"
Notwendigkeiten und Chancen in Zeiten knapper Kassen
26. und 27. November 2004 in Berlin**

Prof. Dr. Peter Löcherbach

**Sprecher der Fachgruppe Case Management
der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit (DGS)**



Case Management ist mehr als....

- ... managen
- ... eine eindimensionale Dienstleistung
- ... Einzelfallorientierung
- ... punktuelle Hilfe
- ... ein zufälliger Erfolg





Generalthese

- **CM ist ein moderner Handlungsansatz, der Praxis und Theorie der Sozialen Arbeit in spezifischer Art und Weise (r)evolutioniert:**
 - alte Inhalte und Handlungsansätze aus der Sozialen Arbeit werden mit neuen verknüpft und vor allen Dingen
 - neu systematisiert (hierin sehe ich die größte Innovation)
 - Besonderheiten des Case-Management-Tätigkeitsprofils bestehen nicht in den Einzelkompetenzen, sondern in der Kombination von begleitender und koordinierender Tätigkeit, sowie in einem systemischen und systematischen Vorgehen in Bezug auf Hilfeplanung und Monitoring
 - CM führt dazu „Hilfe“ neu zu definieren und dies nach „innen“ und „außen“ kommunizieren zu können



CM Logik(en)

Genereller Ansatz

Case Management - Essentials

Spezifische CM-Anwendung

Medizin	Pflege	Soziale Arbeit	Rehabilitation
• Fallmanagement • Praxisnetze • Hausarztmodelle • Integr. Versorgung • Krankenversich.	• Pflegeprozessmanagement • CM Krankenhaus • CPW-Entwicklung • Pflegebudget	• Unterstützungsmanagement • Altenarbeit • ASD • Drogen/AIDS u.v.m.	• Reha-Management • Behinderung • Beschäftigungsförderung

Orientierung CM-Prinzipien





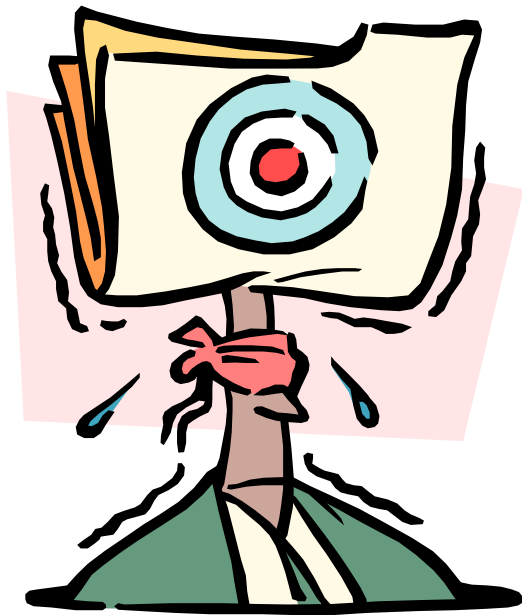
CM ist mehr als „managen“

- **Kundenorientierung**
- **Ressourcenorientierung**
 - Allokation von Person- u. Umweltressourcen
- **Empowermentansatz**
 - Stärkung der Nutzerperspektive
 - Betroffenenkompetenz u. Selbsthilfefähigkeit
 - Selbstenthüllung (differenziertes Denken)
 - Motivation und Aktivierung
 - Mitwirkungsfähigkeit und Bereitschaft





