

Lisa Gruber

# Case Management in der Sozialpsychiatrie

Bedarfsgerechte Versorgung von Menschen  
mit einer chronisch psychischen Erkrankung



Schriften zur psychosozialen Gesundheit

Lisa Gruber

# Case Management in der Sozialpsychiatrie

Bedarfsgerechte Versorgung von Menschen  
mit einer chronisch psychischen Erkrankung



## **Impressum**

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek:

Lisa Gruber

**Case Management in der Sozialpsychiatrie  
Bedarfsgerechte Versorgung von Menschen  
mit einer chronisch psychischen Erkrankung**

Goßmannsdorf b. Würzburg: ZKS / Verlag für psychosoziale Medien

Alle Rechte vorbehalten

© 2018 Lisa Gruber

ISBN 978-3-947502-10-3

Technische Redaktion: Meike Kappenstein

Lektorat: Tony Hofmann

Cover-Design: Leon Reicherts / Tony Hofmann

**Herausgeber der „Schriften zur psychosozialen Gesundheit“:**

Prof. Dr. Helmut Pauls

Prof. Dr. Frank Como-Zipfel

Dr. Gernot Hahn

**Anschrift Zentralverlag für Klinische Sozialarbeit /**

**Verlag für psychosoziale Medien:**

ZKS / Verlag für psychosoziale Medien

Winterhäuser Str. 13

97199 Goßmannsdorf/Ochsenfurt

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>8</b>
<b>Danksagung .....</b>	<b>9</b>
<b>1 Einleitung.....</b>	<b>11</b>
<b>2 Theoretischer Bezug .....</b>	<b>15</b>
2.1 Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen .....	15
2.1.1 Definition .....	15
2.1.2 Bedarf.....	18
2.2 Sozialpsychiatrische Versorgungslandschaft und (Klinische) Soziale Arbeit .....	21
2.2.1 Sozialpsychiatrische Versorgungslandschaft.....	21
2.2.2 (Klinische) Sozialarbeit in der Sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft .....	27
2.3 Case Management.....	29
2.3.1 Case Management und Soziale Arbeit .....	29
2.3.2 Historische Entwicklung und aktuelle Situation.....	31
2.3.3 Begriffsannäherung .....	32
2.3.4 Kennzeichen.....	35
2.3.5 Phasen .....	42
2.3.6 Case Management in der sozialpsychiatrischen Versorgung.....	45
<b>3 Empirie.....</b>	<b>49</b>
3.1 Formulierung des Erkenntnisinteresses .....	49
3.2 Methodische Positionierung – Qualitative Forschung.....	51

3.3 Erhebungsmethode.....	53
3.3.1 Problemzentriertes Interview .....	55
3.3.2 Sampling .....	58
3.3.3 Durchführung und Setting.....	60
3.4 Auswertung.....	61
3.4.1 Auswertungsmethode - Qualitative Inhaltsanalyse.....	61
3.4.2 Kategoriensystem.....	62
3.5 Ergebnisdarstellung – Fallvergleich .....	65
3.5.1 Projektspezifika.....	65
3.5.2 Spezifika der Versorgungslandschaft .....	68
3.5.3 KlientInnenspezifika .....	69
3.5.4 Bezüge zu Basiselementen Sozialer Arbeit im sozialpsychiatrischen Bereich .....	70
3.5.5 Case Management.....	75
<b>4 Diskussion .....</b>	<b>83</b>
4.1 Umsetzung von bedarfsgerechtem Case Management bei Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen.....	83
4.2 Bedarfsgerechte Ziele: Planung, Umsetzung und Reflexion .....	92
4.3 Case Management – Eine Methode (Klinischer) Sozialarbeit in der sozialpsychiatrischen Versorgung .....	97
<b>5 Fazit.....</b>	<b>105</b>
<b>6 Literaturverzeichnis .....</b>	<b>109</b>
<b>Anhang.....</b>	<b>I</b>
A Vergleich personenzentrierte Hilfe/Case Management .....	I

B Kurzfragebogen .....	II
C Leitfaden.....	III
D Postskriptum.....	V
E Kategoriensystem .....	VI

## Abkürzungsverzeichnis

APK	Aktion Psychisch Kranke e.V.
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
DGCC	Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management
etc.	et cetera
ff.	fortfolgende
ggfs.	gegebenenfalls
Hrsg.	HerausgeberIn/HerausgeberInnen
IBRP	Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan
OK	Oberkategorie
Pkt.	Punkt
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
u.a.	unter anderem
UK	Unterkategorie
usw.	und so weiter
v.a.	vor allem
Z.	Zeile
z.B.	zum Beispiel



## **Danksagung**

Für die Erstellung einer wissenschaftlichen Arbeit benötigt es (soziale) Unterstützung von verschiedenen Beteiligten. Auch ich möchte mich an dieser Stelle und rückblickend bei den Personen bedanken, ohne dessen Bereitschaft und Förderung die Erstellung der vorliegenden Abschlussarbeit nur schwer umsetzbar gewesen wäre.

Ohne die Bereitschaft von Frau Hübner, Frau Apfel und Frau Sander, aber auch den anderen InterviewpartnerInnen, welche für das Thema Case Management in der Sozialpsychiatrie Interesse gezeigt haben, wäre die Arbeit so nicht entstanden. Ihnen möchte ich daher an dieser Stelle für ihre Zeit und ihre Mithilfe danken.

Bei Prof. Dr. Silke Birgitta Gahleitner möchte ich mich besonders für ihre stetig wissenschaftliche Rückmeldung, Geduld und kritischen Anmerkungen bedanken, die mich noch aus so mancher Gedankensackgasse gelotst haben.

Bei Andreas Hampe möchte ich mich für den kreativen Austausch zum Inhalt dieses doch bisher noch wenig beleuchteten Themas und weiterführenden Ideen danken.

Einen herzlichen Dank gebührt neben den vielen unterstützenden Familienmitgliedern und Freunden an dieser Stelle meine Mutter für die Gespräche und die emotionale Unterstützung. Abschließend möchte ich noch Stephan Große ganz ungemein danken. Ohne seine immerwährende Rücksichtnahme, Zuversicht und Ermutigungen wäre die Zeit vor und innerhalb der Erstellung der Masterarbeit nur schwer zu meistern gewesen.



# 1 Einleitung

Im Zuge der Psychiatrie-Enquete und der damit einhergehenden Enthospitalisierung entstanden Sozialpsychiatrische Dienste. Ihre Aufgabe war und ist es heute noch, die Prämisse ambulant vor stationär durch Krisenintervention, Beratung, Begleitung und Unterstützung von Menschen mit einer psychischen Störung umzusetzen. Hauptklientel stellen dabei die Betroffenen dar, welche chronisch erkrankt sind.

