

B 7

Methoden der Prozesssteuerung: Casemanagement und Hilfeplanung

Elisabeth Schreieder und Petra Gromann

In diesem Kapitel lernen Sie Prozesssteuerungsmethoden des Casemanagements und der Teilhabeplanung kennen. Ergänzend zur Theorie wird die im bundesdeutschen Versorgungssystem handlungsleitende Variante der Teilhabeplanung vorgestellt.

7.1 Zentrale Aspekte und Zusammenhänge

Beim Konzept Casemanagement geht es in erster Linie darum, im Einvernehmen mit den Klientinnen und Klienten medizinische und psychosoziale Leistungen zu planen, die Durchführung zu begleiten und die Befähigung zum selbstbestimmten Leben zu fördern. Das kann nur gelingen, wenn eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung aufgebaut werden kann. Der Unterstützungsprozess gestaltet sich nach bestimmten Phasen, dabei kommt dem Planungsschritt der Hilfen eine Schlüsselrolle zu.

Die besonderen Anforderungen der Teilhabeplanung zeigen sich in der Beteiligung von Betroffenen an einer prozessorientierten, leistungsträgerübergreifenden Planung von Hilfen für einen bestimmten Zeitraum. Diese konkrete Planung unter Einbezug unterschiedlicher Fachkräfte (Leistungserbringer) wie unterschiedlicher Leistungsträger ist im Gesamtplanverfahren dann Grundlage der Bewilligung von Leistungen und damit der Finanzierung auch von Diensten und Einrichtungen. In diesem Prozess sind folglich passgenaue Lösungen für unterschiedliche Interessen- und Machtpositionen zu finden, die letztlich den Lebens- oder Entwicklungszielen von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen dienen sollen. Die Einordnung und Bewertung der Rolle von Fachkräften der Sozialen

Arbeit ist dabei deutlich davon beeinflusst, welche Interessenposition diese vertreten: Erbringen sie Assistenzleistungen für Betroffene? Arbeiten sie als rechtliche Betreuerin, Mitarbeitende bei Leistungserbringern oder Leistungsträgern oder beraten sie Angehörige, die im Umgang mit ihrem psychisch erkrankten Familienmitglied nicht mehr weiterwissen? Insofern ist hier die Klärung des Auftrags und der Zielsetzung immer der erste Schritt.

7.2 Entwicklung und Zielsetzung von Casemanagement

Casemanagement, auch Unterstützungsmanagement genannt, ist ein in den 1970er-Jahren in den USA entstandenes Konzept der Sozialen Arbeit, das der Koordination sozialer Dienstleistungen dient. Die Koordination der Hilfen war vor dem Hintergrund der zunehmenden Differenzierung der ambulanten Angebote notwendig geworden, wie sie in der Psychiatrie-Nachsorge, aber auch zur Prävention erneuter Klinikaufenthalte typisch sind. Nicht zuletzt aufgrund der Arbeit der Deutschen Gesellschaft für Care- und Casemanagement (DGCC) hat das Konzept Casemanagement mittlerweile auch im deutschsprachigen Raum zu einer methodischen Neuorientierung im gesamten Feld der Sozialen Arbeit geführt. Dabei ist es wichtig, Vertrauen zu den Klienten aufzubauen, sie an der Auswahl der Hilfen zu beteiligen und die Unterstützungsmaßnahmen im Alltag unter Einbezug der vorhandenen individuellen, familiären und sozialräumlichen Ressourcen zu koordinieren. Erfolg ist dabei nur zu erwarten, wenn der Unterstützungsprozess transparent und effizient organisiert wird, was bedeutet, dass alle Schritte der Hilfestellungen dokumentiert werden und evaluierbar sein müssen. Zentral ist die Zielsetzung, Hilfe suchende Personen dahin gehend zu befähigen, dass diese ihr Leben möglichst (wieder) aus eigener Kraft meistern können. Somit steht das Casemanagementkonzept dem Leitprinzip Empowerment sehr nahe (vgl. www.dgcc/case-management).

Casemanagement als Unterstützungsprozess beinhaltet zwei Ebenen, die Handlungsebene und die Systemebene. Steht die Handlungsebene im Vordergrund, meint Casemanagement in erster Linie das Fallmanagement, womit die Optimierung der Hilfe für eine konkrete Person gemeint ist. Hier ist jedoch zu beachten, dass der Fall (Case) nicht den Menschen meint,

sondern dessen komplexe Problemsituation, die bewältigt werden soll. Auf der Systemebene ist Casemanagement um die Optimierung der Versorgungsstrukturen bemüht und bezeichnet hier hauptsächlich das Schnittstellenmanagement (vgl. dvsg.org/hauptnavigation-links/publikationen/stellungnahmenpositionen).

WENDT (2014, S. 9) beschreibt das so: »Case Management widmet sich sowohl der Kontingenz des Einzelfalls, in dem eine individuelle Problematik in einem angemessenen Verfahren bewältigt oder gelöst wird (Fallführung), als auch dem organisierten Prozess, in dem ein humandienstlicher Betrieb seinem Versorgungsauftrag in vielen einzelnen Fällen nachkommt (Systemsteuerung).« JOHANNSEN (2013, S. 105) betont für den sozialpsychiatrischen Bereich, dass Casemanager in diesen Arbeitsfeldern meist eine intensive Beziehung zu den Klienten aufbauen. Daher komme bei Hilfe suchenden Menschen, denen der Aufbau von Vertrauen besonders schwerfalle, der Ausgestaltung der Handlungsebene eine besondere Bedeutung zu. Damit Unterstützungsprozesse gelingen, so der Autor weiter, müssen niedrige Fallzahlen und eine Kontinuität der Ansprechpartner gewährleistet sein. Im psychiatrischen Bereich ist daher auch oft vom intensiven oder klinischen Casemanagement die Rede.

