

# **Dienstübergreifendes Vernetzungskonzept**

**Case Management als Handlungskonzept für die Fallarbeit mit  
Familien in vielfältigen Problemsituationen**

**Schritt für Schritt und Hand in Hand  
zur adressatenorientierten vernetzten Zusammenarbeit  
in der Deutschsprachigen Gemeinschaft**

Herausgeber: Sozialdienste der Deutschsprachigen Gemeinschaft unter Anleitung von Prof. Dr. Mennemann und mit Unterstützung der Regierung und des Ministeriums der Deutschsprachigen Gemeinschaft

# Gliederung

## A. Einführung

1. **Inhalte** des dienstübergreifenden Vernetzungskonzepts: „lernendes“ Konzept
2. Deutschsprachige Gemeinschaft: **Grundhaltungen** des sozialen Zusammenhalts
3. Die **Adressatengruppe**: Familien in vielfältigen Problemsituationen
4. Die beteiligten **Dienste**: Vielfalt ist Trumpf!
5. **Begriffs- und Konzeptklärung**: Care und Case Management

## B. Ziele und Prinzipien des dienstübergreifenden Vernetzungskonzepts

1. **Zielsetzung**: adressatenorientierte Zusammenarbeit
2. **Ethische Grundlagen**
3. **Handlungsleitbilder und -konsequenzen für alle beteiligten Dienste**
  - a) *Klientenorientierung vor Angebotsorientierung: zielgruppenorientiert denken und handeln*
  - b) *Mehrdimensionalität anstatt Eindimensionalität: „ganzheitlich“ und „systemisch“ handeln*
  - c) *Ressourcen- vor Defizitorientierung: Potenziale nutzen*
  - d) *Selbstbestimmung anstatt Fremdbestimmung: Eigenverantwortung stärken*
  - e) *Transparenz anstatt Undurchsichtigkeit: verständlich und nachvollziehbar auftreten*
  - f) *Gemeinschaft vor Isolierung: Synergien nutzen*
  - g) *Kooperation vor Konkurrenz: gemeinsames planvolles Vorgehen*
  - h) *Prävention vor Intervention: frühzeitig Hilfestellung anbieten*

## C. Umsetzung des dienstübergreifenden Vernetzungskonzepts

1. **Struktur** der Zusammenarbeit
2. **Ablauf** der Zusammenarbeit
  - a) *Case Management Prozess*
  - b) *Beschwerdemanagement*
3. **Instrumente** der Zusammenarbeit
  - a) *Fallklärung*
  - b) *Falleinschätzung*
  - c) *Hilfeplanung*
  - d) *Fallbeobachtung und -steuerung*
  - e) *Fallbewertung*
  - f) *Netzwerkbewertung*
4. **Ausblick**: Pilotphase
5. **Selbstverpflichtung** der Dienste und in Krafttreten des Vernetzungskonzepts

## **A. Einführung:**

### **A.1. Inhalte des dienstübergreifenden Vernetzungskonzepts: „lernendes Konzept“**

Ausgangspunkt des vorliegenden dienstübergreifenden Vernetzungskonzepts ist der feste Wille aller nach diesem Konzept arbeitenden Dienste in der Deutschsprachigen Gemeinschaft, die Zusammenarbeit für Familien, die sich in vielfältigen Problemsituationen befinden, zu verbessern.

Die Grundlage des dienstübergreifenden Vernetzungskonzepts bildet das Handlungskonzept Case Management, so wie es in den Rahmenempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management erläutert wird.

Das vorliegende Konzept beschreibt die Nutznießer<sup>1</sup> (A.), die Ziele und die Prinzipien (B.) sowie die Regeln, den Ablauf und die Instrumente der Zusammenarbeit der Dienste (C.). Es stellt die selbstverpflichtende Haltungs- und Handlungsgrundlage der Zusammenarbeit aller beteiligten Dienste dar.

Da die Dienste steten Veränderungen unterworfen sind und ein Netzwerk auf die freiwillige Bereitschaft aller in ihren Entscheidungen souveränen Dienste angewiesen ist, bedarf das Netzwerk einer steten Pflege und auch das Vernetzungskonzept einer regelmäßigen Überprüfung. Die Fortschreibung des Konzepts und die Selbstverpflichtung der unterzeichnenden Dienste sind abschließender Bestandteil dieses Konzepts.

---

<sup>1</sup> Die im Text aufgeführten Begrifflichkeiten „Nutznießer“, „Klient“ und „Adressat“ werde synonym verwendet.

## **A.2. Deutschsprachige Gemeinschaft: Grundhaltungen des sozialen Zusammenhalts**

Innovativ, nachhaltig und kooperativ sind drei Zielsetzungen, die sich wie ein roter Faden durch alle sechzehn Zukunftsprojekte des Regionalen Entwicklungskonzeptes der Deutschsprachigen Gemeinschaft ziehen. Diese drei Grundhaltungen prägen auch ganz entscheidend die inhaltliche und strategische Ausrichtung des dienstübergreifenden Vernetzungskonzeptes.

### ***Innovativ***

Die in Wissenschaft und Praxis anerkannte und geschätzte Handlungsmethode Case Management bildet die Basis des vorliegenden Konzeptes. Dieses effiziente und innovative Instrument soll in der Deutschsprachigen Gemeinschaft systematisch eingeführt werden und dadurch zu einer qualitativen Verbesserung und wirkungsorientierten Steuerung in der Arbeit mit Familien in vielfältigen Problemsituationen beitragen.

### ***Nachhaltig***

Familien in vielfältigen Problemsituationen Teilhabechancen und Chancengerechtigkeit im Beruf und sozialen Leben zu verbessern, trägt zur dynamischen Weiterentwicklung unserer Gemeinschaft bei. Dem Benachteiligungsrisiko der angesprochenen Zielgruppe frühzeitig und nachhaltig entgegenzuwirken, ist eine Herausforderung, der sich die Deutschsprachige Gemeinschaft mit dem dienstübergreifenden Vernetzungskonzept stellt.

### ***Kooperativ***

Die Deutschsprachige Gemeinschaft stellt Rahmenbedingungen zur Etablierung eines Qualitätsverbundes zur Verfügung, damit die Potenziale und das Fachwissen der einzelnen Einrichtungen und Dienste noch wirkungsvoller eingesetzt werden können. Eine koordinierte und kooperative Zusammenarbeit der Sozialdienste untereinander und mit den Familien kann dazu beitragen, gute Beratungsbedingungen für Familien in vielfältigen Problemsituationen zu schaffen.

Wenn diese drei Einstellungen ein harmonisches Ganzes bilden, kann sich die Deutschsprachige Gemeinschaft als lebendiger Lebensraum für alle Bürgerinnen und Bürger – insbesondere auch für Familien in vielfältigen Problemsituationen – weiterentwickeln.

### **A.3. Die Adressatengruppe: Familien in vielfältigen Problemsituationen**

Die Herausforderungen<sup>2</sup> der Adressatengruppe liegen:

- im finanziellen Bereich (lange Abhängigkeit von Ersatzeinkünften, prekäre Erwerbssituation)
- bei der Integration in den Arbeitsmarkt (keine/geringe Berufsqualifikation, Langzeiterwerbslosigkeit)
- im sozialen Bereich (z.B. mit Nachbarn, Schule, Sozialen Diensten, Isolation)
- im psychischen oder psychosozialen Bereich (z.B. Verhaltensauffälligkeiten/-störungen, affektive oder neurotische Störungen)
- bei innerfamiliären Beziehungsfragen, die gleichzeitig bestehen und wechselseitig miteinander verknüpft sind
- bei Konflikt- und Gewalterfahrung (inner- und außerfamiliär)
- bei Strukturlosigkeit des Familienlebens und Alltags (z.B. fehlende Ressourcen zur Lebensbewältigung)
- bei generationsübergreifend gemachten belastenden Erfahrungen
- beim mangelndem Zugang zu eigenen Ressourcen (materiell, sozial, kulturell, gesundheitlich)
- bei dem Phänomen, dass mehrere (manchmal alle) Familienmitglieder betroffen sind
- bei mangelnder Veränderungsbereitschaft (z.B. Unfähigkeit oder Unwilligkeit, die eigene Situation zu verändern)
- beim häufigen Kontakt mit Diensten und Misstrauen gegenüber Hilfeangeboten

Resümierend kann festgehalten werden, dass die Adressatengruppe mehreren der aufgelisteten Merkmale gegenübersteht und einen länger andauernden Unterstützungsbedarf offenbart.

---

<sup>2</sup> Vgl. Sozialbericht der Deutschsprachigen Gemeinschaft: Multiproblemfamilien – Familien mit vielfältiger Problembelastung

#### **A.4. Die beteiligten Dienste: Vielfalt ist Trumpf**

Häufig unterstützen unterschiedliche Dienste eine Familie, die sich vielfältigen Herausforderungen gegenüberstellt. Dabei ist es die Aufgabe der beteiligten Dienste, den Familien gemeinsam, auf der Grundlage einer koordinierten Zusammenarbeit, bedarfsgerecht und klientenzentriert Hilfe zukommen zu lassen. Für die Familien ist es entlastend, „aus einer Hand“ über die hilfreichen Angebote in ihrer spezifischen Situation beraten zu werden. Für die Zusammenarbeit der Dienste ist es förderlich, dass es fallbezogen von dem Netzwerk der Dienste autorisierte Fallsteuerer gibt.

Über dreißig Akteure beteiligen sich aktiv an der Ausarbeitung und Umsetzung des dienstübergreifenden Vernetzungskonzeptes. In über 10 Diensten werden Mitarbeiter als Fallsteuerer (Case Manager) arbeiten. Diese große Vielfalt ist ein entscheidender Trumpf für die Wirksamkeit und Anerkennung des zu etablierenden Netzwerkes zur besseren Unterstützung von Familien mit vielfältiger Problembelastung.

Die Aufgabenschwerpunkte und Angebotsbreite der beteiligten Sozialdienste werden in einem noch auszuarbeitenden Dokument beschrieben. Nachfolgend werden die entsprechenden Dienste und Einrichtungen in alphabetischer Reihenfolge aufgelistet.