CM ist mehr als „eindimensionale Dienstleistung“



Ausgewählte Aspekte der
Fallsteuerung

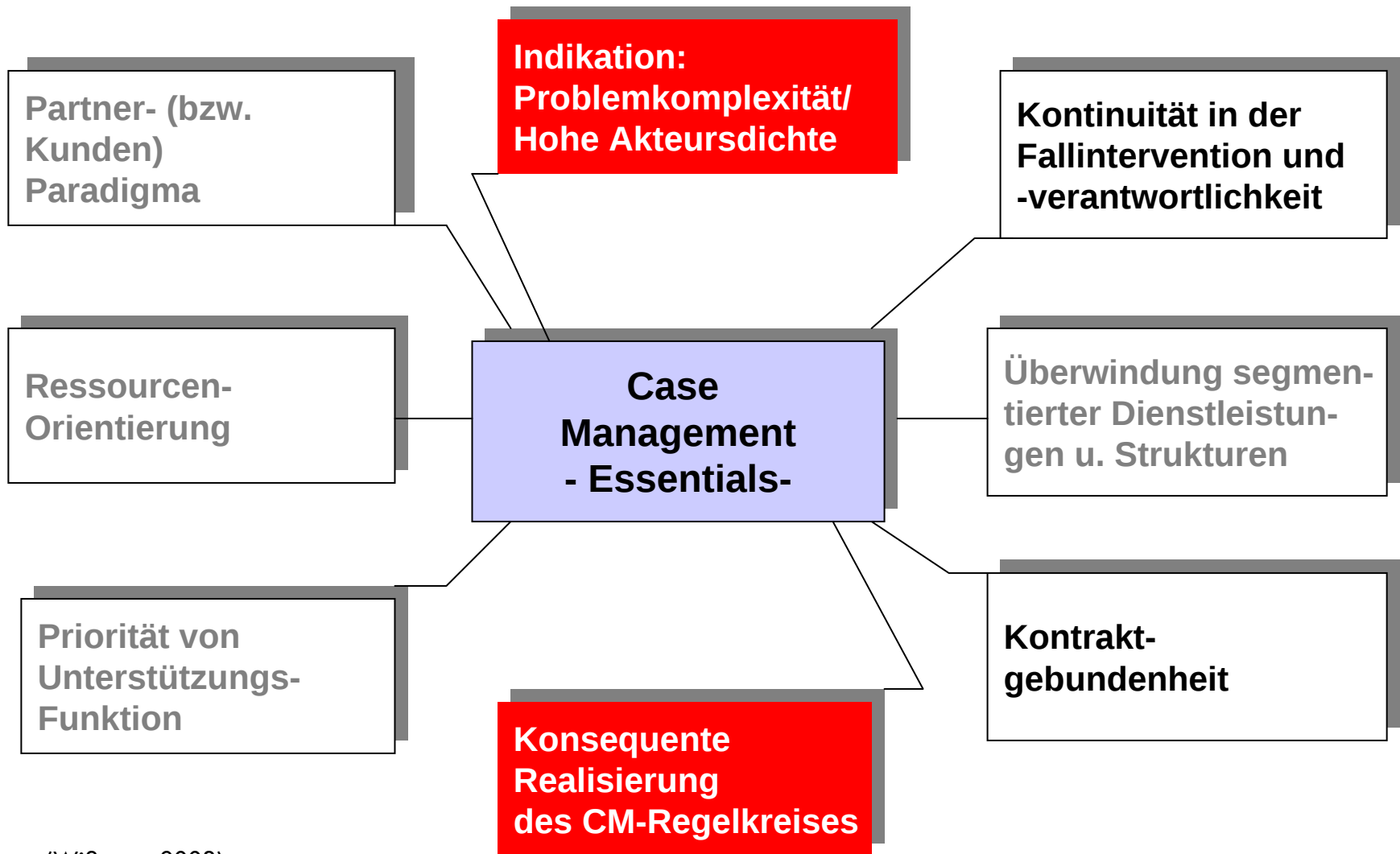


1. These: Zur Fallsteuerung

- **CM verändert die Interaktion zwischen Professionellen und Nutzern in Richtung Dienstleistung und stellt eine Abkehr bzw. Erweiterung einer überwiegend personenbezogenen Interaktion (Beziehungsarbeit) dar:**
 - Professionelles Handeln im Einzelfall wird unter den Aspekten von Ablaufplanung und –organisation fokussiert
 - Der Nutzer wird aktiv in das gesamte Geschehen eingebunden



