

**Case Management
für Menschen mit Behinderung
im Kontext der Eingliederungshilfe**

Positionspapier der Fachgruppe "Rehabilitation und Inklusion"

**Erstellt von Gerlinde Falta und Andreas Rieß
unter der Mitarbeit von Svenja Schwarz-Bremer und Dr. Bettina Roccor**

1. Einführung

Das vorliegende Positionspapier der Fachgruppe "Rehabilitation und Inklusion für Menschen mit Behinderung" stellt dar, warum Case Management ein geeignetes Handlungskonzept in Diensten für Menschen mit Behinderung, insbesondere im Kontext der Leistungserbringung der Eingliederungshilfe in teil- und vollstationären sowie Komplex-Einrichtungen, ist. Ausgehend von einem kurzen Abriss der historischen Entwicklung wird dargestellt, wie eine Umsetzung von Case Management in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung möglich ist und welche Chancen dies eröffnet, aber auch, welche Risiken beachtet werden müssen.

2. Von der Fürsorge zur Teilhabe

In der Betreuung und Pflege von Menschen mit Behinderung war der Gedanke der „Fürsorge“ viele Jahre handlungsleitend. Der Blick war in erster Linie auf die Defizite des Menschen mit Behinderung gerichtet. Diese Sichtweise hat sich zum Ende des letzten Jahrhunderts hin deutlich gewandelt, im Fokus standen nun die Fähigkeiten, Interessen und Ressourcen des Leistungsberechtigten, was seinen Niederschlag auch im neuen Sozialgesetzbuch IX, das 2001 in Kraft getreten ist, gefunden hat. Mit dem neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX), das 2001 vom Gesetzgeber in Kraft gesetzt wurde, wurde der Begriff „Teilhabe“ eingeführt und in die politische Diskussion eingebracht. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlichte 2005 die deutsche Version der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF), in der Teilhabe als Ziel jeglicher Sozialleistungen beschrieben ist. 2009 unterzeichnete Deutschland das „UN-Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung“ (UN BRK). In dieser wird die Bedeutung der Teilhabe an allen Lebensbereichen für Menschen mit Behinderung ausführlich beschrieben.

Seit Deutschland die UN-Konvention für die Rechte der Menschen mit Behinderung (UN-BRK) unterzeichnet hat, ist das die Konvention prägende Konzept der Inklusion umzusetzen. Ausgangspunkt des Hilfesgeschehens soll heute das sein, was der Mensch mit Behinderung möchte, er soll selbst bestimmen, was er an Unterstützung braucht und will. Die Bedarfsorientierung stellt den Menschen mit Behinderung in den Mittelpunkt: er soll selbst entscheiden, wo er wohnen, wie er leben und was er arbeiten möchte. Das kommt einem Paradigmenwechsel gleich: Nicht mehr das Prinzip der Fürsorge, sondern die Selbstbestimmung des Menschen mit Behinderung ist nun zentral.

Alle Menschen haben zunächst das Recht zu Wohnen, zu Arbeiten und zu Leben wie und wo sie wollen. Die Lebenssituation soll ganzheitlich, also lebenswelt- und lebenslagenorientiert erfasst werden. Im Mittelpunkt der Teilhabe stehen besonders die Lebensbereiche Bildung, ein unabhängiges Leben in der Gemeinschaft, Arbeit und Beschäftigung, die Teilnahme am politischen und öffentlichen Leben, sowie der Freizeit, Sport

und Kultur. Die Wahrung der Selbstbestimmungsmöglichkeit kommt in allen Ausführungen deutlich zum Ausdruck. Die „Leistungen zur Teilhabe“ beinhalten daher auch persönliche Assistenzleistungen, die Beschaffung von individuellen Hilfsmitteln und auch verschiedenartige Therapieleistungen.

Es wird deutlich, dass die Vielzahl an benötigten Leistungen ausgewählt, aufeinander abgestimmt und in Bezug auf ihre Wirkung überprüft werden müssen. Die Leistungen der Eingliederungshilfe werden im „Teilhabemanagement“ koordiniert und gesteuert. Ausgehend von dem ermittelten und festgelegten Bedarf des Leistungsberechtigten, werden Ziele definiert, die notwendigen unterstützenden Maßnahmen erfasst und ergebnis- und wirkungsorientiert gesteuert.

