

Vom Qualitätsbeauftragten zum Case Manager- Erfahrungen aus der Praxis und Perspektiven für die Beratungsarbeit in Alsterdorf

Die Entwicklung der letzten zehn Jahre lässt sich so beschreiben: Von der Unterordnung der KlientInnen in eine vorwiegend stationäre Struktur, hin zu einem Prozess, der die Bedürfnisse und Wünsche in den Mittelpunkt stellt. Dies war und ist ein Prozess auf unterschiedlichen Ebenen. Mein Versuch wird sein, diesen Prozess zu beschreiben und aufzuzeigen, wo wir heute stehen und welche Schritte zukünftig notwendig wären.

Der jetzige Fachdienst Case-Management entwickelte sich aus der 1997 gegründeten sogenannten Qualitätswerkstatt. Seit dem Jahre 2003 wurden die Qualitätsbeauftragten dem Beratungszentrum von Herrn Dr. Wunder zugeordnet und dort als Fachdienst Case Management. Auftraggeber und Abnehmer der Dienstleistung des Fachdienstes ist in der gegenwärtigen Struktur die alsterdorf assistenz Nord gGmbH.

Von Beginn an haben sich die Qualitätsbeauftragten als interne Interessenvertreter der Klienten, im Wohnbereich der Evangelischen Stiftung Alsterdorf, verstanden. Die erste Aufgabe der Qualitätsbeauftragten war es, durch Entwickeln von allgemeinen Standards, die Lebens- und Wohnqualität der Menschen zu beeinflussen und sie dabei zu unterstützen, ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Aus dieser Aufgabe heraus entstand die Bezeichnung „Qualitätsbeauftragte“.

Wir sollten damals, quer zur Struktur, Vorstellungen von Selbstbestimmung, Selbstbefähigung und Individualität der Klienten im Sinne eines Empowerment in den Verbänden einführen. Gleichzeitig sollte wir Inhalte und Ziele unserer Arbeit den MitarbeiterInnen in den Wohnverbänden vermitteln, um hier einen notwendigen Prozess des Umdenkens zu initiieren.

Ab 1998 wurde die Individuelle Perspektivplanung als Erhebungsinstrument in der Qualitätswerkstatt entwickelt. Sie wurde dann offiziell in dem Geschäftsbereich „AlsterDorf“ der Evangelischen Stiftung eingeführt. Die Individuelle Perspektivplanung, kurz IPP, diente der Erhebung und Dokumentation von individuellem Hilfebedarf. Grundlage dafür war die damalige Novellierung des Bundessozialhilfegesetzes §93 BSHG. Die heutige Grundlage bildet dabei das SGBXII (dazu mündliche Anmerkung). Des weiteren diente die IPP zur Ressourcenoptimierung innerhalb des Geschäftsbereiches. Danach wurde die Erstellung eines individuellen Hilfeplanes festgeschrieben. Die IPP orientierte sich von Anfang an an den Bedürfnissen und Wünschen der KlientInnen.

Inhaltlich gliederte sich die IPP in Fragen zu unterschiedlichen Lebensbereichen. Diese Lebensbereiche versuchten möglichst ganzheitlich die Lebenswirklichkeit der KlientInnen zu erfragen. Die Lebensbereiche waren, „Sozialer Lebensraum“, „Psychische Lebenssituation/Entwicklung“, „Freizeit und Urlaub“, „Bildung“, „Gesundheitsfürsorge“, „Essen und Trinken“, „Körper-/Selbstpflege“, „Mobilität/Orientierung“, „Haushaltsführung/Selbstverwaltung“ und „Wohnung“. Später wurden diese Bereiche durch den Bereich „Bürgerrechte“ ergänzt. Diesen Lebensbereichen, wurde die

Lebensperspektive, in denen die Wünsche und Träume, Vorlieben und Abneigungen erhoben wurden, vorangestellt.

Um die konsequente Ausrichtung auf die Wünsche der KlientInnen zu dokumentieren, war die IPP, auch für sich nicht verbalisieren könnende Menschen, in der „Ich-Form“ geschrieben.

In den Anfängen wurde nur pro Lebensbereich ein einzelner Unterstützungsbedarf dokumentiert. Die Erhebung endete mit der sogenannten Perspektivplankonferenz, in der das Dienstleistungspaket verbindlich vereinbart wurde und vom Wohnverbund umgesetzt werden sollte. Ich werde an späterer Stelle noch genauer auf die einzelnen Phasen der Erstellung der IPP eingehen.