Als Sozialarbeiterin im Sozialpsychiatrischen Dienst Dresden ist es die Aufgabe der Verfasserin, die KlientInnen zu beraten und zu begleiten – in ihrer Lebenswelt in Form aufsuchender Arbeit und mit den Bedingungen der sie umgebenden Lebenswelt. Hierzu gehören u.a. die Vermittlung und Begleitungen innerhalb des Versorgungssystems zu verschiedenen Angeboten wie medizinischen, rehabilitativen und psychosozialen Einrichtungen, aber auch zu den unterschiedlichen Behörden und Ämtern. Der aktuelle Stadtpsychiatrieplan von Dresden schreibt dem Sozialpsychiatrischen Dienst dabei auch eine „zentrale Steuerungsfunktion in der gemeindepsychiatrischen Versorgung“ zu (Landeshauptstadt Dresden, 2014, S. 42).

Die aktuelle Versorgungslandschaft kennzeichnet sich nach Auffassung der Verfasserin durch ein geringes Bewusstsein der Kostenträger und auch Dienstleister für die subjektiven Bedürfnisse der Betroffenen, ein Nebeneinander von Diensten und eine fast undurchschaubare Struktur an spezialisierten Angeboten in unterschiedlichen Settings. Die eigene Beobachtung der aktuellen Situation führte nicht selten zu Unmut seitens der KlientInnen und Professionellen, wobei die der KlientInnen, als klinische Sozialarbeiterin, welche stets die Person in ihrer Situation wahrnimmt, besonders schwer wiegt.

Erste Berührungspunkte mit Case Management ergaben sich innerhalb des berufsbegleitenden Studiengangs Klinische Sozialarbeit. Im Zuge der Auseinandersetzung mit Case Management schien es ein geeigneter Ansatz zu sein, Handlungsoptionen für die eigene Praxis zu entwickeln, die sich am Bedarf der Betroffenen orientieren und ein koordiniertes Vorgehen ermöglichen. Auch der aktuelle Stadtpsychiatrieplan nimmt eine (weitere) Bedarfsorientierung in den Blick und stellt hierzu Handlungserfordernisse auf, u.a. eine verbesserte Kooperation der Dienste und eine strukturiertere Koordination der Einzelfallhilfen (Landeshauptstadt, 2014).

Case Management als Möglichkeit den bifokalen Ansatz Klinischer Sozialarbeit durch die Orientierung an der face-to-face-Arbeit mit den KlientInnen,

aber auch mit und in ihrem Umfeld umzusetzen (Geißler-Piltz, Mühlum, Pauls, 2011, S. 85), soll daher im Fokus der Versorgung von Menschen mit einer chronisch psychischen Störung betrachtet werden.

Mit der empirischen Untersuchung von Case Management in der ambulanten (sozial-) psychiatrischen Versorgung haben sich bisher nur wenige Forschungsprojekte befasst.<sup>1</sup> Daher war es die Intention der vorliegenden Arbeit, sich nicht nur theoretisch, sondern auch empirisch mit der Thematik auseinanderzusetzen. Ziel ist es herauszufinden, inwieweit es für Case Management in der Anwendung möglich ist, bei einer besonderen Klientel – Menschen mit chronisch psychischer Störung – zu einer Bedarfsorientierung beizutragen.

In der theoretischen Auseinandersetzung wird sich zunächst der Zielgruppe mit ihrem speziellen Bedarf gewidmet. Daran anschließen werden sich Ausführungen zu Besonderheiten der sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft und der Verortung Klinischer Sozialarbeit in dieser, welche den spezifischen Bedarf decken. Anknüpfend wird Case Management ausführlich und auch kritisch beleuchtet und Bezüge zu (Klinischer) Sozialarbeit und der sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft hergestellt. Im Zuge des Samplings der vorliegenden Arbeit konnten im Raum Dresden und Umgebung leider keine klinischen SozialarbeiterInnen, welche Case Management umsetzen, gefunden werden. Daher sei an dieser Stelle betont, dass bei den Ausführungen zur Klinischen Sozialarbeit oftmals das Wort „klinisch“ in Klammern gesetzt wurde. Dies folgt der Überlegung, dass die Befragten, bei welchen die Ergebnisse gewonnen wurden, keine klinische Zusatzausbildung hatten.

Im nachfolgend empirischen Teil wird zunächst die Forschungsfrage formuliert und die Begründung für das Vorgehen innerhalb der qualitativen Forschung dargestellt. Dem schließt sich die Darlegung der Erhebung (Instrument, Sampling, Durchführung) an. Fortlaufend wird auf die Auswertungsmethode eingegangen und das verwendete Kategoriensystem beschrieben. Den empirischen Teil abschließend werden die Ergebnisse der Forschung unter Berücksichtigung des Kategoriensystems aufgezeigt.

Diese Ergebnisse werden unter Einbezug des theoretischen Rahmens in Pkt. 4 diskutiert, umso ein Fazit für die Praxis von (klinischen) SozialarbeiterInnen im Tätigkeitsfeld der sozialpsychiatrischen Versorgung von Menschen mit chronisch psychischen Störungen zu ermöglichen.

Die Rückführung zur Klinischen Sozialarbeit bietet sich bei dem vorliegenden Thema an, weil Case Management sozialarbeiterischen Wurzeln entstammt. Verschiedene Grundhaltungen wie Ressourcenorientierung, dem Fokus von

---

<sup>1</sup> Nähere Ausführungen hierzu unter Pkt. 2.3.6.

Person und ihrem Netzwerk, sprich dem bifokalen Ansatz und dem ganzheitlichen Blick bei Erfassung der Bedarfslage können in den Ausführungen zu Klinischer Sozialarbeit wie auch dem Case Management ausfindig gemacht werden. Menschen mit chronisch psychischen Störungen, welche explizit einer bio-psycho-soziale Betrachtung bedürfen, werden als AdressatInnen beider gesehen. Zudem ermöglicht die Vertretung des personenzentrierten Ansatzes eine Veränderung von Sichtweisen der Professionellen auf die KlientInnen nicht nur in der theoretischen Auseinandersetzung, sondern auch in der alltäglichen Praxis. Case Management als Methode in der Anwendung der täglichen Arbeit von klinischen SozialarbeiterInnen in der sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft könnte es ermöglichen, der spezialisierten Versorgungslandschaft mit einer häufig pathogenetisch orientierten Ausrichtung einen koordinierten, bedarfs- und ressourcenorientierteren Ansatz entgegen zu setzen.

Zum Zweck der gendergerechten Formulierung wurden stets beide Formen, männlich und weiblich, mittels eines Binnenanhangs in Großbuchstaben (z.B. den/die LeistungsberechtigteN) verwendet.



## **2 Theoretischer Bezug**

Im Folgenden wird der theoretische Rahmen der vorliegenden Arbeit dargestellt. Die ersten Ideen zu Inhalten entstanden bereits durch die in der Einleitung beschriebenen Beobachtungen der Verfasserin, wurden jedoch erst im Laufe der Forschung weiterentwickelt. Mithilfe einer induktiven Vorgehensweise wurde der theoretische Bezug erst nach Auswertung der aus den qualitativen Daten gewonnenen Ergebnisse fertig gestellt (Lamnek, 2005, S. 247 ff.).