Die Teilhabe ist ein gesetzlich festgeschriebenes Grundrecht, dem der Staat gerecht werden muss – finanziell, strukturell und personell. Das neu in Kraft getretene Bundesteilhabegesetz regelt erstmals umfassend die Ansprüche, die Menschen mit Behinderung in allen Lebensbereichen haben.

3. Leistungsträger, Leistungserbringer und Leistungsnehmer

Leistungsträger

Im System der sozialen Sicherung werden die Leistungen zur Teilhabe von den jeweils zuständigen Kostenträgern finanziert. Träger der Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsträger) sind die gesetzlichen Krankenkassen, die Bundesagentur für Arbeit, die gesetzliche Unfallversicherung und die Rentenversicherung, die Kriegsopferversorgung und -fürsorge, die Träger der öffentlichen Jugendhilfe und die Träger der Sozialhilfe (vgl. SGB IX, §4 bis §6). Mit der Ausführung werden bestimmte Leistungserbringer beauftragt; die Kostenerstattung für die entsprechenden Leistungen gemäß dem Bedarfe des Menschen mit Behinderung (Leistungsberechtigter) erfolgt direkt an die Leistungserbringer, auf der Grundlage vorab geschlossener Leistungsvereinbarungen. Lange Zeit haben sich die Leistungsträger darauf beschränkt, den Anspruch zu prüfen und daraus abgeleitet die Kostenübernahme für Leistungen zu bewilligen. In den letzten Jahren nehmen immer mehr Leistungsträger eine zunehmend aktive und stärker gestaltende Rolle ein, bis hin zu einem umfangreichen Case Management.

Leistungsnehmer

Der Mensch mit Behinderung als anspruchsberechtigte Person erhält die Leistungen zur Teilhabe immer noch überwiegend als direkte Sachleistung von damit beauftragten Leistungserbringern (Wohnen, Ausbildung und Arbeit, Hilfsmittel, Pflege usw.). Seit der Einführung des persönlichen Budgets (SGB IX) haben Menschen mit Behinderung alternativ die Möglichkeit, Leistungen zur Teilhabe in Form von Geldleistungen zu erhalten. Sie können die Leistungserbringer selbst auswählen und auch selbst bezahlen. Das Persönliche Budget soll Leistungsberechtigte in die Lage versetzen, in eigener Verantwortung zu handeln und möglichst selbstbestimmt leben zu können.

Leistungserbringer

Menschen mit Behinderung erhalten neben ambulanten Hilfen zur Teilhabe vorrangig Leistungen in teil- und vollstationären Einrichtungen oder in Komplexeinrichtungen. Zu den **teilstationären** Leistungserbringern gehören u.a. die anerkannten Werkstätten, die für Menschen mit Behinderung Möglichkeiten zur Teilhabe am Arbeitsleben anbieten. Sie ermöglichen Menschen mit Behinderung, die in ihren Funktionen insgesamt so eingeschränkt sind, dass sie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt kaum Chancen haben, eine Teilhabe am Arbeitsleben in einem geschützten Rahmen. Zu den **vollstationären** Leistungserbringern gehören u.a. die Wohnheime. Menschen mit Schwerst-Behinderung oder Menschen mit körperlichen und kognitiven Beeinträchtigungen, die auf umfassende Unterstützung und Pflege angewiesen sind, erhalten dort Möglichkeiten zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Wohnheime sind entweder an Frühfördereinrichtungen, Schulen und Werkstätten angegliedert oder auch eigenständig, in gesonderter Trägerschaft, organisiert. Das Wohnangebot variiert je nach Umfang der Einschränkung im Alltag und beinhaltet auch Förder- und Freizeitangebote. In **Komplex-Einrichtungen** werden (fast) alle therapeutischen, fachpersonellen, medizinischen und pädagogischen Leistungen zur Teilhabe „unter einem Dach“ angeboten. Die für Komplexeinrichtungen typische, arbeitsteilige Organisationsstruktur hat zum Ziel, den festgestellten Hilfebedarf überwiegend durch das eigene Maßnahmen-Portfolio abzudecken.