1. Arbeitsamt der DG
2. Christliche Krankenkasse Eupen
3. Courage
4. Dienst für Kind und Familie
5. Dienststelle für Personen mit Behinderung
6. Eudomos – ihr häuslicher Begleitdienst
7. Frauenliga – Haus der Familie Kelmis
8. Freies PMS Eupen
9. Frühhilfe Ostbelgien
10. Infoasyl des Belgischen Roten Kreuzes
11. Jugendbüro – Streetwork
12. Jugendgerichtsdienst
13. Jugendhilfedienst
14. Kindertherapiezentrum
15. Klinik St. Josef – Sozialdienst
16. Mosaik – Zentrum für sozialpädagogische Kinder- und Jugendbetreuung
17. Oikos
18. ÖSHZ Kelmis
19. ÖSHZ Raeren
20. Pflegefamiliendienst
21. PMS-Zentrum der DG
22. PMS-Zentrum der Provinz
23. Regionalzentrum für Kleinkindbetreuung

24. S.I.A. – Soziale Integration und Alltagshilfe
25. Sozial-Psychologisches Zentrum Ostbelgien
26. St. Nikolaus-Hospital Eupen – Sozialdienst
27. Teilzeitunterricht – RSI + BS TI
28. Viertelhaus Cardijn
29. Wohnraum für Alle
30. Zentrum für Förderpädagogik
31. Vermittlungsdienst im Rahmen des Jugendschutzes
32. Zentrale Behörde der DG für Adoption

## A.5. Begriffs- und Konzeptklärung: Care und Case Management

### Definition Case Management

Case Management meint dem Begriff nach die geschickte Steuerung („Management“) einer Fallsituation, in der sich Menschen befinden („Case“).

Case Management ist ein Handlungskonzept, das die drei Ebenen Einzelfall, Organisation und Netzwerk mit Blick auf den Bedarf des Klienten miteinander verbindet. Ein implementiertes Case Management-Konzept gewährt dem Nutznießer koordinierende Beratung aus einer Hand und weitestmögliche Transparenz auf der Grundlage einer standardisierten Dokumentation.

Die Implementierung von Case Management setzt voraus,

- dass die notwendigen Instrumente, eine einzelne Fallsituation aufzunehmen und zu steuern, auf der Einzelfall- und der Netzwerkebene entwickelt sind (Fallklärung, Falleinschätzung, Hilfeplan, Fallsteuerung, Fallbewertung),
- dass die Organisation dem Case Manager alle Kompetenzen zuschreibt, den Einzelfall und das Netzwerk mit Blick auf den Klienten zu steuern und
- dass ein klientenorientiertes Netzwerk aller vorhandenen Hilfen in der Region aufgebaut ist (Netzwerkkonzept, Schnittstelleninstrumente).

Case Management: geschickte Steuerung („Management“) einer Fallsituation („Case“)

### Definition Care Management

„Care“ bedeutet dem Begriff nach Pflege, Versorgung, Fürsorge, Sorge. Im Kontext von Case Management bezieht sich „Care Management“ auf die Ebene, das Versorgungsnetz aller Dienste für die Nutznießer der Hilfe optimal zu gestalten.

„Care Management“ ist die Initiierung und Pflege des Dienstleistungsnetzwerkes – auch unabhängig vom Einzelfall.

Care Management: fallunabhängige Initiierung und Pflege des Dienstleistungsnetzwerkes

### Care und Case Manager

Die Care Manager sorgen für die Pflege des Netzwerkes. Aus der Sicht eines Dienstes sind sie zuständig für die Außenkontakte im Rahmen der geregelten Zusammenarbeit. Sie sind innerhalb ihres Dienstes autorisiert, die Zusammenarbeit dienst- und trägerübergreifend zu regeln.

Die Case Manager koordinieren fallbezogen das Netzwerk. Sie sind auf der Einzelfallebene und mit Blick auf den Einzelfall koordinierend auf der Netzwerkebene tätig. Die Case Manager sind im Rahmen der vereinbarten dienstübergreifenden Zusammenarbeit autorisiert, die am Einzelfall beteiligten Dienste zu koordinieren.

Care Manager: regelt fallunabhängig Zusammenarbeit dienst- und trägerübergreifend

## **B. Ziele und Prinzipien des dienstübergreifenden Vernetzungskonzepts**

### **B.1. Zielsetzung: klientenorientierte Zusammenarbeit**

Ziel des dienstübergreifenden Vernetzungskonzepts ist es, die Grundlagen für eine vernetzte Zusammenarbeit der Dienste für Familien in vielfältigen Problemsituationen in der Deutschsprachigen Gemeinschaft verbindlich darzulegen.

Alle Dienste verfolgen letztlich ein Ziel: den Familien möglichst effektiv zu helfen. Dazu ist es notwendig, zusammen zu arbeiten und die Zusammenarbeit verbindlich zu regeln.

Koordinierende Beratung aus einer Hand kann den Klienten nur gewährt werden, wenn die Helfer im Rahmen der dienstübergreifenden Zusammenarbeit autorisiert sind, die Situation der Klienten möglichst verlässlich und umfassend aufzunehmen und die beteiligten Dienste einzelfallbezogen zu informieren und zu koordinieren. Die Umsetzung dieses Anspruchs setzt voraus, dass sich die beteiligten Dienste bezüglich der

- Grundhaltungen
- Struktur und Ablauf
- Instrumente
- Verbindlichkeit und Weiterentwicklung

ihrer Zusammenarbeit verständigt haben.

Das Bestreben klientenorientierter Zusammenarbeit zieht Ziele auf der Einzelfall-, der Organisations- und der Netzwerkebene zwangsläufig nach sich.

Auf der Einzelfallebene sind verlässliche Instrumente zu entwickeln, die die Fallsituation mehrdimensional aufnehmen und eine dienstübergreifende Steuerung ermöglichen.

Auf der Organisationsebene sind bezüglich des Aufbaus, des Ablaufs sowie der Dokumentation eines Falles alle Voraussetzungen zu treffen, dass Case Manager fallbezogen Dienste steuern können.

Auf der Netzwerkebene sind die Zusammenarbeit, die verwendeten Instrumente und die Autorisierung der Case Manager verbindlich zu regeln.

### **B.2. Ethische Grundlagen**

Für alle Mitarbeiter der am Netzwerk beteiligten Dienste gelten die jeweils gültigen ethischen Grundlagen der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management.

### **B.3. Handlungsleitbilder und -konsequenzen für alle beteiligten Dienste**

Die folgenden acht Handlungsleitbilder der Zusammenarbeit sind Ausdruck der gemeinsam geteilten Grundhaltungen aller am Netzwerk beteiligten Dienste. Sie stehen im Einklang mit den Leitbildern aller Dienste.

Die Prinzipien werden zunächst dem Inhalt nach definiert. Im Anschluss werden konkrete Handlungskonsequenzen dargestellt.

Die mit ihrer Nennung hervorgehobenen acht Handlungsleitbilder sind zentrale Grundlagen für die gemeinsame Arbeit im Rahmen der dienstübergreifenden Zusammenarbeit. Sie sind keine abgeschlossene Auflistung. Vielmehr ließen sich weitere Handlungsleitbilder ergänzen oder den Genannten zuordnen.

#### **B.3.a. Klientenorientierung vor Angebotsorientierung: zielgruppenorientiert denken und handeln**

Die Ausrichtung der Struktur und des Ablaufs der Hilfeleistungserbringung ist primär orientiert an den Bedarfssituationen der Familien, die sich in vielfältigen Problemsituationen befinden. Sekundär bezieht sie sich auf den Bedarf und die Interessen der Organisation.

Auch soziale Organisationen entwickeln eigene Interessen und auf sich bezogene Notwendigkeiten des Handelns. Diese entstehen alleine schon mit Blick auf die Interessen der Mitarbeiter nach geregelter und angemessener Bezahlung und Arbeitszeiten. Eine Organisation muss sich am Markt behaupten und es liegt in ihrem Interesse, den eigenen Einflussbereich zu bewahren und ggf. auch auszudehnen. Sie befindet sich je nach Auftrag, gesetzlichem Hintergrund und Finanzierungsgrundlage mehr oder weniger deutlich in Konkurrenz zu anderen Einrichtungen und ist darauf angewiesen, ihre Leistung darzustellen.

Der Primärauftrag einer im sozialen Bereich tätigen Organisation bleibt trotz aller berechtigten Eigeninteressen die möglichst effektive Hilfeleistung für den Klienten. In der Regel werden die Organisationen auf der Grundlage gesetzlicher Regelungen und Aufträge finanziert. Sie folgen nicht primär einem Eigeninteresse und auch nicht einem finanziellen Profitgedanken.

Im Rahmen der dienstübergreifenden Zusammenarbeit verpflichten sich die Organisationen mit ihren Mitarbeitern zu dem Leitgedanken, die dienstübergreifende, gemeinsame Orientierung am Bedarf des Klienten vor den Interessen der eigenen Organisation handlungsleitend umzusetzen.

Die Selbstverpflichtung zur Zusammenarbeit mit anderen Diensten auf der Grundlage des vorliegenden Konzepts ist Ausdruck der Vorrangstellung der Klientenorientierung.

### **B.3.b. Mehrdimensionalität anstatt Eindimensionalität: „ganzheitlich“ und „systemisch“ handeln**

Im Rahmen der dienstübergreifenden Zusammenarbeit wird der Bedarf des Klienten mehrdimensional und systemisch betrachtet. Die Familie wird in ihren sozialen Beziehungen der Familienmitglieder zueinander und in ihrem sozialen und räumlichen Umfeld wahrgenommen („systemischer“ Ansatz). Der Bedarf der Familien berührt häufig mehrere Lebensbereiche und Dimensionen: die Biographie der Familienmitglieder, die persönlichen Grundhaltungen, das Erziehungsverhalten, das Sozialverhalten, die Wohnung, die Finanzen, die Arbeit, die körperliche und seelische Gesundheit, die handlungsbezogenen Alltagskompetenzen und die beteiligten Institutionen („ganzheitlicher“ bzw. „mehrdimensionaler“ Ansatz).

Der Bedarf von Familien in vielfältigen Problemsituationen übersteigt häufig die Hilfeleistungsmöglichkeiten eines einzelnen Dienstes. Der Leitgedanke für alle am Netzwerk beteiligten Dienste, mehrdimensional und systemisch zu arbeiten, beinhaltet, dass alle die Familiensituation nicht nur mit Blick auf die eigenen Hilfemöglichkeiten und Definitionen von Hilfebedürftigkeit betrachten, sondern alle relevanten Aspekte im Rahmen der Zusammenarbeit im Blick haben.

Dieser Leitsatz setzt die Grundhaltung integrierter Zusammenarbeit und die Entwicklung von mehrdimensional und systemisch ausgerichteten Arbeits- und Dokumentationsinstrumenten voraus.

### **B.3.c. Ressourcen- vor Defizitorientierung: Potenziale nutzen**

Die dienstübergreifende Hilfe orientiert sich vor allem an den vorhandenen Potenzialen der Familie, um die Probleme und Herausforderungen zu bewältigen.

Die Unterstützungs- und Lösungsansätze zur Bewältigung der Herausforderungen und zum Umgang mit erkennbaren Defiziten knüpfen an die vorhandenen Bewusstseins- und Handlungspotentiale der Familie an. Die vorrangige Aufnahme und Berücksichtigung der Potenziale der Familie sowie die Möglichkeiten ihrer Stärkung stehen im Vordergrund des gesamten Hilfeprozesses.