7.2.1 Prozessgestaltung

Wie bereits deutlich wurde, ist Casemanagement auf der Systemebene ein Strukturierungsprozess für psychosoziale und medizinische Hilfen, der auf mehreren Ebenen angesiedelt ist. Dieser Strukturierungsprozess beinhaltet mehrere Schritte (siehe Abb. B 7.1)

Kontaktaufnahme (Engagement): Zu Beginn erfolgt die Kontaktaufnahme (Engagement). Dieser erste Schritt dient dem gegenseitigen Kennenlernen und Anbahnen einer Arbeitsbeziehung. Es werden Erwartungen geklärt, Informationen über den Hilfeprozess ausgetauscht, aber noch keine konkreten Ziele und Planungen besprochen. Nach JOHANNSEN (2013, S. 108) ist dieser Schritt gerade im sozialpsychiatrischen Feld von großer Bedeutung. Casemanagerinnen sollten bei der Kontaktaufnahme die Schwierigkeiten ihrer Klienten sehr behutsam ansprechen und eventuell vorhandene Abwehrstrategien und Negationen respektieren.

↓ **Abbildung B 7.1** Funktionen des Casemanagements



Einschätzung (Assessment): Hier wird die Ausgangslage der Klienten systematisch erfasst, insbesondere die individuellen und sozialen Bedürfnisse werden in den Blick genommen. Familiäre Lebenssituation, Bildungsstatus und persönliche Neigungen werden in der Phase des Assessments z.T. mit eigens dafür geschaffenen Instrumenten eingeschätzt (vgl. das Kapitel B 3 Psychosoziale Diagnostik) und die zu bearbeitenden Problemstellungen festgelegt. Hierbei spielt die Einbindung und Zustimmung der Betroffenen und auch das Erfassen der Ressourcen eine große Rolle. Die Erfassung der Ressourcen ist ohne Kenntnis der biografischen Hintergründe, der Entstehungsgeschichte der Problemlagen und der darin enthaltenen Lösungsmöglichkeiten kaum möglich. Durch ein ausführliches Erfassen der Lebensgeschichte können Casemanager spätere Schwierigkeiten in der

Umsetzung der Hilfeleistungen besser einschätzen und alle Beteiligten entsprechend beraten (vgl. JOHANNSEN 2013, S. 108).

Hilfeplanung (Planning): Anhand der festgestellten Problemlagen werden Ziele formuliert und unterschiedliche Maßnahmen festgelegt, die geeignet sind, diese Ziele zu erreichen. Die Zielfestlegung mit entsprechenden Zeithorizonten erfolgt in Zusammenarbeit mit den Betroffenen und den zu diesem Zeitpunkt beteiligten Personen und Einrichtungen. Neben den beteiligten Fachpersonen sollten – soweit möglich – auch die Angehörigen und das soziale Umfeld einbezogen werden. Zur Dokumentation wird ein Hilfeplan erstellt, der später eine strukturierte Durchführung und Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahmen ermöglicht. Die Hilfeplanung stellt den Schlüsselprozess im Ablauf des Casemanagements dar. Er muss in Übereinstimmung mit den jeweiligen sozialrechtlichen Rahmenbedingungen gestaltet werden.

Durchführung (Intervention): Die Umsetzung des Hilfeplans ist mit der Motivation des Hilfesuchenden eng verbunden. Für die Organisation der Hilfen ist es wichtig, die beteiligten Personen und Einrichtungen zu kennen, um bei Missverständnissen und Misserfolgen kommunizieren zu können.

Kontrolle (Monitoring): In der Phase der Kontrolle (Monitoring) wird von Klient und Casemanagerin in regelmäßigen Abständen gemeinsam geprüft, wie weit die Umsetzung der Maßnahmen vorangekommen ist. Damit stellt sich auch die Frage, ob die Planung, die Zielvorgaben und die getroffenen Maßnahmen angemessen oder Anpassungen notwendig sind. In der Folge kann es zu Veränderungen bei der Hilfeplanung und bei den durchgeführten Maßnahmen kommen – oder zur Beendigung des Casemanagements, wenn das Ziel erreicht wurde.

Entpflichtung (Evaluation): In der letzten Phase der Bewertung (Evaluation) und Entpflichtung (Disengagement) wird die Ablösung eingeleitet. Wenn die Evaluation eine Stabilisierung der Lebenssituation des Betroffenen ergeben hat, kann sich die Casemanagerin von ihrem Klienten wieder lösen. Sollte eine weitere Unterstützung nötig sein, erfolgt eine Fallübergabe an eine weiterbehandelnde Klinik oder eine ambulante Einrichtung. Da beim intensiven Casemanagement in der Regel von lang andauernden Alltagsbegleitungen ausgegangen werden muss, sind die Folgen einer Beendigung von Unterstützungsleistungen sorgfältig abzuwägen. Erfolgt keine Entpflichtung, obwohl diese therapeutisch sinnvoll wäre, besteht die Gefahr, dass Selbstständigkeit und Autonomie verhindert werden; wird der Beziehungsabbruch jedoch zu schnell initiiert, kann der Erfolg vieler Jahre Sozialer Arbeit binnen kurzer Zeit zunichtegemacht werden.