Der Theorieteil folgt nachstehender Logik: Zunächst werden die potenziellen KlientInnen, welchen sich in der vorliegenden Arbeit gewidmet werden soll, charakterisiert und ihr kennzeichnender Bedarf dargestellt. Im zweiten Schritt soll die Versorgungslandschaft und die in ihr tätige (Klinische) Sozialarbeit näher beleuchtet werden. Anschließend wird eine Methode der Bedarfsdeckung – das Case Management – ausführlich erörtert und in Bezug zur (Klinischen) Sozialarbeit wie auch der sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft gesetzt.

### **2.1 Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen**

Bosshard und Lazarus (2005, S. 5) schreiben Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung dem Kompetenzbereich Sozialer Arbeit zu. Die Aufgabe Sozialer Arbeit ist es dabei, sie so zu aktivieren, dass sie ihr Leben (wieder) aktiv gestalten. Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung bedürfen nicht ausschließlich der Behandlung der Symptome, sondern ebenfalls Unterstützung in der Lebenswelt. Dieser potenziellen Klientel soll sich in der vorliegenden Arbeit gewidmet werden. Um sich ihnen inhaltlich zu nähern, wird zunächst eine Definition von chronisch psychischen Erkrankungen vorgenommen, um im zweiten Schritt ihren Bedarf zu beleuchten.

#### **2.1.1 Definition**

Chronische Erkrankung zu definieren fällt nach Ansicht von Curtin und Lubkin (2002, S. 23 ff.) aufgrund der multiplen Bedingungs- und

Entstehungsfaktoren, des Umfangs und Verlaufs der Erkrankung, der Implikation für Betroffene sowie der Langzeitwirkungen von Behandlungsmethoden umfangreich aus. Dennoch bestimmten sie eine Definition für die Pflege: „Unter chronischer Krankheit versteht man das irreversible Vorhandensein bzw. die Akkumulation oder dauerhafte Latenz von Krankheitszuständen oder Schädigungen, wobei im Hinblick auf unterstützende Pflege, Förderung der Selbstversorgungskompetenz, Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit und Prävention weiterer Behinderung das gesamte Umfeld des [/der] Patient[In] gefördert werden muss“ (Curtin & Lubkin, 2002, S. 26). Diese Definition verweist bereits darauf, dass chronische Erkrankungen einerseits von längerer Dauer sind und somit langfristig Unterstützung benötigt wird und andererseits, dass sie verschiedene Bereiche des Lebens beeinträchtigen - somatisch, psychisch und sozial.

Psychische Krisen und psychiatrische Krankheiten verlaufen nicht alle chronisch. Bei schizophrenen Erkrankungen bspw. kann es aufgrund mehrerer akuter Phasen zu chronischen Residualsymptomatik kommen (Deister, Laux & Möller, 2009, S. 163 ff.). Psychische Störungen gehen insbesondere mit Störungen von psychosozialen Kompetenzen einher. Veränderungen von Affekt, Antrieb, Urteilsfähigkeit, Aufmerksamkeit, Denkinhalte, Wahrnehmung, Selbstversorgung, Gedächtnis und Beziehungsgestaltung können die Krankheitsverläufe prägen (Gromann, 2002, S. 2; Deister, Laux & Möller, 2009). Ding-Greiner und Kruse (2010, S. 32) beschreiben aus eigener Praxiserfahrung, dass bei Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung „ein Unterscheiden des Wesentlichen vom Unwesentlichen, [...] häufig nicht mehr möglich [war], weil die Patient[Innen] zweitweise in ihrer eigenen Welt gefangen waren, wo andere Rituale, Anschauungen, Gesetze und Konventionen galten und andere Merkmale Bedeutung hatten.“

Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung definiert Dörr (2005, S. 68) als Betroffene, welche „zum Teil eine langjährige Psychiatriekarriere mit wiederholten Klinikaufenthalten, zumeist mit gravierenden Problemen in wichtigen Lebensbereichen (Arbeit, Lebensunterhalt, Wohnen und Sozialkontakte) hinter sich haben. Insofern sagt der Begriff „chronisch“ (langsam verlaufend, langwierig), dass es sich um Menschen handelt, deren Krankheitsverlauf sich über eine langfristige Hospitalisierung bzw. Behandlungsgeschichte erstreckt.“ Sie spricht damit auch u.a. die historische Perspektive an: Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung lebten vor der Enthospitalisierung besonders häufig in stationären Einrichtungen. Nunmehr leben die Betroffenen häufig in ihrem privaten Umfeld und werden dort ambulant unterstützt (Gromann, 2002, S. 1).



Die sozialen Beeinträchtigungen wie Wohnen, soziale Kontakte, finanzielle Ressourcen, ggfs. berufliche Desintegration können mit der Erkrankung „verstärkend aufeinander wirken und zu einer Ausgrenzungsspirale führen“ (Dörr, 2005, S. 68). Aufgrund der Enthospitalisierung werden diese Lebensbereiche vormals im ambulanten Bereich behandelt (Gromann, 2002, S. 1). Begreifbar werden chronische Erkrankungen dann durch die Lebensweltorientierung, welche das persönliche Umfeld der Betroffenen sowie deren soziale und ökonomische Ressourcen einbezieht (Lorenz-Krause & Niemann, 2002, S. 12). Neben der bereits beschriebenen längerfristigen Existenz chronischer Erkrankung, sind die „wenigsten Klient[Innen] [...] auf dauerhaft allumfassende Hilfeangebote angewiesen“ (Jansen-Kayser, 2010a, S. 423). Chronische Erkrankungen charakterisieren sich durch Phasen von zunehmender Symptomatik hin zu akuten Phasen sowie abnehmender Symptome zu (nahezu) vollständiger Remission (Hellige & Hüper, 2007, S. 55). Die eigentlich akuten Phasen sind zeitlich begrenzt (Curtin & Lubkin, 2002, S. 19). Das bedeutet, dass chronische Erkrankungen ebenso individuell verlaufen, wie die Menschen selbst, welche von ihnen betroffen sind: „Chronische Krankheiten nehmen viele Formen an. Sie können plötzlich auftreten oder sich als heimtückische Prozesse entwickeln, episodisch in Form von Schüben aufflackern oder sich verschlimmern, oder aber über längere Zeit symptomfrei in Remission bleiben“ (Curtin & Lubkin, 2002, S. 20). Diese Individualität von Krankheitsverläufen verdeutlicht ein mehrdimensionales Krankheits- und Gesundheitsverständnis, in welchem verschiedene bio-psycho-soziale Faktoren des/der Betroffenen sowie dessen/deren Umweltfaktoren betrachtet werden müssen.