Diese Ausrichtung der Hilfe wird in den Arbeits- und Dokumentationsinstrumenten berücksichtigt und findet in der konkreten Arbeit ihren Niederschlag.

### **B.3.d. Selbstbestimmung anstatt Fremdbestimmung: Eigenverantwortung stärken**

Die Hilfeleistungen verfolgen im Rahmen des gesetzlichen Auftrags das Ziel, Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten und Kompetenzen aufzubauen, damit die Familien so weit wie möglich ohne professionelle Hilfe eigenverantwortlich ihren Alltag (wieder) bewältigen können.

Dazu ist es notwendig, die Selbstbestimmung der Klienten zu respektieren und im gesamten Hilfeprozess zu stärken. Die Hilfeleistungen haben das Ziel, Bewusstseins- und Handlungspotentiale der Familien hilfreich zu erweitern.

Mitunter nicht bewusste, im Hilfeprozess für andere aber deutlich erkennbare Eigeninteressen der Helfer oder der Dienste nach Macht und Einfluss werden über die koordinierende Tätigkeit der Case Manager in dem dienstübergreifenden Hilfeprozess miteinander reflektiert, um die Selbstbestimmung und Eigenverantwortung der Klienten nicht zu gefährden.

### **B.3.e. Transparenz anstatt Undurchsichtigkeit: verständlich und nachvollziehbar auftreten**

Der gesamte Hilfeprozess ist von allen beteiligten Helfern gegenüber der Familie und auch gegenüber den anderen Diensten verständlich und nachvollziehbar gestaltet.

Die Hilfe ist in ihren gesetzlichen, organisatorischen und strukturellen Grundlagen, Zielen, Inhalten und Methoden für die Klienten verständlich und nachvollziehbar aufgebaut und vermittelt.

Ebenfalls ist die Hilfeleistung der einzelnen Dienste gegenüber dem fallführenden Case Manager und den anderen beteiligten Diensten verständlich und nachvollziehbar gestaltet gemäß der vereinbarten Instrumente und Kommunikationsregeln.

Dies setzt die Bereitschaft aller Dienste voraus, ihre Hilfeleistungen dem Inhalt und der Methodik nach so weit wie dies sinnvoll und möglich ist, auszuweisen und anderen Diensten, dem Case Manager und der Familie zugänglich zu machen.

### **B.3.f. Gemeinschaft vor Isolierung: Synergien nutzen**

Ein Leitgedanke des dienstübergreifenden Netzwerkes ist es, dass die von allen Diensten gemeinsam erbrachte, bedarfsgerechte Hilfe unter Wahrung und Einbeziehung der spezifischen Kompetenzen der einzelnen Dienste die gesamte Hilfeleistung für die Familie effektiver gestaltet. Die vernetzte, integrierte Arbeit hebt in der Folge die Effektivität des Hilfenetzwerkes und die Bedeutung des einzelnen Dienstes. Die Anerkennung der Kompetenzen anderer und das Nutzen gemeinsam vorhandener Möglichkeiten stärkt klientenorientiert den gesamten Hilfeprozess sowie auch die Stellung der einzelnen im Netzwerk vorhandenen Dienste, deren Kompetenzen im Rahmen der Zusammenarbeit

anerkannt und berücksichtigt werden.

### **B.3.g. Kooperation vor Konkurrenz: gemeinsames, planvolles Vorgehen**

Die primäre Ausrichtung am Bedarf der Familien hat den Leitgedanken zur Folge, dass nur ein gemeinsames, planvolles Vorgehen die Aussicht auf höchstmögliche Effektivität der Hilfe ermöglicht. Dem Ziel, der Familie möglichst wirkungsvoll und nachhaltig zu helfen, fühlen sich alle Dienste verpflichtet.

Kooperation meint die verlässlich vereinbarte, integrierte Zusammenarbeit, d.h. die Berücksichtigung der Kompetenzen anderer Dienste im Rahmen der eigenen Arbeit sowie die Bereitschaft, im Rahmen der vereinbarten Regeln vernetzt mit anderen Diensten und Organisationen zusammen zu arbeiten.

Trotz aller Kooperationsvereinbarungen bleibt aufgrund der legitimen Einzelinteressen der Dienste und Organisationen Konkurrenz vorhanden. Dienste und Organisationen mit gleichen Angeboten werden stets in Konkurrenz bleiben. Case Manager haben diese Konkurrenzsituation zu berücksichtigen. Sie informieren die Klienten über Kriterien, einen geeigneten Dienst auszuwählen, ohne eine Vorentscheidung zu äußern.

Die Konkurrenz zwischen Diensten und Organisationen ist dabei ein Motor der konzeptuellen Weiterentwicklung, der allerdings nicht auf Kosten der höchst möglichen Effizienz der Hilfestellungen für eine Familie ausgetragen werden darf.

### **B.3.h. Prävention vor Intervention: frühzeitig Hilfestellung anbieten**

Die Hilfe im Rahmen der dienstübergreifenden Zusammenarbeit folgt dem Leitgedanken, dass frühzeitige Hilfe sinnvoll ist, um das Potenzial der selbstverantwortlichen Alltagskompetenz der Familien rechtzeitig wieder herzustellen, zu stärken und dauerhaft zu halten.

Im Rahmen des Netzwerkes werden gezielt präventive Angebote erarbeitet und umgesetzt.

## C. Umsetzung des dienstübergreifenden Vernetzungskonzepts

Voraussetzung verlässlicher, vernetzter Zusammenarbeit ist die Beteiligung aller Hierarchieebenen der beteiligten Dienste. Es bedarf einer transparenten Vernetzungsstruktur mit klarer Zuordnung von Kompetenzen, Verantwortungen und Aufgaben (C.1. Struktur der Zusammenarbeit).

Da alle Mitarbeiter an der Zusammenarbeit im Netzwerk beteiligt sind, müssen der Ablauf eines Hilfeprozesses sowie der Umgang mit Beschwerden im Rahmen der vernetzten Zusammenarbeit für alle Mitarbeiter verbindlich und transparent geregelt werden (C.2; Ablauf der Zusammenarbeit). Alle Mitarbeiter sind in der Phase der Vollimplementierung verpflichtet, über die fachliche Zuständigkeit ihres Dienstes hinaus die Bedarfssituation umfangreich mit Blick auf alle relevanten Lebensbereiche grob einzuschätzen, um ggf. eine Fallübernahme durch einen Case Manager anzuraten.

Die Erarbeitung und Darstellung der Dokumentationsinstrumente im Rahmen des Case Management-Prozesses sind verpflichtende „Werkzeuge“ für Case Manager (C.3. Die Instrumente der Zusammenarbeit). Sie sichern den fachlichen Mindeststandard und gewähren eine verlässliche Datenverarbeitung und –weitergabe unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Der Prozess der Implementierung des Handlungskonzeptes Case Management als Grundlage vernetzter Zusammenarbeit erstreckt sich über drei Phasen: In der ersten Phase werden die Grundlagen von Case Management geschult und erarbeitet. In der anschließenden Pilotphase werden die erarbeiteten Inhalte punktuell erprobt und angepasst. Im Anschluss beginnt die Phase der Vollimplementierung (C.4. Ausblick: Pilotphase).

Die erste Phase wird abgeschlossen mit einer selbstverpflichtenden Erklärung aller beteiligten Dienste, die erarbeiteten Grundhaltungen und Abläufe einzuhalten und im Rahmen der vereinbarten Struktur mitzuwirken (C.5. Selbstverpflichtung der Dienste und in Kraft Treten des Vernetzungskonzepts).

## C.1. Struktur der Zusammenarbeit

In der Deutschsprachigen Gemeinschaft wird ein Netzwerk aufgebaut, das sich in mehrere Bereiche untergliedern kann. In diesen Zuständigkeitsbereichen werden beispielsweise modifizierte Instrumente (s. insb. C.3.b) angewandt. Zunächst wird in zwei Bereichen vernetzt zusammen gearbeitet: zum einen in der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen, Familien und im Bereich der Schule sowie zum anderen im Gesundheitsbereich und in der Arbeit mit älteren Menschen.

Die vernetzte Zusammenarbeit in den unterschiedlichen Bereichen wird getragen von einer Vernetzungsstruktur.

Die rahmenbezogene Steuerung des Netzwerkes wird übernommen von der Steuerungsgruppe, die aus allen Leitungskräften der beteiligten Dienste, Vertretern der Regierung und des Ministeriums sowie jeweils einem Vertreter aus der Care und der Case Management-Gruppe, die als Beisitzer beteiligt sind. Die Leitungskräfte wählen aus ihren Reihen einen Vorstand<sup>3</sup>. Diesem gehört auch zumindest ein Mitglied der Regierung und des Ministeriums an. Der Vorstand wird administrativ und fachlich unterstützt.