Die Entwicklung hin zur Inklusion erfordert von komplexen Einrichtungen ein Überdenken ihrer bisherigen Strukturen: sie müssen die Voraussetzungen dafür schaffen, die Wünsche und Bedürfnisse der Menschen mit Behinderung mehr in den „Mittelpunkt“ zu stellen. Den Menschen soweit wie möglich selbst bestimmen zulassen und dabei zu unterstützen, einen eigenen Lebensentwurf zu entwickeln und umzusetzen, erfordert ein Umdenken und eine kritische Überprüfung des eigenen Angebots im Hinblick auf Professions-, Leistungs-, Kostenträger- oder Einrichtungsbezogenheit.

4. „Teilhabe“ als übergeordnetes Ziel

Die zentrale Aufgabe des Teilhabemanagements ist es, Selbstbestimmung zu ermöglichen, damit jeder „teilhabe“ kann, wie gewünscht und benötigt. Teilhabe ist individuell und hat für jeden eine andere Bedeutung. Die Erbringung aller Leistungen und das Verständnis der Leistungserbringer basiert auf diesem Grundsatz. Daher reicht es nicht aus, wenn man den Menschen mit Behinderung bei allen Entscheidungen nur einbezieht. Zentral ist stattdessen die „Übersetzungsleistung“ der Wünsche/des Willens (Bedarfsfeststellung) in der praktisch machbaren Gestalt (Zielvereinbarung) und deren Realisierung (Leistungsplanung). Das Management der Teilhabe von Menschen mit Behinderung ist eine allumfassende Aufgabe, die nicht nur die Bedarfsklärung, Planung und Koordination der Teilhabeleistungen und deren anschließende Bewertung mit einschließt, sondern darüber hinaus die gesamte Organisation und den umliegenden Sozialraum beeinflusst und gestaltet. Um diese Anforderungen fachlich zu erfüllen, bietet sich das Handlungskonzept Case Management der DGCC an.

Case Management im Kontext der Sicherstellung von Teilhabe

Die Rahmenempfehlungen der DGCC zum Handlungskonzept Case Management aus dem Jahr 2008 bearbeiten sowohl die Thematik der Organisationsgestaltung als auch die der Umsetzung der genannten Merkmale im Prozess der Leistungserbringung auf der Fallebene. Im Mittelpunkt des Konzeptes und der konkreten Handlungsabläufe steht dabei immer die organisationsübergreifende und adressatenbezogene Ausrichtung aller Unterstützungsleistungen auf den Bedarf des Klienten. Im Mittelpunkt steht das „selbstbestimmte Subjekt“ und nicht das „Objekt der Fürsorge“. Case Management versteht sich als Handlungskonzept, das Menschen mit komplexer Bedarfslage befähigen möchte, mit variabler Unterstützung vereinbarte Ziele zu erreichen und schwierige oder unübersichtliche Situationen zu überwinden. Wunsch und Wille des Klienten ist dabei der Ausgangspunkt des Handelns. Im Sinne einer anwaltschaftlichen Vertretung wird versucht, den Bedürfnissen und Wünschen des Klienten möglichst nahe zu kommen.

Die konsequente Bedarfsorientierung fördert die Motivation und Mitwirkungsbereitschaft, und sie setzt Ressourcen frei, an die man anknüpfen kann. Wenn sich aufgrund des Bedarfs auf der Fallebene neue Angebote entwickeln, kann dies fallübergreifend auf der Systemebene wichtige Impulse geben. Die Einrichtung wird zur lernenden Organisation, die das Bestehende stetig hinterfragt und die eigenen Angebote flexibler und individueller gestaltet.