7.2.2 Rollen und Qualifikationen des Casemanagers

Im Unterstützungsprozess erhält der Casemanager eine durchgehende Koordinierungs- und Fallverantwortung und tritt in mehreren Funktionen auf. Diese lassen sich im Wesentlichen mit den Rollen »Berater«, »Anwalt« und »Kordinator« charakterisieren (vgl. www.dgcc.de/casemanagement).

Berater: In dieser Funktion vermittelt der Casemanager dem Hilfesuchenden u.a. Kenntnisse über relevante Gesetzesgrundlagen, Antragsverfahren und über den Umgang mit Behörden. Seine Aufgabe ist es, die Informationen so zu vermitteln, dass der Klient befähigt wird, seine Anliegen später selbst zu vertreten.

Anwalt: Solange Hilfesuchende – insbesondere Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen – noch nicht in der Lage sind, die eigenen Rechte einzufordern, fungiert der Casemanager nicht nur als Berater, sondern auch als Anwalt. So kontaktiert er beispielsweise bei der Durchsetzung von Sozialleistungen den Leistungsträger und stellt die entsprechenden Anträge.

Kordinator: Aufgrund der durchgehenden Fallverantwortung eines Casemanagers koordiniert dieser die Planung und Bereitstellung medizinischer und psychosozialer Dienstleistungen – unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Klienten. Er kontrolliert die Umsetzung der verabredeten Maßnahmen und initiiert ggf. notwendige Veränderungen in Abstimmung mit den Klienten.

Wenn auch in der Fachliteratur kein einheitliches Votum besteht, so wird doch am häufigsten die Berufsgruppe der Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagogen benannt, wenn nach der Durchführung eines professionellen Unterstützungsmanagements gefragt wird. Begründen lässt sich dies mit dem Vermittlungsauftrag der Sozialen Arbeit zwischen Individuum und Gesellschaft. Lowy (1988, zit. nach GALUSKE 2013, S. 201) beschreibt diesen Vermittlungsauftrag wie folgt: »Case Management gehört der Sozialarbeit an und hat die Kernfunktion, den Klienten-Systemen (einzelnen Menschen, Familien und ihren Angehörigen, Kleingruppen, Nachbarn, Freunden usw.) in koordinierter Weise Dienstleistungen zugänglich zu machen, die von ihnen zur Lösung von Problemen und zur Verringerung von Spannungen und Stress benötigt werden. Sozialarbeiter erfüllen damit einen wichtigen Teil ihres Mandates und ihrer Funktion, indem sie soziale oder gesundheitliche, therapeutische und erzieherische, religiöse, juristische u.a. Hilfen, denen vermitteln und zukommen lassen, die auf derartige Leistungen ambulant (im eigenen Haushalt) oder in Institutionen oder Organisationen angewiesen sind.«

7.2.3 Modellprojekt Casemanagement in der Gemeindepsychiatrie

Von 1995 bis 1998 wurde im Ruhrgebiet das Modellprojekt »Casemanagement in der Gemeindepsychiatrie« durchgeführt. Es sollte klären, inwieweit es für chronisch erkrankte alkohol- und drogenabhängige Menschen hilfreich ist, wenn sie von Sozialarbeiterinnen betreut und begleitet werden, die auch Aufgaben der Hilfskoordination im sozialen Netzwerk übernehmen. Neben der Alkohol- bzw. Drogenabhängigkeit waren die Klientinnen und Klienten durch Armut bzw. Verschuldung, unsichere Wohnverhältnisse, soziale Desintegration, strafrechtliche Probleme und körperliche Erkrankungen belastet. Die Aufgabe der Sozialarbeiter war es, die Klienten aufzusuchen, zur Kooperation zu ermutigen und mit ihnen Veränderungsziele und Hilfsmaßnahmen festzulegen. Die vorhandenen Ressourcen der Klienten, aber auch die des Sozialraumes sollten mit einbezogen werden und neben der persönlichen Begleitung sollte auch Unterstützung beim Umgang mit Ämtern und Hilfeeinrichtungen angeboten werden. Die Sozialarbeiter fungierten also gleichzeitig als Berater, Anwälte und Koordinatoren.

Ein zentrales Ergebnis des Projektes war, dass die Entwicklung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung durch ein verbindliches und transparentes Vorgehen die Voraussetzung für das Initiieren aller anderen Prozesse war. Außerdem zeigte sich, dass seitens der Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagogen auch die Eigenschaften Flexibilität, Kreativität und Mobilität bedeutsam waren, wie auch ihre Fähigkeit, nicht nur mit den Klienten, sondern auch mit deren Lebensumfeld in Kontakt zu treten. Zudem wurde deutlich, dass die Sozialarbeiterinnen drei Fünftel ihrer Zeit außerhalb ihrer Büros – meist in der Wohnung der Klienten – verbrachten. Sie begleiteten ihre Klienten zwischen einem Tag und viereinhalb Jahren, wobei die Erfolge umso sichtbarer waren, je intensiver und länger die Unterstützung geleistet wurde.