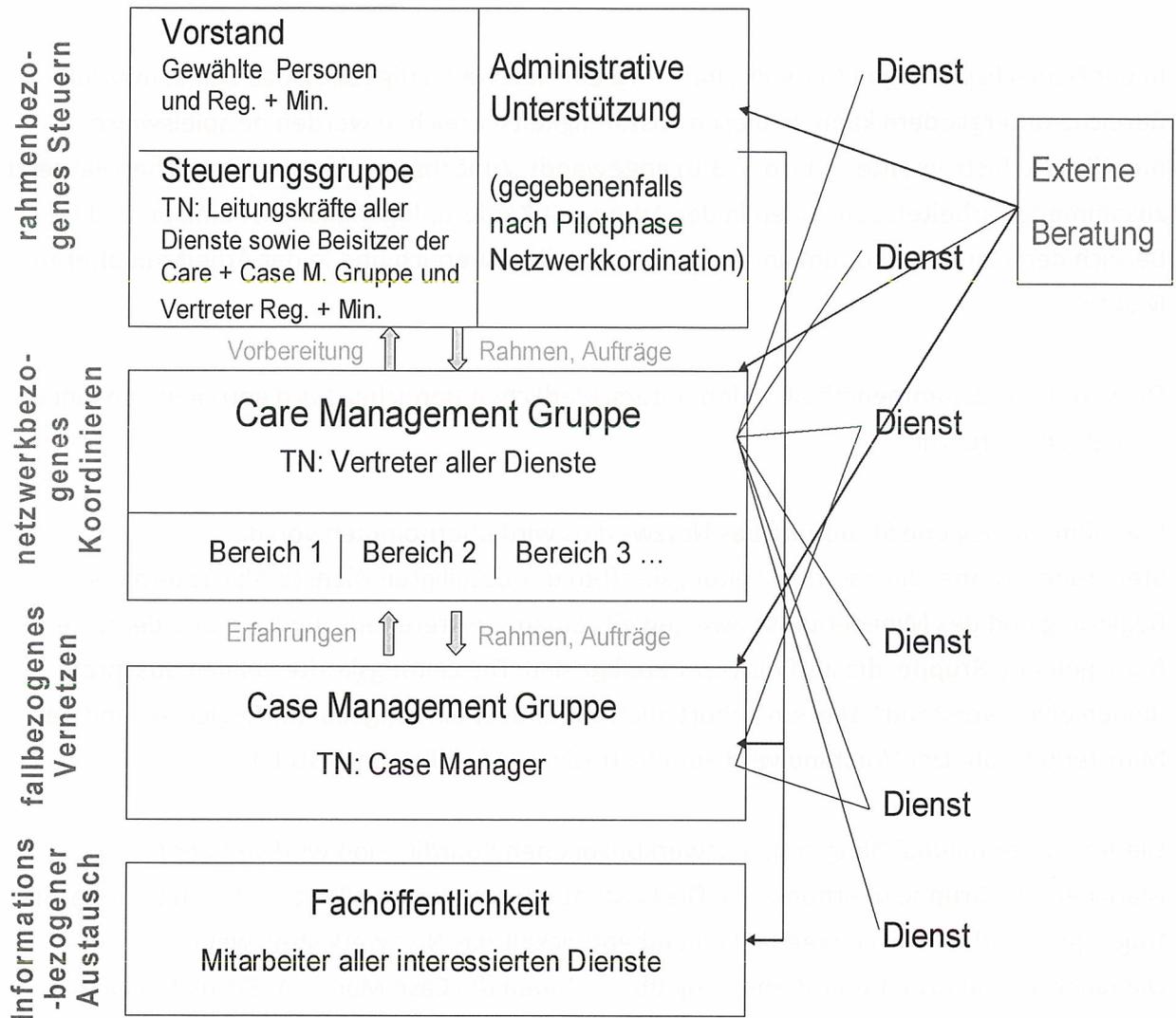
Die Arbeit der fallunabhängigen, netzwerkbezogenen Koordination wird von der Care Management-Gruppe übernommen. Sie besteht aus Vertretern aller beteiligten Dienste. Sie trägt operativ den Netzwerkgedanken und entwickelt das Netzwerk stets weiter. Die fallbezogene Arbeit und Vernetzung übernehmen die Case Manager. Sie bilden eine Arbeitsgruppe, die sich regelhaft austauscht, um die fallbezogene Arbeit weiter zu entwickeln sowie der Care Management und der Steuerungsgruppe Impulse für die notwendige Weiterentwicklung des Netzwerkes zu geben.

Das Netzwerk in der Deutschsprachigen Gemeinschaft wird transparent für die gesamte Fachöffentlichkeit und offen für alle in der Deutschsprachigen Gemeinschaft tätigen Dienste arbeiten. Die Fachöffentlichkeit wird an der Arbeit des Netzwerkes beteiligt, um einen Informationsfluss sicher zu stellen.

Externe Beratung wird bei Bedarf von der Steuerungsgruppe für alle beteiligten Gremien hinzugezogen.

---

<sup>3</sup> Der Vorstand nennt sich während der Pilotphase „Lenkende Arbeitsgruppe“.



## C.2. Ablauf der Zusammenarbeit

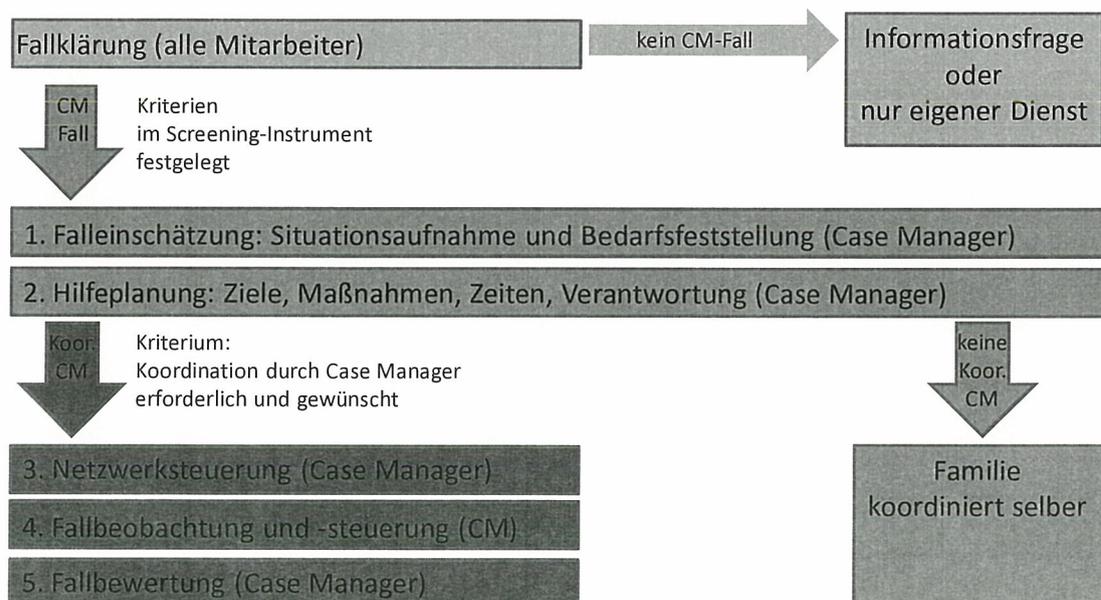
Der festgelegte und verbindliche Ablauf der einzelfallbezogenen Zusammenarbeit (C.2.a) sowie des Umgangs mit Beschwerden (C.2.b) stellen eine verlässliche Orientierung für alle Mitarbeiter im Rahmen der vernetzten Zusammenarbeit dar.

## C.2.a. Case Management-Prozess

In der Phase der Vollimplementierung von Case Management werden alle Mitarbeiter der beteiligten Dienste im Rahmen einer Falleinschätzung dafür sorgen, dass frühzeitig ein wahrscheinlich vorhandener, umfangreicher Hilfedarf einer Familie erkannt und durch einen Case Manager fallführend aufgenommen und geklärt wird. Die Case Manager klären die Fallsituation, stellen den Bedarf fest, formulieren mit den Klienten Ziele und Maßnahmen im Rahmen eines Hilfeplanes. Bei Bedarf übernehmen sie im Anschluss die Vermittlung an die Dienste, die Fallbeobachtung und –steuerung sowie zum Abschluss die Evaluation.

Im Rahmen der vernetzten Zusammenarbeit gibt es zwei zentrale Entscheidungspunkte. Im Anschluss an die Fallklärung (Screening) entscheiden alle beteiligten Mitarbeiter, ob eine Weiterleitung an einen Case Manager angeraten werden soll. Und im Anschluss an die Erarbeitung des Hilfeplanes entscheidet der Nutznießer mit dem Case Manager, ob dieser die weitere Fallführung, die Vernetzung der Dienste, übernehmen wird.