Da chronische Erkrankungen mit erheblichen Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen einhergehen und Schwankungen unterliegen, verlangen sie von den Betroffenen und deren Angehörigen ein hohes Anpassungsvermögen und erhebliche Bewältigungsstrategien. Neue Kompetenzen werden dabei erlernt, wie Krankheitswissen, „Fähigkeiten der Informationsbeschaffung und Symptomkontrolle, der Umgang mit mehr oder weniger gravierenden Einschränkungen, aber auch der Umgang mit professionellen Gesundheitsarbeiter[Innen]“ (Hellige & Hüper, 2007, S. 52). Aufgrund der längerfristigen Existenz der Erkrankung lernen Betroffene und Angehörige Unsicherheiten in Bezug auf den Krankheitsverlauf, Abhängigkeit von ExpertInnen, aber auch fehlende spezialisierte Angebote kennen (Klug Redman, 2008, S. 17). Neben diesen krankheitsbezogenen Aufgaben und den (veränderten) Alltagsroutinen „müssen [sie] sich mit einer veränderten Zukunftsperspektive auseinandersetzen, womöglich ihre Lebensplanung verändern und lernen, mit der daraus resultierenden Frustration, Wut und Depression umzugehen“ (Klug Redman, 2008, S. 19). Eine nicht gelingende Bewältigung in Form von Verleugnung

oder Verlust des Vertrauens in eigene Fähigkeiten führen zu erheblichen Herausforderungen, welche nach Ansicht von Gromann (2002, S. 3) meist ein schwerwiegenderes Problem in der Behandlung darstellen als die diagnostischen Symptome.

### **2.1.2 Bedarf**

Die beschriebenen Charakteristika von chronisch psychischen Erkrankungen und deren Auswirkungen prägen den Bedarf, welchen die Betroffenen auch an professionelle Unterstützungsangebote haben. Eine Unterscheidung kann dabei zwischen subjektivem und objektivem Bedarf getroffen werden. Als objektiv bezeichnet Prins (2010, S. 16) u.a. ein angemessenes Einkommen, Wohnen, Essen, soziale Kontakte und Behandlung, die subjektiven Bedarfe als individuelle Wünsche und Hoffnungen der Betroffenen. Nach Ansicht von Prins (2010, S. 16) „würde die psychiatrische Unterstützung sich mehr für diese objektiven Bedürfnisse interessieren, und die subjektiven Bedürfnisse eher als nachrangig oder unrealistisch einstufen. Daraus entsteht oft eine Differenz zwischen dem, was psychiatrische Helfer für wichtig halten, und dem, was der Betroffene anstrebt.“

Laut Burton & Tradwell (2002, S. 718 ff.) haben chronisch psychisch kranke Menschen u.a. Bedürfnisse

- nach klinischer Versorgung (insbesondere Medikation und deren Einnahme, Wahrnehmung von Verhaltensänderungen),
- psychische und spirituelle Bedürfnisse (emotionale Unterstützung mittels sozialer Beziehungen, Erlangung eines positiven Selbstbildes, Erreichen der höchstmöglichen Unabhängigkeit und Selbstständigkeit, Konsistenz und Kontinuität in der Versorgung zur Schaffung eines Gefühls von Sicherheit, Hilfe bei der Akzeptanz der chronischen Natur der Krankheit)
- und nach Rehabilitation (Eruieren von Unterstützungssystemen, Hilfe bei Lebensbewältigung, soziale und berufliche Kompetenzen trainieren).

Aufgrund der bereits dargestellten Auswirkungen einer chronisch psychischen Erkrankung und des daraus resultierenden komplexen Bedarfs, reichen informelle Hilfen häufig nicht aus (Burton & Tradwell, 2002, S. 715). Das bedeutet, dass verschiedene professionelle Institutionen und Berufsgruppen in unterschiedlichsten Settings (z.B. stationär oder ambulant) mit dem/der KlientIn

zeitgleich arbeiten (Fillinger & Pracher, 2011, S. 120; Sälzer, 2010, S. 25). An dieser Stelle betonen Burton und Tradwell (2002, S. 715) die Schwierigkeit, einerseits die passenden Angebote zu finden und andererseits dieses komplexe Gefüge zu koordinieren: „Der Weg durch diesen Dschungel aus unterschiedlichsten Behörden, Organisationen, Pflegediensten und sonstigen Leistungsanbietern kann auf zweierlei Weise gefunden werden: Erstens auf Basis von Versuch und Irrtum, was sich als frustrierend und ineffektiv herausstellen und zu Ohnmachtsgefühlen führen kann, und zweitens durch das Gewinnen von Einsicht in die Struktur und Funktionsweise dieses Dschungels, verbunden mit sachgerechter Planung.“

Die weitreichenden und multiplen Einschränkungen im sozialen Bereich als Konsequenz der chronisch psychischen Erkrankung, benötigen eine Lebensweltorientierung der Professionellen (Bosshard, Ebert & Lazarus, 2010, S. 39). Der Fokus einer Therapie ist dann nicht mehr ausschließlich über die diagnostischen Kriterien zu legen, sondern in Bezug auf psychosoziale Ressourcen und Fähigkeiten des/der Betroffenen sowie dessen/deren Umfeld (Sälzer, 2010, S. 14 ff.).

Der Mensch als soziales Wesen zeichnet sich durch dessen soziale Beziehungen aus. Resultierend daraus, besteht bei den Betroffenen auch, und vielleicht aufgrund des bereits erfahrenen Leids, der besondere Wunsch nach Beziehung – sie wollen in diesen wahrgenommen und auch gemocht werden (Prins, 2010, S. 17 ff.). Auch wenn chronische Erkrankungen mit sozialen Rückzugstendenzen einhergehen (bspw. bei Depressionen oder Schizophrenie), verweisen Ding-Greiner und Kruse (2010, S. 42 ff.) darauf, dass dies auch als Versuch gesehen werden kann, sich vor Verletzungen zu schützen. Eine sicherheitsvermittelnde Umgebung und unterstützende Beziehungen entlasten die Betroffenen dennoch und tragen dazu bei, den Verlauf der Erkrankung positiv zu beeinflussen.

Diese Überlegungen beinhalten aber auch, dass Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen ebenfalls in Zusammenarbeit mit professionellen HelferInnen eine unterstützende Beziehungsgestaltung benötigen. Kruckenberg (2000, S. 18) betont dies wie folgt: „Im Grunde wissen wir, was Patient[Innen] vor allem brauchen – persönliches Mit-Sein und professionelle Begleitung soweit irgend möglich in ihrer unmittelbaren Lebenswelt.“ Die Beziehung zwischen Professionellen und KlientInnen fördert den Aufbau von Vertrauen und einen verstehenden Zugang der Professionellen.