Das Instrument wurde im Laufe der Zeit zweimal überarbeitet. Und auch in der Anwendung haben Veränderungen stattgefunden. Seit der letzten Veränderung wird der gesamte Dienstleistungsbereich dokumentiert und in der Perspektivplankonferenz kontraktiert. Und die IPP wurde neu gegliedert und ist jetzt nach den Metzler-Kategorien aufgebaut. Diese sind, Alltägliche Lebensführung, Individuelle Basisversorgung, Gestaltung sozialer Beziehungen, Teilnahme am kulturellem/gesellschaftlichem Leben, Kommunikation und Orientierung und emotionale und psychische Entwicklung. Auf dieser Basis findet dann die Perspektivplankonferenz PPK mit Klient, Bezugsassistent, gesetzlichem Betreuer, Wohnhausleiter/Verbundsleiter, gegebenenfalls weiteren Vertrauenspersonen des Klienten und Case Manager statt, auf der die notwendigen Assistenzleistungen besprochen und kontraktiert werden. Einmal jährlich kommt es auch zur Überprüfung dieser Vereinbarungen und im Jahres Rhythmus zur Aktualisierung der Individuellen Hilfe- und Perspektivplanung, wiederum mit anschließender Perspektivplanungskonferenz usw. .

Im Gegensatz zu dem Erhebungsbogen von Metzler ist die IPP aber ein qualitatives Erhebungsinstrument, das den jeweiligen Assistenzbedarf in den fünf Kategorien, Keine Leistung, Beratung, Unterstützung, Ergänzende Leistung und Ersetzende Leistung beschreibt. Eine Besonderheit der IPP ist, dass gleich zu Anfang, nach wie vor die persönliche Lebensperspektive erfasst wird. Der Mensch wird nicht nur als Empfänger von einer Summe von Dienstleistungen, sondern als Persönlichkeit, die zwar ebenfalls eine Summe von Hilfeleistungen braucht, die wir aber vielleicht auf Grund der Lebensperspektive besser verstehen können. Wichtig dabei ist die qualitative Erfassung jedes Klienten, durch Tiefeninterviews und teilnehmende Beobachtung. Zusätzlich zum Metzler Instrument erfassen wir auch den Assistenzbedarf in den Bereichen Wahrnehmung der Bürgerrechte, Bildung und Partnerschaft/ Sexualität. Es wird auch nur noch in der „Ich-Form“ geschrieben, wenn dies eine tatsächliche verbale Aussage des Klienten ist.

Die Arbeit der Qualitätswerkstatt in der dualen Struktur war von Anfang an sehr umstritten. Es wurde die Unabhängigkeit der QB's angezweifelt und man vertrat die Auffassung, dass der Einsatz der Ressourcen und die Sicherstellung der Qualität der Leistungen von Verbundsleitungen gestaltet werden sollten. Insofern wurden die QB's als unnötiger Kostenfaktor angesehen. Es gab deshalb mehrfach Veränderungen in den zurückliegenden Jahren. So wurden die Qualitätsbeauftragten einzelnen Verbänden in den Geschäftsbereichen zugeordnet, bis hin, dass die Qualitätsbeauftragten den einzelnen Wohnverbundsleitungen unterstellt wurden. Dies hatte natürlich zur Folge, dass die Qualitätsbeauftragten die übergeordnete und unabhängige Sichtweise verloren und nicht mehr konsequent die Interessen der KlientInnen verfolgen konnten, sondern

sie mussten auch die Interessen des Verbundes mit berücksichtigen und vertreten. Für mich wird an diesem Prozess deutlich, wie schwierig der Weg war und ist, von einer institutionell ausgerichteten Arbeitsweise zu einer klientenzentrierten Arbeitsweise zu gelangen.

Seit 2003 befinden wir uns nun wieder in einer dualen Struktur. Wir sind vom Fachdienst Case-Management für die Interessenvertretung der KlientInnen in der alsterdorf assistenz nord gGmbH zuständig. Dies scheint uns eine wichtige Voraussetzung, damit wir uns als Fachdienst nach den Grundlagen des Case-Management entwickeln können.