Bei der Auswertung des Modellprojektes zeigte sich, dass sich bei der Hälfte der Klientinnen und Klienten (50 %) die Gesamtsituation – Wohnung, Finanzen, rechtliche Probleme, Gesundheit, soziale Isolierung – erheblich besserte, bei einem Fünftel (20 %) kam es sogar zu einer Stabilisierung, sprich Beseitigung der zu Beginn benannten Probleme. Drei Fünftel (60 %) hatte den Drogen- und Alkoholkonsum aufgegeben oder zumindest wesentlich reduziert. Bei der Evaluation wurde deutlich, dass die Klientinnen und Klienten besonders die individuelle und ganzheitliche Perspektive sehr positiv bewerteten – alle Lebensbereiche wurden mit einbezogen. Zudem wur-

den die Flexibilität und Präsenz der Sozialarbeiterinnen und das schnelle unbürokratische Reagieren bei Krisen hervorgehoben. Die Klienten erlebten eine Form der Hilfestellung, die sich von ihren bisherigen Erfahrungen im Suchthilfebereich – Komm-Struktur, feste Beratungszeiten, Fokus auf die Sucht – positiv unterschied.

Im Hinblick auf die unterschiedlichen Ebenen des Casemanagements ließ sich feststellen, dass das Unterstützungsmanagement besonders dann erfolgreich verlief, wenn neben der Entwicklung einer persönlichen Beziehung zum Klienten die Vernetzung mit den verschiedenen Hilfsangeboten im Sozialraum gelang. Die Erfolge waren hingegen gering, wenn die Betreuerin keine akzeptierende Haltung zu den Klienten fand, keine Kenntnisse in motivierender Beratung hatte, nicht eigenverantwortlich und systematisch handelte, nicht mit dem regionalen Versorgungssystem vertraut war und zu wenig über Organisation, Moderation und Steuerung von Abstimmungsprozessen wusste (vgl. SCHLEUNING & WELSCHHOLD 2000, S. 35 ff.).

Insgesamt konnte das Modellprojekt »Case Management in der Gemeindepsychiatrie« als großer Erfolg gewertet werden – auch aufgrund der finanziellen Vorteile, die sich in der Folge einstellten. Ein Vergleich der durchschnittlichen jährlichen stationären Behandlungszeit in den fünf Jahren vor Aufnahme des Casemanagements mit dem Projektzeitraum ergab eine Reduktion der stationären Behandlungszeiten um durchschnittlich 70 % pro Jahr. Während die Patientinnen und Patienten zuvor durchschnittlich 138,8 Tage pro Jahr in stationärer psychiatrischer Behandlung verbracht hatten, reduzierten sich die Krankenhaustage nach Aufnahme in das Projekt auf 47,7 Tage pro Jahr (ebd. S. 91).

In der Folge wurde das Casemanagement, welches die Bedürfnisse der Person in den Mittelpunkt stellt, im ambulanten psychiatrischen Arbeitsfeld zum zentralen Element der Hilfeplanung.

7.3 Von der Hilfeplanung zur Teilhabeplanung

Als eigenständiges, sozialarbeiterisches Handeln bestimmendes Verfahren wurde die Hilfeplanung mit der Einführung des SGB IX im Jahr 2001 im Sozial- und Leistungsrecht implementiert. Gleichzeitig wurden Instrumente zur Ermittlung und Planung der Hilfen entwickelt. Eine schriftliche Vereinbarung zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer ermöglichte zudem eine Evaluation und Erfolgskontrolle.

Die Aktion Psychisch Kranke e. V. entwickelte für den ambulanten psychiatrischen Bereich den »Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan« (IBRP), der neben der Erfassung der individuellen Bedarfe eines Menschen und der daraus folgenden Hilfen auch die Ermittlung des voraussichtlichen Personal- und Zeitaufwandes systematisierte (GROMANN 2001). Seitens der Sozialhilfeträger wurde dieses Instrument in vielen Bundesländern aufgegriffen, wenn auch regional unterschiedlich ausgestaltet z. B. als Bayerischer Hilfeplan, Berliner Rehabilitationsplan, Individueller Hilfeplan (Nordrhein-Westfalen) oder Individueller Teilhabeplan (Thüringen).

In den letzten Jahren haben sich die sogenannten Hilfeplanungsinstrumente sehr verändert. Seit Einführung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) müssen sich die Bedarfsermittlungsinstrumente der Hilfeplanung auf die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) beziehen (vgl. Kapitel B 3, »Psychosoziale Diagnostik«).

Ein theoretischer Bezugsrahmen der ICF ist das biopsychosoziale Modell: Danach sind biologische, psychologische und soziale Faktoren sowohl für sich genommen als auch in ihren komplexen Wechselwirkungen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Erkrankungen und Behinderungen zu berücksichtigen.

Eine weitere theoretische Grundlage der ICF ist die Handlungstheorie von Nordenfelt (vgl. SCHUNTERMANN 2018). Damit eine Person Unterstützung bei ihren Aktivitäten erhalten kann, müssen drei Bedingungen erfüllt sein:

Leistungsfähigkeit: Die Person muss die Handlung durchführen können. Damit wird die Funktionsfähigkeit bzw. Ausbildungsfähigkeit der Körperstrukturen, der geistigen und seelischen Funktionen angesprochen.