Aus diesem Verständnis heraus ist Case Management als Handlungskonzept im Bereich des Teilhabemanagements durchaus geeignet. Es sichert eine hohe Qualität in der Aufbau- und Ablauforganisation von Dienstleistungen und stellt die sach- und bedarfsgerechte Verteilung der finanziellen Mittel sicher. Darüber hinaus kann die Erfolgswirksamkeit der vereinbarten Leistungen überprüft werden, so dass dieses gegebenenfalls angepasst oder geändert werden können. Der Einsatz geeigneter Methoden, Instrumente und Dokumentationshilfen in den verschiedenen Phasen ermöglicht es, die Prozesse in ihrer Komplexität zu beschreiben und Fortschritte messbar zu machen.

Case Management bietet insbesondere für Komplex-Einrichtungen der Eingliederungshilfe die Chance, zukunftsfähig zu werden und zu bleiben, in dem sie Menschen mit Behinderung, die es bisher zum Teil noch nicht gewohnt sind, selbst über ihr Leben bestimmen zu können, genau dies ermöglicht. Die Herausforderung ist es, von einer meist starren Angebotslogik zu einer flexibleren, nutzerorientierten Unterstützungsgestaltung zu gelangen.

4.1. Case Management auf der Fallebene

Wenn sich eine Einrichtung für die Implementierung von Case Management entscheidet, sollte sie sich im Vorfeld darauf einigen, was ein „Fall“ für das Case Management sein soll (**case finding**). Der „Fall“ steht für die „Problemlage oder die Situation“ in der sich der Mensch befindet, auf keinen Fall ist der Mensch der „Fall“. Wichtig dabei ist, dass im Vorfeld festgelegt ist, was „der Fall“ sein soll, indem Kriterien für einen CM-

Positionspapier Fachgruppe Rehabilitation und Inklusion

Fall vereinbart werden. Zielgruppen von Case Management in Einrichtungen der Eingliederungshilfe könnten z.B. sein:

- Menschen in Übergangssituationen (Umzug, Wechsel des Arbeitsplatzes, Übergang Schule – Arbeit, Übergang in Teilzeit oder Rente, Verselbstständigung in eigener Wohnung)
- Menschen mit bestimmten Diagnosen/Behinderungen (z.B. psychische und geistige Behinderung, Behinderung und Suchtproblematik)
- Menschen mit besonderen Anliegen und Wünschen (z.B. Reisen, Familiengründung)

Ein Case Management kann - unabhängig von Fallgruppen oder Ein- und Ausschlusskriterien – aber auch allen Menschen mit Behinderung, die Leistungen in Anspruch nehmen (wollen), angeboten werden.

Im Rahmen des **Outreach** und **Intake** muss eine adressatenorientierte Beschreibung des Case Management-Prozesses gewährleistet sein. Dazu gehören z.B. die Verwendung von „einfacher Sprache“ und die Nutzung verschiedener Möglichkeiten der Unterstützten Kommunikation. Wenn möglich, sollten Menschen mit Behinderung „ihren“ Case Manager wählen können und dessen Aufgaben innerhalb der Einrichtung verstanden haben. Ein Case Management sollte zudem auch abgelehnt werden dürfen, wenn der Klient dies wünscht.

Die ganzheitliche und personenorientierte Einschätzung der Bedarfe und Ressourcen ist die Basis für den weiteren Prozess. Ein mögliches Instrument zur Bedarfsbeschreibung im Rahmen des **Assessments** ist die ICF. Die ICF bietet eine Klassifikation zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung sowie der relevanten Umweltfaktoren von Menschen. Sie erleichtert die Kommunikation zwischen den am Teilhabemanagement beteiligten Akteuren (Leistungsnehmer, Bezugspersonen, Leistungsträger und Leistungserbringer). Mit Hilfe der ICF ist es möglich, Barrieren zu identifizieren und diese – im Sinne von Selbstbestimmung und Teilhabe – zu bearbeiten. Die ICF helfen durch eine gemeinsame Sprache zwischen allen Beteiligten (Leistungsträger, Leistungserbringer) dabei, den konkreten Unterstützungsbedarf differenzierter und zugleich vergleichbarer beschreiben zu können.