# Ablauf: Case Management-Prozess

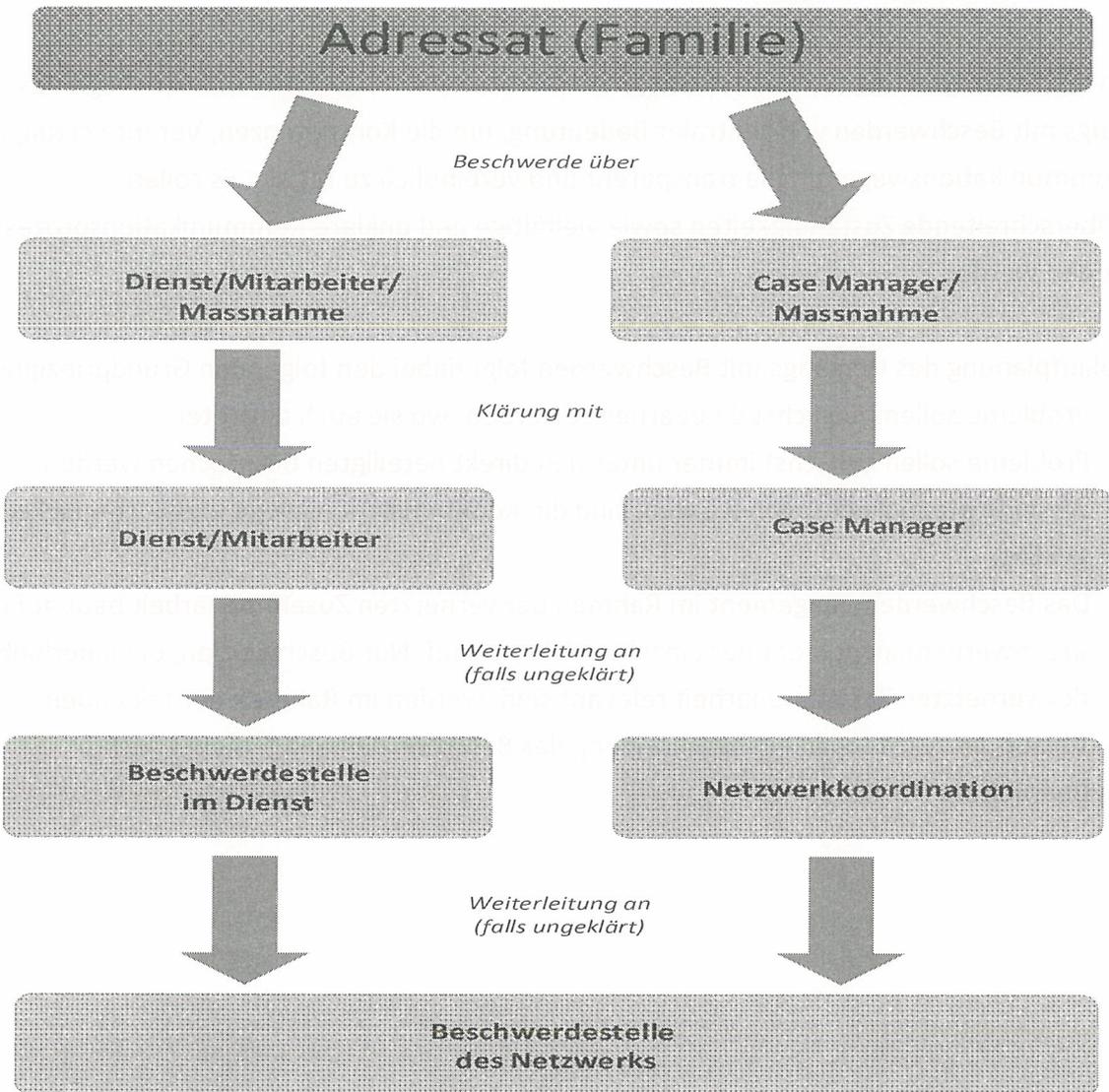


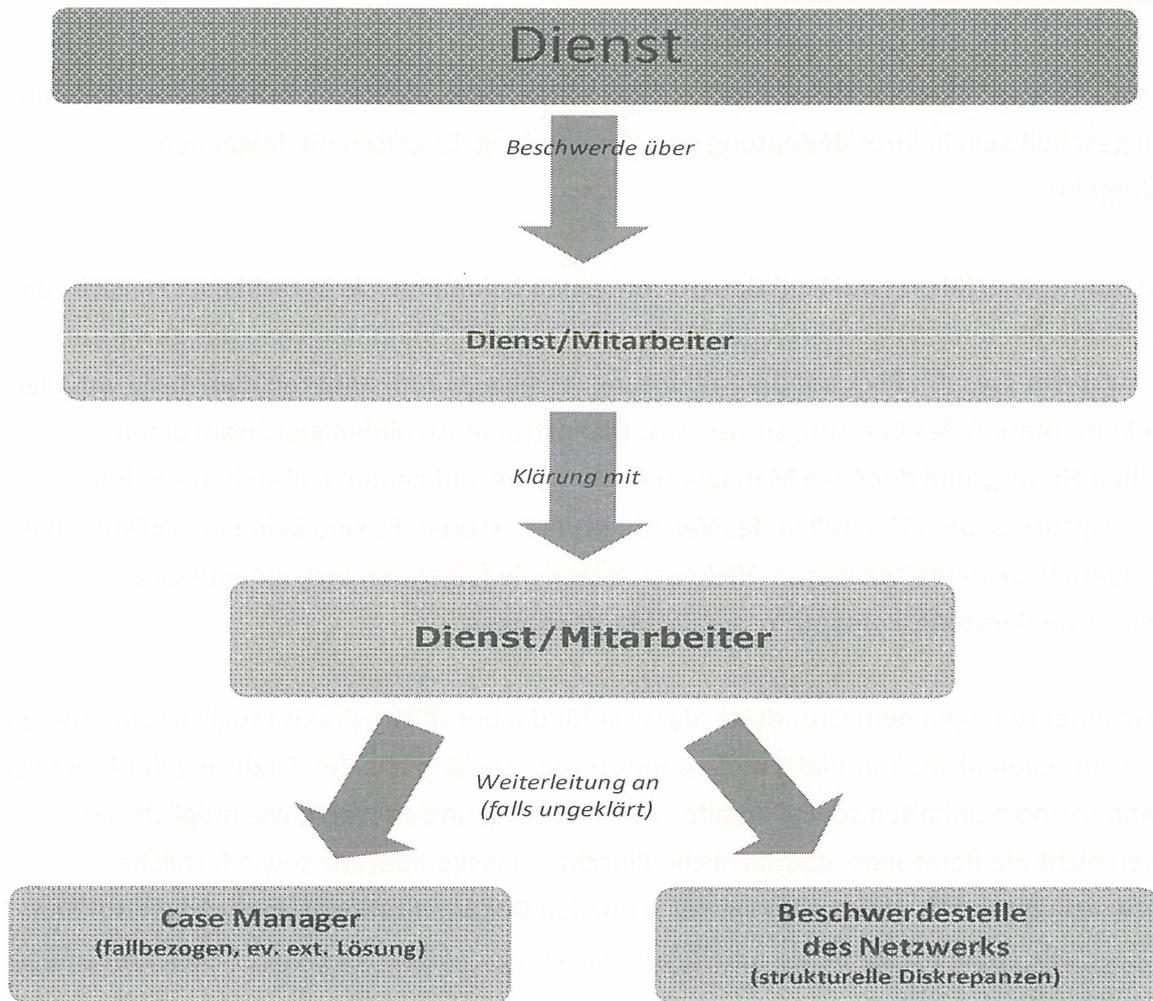
## C.2.b. Beschwerdemanagement

Neben der Ablaufplanung des Case Management-Prozesses ist das Einhalten der Wege des Umgangs mit Beschwerden von zentraler Bedeutung, um die Kompetenzen, Verantwortungen und Kommunikationswege für alle transparent und verbindlich zu regeln. Es sollen grenzüberschreitende Zuständigkeiten sowie vielfältige und unklare Kommunikationsprozesse vermieden werden.

Die Ablaufplanung des Umgangs mit Beschwerden folgt dabei den folgenden Grundprinzipien:

- Probleme sollen möglichst da bearbeitet werden, wo sie auch auftreten.
- Probleme sollen zunächst immer unter den direkt Beteiligten besprochen werden.
- Wenn Dritte hinzugezogen werden, sind die Kommunikationswege und Zuständigkeiten geklärt.
- Das Beschwerdemanagement im Rahmen der vernetzten Zusammenarbeit baut auf ein Beschwerdemanagement der einzelnen Dienste auf. Nur Beschwerden, die innerhalb der vernetzten Zusammenarbeit relevant sind, werden im Rahmen der folgenden Ablauf- und Zuständigkeitsbeschreibung des Beschwerdemanagements auch bearbeitet.





### C.3. Die Instrumente der Zusammenarbeit

Zu Beginn ist eine Warnung auszusprechen: alle Mitarbeiter, die die Instrumente verwenden, sollten geschult sein in ihrer Bedeutung und Verwendung. Es gelten die folgenden Grundregeln:

Die Instrumente erfüllen zwei Funktionen: zum einen beinhalten sie in fachlicher Hinsicht die Mindestkriterien und strukturieren den Ablauf. So wird ein Qualitätsniveau des gesamten Beratungsprozesses mit Blick auf die Fallführung festgelegt. Zum anderen dienen sie vor allem der Dokumentation des Beratungsprozesses. Die Instrumente bilden gleichsam einen fachlichen Hintergrund der Case Management-Beratung, auf keinen Fall sollten sie den Beratungsprozess, dem Herstellen des Vertrauens etc., stören. Es sind keine Checklisten, die chronologisch abzuarbeiten wären. Vielmehr setzen die folgenden Instrumente eine umfangreiche Beratungskompetenz der Fachkräfte voraus.

Die Instrumente folgen dem Grundsatz, dass sie für die berufliche Praxis tauglich sein müssen. Sie beanspruchen nicht, komplett, umfassend zu sein. Sie sind aus der Erfahrung der Praktiker entstanden und beinhalten so viel Inhalte wie notwendig und so wenig wie möglich. Sie ersetzen nicht die Beratungs- und fachliche Einschätzungskompetenz sowie fachliche Verantwortung der Mitarbeiter. Da sie der schnellen Dokumentation dienen, folgen sie dem Grundsatz, alle standardisierbaren Inhalte als solche auszuweisen und zudem Platz für offene Eintragungen zu beinhalten.

Der gesamte Case Management-Prozess steht unter dem Grundsatz der Freiwilligkeit und damit der Transparenz und Motivationsförderung der Nutznießer. Die Instrumente sind jederzeit für die Nutznießer einsehbar, wenn diese dies wünschen. Der Hilfeplan sollte von den Nutznießern und vom Case Manager unterzeichnet und den Nutznießern ausgehändigt werden.

Das Instrument zur Fallklärung wird in der Phase der Vollimplementierung von allen Mitarbeitern der beteiligten Dienste angewandt. Die Instrumente zur Falleinschätzung, Hilfeplanung sowie zur Fallbeobachtung und Steuerung werden ausschließlich von den Case Managern verwandt. Für die Evaluation wurden keine Instrumente erarbeitet, sondern für die fallbezogene und die fallunabhängige Ebene Pläne, die die Inhalte, Formen und Zeitpunkte von Evaluation im Rahmen der Netzwerkarbeit festlegen. In einem weiteren Schritt müssen entsprechende Instrumente erarbeitet werden.

Die Instrumente liegen den Mitarbeitern und Case Managern in Excel-Form vor. Die Weitergabe von Daten findet im Rahmen der geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen statt.

Die vorliegende Form der Instrumente dient stets als Grundlage der Arbeit. Sie wird im Rahmen der weiteren Evaluations- und Erarbeitungsprozesse stets neu angepasst werden. Es handelt sich um keine Endprodukte.

### **C.3.a. Fallklärung**

Das Instrument zur Fallklärung dient der schnellen Einschätzung, ob die Fallsituation aller Wahrscheinlichkeit nach ein Case Management-Fall mit umfangreichem, zu klärenden Beratungsbedarf ist, bei dem mehrere Dienste beteiligt sein werden.

Es wird in der Phase der Vollimplementierung von allen Mitarbeitern der am Netzwerk beteiligten Dienste angewandt. In der Regel wird es im Rahmen der Eingangsphase des Beratungsprozesses ausgefüllt. Es dient nicht als abzuarbeitende Checkliste und sollte den Beratungsprozess vor allem zu Beginn der Beratung nicht stören. Das Instrument berücksichtigt den Grundsatz der Freiwilligkeit. Es verbleibt beim Mitarbeiter. Wenn der Bedarf gesehen wird, überzuleiten an einen Case Manager, muss der Nutznießer umfangreich informiert und um Erlaubnis der Weitergabe der Daten an den Case Manager gebeten werden. Die Weiterleitung kann durch den Mitarbeiter geschehen oder durch die Nutznießer selber.

Die 7 zu berücksichtigten Kriterien, die sich weitestgehend an Lebenslagen orientieren, können im weiteren Verlauf in ihrer Bedeutung noch weiter ausgeführt werden.

## Screening

Name Nutznießer: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

### I. Wichtige Lebensbereiche

- |  |                                 |   |
|--|---------------------------------|---|
| 1. Beschäftigung (Arbeitslosigkeit, ...) | <input type="radio"/> (wichtig) | <input type="radio"/> (weniger wichtig) |
| Anmerkungen: _____                       |                                 |   |
| 2. Finanzielle Situation (Schulden, ...) | <input type="radio"/> (wichtig) | <input type="radio"/> (weniger wichtig) |
| Anmerkungen: _____                       |                                 |   |
| 3. Sozial-familiäre Situation            |                                 |   |
| a. Erziehung:                            | <input type="radio"/> (wichtig) | <input type="radio"/> (weniger wichtig) |
| b. Soziale Ressourcen                    | <input type="radio"/> (wichtig) | <input type="radio"/> (weniger wichtig) |
| c. Kindeswohl                            | <input type="radio"/> (wichtig) | <input type="radio"/> (weniger wichtig) |
| d. ...                                   |                                 |   |
| Anmerkungen: _____                       |                                 |   |
| 4. Gesundheit                            | <input type="radio"/> (wichtig) | <input type="radio"/> (weniger wichtig) |
| Anmerkungen: _____                       |                                 |   |
| 5. Wohnsituation:                        | <input type="radio"/> (wichtig) | <input type="radio"/> (weniger wichtig) |
| Anmerkungen: _____                       |                                 |   |
| 6. Rechtliche Situation:                 | <input type="radio"/> (wichtig) | <input type="radio"/> (weniger wichtig) |
| Anmerkungen: _____                       |                                 |   |
| 7. Drei oder mehr beteiligte Dienste     | <input type="radio"/> (ja)      | <input type="radio"/> (nein)            |
| Anmerkungen: _____                       |                                 |   |

### II. Auswertung:

Sind drei oder mehr Lebensbereiche  
und / oder Punkte (3.a-3.c)

als wichtig gekennzeichnet worden?  (ja)  (nein)

Wenn „ja“, ist dienstübergreifende Beratung (Case Management)

- notwendig
- nicht notwendig, nicht angeraten
- erwünscht
- nicht erwünscht

Ausnahme: Bei fehlender Koordination der beteiligten Dienste -> sofort CM-Fall.