Eine partnerschaftliche Beziehungsgestaltung implementiert sich in Anlehnung an Lorenz-Krause und Niemann (2002, S. 14) bereits aufgrund der Langfristigkeit der Hilfen. Um Verhaltensänderungen für die Betroffenen zu ermöglichen, wird Zeit benötigt (Bosshard & Lazarus, 2005, S. 42). Auch um

Langzeitziele erreichen zu können, ist neben der Beziehungsgestaltung die Koordination der Hilfen bei einem langfristigen Verlauf zu beachten (Schleuning & Welschhold, 2000, S. 22). Dabei benötigen die KlientInnen aufgrund der psychosozialen Funktionseinschränkungen (z.B. Durchsetzungsvermögen, Antrieb, spezielles Wissen) häufig Unterstützung, um die entsprechenden Hilfen ausfindig zu machen und zu installieren (Peukert, 2008, S. 23; Curtin & Lubkin, 2002, S. 35). Trotz der Dauer für welche die Hilfen notwendig sind, müssen diese dennoch flexibel und bedarfsgerecht sein. Wie bereits beschrieben, unterliegen auch chronische Erkrankungen Schwankungen im Verlauf, welche eine Anpassung der Hilfen erfordert. Peukert (2008, S. 24) äußert sich hierzu wie folgt: „Ja, wir benötigen chronische Hilfe - aber nicht im Sinne von andauernd immer das Gleiche. So wie das Phänomen „chronisch krank“ viele Gesichter hat und im Einzelfall heute etwas anderes bedeutet als gestern oder morgen, so benötigen wir eine facettenreiche chronische Hilfe [...].“

Um Hilfen bedarfsgerecht zu gestalten, ist eine grundlegende Akzeptanz der (subjektiven) Bedürfnisse der Betroffenen von den Professionellen notwendig. Noch häufig wird jedoch erwartet, dass die KlientInnen sich „den Vorstellungen der Professionellen zur Behandlung und Pflege anpassen. Das Resultat der Nichtberücksichtigung von alltagsweltlichen Erfahrungen der Betroffenen und ihrer Angehörigen wird dann Non-compliance genannt“ (Hellige & Hüper, 2007, S. 53). Eine gemeinsame Entscheidungsfindung und ein Umgang auf Augenhöhe „bietet [jedoch] die Chance, den [/die] chronisch Kranke[N] auf einen Abschnitt seines [/ihres] von Mut und Kreativität gekennzeichneten Lebensweges zu begleiten“ und Ziele zu erreichen (Curtin & Lubkin, 2002, S. 48; Berg, Blevins & Dunbar-Jacob, 2002, S. 357).

Auf der anderen Seite erfordert der partnerschaftliche Umgang aber auch, dass die Betroffenen Verantwortung übernehmen und mitarbeiten – denn sie tragen nach Ansicht von Curtin und Lubkin (2002, S. 39) die abschließende Entscheidung über eigene Ziele und die Verantwortung deren Gestaltung. „Die Verantwortung der Klient[Innen] für das Management chronischer Leiden ist zweifellos gewachsen. [...] All das aber erfordert ein von Compliance geprägtes Gesundheitsverhalten, damit höchstmöglicher Nutzen entsteht und kein Schaden angerichtet wird“ (Berg, Blevins & Dunbar-Jacob, 2002, S. 357). Um diese Compliance und Kooperationsbereitschaft zu ermöglichen bzw. zu erhöhen bedarf es einer ausreichenden (Psycho-)Edukation (Curtin & Lubkin, 2002, S. 41; Berg, Blevins & Dunbar-Jacob, 2002, S. 357).

## **2.2 Sozialpsychiatrische Versorgungslandschaft und (Klinische) Soziale Arbeit**

Psychische Störungen werden in der sozialpsychiatrischen Versorgung in ihrem multidimensionalen bio-psycho-sozialen Zusammenhang verstanden (Fillingler & Pracher, 2011, S. 120). Im Zuge der Enthospitalisierung entstand eine breitgefächerte und spezialisierte Versorgungslandschaft. Im ambulanten Sektor nehmen SozialarbeiterInnen einen bedeutenden Platz in der multiprofessionellen Versorgungslandschaft ein, da die Unterstützung nunmehr in der Lebenswelt stattfindet. Sie fokussieren die soziale Perspektive der Entstehungsbedingungen und Behandlungsmöglichkeiten und beraten und begleiten Menschen mit einer (chronisch) psychischen Störung.

Um die aktuelle sozialpsychiatrische Versorgungslandschaft und den Platz (Klinischer) Sozialarbeit näher zu charakterisieren, werden nachfolgend Begrifflichkeiten näher definiert und jeweilige Kennzeichen dargestellt.

### **2.2.1 Sozialpsychiatrische Versorgungslandschaft**

*Definition:* Unter Psychiatrie ist laut Dörr (2005, S. 12) zunächst eine medizinische, d.h. ärztliche Profession zu verstehen. Sie „befasst [...] sich mit Diagnose, Intervention und Prävention mentaler Krankheiten sowie mit deren Erforschung. Die medizinische Disziplin Psychiatrie versucht, das Phänomen Krankheit physiologisch zu erklären und zu behandeln und auf eine biologisch-naturwissenschaftliche Grundlage zu stellen [...]“. Psychiatrie ist zudem ein sozialer Ort – die Klinik – und eine soziale Institution mit bestimmten Denk-, Handlungs- und Beziehungsmustern (Dörr, 2005, S. 12 ff.).

Wie bereits erwähnt, werden nunmehr die Genese, der Verlauf und die Behandlung von psychischen Störungen bio-psycho-sozial verstanden. Der Begriff der Sozialpsychiatrie deutet daher nach Ansicht von Kruckenberg (2000, S. 17) darauf hin, dass „Psychiatrie a-sozial geworden ist und dass seelisches Kranksein nicht nur im biologischen, sondern auch im sozialen Kontext wahrgenommen und behandelt werden muss.“ Entlang der Gedanken von Dörr (2005, S. 14 ff.) charakterisiert sich Sozialpsychiatrie im Zuge der Kritik gegenüber der Reduktion psychischer Störungen auf biologische Merkmale und der Etikettierung der Betroffenen als therapeutische Praxis, wie auch als soziale Bewegung. Sozialpsychiatrie definiert sich daher als „eine theoretische und empirische Wissenschaft, die sich mit psychischer Krankheit bzw.