Leistungsgelegenheit: Die äußeren Umstände müssen es der Person möglich machen, ihre Leistungsfähigkeit in eine Handlung umzusetzen. Es müssen also passende materielle, soziale und verhaltensbezogene Umweltressourcen vorhanden sein.

Leistungsbereitschaft: Zu einer Handlung kommt es nur, wenn die Person diese Handlung auch ausführen will. Handlungstheoretisch begründet sich so die Zielorientierung von Hilfeplanung.

Ein weiterer wichtiger Bezugspunkt ist das Recht auf Selbstbestimmung und Teilhabe, wie es in der UN-Behindertenrechtskonvention formuliert ist. Deshalb wird vom Gesetzgeber im Kontext des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) nicht mehr von Hilfeplanung, sondern von Teilhabeplanung gesprochen. Das BTHG löst die Leistungen der sozialen Teilhabe aus der Sozialhilfe heraus und führt sie mit den Leistungen der medizinischen und

beruflichen Rehabilitation in einem Leistungsrecht der Eingliederungshilfe zusammen. Dieser Prozess wird sich noch bis 2023 hinziehen.

Teilhabe wird als Recht zur Verwirklichung von Chancen in allen Lebensbereichen verstanden, in denen die Klientin bzw. der Klient eine Teilhabe wünscht. Folgerichtig ersetzt deshalb nun eine dialogische Teilhabeplanung mit den Klienten die vormals eher diagnostische Erhebung von Hilfebedarfen. Auf der Grundlage eines Selbstevaluationszyklus (vgl. BUHREN 2011; siehe auch und PDCA-Zyklus, Exkurs S. 430) wird der Teilhabeplan gemeinsam mit den Klienten erstellt. Er dokumentiert die Einschätzungen der Bedarfe durch alle Beteiligten und ist die Grundlage eines Bescheides des Leistungsträgers. Dieser benennt die vereinbarten Hilfen, den geschätzten Zeitaufwand sowie die Arbeitsteilung zwischen Leistungserbringern und ggf. auch Leistungsträgern. Jeder Teilhabeplan enthält auch eine Vorgabe zur kontinuierlichen Überprüfung.

Als Mensch mit Beeinträchtigungen individuelle Lebensziele verfolgen zu dürfen, sich für die eigenen Vorstellungen eines »guten Lebens« einsetzen zu können, ergibt sich dabei nicht nur aus dem Anspruch auf Teilhabe, es ist auch Ansporn und Motivation zur Mitarbeit an den getroffenen Vereinbarungen. Individuelle Lebensqualität im Alltag kann über eine gemeinsame Feststellung von Bedarfen und den dazu hilfreichen Dienst- oder Assistenzleistungen ermöglicht werden.

7.3.1 Methodischer Ansatz von Prozessinstrumenten der Teilhabeplanung

Im BTHG ist festgelegt, dass ein Gesamtplan für die Leistungen der Eingliederungshilfe zu erstellen ist. Dieser ist Grundlage des Leistungsbescheides. Wenn mehrere Leistungsträger (Kostenträger) beteiligt sind oder verschiedene Rehabilitationsleistungen koordiniert werden müssen, heißt dieser Plan Teilhabeplan. Bei Gesamtplänen kann, bei Teilhabeplänen muss eine gemeinsame Konferenz stattfinden. Diese rechtliche Rahmung macht deutlich: Planung von passgenauen Hilfen kann immer nur unter Abstimmung aller Beteiligten im Dialog zwischen leistungsberechtigter Person und Leistungsträgern erfolgen, aber auch im Dialog zwischen Klient und Leistungserbringern.

Die sich aus den persönlichen Zielen ergebenden Bedarfe der Klientin oder des Klienten werden mit ihr bzw. mit ihm gemeinsam eingeschätzt und in Vereinbarungen zum Vorgehen im jeweiligen Sozialraum umgesetzt. Be-

darfsfeststellung entwickelt sich folglich als Prozess der Einschätzung von Zielen und der dazu notwendigen Unterstützungsleistungen. Je nach den Teilhabezielen des Klienten können diese in den Bereichen Selbstversorgung und Wohnen, Arbeit und Tätigkeit sowie Freizeit und gesellschaftlichem Leben angeboten werden. Sofern es sich um qualifizierte Fachleistungen der sozialen Teilhabe handelt, wird dabei von Assistenzleistungen gesprochen.

Ein Gesprächsleitfaden: Bedarfsermittlungsinstrumente sind ungeachtet ihrer länderspezifischen Ausgestaltung als eine Art Gesprächsleitfaden zu verstehen. Sie dienen weniger einer Zuordnung von psychosozialen Diagnosen zu definierten Bedarfen, sondern sind als eine Gesprächsanleitung zu betrachten, welche Schritt für Schritt zur Einschätzung der erforderlichen Unterstützungs- und Assistenzleistungen führt. Der den Bögen zugrunde liegende Prozess muss folglich nicht nur von Fachkräften, sondern auch von Klienten verstanden werden: Situation einschätzen, Ziele herausfinden, Möglichkeiten und Hindernisse bedenken, familiäre, freundschaftliche oder professionelle Unterstützungsmöglichkeiten prüfen und gemeinsame Vereinbarungen treffen. Dabei ist von besonderer Bedeutung, dass die Lebensziele der Person in den Blick genommen werden und daraus konkrete Arbeitsziele – meist für den Planungszeitraum von einem Jahr – miteinander vereinbart werden. Die Merkmale der Person, insbesondere ihre Einschränkungen spielen nur insofern eine Rolle, als sie diese an der Verfolgung ihrer Ziele hindern.

