



KVJS

Kommunalverband für
Jugend und Soziales
Baden-Württemberg

KVJS

Behindertenhilfe – Service

Fallmanagement in der Eingliederungshilfe Gesamtplan nach § 58 SGB XII

Grundlagenpapier

**Erarbeitet von einer
Arbeitsgruppe des
Kommunalverbandes für
Jugend und Soziales (KVJS) und
der Stadt- und Landkreise in
Baden-Württemberg
(Stand: Februar 2014)**



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
I. Fallmanagement in der Eingliederungshilfe	6
1. Theoretischer Kontext	6
2. Ziele des Fallmanagements	7
3. Der Fallmanager	8
4. Umsetzung in der Praxis	9
4.1 Fallebene	9
4.2 Organisationsebene	10
4.3 Netzwerkebene – Einzelfall/ Fallübergreifend	12
4.4 Netzwerkebene – innerhalb und außerhalb der Verwaltung	13
4.5 Netzwerkebene – Schnittstelle zur Sozialplanung	13
5. Fallmanagement und Sozialraumorientierung	13
II. Gesamtplan nach § 58 SGB XII	15
1. Gesetzlicher Auftrag und Zuständigkeit	15
2. Rechtliche Zuordnung	15
3. Aufgabe und Ziele des Gesamtplans	15
4. Form und Inhalt des Gesamtplans	16
5. Gesamtplangespräch	16
6. Datenschutz	17
7. Abgrenzung zu anderen Plänen	18
III. Zusammenarbeit mit den Beteiligten	19
1. Beteiligung des Leistungsberechtigten	19
2. Zusammenarbeit mit den Angehörigen	19
3. Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern	19
4. Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt	20
5. Zusammenarbeit mit dem Medizinisch-Pädagogischen Dienstes (MPD)	21
6. Zusammenarbeit mit sonstigen Beteiligten	22
IV. Gesamtplanverfahren im Rahmen des Fallmanagements	23
1. Erstberatung	24
2. Fallauswahl für das Fallmanagement	24
3. Feststellung der wesentlichen Behinderung und Klärung des Hilfebedarfs	25
4. Assessment (Situations- und Bedarfsanalyse)	26
5. Zielplanung	27
6. Umsetzungsplanung	30
7. Begleitung in der Leistungsdurchführung	31
8. Monitoring	32
9. Abschluss und Auswertung	32



V. Evaluation	33
1. Fallbezogene und Fallübergreifende Evaluation	33
2. Umsetzung der Evaluation in den Stadt- und Landkreisen	33
VI. Mustervordruck Gesamtplan Fallmanagement	35
1. Allgemeines	35
2. Vorlagen: Word- & Excel- Datei	35
3. Mustervordruck Gesamtplan Fallmanagement	36
VII. Abkürzungsverzeichnis	54
VIII. Literaturverzeichnis	55
IX. Abbildungsverzeichnis	57
X. Anlagen	58



Vorwort

Für Inklusion und Partizipation bedarf es in der Eingliederungshilfe einer personenzentrierten und ganzheitlichen Steuerung durch das Fallmanagement. So werden die Menschen mit Behinderung durch ein Netzwerk von familiären, nachbarschaftlichen, ehrenamtlichen und professionellen Hilfen in den Sozialen Raum eingebunden.

Gleichzeitig soll das Fallmanagement zielgenaue Hilfen ermöglichen und helfen, die knappen finanziellen Ressourcen effizient einzusetzen. Hierfür bedarf es eines verbindlichen und kooperativen Verfahrens, welches dem Menschen individuell hilft und ihn aktiv beteiligt.

Das Fallmanagement ist in Baden-Württemberg in allen 44 Stadt- und Landkreisen etabliert. Seit 2005 unterstützt der KVJS die Kreise bei der (Weiter-)Entwicklung.

So gibt das KVJS-Forschungsvorhaben „Wirkungsanalyse des Fallmanagements in der Eingliederungshilfe (WiFEin)“ Antworten auf die Fragen nach Umsetzung, Wirkung und Optimierung des Fallmanagements.

Das daran anschließende KVJS-Projekt „Praxisimplementierung: Grundlagen für die Dokumentation und Evaluation im Fallmanagement“ bietet eine wichtige praxisnahe Weiterentwicklung für das Fallmanagement in Baden-Württemberg. Der Mustervordruck Gesamtplan Fallmanagement wurde gemeinsam mit Prof. Dr. Löcherbach von der katholischen Hochschule Mainz und einer Arbeitsgruppe mit Vertretern des KVJS und Stadt- und Landkreisen entwickelt und in der Praxis erprobt. Das neue Instrument basiert auf der KVJS-Vorlage zum Gesamtplanvordruck sowie den Erhebungsbögen des WiFEin-Forschungsvorhabens. Er berücksichtigt neben den praktischen Anforderungen der Fallmanager auch dokumentarische und empirische Anforderungen. Damit ermöglicht es den Stadt- und Landkreisen, individuell eine IT-gestützte Dokumentation und Evaluation umzusetzen.

Die Erkenntnisse und Entwicklungen schlagen sich in der aktuellen 3. Fortschreibung des Grundlagenpapiers zum Fallmanagement und Gesamtplan nach § 58 SGB XII nieder. Neben grundsätzlichen Aussagen und Praxishinweisen zur Umsetzung des Gesamtplanverfahrens im Fallmanagement beinhaltet sie inhaltliche und gestalterische Anpassungen.

Seit 2006 gestaltet eine Arbeitsgruppe des KVJS und der Stadt –und Landkreise das Grundlagenpapier zum Fallmanagement und Gesamtplan nach § 58 SGB XII in der Eingliederungshilfe. Es soll helfen den gesetzlichen Auftrag umzusetzen. Es dient zudem den mit der Eingliederungshilfe befassten Mitarbeitern der Stadt- und Landkreise als Leitfaden, Gedankenstütze und anregende Handreichung zur Umsetzung des Fallmanagements beziehungsweise des Gesamtplanverfahrens im Fallmanagement. Dabei handelt es sich um Empfehlungen. Eine Umsetzung obliegt der Entscheidung der Stadt- und Landkreise.

Die Umsetzung des Fallmanagements in der Eingliederungshilfe ist ein dauerhafter Lernprozess. Das entwickelte Papier ist Grundlage für die vom KVJS angebotenen Schulungen zum Fallmanagement und Gesamtplanverfahren. Des Weiteren findet zum Beispiel in Form der Jahrestagung auch ein regelmäßiger Erfahrungs- und Informationsaustausch bezüglich der Umsetzung des Grundlagenpapiers in der Praxis statt. Das Grundlagenpapier soll auch künftig aktualisiert und den Anforderungen der Praxis angepasst werden.



Allen AG-Mitgliedern sowie sonstigen Beteiligten gilt ein herzliches Dankeschön für ihr außerordentlich großes Engagement und ihre konzentrierte und konstruktive Arbeit.

Landrat Karl Röckinger
Verbandsvorsitzender

Senator e. h. Prof. Roland Klinger
Verbandsdirektor



I. Fallmanagement in der Eingliederungshilfe

1. Theoretischer Kontext

Das neue Selbstverständnis der Eingliederungshilfe im Sinne einer besseren Steuerungsfunktion seitens der Leistungsträger – im Interesse der Gewährung von individuell bedarfsgerechten Hilfen – legt den Fokus auf eine nachhaltige Gestaltung der Leistungen für alle Leistungsberechtigten unter gleichzeitiger Beachtung von Standards zur Beurteilung von Qualitäts- und Kostengesichtspunkten. Für die Steuerung in der Eingliederungshilfe ist daher ein Modell notwendig, das sowohl den Erfordernissen des Einzelfalls als auch den erforderlichen organisatorischen und infrastrukturellen Rahmenbedingungen gerecht wird: das Fallmanagement.

Fallmanagement in der Eingliederungshilfe kann als Realisierung oder Konkretisierung des Handlungsansatzes „Case Management“ gesehen werden. Case Management ist „eine Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation zu dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen. Zugleich ermöglicht es eine effektive und effiziente Steuerung in den jeweiligen Handlungsfeldern des Sozial- und Gesundheitswesens“¹.

Übertragen auf die Eingliederungshilfe bedeutet Fallmanagement die ganzheitliche und umfassende Betrachtungsweise des Einzelfalls, dessen Hilfekonzept sich an den individuellen Bedürfnissen und Potentialen des einzelnen Menschen ausrichtet. Das Fallmanagement soll zielgenaue Hilfen ermöglichen innerhalb welcher die betroffene Person im Rahmen eines verbindlichen und kooperativen Verfahrens eine seiner individuellen Situation angemessenen Beratung und Leistung erfährt (s. auch Kapitel IV).

Fallmanagement erschließt die Lebenslage von Menschen und die bei ihnen und ihrem Umfeld vorhandenen Potenziale. Es knüpft an die Lebensführung, die Alltagsorganisation und das Selbstmanagement von Menschen an. Das Fallmanagement versucht eine Wechselbeziehung zwischen dem Versorgungssystem und seinen Akteuren im Sozialen Raum einerseits und den einzelnen Leistungsnehmern andererseits herzustellen. Ausgehend vom Bedarf am Einzelfall leistet das Fallmanagement eine interne und externe Vernetzungsarbeit (s. auch I.4).

Ausgehend von der personenzentrierten Fallsteuerung hat das Fallmanagement in der Eingliederungshilfe auch die fallübergreifende Systemsteuerung zur Aufgabe. Damit gehört das Fallmanagement neben der Sozial-/Teilhabeplanung und den Leistungs-, Qualitäts- und Entgeltvereinbarungen idealerweise zu den drei wesentlichen Steuerungsmöglichkeiten für den Sozialhilfeträger. Alle drei Bereiche sollten in einem engen Zusammenhang stehen und sich gegenseitig um wichtige Informationen und Erkenntnisse ergänzen, wobei das Fallmanagement möglichst eine zentrale Funktion übernehmen sollte.

Im Mittelpunkt der Steuerung durch das Fallmanagement stehen der Gesamtplan verbunden mit der Evaluation und Wirkungsanalyse der Einzelfälle, die Bewertung der Ergebnisse in einem Wirkungsdialo g und das Schnittstellenmanagement zwischen den im vorigen Absatz genannten Bereichen. Um Erkenntnisse aus den Fällen für die Versorgungsstrukturen zu nutzen, muss das Fallmanagement auch über eine Angebotssteuerung verfügen (s. auch Kapitel I.4.5).

¹ WiFEin-Abschlussbericht 2013, S. 7 ff

2. Ziele des Fallmanagements

Mit dem Fallmanagement werden neben fallbezogenen, fachlichen Zielen auch strategische und sozialpolitische Ziele verfolgt.

Steuerung im Einzelfall

- Steuerung im Einzelfall sowohl beim Zugang zu als auch im Verlauf der Inanspruchnahme von Sozialhilfeleistungen insbesondere durch frühzeitige Kontaktaufnahme und fachkompetente Beratung des Menschen mit Behinderung.
- Individuelle Hilfeplanung mit dem Ziel, den Mensch mit Behinderung am Leben in der Gemeinschaft teilhaben zu lassen und soweit wie möglich von Leistungen der Eingliederungshilfe unabhängig zu machen.
- Gewährung von bedarfsgerechten Leistungen unter Berücksichtigung einer möglichst selbständigen Lebensführung und einer möglichst effizienten Leistungsgewährung.
- Frühe und gezielte Förderung des Leistungsberechtigten, schrittweiser Ausbau seiner Verselbständigungspotentiale.
- Koordinierung der im Einzelfall Beteiligten.

Kooperation mit den Menschen mit Behinderung

- Einbeziehung des Menschen mit Behinderung am gesamten Prozess der Leistungsgewährung
- Orientierung an den vorhandenen oder zu erschließenden Ressourcen des Menschen mit Behinderung
- Stärkung des Selbstbestimmungsrechts des Menschen mit Behinderung durch Berücksichtigung seiner Wünsche und Vorstellungen im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben

7

Effizienter Einsatz finanzieller Ressourcen

- Kosten der Eingliederungshilfe effektiv zu steuern, durch kontinuierliche enge Begleitung des Hilfeprozesses
- Dem Nachrang der Sozialhilfe Rechnung tragen, in dem vorrangige Kostenträger verstärkt herangezogen werden

Wirksamkeitsprüfung der angebotenen und in Anspruch genommenen Leistungen

- Zielgenaue Planung und Koordination der Finanzierung der Leistungserbringung im Einzelfall
- Überprüfung und Fortschreibung der im Einzelfall vereinbarten Ziele
- Kontinuierliche Überprüfung der Wirksamkeit der Leistungserbringung
- Ineffektive oder unwirtschaftliche Leistungen umsteuern

Weiterentwicklung der Leistungsangebote und der Strukturen durch

- Berücksichtigung und Erschließung von Ressourcen aus dem sozialen Raum des Menschen mit Behinderung (siehe auch I.3)
- Berücksichtigung des Vorrangs offener und ambulanter Leistungen
- Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung sowie Schaffung und Weiterentwicklung bedarfsgerechter Hilfestrukturen
- Ausbau der Zusammenarbeit und Vernetzung mit den Leistungserbringern²
- Kooperation und Vernetzung mit allen Institutionen
- Schnittstelle zur Sozialplanung (siehe auch I.4.5)

² Definition Leistungserbringer: alle Einrichtungen/Dienste mit einer Vereinbarung nach § 75 SGB XII.



3. Der Fallmanager

Der Fallmanager stellt kein eigenes Berufsbild dar, vielmehr gibt es in der Praxis verschiedene Modelle der beruflichen Ausübung von Fallmanagement.

Im Rahmen der WiFEin-Forschungsergebnisse konnte als entscheidender Erfolgsfaktor im Rahmen der Personalentwicklung die berufsbegleitende Qualifikation der Fallmanager festgestellt werden. Sie ist wichtiger als die grundständige Ausbildung und trägt somit wesentlich zum Funktionieren des Fallmanagements bei.

Die berufsbegleitenden Weiterbildungen³ sollten aus mehreren Modulen bestehen, die zumindest folgende Inhalte vermitteln:

- Sinn und Besonderheit des Paradigmenwechsels von der Sachbearbeitung zur Fallsteuerung,
- das Verfahren des Fallmanagements (vgl. operationale Definition des Fallmanagements oben) und Gestaltung von Versorgungsprozessen,
- Rollenbestimmung und Rollengestaltung im Fallmanagement,
- Gesprächsführung, Moderation und Beratung
- Umgang mit Konflikten,
- Angebotsentwicklung und -steuerung.

8 Ebenfalls zur Qualifikation sollte auch die regelmäßige Teilnahme an **Supervisionen** gezählt werden. Supervisionen können für einzelne Mitarbeiter oder für Gruppen in festen Abständen oder anlassbezogen durch eine/n Supervisor/in mit Fallmanagementkenntnissen durchgeführt werden.⁴

Persönliche Voraussetzungen (vgl. § 6 SGB XII):

Persönlich sollte der Fallmanager über folgende Voraussetzungen und Fähigkeiten verfügen:

- Fachkompetenz und Erfahrung im Bereich der individualisierten Hilfeplanung,
- zielorientiertes Denken und Arbeiten,
- soziales und wirtschaftliches Denken,
- Eigeninitiative und Ideenentwicklung
- Beratungs- und Methodenkompetenz
- Durchsetzungsfähigkeit,
- Verhandlungsgeschick,
- Teamfähigkeit,
- Belastbarkeit,
- Flexibilität,
- hohes Engagement,
- Selbstbewusstsein,
- und Kontaktfreudigkeit.

3 zum Beispiel KVJS-Fortbildungsreihe „Fallmanagement“ oder von der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management

4 Siehe auch WiFEin-Abschlussbericht 2013 S. 167f.

4. Umsetzung in der Praxis

Eine Definition von Fallmanagement könnte wie folgt lauten⁵:

Fallmanagement liegt dann vor, wenn mit nachvollziehbaren Kriterien eine **Fallauswahl** für den Einsatz von Fallmanagement stattfindet, eine umfassende und bereichsübergreifende **Bedarfs-einschätzung** unter Berücksichtigung aller relevanten Informationsquellen durchgeführt wird, aus der Ziele und in der Folge Maßnahmen in der **Hilfeplanung** abgeleitet werden, deren qualitative Umsetzung im Sinne der Zielerreichung in der **Leistungssteuerung** abgesichert wird. Um Erkenntnisse aus den Fällen für die Versorgungsstrukturen zu nutzen, muss Fallmanagement auch über eine **Angebotssteuerung** verfügen.

Im Detail lassen sich daraus auf verschiedenen Ebenen Empfehlungen für eine gelungene Umsetzung des Fallmanagements ableiten. Die Empfehlungen wurden auf Basis des theoretischen Handlungskonzeptes Case Management sowie aus den Ergebnissen des Forschungsvorhabens WiFEin abgeleitet. Es ist jedoch zu beachten, dass die Umsetzung auf Basis individueller Organisationsstrukturen vor Ort erfolgen und gegebenenfalls an die unterschiedlichen Strukturen vor Ort angepasst werden muss.

Auch wenn das Forschungsvorhaben wichtige Impulse für die positive Entwicklung des Fallmanagements in Baden Württemberg gegeben hat, hat sich dennoch auch gezeigt, dass es nicht das Idealmodell einer Fallsteuerung gibt. Die folgenden Empfehlungen zur Umsetzung sind daher als Anregung und Unterstützung zur (weiteren) organisationsinternen Weiterentwicklung des Fallmanagements gedacht.

9

4.1 Fallebene

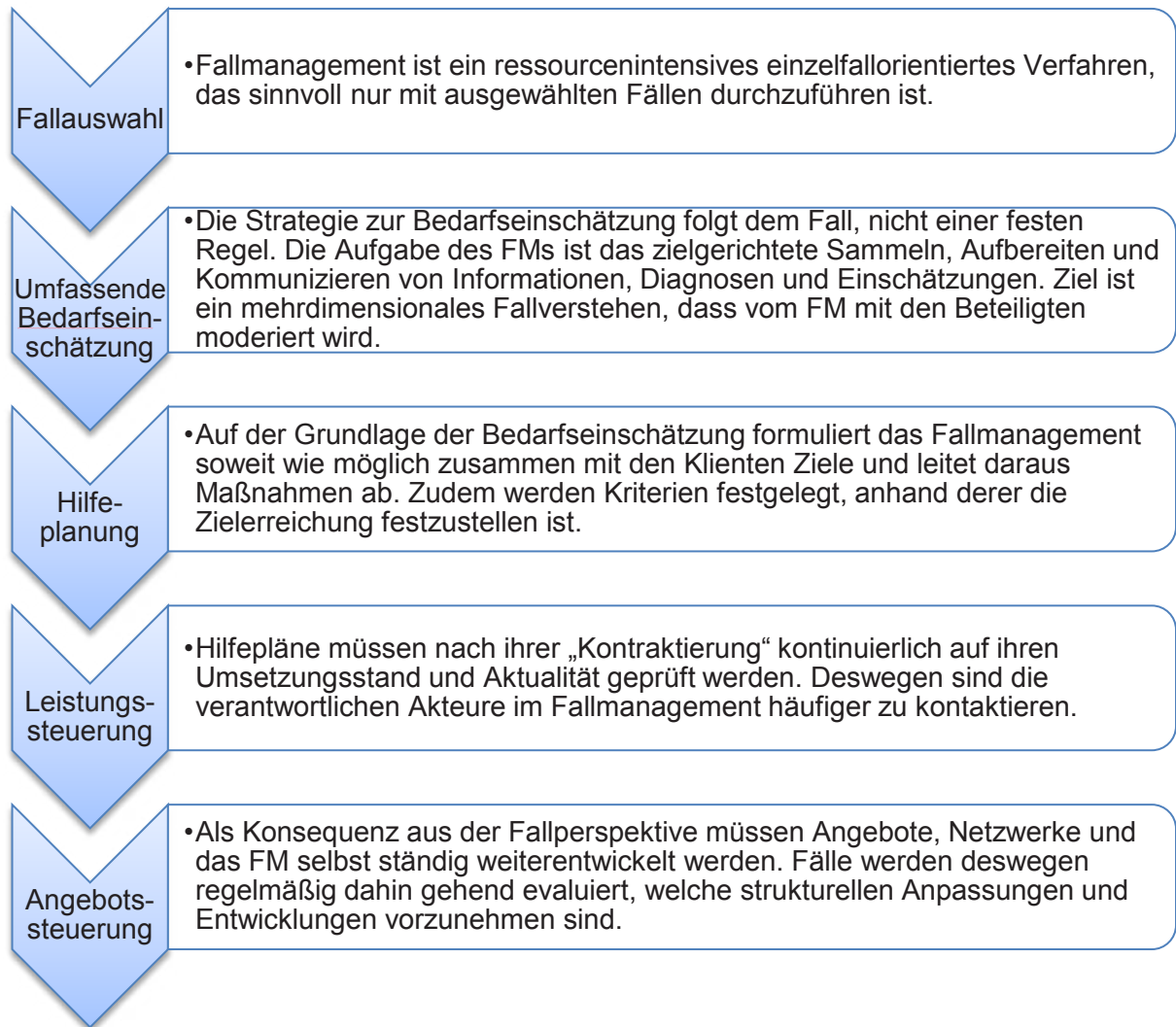
Eine aktive Wahrnehmung der Fallverantwortung durch den zuständigen Fallmanager, konkretisiert in einer fachlich fundierten Wahrnehmung der Teilprozesse der Fallsteuerung, befördert die Effektivität und Effizienz des Hilfeprozesses. Zu den entscheidenden Teilprozessen gehören, eine

- frühzeitige Kontaktaufnahme,
- fachkompetente Grundberatung,
- professionelle Fallauswahl,
- interdisziplinäre Bedarfsfeststellung,
- kooperative Ausgestaltung des Gesamtplans,
- engmaschige Begleitung und Anpassung der Hilfeleistungen sowie
- ein professionelles Fachcontrolling und eine
- regelmäßige Evaluation der durchgeführten Maßnahmen.

⁵ WiFEin-Abschlussbericht 2013, S.160

Es bietet sich deswegen an, Fallmanagement für die Praxis in der Eingliederungshilfe operational zu definieren. Folgende fünf Elemente wären dabei idealerweise zu definieren⁶:

Abbildung 1: Operationalisierung Fallmanagement



10

Die Punkte Fallauswahl, Bedarfseinschätzung, Hilfeplanung und Leistungssteuerung werden im Kapitel IV detaillierter erläutert. Weitere Informationen zu der Angebotssteuerung finden sich in den Kapiteln I.4.3-I.4.5.