psychischem Leiden als sozialem Prozess befasst und folglich soziale Ursachen, Folgen und Behandlungsmöglichkeiten untersucht. Die soziale Dimension einer psychischen Abweichung oder Erkrankung, also die Bedeutung sozialer Faktoren für die psychische Gesundheit und Krankheit sowie die Prävention, gerät damit in den Mittelpunkt sozialpsychiatrischer Wissensentwicklung und Forschung“ (Dörr, 2005, S. 14). Verstanden werden soll die sozialpsychiatrische Versorgungslandschaft in der vorliegenden Arbeit inklusive des gemeindepsychiatrischen Gedankens. Der Begriff der Gemeindepsychiatrie weist auf die Struktur der Versorgungslandschaft hin, welche vornehmlich in der Lebenswelt der Betroffenen existieren soll (Sälzer, 2010, S. 9). In beiden Ansätzen stehen die jeweiligen Lebensbedingungen im Vordergrund. Sozialpsychiatrie integriert somit eine gemeindenahere Behandlung und Therapie – sie behandelt psychische Störungen dort, wo sie entstehen (Dörr, 2005, S. 16 ff.). Zu den kennzeichnenden Merkmalen der Sozialpsychiatrie lassen sich nach Zimmermann (2008, S. 208 ff.) u.a. folgende Aspekte zählen:

- „Dass sie in vielfältigen und teils sehr verschieden ausgestalteten Institutionen und Versorgungsangeboten aufgefalten ist [...];
- Dass die speziellen Aufgabenprofile der Professionellen [...] stark differieren, je nachdem, ob akut erkrankte oder chronisch erkrankte Menschen stationär oder ambulant behandelt werden [...];
- Dass die Arbeit mit und für psychisch kranke Menschen traditionell stark sozialpolitisch, ja tatsächlich psychiatriepolitisch aufgeladen ist; [...]
- Dass ein großer Teil der Hilfsangebote für Betroffene psychischer Erkrankung aus steuerfinanzierten Ressourcen getragen wird [...];
- Dass aber andererseits die Organisation und Finanzierung vieler Hilfsangebote durch eine Zersplitterung der Kostenträgerschaft kompliziert ist [...];
- Dass die aktuell beschriebene Notwendigkeit zu Neubesinnung nicht allein aus ökonomischen Zwängen heraus, sondern auch bezüglich neuer und alter fachlicher Herausforderungen resultiert [...];
- Dass paradigmatische Veränderungen bezüglich der Steuerung und Ausgestaltung der Hilfen stattgefunden haben.“

Auf einzelne dieser von Zimmermann (2008) genannten Kennzeichen soll nachfolgend näher eingegangen werden.

*Kennzeichen:* Die Kosten für die Behandlung, Begleitung und Beratung von Menschen mit einer psychischen Störung werden in Deutschland durch unterschiedliche Finanzierungs- und Gesetzesquellen getragen, welche dem

Sozialstaatsprinzip entsprechen. Einerseits werden die tragenden Kassen für die Leistungen wie nachfolgend aufgezeigt stark belastet, andererseits erschweren die gesetzlichen Grundlagen eine schnelle und bedarfsgerechte Versorgung. „Die Kosten psychischer Erkrankungen betragen schätzungsweise 3 - 4% des Bruttoinlandsprodukts. Zudem zählen psychische Störungen zu den Hauptursachen für Frühverrentung und verminderte Erwerbsfähigkeit in den Mitgliedstaaten der EU“ (Gesundheitsministerkonferenz der Länder, 2007, S. 5). Die direkten Krankheitskosten in Deutschland beliefen sich 2008 in Deutschland auf 28 Milliarden Euro, die indirekten Kosten<sup>2</sup> auf 26 Milliarden (DPPN, 2013, S. 2). Mit den steigenden Kosten und den damit immer leerer werdenden Kassen, stehen die Dienstleister unter Kostendruck. „Leistungen sollen nicht nur effektiv, sondern auch effizient (wirtschaftlich) erbracht werden“ (Jansen-Kayser, 2010b, S. 437). Die Kostenträger (z.B. Sozialhilfe, Krankenkasse, Rentenversicherung) müssen ihren Auftrag der Fürsorge, Behandlung usw. gegenüber von berechtigten Personen unter möglichst geringen Mitteleinsatz erfüllen. Dabei sind sie nach Ansicht von Görres (2010a, S. 126) „in der Zwickmühle. Einerseits ist es ihre Aufgabe, ein umfassendes und nachhaltiges psychiatrisches Versorgungsangebot aufzubauen, andererseits müssen sie den Umbau der Leistungsangebote und der Einschränkungen des Kreises der Leistungsberechtigten vorantreiben, da die öffentlichen Kassen leer sind.“ Hinzu kommt die unterschiedlich ausgestaltete Basis der Finanzierungsmöglichkeiten von Unterstützungsangeboten für Menschen mit einer (chronisch) psychischen Störung. „Dabei sind zwei Finanzierungssäulen zu unterscheiden:

- Die Behandlung von Krankheiten und ihren Folgen (SGB V, SGB VI, SGB IX, SGB XI)
- Die Hilfen zur Wiedereingliederung und Hilfe zum Lebensunterhalt (SGB XII)“ (Görres, 2010, S. 125).

Die unterschiedlichen Gesetze für die Inanspruchnahme der Leistungen werden durch Bestimmungen näher definiert, indem sie bspw. den/die Leistungsberechtigten, die möglichen Leistungen und die beteiligten Berufsgruppen bestimmen (Görres, 2010, S. 125 ff.). Je nach Leistungsangebot sind so z.B. bestimmte Diagnosekriterien, oder auch ein unterschiedlich hoher finanzieller Eigenanteil der Betroffenen (wie deren Familien) ausschlaggebend für die Entscheidung pro oder contra für die Inanspruchnahme einer Hilfe. Das für die Entscheidung ein hinreichendes Wissen notwendig ist, erschwert es den Betroffenen, die Hilfen selbstständig zu finden und zu installieren.

---

<sup>2</sup> U.a. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Erwerbsminderung.

Im Zuge der Spezialisierung aufgrund der unterschiedlichen Finanzierung, aber auch aufgrund der Berücksichtigung von Altersgruppen, Arten von Störungen und Unterstützungsmöglichkeiten entwickelte sich ein stark differenziertes Versorgungssystem. So entstand die Möglichkeit, dass Menschen mit einer psychischen Störung zumeist auch ein breites Spektrum an spezifischen Angeboten außerhalb stationärer Settings in ihrer Lebenswelt wahrnehmen konnten (Schleuning & Welschehold, 2000). Nachteil ist jedoch nach Rammel-Faßbender (2009, S. 82), dass dieses „Angebot der Leistungen den Menschen häufig nicht in seiner Vielfalt bekannt oder aufgrund der Komplexität unüberschaubar ist [...]. Hinzu kommen finanzielle und psychische Belastungen, die eine Nutzung erschweren.“ Darüber hinaus sind die regionalen Unterschiede in der Versorgungslandschaft sehr hoch. Spezielle Angebote konzentrieren sich bspw. oftmals auf Ballungsgebiete und bleiben Menschen in strukturschwachen Regionen verwehrt. Die Verlagerung von vormals stationären Angeboten zu ambulanten Settings aufgrund der Enthospitalisierung lässt ambulante gemeindenahe Strukturen zur Vollversorgung entstehen. Die Sektorisierung wird jedoch durch eine geringe und mitunter fehlende Kooperation der beteiligten Professionellen erheblich beeinträchtigt (Bosshard, Ebert & Lazarus, 2010, S. 41). Am schwersten wiegt jedoch die Konsequenz für die KlientInnen: Ohne geeignete Unterstützung, passende Leistungen zu erkennen, auszuwählen und in Anspruch zu nehmen, können sich Betroffene wie Angehörige im „Behördenschwungel [...] verlieren, [dann] verlieren die Betroffenen häufig die Orientierung, oder sie entwickeln Ohnmachtsgefühle und bekommen Schwierigkeiten bei der Wahrnehmung der eigenen komplexen Bedürfnislage“ (Burton & Tradwell, 2002, S. 721).