Dienstübergreifende Beratung (Case Management) ist in diesem Fall

- erwünscht
- nicht erwünscht

Bemerkung: \_\_\_\_\_

Unterschrift Mitarbeiter\_in

Unterschrift Nutznießer\_in

### C.3.b. Falleinschätzung

Die Phase der Falleinschätzung wird unterstützt durch zwei Instrumente. Zunächst wird die Situation phänomennah mit Hilfe offener Fragen nach Möglichkeit im Wortlaut der Nutznießer aufgenommen (I.). Die für diesen Beratungsabschnitt formulierten, offenen Fragen sind weder abschließend noch verpflichtend. Vielmehr haben sie ausschließlich Unterstützungs- und Anregungscharakter.

Diese Form der Situationsaufnahme geht in eine systematische über. Die systematische Erfassung der Situation wird in einem standardisierten Dokumentationsinstrument festgehalten (II.). Zunächst wird die Situation erfasst und dann gemeinsam bewertet. Beide Beratungsprozesse werden durch ein Instrument unterstützt. Dieses beinhaltet auf der horizontalen Ebene die zu berücksichtigenden Bereiche (II.a Formalstruktur): ist der Inhaltsbereich relevant? Gibt es vorhandene Ressourcen oder Probleme, die von den Beteiligten unterschiedlich eingeschätzt werden können? Gibt es bereits laufende Maßnahmen, die bei der weiteren Planung zu berücksichtigen sind? Gibt es in diesem Bereich einen Interventions- und Handlungsbedarf (IHB), einen Beobachtungsbedarf (BB) oder keinen Handlungsbedarf (kHB). Wie hoch ist der Interventions- und Handlungs- oder Beobachtungsbedarf (Priorität).

Die relevanten Inhaltsbereiche der systematischen Situationseinschätzung (II.b) wurden nach den zwei Leistungsbereichen erstens Arbeit mit Kindern, Jugendlichen, Familie und in der Schule (II.b.1) sowie zweitens Arbeit mit älteren Menschen und im Gesundheitsbereich (II.b.2) festgehalten. Zu einem späteren Zeitpunkt können noch weitere Leistungsbereiche ausdifferenziert werden.

Die Inhaltsbereiche sind hierarchisch aufgebaut. Ist deutlich, dass eine Oberkategorie z.B. „Wohnen“ nicht relevant ist, sind gleichzeitig auch alle Unterkategorien nicht relevant und müssen nicht mehr berücksichtigt werden.

Ergebnis der Falleinschätzung ist eine mit Prioritäten versehene Bedarfsliste an Interventions- und Handlungs- sowie Beobachtungsbedarf. Der Bedarf sollte einvernehmlich mit den Nutznießern festgehalten werden. Er gilt als Ausgangspunkt der Hilfeplanung. Mögliche unterschiedliche Einschätzungen müssen nach Erhebung der Situation in einem fachlichen Beratungsgespräch geklärt werden.

## I. Phänomennahe Situationsaufnahme

### Inhaltsbereiche:

- Familiäres Umfeld
- Gesundheit (körp./psych.)
- Soziales/Institutionelles Umfeld
- Existenzsicherung (Wohnen, finanz. Situation, Mobilität)
- Ressourcen

### Offene Fragen:

- Stellen Sie sich mal vor? (evtl. Beziehung zum Kunden/Nutznieser)
  
- Was führt Sie zu mir?
  
- Familiäres Umfeld:
  - o Wie beschreiben Sie Ihre Familiensituation?
  - o Wer lebt mit Ihnen zusammen?
  
- Gesundheit:
  - o Wie geht es Ihnen gesundheitlich?
  - o Wie fühlen Sie sich?
  
- Soziales/Institutionelles:
  - o Was haben Sie schon unternommen?
  - o Welche sozialen Kontakte haben Sie?
  - o Wo haben Sie Unterstützung bekommen? Welche? Was hat es Ihnen gebracht?
  
- Existenzsicherung:
  - o Wovon leben Sie?
  - o Wie sind Ihre Wohnungsverhältnisse?
  - o Wie mobil sind Sie?
  
- Ressourcen:
  - o Was mögen Sie besonders?
  - o Was können Sie besonders gut?
  - o Was bräuchten Sie (noch)? Kurzfristig? Mittelfristig? Langfristig?

## II. Systematische Situationsaufnahme

### II.a Formalstruktur (horizontale Gliederung des Dokumentationsinstrumentes zur Falleinschätzung)

| Inhaltsbereiche | Relevanz                         | Ressourcen |    |        | Probleme |    |        | Lfd. Maßnahmen | Bedarf   | Priorität | Bemerkungen |
|-----------------|----------------------------------|------------|----|--------|----------|----|--------|----------------|--|-----------|-------------|
|                 |                                  | Klient     | CM | Andere | Klient   | CM | Andere |                |  |           |             |
|                 | (0-1)                            |            |    |        |          |    |        | (vermerken*)   | (1-3)<br>Konsens   |           |             |
|                 |                                  |            |    |        |          |    |        |                |  |           |             |
|                 |                                  |            |    |        |          |    |        |                |  |           |             |
|                 |                                  |            |    |        |          |    |        |                |  |           |             |
|                 |                                  |            |    |        |          |    |        |                |  |           |             |
|                 |                                  |            |    |        |          |    |        |                |  |           |             |
|                 | 0= nicht relevant<br>1= relevant |            |    |        |          |    |        |                | *Interventions- und Handlungsbedarf (IHB)<br>Beobachtungsbedarf (BB)<br>keinen Handlungsbedarf (kHB) |           |             |

## **II.b Inhaltsbereiche der systematischen Situationseinschätzung**

### **II.b.1 Kinder, Jugendliche, Familien, Schule**

#### **I. Person**

1. Kind – Jugendlicher – Erwachsener
  - a. Körperliche Gesundheit
  - b. Psychische Gesundheit
  - c. Sprache
  - d. Motorische Entwicklung
  - e. Kognitive Entwicklung
  - f. Emotionale Entwicklung
  - g. Sexuelle Entwicklung
  - h. Sozialverhalten
  - i. Sucht
  - j. Delinquenz
  - k. Sozialstatus
  
2. Erziehungsberechtigte
  - a. Körperliche Leistungsfähigkeit
  - b. Kognitive Leistungsfähigkeit
  - c. Psychische Stabilität
  - d. Partnerschaft
  - e. Sonstiges

#### **II. Familie**

1. Zusammensetzung (Genogramm) – Kernfamilie
2. Beziehungen
3. Sprache
4. Erziehung
5. Versorgung (Ernährung – Hygiene)
6. Kritische Lebensereignisse
7. Sonstiges

#### **III. Soziales Umfeld**

1. Schule/Ausbildung
  - a. Kinderbetreuung
  - b. Schule
  - c. Ausbildung
  - d. Arbeit
  - e. Sonstiges
2. Freizeit

- a. Beziehungen zu Personen
  - b. Freizeitaktivitäten
  - c. Hobby
  - d. Sonstiges
3. Soziales Netz
- a. Verwandtschaft
  - b. Freunde
  - c. Beziehungen im Wohnumfeld
  - d. Interkulturelles Netz
  - e. Religion
  - f. Sonstiges

#### IV. Arbeit/Finanzen

1. Beruf/Arbeitslosigkeit
2. Einkommen/Ersatzeinkommen
3. Andere Einkünfte
4. Schulden
5. Sonstiges

#### V. Wohnen

1. Wohnsituation
  - a. Eigentum
  - b. Miete, WG
  - c. Ohne Wohnung
  - d. Notunterkunft
  - e. Institution
2. Wohnbedingungen
  - a. Größe
  - b. Ausstattung
  - c. Bedrohung
  - d. Hygiene
  - e. Intimsphäre
  - f. Mängel
3. Lage, Mobilität
4. Sonstiges

#### VI. Versorgungssystem/Andere Dienste

1. Bereits aktive Dienste
2. Freiwilligkeit/Auflage/Justiz
3. Sonstiges

## II.b.2 Alter und Gesundheit

### I. Gesundheit

1. Körperliche
2. Psychische (Verhalten/Suchtproblematik)
3. Paramedizinische
4. Behinderung) = Einschränkung
5. Hygiene
6. Ernährung

### II. Wohnen

1. Land/Stadt
2. Beschaffenheit der Wohnung
3. Öffentliche Verkehrsmittel
4. Erreichbarkeit der Geschäfte
5. Institution
6. Haushalt führen

### III. Familie

1. Kontakt (+ Daten in Stammdaten erfassen)
2. Unterstützung
3. Vormundschaft + Stammdaten
4. Haushaltszusammensetzung --> Stammdaten

### IV. Mobilität

1. Eigenes/nahes Umfeld
2. Weiteres Umfeld
3. In-/außerhalb der Wohnung
4. Hilfsmittel

### V. Finanzen

1. Administrative Angelegenheiten
2. Grundbedarf
3. Medizinisch
4. Behörden/Ämter

### VI. Freizeit

1. Zu Hause
2. Außerhalb
3. Transport

## VII. Soziale Kontakte

1. Kontakt
2. Nachbarschaft
3. Freunde
4. Unterstützung
5. Religion

## VIII. Fragen/Anregungen

1. Platz für Erklärungen/offene Antworten
2. Herkunft des Klienten → Stammdaten
3. Wichtige Hinweise
4. Andere involvierte Dienste → Stammdaten?
5. Angaben behandelnde Ärzte → Stammdaten

### C.3.c. Hilfeplanung

Die Hilfeplanung schließt an das Ergebnis der Situationseinschätzung an. Sie beinhaltet die Formulierung des Wirkungszieles und der Bereichsziele, der notwendigen Maßnahme sowie der zu involvierenden und bereits beteiligten Dienste. Darüber hinaus hält sie fest, wer den Kontakt bis wann zu den zu beteiligenden Diensten herstellt sowie welche Ressourcen vorhanden sind, genutzt werden können und welche Kosten entstehen werden. Zudem werden für die Fallbeobachtung und –steuerung, ggf. bereits für die Evaluation, Inhalte, Kriterien (Indikatoren) und Zeitpunkt festgehalten sowie im Anschluss ggf. Folgeziele eingetragen.