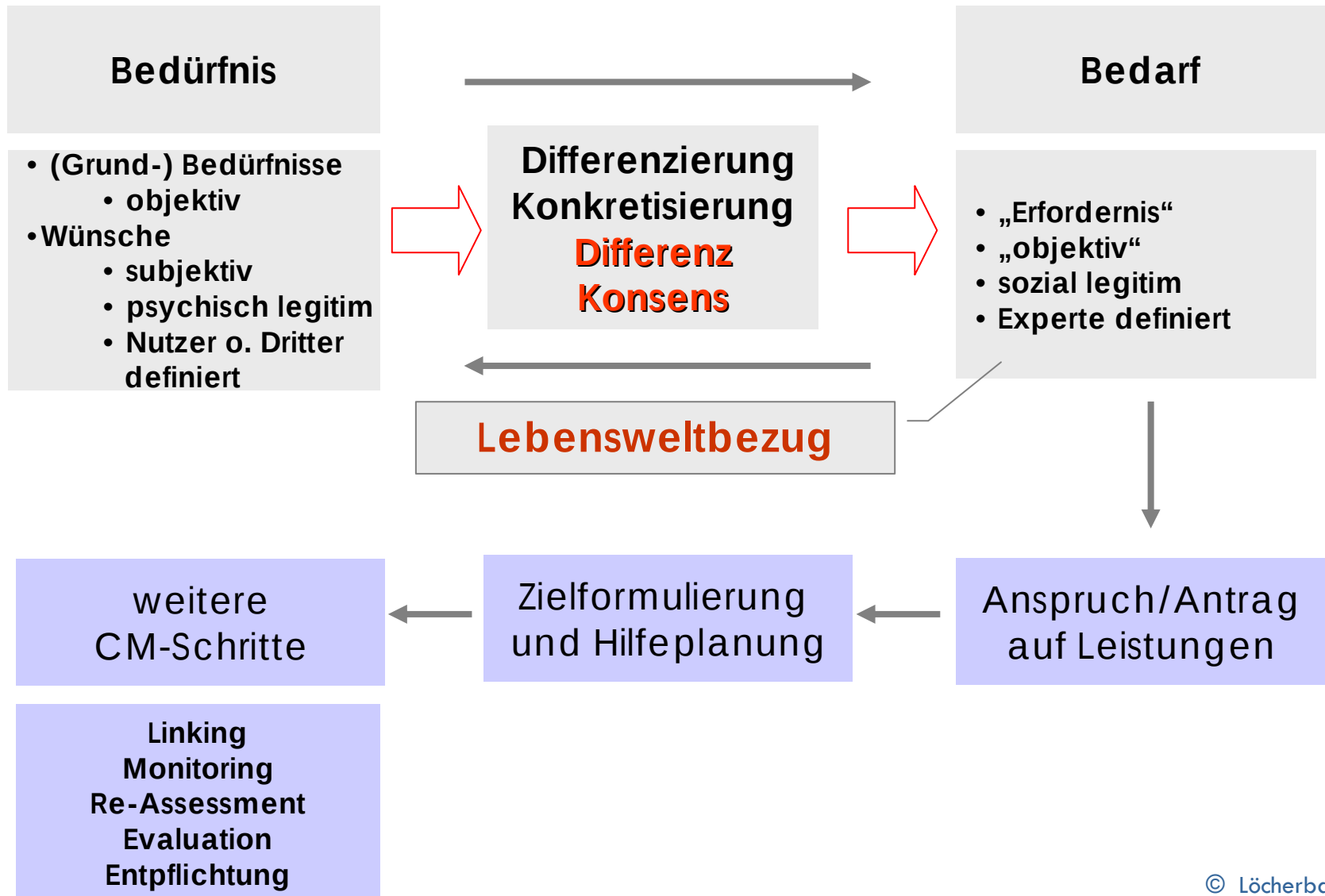
Fallmanagement

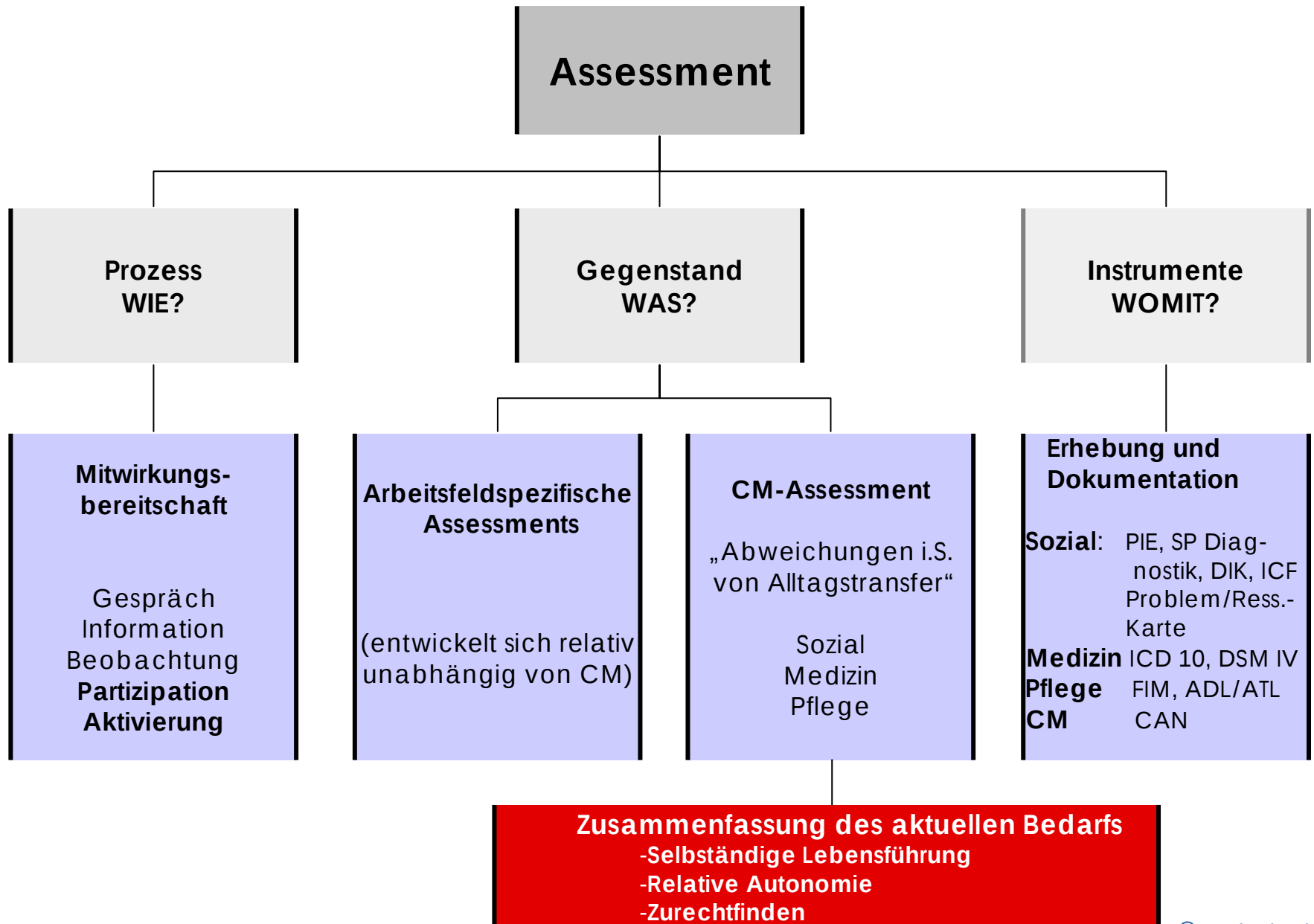


(Wißmann 2003)