Ein Abstimmungsinstrument: Die Bedarfsfeststellung und Teilhabeplanung ist gekennzeichnet von zahlreichen Abstimmungs- und Schnittstellenproblemen zwischen den verschiedenen Leistungsträgern und Leistungserbringern. Es braucht also ein Instrument, das in den unterschiedlichen Arbeitsfeldern von Gemeindepsychiatrie, Behindertenhilfe, Suchtkrankenhilfe und stationären Wohnungslosenhilfeeinrichtungen Akzeptanz findet. Diese Akzeptanz stellt sich in der länderspezifischen Ausgestaltung der Abstimmungsinstrumente wesentlich über die Verwendung von ICF-Items her. Was jedoch nicht bei allen Instrumenten berücksichtigt wurde, ist eine Prozesssteuerung, die sich an die Phasen des Casemanagements anlehnt.

Eine weitere Herausforderung stellen die verschiedenen sozialrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen von Klienten und die sehr unterschiedliche Organisation und regionale Verfügbarkeit von Hilfen dar. Ein einheitliches Teilhabeplanungsinstrument und -verfahren vermeidet Brüche und Unter- oder Überversorgung in der Begleitung, Assistenz und Pflege von Menschen mit Behinderungen. Teilhabeplanung stellt praktisch eine »Brücke« dar, durch die verschiedene Aufgaben und Ansprüche verbunden werden.

Funktional müssen verbunden werden:

- Festlegung der persönlichen Teilhabeziele gemeinsam mit der leistungsberechtigten Person, Einschätzung der Fähigkeiten und Beeinträchtigungen und der Umweltbedingungen, damit diese Ziele angegangen werden können;
- Erarbeiten eines Teilhabeplans mit entsprechenden Assistenzleistungen von Einrichtungen und Diensten sowie von privat wie ehrenamtlich Engagierten;
- trägerübergreifende Koordinierung und Abstimmung zwischen Teams, Einrichtungen und verschiedenen Angebotsbereichen (z.B. Wohnen und Arbeiten) und Anspruchsebenen (z.B. Arbeit, Behandlung, Rehabilitation, Unterstützung und Begleitung, Pflege, Assistenz);
- Sicherung der Grundlage für eine angemessene, zeitbezogene, zielgruppen- und kostenträgerübergreifende Finanzierung der Unterstützungsleistungen;
- regionale Abstimmung der Bedarfe, teilhabeorientierte regionale Steuerung.

7.3.2 Grundhaltung zur Teilhabeplanung

Unabhängig auf welcher Ebene die Aufgaben der Fachkräfte der Sozialen Arbeit angesiedelt sind, setzt Teilhabeplanung eine grundsätzliche Bereitschaft von Professionellen voraus, auf »gleicher Augenhöhe« mit Klienten zu verhandeln. Dies ist nicht immer voraussetzungslos möglich, beispielsweise wenn Kommunikation für den Betroffenen nur eingeschränkt möglich ist. Häufiger kommt es jedoch vor, dass Mitarbeitende ihre eigenen Vorstellungen von Teilhabezielen haben oder die Alltagsbegleitung schon seit Jahren gleich abläuft.

Die Abläufe und Möglichkeiten einer Einrichtung geben sehr vieles vor. Für Fachkräfte scheint es dann eher nicht zweckdienlich, wirklich ergebnisoffen zu planen, da dies eine Veränderung der Routinen bedeutet. Die Basis oder der Kernprozess von Teilhabe ist jedoch die individuelle Planung des Lebensalltages. Teilhabeziele mit Betroffenen zu entwickeln und diese umzusetzen, verändert die bisherige Arbeitssituation von Fachkräften grundlegend und beinhaltet nicht nur die Planung neuer Freizeitaktivitäten.

Gefährdet ist ein Dialog mit Menschen mit Beeinträchtigungen aber auch deshalb, weil für sie die Verständlichkeit des Hilfeplanungsprozesses nicht

immer gegeben ist. Hier ist gegebenenfalls der Einsatz von Methoden der Unterstützten Kommunikation (Leichte Sprache usw.) erforderlich. Eine visuelle Hilfe kann die sogenannte Teilhabekiste sein, ein Instrument, das gemeinsam mit Menschen mit Behinderungen entwickelt wurde, um Vorstellungen und Wünsche für alle Lebensbereiche zu visualisieren (GROMANN 2015).

Für Mitarbeitende sowohl von Leistungserbringern wie von Leistungsträgern bedeuten auszufüllende Prozessinstrumente zusätzliche Arbeit und erfordern zudem ein gedankliches Einlassen auf die Anforderungen des Instrumentes. Meist wird der Sinn eines solchen Verfahrens erst offensichtlich, wenn durch die erfolgreiche Umsetzung individueller Teilhabepläne Selbstwirksamkeit für die eigene Arbeit wie auch ein Zuwachs an Lebensqualität und Autonomie für Menschen mit Behinderungen erfahren wird, d.h. häufig erst nach dem ersten oder zweiten Planungsprozess.