Die Menschen mit Behinderung und deren Bedürfnisse sind immer der zentrale Bezugspunkt, durch den Case Manager/die Case Managerin wird eine maximal mögliche individuelle Beteiligung sichergestellt. Das Case Management hat die Aufgabe, verschiedene Informations- und Wissensquellen zu einer möglichst einhelligen und vollständigen Fallbeschreibung zusammenzuführen, in der alle Hilfebedarfe erfasst sind. In komplexen Einrichtungen mit unterschiedlichen Teilhabeplänen, die jeweils für verschiedene Bereiche des Alltags angefertigt werden, aber die ein und dieselbe Person betreffen, kommt der zusammenfassenden Bedarfsfeststellung besondere Bedeutung zu. Sie bildet die Grundlage für eine aufeinander abgestimmte, am Willen des Menschen mit Behinderung orientierte **Planung von Teilhabeleistungen**.

Die **Teilhabeplanung** erfolgt möglichst in Anwesenheit und unter Mitwirkung des Menschen mit Behinderung und ggf. dessen gesetzlichen Vertreters. Der Case Manager/die Case Managerin stellt sicher, dass den gesetzlichen Anforderungen und Rahmenbedingungen entsprochen wird. Darüber hinaus ist es unabding-

Positionspapier Fachgruppe Rehabilitation und Inklusion

bar, dass der Mensch mit Behinderung der Teilhabeplanung zustimmt. Das erfordert Geduld und Kreativität in der Darstellung der Vereinbarungen, z.B. über Plakate, Bilder usw. Das Case Management hat die Aufgabe, vorhandene oder zu erschließende Ressourcen (finanziell, materiell und personell), in die Planung der Teilhabeleistungen mit einzubeziehen. Wenn möglich, werden alle beteiligten Akteure im Rahmen von Teilhabekonferenzen an einen Tisch geholt, vor allem auch Personen, die dem Mensch mit Behinderung nahe stehen und die er dabei haben möchte.

Im Teilhabeplan werden **genau definierte Leistungen benannt**, ebenso die ausführenden Personen. Dieser Grad der Verbindlichkeit schafft eine besondere Qualität und ermöglicht die **Überwachung (Monitoring) und Prüfung (Evaluation) der Leistungserbringung**, aber ebenso das Controlling der zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen für die Leistungserbringung. Insbesondere in leistungsorientierten Finanzierungsmodellen (z.B. Persönliches Budget nach § 17 SGB IX) kommt dem Case Management an dieser Stelle eine besondere Bedeutung zu. Vor Beginn eines neuen Zyklus der Teilhabeplanung werden die **erbrachten Leistungen mit den geplanten Leistungen abgeglichen** und eventuell angepasst oder geändert.

Die Häufigkeit, in der dieser Prozess abläuft, ist individuell und kann durch den Case Manager gesteuert werden, solange den gesetzlichen Bestimmungen entsprochen wird. Es besteht die Möglichkeit, Fallgruppen zu bilden, die mit standardisierten Prozessen verknüpft sind und die Intensität des Case Managements definieren. So könnte die Intensität der CM-Intervention aufgliedert werden in

- Low Level,
- Medium Level
- Intensiver Level.

Die Einordnung des Case Managements für Menschen mit Behinderung in eines der drei Levels könnte z.B. über die Dimensionen Kontaktintensität und Interventionsbedarf erfolgen. Die Kontaktintensität beschreibt den vordefinierten regelhaften Rhythmus der Teilhabeplanung, wobei die Einstufung nach Dauer (zeitlicher Aufwand für die Erstellung bzw. die Anpassung der Teilhabeplanung) und nach Häufigkeit (Turnus der Überwachung und Überprüfung sowie der Anpassung) erfolgt. Der Interventionsbedarf beschreibt die Anzahl der geplanten wie auch der außerplanmäßigen, situationsabhängigen und vom Klient oder der Einrichtung initiierten Kontakte im Zuge der Teilhabeplanung.