4.2 Organisationsebene

Die Umsetzung des Handlungskonzepts Fallmanagement erfordert Anpassungen in den organisatorischen Rahmenbedingungen und Abläufen. Nachfolgend sind die wesentlichen Empfehlungen aufgeführt.

⁶ Siehe auch WiFEin-Abschlussbericht 2013, S. 158 ff

Strukturelle und finanzielle Rahmenbedingungen

Zu einer adäquaten Unterstützung des Fallmanagements auf Organisationsebene können insbesondere folgende Elemente gehören:

- Sicherstellung des aktuellen fachlichen Verständnisses von Fallsteuerung in der Organisation (z. B. auf Leitungsebene sowie den beteiligten Fachabteilungen und internen Gremien, Ausschüssen),
- Ermöglichung von Qualifizierungs- und Weiterbildungsangebote im Bereich Fallmanagement,
- Etablierung von Qualitätsstandards (Qualitätsmanagement), zum Beispiel in den Bereichen Dokumentation, Gesamtplanung,
- EDV-basierte Hilfestellung und Evaluation (s. Kapitel V).
- Öffentlichkeitsarbeit des Fallmanagements,
- Ausbau und Sicherstellung interner Kooperation zwischen den zuständigen Fachabteilungen (s. Kapitel I.4.4),
- transparente und angemessene Ermittlung und Festsetzung von Fallzahlschlüsseln unter der Berücksichtigung der vorliegenden Hilfsstrukturen und des Organisationsmodells ,
- Einrichtung eines aktuellen Informations- und Wissensmanagements, das die umfassende Kenntnis der Versorgungsmöglichkeiten für die Ratsuchenden gewährleistet sowie
- angemessene Sicherstellung von Gestaltungsspielräumen der Fallmanager (z. B. eigenständige Budgetverantwortung, Bereitstellung von Zeitfenstern und eindeutige Kompetenzzuweisungen zum Ausbau und zur Nutzung von Netzwerkmanagement und Gremienarbeit).
- Vorhalten von inhaltlich und fachlich überzeugenden, sowie frühzeitigen und insbesondere niederschweligen Beratungsangeboten. Das kann für die Beratung bedeuten, dass sie zum Beispiel barrierefrei und ohne notwendige Voranmeldung in zentralen oder wohnortnahen Räumen stattfindet. Oder auch, dass die Beratung zum Beispiel im Rahmen von Elternabenden in Schulen, Kindergärten oder sonstigen Sprechstunden zum Beispiel in Kliniken erfolgt.

11

Organisationsform

In Baden-Württemberg wird das Fallmanagement in unterschiedlichen Organisationsmodellen umgesetzt, die jeweils unterschiedliche Stärken und Schwächen bergen. Einerseits ein eher spezifiziertes Fallmanagement, das maßgeblich von einzelnen Akteuren getragen wird (Spezialisten- und Generalistenmodell) sowie andererseits ein eher „teamorientiertes“, auf mehrere Schultern verteiltes Fallmanagement (Beauftragungs- und Sozialdienstmodell). Welches Modell im Einzelnen gewählt wird, ist stark von den jeweiligen örtlichen Verhältnissen sowie den Wechselwirkungen mit den Rahmenbedingungen (etwa adäquate Fallzahlschlüssel, vorhandene Infrastruktur, persönliche Eigenschaften der agierenden Fallmanager oder Funktionieren der internen und externen Schnittstellen im Netzwerk) abhängig⁷.

Trotz dieser Einschränkung, können drei grundsätzliche Empfehlungen für das Organisationsmodell „Fallmanagement in der Eingliederungshilfe“ formuliert werden:

- Fallmanagement erfordert in Fallmanagementfällen Entscheidungskompetenzen und zugestandene Verantwortungsbereiche, die über die der Sachbearbeitung hinausgehen (z. B. Einzelfallvereinbarungen, Abweichen von Zuständigkeiten).
- Für die Bearbeitung von Fallmanagementfällen sind andere und zusätzliche Instrumente bereitzustellen (z. B. EDV, Datenbanken, Gremien).

⁷ Weiterführende Informationen über die einzelnen Modelle und ihre Stärken und Schwächen siehe WiFEin-Abschlussbericht 2013, S. 162 ff



- Fallmanagement erfordert Möglichkeiten zu amtsinternen und -externen Kooperationsbeziehungen. Die Orientierung im Handeln für den Fall unterscheidet sich damit von einer rein sachbearbeitenden Tätigkeit insbesondere durch mehr Kommunikation.
- Fallmanagement benötigt die Möglichkeit System- und Strukturmängel amtsintern an die Entscheidungsebene der Angebotssteuerung (z. B. Sozialplanung) weiterzugeben und hierbei einen gegenseitigen Austausch zu haben.

Der WiFEin-Abschlussbericht enthält eine Übersicht der verschiedenen Organisationsmodelle sowie der Rahmenbedingungen bei der Modellbewertung.⁸

4.3 Netzwerkebene – Einzelfall/ Fallübergreifend

Der konkrete Einzelfall sowie die Summe der gleichartig gelagerten Fallkonstellationen sind immer auch im Kontext der Vernetzungsbeziehungen zwischen dem öffentlichen Träger (ÖT) und den jeweiligen Leistungserbringern vor Ort zu sehen. Das Fallmanagement beziehungsweise die Fallmanagementorganisation sollte daher die adressatenbezogenen Netzwerkbeziehungen im Einzelfall steuern, als auch die organisationsbezogenen, fallübergreifenden Netzwerkbeziehungen möglichst aktiv mitgestalten. Auf diesem Wege kann das Fallmanagement Strukturverbesserungen, zum Beispiel Schnittstellen, Qualität von Angeboten erreichen.

Nachfolgende Abbildung beinhaltet die Anforderungen an ein professionelles Netzwerkmanagement des Hilfesystems:

12

Abbildung 2: Einzelfall und Fallübergreifende Netzwerkbeziehungen

Steuerung adressaten-bezogener Netzwerkbeziehungen im Einzelfall	Gestaltung organisations-bezogener, fallübergreifender Netzwerkbeziehungen
<ul style="list-style-type: none"> •Der Fallmanager des ÖT entwickelt und vermittelt in Abstimmung mit dem Leistungsempfänger eine möglichst passgenaue Unterstützung und Hilfe. •Die Mitarbeiter auf der Seite der Leistungserbringer sind für die konkrete Ausgestaltung der Maßnahmen zuständig und sichern die Umsetzung, aber sie steuern nicht den Fall (Steuerungshoheit bleibt beim FM). •Auf dieser Ebene des Netzwerkes bedarf es einer eindeutigeren Kompetenzklärung und Abgrenzung sowohl hinsichtlich des Verfahrens der Bedarfsfeststellung, der Umsetzung des Gesamtplanes als auch hinsichtlich eines durchzuführenden Fachcontrollings durch den ÖT. 	<ul style="list-style-type: none"> •Es stehen fallübergreifende Aspekte der Netzwerksteuerung im Vordergrund. •Je nach konkreter Lage vor Ort geht es hier um eine gemeinsame Analyse von Bedarfs- und Angebotsstrukturen der Hilfen (Anbieterlandschaft), um eine aktive Beteiligung aller relevanten Akteure in wichtigen Gremien, Ausschüssen etc., um die gemeinsame Bereitstellung von Ressourcen für die Umsetzung beschlossener Maßnahmen sowie um eine Verständigung über ein von allen Beteiligten mitgetragenes, institutionenbezogenes und institutionenübergreifendes Qualitätsmanagement.

8 WiFEin-Abschlussbericht 2013, S. 162-167

4.4 Netzwerkebene – innerhalb und außerhalb der Verwaltung

Die Vernetzungen und Kooperationen im Rahmen des Fallmanagements beinhalten ein erhebliches Optimierungspotenzial. Mögliche Schritte zu einer erfolgreichen Umsetzung in Bezug auf verwaltungsinterne und verwaltungsexterne Netzwerke sind in **Anlage 1** prozesshaft beschrieben.

Je nach Stand der Kooperationen im Stadt- und Landkreis sollte, soweit noch nicht geschehen, die Geschäftsführung der einschlägigen Gremien (Berufswegekongressen, WfbM Fachausschuss, Netzwerkkongressen, Hilfeplankongressen) vom Fallmanagement wahrgenommen werden. Eine besondere Herausforderung stellt sich für die Stadt- und Landkreise, bei denen die Belegung der Einrichtungen in hohem Maß von externen Kostenträgern erfolgt. Soweit es sich um eine Belegung aus „Nachbarkreisen“ handelt, kann durch eine gemeinsame Vernetzungsvision/-strategie der betroffenen Leistungsträger wirksame Kooperationsarbeit entstehen. Komplex stellt sich die Situation, wenn die externe Belegung nicht aus der näheren Umgebung erfolgt.

Ähnlich schwierig wird es in den Stadt- und Landkreisen, in denen die Angebotsstruktur monopolistische Züge aufweist. Für die Vernetzung insbesondere im Zusammenhang mit einer Angebotsentwicklung bedarf es mitunter auch politische Vorgaben der Kreisgremien und Vertretern der betreffenden Träger um kooperativ zu einer Weiterentwicklung zu kommen. Ansonsten kann die Steuerung des Fallmanagementträgers nur wenig Wirkung entfalten.

4.5 Netzwerkebene – Schnittstelle zur Sozialplanung

13

Das Fallmanagement soll für die Sozialplanung eine Erkenntnisgrundlage und Reflektionsbasis für die Strukturierung der Versorgung und Koordinierung der Dienstleister und anderer Akteure bieten.

Im Rahmen der anonymisierten Evaluation der Gesamtpläne und der darin festgestellten Bedarfe, können sich unter anderem wichtige Hinweise zur Angebotsstruktur im Stadt- und Landkreis und eine entsprechend differenzierte Sozialberichterstattung ergeben.

Idealerweise löst das Fallmanagement damit sozialplanerische Aktivitäten aus und wird von der Sozialplanung in die Entscheidungen zur Strukturentwicklung einbezogen, zum Beispiel im Rahmen von:

- Der Zusammenstellung von benötigten Angebotsmerkmalen unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus dem Fallmanagement;
- Der Mitwirkung des Fallmanagements an der Erstellung von Leistungsbeschreibungen.

Neben der unter I.4.4 beschriebenen Vernetzung des Fallmanagements in Fachgremien zur Reflexion der Versorgungslandschaft, kann unter den vorgenannten Voraussetzungen eine Angebotssteuerung durch den Sozialhilfeträger gelingen. Der Weg dorthin sollte sich dabei primär an der Qualität der Angebotsstruktur orientieren und erst im weiteren Sinne die monetären Gesichtspunkte berücksichtigen.

5. Fallmanagement und Sozialraumorientierung

Um zu einer wie unter Kapitel I.1 beschriebenen personenzentrierten Fallsteuerung zu gelangen in dem der betroffene Mensch sich aktiv in die geplante Leistung einbringt, ist die Gestaltung des kommunalen Sozialraums in Richtung Normalität und Inklusion unabdingbar. Sozialraumorientier-



tes Fallmanagement orientiert sich am Willen der Menschen und bietet in erster Linie Hilfestellungen zur entsprechenden Verwirklichung und berücksichtigt dabei die Ressourcen und Bedarfe der Menschen mit Behinderung.

Die Aufgabe des Fallmanagements ist dabei die unterschiedlichen kommunalen sozialräumlichen Aktivitäten, Ressourcen, wie zum Beispiel mögliche Unterstützung durch Nachbarn, Vereine, Kirchen, Arbeitgebern usw. zu erschließen und bei der Hilfeplanung zu berücksichtigen.

Darüber hinaus fördert eine enge Kooperation von Fallmanagement und Sozialplanung die grundsätzlichen Ziele der Sozialraumorientierung im Bereich der Behindertenhilfe:

- Stärkung von Eigenverantwortung und Eigeninitiative der Menschen im definierten Sozialraum als Prozess des Empowerment.
- Förderung von sozialen Netzen und neuen Formen des Hilfemix aus formellen und informellen Unterstützungen,
- Entwicklung neuer Kooperationsformen und Gemeinwesenarbeit
- Erschließung neuer Hilfeleistungsarrangements im Sozialraum und
- Berücksichtigung der individuellen Lebenswelten.

II. Gesamtplan nach § 58 SGB XII

1. Gesetzlicher Auftrag und Zuständigkeit

Im Rahmen des Fallmanagements werden Gesamtpläne als wesentliches Steuerungsinstrument eingesetzt. Nach § 58 SGB XII stellt der Träger der Sozialhilfe so frühzeitig wie möglich einen Gesamtplan zur Durchführung der einzelnen Leistungen auf. Bei der Aufstellung des Gesamtplanes und der Durchführung der Leistungen wirkt der Träger der Sozialhilfe mit dem Menschen mit Behinderung und den sonst im Einzelfall Beteiligten, insbesondere mit dem behandelnden Arzt, dem Gesundheitsamt, dem Landesarzt, dem Jugendamt und den Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit zusammen. Die Verantwortung für die Erstellung eines Gesamtplanes liegt beim Sozialhilfeträger.

2. Rechtliche Zuordnung

Der Gesamtplan stellt keine Entscheidung über die einzelnen Leistungen dar und ist somit kein Verwaltungsakt. Der Gesamtplan geht der Leistungsabsprache nach § 12 SGB XII vor.

Auf die Erstellung eines Gesamtplanes besteht ein individueller Rechtsanspruch, der allerdings nicht den Anspruch auf bestimmte Leistungen umfasst. Über Art und Maß der Leistungserbringung in der Eingliederungshilfe entscheidet der Sozialhilfeträger nach pflichtgemäßem Ermessen (§ 17 Abs. 2 SGB XII).

15

Es ist davon auszugehen, dass ein Gesamtplan, der unter Beteiligung mehrerer Leistungsträger entstanden ist, unter diesen eine Verbindlichkeit hinsichtlich der in den Gesamtplan aufgenommenen Leistungen auslöst. Die Umsetzung des Gesamtplans richtet sich ausschließlich nach dem jeweiligen Leistungsrecht des zuständigen Trägers.

3. Aufgabe und Ziele des Gesamtplans

Der Gesamtplan dient dem Sozialhilfeträger als Instrument zur Steuerung und Dokumentation von Hilfeprozessen. Hilfepläne für einzelne Maßnahmen (z. B. für den Bereich Beschäftigung oder Wohnen) gehen jeweils in den Gesamtplan ein.

Der Gesamtplan ist auch ein Instrument zur Ermessensentscheidung und eine Dokumentation der Entscheidungsgründe und der Zielsetzungen. Der Gesamtplan beziehungsweise die Fortschreibung dient als Grundlage für die Bewilligung sowie die Weiterbewilligung der Leistung. Die mit einem anderen Rehabilitationsträger nach § 10 SGB IX getroffenen Feststellungen fließen in den Gesamtplan nach § 58 SGB XII ein. Bei der Erstellung des Gesamtplans (Gesamtplanverfahren) sind vorrangige Ansprüche an andere Leistungsträger zu klären und zu dokumentieren.

Zu den Aufgaben des Gesamtplanes gehört es, zwischen den Beteiligten eine Übereinstimmung über das Eingliederungsziel, Art, Umfang und Umsetzung der vereinbarten Leistungen anzustreben. Im Gesamtplan ist der Hilfebedarf – inhaltlich und zeitlich an den Fähigkeiten des Leistungsberechtigten orientiert – festzulegen. Der Gesamtplan wird in regelmäßigen Abständen fortgeschrieben, wobei die Zielerreichung und Wirksamkeit der Leistung im Einzelfall überprüft werden.



4. Form und Inhalt des Gesamtplans

Der Gesamtplan ist grundsätzlich an keine bestimmte Form gebunden. Es wird jedoch empfohlen einen schriftlichen und nach einheitlichen formalen Kriterien standardisierten Gesamtplan aufzustellen. Die inhaltliche Ausgestaltung obliegt dem Sozialhilfeträger.

Wesentliche Inhalte des Gesamtplanes sind:

- bisherige Entwicklung und Maßnahmen
- Leistungen anderer Leistungsträger
- die Beschreibung der Ist-Situation
- Vereinbarung von Zielen mit dem Leistungsberechtigten
- die Feststellung des daraus resultierenden Bedarfes und der dafür erforderlichen Maßnahmen (§ 1 i. V. m. § 53 Abs. 3 SGB XII)
- Überprüfung der Zielerreichung und Wirksamkeit der Leistung
- Fortschreibung der Hilfeplanung (kontinuierlicher Prozess).

Die einzelnen Verfahrensschritte des Fallmanagements (Gesamtplanverfahren) werden in Kapitel IV erläutert. Das Grundlagenpapier enthält zudem im Kapitel VI.3 den Mustervordruck Gesamtplan Fallmanagement und bietet damit für die Kreise eine standardisierte Vorlage zur Dokumentation des Gesamtplanverfahrens.

16

5. Gesamtplangespräch

Definition und Anlässe

Der Gesamtplan sollte in einem Gesamtplangespräch (Hilfeplangespräch) vor dem Leistungsbeginn und bei der Weitergewährung (Fortschreibung) erstellt werden. Das Gesamtplangespräch ist das wesentliche Gesamtplaninstrument im Rahmen des Fallmanagements. Das Gesamtplangespräch ist deshalb in der Regel erforderlich, soweit es sich um einen „Fallmanagement-Fall“ (siehe auch Kapitel IV.2) handelt.

Der Sozialhilfeträger lädt die Beteiligten zu dem Gesamtplangespräch (runder Tisch) ein. Die Planung und Vereinbarung der einzelnen Ziele und Leistungen soll in Kooperation mit dem Leistungsberechtigten erfolgen. Dies erfordert einen gemeinsamen Aushandlungsprozess und verbindliche Absprachen mit allen Beteiligten, mögliche Differenzen sollten ausgeräumt werden.

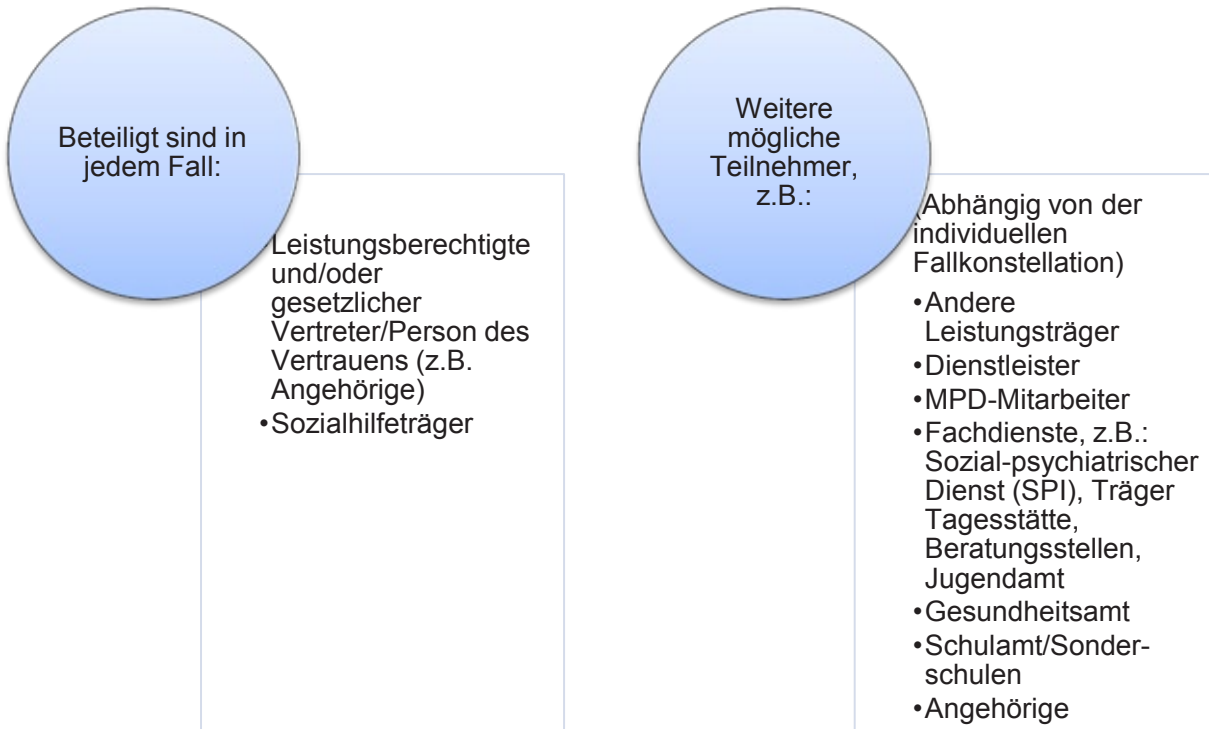
Im direkten Kontakt zwischen den Leistungsträgern, dem Leistungsberechtigten und/oder einer Person seines Vertrauens und möglichen Dienstleistern wird beraten:

- welche Ziele bis wann erreicht werden sollen
- welche Maßnahmen und Leistungen dazu erforderlich sind
- welchen Umfang die Leistungen haben müssen
- wer die Leistungen erbringen soll
- wo und wie die Leistungen erbracht werden sollen.

Die Ergebnisse des Gesamtplangesprächs werden im Gesamtplan dokumentiert.

Beteiligte beziehungsweise mögliche Teilnehmer

Abbildung 3: Teilnehmer am Gesamtplangespräch



Ob es sich um ein reines Informationsgespräch/Erstgespräch oder ein Gesamtplangespräch handelt, ist vom Zeitpunkt der Gesprächsführung und vom Verfahrensstand abhängig.

6. Datenschutz

Bei der Aufstellung eines Gesamtplanes ist der Datenschutz zu wahren. Insbesondere sind die Einwilligungserfordernis des Leistungsberechtigten und der Grundsatz der Erforderlichkeit der Datenerhebung und Datenübermittlung zu beachten. Die im Gesamtplan erhobenen Daten sind zur Vorlage beim Leistungsträger (Sozialhilfeträger) bestimmt und dienen der sozialhilferechtlichen und fachlichen Abklärung des individuellen Hilfebedarfs nach Maßgabe der §§ 9 und 53 ff. in Verbindung mit § 58 SGB XII. Soweit Abstimmungsbedarf zwischen mehreren Leistungsträgern besteht, ist zudem die Zusammenarbeitspflicht im Sinne der §§ 10 ff SGB IX zu beachten, die mit einer Abstimmungserfordernis mit dem Leistungsberechtigten einhergeht.