Das breitgefächerte und spezialisierte Versorgungssystem bedeutet auch, dass viele Dienstleister gleichzeitig ihre Leistungen bei einem komplexen Bedarf von Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung erbringen. Diese Hilfen sind nach Sälzer (2010, S. 25) meist angebotsorientiert, „das heißt sie suchen sich die zu ihrem Konzept passende[N] Klient[In] aus, statt sich nach dem Bedarf der in der Region lebenden hilfsbedürftigen Personen zu richten.“ Die Ausrichtung der Leistung kennzeichnet sich dann durch die fachlichen Entscheidungen des Dienstleisters (Wendt, 2010, S. 78 ff.). Diese Angebotsorientierung führt dazu, dass vornehmlich Leistungen als Standardpakete angeboten werden. Da sich diese nicht am Bedarf der KlientInnen, d.h. weder an den individuellen Defiziten noch an den eigenen Ressourcen orientiert, verstärkt es nach Sälzer (2010, S. 25) die Unselbstständigkeit bei der Gestaltung des eigenen Lebens. Ein Betroffener schildert die ungenügende individuelle Planung sowie die Abstimmung mit den sozialen Bedingungen aus seiner Sicht wie folgt: „Egal welche Hilfen wir wirklich benötigten, wir mussten das



komplette Paket in Anspruch nehmen, das die Einrichtung bot, auch wenn wir einige Hilfen gar nicht benötigten. Der Bedarf war definiert gemäß Konzept der Einrichtung, damit war auch der Leistungsträger zufrieden. Die Einrichtung war zufrieden, weil ein Platz finanziert wurde. Die verschiedenen Hilfen, die wir in den Einrichtungen erhielten, waren durch die zentrale therapeutische Leitung der Einrichtung definiert“ (Wagner, 2004, S. 19). Insbesondere in Hinblick auf die bereits benannten Schwankungen von chronischen Erkrankungen ist dieses Vorgehen mit standardisierten Hilfen fraglich (Jansen-Kayser, 2010a, S. 423): Die angebotsorientierten Leistungen beziehen sich lediglich auf bestimmte temporäre Zustände (berufliche Rehabilitation, Beratung in Bezug auf Krise usw.) (Sälzer, 2010, S. 22).

Wenn die KlientInnen mit ihren Bedürfnissen zentral für weitere Entscheidungen sein sollen, sind nach Ansicht von Bosshard, Ebert und Lazarus (2010, S. 42) „gemeindepsychiatrische Netzwerke anstelle der vielen isoliert vorgehenden Anbieter unverzichtbar.“ Dieses Netzwerk könnte dann eine ganzheitliche Begleitung von Menschen mit einer chronisch psychischen Störung ermöglichen. Die aktuelle Situation ist jedoch aufgrund der Finanzierung, Spezialisierung, Sektorisierung und Angebotsorientierung nicht durch eine Ganzheitlichkeit gekennzeichnet.

Wenn sich der Bedarf maßnahmeübergreifend ändert, ist damit auch ein Wechsel in andere Leistungen notwendig. Die Konsequenz ist, dass gewachsene Beziehungen zu professionellen HelferInnen abgebrochen werden (Kruckenberg, 2000, S. 17; Sälzer, 2010, S. 27). Diese Diskontinuität mündet nach Ansicht von Kunze (2004, S. 20) dann in immer wieder neuer Entwurzelung oder einer Abhängigkeit der Betroffenen. Der Wechsel zu immer neuen Einrichtungen hat zudem zur Folge, dass Informationen verloren gehen, oder die KlientInnen „eine sich ständig wiederholende Datenerhebung über sich ergehen lassen“ müssen (Burton & Tradwell, 2002, S. 723). Zudem erschweren in Anlehnung an Burton und Tradwell (2002, S. 723) die wichtigen Datenschutzbestimmungen den Informationstransfer zwischen den Dienstleistungen. „Folglich verschwinden viele wertvolle Informationen in den Archiven von Behörden, Organisationen, Pflegediensten und sonstigen Leistungsanbietern, und es wird viel Zeit verschwendet.“ Dieser Verlust an den Schnittstellen der verschiedenen Versorgungsangebote erfordert eine bessere Abstimmung der Beteiligten im gesamten Prozess über Ziele und Strategien im Vorgehen, sodass unnötige Doppel- und Unterversorgungen vermieden werden können (Sälzer, 2010, S. 22 ff.).

*Forderungen:* Zu den Forderungen für eine zukünftige Versorgungslandschaft, die dem Gedanken der Sozialpsychiatrie gerecht wird, gehören daher vor allem

eine ausreichende Bedarfsorientierung sowie eine entscheidende Mitbestimmung der KlientInnen.

Die Bedarfsorientierung beinhaltet die bedarfsgerechte Koordination und Kooperation zwischen und innerhalb der verschiedenen Dienste und der Ausbau des komplementären Systems (Sälzer, 2010, S. 8 ff.). Hinzu kommt die individuelle bedarfsgerechte Ermittlung, einschließlich der Erhebung von (sozialen) Ressourcen und die entsprechende Umsetzung der Hilfen. Für eine bedarfsgerechte Ermittlung und Planung von Hilfen wird eine ausreichende Mitbestimmung der KlientInnen benötigt, um die Chance auf ein selbstbestimmtes Leben ggfs. auch ohne professionelle Hilfe zu ermöglichen (Fricke, 2004, S. 53): „Es geht darum, Mut zu machen eigene Wege zu gehen und auf eigenen Beinen zu stehen, und nicht [...] eine Rundumsorgelosversorgung [...]. Alle Therapien und Hilfen müssen sich an den Ressourcen und nicht an den Defiziten der betroffenen Menschen orientieren. Wer das tut, was er [/sie] kann, vielleicht sogar besser kann als viele andere, hat Erfolgserlebnisse und diese stärken das Selbstbewusstsein und damit auch die seelische Stabilität. Mit gestärktem Selbstbewusstsein ist man eher in der Lage zuzugeben, wo man Hilfe braucht, und man findet auch eher die Kraft, an seinen Defiziten zu arbeiten“ (Fricke, 2004, S. 61).