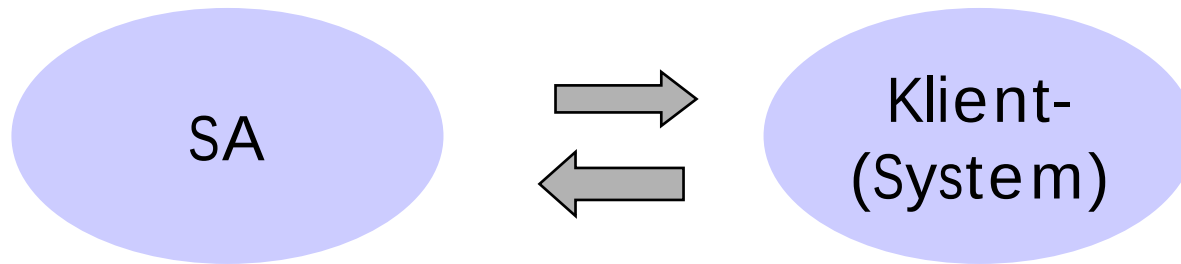
Prozess des Assessment



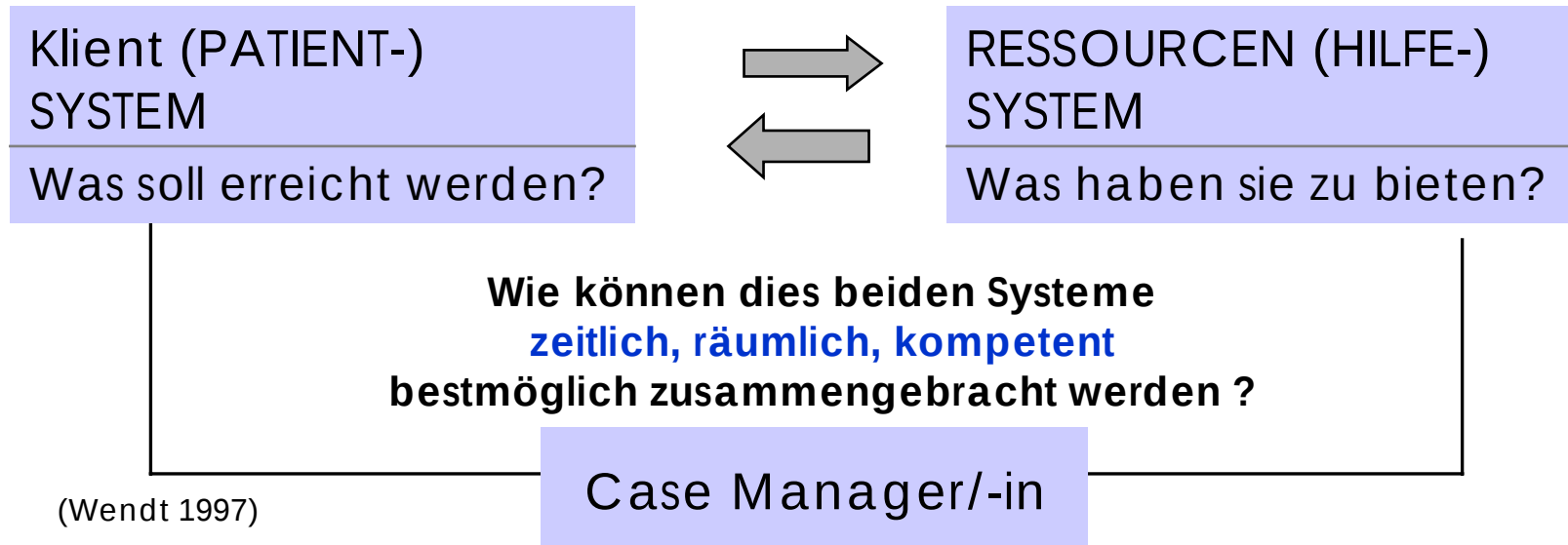




Case Work als Beziehungsaufgabe



CM als Verknüpfungsaufgabe





CM ist mehr als „Einzelfallorientierung“

Ausgewählte Aspekte der
Systemsteuerung



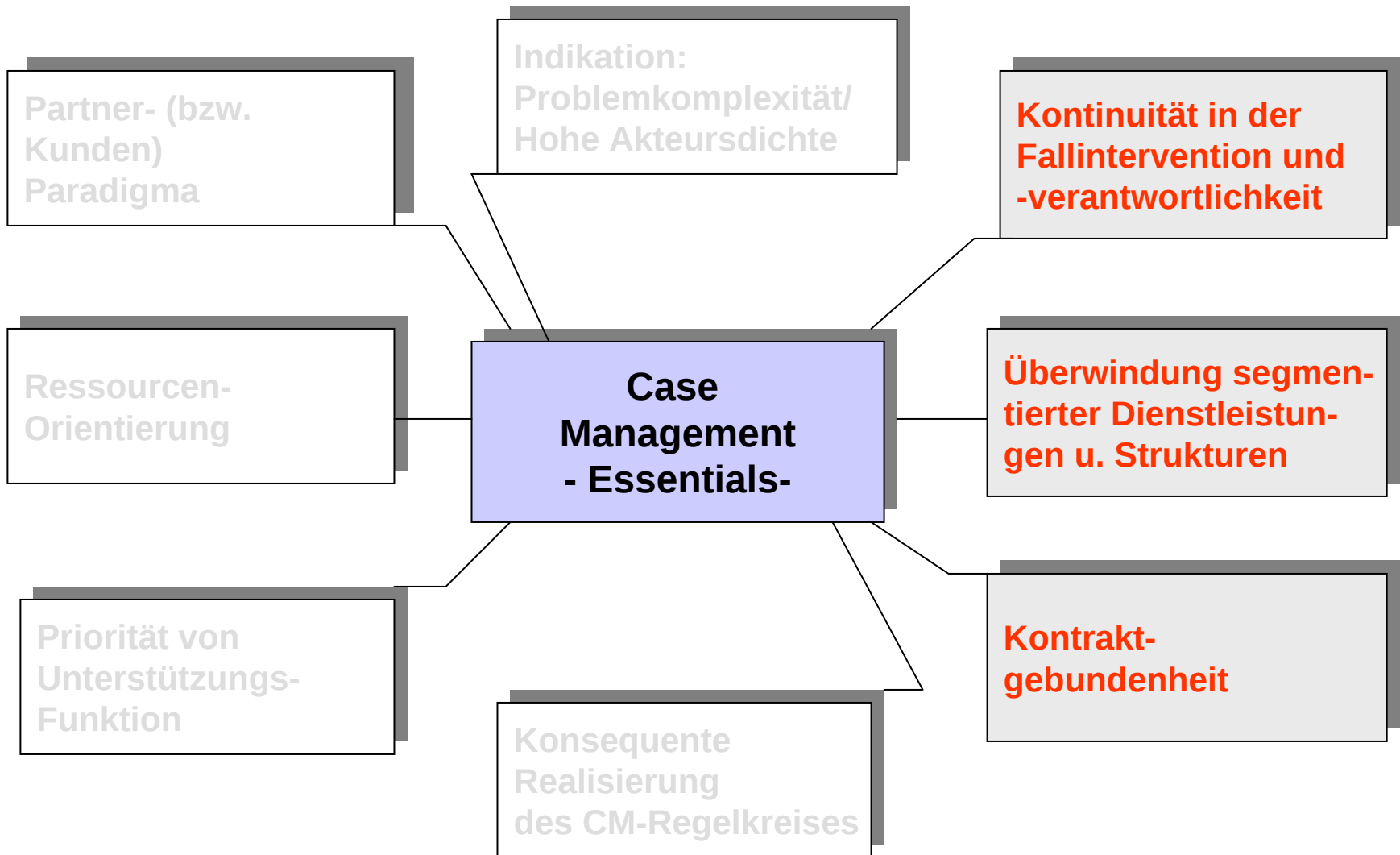


2. These: Zur Systemsteuerung

- **CM betont die Beachtung des organisatorischen Kontext in der Systemperspektive**
 - Professionelles Handeln im Einzelfall ist nur durch organisatorische Einrichtungsentscheidungen sinnvoll abzusichern (fallübergreifende Differenzierung, Zuordnung und Steuerung von Unterstützungsprozessen)