Die Weitergabe der erhobenen Daten ist nur an berechnigte Personen beziehungsweise Stellen nach Maßgabe der §§ 35 SGB I und 78 SGB X zulässig und bedarf jeweils der Einwilligung des Leistungsberechtigten beziehungsweise seines gesetzlichen Betreuers.

Im Allgemeinen ist zudem zu beachten, dass das Einholen der entsprechenden Einwilligungserklärungen und der weiteren Verwendung der Daten zeitnah (d. h. im engeren zeitlichen Zusammenhang) erfolgen sollte.



Die **Anlage 2** enthält einen Vorschlag für eine Einwilligungserklärung im Rahmen des Fallmanagementprozess. Darüber hinaus berücksichtigt auch der Mustervordruck Gesamtplan Fallmanagement im Teil A eine entsprechende Erklärung.

Der Gesamtplan verbleibt beim Sozialhilfeträger. Die mit ihren Leistungen beteiligten Leistungsträger und Leistungserbringer erhalten nur bei Bedarf und mit gesondertem Einverständnis des Leistungsberechtigten oder seines gesetzlichen Vertreters, die vor Versendung zu erteilen ist, eine Mehrfertigung der für ihn relevanten Teile der Zielvereinbarung. Erforderlichenfalls sind Teile des Gesamtplanes vor Versand zu schwärzen.

Selbstverständlich gelten im Zusammenhang mit dem Gesamtplangespräch die allgemeine Schweigepflicht und die im Falle der unbefugten Offenbarung geltende Strafnorm nach dem StGB.

7. Abgrenzung zu anderen Plänen

Bei der Erstellung des Gesamtplanes werden sämtliche bereits vorhandene Hilfepläne mitberücksichtigt. Dazu gehören zum Beispiel:

- **Teilhabeplan im Sinne des § 10 SGB IX:** Der Begriff des Teilhabeplans ist gesetzlich nicht definiert, er findet sich in den Gemeinsamen Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation⁹. Mithilfe des Teilhabeplans sollen die Rehabilitationsleistungen mehrerer Rehabilitationsträger schriftlich koordiniert, geplant, durchgeführt und überprüft werden. Die berufliche Teilhabeplanung für Menschen mit einer wesentlichen Behinderung wird im Teilhabeplan vom Integrationsfachdienst (IFD) in enger Abstimmung mit den jeweiligen Leistungsträgern dokumentiert.
- **Hilfeplan in der Jugendhilfe nach § 36 SGB VIII:** Gilt ausschließlich für die Hilfen zur Erziehung sowie die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35 a SGB VIII).
- **Eingliederungsplan nach § 40 SGB IX:** Die WfbM ist verpflichtet während der Durchführung des Eingangsverfahrens einen Eingliederungsplan zur Eignung der WfbM oder zu sonstigen erforderlichen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu erstellen und diesen den Mitgliedern im Fachausschuss zu unterbreiten und bei Bedarf fortzuschreiben.
- **Eingliederungsvereinbarung nach § 15 SGB II:** In der Regel handelt es sich dabei um einen öffentlich-rechtlichen Vertrag zwischen der Agentur für Arbeit oder einem zugelassenen kommunalen Leistungsträger und einer erwerbsfähigen leistungsberechtigten Person, in dem die für die Eingliederung dieser Person in Arbeit erforderlichen Leistungen der Behörde und die Eigenbemühungen der leistungsberechtigten Person vereinbart werden. Darin werden die Pflichten und Leistungen beider Seiten bei der Arbeitssuche, das Ziel und die verfolgte Strategie festgelegt. Weitere Inhalte können Zwischenziele und Maßnahmen sein sowie notwendige rechtliche Befehle.¹⁰
- **Pläne der Leistungserbringer, dazu gehören zum Beispiel:**
 - Hilfepläne im Vorfeld der Leistungsgewährung nach SGB XII;
 - Ausführungspläne: auf der Grundlage der im Gesamtplan vereinbarten Ziele setzt der Leistungserbringer die Detailplanung der einzelnen Maßnahmenschritte um;
 - (Entwicklungs-)Berichte oder fortgeschriebene Hilfepläne der Leistungserbringer.

⁹ Siehe www.BAR-frankfurt.de

¹⁰ Siehe www.arbeitsagentur.de

III. Zusammenarbeit mit den Beteiligten

Die Verpflichtung zur Zusammenarbeit im Rahmen des Gesamtplanverfahrens mit den im Einzelfall Beteiligten ergibt sich aus den gesetzlichen Vorgaben (§ 58 Abs. 2 SGB XII).

Der Erfolg der durchzuführenden Maßnahmen hängt unmittelbar davon ab, wie vernetzt und zielgerichtet die Zusammenarbeit der Beteiligten erfolgt. Neben der Zusammenarbeit mit anderen Behörden, Schulen, Leistungsträgern, Beratungsstellen und so weiter ist insbesondere die Zusammenarbeit mit dem Leistungsberechtigten, seinen Angehörigen und den Dienstleistern wichtig.

1. Beteiligung des Leistungsberechtigten

Die Beteiligung des Leistungsberechtigten am Gesamtplanverfahren ist Anspruch und Verpflichtung sowohl auf Seiten des Leistungsberechtigten als auch auf Sozialhilfeträgerseite. Der Sozialhilfeträger bezieht den Leistungsberechtigten in die komplette Gesamtplanung (Beratung, Begleitung sowie die Beschaffung von relevanten Informationen) ein. So sind die Selbsteinschätzung des Leistungsberechtigten bei der Beschreibung seiner Fähigkeiten sowie seine Wünsche, Bedürfnisse und Ziele zu erfragen und schriftlich festzuhalten. Besteht eine gesetzliche Betreuung ist diese, in Abhängigkeit des gerichtlich festgelegten Aufgabenkreises, in das Gesamtplanverfahren mit einzubeziehen. Durch seine Beteiligung und Mitwirkung am Gesamtplanungsprozess als Partner einer gemeinsamen Zielvereinbarung erfährt der Leistungsberechtigten die Verantwortung für sich selbst wesentlich deutlicher als bisher.

19

2. Zusammenarbeit mit den Angehörigen

Menschen mit Behinderung brauchen häufig Unterstützung im Umgang mit Behörden und bei der Formulierung der eigenen Wünsche und Vorstellungen. Insbesondere wenn für den Menschen mit Behinderung keine gesetzliche Betreuung bestellt ist, wird diese Unterstützung oft durch die Angehörigen erbracht.

Die Angehörigen können als „Mit-Betroffene“ die aktuelle Lebenssituation und den differenzierten Versorgungsbedarf des Menschen mit Behinderung mit wertvollen Hinweisen zu dessen Fähigkeiten, Begabungen und Ressourcen beschreiben. Im Einzelfall kann sich im Rahmen der Angehörigen-Beteiligung im Gesamtplanverfahren herausstellen, dass auch die Angehörigen Verantwortung für die Erreichung der vereinbarten Ziele übernehmen, indem sie beispielsweise einen Teil der Leistungen für den Menschen mit Behinderung übernehmen (z. B. Hilfemix aus Fach- und Laienkräften).

3. Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern

Aus den im Rahmen der Gesamtplanung gemeinsam mit dem Leistungsberechtigten und den sonst im Einzelfall Beteiligten vereinbarten Zielen, werden der konkrete Hilfebedarf und die erforderlichen Leistungen abgeleitet. Für die Erbringung der Leistungen und damit für die konkrete Umsetzung der vereinbarten Ziele durch geeignete Maßnahmen, sind die Leistungserbringer verantwortlich. Das dort vorhandene Fachwissen unterstützt den Sozialhilfeträger im Gesamtplanverfahren. Deshalb ist eine vertrauensvolle und kooperative Zusammenarbeit zwischen dem Sozialhilfeträger und den Leistungserbringern im Gesamtplanungsverfahren nicht nur erforderlich, sondern



stärkt letztendlich maßgeblich die Leistungsfähigkeit des Fallmanagements¹¹, insbesondere in den Kreisen in denen eine gute Vernetzung im Einzelfall und fallübergreifend vorhanden ist (vgl. auch Kapitel I.4.3-I.4.4).

Auch eine spätere Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtplanes erfolgt in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern. Insbesondere die von den Leistungserbringern erstellte Umsetzungs-konzeption (wie wird die vereinbarte Leistung konkret umgesetzt) und die individuellen Berichte (z. B. welche Entwicklungsschritte hat der Leistungsberechtigte in Bezug auf die vereinbarten Ziele gemacht oder wie hat sich der konkrete Hilfebedarf verändert) sind hier zu berücksichtigen.

4. Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt

Der Sozialhilfeträger beauftragt in der Regel das zuständige Gesundheitsamt soweit Klärungsbe-darfs besteht in Hinblick der Frage, ob eine (drohende) wesentliche, nicht nur vorübergehende Be-hinderung oder eine andere, nicht wesentliche Behinderung vorliegt.

Diese Feststellung gliedert sich in zwei Schritte:

- Feststellung der medizinischen Diagnose
- Beschreibung, inwieweit dadurch Aktivität und Teilhabe eingeschränkt sind.

Eine Besonderheit gibt es beim Vorliegen einer wesentlichen körperlicher Behinderungen im Sinne des § 1 EGH-VO. Hier ist die Prüfung der Einschränkung von Aktivität und Teilhabe nicht erforderlich.

20

Das Gesundheitsamt verwendet für die Feststellung das Formblatt Hb/A. Mit Hilfe des Formblatt HB/A sollen anamnestische Daten und Faktoren dargestellt werden, die unter anderem den Beginn der Krankheit beschreiben und auch bekannte ursächliche Faktoren oder Hintergründe nennen.

1. Schritt: Feststellung der medizinischen Diagnose (ICD 10¹²)

Beschrieben werden sollen die wesentlichen Untersuchungsbefunde in den angegebenen Funk-tions- und Fähigkeitsbereichen sowie die darauf basierenden Diagnosen. Die Beschreibung von Di-agnosen soll auf der Basis einer aktuellen medizinischen Klassifikation der Krankheiten geschehen. Angewendet werden sollte hierzu die Internationale Klassifikation der Krankheiten in der aktuellen Version (derzeit ICD 10) mit jeweiliger Kodierung und Krankheitsbezeichnung dieser Klassifikation. Gesundheitliche Probleme, die gegebenenfalls nicht mit einer der genannten Klassifikation bezie-hungsweise Nomenklatur beschreibbar sind, oder nicht-medizinische wesentliche Sachverhalte, die bekannt sind, sollen ebenfalls dargestellt werden, damit sie den Fallmanagern der Eingliede-rungshilfe Ansatzpunkte für die Hilfeplanung geben können.

2. Schritt: Aktivität und Teilhabe (Aktivität und Teilhabe: ICF¹³)

Die Feststellung von Aktivität und Teilhabe erfolgt entweder gleichzeitig durch den Arzt des Ge-sundheitsamtes, der die medizinische Begutachtung vornimmt oder durch geschulte Fachkräfte (z. B. MPD, Sozialpädagogen, sozialer Dienst o.ä.) gegebenenfalls durch persönlichen Besuch. Im Formblatt HB/A werden unter Punkt 1.3 zusammenfassend die festgestellten Beeinträchtigun-gen von Aktivität und Teilhabe dargestellt. In den Erläuterungen zum Formblatt HB/A ist ein Vor-schlag zur qualitativen Beschreibung der Einschränkungen beschrieben. Im Anhang der Erläuterun-gen zum Formblatt HB/A stehen altersbezogen Checklisten zur Verfügung.

¹¹ WiFEin-Abschlussbericht 2013, S. 136

¹² Abkürzung für: Internationale Klassifikation der Krankheiten – 10. Revision

¹³ Abkürzung für: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

In der ICF¹⁴ sind derzeit personenbezogene Faktoren nicht klassifiziert. Sie sind aber bei der Hilfeplanung von Bedeutung und zu berücksichtigen. Die personenzentrierte Planung von Rehabilitationsprozessen, sowie die passgenaue Gestaltung und Entwicklung von Hilfen und Angeboten werden durch die Anwendung der ICF unterstützt. Zugleich bietet die ICF eine geeignete Grundlage für eine dynamische Betrachtung von rehabilitativen Leistungen und deren Wirksamkeit. Zur Beschreibung der Einschränkungen von Aktivität und Teilhabe bietet die ICF ein Klassifikationssystem, das eine einheitliche Sprache und Systematik ermöglicht.

Die ICF ergänzt als Teil der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelten Klassifikationen die ICD. Für den Bereich der Rehabilitation ist sie ebenso wichtig wie die Beschreibung gesundheitlicher Störungen nach der ICD-Klassifikation der WHO. Die ICF kann nur angewandt werden, wenn eine Krankheit oder andere gesundheitliche Störung im Sinne der ICD vorliegt. Sie ist selbst jedoch kein Instrument zur Ermittlung des Ausmaßes von Schädigungen und Beeinträchtigungen. Hierzu bedarf es geeigneter Assessment-Instrumente auf der Grundlage der ICF.

Feststellung der wesentlichen Behinderung

Zur Feststellung einer wesentlichen geistigen und seelischen Behinderung und für die weitere Hilfeplanung ist daher eine Beschreibung von Aktivität und Teilhabe beziehungsweise deren Beeinträchtigung zumindest in den Bereichen

- Selbstversorgung (Körperpflege, Toilettenbenutzung, An- und ausziehen, Essen und Trinken)
- häusliches Leben/Haushaltsführung (Einkaufen, Zubereitung von Mahlzeiten, Haushaltsführung, Ordnung halten einschl. Reinigung),
- Mobilität (Bewegungsfähigkeit),
- Orientierung (zur Person, zeitlich, örtlich, Verkehrssicherheit),
- Kommunikation (Hören, Sprechen,
- Schreiben, unterstützte Kommunikation),
- Interpersonelle Interaktion und Beziehung (Sozialverhalten gegenüber vertrauten/fremden Personen/Gruppen)

notwendig.^{15, 16}

Unter Berücksichtigung der in den zwei vorgenannten Schritten im Zusammenwirken von verschiedenen Fachkräften erhobenen Stellungnahmen entscheidet der Sozialhilfeträger über die Feststellung einer Behinderung im Sinne des § 53 SGB XII i. V. m. § 2 SGB IX. Das Verfahren zur Feststellung einer Behinderung ist darüber hinaus ausführlich in einer Orientierungshilfe zum Behinderungsbegriff der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGÜS) dargestellt.¹⁷

5. Zusammenarbeit mit dem Medizinisch-Pädagogischen Dienstes (MPD)

Bei stationären aber auch zunehmend bei ambulanten Hilfeleistungen im Lebensbereich Wohnen ist in Baden-Württemberg eine Bewertung des individuellen Hilfebedarfs mit dem rahmenvertrag-

14 Abkürzung für: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

15 Orientierungshilfe zum Behinderungsbegriff nach dem SGB XII der BAGÜS, Stand 2009

16 Anleitung und Hinweise zur Erstellung einer Dokumentation für die Hilfeplanung im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen auf dem Formblatt HB/A; Stand November 2009 vgl. KVJS-Rundschreiben Nr. Dez.2-22/2009 vom 23.12.2009 an die Stadt- und Landkreis

17 Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGÜS): „Der Behindertenbegriff nach SGB XI und SGB XII und dessen Umsetzung in der Sozialhilfe. Orientierungshilfe für die Feststellungen der Träger der Sozialhilfe zur Ermittlung der Leistungsvoraussetzungen nach dem SGB XII i. V. m. der Eingliederungshilfe-Verordnung (EHVO) mit Hinweisen zu Schnittstellen zu anderen Sozialleistungen“; Stand 25.11.2008.



lich vereinbarten HMB-W-Verfahren (Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung im Bereich Wohnen) erforderlich. Diese wird in Baden-Württemberg in der Regel von den Regionalmitarbeitern des MPD durchgeführt.

Die Regionalmitarbeiter des MPD benötigen für die Auftragsbearbeitung vom Sozialhilfeträger Unterlagen zur gesundheitlichen Situation, zur vorliegenden Behinderung (sofern vorhanden), zur beantragten Leistung und gegebenenfalls Kopien vorhandener Entwicklungsberichte. Unbedingt erforderlich ist eine aktuelle Einverständniserklärung für die Beteiligung des MPD durch den Betroffenen oder seine gesetzlichen Betreuer (Formblatt HB/A Version 2009, S.1 u. 2).

Der MPD nimmt anhand der vorgelegten Unterlagen und gegebenenfalls eigener Begutachtung vor Ort zusammenfassend Stellung zu folgenden Punkten:

- gesundheitliche Probleme
- Beeinträchtigungen von Aktivität und Teilhabe
- festgestellte Behinderung
- Vorgeschichte
- derzeitige Situation
- Wünsche des Betroffenen
- aktueller Hilfebedarf (im Sinne des HMBW-Verfahren)
- Förderziele aus fachlicher Sicht
- Festgestellte Hilfebedarfsgruppe
- Ergänzende Fragestellungen (z. B. Eignung von Leistungen oder Leistungserbringer, usw.)

22

Bei sonderpädagogischen und schulrechtlichen Fragestellungen können die Sozial- oder Jugendhilfeträger mit dem sonderpädagogischen Fachberater des MPD in Stuttgart direkt Kontakt aufnehmen. Für weitere spezifische sozialmedizinische Fragen können zudem die Mitarbeiter der Zentrale des MPD beim KVJS in Stuttgart Stellung nehmen.

Bei einer in Frage stehenden Aufnahme eines Menschen mit Behinderung mit schwerwiegend herausforderndem Verhalten in eine besondere Wohngruppe (Therapeutische Wohngruppe oder Intensiv betreute Wohngruppe) beziehungsweise bei Antragstellung einer Einzelfallvereinbarung in einem betreuungsaufwändigen Fall wird vereinbarungsgemäß der MPD an der Klärung der Notwendigkeit und der Angemessenheit eines solchen Hilfeangebots beteiligt.

Eine entsprechende empfehlende Vorgehensweise/Checkliste wurde vom KVJS erarbeitet und ist im Mitgliederbereich verfügbar¹⁸.

6. Zusammenarbeit mit sonstigen Beteiligten

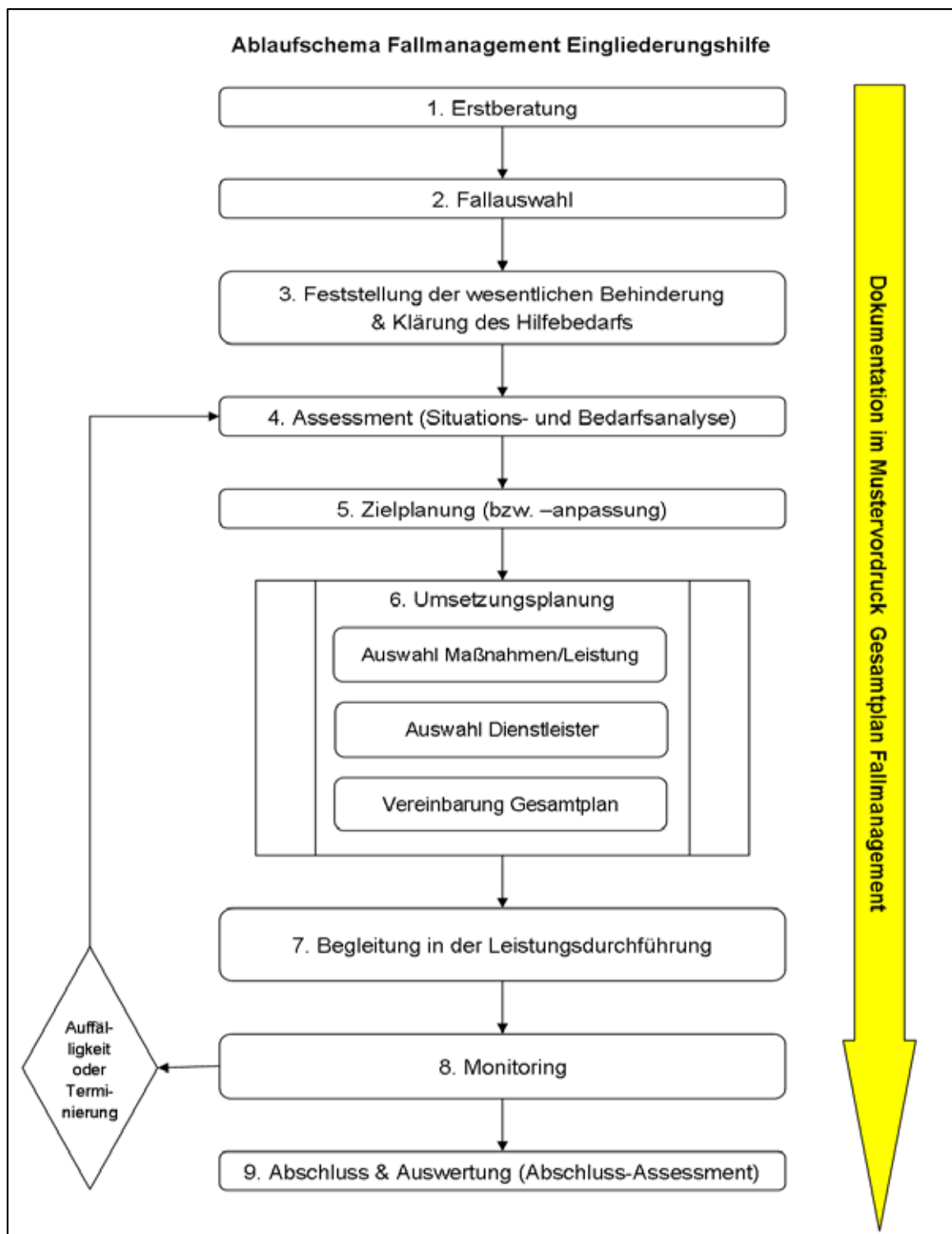
Schnittstellen zu sonstigen Beteiligten (Schulen, Behörden, sonstige Leistungsträger) sind vielfältig und variieren je nach geplanter Maßnahme. Weitere Vorschläge und Empfehlungen können hierzu beispielsweise in weiteren Arbeitshilfen, beispielsweise „Maßnahmen in der Eingliederungshilfe“¹⁹ oder „Hilfeplanung und Fallmanagement im Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben“²⁰ entnommen werden.