Bei Fachkräften der Sozialen Arbeit in der Position des Leistungsträgers werden Dialog und Verständlichkeit auch durch die »behördliche« Rolle gegenüber Betroffenen beeinflusst. Weiter stehen sie unter einem hohen ökonomischen Druck, da sie die Wirtschaftlichkeit und Angemessenheit der geplanten Leistungen verantworten.

Auch fehlte in der jüngeren Vergangenheit für Betroffene die Transparenz bei der Planung, Durchführung und den Kosten professioneller Hilfen. Deshalb und im Zusammenhang mit der unzureichenden Partizipation von Betroffenen am Hilfeplanungs- und Hilfgewährungsprozess wurden im Zuge der Einführung des BTHG ergänzende unabhängige Beratungsstellen (EUTB) eingerichtet.

Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung

Die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) wurde mit dem Bundesteilhabegesetz neu geschaffen und unterstützt Menschen mit einer drohenden oder bereits bestehenden Behinderung in Angelegenheiten der Rehabilitation und Teilhabe. Hier werden Hilfestellungen von unabhängigen Peers, d.h. von Menschen, die selbst mit einer Behinderung leben, z. B. bei der Beantragung einer medizinischen Rehabilitation oder bei der Klärung von Ansprüchen auf eine Assistenzleistung gegeben. Die Merkmale Unabhängigkeit und eigene Betroffenheit sind bei diesem Beratungsformat besonders wichtig. Seit Einführung des BTHG haben sich bundesweit bereits 400 Beratungsangebote gebildet, weitere werden noch entstehen.

Auf der Seite der Fachstelle »Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung« (www.teilhabeberatung.de) findet man die Erläuterung von wichtigen Begriffen in Leichter Sprache und eine Auflistung der Unterstützungsangebote in der eigenen Region.

Der Einfluss von Fachkräften jedweder Interessenlage auf Hilfeplanungsprozesse ist vielfältig nachgewiesen (BUDINGER, SYLUPP 2015), es ist jedoch nicht per Dekret zu entscheiden, wessen Einfluss im Sinne Betroffener ist und wessen nicht. Wesentlich ist das Wunsch- und Wahlrecht betroffener Menschen und die Tatsache, dass Vertrauen (und damit Alltags- und Kommunikationsnähe) und verlässliche Assistenz notwendige Grundlagen jeder Teilhabeplanung sind. Eine dialogische, alltagsnahe und personenorientierte Teilhabeplanung enthält Lebensziele der leistungsberechtigten Person in eigenen Worten für das nächste Jahr und die Beschreibung von subjektiven »Anzeigern« (woran würde ich erkennen, dass ich das Ziel ganz oder teilweise erreicht habe?). Anzeiger für die Ziele müssen messbar, realistisch und konkret formuliert werden.

Eine »Zielorientierung« zeigt sich nicht nur durch das Festhalten von Zielen und ihren Anzeigern in allen Lebensbereichen, sondern auch durch eine regelmäßige Auswertung, ob die Ziele erreicht wurden. In der Praxis kommt es selten zur Auswertung von Hilfe- oder Teilhabeplänen, dabei wird die Chance von Selbstwirksamkeitserfahrungen vertan. Diese Auswertung ist jedoch verbindlich vorzunehmen, bevor ein neuer Planungsprozess beginnt. Lernen aus Erfahrung, dialogische Reflexion, Würdigung von Erfolgen und die konsequente Umorientierung bei Misserfolgen sind die Voraussetzungen einer persönlichen wie professionellen Weiterentwicklung.

Zusammenfassung

Zusammenfassend ist festzustellen, dass prozessorientierte Teilhabepanungsinstrumente – insbesondere im Hinblick auf das neue Bundesteilhabegesetz – praxiserprobte Lösungen für die komplexen Aufgaben einer leistungsträger- und zielgruppenübergreifenden Teilhabepanung und damit für das Casemanagement auf unterschiedlichen Ebenen darstellen. Beim Konzept Casemanagement geht es in erster Linie darum, Vertrauen zu Klienten aufzubauen und im Dialog mit ihnen medizinische und psychosoziale Leistungen zu planen, die Durchführung der Hilfen zu unterstützen und zu koordinieren und die Fähigkeiten zum selbstbestimmten Leben zu fördern. Die Qualität sozialer Beziehungen in Assistenz- und Unterstützungsprozessen ist entscheidend für die Wirkung von Maßnahmen, die Konstanz wichtiger Bezugspersonen hilfreich. Am wichtigsten jedoch ist eine Haltung, die den Klienten und Klientinnen auf Augenhöhe begegnet und ihre Lebensziele und -wünsche ernst nimmt.

Vertiefungsmöglichkeiten

Literatur

WENDT, W. (2018): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. 7. Aufl. Freiburg: Lambertus.

... Internet

www.personenzentrierte-hilfen.de

<https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/> – hier gibt es auch Links zu den länderspezifischen Bedarfsermittlungsinstrumenten

Fragen und Übungen

1. Woher kommt die Methode Casemanagement, wie ist sie aufgebaut und was will sie erreichen?
2. Die Berufsgruppe der Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagogen gilt für die Ausübung von Casemanagement als besonders geeignet. Hat diese in Ihren Augen die nötige Qualifikation? Sehen Sie ethische Konflikte?