Systemsteuerung





Systemsteuerung und Kooperationsformen

Organisation

Systemsteuerung

I. einzelfallübergreifend

II. einrichtungsübergreifend

Fallgruppenbezogene
Kooperation
interne Steuerung

Kooperations-
verbünde
Regionale Netzwerke

Handeln

Fallsteuerung

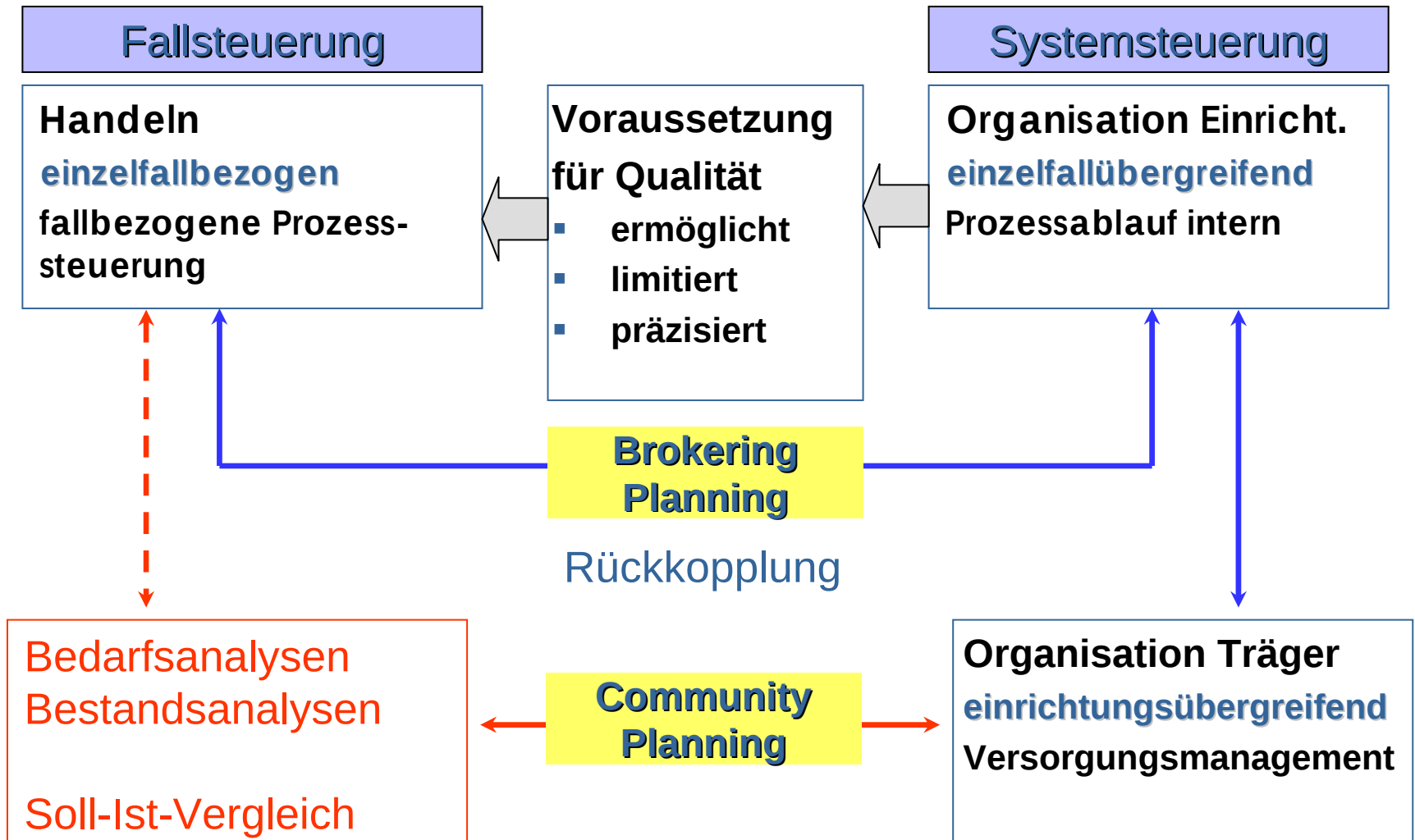
einzelfallbezogen

Einzelabsprachen
Helferkonferenzen
Ausführungsteam

(Grundschemata: Wendt 1997)



Die Steuerungsebenen im CM



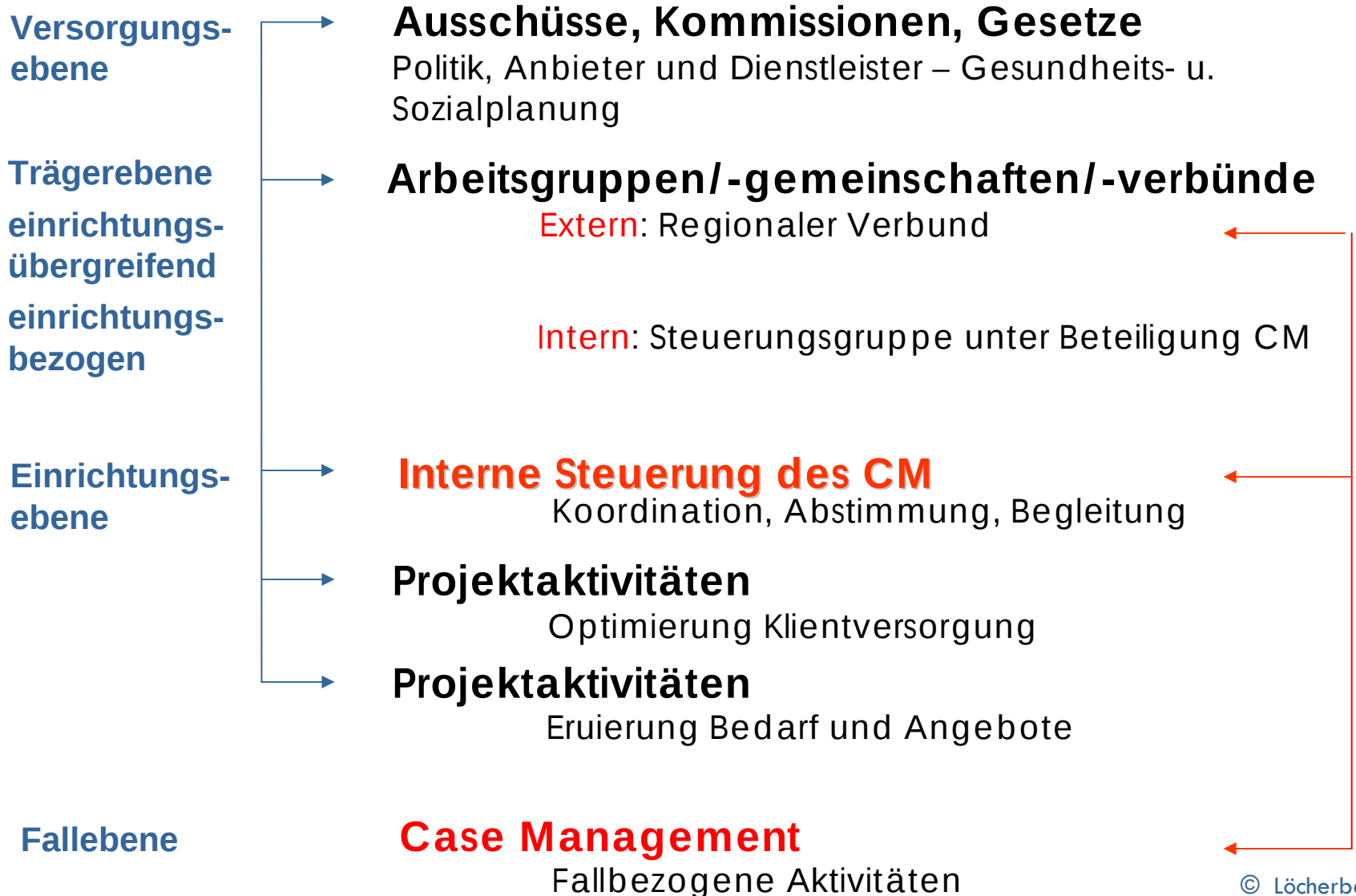


3. These: Zur Integration von Fall- und Systemsteuerung

- **Durch CM erfolgt eine Integration von Handeln (Steuerung im Einzelfall – horizontale Integration) und Organisation (einzelfall- und einrichtungsübergreifende Steuerung – vertikale Integration)**
 - Erst das Ineinandergreifen von fallorientiertem, fallübergreifendem und einrichtungsübergreifendem Geschehen ermöglicht eine optimale humane Dienstleistung. Gelingendes Fallmanagement ist immer auch eine Organisationsleistung.



Systemsteuerung und Netzwerke





Vernetzung als eigenständige Aufgabe begreifen

- **Koordination und Kooperation ist eine eigenständige Aufgabe die nicht**
 - **additiv zu den bestehenden Aufgaben geleistet werden kann sondern bedarf**
 - **eigene Ressourcen**
 - **ein eigenes Repertoire an Handlungsmöglichkeiten (Strategien und Instrumente)**

- **Aufbau und Pflege von Netzwerken ist zeitintensiv – bedarf von daher einer systematischen Planung**



4. These: Zur Wirtschaftlichkeit

- **CM stellt sich dem Erfordernis nach Wirtschaftlichkeit von Dienstleistungen und nutzt Monitoring- und Controlling-verfahren**
 - CM bietet der Sozialen Arbeit Instrumente zur Messung von Effektivität und Effizienz



CM ist mehr als „**punktueller** Hilfe“

- **Case-Management-Agenturen haben**
 - **die vom Klienten benötigte Dienstleistung in einer hohen Qualität effizient und effektiv zu gewährleisten**
 - **nicht nur den eigenen Prozess qualitativ zu sichern, sondern auch die Dienste, an die der Case Manager vermittelt**

Zweistufiger Qualitätsmanagementprozess:

- 1. Eigene Qualitätssicherung des CM**
- 2. Instrument der Qualitätssicherung für die Dienste, die in den Hilfeprozess eingeschaltet sind.**



Ansätze zur Messung von E. und E. im CM

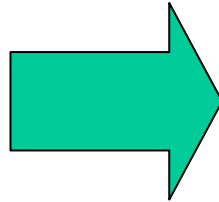
- Die (ausgehandelten) Rahmenbedingungen (finanzielle, organisatorische und personelle Ausstattung) begrenzen oder ermöglichen das konkrete Vorhaben (Design und Durchführung) innerhalb des Forschungsspektrums und reichen

von		bis
geringer	Aufwand	hoher
einfache	Fragestellung	komplexe
plausible	Fundierung	empirische



Verlaufsstudien

- Vergleich: vor (t_0) und nach Einführung eines strukturierten CM (t_1) im Hinblick auf bestimmte (Ergebnis-) Merkmale.
- Datenerhebung
 - **einzelfallbezogen**
 - **d.h. patienten-/klientenbezogene Effekte des CM**
- Ableitung systembezogener Effekte

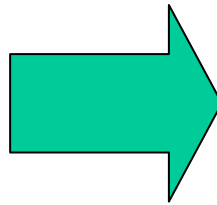


- **Voraussetzung:** Ausreichende und vergleichbare patienten- bzw. klientenbezogene Daten(-sätze). Operationalisierung der erwarteten Effekte in messbare Variablen.
- **Chancen:** Mit begrenztem Aufwand durchführbar, teilweise über vorhandenes standardisiertes Dokumentationssystem mit wenigen zusätzlichen Variablen durchführbar.
- **Probleme:** Andere relevante Faktoren (z.B. Gesetzesänderung) beeinflussen das Ergebnis. Die beobachteten Effekte können nicht sicher der Einführung des strukturierten CM zugeordnet werden.



Bildung von Vergleichsgruppen/-regionen

- Vergleichsgruppenbildung
 - **eine erhält CM,**
 - **Kontrollgruppe erhält Standardintervention oder keine Intervention**
- Datenmessung zu zwei Zeitpunkten (t_0 vor Beginn, t_1 nach Behandlungsende) Ergebnisvergleich.
- Alternativ/ergänzend: Es werden zwei Regionen, wovon in einer ein CM-Netzwerk existiert, in der Kontrollregion nicht, miteinander verglichen.

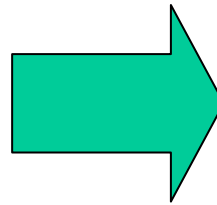


- **Voraussetzung** Bildung von vergleichbaren Gruppen-/Regionen.
- **Chancen:** Dieses Design ist an den „Goldstandard“ der Behandlungsforschung angenähert und erlaubt die validesten Aussagen über die Effektivität von CM.
- **Probleme:** Vergleichbarkeit von Untersuchungs- und Kontrollgruppe; ggf. ethische Probleme. Hoher methodischer Aufwand. Die Gruppenbildung muss aus methodischen Gründen nach dem Zufallsprinzip erfolgen, um Selektionseffekte zu vermeiden.



Einzelfallstudien

- Personenbezogene Einzelfallstudien (Kasuistiken)
 - **Aussagen zur personenbezogenen Wirkung von CM (im beschriebenen Fall)**
- Systembezogene Einzelfallstudien (Implementationsstudien)
 - **Aussagen zu Veränderungen auf der Ebene der Hilfe- und Versorgungssysteme**



- **Voraussetzung:** Lückenlose Dokumentation; gute inhaltliche Struktur und Auswertungsraster
- **Chancen:** Geeignet für Grundfragestellungen. Wichtig für die Weiterentwicklung der Methode im Detail, vor allem in Bezug auf die praktische Anwendung. Brücke zwischen Praxis und Forschung: Material für weitere Fragestellungen und Forschungsansätze, Reflexion für Praktiker.
- **Probleme:** Die Grenzen werden erreicht, wenn statische Daten erforderlich sind. Verallgemeinerbare Aussagen lassen sich schwer treffen. Personenbezogene und systembezogene Effekte müssen unterschieden werden.



Beispiel: Nachgewiesene Kosteneffekte

Rehabilitation nach Arbeitsunfällen (Stichprobenvergleich vor und nach Implementierung eines Reha-Managements)

- **Ø Reduzierung der Kosten um 3.552 € (von Ø 20.552 € auf Ø 16.970 €) mit deutlich weniger „Ausreißer“**
- **Senkung der Dauer der Arbeitsunfähigkeit um Ø 114 Tage (von Ø 311 auf Ø 197 Tage)**
- **Reduzierung der Rentenleistung (von Ø 72 % auf 50 %)**
- **Reduzierung der Leistungen zur Teilnahme am Arbeitsleben (von Ø 17% auf 0 % der Fälle)**

(Quelle: Froese/Wenzel 2003)



Ergebnisse aus bundesdeutschen Modellprojekten

- **Verkürzung der stationären Behandlungszeiten (ca. 70 %)**
- **Vermeidung von Heimplatzeinweisungen (ca. 59%)**
- **Verbesserte Wohnsituation**
- **Bessere Erreichbarkeit schwer zugänglichen Klientels**
- **Stärkung der Veränderungsbereitschaft**
- **Verbesserung der Inanspruchnahme von Hilfen**
- **Aktive Beteiligung der Klienten bei der Hilfeplangestaltung**
- **Hohe Patientenzufriedenheit (ganzheitliche und lebens-praktische Gestaltung)**

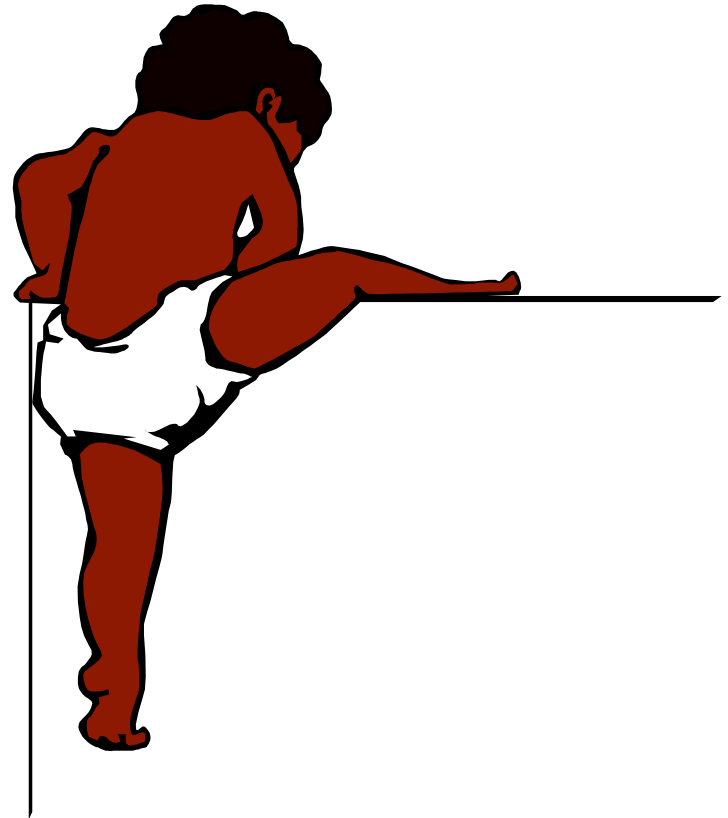
- **Stärkere Beteiligung der Kooperationspartner**
- **Verbesserte regionale Bestands- und Bedarfserhebung**