18 siehe KVJS-Mitgliederbereich (bitte vorher einloggen), <http://www.kvjs.de/mitglieder/eingliederungshilfe/fallmanagement.html>

19,20 siehe KVJS-Mitgliederbereich (bitte vorher einloggen), <http://www.kvjs.de/mitglieder/eingliederungshilfe/fallmanagement.html>

IV. Gesamtplanverfahren im Rahmen des Fallmanagements

Abbildung 4: Ablaufschema Fallmanagement





Der Verfahrensablauf ist nicht statisch, sondern richtet sich nach den Bedürfnissen des Einzelfalles. Hier wird beschrieben, wie Fallmanagement mit dem Ziel der Erstellung eines Gesamtplanes im Regelfall ablaufen könnte.

Im Folgenden werden die einzelnen Prozessschritte beschrieben.

1. Erstberatung

Für die Erstberatung von Menschen mit Behinderung von Seiten der Leistungsträger ist keine bestimmte Form oder Organisation vorgegeben. In der Praxis in Baden-Württemberg bestehen daher auch unterschiedliche Ansätze für eine frühzeitige Kontaktaufnahme mit dem Menschen mit Behinderung und ihren Angehörigen. So gibt es zum Teil neben Beratungs- und/oder Anlaufstellen für Menschen mit Behinderung in kommunaler Trägerschaft vielerorts niederschwellige Angebote, wie zum Beispiel Sprechstunden, wiederkehrende Elternabend-Besuche in Sonderschulen. Diese Formen der Erstberatung sind als Einstieg beziehungsweise als Vorstufe des Fallmanagements zu werten, zumal durch eine kompetente Erstberatung des Fallmanagement adäquate Alternativen für Menschen mit Behinderung vermittelt werden können, die ansonsten zu Fallmanagement-Fällen geführt hätten. In Sinne einer größtmöglichen Steuerungshoheit in der Eingliederungshilfe obliegt es jedem Kreis hierfür einen für sich geeigneten Ansatz für ein frühzeitiges und fachlich überzeugendes Beratungsangebot zu entwickeln.

24 Maßgeblich ist dabei eine umfassende und qualifizierte Beratung über das Hilfesystem basierend auf der konkret vorliegenden Hilfesituation durch den Leistungsträger mit dem Ziel einer Klärung des Handlungsbedarfs.²¹ Damit umfasst diese Erstberatung folgende Aufgaben:

- Erhebung von ersten formalen Informationen/Daten über den Menschen mit Behinderung und seiner Problemdarstellung
- Einschätzung der sachlichen und örtlichen Zuständigkeit im Rahmen der Eingliederungshilfe und gegebenenfalls kompetente Weitervermittlung an andere Stellen
- Eingangsfeststellung – Besteht ein Bedarf für Eingliederungshilfeleistungen?
- Entscheidung über die Hineinnahme in eine „intensive Fallbearbeitung“ (Fallmanagement) im Rahmen einer systematisierten kreisindividuellen Fallauswahl (s. IV.2) oder einer „normalen Fallbearbeitung“ (Sachbearbeitung).
- Information und Aufklärung des Menschen mit Behinderung über Pflichten und Rechten sowie Form der Zusammenarbeit (Gesamtplanverfahren, weitere Schritte im Fallmanagement) und weitere Verfahrensschritte (z. B. Feststellung der wesentlichen Behinderung).

2. Fallauswahl für das Fallmanagement

Da ein Fallmanagement, wie es in diesem Grundlagenpapier erläutert wird, nur im Rahmen eines (insbesondere personell und zeitlich) ressourcenintensiven Verfahrens möglich ist, bedarf es sinnvollerweise einer Auswahl der „Fälle“.²²

Hierbei sollten die Kreise verbindliche Fallauswahlkriterien mit differenzierenden Erläuterungen treffen. Bei der Festlegung der Fallauswahlkriterien sind die spezifischen örtlichen Gegebenheiten zu berücksichtigen. Allerdings sollten sie sich nicht an den vorhandenen Strukturen sondern an den Fällen orientieren und regelmäßig auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

²¹ S. 27 Orientierungshilfe zur Hilfeplanung bei den Kreisen in Schleswig-Holstein, März 2009

²² WiFEin-Abschlussbericht 2013, S. 157 ff

Es gibt daher auch keine allgemeinen Auswahlkriterien im Sinne der Case Management-Methode für alle Organisationsformen. Allerdings treten in vielen „Fällen“ ähnliche Merkmale auf, zum Beispiel:

- Das Vorliegen einer mehrdimensionalen Problemkomplexität (mehrere Probleme in unterschiedlichen Arbeitsfeldern und Bereichen);
- Die Versorgung verursacht überdurchschnittliche Kosten;
- Es besteht Unsicherheit bei der richtigen Auswahl an Angebotsalternativen;
- Das Agieren mehrerer Anbieter;
- Schwierige Prognosestellung;
- Regelversorgung greift nicht beziehungsweise problematisch;
- Klient mit Hilfeoordination/-organisation überfordert;
- Fehlende Ressourcen im Klientensystem.²³

Die **Anlage 3** enthält zur Orientierung eine allgemeine Zusammenstellung von Fallauswahlkriterien für den Bereich der Eingliederungshilfe.

3. Feststellung der wesentlichen Behinderung und Klärung des Hilfebedarfs

Besteht Klärungsbedarf hinsichtlich des Vorliegens einer wesentlichen oder drohenden wesentlichen Behinderung nach § 53 Abs. 1 SGB XII, beauftragt der Sozialhilfeträger in der Regel das zuständige Gesundheitsamt hierzu Stellung zu nehmen. Die Feststellung der wesentlichen Behinderung besteht dabei aus 2 Schritten:

25

1. Die medizinische Feststellung einer Behinderung (ICD 10) erfolgt anhand bereits vorliegender ärztlicher Berichte und Zeugnisse oder die Behinderung (Diagnose usw.) muss durch ein offizielles Verfahren (z. B. Formblatt HB/A) festgestellt werden.

2. Die Feststellung der Teilhabefähigkeit (Aktivität und Teilhabe: ICF) erfolgt entweder gleichzeitig durch den Arzt, der die medizinische Begutachtung vornimmt oder durch geschulte Fachkräfte (z. B. MPD, Sozialpädagogen, sozialer Dienst o. ä.), gegebenenfalls durch persönlichen Besuch. Die Teilhabefähigkeit sollte bei stationär geplanten Maßnahmen im Rahmen des Formblattes HB/A festgestellt werden.

Anhand der ICD- und ICF-Beurteilung entscheidet der Sozialhilfeträger über die Feststellung einer Behinderung im Sinne des § 53 SGB XII i. V. m. § 2 SGB IX. (Siehe auch Kapitel III.4)

Des Weiteren wird der **Hilfebedarf** des Menschen mit Behinderung sowie seine Entwicklungsperspektiven (z. B. zur Klärung, ob der Bedarf an Maßnahmen der Eingliederungshilfe und/oder Hilfe zur Pflege besteht) erhoben.

In der Regel ist diesbezüglich eine Auf- und Abklärung durch geeignete Fachkräfte, zum Beispiel im Rahmen des Formblattes HB/A (Dokumentation für die Hilfeplanung Teil III) notwendig. Der MPD des KVJS ist als multidisziplinär aufgestellter Fachdienst in der Lage, diese Aufgaben vollständig oder in Teilen im Auftrag der örtlichen Sozial- oder Jugendhilfeträger zu bearbeiten.

²³ Monzer, Michael: Case Management Grundlagen, 2013, S. 80f



Sofern für Hilfen im Lebensbereich Wohnen eine Bewertung des Hilfebedarfs mit dem HMB-W-Verfahren vereinbart ist, empfiehlt es sich, den zuständigen Regionalmitarbeiter des MPD möglichst früh mit der Feststellung des individuellen Hilfebedarfs und gegebenenfalls auch der Klärung geeigneter Hilfemaßnahmen zu beauftragen (siehe auch Kapitel III.5). Wurde ein Hilfebedarf festgestellt, kann im nächsten Schritt eine Erfassung der Gesamtsituation im Rahmen eines Assessments vorgenommen werden.

4. Assessment (Situations- und Bedarfsanalyse)

Der Begriff Assessment ist eine Entlehnung aus dem englischen und steht unter anderem für „Bewertung“, „Beurteilung“ oder „Einschätzung“ und bietet in Bezug auf Situation und Bedarf im Rahmen der individuellen Hilfeplanung die Grundlage für die nachfolgenden Planungen.

Im Assessment werden alle relevanten Informationen zur Feststellung der aktuellen individuellen Lebens- und Versorgungssituation gesammelt. Hierfür werden Aussagen vom Leistungsberechtigten, Angehörigen, Stellungnahmen und Berichte von sozialen Diensten, MPD, Öffentlichem Gesundheitsdienst (ÖGD) und anderen Quellen zusammengetragen und ausgewertet. Ziel ist ein mehrdimensionales Fallverstehen, dass vom Fallmanagement mit den Beteiligten moderiert wird. Dabei sollten die genutzten Informationsquellen und Erfassungsinstrumente möglichst vielfältig ausgewählt werden. Aufgabe des Fallmanagers ist dabei auch insbesondere Widersprüche im Fallverständnis zu erkennen und bei schwieriger Informations- und Interpretationslage im Rahmen des Gesamtplanesgesprächs (s. auch Kapitel II.5) zu klären.

26

Bei einem ressourcenorientierten Assessment stehen die Fähigkeiten und Stärken des Leistungsberechtigten im Vordergrund (und nicht seine Schwierigkeiten und Probleme). Zudem werden auch die Ressourcen im Umfeld sowie der Handlungsbedarf gemeinsam herausgearbeitet und benannt. Dabei ist eine Balance zwischen der Benennung der Ressourcen einerseits und dem Aufzeigen des Handlungsbedarfes andererseits entscheidend²⁴.

Wichtig ist der Aufbau einer möglichst vertrauensvollen Arbeitsbeziehung, die bei unkooperativen oder unmotivierten Leistungsberechtigten gegebenenfalls erst entwickelt werden muss. Die vertrauensvolle Zusammenarbeit findet beispielsweise darin Ausdruck, dass das Assessment prinzipiell gemeinsam mit den Leistungsberechtigten stattfindet oder die Dokumentation einsehbar ist²⁵.

Assessment ist ein Prozess, der mehrere Gespräche umfasst und regelmäßig wiederholt wird (siehe Abbildung 5).

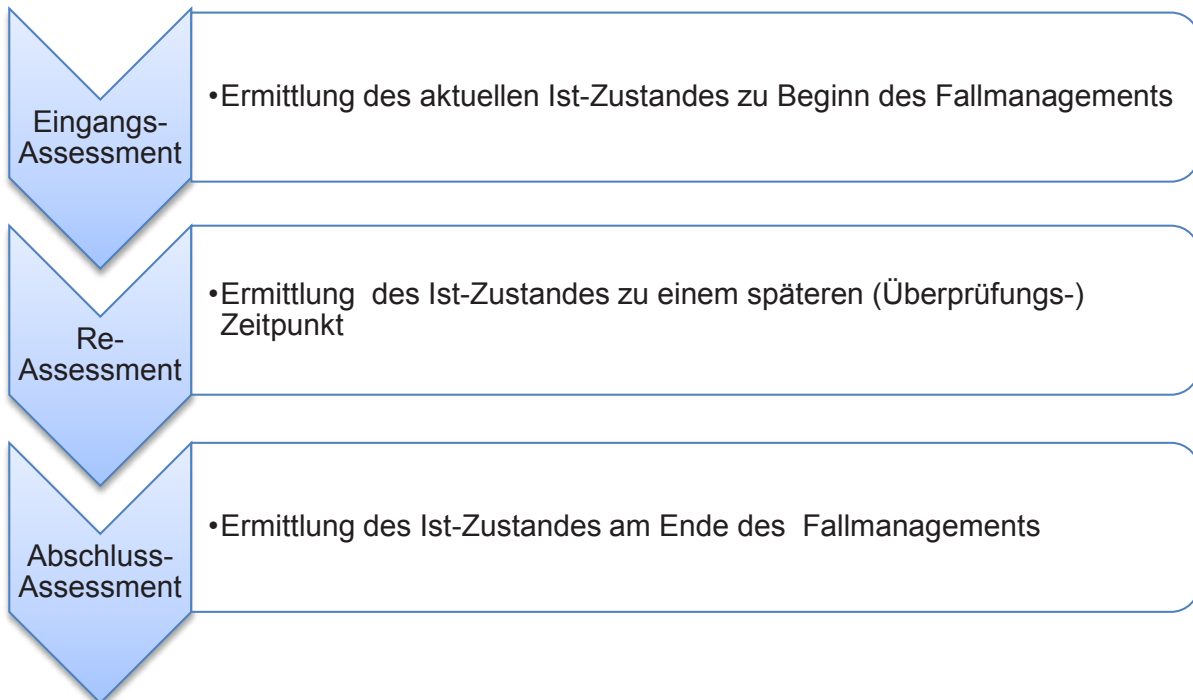
Der erste Schritt ist die Situations- und Bedarfsanalyse zu Beginn des Fallmanagements (**Eingangs-Assessment**). Im Verlauf der Hilfeplanung wird dann die Situation des Leistungsberechtigten im Rahmen des **Re-Assessments** neu bewertet. Es werden Zwischenergebnisse überprüft und ggf. Ziele und das weitere Vorgehen angepasst. Das Re-Assessment findet zu bestimmten, (vorab) definierten Zeitpunkten oder bei Auffälligkeiten während des Monitorings (siehe Kapitel IV.8) statt.

Wurden die gesteckten Ziele erreicht und benötigt der Klient keine intensive Betreuung mehr, erfolgt das **Abschluss-Assessment** und der Fall kann gegebenenfalls in die Sachbearbeitung beziehungsweise eine weniger intensive Betreuung des Fallmanagements übergehen (siehe Kapitel IV.9 – Abschluss und Auswertung).

²⁴ Roters/Möller 2006, S. 180 ff

²⁵ Löcherbach/Schu 2009, S.212

Abbildung 5: Assessment Prozess



27

Im **Mustervordruck Gesamtplan Fallmanagement** werden zur Ermittlung des jeweils vorliegenden Ist-Zustandes **drei Kategorien von Einschätzungen** genutzt, die eine interdisziplinär gestützte Gesamteinschätzung des Bedarfs transparent widerspiegeln sollen:

- **Beeinträchtigungen** des Leistungsberechtigten
- **Ressourcen** (persönliche aber auch systembezogene)
- **Handlungsbedarf** (im Sinne einer Unterstützung durch ein durch das Fallmanagement vermitteltes Helfersystem).

Soweit eine **fallübergreifende, das heißt EDV-gestützte Evaluation** (siehe Kapitel V) im Fallmanagement erfolgen soll, bedarf es im Bereich des Assessments einer **Skalierung der jeweiligen Einschätzungskategorien**. **Anlage 4** enthält detaillierte Erläuterungen zu den Skalierungen.

5. Zielplanung

Ein zentraler Punkt des Fallmanagements ist die Vereinbarung der Ziele. Denn eine passgenaue Hilfeplanung kann nur dann erfolgen, wenn klar ist wo die Richtung, was das Ziel ist.²⁶

Die Ziele der Eingliederungshilfe werden nach ausführlicher Situations- und Bedarfsanalyse (Eingangs-Assessment) im Einvernehmen mit dem Leistungsberechtigten sowie gegebenenfalls anderen Beteiligten formuliert. Wesentliches Verfahrensinstrument hierbei stellt das Gesamtplangespräch dar (siehe auch Kapitel II.5).

²⁶ Zum Kapitel Zielvereinbarung siehe auch Roters/Möller 2006, S. 180 ff

- Ziele leiten sich aus der aktuellen Lebenssituation des Leistungsberechtigten ab. Dabei werden seine Vorstellungen, Fähigkeiten, Ressourcen und sein Lebensumfeld berücksichtigt. Hier kann auch, sofern vorhanden, das Formblatt HB/A Teil 2, Ziffer 2.3 „Zielsetzung“ berücksichtigt werden.
- Ziele sollten möglichst lebensnah sein, eine Überforderung des Betroffenen vermeiden und sich an seiner persönlichen Lebensperspektive orientieren.
- Es ist für eine erfolgreiche Zielarbeit wichtig, dass die vereinbarten Ziele den Wünschen und Bedarfen des Leistungsberechtigten entsprechen (und nicht versehentlich denen des Fallmanagers, der Angehörigen oder der zukünftigen Leistungserbringer).
- Es darf nicht verschwiegen werden, dass Zielvereinbarungen mit Leistungsberechtigten, die ihre eigenen Wünsche und Bedarfe schwer oder gar nicht kommunizieren können oder denen unrealistische Ziele vorschweben, besondere Herausforderungen für den Fallmanager darstellen und oft einen hohen Zeitaufwand in der Gesprächsführung fordern.
- Ziele beantworten die Fragen, was konkret im jeweiligen Lebensbereich (Wohnen, Tagesstrukturierung, Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) und bis wann erreicht werden soll.
- Bei den Zielvereinbarungen sind „Soll“ Formulierungen sowie Expertensprache zu vermeiden.

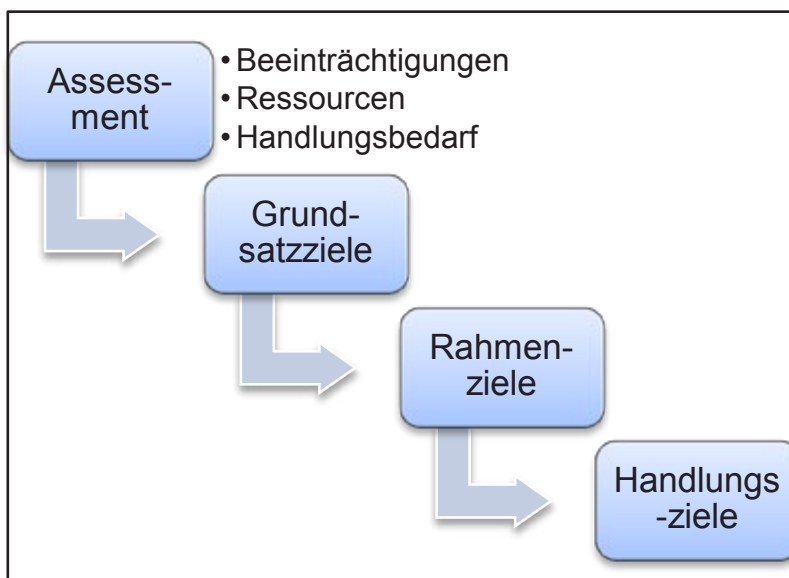
Bei der Vereinbarung von Zielen wird zwischen den **Zielkategorien** Veränderungszielen (Verbesserung der Situation) und Stabilisierungszielen (Stabilisation der Situation, Verschlechterung verhindern, vorbeugen), im Lebensbereich Wohnen zusätzlich zwischen den Kategorien „Vermeidung stationär“ oder „Rückführung ambulant“ unterschieden. Es kann vorkommen, dass eine Verbesserung auch eine Stabilisierung bedeutet. Gewählt werden sollte dann der Schwerpunkt der Zielkategorie. Ein Beispiel für ein Stabilisierungsziel wäre: Die selbständige Körperpflege eines älteren Menschen mit Behinderung mit zunehmend schlechterer Motorik kann mit Hilfsmitteln wie zum Beispiel einer elektrischen Zahnbürste oder Hinweistafeln zum Ablauf der Körperpflege erhalten werden.

28

Zielentwicklung und Zielebenen

In der Zielentwicklung werden Ziele so bearbeitet, dass durch eine zunehmende Verfeinerung aus übergeordneten Zielen Vorgaben für konkrete Maßnahmen werden²⁷.

Abbildung 6: Zielentwicklung

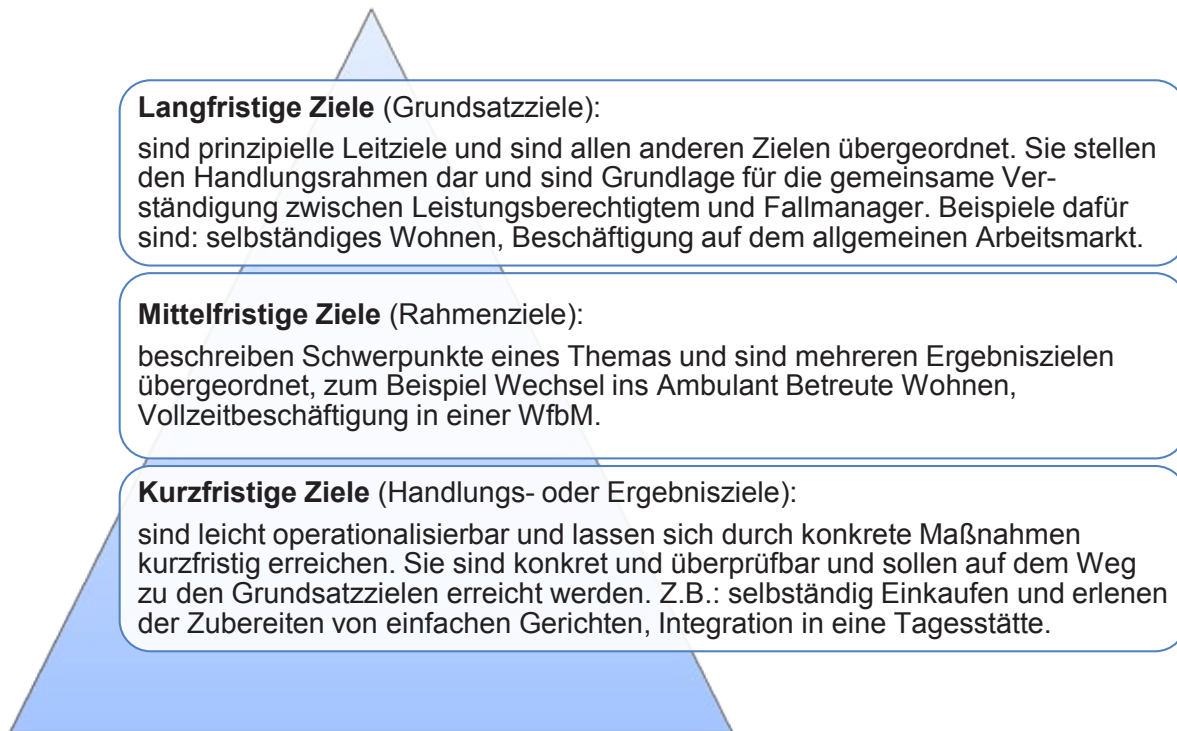


Im praktischen Ablauf werden nach dem Assessment die Grundsatzziele (langfristige Ziele), dann die Rahmenziele (mittelfristige Ziele) und zum Schluss die Handlungs- oder Ergebnisziele (kurzfristigen Ziele) definiert (siehe Abbildung 6).