Das Wirkungsziel sollte in dem Wortlaut des Nutznießers festgehalten werden. In der Formulierung den SMART-Kriterien folgend sollte es somit die Motivation des Nutznießers zur Veränderung ausdrücken. Das Wirkungsziel wird operationalisiert mit Blick auf die in der Falleinschätzung als relevant erkannten Lebensbereiche in Bereichsziele. Die Konkretisierung der Bereichsziele in Handlungsziele findet in der Regel auf der Ebene der beteiligten Dienste, der Maßnahmenträger statt. Die Case Manager übernehmen in ihrer Fachkompetenz die Steuerung des Falles. Sie greifen nicht in die spezifische Fachkompetenz der beteiligten Dienste ein.

Die farbig markierten Felder beinhalten die Daten, die jeweils den beteiligten Diensten übermittelt werden, sofern die Nutznießer einverstanden sind. Damit soll dem Grundsatz genüge getan werden, dass so viele Daten wie notwendig und so wenig wie möglich weitergeleitet werden.

Der Hilfeplan wird in der Regel vom Nutznießer und vom Case Manager unterzeichnet, um den Verbindlichkeitscharakter des Erarbeiteten zu dokumentieren.

Im Anschluss an den Hilfeplan wird entschieden, ob der Case Manager die Koordination und Fallführung weiter übernehmen sollte oder ob der Nutznießer diese Aufgaben selber steuern kann.

**NETZWERKINSTRUMENT: HILFEPLAN**  
**(Informationen zum Einzelfall: Case Manager an Dienst)**

| Bereiche | Bereichs-<br>ziele | Mass-<br>nahmen | Dienste    |                 | Wer? | Bis<br>wann? | Ressour-<br>cen | Kosten | Evalu-<br>ierung | Folge-<br>ziele |
|----------|--------------------|-----------------|------------|-----------------|------|--------------|-----------------|--------|------------------|-----------------|
|          |                    |                 | involviert | zu kontaktieren |      |              |                 |        |                  |                 |
| A:       |                    |                 |            |                 |      |              |                 |        | Datum:           |                 |
| B:       |                    |                 |            |                 |      |              |                 |        | Datum:           |                 |
| C:       |                    | C1:             |            |                 |      |              |                 |        | Datum:           |                 |
|          |                    | C2:             |            |                 |      |              |                 |        | Datum:           |                 |
|          |                    | C3:             |            |                 |      |              |                 |        | Datum:           |                 |
| D:       |                    |                 |            |                 |      |              |                 |        | Datum:           |                 |
| E:       |                    |                 |            |                 |      |              |                 |        | Datum:           |                 |
| F:       |                    |                 |            |                 |      |              |                 |        | Datum:           |                 |

Informationen, die der Case Manager an Dienst "C" weiterleitet.

"Ich erkläre mich damit einverstanden, dass dieser Hilfeplan an den Dienst xxxx weitergeleitet wird"

Unterschrift der Klienten: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Case Managers \_\_\_\_\_

### C.3.d. Fallbeobachtung und -steuerung

Die Kontakte zwischen dem Case Manager und dem Nutznießer sowie zwischen dem Case Manager und den beteiligten Diensten werden in einem fortlaufenden Prozessprotokoll festgehalten:

- der Kontaktpartner (wer?)
- der Zeitpunkt (wann?)
- die Art der Kommunikation wird angekreuzt: telefonisch, persönlich, schriftlich (wie?)
- der Inhalt wird in einem Fließtext dem Ergebnis nach dokumentiert, zudem kann auf ein bestehendes Dokument (z.B. E-Mail) verwiesen werden und
- aus dem Kontakt sich ergebende Handlungsschritte werden ebenfalls in einem Fließtext inhaltlich dokumentiert als Beobachtungs- oder Handlungsbedarf, als kein Handlungsbedarf.

| Wer? | Wann? | Wie?        |            |             | Rückmeldung<br>Dokument<br>(ja, nein?) | To Do                |                    |                 |          |
|------|-------|-------------|------------|-------------|--|----------------------|--------------------|-----------------|----------|
|      |       | Telefonisch | Persönlich | Schriftlich |  | Kein Handlungsbedarf | Beobachtungsbedarf | Handlungsbedarf | Welcher? |
|      |       |             |            |             |  |                      |                    |                 |          |

### C.3.e. Fallbewertung

Die fallbezogene Bewertung bezieht sich auf unterschiedliche Bereiche. Dabei ist zu beachten, dass die Evaluation am Ende eines Einzelfalls zwischen Case Manager und Nutznießer verpflichtender Bestandteil ist. Darüber hinaus sind die folgenden Evaluationen sinnvoll:

| <b>Wird evaluiert</b> →<br><b>Evaluiert</b> ↓ | <b>Klient</b>  | <b>Dienst</b>  | <b>Case Manager +<br/>CM-Prozess</b>   |
|---|--|--|--|
| <b>Klient</b>                                 | Selbstreflexion angeleitet durch Case Manager nach erreichtem Wirkungsziel | Sofort mit Dienst nach Beendigung der Intervention   | Fragenbogen + Gespräch nach Wirkungsziel   |
| <b>Dienste</b>                                | Sofort mit Dienst nach Beendigung der Intervention                         | Dienstinterne Evaluation   | Standardisierter Fragebogen (zum ankreuzen und mit offenen Fragen) nach Beendigung der Intervention des Dienstes |
| <b>Case Manager</b>                           | Fragenbogen + Gespräch nach Wirkungsziel                                   | Standardisierter Fragebogen (zum Ankreuzen und mit offenen Fragen) nach Beendigung der Intervention des Dienstes | Supervision mit Hilfe externer Beratung (in der Pilotphase mindestens alle 2 Monate)                             |

*(Auf der Horizontalen stehen die Personen, die evaluiert werden und auf der Vertikalen diejenigen, die evaluieren, wobei zu berücksichtigen ist, dass die Inhalte spiegelbildlich ausgefüllt sind, da es sich um einen Evaluationsprozess, z.B. ein Gespräch handelt zwischen Case Manager und Klient, indem beide evaluieren und evaluiert werden.)*

### C.3.f. Netzwerkbewertung

Auf der Netzwerkebene ist an die folgenden Evaluationsebenen zu denken  
(die folgende Auflistung in Stichpunkte findet sich wortidentisch in der Tabellenform wieder):

#### I. Auf Dienste-Ebene

Durch den Dienst durchgeführt, anhand von Fragebögen und in Gesprächen.

1. Dienst evaluiert Dienst (Auto-Evaluation)
  - a. Einzelfall-, Prozess- und Strukturebene
  - b. Häufigkeit
    - i. Einzelfallebene: nach Beendigung der Hilfe (Bereichziel)
    - ii. Prozess-, Strukturebene: 2x jährlich
2. Dienst evaluiert Case Manager
  - a. Klarheit der Hilfevereinbarung, Kommunikation, Zusammenarbeit, Ergebnis
    - i. Häufigkeit
      1. Einzelfallebene: nach Beendigung des Hilfeplans
      2. Strukturebene: 2x jährlich
3. Dienst evaluiert Care Management Ebene
  - a. Häufigkeit
    - i. Beschwerdemanagement: 2x jährlich
    - ii. Prozesse und Strukturen: 1x jährlich
4. IV. Dienst evaluiert Steuerungsgruppe
  - a. Prozesse und Strukturen
    - i. Häufigkeit: 1x jährlich

#### II. Auf Case Manager-Ebene

Durch die Case Manager bzw. Case Manager Gruppe durchgeführt, anhand von Fragebögen.

1. Case Manager evaluiert Dienst
  - a. Klarheit der Hilfevereinbarung, Kommunikation, Zusammenarbeit, Ergebnisse
    - i. Häufigkeit
      1. Einzelfallebene: nach Beendigung der Hilfe
      2. Prozess-, Strukturebene: 2x jährlich
2. Case Manager evaluiert Case Manager
  - a. Auto-Evaluation (Einzelfall-, Prozess- und Strukturebene)
    - i. Häufigkeit
      1. Einzelfallebene: nach Beendigung der Hilfe
      2. Prozess-, Strukturebene: 2x jährlich
3. Case Manager evaluiert Case Management Ebene (Auto-Evaluation)
  - a. Einzelfall-, Prozess- und Strukturebene
    - i. Häufigkeit: Einzelfallebene: nach Beendigung der Hilfe
    - ii. Prozess-, Strukturebene: 2x jährlich

4. Case Manager (Ebene) evaluiert Care Management Ebene
  - a. Häufigkeit
    - i. Beschwerdemanagement: 2x jährlich
    - ii. Prozesse und Strukturen: 2x jährlich
5. Case Manager (Ebene) evaluiert Steuerungsgruppe
  - a. Häufigkeit: Prozesse und Strukturen: 1x jährlich

### **iii. Auf Care Manager-Ebene**

Durch Care Management Gruppe durchgeführt.

1. Care Management Gruppe evaluiert Dienst
  - a. Prozesse und Strukturen (Klarheit, Kommunikation, Zusammenarbeit, Ergebnisse)
    - i. Häufigkeit: 2x jährlich
2. Care Management Gruppe evaluiert Case Manager (Gruppe)
  - a. Prozesse und Strukturen (Klarheit, Kommunikation, Zusammenarbeit, Ergebnisse)
    - i. Häufigkeit: 2x jährlich
3. Care Management Gruppe evaluiert Care Management Gruppe (Auto-Evaluation)
  - a. Prozesse und Strukturen (Klarheit, Kommunikation, Zusammenarbeit, Ergebnisse)
    - i. Häufigkeit: 2x jährlich
4. Care Management Gruppe evaluiert Steuerungsgruppe
  - a. Prozesse und Strukturen
    - i. Häufigkeit: 1x jährlich

### **IV. Auf der Ebene der Steuerungsgruppe**

Durch einen externen Berater begleitet.

1. Steuerungsgruppe erhält die Ergebnisse der Evaluationen aller Netzwerkebenen und wertet diese aus.
2. Steuerungsgruppe führt eine Auto-Evaluation durch.
3. Steuerungsgruppe gibt den anderen Netzwerkebenen Rückmeldungen zu den Auswertungen sowie zu möglichen Anpassungen.