(Quelle: Modellprojekte Ambulante Reha, Psychiatrisches CM, Nachgehende Sozialarbeit, GeReNet)



CM ist mehr als „**punktueller** Hilfe“

Qualitätsentwicklung im CM





5. These: Zur Qualität

- **CM liefert Beiträge zur Qualitätsentwicklung und Qualitätsstandards in – und außerhalb - der Sozialen Arbeit**
 - „Tue Gutes – und veröffentliche es“
 - Standards erhöhen die Chance prozeduraler Fairness bei der Erbringung von (Human-)dienstleistungen.



Entwicklung von Standards im CM

- **Definition von Rolle und Funktionen von CM**
- **Beschreibung der Leistungen/Durchführung**
- **Entwicklung zur Profession**
- **Antwort auf die Vielfalt in der Praxis**

Aufbau

- **Ziele**
 - Konzept und Philosophie
- **Standard**
 - Versorgungsstandards: Rolle und Funktionen
 - Leistungsstandards: Qualität, Zertifizierung, Zusammenarbeit, Recht, Ethik, Anwaltschaft, Ressourcennutzung, Forschung
- **Benötigte Ressourcen (DV)**

(Quelle: Standards CMSA [USA/Australien], DV, DGS, DBSH, DBfK)



Qualitätskriterien im CM

- **Zugänglichkeit der Dienstleistungen**
- **Zeitraumen, innerhalb dessen die Dienstleistungen bereitgestellt werden**
- **Verlässlichkeit bei der Leistungserbringung**
- **Menschlichkeit des Leistungserbringers**
- **Zweckmäßigkeit der Leistung**
- **positive Ergebnisse der bereitgestellten Hilfsangebote**

Es müssen allgemeingültige Standards für alle am Case-Management-Prozess beteiligten Praktiker verbindlich formuliert werden.



Qualitätsverbesserung durch CM

- Zusammenfassung

- **Fallsteuerung**
Standardisierter Prozessablauf
- Kundenorientierung
- Vergleichbare Klienten/Patientengruppen bilden
- Standards vom Ergebnis/Ziel her entwickeln

- **Systemsteuerung**
Standardisierte Organisationsabläufe
- Strategische Ausrichtung
- Schnittstellen definieren
- Verfahrensanweisungen verbindlich einführen
- Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen sichern

Entwicklung von Kunden- bzw. Klinischen Pfaden



6. These: Zur Professionalisierung

- **CM leistet einen Beitrag zur Professionalisierung in der Sozialen Arbeit – und unabhängig davon**
 - CM führt zu einem professionellen Verständnis und stützt das professionelle Verständnis Sozialer Arbeit
 - Es werden prof. Strukturen aufgebaut: CM-Fachgruppe DGS: Forschung, Praxis, Weiterbildung
 - Ausdifferenzierung des CM Systems
 - Unerwünschte Nebenwirkungen sind nicht auszuschließen



Qualifikation und Kompetenz von CM

■ 1. Stufe

- Wissen über CM auf Einzelfallebene
- + Wissen über Anwendung von CM auf Einzelfallebene
- + praktisches Können und Zuständigkeit auf der Einzelfallebene
- + Wissen über bestehende Hilfeeinrichtungen (Bestandswissen Systemebene)

■ 2. Stufe

- + Wissen über die Implementierung von CM auf der Systemebene, ohne allerdings dies praktisch Einüben zu können.

■ 3. Stufe

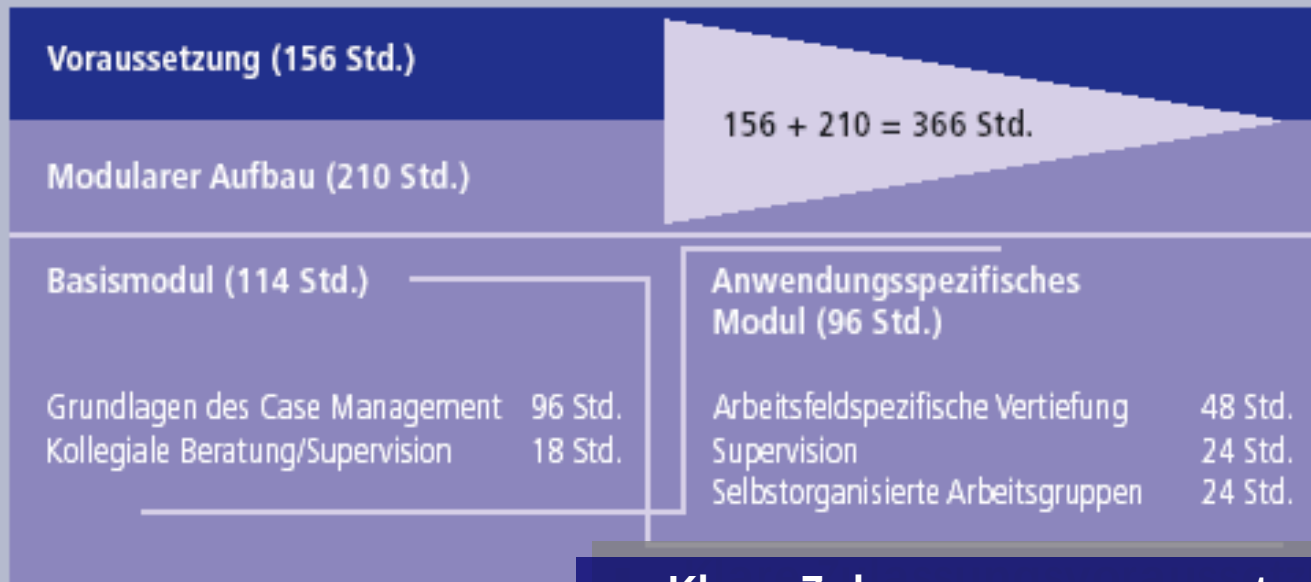
- + Kompetenz und praktisches Können der Implementierung von CM auf der Systemebene (inklusive Entwicklung eines Netzwerksystems)