In Abbildung 7 ist die Unterscheidung der verschiedenen Zielebenen erläutert.

27 Monzer, Michael : Case Management Grundlagen, Heidelberg 2013, S. 187

Abbildung 7: Zielebenen



Konkrete Ziele, werden (je Ziel) nach SMARTen Kriterien formuliert:

- S:** spezifisch/individuell, das heißt auf den Einzelfall bezogen, keine Standardfloskeln,
- M:** messbar/überprüfbar, das heißt keine unverbindlichen/unkonkreten Ziele beschreiben, sondern quantitative beziehungsweise nachweis- und nachprüfbare Parameter benennen,
- A:** anspruchsvoll/akzeptabel, das heißt keine sich praktisch von selbst einstellenden Ergebnisse oder Selbstverständlichkeiten vereinbaren, sondern vielmehr angemessene fördernde und fordernde Ziele, die auch einen eigenen Einsatz des Leistungsberechtigten voraussetzen anstreben und vereinbaren,
- R:** realistisch, das heißt die vereinbarten Ziele müssen zwar anspruchsvoll, aber unter Zugrundelegung der vorhandenen Rahmenbedingungen persönlicher und objektiver Art auch tatsächlich erreichbar sein und
- T:** terminiert, das heißt feste Zeiträume/Zielpunkte zur Zielerreichung/Zielüberprüfung, auch im Sinne von Zwischenergebnissen, vereinbaren, so dass die gebotene Klarheit für alle Beteiligten hergestellt wird.

Eine Methode, um die Zielerreichung später überprüfen zu können, kann die Arbeit mit **Indikatoren** darstellen. Häufig wird sich bereits bei der Formulierung des „m“ also der Messbarkeit/Überprüfbarkeit von Zielen damit auseinandergesetzt, wie genau die Zielerreichung später überprüft werden kann. Indikatoren sollten immer etwas Gegenständliches sein. Dr. Monzer schreibt dazu: „Patientenzufriedenheit“ wäre demnach kein Indikator. Ein Wert von „gut“ auf einem Patientenbefragungsbogen kann jedoch als Indikator verwendet werden.“²⁸

28 Monzer, Michael : Case Management Grundlagen, Heidelberg 2013, S. 196



Es ist zu beachten, dass sich Indikatoren dabei auf Ziele und nicht auf Maßnahmen beziehen. Um die Verbindlichkeit der Umsetzung der Ziele zu erhöhen, werden diese schriftlich fixiert und von den Beteiligten unterschrieben. Der Mustervordruck Gesamtplan Fallmanagement (siehe Kapitel VI.3) bietet im Teil C eine Struktur für die Erfassung und Überprüfung der Ziele.

Zielüberprüfung

Im Rahmen der Zielüberprüfung (siehe auch Monitoring Kapitel IV.8) werden die Veränderungen der Fähigkeiten in den einzelnen Bereichen analysiert.

Mögliche Fragestellungen zu einer Überprüfung vereinbarter Ziele oder Maßnahmen könnten beispielsweise sein²⁹:

- Welche Maßnahmen erwiesen sich als hilfreich? Welche als weniger hilfreich?
- Waren Art und Umfang der Leistungen notwendig beziehungsweise ausreichend
- Wurden Ziele zum Beispiel deshalb nicht erreicht, weil sie eher die des Fallmanagers waren?

Im Teil C des Mustervordrucks wird der Grad der Zielerreichung geprüft und dokumentiert. Zudem werden die Gründe für das Nichterreichen der Ziele erfasst. Soweit eine fallübergreifende, das heißt EDV-gestützte Evaluation (siehe Kapitel V) im Fallmanagement erfolgen soll, bedarf es einer Skalierung der jeweiligen Zielerreichung. **Anlage 5** enthält eine Erläuterung zu den Skalierungen.

Werden Ziele nicht erreicht, müssen diese angepasst beziehungsweise neu festgelegt werden.

30

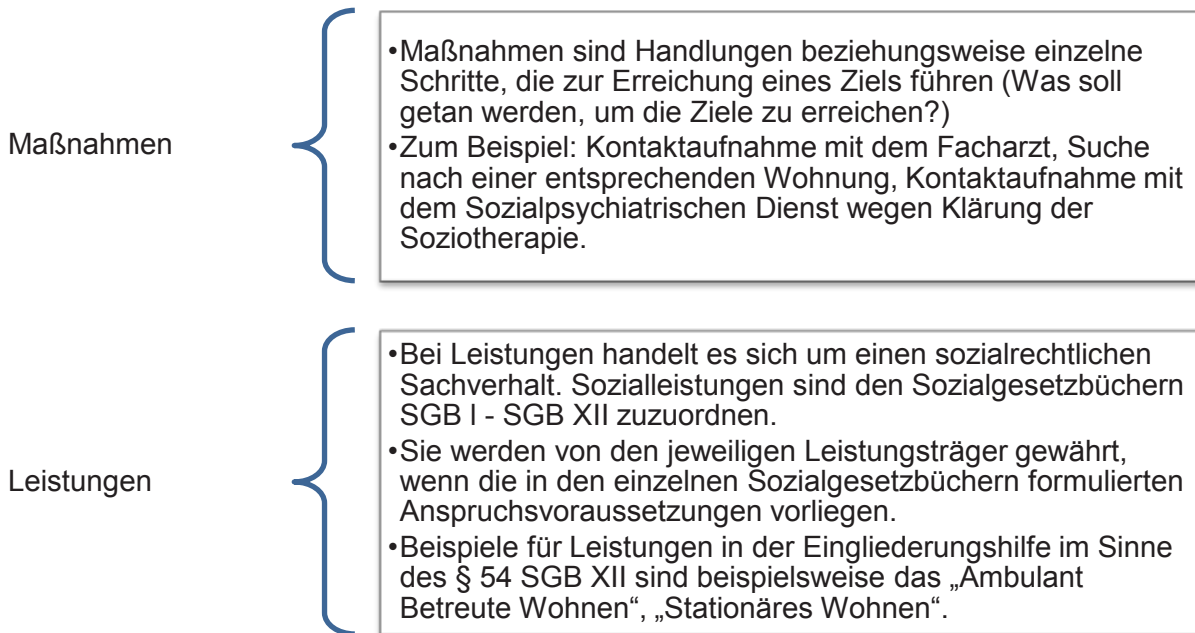
6. Umsetzungsplanung

Nach Benennung der vereinbarten Ziele muss der individuelle Bedarf erforderlicher Hilfen (abgeleitet von den Zielen) konkretisiert werden. Es stellen sich für den Fallmanager zu diesem Zeitpunkt insbesondere folgende Fragestellungen:

- Welche Maßnahmen werden benötigt um die vereinbarten Ziele zu erreichen?
- Welche Leistungsangebote passen hierfür? Fehlt gegebenenfalls ein entsprechendes Leistungsangebot (Rückkoppelung Sozialplanung)?
- Welcher Dienstleister (Fach- oder Laienkraft) passt und wird ausgewählt (ausgenommen beim persönlichen Budget)?
- Wie können die verschiedenen Maßnahmen und Leistungen bei gegebenenfalls verschiedenen Leistungsanbietern am besten koordiniert und vernetzt werden?

29 Löcherbach/Schu 2009, S.218

Abbildung 8: Differenzierung zwischen Maßnahmen und Leistungen



Dokumentation Gesamtplan und Bescheid

Die Ergebnisse des Gesamtplanesgesprächs sowie sonstige Planungsergebnisse werden im Gesamtplan dokumentiert und stellen eine verbindliche Vereinbarung der Beteiligten dar. Der Mustervordruck „Dokumentation im Fallmanagement“ ist im Kapitel VI.3 erfasst. Auf Grundlage des Gesamtplanes erfolgt die Erteilung des Bescheids durch den Sozialhilfeträger über die Leistungsgewährung. Die organisatorische Umsetzung erfolgt dabei individuell vor Ort auf der Basis der Entscheidungshoheit des Sozialhilfeträgers.

31

7. Begleitung in der Leistungsdurchführung

Der Fallmanager initiiert die Leistungen und begleitet den Leistungsberechtigten bei der Inanspruchnahme. In dieser Phase der Fallsteuerung obliegt es dem Fallmanager bei Bedarf frühzeitige Anpassungen der Maßnahmen und Leistungen zu veranlassen um die individuelle Passgenauigkeit und die Qualität der Eingliederungshilfe zu gewährleisten. Die Herangehensweise sollte dabei im Rahmen von wertschätzenden und gelebten Arbeitsbeziehungen erfolgen:

Das Fallmanagement hat insoweit eine Kontaktverantwortung gegenüber dem Leistungsberechtigten. So geht im Falle von Kontaktabbrüchen der Fallmanager aktiv nach und bietet erneute Unterstützung an.³⁰

Im Umgang mit Dienstleistern zeigen sich an dieser Stelle für den konkreten Einzelfall auch die Vorzüge vorhandener systembezogener Vernetzungsbeziehungen zwischen Leistungsträger und Leistungserbringern (siehe auch Kapitel I.4.3). Neben den persönlichen Arbeitsbeziehungen (z. B. auch durch Besuche, Hospitationen, Gremien oder Fachveranstaltungen) sind auch generelle Kooperationsvereinbarungen (z. B. strukturierte Leistungsvereinbarungen, Regeln/Standards für den Informationsaustausch oder einrichtungsübergreifende Qualitätsstandards) ein Vorteil für eine transparente und vertrauensvolle Zusammenarbeit.³¹

30 WiFEin-Abschlussbericht 2013, S. 17

31 Monzer, Michael: Case Management Grundlagen, Heidelberg 2013, S. 237



8. Monitoring

Während einer intensiven Fallbetreuung durch das Fallmanagement erfolgt eine regelmäßige Beobachtung und Kontrolle des Verlaufs (=Monitoring). Das Monitoring geht aktiv vom Fallmanager aus und ermöglicht dem Fallmanager sowohl den Blick auf die mit dem Leistungsberechtigten getroffenen Vereinbarungen als auch auf die der Leistungserbringer³². Das Monitoring ist als ein Mittel zu sehen, das die Kommunikation über den Fall mit den Beteiligten ermöglicht.

Ein Monitoring umfasst zum Beispiel:

- die inhaltliche Prüfung vereinbarter Leistungen
- die Überprüfung der Einhaltung von Zeitplänen
- die Überprüfung der Zielerreichung sowie
- generell die Identifikation von Abweichungen der Hilfeplanung

Der Fallmanager ist in der Rolle des „Anwaltes“ für den Klienten und muss gegebenenfalls Interventionen zu dessen Gunsten veranlassen (z. B. das Hinzuziehen weiterer Fachkompetenz) beziehungsweise Maßnahmen verhindern (z. B. eine disziplinarische Entlassung aus einer Einrichtung).

Zeichnet sich eine Abweichung der Hilfeplanung ab, zum Beispiel weil sich im Umfeld des Klienten gravierende Änderungen ergeben, kann ein Re-Assessment und damit verbunden die Fortschreibung des Gesamtplanes nötig sein. Zudem müssen gegebenenfalls Ziele, notwendige Leistungen und Termine angepasst beziehungsweise neu festgelegt werden.

32

Ein Monitoring muss auch bei zeitlich befristeten Fällen erfolgen. Es genügt nicht, mit Ablauf der Befristung ein Abschluss-Assessment durchzuführen. Es empfiehlt sich, innerhalb der Organisation verbindliche Standards für das regelmäßige Monitoring zu definieren.

9. Abschluss und Auswertung

Kommt der Unterstützungsprozess zu seinem Ende (hiermit ist die intensive Phase des Fallmanagements gemeint), wird idealerweise eine ausführliche Ergebnisevaluation durchgeführt.

Im Rahmen der Ergebnisevaluation werden

- Veränderungsdimensionen (Beeinträchtigungen, Ressourcen, Handlungsbedarf),
- Zielerreichung,
- Leistungen, Maßnahmen- und Mitteleinsatz und
- Ursachen von Misserfolgen

beurteilt sowie deren Wirkungen und Nebenwirkungen und ihre Nachhaltigkeit betrachtet³³.

Die Beendigung des Fallmanagement-Prozesses erfolgt in der Regel gemeinsam mit den Klienten; gegebenenfalls sind notwendige Weiter- oder Anschlussbetreuungen zu organisieren. Dies kann beispielweise in Form der weitergehenden Hilfestellung im Rahmen der „normalen“ Sachbearbeitung erfolgen. Die Beendigung des Fallmanagement-Prozesses schließt nicht aus, dass im konkreten Einzelfall zu einem späteren Zeitpunkt eine erneute Fall-Aufnahme erforderlich wird.

Im nächsten Kapitel wird ausführlich auf das Thema Evaluation eingegangen.

³² Löcherbach/Schu 2009, S.217, WiFEin-Abschlussbericht 2013, S. 17 ff

³³ Löcherbach/Schu 2009, S.220

V. Evaluation

1. Fallbezogene und Fallübergreifende Evaluation

Eine Evaluation im Fallmanagement ist zweidimensional zu verstehen:

- Zum einen ist fallbezogen eine Ergebnisevaluation (siehe Kapitel IV.) möglich, dabei können beispielsweise Zielerreichung, Maßnahmen und Mitteleinsatz sowie gegebenenfalls Gründe für Misserfolge betrachtet werden. Dies ermöglicht den Dialog im Einzelfall (Fortschreibung des Gesamtplans) zwischen Fallmanager/Sachbearbeiter, Betroffenen/Angehörigen, Dienstleistern/Einrichtungen, anderen Leistungsträgern, beteiligten Fachdiensten etc.
- Zum anderen ermöglicht eine fallübergreifende Evaluation ein systematisches Fachcontrolling. Dies kann Erkenntnisse liefern über:
 - Ausgestaltung der Leistungssteuerung
 - Prozessoptimierung
 - Qualitätsentwicklung (siehe dazu Anlage 6 – Qualitätssicherung)
 - Fördernde und hemmende Wirkfaktoren
 - Angebots- und Wirkmechanismen
 - Zielgerichtete Verwendung der eingesetzten Mittel
 - Schnittstellenmanagement
 - Verhandlungssteuerung
 - Grundlage für Reflexions- und Verbesserungsprozesse
- und ermöglicht in der Summe der Einzelfälle den Dialog auf:
 - Interner Ebene (Steuerungszirkel), zum Beispiel Fallmanagement/Sachgebiet, Sozial-/Teilhabepflege, Leistungs-, Qualitäts-, Entgeltvereinbarungen
 - Externer Ebene (Qualitätszirkel), für die Einbeziehung von Beteiligten
 - sowie mit der Politik.

33

Die Anforderungen an die Evaluation können je nach Funktion, nach Schwerpunkt oder „Interesse“ variieren. Beispielsweise wollen Fallmanager, Sozialamtsleitung, Sachgebietsleitung Eingliederungshilfe oder die Sozialplanung unterschiedliche Informationen erhalten.

Eine systematische Evaluation des Fallmanagement kann dazu beitragen, das Wissen um seine Wirkfaktoren und Wirkmechanismen zu erhöhen. Mit diesem Wissen kann dann im Rahmen der weiteren Optimierung des Fallmanagements die Zielerreichung auf anderen Ebenen positiv unterstützt beziehungsweise fundiert werden (siehe Abbildung 9, S. 34).

Um Wirkung messen oder bewerten zu können, müssen die erbrachten Maßnahmen/Leistungen beschrieben und dokumentiert werden. Um dies zu ermöglichen wurde der Mustervordruck Gesamtplan Fallmanagement entwickelt.

2. Umsetzung der Evaluation in den Stadt- und Landkreisen

Für die (stadt- und landkreisspezifische) Umsetzung mit bestehenden EDV-Systemen steht in Form einer Excel-Datei³⁴ ein inhaltliches Anforderungsprofil an eine Dokumentation mit Assessment und einer späteren einzelfallübergreifenden Evaluation zur Verfügung. Dieser „Katalog der Anforderun-

³⁴ Downloadbar im KVJS Mitgliederbereich, Fallmanagement

Abbildung 9: Einflussmöglichkeiten der Erkenntnisse auf verschiedenen Ebenen



34

gen“ kann von den jeweiligen Stadt- und Landkreisen auf Basis der selbst gewählten fachlichen Akzentsetzungen, der Gegebenheiten vor Ort und der selbst gewählten Softwarefirmen am Markt genutzt werden, um ein Pflichten- und Lastenheft zu erstellen.

Im Gegensatz zur Word-Datei (also einer reinen „Papierversion“) sind für eine Evaluation Skalierungen der jeweiligen Einschätzungskategorien notwendig und vorgegeben (siehe dazu zum Beispiel Kapitel IV. 4 Assessment oder IV.5 Überprüfung der Ziele und die Anlagen 4 und 5).

Der Mustervordruck wird im folgenden Kapitel beschrieben.

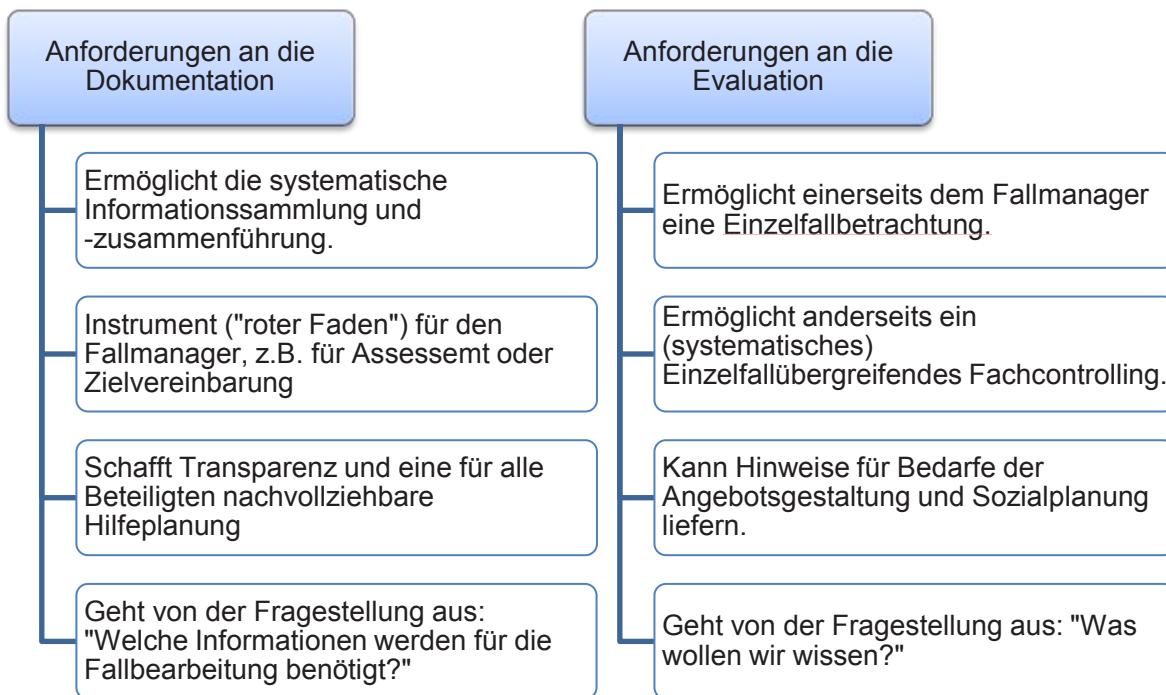
VI. Mustervordruck Gesamtplan Fallmanagement

Fallmanagement

1. Allgemeines

Der Mustervordruck Gesamtplan Fallmanagement wurde im Rahmen einer Arbeitsgruppe „AG Dokumentation und Evaluation“ gemeinsam mit Prof. Dr. Löcherbach der KH Mainz und basierend auf der KVJS-Vorlage Gesamtplanvordruck sowie den Erhebungsbögen des WiFEin-Forschungsvorhabens entwickelt. Wie in Abbildung 10 dargestellt, berücksichtigt der Mustervordruck neben den praktischen Anforderungen der Fallmanager (Dokumentation) auch empirische Anforderungen (Evaluation).

Abbildung 10: Übersicht Anforderungen Mustervordruck



35

Der Vordruck ist als unverbindliche Empfehlung zu sehen und kann nach örtlichen Gegebenheiten angepasst und verändert werden.

Idealerweise werden die Anforderungen in bestehende EDV-Systeme ergänzt um so eine systematische IT gestützte Evaluation zu ermöglichen (die bei einer reinen Papiervariante nicht gegeben ist).

2. Vorlagen: Word- und Excel-Datei

Die aktuellen Vorlagen stehen auf der Homepage des KVJS im Mitgliederbereich, Eingliederungshilfe unter der Rubrik Fallmanagement³⁵ zur Verfügung:

³⁵ Nach erfolgreichem Login aufzurufen unter <http://www.kvjs.de/mitglieder/eingliederungshilfe/fallmanagement.html>



- Word-Datei:** Die Word-Datei ist der „Mustervordruck Gesamtplan“. Er dient der Dokumentation sowie der Betrachtung des Einzelfalls. Sie ist so angelegt, dass sie direkt am PC ausgefüllt, gespeichert und gedruckt werden kann. Im folgenden Kapitel (VI.3) ist ein entsprechendes Exemplar abgedruckt.³⁶
- Excel-Datei:** Für die (stadt- und landkreisspezifische) Umsetzung mit bestehenden EDV-Systemen steht in Form einer Excel-Datei ein inhaltliches Anforderungsprofil an eine Dokumentation mit Assessment und einer späteren einzelfallübergreifenden Evaluation zur Verfügung. Dieser „Katalog der Anforderungen“ kann von den jeweiligen Stadt- und Landkreisen auf Basis der selbst gewählten fachlichen Akzentsetzungen, der Gegebenheiten vor Ort und der selbst gewählten Softwarefirmen am Markt genutzt werden, um ein Pflichten- und Lastenheft zu erstellen.