Wir verstehen uns als klientenzentrierte InteressensvertreterInnen, die die KlientInnen beraten und begleiten. Dabei berücksichtigen wir die tatsächlichen Möglichkeiten des Klienten und seines Umfeldes, erarbeiten gegebenenfalls neue Wege und Kompromisse, ohne die Ziele aus den Augen zu verlieren. Voraussetzung für die Tätigkeit ist die Unabhängigkeit innerhalb des Systems und die Verbindlichkeit der geschlossenen Kontrakte. Wir sehen als grundlegende Aufgabe die Kommunikation und den Kontakt zum Klienten an. Dies ist natürlich nur möglich, in dem wir eine vertrauensvolle Beziehung zu ihm herstellen. Das Entwickeln einer verlässlichen Beziehung, erscheint im Sinne des Case-Management als Voraussetzung für die Entwicklung und Koordination gewünschter Dienstleistungen.

Ich möchte nun versuchen darzustellen, welche Bereiche unserer Arbeit sich im Case-Management-Konzept wiederfinden und offene Fragen aufzeigen, die sich bei unserer, an diesem Konzept orientierten Arbeit ergeben und noch ungeklärt sind.

Zunächst möchte ich betonen, dass das Case-Management-Konzept deshalb so überzeugend ist, da es sich konsequent an KlientInnen orientiert und ihre Fähigkeiten, ihre soziale Umwelt sowie ihre Lebenswelt mit einbezieht und ihre Unterstützungsbedarfe in den Mittelpunkt stellt. Ich werde versuchen unsere derzeitige Arbeitsweise an dem Case-Managementmodell nach Herrn Professor Neuffer, und wie es Frau Professor Schmoecker vorgetragen hat, aufzuzeigen und offene Fragen zu benennen.

In der Arbeitsweise des Case-Management sind zwei Dinge stets vorab zu klären.

Es sollte Klarheit darüber bestehen für welche KlientInnen die Case Manager arbeiten und ab wann sie ihre Arbeit aufnehmen, bzw. von wem sie den Auftrag erhalten. Bei uns erhalten wir als Case-Management den Auftrag von der Leitung der alsterdorf assistenz nord die KlientInnen zu betreuen, die hier schon in aller Regel einen Wohnplatz haben und bei denen eine Kostenübernahme durch die Behörde vorliegt. Denkbar wäre auch, dass der Casemanager schon seine Arbeit aufnimmt, bei Menschen, die noch auf der Suche nach einem Wohnplatz sind oder auf andere Weise Dienstleistungen der ESA in Anspruch nehmen.

**Vergleich Anforderungen Case Management (nach Neuffer)
und Praxis des FD Case Management/Beratungszentrum Alsterdorf**

Case Management nach Neuffer	IPP/PPK	Offene Fragen/ Problemfelder
Phase 1/ Erstkontakte		
° Im Erstgespräch eine Vertrauensbasis Herstellen	° Mit dem Klienten Kontakt aufnehmen durch Gespräch und/oder basale Kommunikation und oder/ teilnehmende Beobachtung	Aus- oder Abwahl des Case - Managers durch Klient möglich?
° Eröffnung und Erläuterung der Dienstleistung	° Erläuterung über alle Dienstleistungsbereiche, Vorstellen, wie die IPP aufgebaut ist und wie der Erhebungsprozess gestaltet wird. Erläuterung über Aufgaben des CM's	Einbeziehung von Dienstleistern und Dienstleistungssparten außerhalb des Wohnanbieters
° Klären von Erwartungen und Fragen der KlientInnen	° Klären von Erwartungen und Fragen der KlientInnen	
° Exploration der geschilderten Fallsituation	° Abklären welche Auskunftgeber für die KlientInnen bedeutsam sind. (Bezugsassistenten, gesetzlichen Betreuer, Angehörige; Ärzte, Psychologen etc) ° Akteneinsicht durch CM - Handakte - Reha Gutachten - Medizinische Akte	
° Erfassen des gesamten Klientensystems	Visitation von Wohnangebot, Tafö und WfB Ermitteln welche Personen für den Klient noch bedeutsam sind (Freunde, Nachbarn, freiwillige Helfer)	Es wird kein Dienstleistungsbedarf für Tafö, WfB etc erhoben. (Dadurch mögliche Einschränkung der Ganzheitlichkeit. Eventuell werden wichtige Fähigkeiten oder Bedürfnisse nicht zur Kenntnis genommen.)
° Hypothesen / Prognosen.	Exploration und Erstellung der Lebensperspektive(mit Klient und eventuell mit anderen Personen)	
° Besprechen der nächsten Schritte	° Besprechen der nächsten Schritte	
Phase2 Assessment/ Bedarferhebung		
° Problem- Ressourcenanalyse	° Einschätzung, welche	