3. Mit welchen Motiven wurde das Bundesteilhabegesetz eingeführt?
4. Stellen Sie fest, mit welchem Bedarfsermittlungsinstrument in Ihrer Region gearbeitet wird und welche Erfahrungen es mit dem Instrument gibt.
5. Erstellen Sie eine Hilfe- bzw. Teilhabeplanung anhand eines eigenen Fallbeispiels eines nicht beeinträchtigten Menschen. Mit welchen Zielkategorien und Anzeigern der Zielerreichung würden Sie bei einem gegebenen jährlichen Zyklus arbeiten?

Autorinnen

Schreieder, Elisabeth, Prof. Dr. phil., Diplom-Pädagogin, Spiel- und Theaterpädagogin und Diplom-Sozialpädagogin, war lange Zeit in einer Werkstatt für Menschen mit psychischen Behinderungen im Sozialen Dienst tätig und in dieser Funktion an vielen Hilfeplankonferenzen beteiligt. Derzeit Lehre an der Fachhochschule Kiel und an der Hochschule für Künste im Sozialen, Ottersberg.

Gromann, Petra, Prof. Dr., ist Diplom-Soziologin und Professorin für Rehabilitation an der Hochschule Fulda. Sie ist Studiengangsleiterin für den B.A. Soziale Arbeit online/BASA-dual und hat die Seite <http://ibrp-online.de/> mit aufgebaut.

Literatur

BARTHELHEIMER, P.; FROMM, S.; KÄDTLER, J. (2012) (Hg.): Teilhabe im Umbruch. Berichterstattung zur sozioökonomischen Entwicklung in Deutschland: Wiesbaden: VS.

BASAGLIA, F. (1971): Die negierte Institution oder die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen. Ein Experiment der psychiatrischen Klinik in Görz. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

BOCK, T.; DÖRNER, K.; NABER, D. (Hg.) (2004): Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie Verlag.

BUDINGER, K.; SYLUPP, A. (2015): Ziele für sich alleine festlegen und nicht mehr für andere. Ein Forschungsbericht. In: Gromann, P. (Hg.) (2015): Teilhabeorientierte Steuerung, S. 20–26.

- Bundesministerium für Gesundheit (2015): Entbürokratisierung in der Pflege https://www.ein-step.de/fileadmin/content/documents/abschlussbericht_und_Anlagen_fin20140415_sicher.pdf (15.02.2017)
- BUHREN, C. (2011): Selbstevaluation in Schule und Unterricht. Ein Leitfaden für Lehrkräfte und Schulleitungen. Kronach: Carl Link.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2019): S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. 2. Aufl. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-0201_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf (11.10.2019)
- DIMDI (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Deutschsprachige Fassung der ICF. www.dimdi.de/dynamic/de/klasi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf (15.02.2017).
- EGGER, J.W. (2005): Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. In: ZS Psychologische Medizin, 16 (2), 3–12.
- FLICK, U. (2010): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Mey, G.; Mruck, K. (Hg.): Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: VERLAG, S. 395–408.
- GALUSKE, M. (2013): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 10. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- GROMANN, P. (2001): Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung. Ein Handbuch zur Umsetzung des IBRP. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- GROMANN, P. (2011): [www.ibrp-online](http://www.ibrp-online.de). Methodenschulung zum Erlernen des IBRP. (15.10.2019).
- GROMANN, P. (2015): Wie misst man Teilhabe in der Eingliederungshilfe? www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Qualitaet/WmmT/Wissenschaftlicher_Abschlussbericht_IPH.pdf (10.01.2016).
- JOHANNSEN, M. (2013): Betreutes Wohnen. Grundlagen und Selbstverständnis sozialpädagogischer Arbeit in der Gemeindepsychiatrie. Saarbrücken: VDM.
- KARGER-FENGLER, C. (1980): Alltag in der Anstalt. Wenn Sozialpsychiatrie praktisch wird. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- KREMS, B. (o.J.): OLEV Online-Verwaltungslexikon für gutes öffentliches Management <http://www.olev.de/xyz/ziele.htm> (30.11.2016).

- LVR – Landschaftsverband Rheinland (2015): IHP 3. http://www.lvr.de/de/nav_main/soziales_1/menschenmitbehinderung/wohnen/hilfeplanverfahren_2/hilfeplan/hilfeplan_1.jsp (10.10.2015).
- Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung (2016): Ein-STEP. Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation. http://euritim.de/pdf-herunterladen/Praesentation_zu_Informationen-_und_Schulungsunterlagen_V10__2016.pdf (04.11.2019)
- SCHLEUNING, G.; WELSCHHOLD, M. (2000): Psychiatrisches Casemanagement. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 30 (4), S. 38–43.
- SCHUNTERMANN, M.F. (2018): Einführung in die ICF. Grundkurs, Übungen, offene Fragen. 4. Aufl. Landsberg: Ecomed.
- SELIGMAN, M.; PETERMANN, F. (2010): *Erlernte Hilflosigkeit*. Weinheim: Beltz.
- WENDT, W.R. (2018): *Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen*. 7., aktual. Aufl. Freiburg: Lambertus.