# EVALUATION DES NETZWERKES

| Wer wird evaluiert?          | Klient   | Dienst  | Case Manager  | Care Management Ebene   | Steuerungsgruppe  | Durch wen? Wie?                                |
|------------------------------|--|---|---|---|---|--|
| Wer evaluiert?               |  |   |   |   |   |  |
| <b>Klient</b>                | Auto-Evaluation: Hilfeplan (Wirkungsziel, Bereichsziele)<br>Häufigkeit: während Hilfeplan (BZ)     | Klarheit der Hilfevereinbarung, Kommunikation, Zusammenarbeit, Ergebnisse<br>Häufigkeit: nach Beendigung der Hilfe (BZ)   | Klarheit der Hilfevereinbarung, Kommunikation, Zusammenarbeit, Ergebnis<br>Häufigkeit: nach Beendigung des Hilfeplans                                       |   |   | Case Manager (Fragebogen, Gespräch)            |
| <b>Dienst</b>                | Hilfeplan ( Bereichsziele)<br>Häufigkeit: nach Beendigung der Hilfe/Massnahme (BZ/HZ)              | Auto-Evaluation: Einzelfall-, Prozess- und Strukturebene<br>Häufigkeit: Einzelfallebene: nach Beendigung der Hilfe (BZ)<br>Prozess-, Strukturebene: 2x jährlich             | Klarheit der Hilfevereinbarung, Kommunikation, Zusammenarbeit, Ergebnis<br>Beendigung des Hilfeplans<br>Strukturebene: 2x jährlich                          | Beschwerdemanagement:<br>Häufigkeit: 2x jährlich<br>Prozesse und Strukturen:<br>Häufigkeit: 1x jährlich                   | Prozesse und Strukturen:<br>Häufigkeit: 1x jährlich                                     | Dienst (Fragebogen, Gespräch)                  |
| <b>Case Manager</b>          | Hilfeplan: Ergebnisse (WZ, BZ), Kommunikation Zusammenarbeit<br>Häufigkeit: nach Beendigung des HP | Klarheit der Hilfevereinbarung, Kommunikation, Zusammenarbeit, Ergebnisse<br>Häufigkeit: Einzelfallebene: nach Beendigung der Hilfe<br>Prozess-, Strukturebene: 2x jährlich | Auto-Evaluation (Einzelfall-, Prozess- und Strukturebene)<br>Häufigkeit: Einzelfallebene: nach Beendigung der Hilfe<br>Prozess-, Strukturebene: 2x jährlich | Beschwerdemanagement:<br>Häufigkeit: 2x jährlich<br>Prozesse und Strukturen:<br>Häufigkeit: 1x jährlich                   | Prozesse und Strukturen:<br>Häufigkeit: 1x jährlich                                     | Case Manager (Fragebogen, Gespräch)            |
| <b>Care Management Ebene</b> | Ergebnisse der Evaluation auf Einzelfallebene<br>Häufigkeit: 2x jährlich                           | Prozesse und Strukturen (Klarheit, Kommunikation, Zusammenarbeit, Ergebnisse)<br>Häufigkeit: 2x jährlich  | Prozesse und Strukturen (Klarheit, Kommunikation, Zusammenarbeit, Ergebnisse)<br>Häufigkeit: 2x jährlich  | Auto-Evaluation: Prozesse und Strukturen (Klarheit, Kommunikation, Zusammenarbeit, Ergebnisse)<br>Häufigkeit: 2x jährlich | Prozesse und Strukturen:<br>Häufigkeit: 1x jährlich                                     | Care Management Gruppe (Fragebogen, Gespräche) |
| <b>Steuerungsgruppe</b>      |  | Ergebnisse der Evaluationen (Prozesse und Strukturen)<br>Häufigkeit: 2x jährlich  | Ergebnisse der Evaluationen (Prozesse und Strukturen)<br>Häufigkeit: 2x jährlich  | Ergebnisse der Evaluationen (Prozesse und Strukturen)<br>Häufigkeit: 2x jährlich  | Auto-Evaluation: Prozesse und Strukturen auf allen Ebenen<br>Häufigkeit: 1- 2x jährlich | Externer Berater                               |

## C.4. Ausblick: Pilotphase

Die Implementierung von Case Management als Handlungskonzept für eine vernetzte Zusammenarbeit in der Deutschsprachigen Gemeinschaft findet in drei Phasen statt:

1. Phase: Information, Schulung und Erarbeitung aller notwendigen Instrumente (Februar 2012 bis Dezember 2012)
2. Phase: Pilotphase (2013)
3. Phase: Vollimplementierung (wahrscheinlich ab 2014)

Die erste Phase wird abgeschlossen

- mit der Verständigung auf das vorliegende dienstübergreifende Vernetzungskonzept als verbindliche Grundlage der Zusammenarbeit aller am Netzwerk beteiligten Dienste
- mit einem aus der Steuerungsgruppe heraus gewählten Vorstand
- mit einer öffentlichen Abschlussveranstaltung

Die Pilotphase ist dadurch gekennzeichnet,

- dass über 10 Dienste bestehende Case Management-Fälle als Case Management Fälle nach dem dienstübergreifenden Vernetzungskonzept durchführen (s. Auflistung unten)
- dass in diesen Diensten Case Manager benannt und zu Beginn noch einmal geschult werden
- dass alle Arbeitsinstrumente durch die Case Manager ausprobiert und weiter entwickelt werden
- dass die Care Management Gruppe die fallunabhängige Zusammenarbeit weiter entwickelt
- dass das Screening-Instrument von den Mitarbeitern der Dienste nicht angewandt wird und damit eine Weiterleitung von potentiellen Case Management-Fällen an die Case Manager nicht stattfinden wird
- dass die Arbeitsgremien (Steuerungsgruppe, Care- und Case Management Gruppe) unter der Verantwortung des Vorstandes die Arbeit aufnehmen

Die Pilotphase wird abgeschlossen,

- wenn die Struktur und der Ablauf sowie alle Instrumente erprobt, weiter entwickelt und erfolgreich ausprobiert sind
- wenn geklärt ist, wo die Case Manager angesiedelt werden
- wenn die Rechtsform des Netzwerkes nach Beendigung der Pilotphase beschlossen ist und die Kompetenzen benannt sind

Die Phase der Vollimplementierung zeichnet sich dadurch aus,

- dass alle Mitarbeiter der beteiligten Dienste das Screening-Instrument verwenden, darin zu Beginn geschult werden und potentielle Case Management-Fälle an die Case Manager weiterleiten
- eine endgültige Rechtsform gefunden wurde sowie die Struktur, Mitarbeiter und Kompetenzverteilungen benannt sind

Die folgenden Dienste werden einen Case Management-Fall in der Pilotphase durchführen:

1. Dienst für Kind und Familie
2. Dienststelle für Personen mit Behinderung
3. Eudomos – ihr häuslicher Begleitdienst
4. Jugendhilfedienst
5. Oikos
6. ÖSHZ Raeren
7. ÖSHZ St. Vith
8. Freies PMS Eupen
9. PMS-Zentrum der DG
10. S.I.A. – Soziale Integration und Alltagshilfe
11. Teilzeitunterricht – RSI + BS TI
12. Wohnraum für Alle
13. Zentrum für Förderpädagogik



## C.5. Selbstverpflichtung der Dienste und in Krafttreten des Vernetzungskonzepts

Die unterzeichnenden Dienste verpflichten sich, nach dem vorliegenden dienstübergreifenden Vernetzungskonzept zu handeln. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Inhalte der Umsetzung sich im Laufe der Zusammenarbeit verändern werden.

Das Konzept tritt mit Unterzeichnung der Dienste in Kraft.

Eupen, den 01. Februar 2013

### Courage VoG



Liz Möller  
Geschäftsführerin

### Dienststelle für Personen mit Behinderung



Christophe Ponkalo  
Dienstleiter (AIDA)

### Dienst für Kind und Familie



Doris Falkenberg  
Dienstleiterin

### Eudomos – Ihr häuslicher Begleitdienst VoG



Michael Murges  
Geschäftsführer



Frauenliga VoG

Margot Malmendier  
Geschäftsführerin

### Freies PMS-Zentrum



Gaby Radermacher  
Direktorin

### Frühhilfe Ostbelgien



Erika Margräff  
Dienstleiterin

### Jugendbüro der Deutschsprachigen Gemeinschaft



Irene Engel  
Geschäftsführerin



**Jugendhilfedienst  
Jugendgerichtsdienst  
Pflegefamiliendienst**



Nathalie Miessen  
Fachbereichsleiterin

**ÖSHZ Eupen**

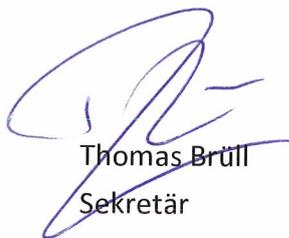


Sandra Stoffels  
Direktorin Mosaik-Zentrum

**ÖSHZ Raeren**



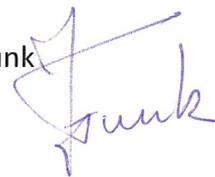
Christian Lesuisse  
Präsident



Thomas Brüll  
Sekretär

**Oikos VoG**

Johannes Funk  
Präsident



**PMS-Zentrum der DG**



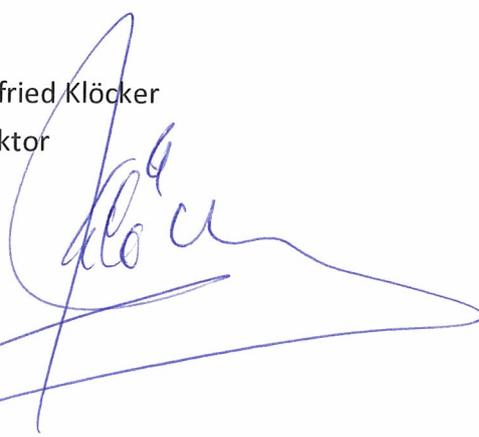
Toni Weber  
Direktor

**Prisma VoG**



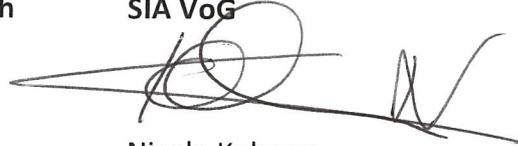
Ruth Driessen  
Geschäftsführerin

**Provinziales PMS-Zentrum Eupen-St. Vith**



Siegfried Klöcker  
Direktor

**SIA VoG**



Nicole Kohnen  
Koordinatorin

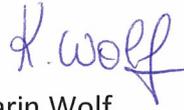


**SPZ VoG**



Dr. Lohmann  
Ärztlicher Direktor

**Teilzeitunterricht des RSI**



Karin Wolf  
Kordinatorin

**Teilzeitunterricht der BS-TI St. Vith**



Ingrid Hahn-Lentz  
Kordinatorin

**Wohnraum für Alle VoG**



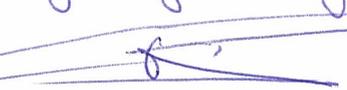
Pierre Vliegen  
Geschäftsführer

**Zentrum für Förderpädagogik**



Lino Pankert  
Leiter des Kompetenzzentrums

*Regionalzentrum f. Klimabelassung*

Claudine Thuis  
stellv. Direktorin