Die beschriebene Differenzierung in drei Intensitäten hilft bei der Planung der erforderlichen Personalressourcen für das Case Management sowie die Kalkulation der Fallzahlen. Da Menschen mit Behinderung oft ihr Leben lang in Einrichtungen der Eingliederungshilfe leben und arbeiten, ändert sich der Bedarf abhängig von der Lebenssituation mal nur sehr gering, mal gravierend. Hier sollte ein Low Level-Case Management zumindest die jährliche Teilhabeplanung begleiten und unterstützen. Ein High-Level-Case Management kann anlassbezogen erforderlich werden, wenn z.B. ein Übergang ansteht, eine wesentliche Veränderung im Leben des Menschen mit Behinderung eingetreten ist usw. Wichtig ist, dass die Beziehung zum Case Manager, wenn sie erst einmal aufgebaut worden ist, Bestand hat.

4.2. Case Management auf der Systemebene

Die Beschreibung der Herausforderungen auf der Fallebene machen deutlich, in welchem Spannungsfeld sich Case Management in der Eingliederungshilfe bewegt. Einerseits soll eine maximale Selbstbestimmung und Teilhabe ermöglicht werden. Andererseits müssen die Ressourcen der Institution zielgerichtet geplant und eingesetzt werden. Case Management ist eine Funktion, die finanziert werden muss – von daher muss auch klar geregelt sein, welche Aufgaben beim Case Management liegen und welche Aufgaben von anderen erbracht werden.

Die Implementierung von Case Management kann nicht nur allein auf der Fall-Ebene erfolgen. Ein wirksames Case Management braucht eine adäquate Umsetzung und Unterstützung auf der Organisationsebene. Diese hat sowohl die strukturellen als auch die finanziellen Rahmenbedingungen für ein professionelles Case Management zu gewährleisten. Dazu gehört die Sicherstellung eines durchgängigen fachlichen Grundverständnisses von Case Management in der Organisation (z.B. auf Leitungsebene sowie in den beteiligten Fachbereichen und internen Gremien), entsprechende Qualifizierungs- und Weiterbildungsangebote im Case Management sowie die Etablierung von Qualitätsstandards (QM), zum Beispiel in den Bereichen Dokumentation, Öffentlichkeitsarbeit und (idealerweise EDV basierte) Prozesssteuerung und Evaluation.

Es gehören weiter dazu der Ausbau und die Verbesserung der internen Kooperation zwischen den zuständigen Fachabteilungen, die Etablierung einer Case Management-Anlaufstelle für alle Beteiligten (z.B. Beratungsstelle/Beratungstelefon), eine transparente und den Hilfsstrukturen angemessene Ermittlung und Festsetzung von Fallzahlschlüsseln sowie eine angemessene Sicherstellung von Gestaltungsspielräumen für das Case Management (z.B. eigene Budgetverantwortung, Bereitstellung von Zeitfenstern und eindeutige Kompetenzzuweisungen zum Ausbau und zur Nutzung von Netzwerkmanagement und Gremienarbeit). Auch nach außen hin muss sich die Institution öffnen: wenn individuelle Unterstützungsbedarfe vollständig erhoben werden, offenbart sich schnell, dass nicht alle Teilhabeleistungen von der Institution allein abgedeckt werden können. Schon jetzt kooperieren kleinere Träger miteinander, um möglichst vielfältige Angebote aufrechterhalten zu können.

Längerfristig wird eine Vernetzung mit einer Vielzahl an Leistungsanbietern auf dem Markt nötig sein, um ein bedarfsorientiertes Case Management sicherstellen zu können. Ob in großen Trägerverbänden, über regionale Netzwerke oder über Einzelverträge: eine Individualisierte Teilhabeplanung kann nicht funktionieren auf der Grundlage einer starren, angebotsorientierten Einrichtungslogik. Die Vernetzung mit den Leistungsträgern, mit den Kommunen, mit Ehrenamt, mit anderen Einrichtungen und formellen wie informellen Dienstleistern ist Voraussetzung für eine gelebte Inklusion.