Ein Schaubild zur Verwendung der Vorlagen ist als **Anlage 7** beigefügt.

Die Beschreibung der drei Lebensbereiche Wohnen, Tagesstrukturierung und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht eine umfassende und differenzierte Hilfeplanung für die einzelnen Lebensbereiche. Im Einzelfall sind nicht immer alle drei Lebensbereiche für die aktuelle Hilfeplanung relevant. Die Beschreibung der einzelnen Lebensbereiche orientiert sich an den Inhalten der ICF und des Formblattes HB/A Teil 3.

36

3. Mustervordruck Gesamtplan Fallmanagement

Hinweise zum Aufbau des Mustervordrucks für das Fallmanagement ³⁷

- Der Vordruck ist als Mustervordruck zu verstehen und kann als „**roter Faden**“ für Gesamtplangespräche dienen.
- Er ermöglicht die systematische Erfassung relevanter Informationen, kann Veränderungen und Zielvereinbarungen dokumentieren und eine individuelle und fallbezogene Betrachtung ermöglichen. Eine fallübergreifende Evaluation ist mit einer EDV-Umsetzung verbunden. Hierfür steht in Form einer Excel-Datei ein inhaltliches Anforderungsprofil zur Verfügung.
- Der Mustervordruck gliedert sich in verschiedene Teile:
 - A Datenschutz
 - B Grunddaten
 - C Assessment (Situations- und Bedarfsanalyse) und Ziele
 - D Interne Vermerke
 - E Leistungen
 - F Kontaktmanagement
- Die Teile A-C können (ggf. in Auszügen) an Leistungsberechtigte sowie in Hinblick auf die Zielvereinbarung auch an Leistungserbringer ausgegeben werden.
- Die Teile D-F sind für die interne Dokumentation vorgesehen.
- Der Vordruck ist modular aufgebaut und kann auch nur in Teilen verwendet werden. Er ist außerdem als ein „Katalog an Möglichkeiten“ angelegt, das heißt
 - nicht alle Felder müssen in jedem Fall ausgefüllt werden,
 - einige Felder sind gegebenenfalls nach regionalen Gegebenheiten zu ergänzen oder zu ändern

³⁶ Es ist beabsichtigt anonymisierte Fallbeispiele, die Mithilfe des neuen Mustervordrucks dokumentiert wurden, ebenfalls im KVJS-Mitgliederbereich zur Verfügung zu stellen.

³⁷ Die Hinweise beziehen sich auf die Word-Datei des Mustervordrucks



A. Beteiligung, Erklärung zum Datenschutz Name:

Das Gesamtplangespräch fand statt am: _____

Bei der Erstellung dieses Gesamtplanes waren beteiligt:

Der Leistungsberechtigte bzw. sein gesetzlicher Betreuer stimmen der Weitergabe folgender Teile dieses Gesamtplanes:

an folgende Stellen zu:

37

Unterschrift und Datum Leistungsberechtigte/r:

Unterschrift und Datum Gesetzliche/r Betreuer/in:



B. Grunddaten

Name:

1. Allgemeine Daten Antragssteller/Leistungsberechtigte(r)

Name, Vorname Leistungsberechtigte(r):

Geburtsdatum:

Geschlecht Mann Frau

Familienstand

ledig in fester Beziehung lebend (keine eingetragene Lebenspartnerschaft)

verheiratet/ eingetragene Lebenspartnerschaft geschieden/getrennt lebend

verwitwet unbekannt

Adressdaten (Straße, PLZ, Ort, Telefon, Email) des aktuellen Aufenthaltsortes:

PLZ + Ort des gewöhnlichen Aufenthaltsortes vor Antrag:

Gibt es Eltern und/oder Kinder? Ggf. Name, Kontaktdaten (Straße, PLZ, Ort, Telefon, Email) eintragen.

Eltern:

Kinder:

Wohnsituation bei Beginn FM¹

Ambulant betreutes Wohnen – Einzelwohnen

Ambulant betreutes Wohnen – Wohngemeinschaft

eigene Wohnung (ohne Betreuung)

im Haushalt Angehöriger (ohne Betreuung)

klinische Unterbringung (Psychiatrie, Krankenhaus, Fach-/Rehaklinik etc.)

stationäres Wohnen im Bereich Eingliederungshilfe (bspw. Wohnheim)

Sonstige:

Staatsangehörigkeit nach Land²

Deutschland Griechenland Italien Polen Kroatien

Türkei Bosnien und Herzegowina Russische Föderation

Staatenlos, ungeklärt, ohne Angabe

Sonstige:

¹ Gemeint ist die überwiegende Wohnsituation/Unterbringung.

² Es wurden die häufigsten Verteilungen gewählt (Destatis.de). Bei Mehrfachstaatsangehörigkeiten geben Sie bitte die für die Identität des Leistungsberechtigten wichtigste an.

38



B. Grunddaten

Name:

Migrationshintergrund³ ja nein

Betreuer/-in nach BtG nein
 ja
Kontaktdaten:

Betreuungsart
 Ehrenamtlich
 Berufsbetreuung
 Familiärer Bezug

Aufgabenkreis der Betreuung

- Gesundheitssorge
- Gesundheitssorge mit Einwilligungsvorbehalt
- Recht zur Aufenthaltsbestimmung
- Recht zur freiheitsentziehenden Maßnahme
- Regelung von Postangelegenheiten (mit Postöffnung)
- Regelung von Postangelegenheiten (ohne Postöffnung)
- Regelung von Renten- & Sozialangelegenheiten
- Regelung von Wohnungsangelegenheiten
- Vermögenssorge
- Vermögenssorge mit Einwilligungsvorbehalt
- Vertretung bei Behördenangelegenheiten
- Vertretung vor Gericht

39

Vermerke zur Betreuung
Gerichtsbeschluss vom: Beschlussaktenzeichen:
ausgestellt von Gericht:
ggf. Ablaufdatum Beschluss:

Kranken/Pflegekasse gesetzlich versichert privat versichert
 Sonstige:

Rentenversicherungsträger:
Versicherungsnummer:

Pflegebedürftigkeit nach SGB XI

- keine Pflegestufe Pflegestufe 0 Pflegestufe 1
- Pflegestufe 2 Pflegestufe 3 Pflegestufe 3 und Härtefall
- kein Pflegeantrag gestellt nicht bekannt
- § 45a, 45b SGB XI, Höhe:

³ Zu den Menschen mit Migrationshintergrund (im weiteren Sinn) zählen "alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil". (BAMF)



B. Grunddaten

Name:

Form der Leistungserbringung SGB XI <input type="checkbox"/> Geldleistung <input type="checkbox"/> Sachleistung <input type="checkbox"/> Kombineistung
--

Einschränkung der Alltagskompetenz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Feststellung der Pflegebedürftigkeit am:

Weitere Leistungen⁴ <input type="checkbox"/> SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende): <input type="checkbox"/> SGB VI (Rentenversicherung): <input type="checkbox"/> SGB VII (Unfallversicherung): <input type="checkbox"/> SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe): <input type="checkbox"/> SGB XII (3. Kapitel: Hilfe zum Lebensunterhalt): <input type="checkbox"/> SGB XII (7. Kapitel: Hilfe zur Pflege): <input type="checkbox"/> SGB XII: <input type="checkbox"/> Sonstige:
--

40

2. Behinderung, Befunde und Diagnosen

Schwerbehindertenausweis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Grad d.B.: Ausstellungsdatum: Merkzeichen: Gültigkeit:
--

Leistungsvoraussetzung nach § 53 SGB XII <input type="checkbox"/> wesentliche Behinderung <input type="checkbox"/> drohende wesentliche Behinderung <input type="checkbox"/> andere Behinderung
--

Art der Behinderung <input type="checkbox"/> blind/sehbehindert <input type="checkbox"/> gehörlos/hörbehindert <input type="checkbox"/> geistig behindert <input type="checkbox"/> körperlich behindert <input type="checkbox"/> psychisch/seelisch <input type="checkbox"/> sprachbehindert <input type="checkbox"/> Suchtkrank

Medizinische Diagnose, ICD 10: Datum:
--

Vorläufige Hilfebedarfsgruppe: Datum:
--

⁴ Ausgewählt wurden häufige und relevante Leistungen. Nicht aufgeführte Leistungen werden unter „Sonstige“ dokumentiert.



B. Grunddaten

Name:

Liegt ein schwerwiegend selbst- und/ oder fremdgefährdendes Verhalten vor?

- ja nein unbekannt

Hilfebedarfsgruppe

- nicht eingestuft/trifft nicht zu (HBG 0)
- Gruppe 1: bis 36 Punkte (HBG 1)
- Gruppe 2: 37 – 72 Punkte (HBG 2)
- Gruppe 3: 73 – 108 Punkte (HBG 3)
- Gruppe 4: 109 – 144 Punkte (HBG 4)
- Gruppe 5: 145 – 180 Punkte (HBG 5)
- Heimsonderschule Stufe 1 (HSS 1)
- Heimsonderschule Stufe 2 (HSS2)
- Sonstiges/Anmerkungen:

Datum:

3. (Vor)Schule, Berufsausbildung

Höchste Schulausbildung

- keine/entfällt altersbedingt Fachoberschule/Fachhochschulreife
- Gymnasium/Abitur Hauptschule
- Realschule/Mittlere Reife Sonderschule/Förderschule
- Sonstige:

41

Berufsausbildung/Studium

- kein(e) entfällt altersbedingt

Abschluss:

Tagesstruktur

- keine Allgemeiner Arbeitsmarkt Ehrenamt
- FuB Integrationsfirma Kindertagesstätte
- Praktikum Schule Seniorenbetreuung
- Studium Tagesstätte WfbM

Sonstige:

Angabe Wo:

Erwerbsstatus

- unbekannt erwerbsfähig dauerhaft voll erwerbsgemindert
- befristet erwerbsgemindert, bis: entfällt, z. B. altersbedingt



C. Assessment & Ziele

Name:

Vermerke

Datum Assessment:

Art des Assessments <input type="checkbox"/> Eingangs-Assessment <input type="checkbox"/> Re-Assessment <input type="checkbox"/> Abschluss-Assessment

Wiedervorlage Geplanter Termin Überprüfung Zielerreichung: Geplanter Termin Re-/Abschluss-Assessment:
--

1. Allgemeines Assessment

Umgebungsfaktoren (z.B. Unterstützung durch Familie bzw. Umfeld; Vorhandensein bzw. Zugänglichkeit von Dienstleistungsangeboten)		
Eingangs-Assessment:	Re-Assessment:	Abschluss-Assessment:

Wünsche und Vorstellungen des Antragstellers/ Leistungsberechtigten zur Leistungsgestaltung:		
Eingangs-Assessment:	Re-Assessment:	Abschluss-Assessment:

Besondere Interessen, Fähigkeiten und Begabungen:		
Eingangs-Assessment:	Re-Assessment:	Abschluss-Assessment:

Sonstige Anmerkungen:		
Eingangs-Assessment:	Re-Assessment:	Abschluss-Assessment:

42

2. Assessment (Situations- und Bedarfsanalyse) & kurzfristige Ziele

Lebensbereich Wohnen	Eingangs- oder Re-Assessment			Abschluss-Assessment			Kurzfristige Ziele			
	Beeinträchtigungen	Ressourcen	Handlungsbedarf	Beeinträchtigungen	Ressourcen	Handlungsbedarf	SMARTE Ziele	Maßnahmen zur Zielerreichung	Zielerreichung	Grund Nicht-Zielerreichung
<p>Alltägliche Lebensführung Bspw. Einkaufen, Zubereiten von Zwischenmahlzeiten, Zubereiten von Hauptmahlzeiten, Wäschepflege, Ordnung im eigenen Bereich, Geld verwalten, Regeln von finanziellen und (sozial-) rechtl. Angelegenheiten</p>										
<p>Selbstversorgung Bspw. Ernährung, Körperpflege: Toilettenbenutzung, persönliche Hygiene, Aufstehen/ zu Bett gehen/Tag-Nacht-Rhythmus, Baden/ Duschen, Anziehen/ Ausziehen</p>										
<p>Kommunikation, Mobilität und Orientierung Bspw. Kompensation von Sinnesbeeinträchtigungen, Zeitliche Orientierung, Räumliche Orientierung in vertrauter Umgebung, Räumliche Orientierung in</p>										





C. Assessment & Ziele

Name:

Lebensbereich Wohnen	Eingangs- oder Re-Assessment			Abschluss-Assessment			Kurzfristige Ziele			
	Beeinträchtigungen	Ressourcen	Handlungsbedarf	Beeinträchtigungen	Ressourcen	Handlungsbedarf	SMARTE Ziele	Maßnahmen zur Zielerreichung	Zielerreichung	Grund Nicht-Zielerreichung
fremder Umgebung und Verkehrssicherheit										
Gesundheitsverhalten Bspw. Ausführen ärztlicher, therapeutischer Verordnungen, Absprache und Durchführung von Arztterminen, Spezielle Pflege, Überwachung der Gesundheit, Gesundheitsfördernder Lebensstil										
Umgang mit der eigenen Person Bspw. Bewältigung von Angst, Unruhe, Spannungen, Antriebsstörung, Interesselosigkeit, Bewältigung von Verfolgungsängsten und Stimmungsschwankungen										
Sonstiges										

C. Assessment & Ziele

Name:

Lebensbereich Tagesstrukturierung	Eingangs- oder Re-Assessment			Abschluss-Assessment			Kurzfristige Ziele			
	Beeinträchtigungen	Ressourcen	Handlungsbedarf	Beeinträchtigungen	Ressourcen	Handlungsbedarf	SMARTE Ziele	Maßnahmen zur Zielerreichung	Zielerreichung	Grund Nicht-Zielerrei-
Beschäftigungsfähigkeit Bspw. ist der Klient schulfähig, Berufs-/ausbildungsfähig, erwerbsfähig, werkstattfähig, Tagesbetreuung										
Arbeitshaltung Bspw. Termine einhalten/Pünktlichkeit, Schul-/Arbeitszeit durchhalten, Frustrationstoleranz, Belastbarkeit, Umgang mit Stress, Verantwortung, Adäquates Sozialverhalten, Konflikt- und Absprachefähigkeit, Adäquates Erscheinungsbild										
Sonstiges										





C. Assessment & Ziele

Name:

Lebensbereich Teilhabe	Eingangs- oder Re- Assessment			Abschluss-Assessment			Kurzfristige Ziele			
	Beeinträchti- gungen	Ressourcen	Handlungsbe- darf	Beeinträchti- gungen	Ressourcen	Handlungsbe- darf	SMARTE Zie- le	Maßnahmen zur Zielerrei- chung	Ziel- erreichung	Grund Nicht- ZE
Gestalten sozialer Beziehun- gen Bspw. Beziehungen im unmittelbaren Nahbereich/Nachbarschaft, zu Angehöri- gen, in Freundschaften/ Partnerschaf- ten/Bekannte										
Teilnahme am kulturellen/ gesellschaftlichen Leben Bspw. Eigenbeschäftigung/Hobbies, Teilnahme an Freizeitangeboten, Begeg- nung in sozialen Gruppen, Entwicklun- g von Zukunftsperspektiven, Lebensplanung										
Sonstiges										

C. Assessment & Ziele

Name:

3. Mittelfristige Ziele

Welche <u>mittelfristigen</u> Ziele sollen erreicht werden?		
Wohnen:	Tagesstrukturierung:	Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft:

Anmerkung Zielerreichung:		
Wohnen:	Tagesstrukturierung:	Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft:

47

4. Langfristige Ziele

Welches <u>langfristige</u> Ziel soll erreicht werden?		
Wohnen:	Tagesstrukturierung:	Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft:

Zielkategorie:		
Wohnen: <input type="checkbox"/> 1 Verbesserung der Situation ¹ <input type="checkbox"/> 2 Stabilisation der Situation Zusätzlich Wohnen <input type="checkbox"/> 3: Vermeidung stationär <input type="checkbox"/> 4: Rückführung ambulant	Tagesstrukturierung: <input type="checkbox"/> 1 Verbesserung der Situation <input type="checkbox"/> 2 Stabilisation der Situation	Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft: <input type="checkbox"/> 1 Verbesserung der Situation <input type="checkbox"/> 2 Stabilisation der Situation

¹ Es kann eine Verbesserung auch eine Stabilisierung bedeuten. Gewählt werden sollte der Schwerpunkt der Zielkategorie.
 Mit Verbesserung ist die Steigerung/ der Fortschritt gemeint und kann sowohl Personenbezogen sein bspw. der Zugewinn an Kompetenzen aber auch die allgemeinen Umstände betreffen.
 Mit Stabilisation ist Sicherung, Festigung der Situation gemeint aber auch das Verhindern einer Verschlechterung.



C. Assessment & Ziele

Name:

5. Überprüfung der langfristigen Ziele bei Fallabschluss

Zielerreichung		
Wohnen: <input type="checkbox"/> Verschlechterung <input type="checkbox"/> nicht erreicht <input type="checkbox"/> teilweise erreicht <input type="checkbox"/> weitgehend erreicht <input type="checkbox"/> völlig erreicht oder übertraffen (nur Wohnen) Ziel 3 oder 4 <input type="checkbox"/> erreicht <input type="checkbox"/> nicht erreicht	Tagesstrukturierung: <input type="checkbox"/> Verschlechterung <input type="checkbox"/> nicht erreicht <input type="checkbox"/> teilweise erreicht <input type="checkbox"/> weitgehend erreicht <input type="checkbox"/> völlig erreicht oder übertraffen	Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft: <input type="checkbox"/> Verschlechterung <input type="checkbox"/> nicht erreicht <input type="checkbox"/> teilweise erreicht <input type="checkbox"/> weitgehend erreicht <input type="checkbox"/> völlig erreicht oder übertraffen

Warum wurden Ziele (ggf.) nicht erreicht		
Wohnen: <input type="checkbox"/> Ziele nicht mehr relevant <input type="checkbox"/> Änderung der Bedarfslage/Rahmenbedingungen <input type="checkbox"/> fehlende Mitwirkung Leistungsberechtigte(r) <input type="checkbox"/> Ziele unklar formuliert (bspw. nicht realistisch) <input type="checkbox"/> Maßnahme/Leistung dem Einzelfall nicht gerecht werdend <input type="checkbox"/> Sonstiges: Anmerkungen ² :	Tagesstrukturierung: <input type="checkbox"/> Ziele nicht mehr relevant <input type="checkbox"/> Änderung der Bedarfslage/Rahmenbedingungen <input type="checkbox"/> fehlende Mitwirkung Leistungsberechtigte(r) <input type="checkbox"/> Ziele unklar formuliert (bspw. nicht realistisch) <input type="checkbox"/> Maßnahme/Leistung dem Einzelfall nicht gerecht werdend <input type="checkbox"/> Sonstiges: Anmerkungen:	Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft: <input type="checkbox"/> Ziele nicht mehr relevant <input type="checkbox"/> Änderung der Bedarfslage/Rahmenbedingungen <input type="checkbox"/> fehlende Mitwirkung Leistungsberechtigte(r) <input type="checkbox"/> Ziele unklar formuliert (bspw. nicht realistisch) <input type="checkbox"/> Maßnahme/Leistung dem Einzelfall nicht gerecht werdend <input type="checkbox"/> Sonstiges: Anmerkungen:

48

² Anmerkungen können detaillierte Beschreibungen der Gründe bzw. abweichende Sichtweisen der LB oder Angehörigen sein.



C. Assessment & Ziele

Name:

6. Einverständnis der Beteiligten zur Zielvereinbarung

Datum , Unterschrift
Leistungsberechtigte/r

Datum , Unterschrift
Gesetzliche/r Betreuer/in

Datum , Unterschrift
Dienstleister (ggf. mehrere)

Datum , Unterschrift
Dienstleister (ggf. mehrere)

Datum , Unterschrift Sozialhilfeträger³

³ Unterschrift zwingend erforderlich



D. Interne Vermerke

Name:

0. Interne Vermerke

Datum Beginn FM:	Aktenzeichen:
------------------	---------------

Falltyp	<input type="checkbox"/> Fallmanagement (FM)	<input type="checkbox"/> Sachbearbeitung (SB)
----------------	--	---

Fallaufnahme	<input type="checkbox"/> Neuaufnahme	<input type="checkbox"/> Wiederaufnahme	<input type="checkbox"/> Wechsel von SB zu FM (noch nie FM)
---------------------	--------------------------------------	---	---

Hauptinitiator/-in des FM	
<input type="checkbox"/> Angehörige(r)	<input type="checkbox"/> eigener Dienst/Beratungsstelle
<input type="checkbox"/> Fallmanagement	<input type="checkbox"/> gesetzliche(r) Betreuer/-in
<input type="checkbox"/> Jugendamt	<input type="checkbox"/> Leistungsberechtigte(r)
<input type="checkbox"/> Leistungserbringer/Dienstleister	<input type="checkbox"/> Sachbearbeitung
<input type="checkbox"/> Sozialdienst einer Klinik	
<input type="checkbox"/> Sonstige:	

Bitte bei Beendigung des Fallmanagements ausfüllen:

Datum Ende FM:

50

<p>Gründe für das Ende FM</p> <p><input type="checkbox"/> FM planmäßig beendet</p> <p><input type="checkbox"/> FM nicht planmäßig beendet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> derzeit nicht steuerbar <input type="checkbox"/> EK-/Vermögensgrenze überschritten <input type="checkbox"/> falsche Maßnahme <input type="checkbox"/> keine freien Platzkapazitäten <input type="checkbox"/> keine Mitwirkung <input type="checkbox"/> LB benötigt (z.Z.) keine intensive Fallbetreuung <input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/> Wunsch LB <input type="checkbox"/> Zuständigkeitswechsel <input type="checkbox"/> anderer Kostenträger: <input type="checkbox"/> sonstiges: 	<p>Wohnsituation bei Ende FM¹</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ambulant betreutes Wohnen – Einzelwohnen <input type="checkbox"/> Ambulant betreutes Wohnen – Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> eigene Wohnung (ohne Betreuung) <input type="checkbox"/> im Haushalt Angehöriger (ohne Betreuung) <input type="checkbox"/> klinische Unterbringung (Psychiatrie, Krankenhaus, Fach-/Rehaklinik etc.) <input type="checkbox"/> stationäres Wohnen im Bereich Eingliederungshilfe (bspw. Wohnheim) <input type="checkbox"/> sonstige:
--	--

¹ Gemeint ist die überwiegende Wohnsituation/Unterbringung.