Weiterbildung zum „Zertifizierte/n Case Manager/in“ nach den Richtlinien

Gliederung zeitlicher Umfang der Weiterbildung:
Case Management

Gliederung und zeitlicher Umfang



- Klare Zulassungsvoraussetzungen
- Zertifizierte Institute
- Zertifizierte Ausbilder



Matrix zur Qualifikation von CM

	Einzelfallebene	Systemebene
Qualifikation = Wissen über CM und Wissen über Können (theoretisches Können)	A. Hochschulseminare (grundständige Lehre) vor allem Wissen über Einzelfall- und ggf. etwas Wissen über Systemebene im Bestand)	C. Zertifizierter Case Manager (B. plus Wissen über theoretisches Können auf Systemebene)
Kompetenz = Qualifikation plus Zuständigkeit und praktisch eingeübtes Können	B. Fallmanager (A. plus eingeübtes Können auf Einzelfallebene, sowie Wissen über den Bestand des Netzwerkes und Kontaktaufnahme zu Netzpartnern)	D. Master CM (C. plus Qualifikationen und Kompetenz auf Systemebene im Schwerpunkt)



Entwicklungen im CM

Handeln	Kompetenzen	Organisation
- Entwicklung von Standards für die Fallsteuerung - Intake - Assessment - Serviceplanning - Monitoring - Evaluation „best practice“ DV 2004 Profilbildung	- Zertifizierung von CM Weiterbildungen - Voraussetzungen - Inhalt und Aufbau - Methoden - Abschlussanforderungen - Zertifizierung von Ausbildern und Ausbildungsinstituten DGS 2003/05 Professionalisierung	- Entwicklung von Standards zur - Implementierung - Evaluation - Zusammenarbeit - im Rahmen der Systemsteuerung: - Einrichtung (intern) - Einrichtung (extern) - Versorgungsbereich Profilbildung
Praxis	Qualifizierung	Forschung



CM ist mehr als ein „zufälliger“ Erfolg

CM ist hoch anschlussfähig –umfasst aber

- **Prozessmanagement (Abläufe professionell strukturieren)**
- **Schnittstellenmanagement (Netzwerke aufbauen und sichern)**
- **Wissensmanagement (Instrumente, Intranet, Internet nutzen)**
- **Evaluationsmanagement (Effektivitäts- und Effizienzerfassung und Bewertung durch verwertbare Parameter)**
- **CM ist eine anspruchsvolle Managementaufgabe, die Nutzer- und Systemperspektive gleichermaßen zu berücksichtigen hat**



Noch Fragen?



Kontakt: doktor.p@case-manager.de

Internet: [www:case-manager.de](http://www.case-manager.de)



Literatur:

- CMSA-America (1995/2002) *CMSA's Standard of Practice for Case Management*. Dt. Übersetzung in: Wendt (1997) *Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen*. Freiburg i. Br.: Lambertus, S. 152-164
- CMSA-Australien (2004) *National Standards of Practice for Case Management* <http://www.cmsa.org.au/CMSA%20Consultation%20standards.pdf>
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hg) (2004) *Qualitätsstandards für das Fallmanagement. Empfehlungen des Deutschen Vereins*. <http://www.deutscher-verein.de/stellungnahmen/200403%20%28Maerz%202004%29/20040301/view>
- Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit (DGS) Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH), Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (Hg) (2003) *Standards und Richtlinien für die Weiterbildung: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen*. In: Löcherbach u.a.: *Case Management*, S. 251-262
- Ewers/Schaeffer (Hg) (2000) *Case Management in Theorie und Praxis*. Bern: Huber
- Fachgruppe Case Management der DGS (2004) *Leitlinien Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Positionspapier*. November 2004. Online im Internet: http://www.case-manager.de/_themes/Leitlinien.pdf
- Froese/Wenzel (2003): Kosten- und Qualitätseffekte des dialogischen Reha-Managements. In: *Die BG* 5/2003, S. 203-207
- Herriger (2002) *Empowerment in der Sozialen Arbeit*. Stuttgart: Kohlhammer
- Klug (2003) *Case Management in US-amerikanischen Kontext*. In: Löcherbach, P. u. a. (2003): *Case Management*, S. 37-63
- Löcherbach/Klug/Rommel-Faßbender/Wendt (Hrsg.) (2003) *Case Management: Fall – und Systemsteuerung in Theorie und Praxis*. Neuwied: Luchterhand



- Löcherbach (2003) Einsatz der Methode Case Management in Deutschland: Übersicht zur Praxis im Sozial- und Gesundheitswesen. In: Porz (u.a.) (Hg) *Neue Wege in der Nachsorge und Palliativversorgung*. Augsburg: betaInstitutsverlag, S. 20-33
- Löcherbach, P./Mennemann, H. (2004): *Qualifizierung und Weiterbildung im Case Management: - Zwischen (Richtlinien-)Anspruch und (Praxis-)Wirklichkeit?* Diskussionspapier der Fachgruppe Case Management, unveröffentl. Manuskript
- Moxly (1997) *Case Management by Design*. New York: Nelson-Hall
- Neuffer, M. (2002) Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. Weinheim: Juventa
- Reis (2002) *Case Management als zentrales Element einer dienstleistungsorientierten Sozialhilfe*. In: Löcherbach, P. u. a. (2003): Case Management, S. 167-185
- Riet, N. van / Wouters, H. (2002) *Case Management: ein Lehr und Arbeitsbuch über die Organisation und Koordination von Leistungen im Sozial- und Gesundheitswesen*. Luzern: Interact
- Schleuning/Welschehold (2000) *Psychiatrisches Casemanagement*. Berlin: Nomos
- Strotmann (1998) Qualitäts- und Prozeßmanagement im Beratungsgeschäft. In: Menne (Hg.) *Qualität in Beratung und Therapie*. Weinheim: Juventa, S. 15-38
- Wendt (1997/2001) *Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen*. Freiburg i. Br.: Lambertus
- Wendt, W. R (2003) Case Management – Stand und Positionen in der Bundesrepublik, in: Löcherbach. P. u. a. (2003): Case Management, S. 13-36
- Wendt, W.R. (2004) Praxis und Weiterbildung: Ansprüche an die Qualität von Case Management. Beitrag zum 1. Qualitätszirkel der Weiterbildungsinstitutionen am 24. September 2004. Online im Internet: http://www.case-manager.de/_themes/Wendt.pdf
- Wißmann, Peter (2003) Case Management: Konzept, Praxis und Qualifizierungsbedarf. In: Management im Gesundheitswesen (MiG). *Halbjahresschrift für Angewandtes Management im Gesundheitswesen*. Heft 9/2003. Berlin: Evangelische Fachhochschule Berlin, S. 14-27