Die Implementierung von Case Management in einer Institution ist vor allem eine Führungsaufgabe. Die Organisation muss sich darüber im Klaren sein, dass Case Management nicht einfach eine weitere Funktion innerhalb eines bestehenden Einrichtungsgefüges ist. Die Ergebnisse aus dem Case Management fordern eine stetige Anpassung von Strukturen und Prozessen wie auch der angebotenen Leistungen. Die Stärkung

der Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen mit Behinderung hat zur Folge, dass sich die Organisation zunehmend den Menschen anpassen muss und nicht umgekehrt die Menschen der Organisation. Das kann Interessenskonflikte zur Folge haben, wenn z.B. Mitarbeiter gefordert sind, sehr viel stärker dienstleistungsorientiert zu denken und zu handeln, oder auch, wenn Schwachstellen in der Leistungserbringung bei der Überprüfung durch das Case Management zu Tage treten. Case Management bündelt die Interessen, Bedarfe und Angebote zur Zielerreichung und optimiert die Leistungserbringung, Ressourcen können umverteilt werden. Es bedarf sorgfältiger Konzeptarbeit, Planung und gut durchdachter Kommunikation, um ein CM erfolgreich zu implementieren.

5. Chancen und Risiken von Case Management in der Eingliederungshilfe

Bisherige Erfahrungen zeigen, dass die Implementierung von Case Management in Einrichtungen der Behindertenhilfe in erster Linie als Kostenfaktor betrachtet wird. Andererseits entsprechen Inhalt und Arbeitsweise des Case Management in vollem Umfang den Anforderungen der UN-BRK und der ICF. Dieses Dilemma beschreibt in Kürze die Chancen und Risiken von Case Management in der Behindertenhilfe. Auf der einen Seite ermöglicht Case Management ein personenzentriertes Teilhabemanagement, dessen Leistungen überprüfbar sind und deren Wirkung messbar ist. Auf der anderen Seite besteht die Gefahr, dass die Vorteile von Case Management nicht gesehen werden, weil der finanzielle Aufwand zunächst höher ist als der Nutzen, auch wenn sich dies im Laufe der Implementierung wieder relativiert.

Grenzen zeigen sich auch, wenn bestimmte Bedarfe nicht als solche anerkannt werden oder wenn versucht wird, die Teilhabeleistungen in Umfang und Qualität zu reduzieren. Die Aufgabe von Case Managern ist es, ggfs. in Absprache mit gesetzl. Betreuern oder Angehörigen, in Verhandlungen mit Leistungsträgern die Interessen des Menschen mit Behinderung zu vertreten. Gemeinsam kann nach Alternativen gesucht oder nach anderen Finanzierungsmöglichkeiten Ausschau gehalten werden.

Probleme treten auf, wenn das Case Management nicht bekannt ist oder nur intern als Case Management autorisiert ist. Es erfordert viel Zeit und Geduld, die Funktion nach innen und außen sichtbar zu machen und um Kooperation zu werben – nicht zuletzt auch gegenüber Klienten und Angehörigen.

Chancen bestehen vor allem dann, wenn die Herausforderungen, denen sich früher oder später alle Einrichtungen der Behindertenhilfe stellen müssen, von einem fachlich gut ausgestalteten Case Management bearbeitet werden. Denn mit Blick auf die Komplexität und Vielschichtigkeit der Situation von Menschen mit Behinderung übertrifft CM alle anderen Handlungskonzepte deutlich.

6. Fazit

Das Handlungskonzept Case Management kann - so sehen wir es als Fachgruppe – sowohl in der Theorie als auch in der Praxis einem professionellen Teilhabemanagement am ehesten gerecht werden. Case Management unterstützt in Vorgehensweise und Selbstverständnis einen gesellschaftlichen Wertewandel, der im Zuge der Umsetzung der UN BRK deutlich an Geschwindigkeit zunimmt. Case Management trägt - unabhängig vom Ort der Leistungserbringer - dazu bei, für Menschen mit Behinderung die notwendige Unterstützung zu bieten, um insgesamt die Inklusion voran zu bringen.

DGCC Fachgruppe „Rehabilitation und Inklusion für Menschen mit Behinderung“

20. April 2017