E. Leistungen

Name:

1. Bisher in Anspruch genommene Leistungen¹

Leistungsart - Lebensbereich Wohnen	
<input type="checkbox"/> Ambulant betreutes Wohnen- Einzelwohnen <input type="checkbox"/> Ambulant betreutes Wohnen- Paarwohnen <input type="checkbox"/> Ambulant betreutes Wohnen- Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> Ambulant betreutes Wohnen - Sucht <input type="checkbox"/> Begleitetes Wohnen in Familien/Familienpflege für Erwachsene/Pflegefamilie <input type="checkbox"/> Betreutes Jugendwohnen <input type="checkbox"/> Heim für Kinder/ Jugendliche im Rahmen der Jugendhilfe <input type="checkbox"/> Heimsonderschule <input type="checkbox"/> Klinik/geschlossene Unterbringung <input type="checkbox"/> Kurzzeitunterbringung <input type="checkbox"/> Leistungen nach § 67 SGB XII	<input type="checkbox"/> Leistungstyp I.7 <input type="checkbox"/> Pflegefamilie i.R. der Jugendhilfe <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> Privates Wohnen <input type="checkbox"/> Reha Maßnahme <input type="checkbox"/> Stationäres Wohnen incl. Außenwohngruppe <input type="checkbox"/> Trainingswohnen <input type="checkbox"/> Unterbringung im binnendifferenzierten Bereich <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Sonstige:

Leistungsart - Lebensbereich Tagesstrukturierung und Beschäftigung	
<input type="checkbox"/> Alltagshelfer/Alltagshelferin <input type="checkbox"/> Arbeitsbereich einer WfbM <input type="checkbox"/> Ausbildungs-/Fördermaßnahmen <input type="checkbox"/> Berufsbildungsbereich WfbM <input type="checkbox"/> Berufsvorbereitungsjahr (BVJ) <input type="checkbox"/> Eingangsverfahren WfbM <input type="checkbox"/> Förder- und Betreuungsgruppe <input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Frühförderung <input type="checkbox"/> Integrationsleistungen in Schulen <input type="checkbox"/> Integrationsleistungen im Kindergarten <input type="checkbox"/> Internatsbeschulung <input type="checkbox"/> Medizinische Behandlung	<input type="checkbox"/> Reha-Maßnahme <input type="checkbox"/> Sonder(schul)kindergarten <input type="checkbox"/> Sonderberufsfachschule <input type="checkbox"/> Sonderschule <input type="checkbox"/> Tagesbetreuung für i.d.R. Senioren <input type="checkbox"/> Tagesstruktur für Psychisch Kranke <input type="checkbox"/> Werkstufe/Praxisstufe <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Sonstige:

51

Leistungsart - Lebensbereich Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	
<input type="checkbox"/> Freizeitassistenz <input type="checkbox"/> Familienentlastende Dienste <input type="checkbox"/> Fahrtkosten <input type="checkbox"/> individuelle Betreuung <input type="checkbox"/> Leistungen zum Ausgleich des behinderungsbedingten Mehraufwandes	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Sonstige:

¹ Zum Zeitpunkt der Zielvereinbarung bzw. Zielfortschreibung



E. Leistungen

Name:

2. Gründe für die Nicht-Realisierbarkeit von Leistungen

- Angebotsstruktur

Wohnen	Tagesstrukturierung	Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
<input type="checkbox"/> Angebot vorhanden, aber nicht zugänglich (z.B. Wartezeit, fehlende Plätze) <input type="checkbox"/> Angebot nicht adäquat (Kompetenz, Umgang mit Zielgruppe, Konzeption) <input type="checkbox"/> Angebot fehlt heimatnah	<input type="checkbox"/> Angebot nicht zugänglich (Wartezeit, Entfernung) <input type="checkbox"/> Angebot nicht adäquat (Kompetenz, Umgang mit Zielgruppe, Konzeption) <input type="checkbox"/> Angebot fehlt heimatnah	<input type="checkbox"/> Angebot nicht zugänglich (Wartezeit, Entfernung) <input type="checkbox"/> Angebot nicht adäquat (Kompetenz, Umgang mit Zielgruppe, Konzeption) <input type="checkbox"/> Angebot fehlt heimatnah
Nicht zu realisierende Leistung:	Nicht zu realisierende Leistung:	Nicht zu realisierende Leistung:

52

- sonstige Gründe

Wohnen	Tagesstrukturierung	Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
<input type="checkbox"/> Veränderung der Lebenssituation des LB <input type="checkbox"/> Fehlende Mitwirkung LB <input type="checkbox"/> Wunsch LB oder von Betreuungsperson/Angehörigen <input type="checkbox"/> Ärztliches Anraten <input type="checkbox"/> Unverhältnismäßige Mehrkosten <input type="checkbox"/> Sonstige:	<input type="checkbox"/> Veränderung der Lebenssituation des LB <input type="checkbox"/> Fehlende Mitwirkung LB <input type="checkbox"/> Wunsch LB oder von Betreuungsperson/Angehörigen <input type="checkbox"/> Ärztliches Anraten <input type="checkbox"/> Unverhältnismäßige Mehrkosten <input type="checkbox"/> Sonstige:	<input type="checkbox"/> Veränderung der Lebenssituation des LB <input type="checkbox"/> Fehlende Mitwirkung LB <input type="checkbox"/> Wunsch LB oder von Betreuungsperson/Angehörigen <input type="checkbox"/> Ärztliches Anraten <input type="checkbox"/> Unverhältnismäßige Mehrkosten <input type="checkbox"/> Sonstige:
Anmerkung:	Anmerkung:	Anmerkung:



F. Kontaktmanagement

Name:

Gesprächsnotiz/ Aktenvermerk/ Inhalt:

Erstellt von:

Datum:

Wiedervorlage am:

Kontaktform
 Telefonisch Schriftlich E-Mail Persönlich

Kontaktart

<input type="checkbox"/> Assessment	<input type="checkbox"/> Begleitung/Coaching
<input type="checkbox"/> Beratungsgespräch	<input type="checkbox"/> Berufswegekonzferenz
<input type="checkbox"/> Fallkonferenz	<input type="checkbox"/> Gesamtplan-/Hilfeplangespräch
<input type="checkbox"/> Infogespräch (allgemein)	<input type="checkbox"/> Vermittlung an andere Stelle
<input type="checkbox"/> Sonstige:	

53

Kontaktperson

<input type="checkbox"/> andere Leistungsträger	<input type="checkbox"/> Angehörige(r)
<input type="checkbox"/> Gesetzliche(r) Betreuer/-in	<input type="checkbox"/> Leistungsberechtigte(r)
<input type="checkbox"/> Leistungserbringer/Dienstleister	<input type="checkbox"/> Sonstige:

Kontaktort

<input type="checkbox"/> extern – Einrichtung	<input type="checkbox"/> extern – Hausbesuch
<input type="checkbox"/> innerhalb der Behörde	<input type="checkbox"/> Sonstige:



VII. Abkürzungsverzeichnis

ABW	Ambulant Betreutes Wohnen
CM	Case Management
DGCC	Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e. V.
FM	Fallmanagement
GAF	Global Assessment of Functioning Scale (Globalbeurteilung des Funktionsniveaus)
HB/A	Formblatt zur Ermittlung der Voraussetzungen für Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung
HMB-W	Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung – Wohnen
IBRP	Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit)
KH Mainz	Katholische Hochschule Mainz
KVJS	Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg
LB	Leistungsberechtigte/r
LE	Leistungserbringer/in
ÖT	Öffentliche Träger
QM	Qualitätsmanagement
SGB	Sozialgesetzbuch
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WiFEin	Wirkungsanalyse des Fallmanagement in der Eingliederungshilfe

VIII. Literaturverzeichnis

Bundesagentur für Arbeit:

<http://www.arbeitsagentur.de/zentraler-Content/A01-Allgemein-Info/A015-Oeffentlichkeitsarbeit/Publikation/pdf/Gesetzestext-15-SGB-II-Eingliederungsvereinbarung.pdf>, letzter Zugriff am 10.12.2013

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge:

http://www.bamf.de/DE/Service/Left/Glossary/_function/glossar.html?lv2=1364186&lv3=3198544, letzter Zugriff am 06.09.2013

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS):

- „Vorläufige Empfehlungen zur Aufstellung und praktischen Anwendung des Gesamtplans nach § 58 SGB XII im Rahmen der Einzelfallsteuerung in der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII“, Stand: 27.11.2007
- „Orientierungshilfe Behinderungsbegriff nach dem SGB IX und SGB XII und dessen Umsetzung in der Sozialhilfe“, Stand: 24.11.2009
- „Der Behindertenbegriff nach SGB XI und SGB XII und dessen Umsetzung in der Sozialhilfe zur Ermittlung der Leistungsvoraussetzungen nach dem SGB XII in Verbindung mit der Eingliederungshilfe-Verordnung (EHVO) mit Hinweisen zu Schnittstellen zu anderen Sozialleistungen“, Stand: 25.11.2008

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR):

http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/Gemeinsame_Empfehlung_Teilhabeplan.pdf, letzter Zugriff am 10.12.2013

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.:

- „Empfehlungen des Deutschen Vereins zu Qualitätsstandards für das Fallmanagement vom 10. März 2004“, Frankfurt 2004
- „Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“, Stand 17.06.2009
- „Anforderungen an das Fallmanagement im SGB II“, Stand: 17.06.2009
- „Eckpunkte des Deutschen Vereins zur sozialräumlichen Ausgestaltung kommunalen Handelns“, Stand: 18.06.2008

Löcherbach, Peter und Schu, Martina (2009):

Organisations- und Personalentwicklung. In Wendt/Löcherbach (2009). Standards und Fachlichkeit im Case Management. München: Economica Verlag S. 205 – 235

Monzer, Michael (2013):

Case Management Grundlagen. Heidelberg. Medhochzwei Verlag

Roters, Milena und Möller, Sören (2006):

Case Management in der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. In Wendt/Löcherbach (2006): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. München: Economica Verlag S. 173 – 190



Statistisches Bundesamt:

[https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Behinderte Menschen/Schwerbehinderte2130510119004.pdf?__blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Behinderte%20Menschen/Schwerbehinderte2130510119004.pdf?__blob=publicationFile), letzter Zugriff am 06.09.2013

WiFEin-Abschlussbericht 2013, verfügbar unter: <http://www.kvjs.de/forschung/fallmanagement.html>, letzter Zugriff am 10.12.2013

IX. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Operationalisierung Fallmanagement	10
Abbildung 2: Einzelfall und Fallübergreifende Netzwerkbeziehungen	12
Abbildung 3: Teilnehmer am Gesamtplangespräch	17
Abbildung 4: Ablaufschema Fallmanagement	23
Abbildung 5: Assessment Prozess	27
Abbildung 6: Zielentwicklung	28
Abbildung 7: Zielebenen	29
Abbildung 8: Differenzierung zwischen Maßnahmen und Leistungen	31
Abbildung 9: Einflussmöglichkeiten der Erkenntnisse auf verschiedenen Ebenen	34
Abbildung 10: Übersicht Anforderungen Mustervordruck	35



X. Anlagen

Anlage 1	Netzwerke	59
Anlage 2	Mustervorlage Datenschutzerklärung	61
Anlage 3	Kriterien für die Fallauswahl	65
Anlage 4	Assessment	66
Anlage 5	Ziele	69
Anlage 6	Qualitätssicherung	70
Anlage 7	Einsatz Vorlagen	72

Anlage 1 (zu Kapitel I.4.4)

Netzwerkebene – innerhalb der Verwaltung¹

- Feststellung, in welchen anderen Bereichen der Sozialverwaltung Fallmanagement als Konzept eingesetzt wird.
- Abgleich der Steuerungsansätze auf der Fall- und Systemebene und Überprüfung, an welchen Bestandteilen Parallelisierungen vorgenommen werden können.
- Beschreibung der Schnittstellen, vor allem im Hinblick auf Fallverantwortung, Kommunikations- und Beteiligungspflichten und Fallübergaben.
- Festlegung von Regelungen zur Konfliktbehandlung.
- Allgemeingültige Prinzipien für Fallmanagement (Beteiligung des Fallmanagements an strategischen Entscheidungen, Umgang mit ethischen Fragestellungen, Verpflichtung zur fachlichen Selbstreflexion etc.).
- Vereinbarung gemeinsamer Projekte zur Festigung der Partnerschaft.
- Entwicklung von Kennwerten zur Dokumentation der internen Vernetzung.

Die Fallverantwortung im Fallmanagement sollte möglichst nicht fragmentiert werden. Bei der Bearbeitung der Fälle sollte die Steuerungshoheit durch die Fallmanager/innen auch amtsintern anerkannt werden. Die bestehenden Richtlinien und Handlungsanweisungen sollten darauf geprüft werden, ob sie in diesem Zusammenhang einschränkende Wirkung haben.

59

Netzwerkebene – außerhalb der Verwaltung

- Als Voraussetzung für eine Intensivierung der Vernetzung ist generell von allen Stadt und Landkreisen vorweg eine Einschätzung der Situation zu leisten. Dazu können folgende Indikatoren (Auswahl) hilfreich sein (hier als Problemanzeigen formuliert):
 - Klienten mit multiplen Problemlagen können nicht angemessen versorgt werden.
 - Es gibt Doppelstrukturen und für die Betroffenen schwer durchschaubare Zuständigkeiten.
 - Es gibt Angebotssysteme, die mehr am Selbsterhalt interessiert sind als an ihrer Effizienz.
 - Es gibt Angebote, die zu wenig auf die langfristigen Wirkungen ihrer Maßnahmen achten.
 - Es gibt nur wenig Anbieter.
 - Übergänge von einem Zuständigkeitsbereich zu einem anderen führen zu Schwierigkeiten.
 - Die professionellen Angebote beziehen zu wenig andere Ressourcen (z. B. Selbsthilfegruppen, bürgerschaftliches Engagement) der Region ein.
 - Es werden zu wenig präventive Angebote zur Vermeidung langfristiger Versorgungsengpässe entwickelt.

¹ WiFEin-Abschlussbericht 2013, S.160 ff



- Abhängig vom Entwicklungsstand sollte nach der Situationsbeschreibung eine Zielvorstellung darüber entwickelt werden, wie die Vernetzungsstruktur beziehungsweise die Systemintegration im Stadt- und Landkreis aussehen sollte:
 - Wer soll zum vernetzten System dazugehören²?
 - Was wären die benötigten Angebote?
 - Wie vielfältig sollte die Anbieterlandschaft sein?
 - Welche in sich funktionierenden Teilsysteme sollten existieren?
 - Welche Schnittstellen soll es geben?
 - Wie ausgeprägt sollen die Kooperationen jeweils sein (nur Kommunikation ... bis ... Fusion)?
 - Wie funktioniert der Mix aus versicherungsrechtlichen, marktlichen, bürgerschaftlichen und familiären Hilfen (Welfare Mix)?
 - Welche typischen Versorgungsabläufe sollten mit diesem Netzwerk ermöglicht werden?
 - Welche Gremien sollten existieren? Unter welcher Leitung?
 - Welche Vorteile können die bestehenden Anbieter in dieser gewünschten Vernetzungsstruktur für sich erkennen?
 - Wie kann dieses System sinnvoll gesteuert und qualitätsgesichert werden?
- Dazu müssen das eigene Selbstverständnis und die daraus abgeleitete Strategie entwickelt werden.

60

- Das erwünschte System sollte in diesem Schritt nun aus dem Blickwinkel der Betroffenen „durchgespielt“ und bewertet werden:
 - Hierzu können die bisher in den Einzelfällen erfolgreichen Vorgehensweisen genutzt werden.
- Umsetzungsplan im Sinne eines Projekts entwickeln (z. B. Gremien, Reihenfolge der Kooperationsverhandlungen, Entwicklung von Kennwerten, Steuerungsinstanzen).
- Umarbeitung der beteiligten Systeme.
- Auswirkungen dokumentieren, evaluieren und bearbeiten.

2 Hier könnte das Konzept der Produktionsnetzwerke sinnvoll eingesetzt werden, vgl. Reis/Geideck/Hobusch/Kolbe/Wende 2010.



Anlage 2 (zu Kapitel II.6)

Vorschlag für eine Einwilligungserklärung (Datenschutzerklärung)

Nach erfolgtem Login abrufbar auf der Homepage des KVJS im Mitgliederbereich, Eingliederungshilfe unter der Rubrik Fallmanagement, unter <http://www.kvjs.de/mitglieder/eingliederungshilfe/fallmanagement.html>



Mustervorlage Datenschutzerklärung für das Fallmanagement in der Eingliederungshilfe

Anwendungshinweise:

Für den Schutz personenbezogener Daten bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung in der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem SGB XII gelten § 35 SGB I, §§ 67ff SGB X und sind daher auch für das Fallmanagement in der Eingliederungshilfe maßgeblich. Nachfolgend ist eine Mustervorlage einer Datenschutzerklärung für das Fallmanagement in der Eingliederungshilfe aufgeführt.

Bitte beachten: Die Mustervorlage ersetzt nicht die Einverständniserklärung des Formblattes HB/A.

1. Hinweise zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Die Erhebung der persönlichen Daten sowie die nachfolgende Verarbeitung und Dokumentation für die Hilfeplanung werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen für beantragte Hilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem SGB XII sowie der individuellen Hilfeplanung benötigt. Sie fließen daher entsprechend bei der Erstellung und Fortschreibung des Gesamtplans nach § 58 SGB XII mit ein.

2. Mitwirkungspflicht, Grenzen der Mitwirkung und Folgen fehlender Mitwirkung

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie bzw. der von Ihnen Vertretene im Rahmen der Antragstellung nach §§ 60 ff SGB I verpflichtet sind z.B.:

- alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen.
- Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.
- sich auf Verlangen zumutbaren ärztlichen und psychologischen Untersuchungen zu unterziehen.

Daraus ergibt sich, dass Sie untenstehende Einwilligungserklärung abgeben müssen, sofern Sie die erforderlichen ärztlichen und anderen Unterlagen nicht selbst vorlegen können. Kommen Sie diesen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann die beantragte Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden.

3. Einwilligungserklärung

a) Ich bin einverstanden, dass der Sozialhilfeträger Auskünfte aus ärztlichen, psychologischen, pädagogischen Untersuchungsunterlagen und sonstigen Berichten, die für die Entscheidung erforderlich sind, von nachfolgend genannten Stellen und Ärzten einholt.

- Ja Nein Arzt/Facharzt:
- Ja Nein Psychiater/Psychologe:
- Ja Nein begutachtende Stelle:
- Ja Nein Schulamt:
- Ja Nein Kindertageseinrichtungen:
- Ja Nein Agentur für Arbeit:
- Ja Nein Rentenversicherungsträger
- Ja Nein Integrationsfachdienst:
- Ja Nein Dienstleister/Leistungserbringer:
- Ja Nein Sonstige:

b) Ich bin damit einverstanden, dass der Sozialhilfeträger im Rahmen des Hilfeplanprozesses nach SGB XII (z. B. zur weiteren notwendigen Sachverhaltsklärung oder Vorbereitung eines Gesamtplanesgesprächs) erforderliche Daten, Ergebnisse von Gutachten an die im Sinne des § 58 Abs. 2 SGB XII genannten Stellen (z. B. behandelnder Arzt, andere Rehabilitationsträger nach § 5 SGB IX wie Rentenversicherungsträger, Agentur für Arbeit, Jugendhilfeträger) übermittelt.

Ja Nein

c) Ich bin damit einverstanden, dass der Sozialhilfeträger im Vorfeld und im Rahmen der Erstellung und Fortschreibung des Gesamtplans erforderliche Daten, Ergebnisse von Gutachten an in Frage kommende Dienstleister (z. B. Einrichtungen, Dienste) übermittelt werden, soweit diese an der Erbringung der Hilfen bereits beteiligt sind oder künftig betei-



ligt werden sollen. Soweit als möglich werden die Daten in anonymisierter Form übermittelt.

Ja Nein

d) Ich bin damit einverstanden, dass die im Verfahren von Ärzten zugänglich gemachten Auskünfte und Unterlagen an andere Sozialleistungsträger und an ärztliche Gutachter (hier: Gesundheitsamt, Landesärzte für Behinderte, Medizinisch-Pädagogischer Fachdienst des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales) weitergeben werden, soweit dies für die Aufgabenerfüllung erforderlich ist (§ 69 Abs. 1 i.V.m. § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X).