	Personen zur Erhebung des Unterstützungsbedarfs befragt werden sollten.	
° Profiling (z. B. Arbeitsagenturen)		
° fachliche Einschätzung durch den Berater	Erhebung des Unterstützungsbedarf in den 7 Lebensbereichen der IPP durch Befragung Dritter (Bezugsassistenten), danach fachliche Einschätzung durch CM, sowie Angehörige und gesetzliche Betreuer)	
° Einschätzung durch die Klienten		
°Einschätzung Dritter		
° Hypothesen/ Prognosen.	Zusammenfassung/ Ausformulierung des Assistenzbedarfs	Was erfolgt mit einem Dienstleistungsbedarf, der nicht vom Wohnverbund erbracht werden kann?
Phase 3 Hilfebedarf/ Förderbedarf/ Pflegebedarf		
° Ziele der Hilfestellung festlegen	Festlegung der Ziele Aufgrund des erhobenen Bedarf	
° Ermittlung des Hilfebedarfs	Erstellung Gesamtprofil des Hilfebedarfs und Maßnahmenformulierung	
° Indikation für Erfolg		Bisher nicht strukturiert
° Entwurf möglicher geeigneter und notwendiger Hilfen / Maßnahmen	Priorisierung der Ziele und Maßnahmen	
Phase 4 Hilfe-, Förder- und Pflegeplanung		
° Antrag auf Hilfestellung	Einladung zur PPK mit Verschickung der IPP	
° Hilfe-, Pflege- und Förderkonferenz aller Beteiligten	Durchführung der Perspektivplankonferenz, Teilnehmer sind KlientIn, CM, VL, Bezugsassistent und gesetzlicher Betreuer (eventuell noch andere Vertrauenspersonen des Klienten)	
° Auswahl und Festlegung der Hilfen	Assistenzleistungen werden festgelegt und priorisiert	
° Hilfeplangespräch		Genauere Festlegung, wer welche Leistung erbringt ist bisher Überwiegend Aufgabe

		der Verbundsleitung
° Kontrakt	IPP wird von Klient, VL und CM unterschrieben und an alle Beteiligten verschickt.	
° Überleiten in Maßnahmen		VL ist für die Umsetzung der vereinbarten Leistungen verantwortlich. Der CM koordiniert die Dienstleistungen nicht.
° Festlegung der eigenen Intervention des Case- Managers		bisher nicht strukturiert.
Phase 5 Durchführung, Controlling, Re -Assessment Phase 6 Abschluss, Evaluation		
° Überprüfung Ziel- Wirkung	Einmal im Jahr Überprüfung der erbrachten Leistung mit zuständigem Bezugsassistenten , gegebenenfalls auch mit Klienten	
° Akzeptanz bei den Klienten	Überprüfung der Sinnhaftigkeit der Leistungen, mindestens 1 im Jahr	
° Überprüfung, Steuerung, Kooperation der hilfeleistenden Institution		Zur Zeit nicht im Arbeitsauftrag der Case Manager Enthalten.
° Fortschreibung und/ oder Bewertung durch alle beteiligten	Zufriedenheitsbefragung	
° Fortführung oder Beendigung	Neuerstellung der IPP	
° Vermittlung in andere Hilfen		Dienstleistungen nur innerhalb der auftraggebenden gGmbH. Wie ist es bei Dienstleistungen bei einem ambulantem Wohnangebot ? Wie bei der Annahme von Dienstleistungen außerhalb der gGmbH? Ist ein Austausch der Dienstleistung über die Grenzen der Einzelnen gGmbH's möglich?
° Evaluation Erfolg- Aufwand		bisher nicht strukturiert
° Auswertung für die Sozial – und Gesundheitsplanung	Teilerstellung der Verlaufs- / Sozialberichte	

Nach meiner Einschätzung befinden wir uns in einem Prozess vom Qualitätsbeauftragten, hin zum Case- Manager. Um diesen Prozess weiter entwickeln zu können, erscheint mir eine deutliche Trennung der Organisation und Erbringung von Dienstleistungen einerseits und der Koordination der Art, des Umfangs und der Qualität der vom Klienten gewünschten und gebrauchten Dienstleistung andererseits nötig.

Diese Trennung ermöglicht dann auch, stationär vorgehaltene Leistungen zunehmend zu ambulantisieren, um konsequent den Prozess klientenzentrierter Dienstleistungen voranzubringen. Die Weiterentwicklung erscheint mir auch auf dem Hintergrund der Einführung des persönlichen Budgets für die Klienten unabdingbar.