Ja Nein

4. Widerspruchsrecht

64

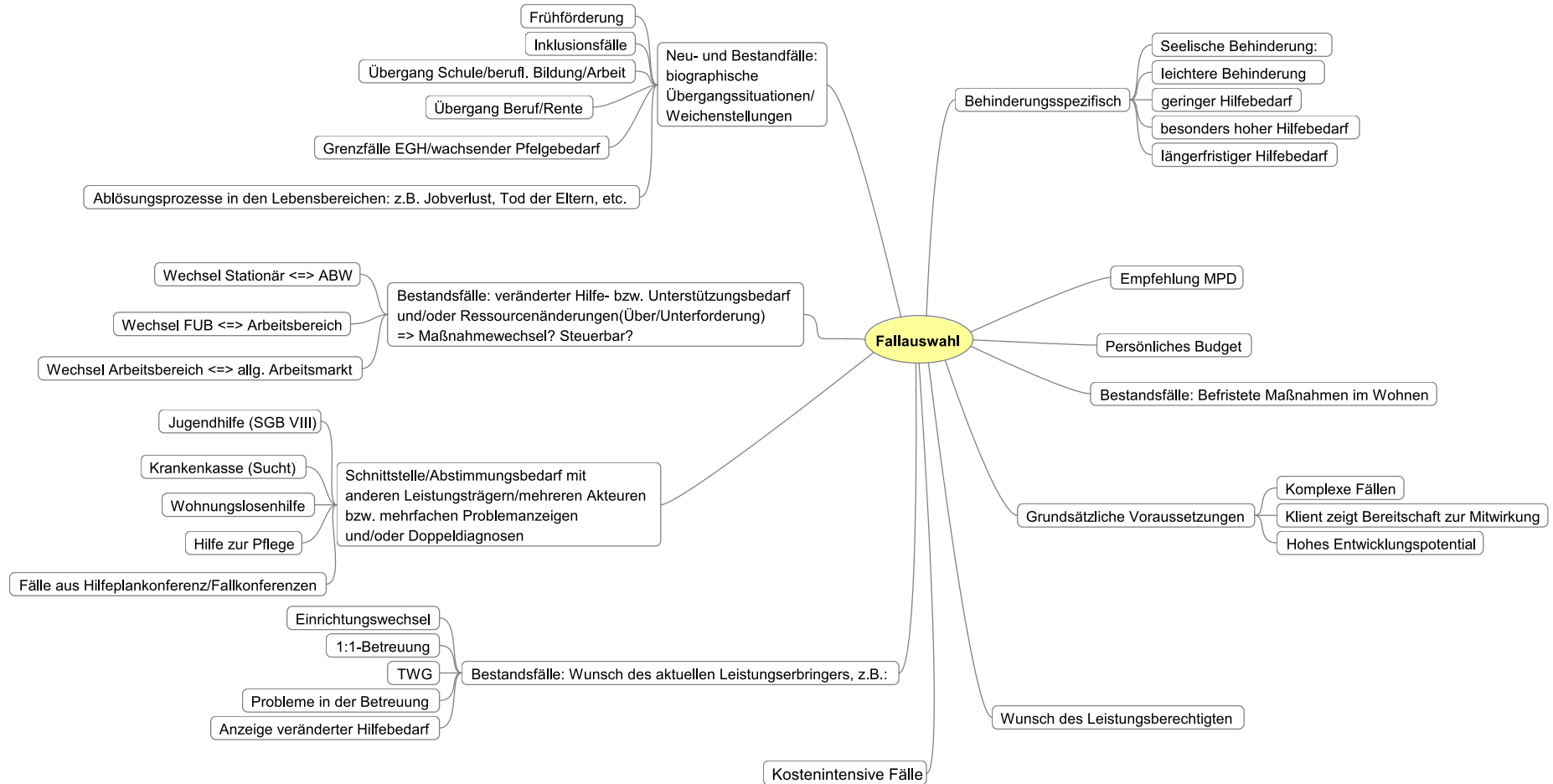
Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass ich solchen Übermittlungen generell vorab widersprechen kann, wenn ich hiermit nicht einverstanden bin. Auf die Folgen der fehlenden Mitwirkung (s. unter 1.) wurde ich hingewiesen.

Ja Nein

Datum, Unterschrift des Antragstellers/ des gesetzlichen Betreuers

Anlage 3 (zu Kapitel IV.2)

Zusammenstellung von Fallauswahlkriterien für den Bereich der Eingliederungshilfe





Anlage 4 (zu Kapitel IV.4)

Erläuterungen zum Assessment

Beeinträchtigungen

Die Einschätzung von Beeinträchtigungen bezieht sich ausschließlich auf den Leistungsberechtigten selbst.

Skalierung¹:

- 1 = keine Beeinträchtigung: vorhandene Schwierigkeiten werden vom Fallmanager und der/dem Leistungsberechtigten gleichermaßen als nicht problematisch beziehungsweise belastend eingeschätzt.
- 2= mittel ausgeprägte Beeinträchtigung: Das Problem ist mittelschwer und führt zu einzelnen punktuellen Funktionseinschränkungen. Eine generelle Funktionseinschränkung liegt aber nicht vor.
- 3 = erheblich bis voll ausgeprägte Beeinträchtigung: Das Problem ist ausgeprägt und schwer veränderbar. Es wird für den Bereich durchgängig als problematisch angesehen und beeinträchtigt die Funktionsweise in hohem Maße.
- 4 = unbekannt/nicht spezifizierbar/nicht zutreffend: Eine Problemlage ist in dem betreffenden Bereich erkennbar, aber der Schweregrad ist zum Stichtag der aktuellen Erhebung (z. B. aufgrund mangelnder Informationslage) nicht hinreichend einschätzbar.

66

Ressourcen

Ressourcen sind zum einen vorhandene persönliche Fähigkeiten beziehungsweise Kompetenzen des Klienten, auf die er selbst oder helfende Personen in seinem Umfeld zurückgreifen können. Zum anderen können aber auch Personen, (instrumentelle) Unterstützungsquellen oder Hilfen im Umfeld der/des Leistungsberechtigten (auch auf professioneller) Ressourcen darstellen.

Die Ressourceneinschätzungen sind also – anders als bei den Einschätzungen der Beeinträchtigungen – nur mittelbar auf die/den Leistungsberechtigten zu beziehen, sondern sind systembezogen! Das heißt neben dem Klientensystem ist auch das Helfersystem einzubeziehen.

Skalierung:²

- 1 = keine Ressourcen: Eigene Stärken/Fähigkeiten oder fremde (im Helfersystem vorhandene) Unterstützungsmöglichkeiten sind nicht ausreichend vorhanden beziehungsweise für die Problemlösung nicht erkennbar. Eine Teilhabe ist nicht möglich.
- 2= mittel ausgeprägte Ressourcen: Eigene Stärken/Fähigkeiten sind vorhanden und können unter Nutzung von Hilfsmitteln zur Teilhabe erschlossen werden oder eigene Stärken/Fähigkeiten sind für Teilbereiche vorhanden, reichen aber zur Problemlösung nicht aus. Die Erschließung gelingt mit hoher Wahrscheinlichkeit mit fremden (im Helfersystem) aktivierbaren Unterstützungsmöglichkeiten. Es muss sich bei den Personen nicht ausschließlich um professionelle Kräfte (Leistungserbringer/Dienstleister) handeln.
- 3= erheblich bis voll ausgeprägte Ressourcen: Ausführung selbstständig: Eigene Stärken/Fähigkeiten sind rasch identifizierbar und können schnell genutzt werden.

1 relevant für die Evaluation mit EDV Umsetzung

2 relevant für die Evaluation mit EDV Umsetzung

- 4= unbekannt/nicht spezifizierbar/nicht zutreffend unbekannt: Es liegen Ressourcen in dem betreffenden Bereich vor, diese sind aber zum Stichtag der aktuellen Erhebung (z. B. aufgrund mangelnder Informationslage) nicht hinreichend einschätzbar. Bei der systembezogenen Einschätzung der Ressourcen ist stets der zum Zeitpunkt der aktuellen Bedarfsfeststellung gegebene tatsächliche Stand, nicht das theoretisch vorhandene Potenzial ausschlaggebend.

Ein Beispiel zur Einschätzung der „Ressourcen“:

Eine Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen wäre aufgrund der vorliegenden Behinderung des Leistungsberechtigten theoretisch mit personeller Unterstützung möglich. Das aktuell vorhandene Helfersystem stellt diese Ressource aber nicht bereit, so dass eine Teilhabe in diesem Bereich für den Leistungsberechtigten nicht möglich ist. Im Mustervordruck Teil C Assessment wäre entsprechend die Kategorie „2 = mittel ausgeprägte Ressourcen“ zu wählen.

Handlungsbedarf

Bei der Einschätzung des Handlungsbedarfs geht es um die Frage an welchen Stellen das Fallmanagement in Anbetracht der ermittelten Beeinträchtigungen und Ressourcen zum Zeitpunkt der aktuellen Bedarfsfeststellung einen Handlungsbedarf sieht. Der Handlungsbedarf kennzeichnet den Umfang, in dem die/der Leistungsberechtigte Unterstützung durch ein durch das Fallmanagement vermitteltes Helfersystem benötigt, das heißt Personen, Institutionen o. Ä. innerhalb und/oder außerhalb des Klientensystems.

67

Skalierung³:

- 1= kein Handlungsbedarf: Hier gibt es weder einen Beobachtungs- noch Handlungsbedarf (kommt nicht sehr häufig vor - da gegebenenfalls der Bereich „ausgeblendet“ werden kann)
- 2= Beobachtungsbedarf: Intervention seitens des Fallmanagers ist (noch) nicht notwendig: Entweder, weil das Klientensystem vermutlich noch in der Lage die Situation selbst zu „managen“ und/oder die Situation daraufhin „beobachtet“ wird, ob sie sich verbessert (in Richtung kein Handlungsbedarf oder in Richtung Handlungsbedarf mit Vorlauf)
- 3= Handlungsbedarf mit Planungsvorlauf: Hiermit ist die „klassische Form“ der Hilfeplanung (Zusammenführung Gesamtplan) gemeint. Es muss was getan werden, gezielt und planvoll - und die Zeit für die Planung (und nicht hektisches Handeln) ist vorhanden, die Situation ist ernst, aber es ist keine Krise oder es steht nicht an, dass der Klient „morgen entlassen“ werden soll.
- 4= dringender Handlungsbedarf: Bedeutet, dass in diesem Bereich so rasch wie möglich was passiert (interveniert wird), weil die Rahmenbedingungen (Entlassung, Einweisung, Fristeinhaltung ...) dies verlangen. Die „normale“ Zeit für eine ruhige Planung ist nicht gegeben.

Der Handlungsbedarf ergibt sich in jedem der Lebensbereiche und deren Unterkategorien aus der gemeinsamen Betrachtung vorliegender Beeinträchtigungen und Ressourcen. Hier ist insbesondere zu beurteilen, ob in Anbetracht der aktuell vorliegenden systembezogenen Ressourcen ein weiterer Handlungsbedarf angezeigt ist. Dabei handelt es sich um eine relative Größe, nicht um einen allein auf den Leistungsberechtigten bezogenen absoluten Handlungsbedarf.

³ relevant für die Evaluation mit EDV Umsetzung



Beispiele, die den „Handlungsbedarf“ veranschaulichen:

Ein aufgrund einer Hals-Querschnittslähmung erheblich beeinträchtigter Mensch weist absolut gesehen immer einen erheblichen Handlungsbedarf auf. Dies muss allerdings noch nicht unmittelbar auch einen konkreten Handlungsbedarf für das Fallmanagement nach sich ziehen.

Ein solcher wäre beispielsweise dann gegeben, wenn aus Sicht des Fallmanagements ein alternativer Leistungserbringer gefunden werden müsste. Der Handlungsbedarf errechnet sich dabei nicht automatisch aus der mathematischen Differenz zwischen dem Schweregrad der Beeinträchtigungen und der Höhe der Ressourcen. Beispielsweise ist es möglich, dass bei einer mäßigen/mittleren Beeinträchtigung des Leistungsberechtigten im Bereich Selbstversorgung eine Ausführung mit Unterstützung von Angehörigen gut gelingt (= systembezogene Ressource). Da die Angehörigen jedoch mit den körperlichen und mentalen Anforderungen der Betreuungssituation auf Dauer überfordert sind kann trotzdem eine zusätzliche Unterstützung durch einen professionellen Dienstleister im ambulanten Bereich sinnvoll sein. Demnach wäre also ein Handlungsbedarf vorhanden. In Anlehnung an dieses Beispiel wäre ebenfalls denkbar, dass die Behinderung des Leistungsberechtigten eine Aktivierung von zusätzlichen personenbezogenen Ressourcen (bspw. Ausführung mit Hilfsmitteln oder gar selbständige Ausführung) in der Zukunft nicht gänzlich ausschließt. Dies zu erreichen, könnte ebenfalls einen Handlungsbedarf bedingen.

Anlage 5 (zu Kapitel IV.4)

Erläuterungen zur Zielerreichung¹

Zielerreichung:

- 1 = Verschlechterung
- 2 = nicht erreicht
- 3 = teilweise erreicht
- 4 = weitgehend erreicht
- 5 = völlig erreicht oder übertroffen

Grund der Nichterreichung:

- | | |
|--|---|
| 1 = Ziele nicht mehr relevant | Zum Beispiel: Hat sich der Hilfebedarf verändert? Haben sich die Lebensumstände oder Wünsche des Leistungsberechtigten geändert? |
| 2 = Änderung der Bedarfslage/
Rahmenbedingungen | Zum Beispiel: Der Verlust eines Angehörigen, Umzug, Veränderung bei der Tagesstruktur. |
| 3 = Fehlende Mitwirkung Leistungs-
berechtigter | Zum Beispiel: Der Leistungsberechtigte hält sich nicht an Vereinbarungen. |
| 4 = Ziele unklar formuliert (bspw.
nicht realistisch) | Zum Beispiel: Wurde die Entwicklungsfähigkeit des Leistungsberechtigten zu positiv eingeschätzt? |
| 5 = Maßnahmen/Leistung dem
Einzelfall nicht gerecht werdend | Zum Beispiel: Stellten die geplanten Schritte zu hohe/
niedrige Anforderungen an den Leistungsberechtigten?
Sind weitere Zwischenschritte erforderlich? |
| 6 = Sonstiges | Zum Beispiel: Hat sich seine gesundheitliche Situation verändert? |

¹ relevant für die Evaluation mit EDV Umsetzung



Anlage 6 (zu Kapitel V – Evaluation)

Hinweise zur Qualitätssicherung

Definition

Die Qualität von Leistungen ist die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen, die eine Einrichtung im Hinblick auf eine vereinbarte Leistungserbringung erfüllt.

Die Qualität gliedert sich in drei Dimensionen¹:

1 - Strukturqualität

Strukturqualität benennt die strukturellen Rahmenbedingungen, die notwendig sind, um eine vereinbarte Leistung zu erbringen. Parameter können unter anderem hierfür sein:

- personelle räumliche und sächliche Ausstattung
- Standort und Größe einer Einrichtung
- Konzeption und Organisationsform
- Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter
- Einbindung der Einrichtung in Versorgungs- und Kooperationsstrukturen des Gemeinwesens.

2 - Prozessqualität

Prozessqualität bezieht sich auf die Planung, Strukturierung und Durchführung der vereinbarten Leistungserbringung. Die Prozessqualität betrifft somit die Leistungsdurchführung einer Einrichtung. Sie umfasst Dokumentationssysteme wie auch Konzeption, Organisation und Koordination der zu erbringenden Leistungen.

3 - Ergebnisqualität

Ergebnisqualität ist als Zielerreichungsgrad der Leistungserbringung zu verstehen. Dabei ist das angestrebte Ziel mit dem tatsächlich Erreichten zu vergleichen. Als ein Indikator für die Ergebnisqualität kann darüber hinaus die Zufriedenheit des Leistungsberechtigten dienen.

Unter „Qualitätssicherung“ wird ein Prozess verstanden, bei dem zunächst der Ist-Zustand einer Leistung festgestellt und analysiert wird. Die Qualitätsanalyse wird in Bezug zu einem vereinbarten Soll-Zustand (Standard der Leistung) gesetzt. Hieraus können die Handlungsweisen zur Qualitätssicherung und -verbesserung abgeleitet werden. Die Umsetzung dieser Ergebnisse wird durch die Wiederholung des Prozesses überprüft.

Grundsätzlich muss im Rahmen der Qualitätssicherung zwischen Qualitätssicherung im individuellen Einzelfall sowie Qualitätssicherung im Hinblick auf eine Einrichtung eines bestimmten Anbieters unterschieden werden.

Im Einzelfall wird der Ist-Zustand mit dem Grad der Zielerreichung verglichen. Erforderlich hierfür ist es zunächst, ein Ziel zu vereinbaren. Geprüft werden kann nur, was zuvor vereinbart wurde. Dies gilt für Inhalte, Zeitraum und Ergebnisse.

¹ Qualitätsbegriff nach Donabedian



Die Summe der geprüften Einzelfälle kann auch Auskunft über die Leistungen einer Einrichtung geben. Für eine Einrichtung kann darüber hinaus auch gesondert eine einrichtungsbezogene Qualitätsprüfung durchgeführt werden. Dies ist bereits in einzelnen Bundesländern der Fall.

Die Zusammenführung der Ergebnisse von Einzelfallprüfungen erfordert eine entsprechende Organisation innerhalb der Verwaltung. Sie umfasst die Organisation der Erhebung und Zusammenführung von Informationen. Die Verwaltung benötigt hierzu geeignete EDV-Programme.

Qualitätssicherung im Rahmen des Gesamtplanes

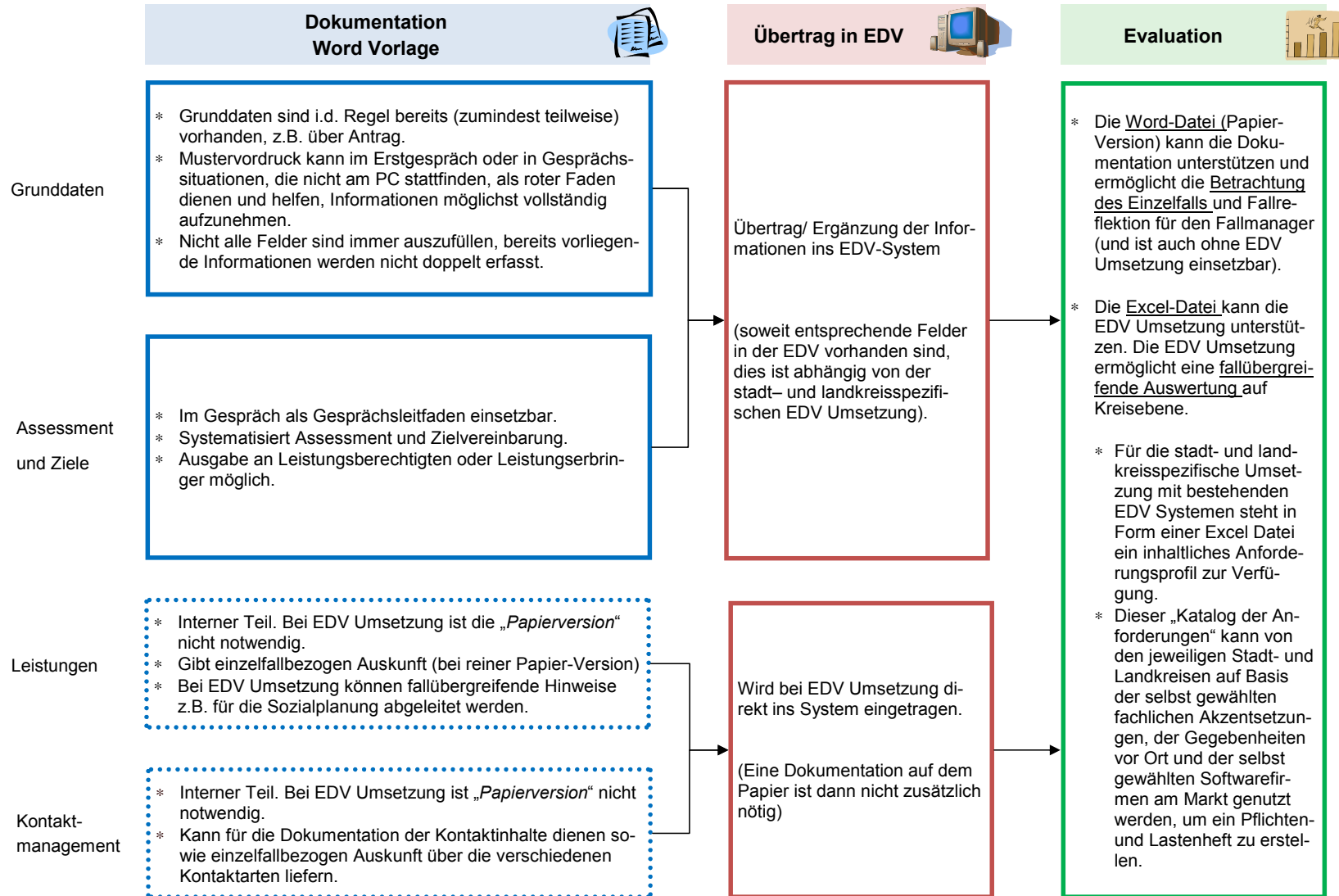
Hierbei handelt es sich um eine Überprüfung der Ergebnisse im Einzelfall. Es stellt sich die Frage, ob die laufende Maßnahme noch erforderlich ist oder ob die notwendige Hilfe auch in anderem Rahmen leistbar ist.

Unabhängig davon werden finanzielle Aspekte überprüft. Dies ist zunächst nicht im Rahmen der Qualitätssicherung des Einzelfalles, sondern im Rahmen des Controllings insgesamt zusehen.



Anlage 7 (zu Kapitel VI)

Schaubild zur Verwendung der Vorlagen



Erarbeitet von Mitgliedern der AG Fallmanagement des KVJS und der Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg:

Name	Vertretung für den Sprengel der SAL	Stadt-/Landkreis
Allmendinger, Ulrich Merz, Silvia Rammig, Anke Fuchs, Dr. Birgit	KVJS	Referat Grundsatz Referat Grundsatz Referat Grundsatz MPD
Förtsch, Ingrid Wengel, Christina	Franken	Ostalbkreis Main-Tauber-Kreis
Scheffczyk, Fabian bzw. Streib, Margit Geßnauer, Stefan Mumbach, Petra	Reg.Bez. Karlsruhe	Rhein-Neckar-Kreis Lkrs. Karlsruhe Lkrs. Rastatt
Pravda, Peter Berger, Michael	Reg.Bez. Freiburg	Lkrs. Tuttlingen Ortenaukreis
Haidlauf, Birgit	Reg.Bez. Tübingen	Lkrs. Bodenseekreis
Keller, Ralf Pfeiler, Thomas	Mittlerer Neckar	Lkrs. Böblingen Lkrs. Esslingen
Fronk, Petra Fetzer, Martina Haag, Jens Pracht, Karola bzw. Rittinghaus, Birgit	Städtetag	Stadt Stuttgart Stadt Ulm Stadt Mannheim Stadt Heidelberg





April 2014

**Herausgeber:
Kommunalverband für Jugend
und Soziales Baden-Württemberg
Dezernat Soziales**

75

Verantwortlich:
Silvia Merz
Anke Rammig

Gestaltung:
Waltraud Gross

Lindenspürstraße 39
70176 Stuttgart

Kontakt:
Telefon 0711 6375-0
Telefax 0711 6375-132

info@kvjs.de
www.kvjs.de

Bestellung/Versand:
Sekretariat21@kvjs.de



KVJS

Kommunalverband für
Jugend und Soziales
Baden-Württemberg

Postanschrift

Postfach 10 60 22
70049 Stuttgart

Hausadresse

Lindenspürstraße 39
70176 Stuttgart (West)

Tel. 0711 63 75-0
www.kvjs.de