In Anlehnung an Fricke (2004, S. 53) hängt die Entscheidung der professionell Tätigen über mehr oder weniger Selbst- oder Fremdbestimmung nicht von der Diagnose ab, sondern vielmehr vom Ziel, dem Krankheitsverständnis und der Einstellung der Professionellen. D.h. auf Augenhöhe mit den KlientInnen zu arbeiten, bedeutet auch ein persönliches „Mitsein“ (Kruckenberg, 2000, S. 165).

Zusammenfassend ist zu sagen, dass es mittels der vielen ambulanten Angebote ermöglicht wurde, dass auch Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung in ihrer Lebenswelt bleiben können, nicht mehr auf eine stationäre Versorgung angewiesen sind. Dennoch ist nach Ansicht von Schleuning und Welschehold (2000, S.9) zu konstatieren, dass es für eine angemessene Versorgung außerdem „flexible, individuelle, maßgeschneiderte, vernetzte Programme braucht (1); dass diese Gruppe von Patient[Innen] ohne fachkompetente Unterstützung den Weg zu den jeweils notwendigen verschiedenen Anbietern der in unterschiedlicher Kostenträgerschaft vorgehaltenen Maßnahmen nicht findet (2); [und] dass mangelnde Abstimmung zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich beziehungsweise ungeeignete Nachsorgekonzepte auf konzeptuelle und strukturelle Defizite in der Versorgung dieser „schwierigen“ Patient[Innen] hinweisen (3)“.

### **2.2.2 (Klinische) Sozialarbeit in der Sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft**

Als Teildisziplin Sozialer Arbeit „profilert Klinische Sozialarbeit die Expertise in der psycho-sozialen Beratung, Behandlung und Prävention bei schweren Belastungen, Krisen und psychischen, sozio- und psychosomatischen sowie chronischen Erkrankungen“ (Pauls, 2011, S. 16). Die Klinische Sozialarbeit bestimmt sich durch den hard-to-reach-Begriff, d.h. es handelt sich um KlientInnen, welche aus verschiedenen Gründen Unterstützung nicht beanspruchen können, jedoch durch viele Problemlagen gekennzeichnet sind (Gahleitner & Mühlum, 2010, S. 109). In Bezug auf Menschen im sozialpsychiatrischen Kontext bedeutet das nach Dörr (2005, S. 98) auch, dass (klinische) SozialarbeiterInnen mit denjenigen zusammenarbeiten, die ihren Bedarf kaum oder nicht entsprechend ausdrücken können. Auch wenn KlientInnen bspw. Probleme nicht sehen (können), stellt eine tragende Beziehung die Basis dafür dar, Kooperation zu zulassen und einen Perspektivwechsel zu ermöglichen (Heiner, 2007, S. 469).

Trotz dessen, dass in der Vergangenheit SozialarbeiterInnen immer im Gesundheitsbereich tätig waren, wurden ihre Möglichkeiten „allzu oft unterschätzt und in dienender Funktion gar als „Magd der Medizin“ (aus)genutzt“ (Gahleitner & Mühlum, 2010, S. 98) - obwohl Forschungen zeigen, dass psychosoziale Komponenten vor Erkrankungen schützen können, aber auch, dass soziale Unterstützung zu den vielversprechenden Behandlungsmethoden gehört (Pauls, 2011, S. 32). „Daraus folgt, dass die Soziale Arbeit dem biomedizinischen Behandlungsmodell ihr eigenes ganzheitliches, bio-psychosoziales Konzept entgegensetzen sollte“ (Geißler-Piltz, Mühlum & Pauls, 2010, S. 36). Klinische Sozialarbeit in der psychiatrischen Versorgung von Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung ergänzt daher die ärztliche Sicht mittels des bio-psycho-sozialen Ansatzes und trägt „zur Verbesserung der „Passung“ von Lebenslage und Lebensweise“ bei (Gahleitner & Mühlum, 2010, S. 99). Sie orientiert sich dabei am salutogenetischen Gesundheitsbegriff: „Ein einzelner Mensch ist niemals allgemein krank, sondern er [/sie] leidet immer unter bestimmten Beschwerden, Störungen, Symptomen und Behinderungen. Diese bilden in jedem einzelnen Fall ein bestimmtes Syndrom und dies wird einer bestimmten Krankheit zugeordnet, aber nie zu einem allgemeinen Krankheitsbegriff“ (Pauls, 2011, S. 89).

Leitperspektiven (Klinischer) Sozialarbeit sind u.a. das Empowerment, die Lebensweltorientierung und eine wirksame Beziehungsgestaltung. Auch bei Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung, welche dauerhaft auf

Unterstützung angewiesen sind, soll das oberste Ziel einer größtmöglichen Autonomie durch Hilfe zur Selbsthilfe gefördert werden – durch Ermunterung und Anleitung, eigene Angelegenheiten weitestgehend selbst in die Hand zu nehmen (Heiner, 2007, S. 462). Der Empowermentansatz setzt dabei an den Ressourcen der Betroffenen und deren Umfeld an (Dörr, 2005, S. 83). Als Arbeitsprinzip der Sozialen Arbeit weisen Bosshard, Ebert und Lazarus (2001, S. 81) jedoch daraufhin, dass Selbsthilfe auch eine zweiseitige Botschaft hat: „Es verweist zum einen auf die subjektiven Hilfeanliegen des [/der] Klient[In] und zum Zweiten auf allgemeine, öffentlich ausgehandelte Nutzensvorstellungen. Selbsthilfe ist in erster Linie deshalb nützlich, weil sie die Allgemeinheit von der Last der Fürsorge für andere entlastet.“

Neben der Orientierung an den Selbsthilfepotenzialen des/der Einzelnen, bezieht Klinische Sozialarbeit die soziale Umgebung explizit mit ein. Dabei nutzt sie soziale Netzwerkarbeit sowie die Theorien zur sozialen Unterstützung (Pauls, 2011, S. 18 ff.). Die Lebensweltorientierung Klinischer Sozialarbeit priorisiert eine Synchronisierung des multidimensionalen bio-psycho-sozialen inneren Modells und der umgebenden Umwelt. Sie vertritt somit einen bifokalen Ansatz (Pauls, 2011, S. 108 ff.). Der doppelte Fokus von Lebensverhalten und Lebensverhältnissen steht in der sozialpsychiatrischen Versorgung nach Dörr (2005, S. 85 ff.) mit dem Empowermentansatz in Verbindung: Die Lebensweltorientierung „nimmt plausibel die Erkenntnis auf, dass schwierige psychosoziale Lebenssituationen und Krisen nur mit der Zustimmung und den Kräften derer zu bewältigen sind, denen geholfen werden soll.“ (Klinische) Sozialarbeit vermittelt also auch zwischen Gesellschaft und Individuum (Heiner, 2007, S. 104). Soziale Arbeit kann so auf die Veränderungen des KlientInnen- und/oder Leistungssystem abzielen. Der Schwerpunkt verschiebt sich dann je nach Aufgabenstellung von intensiver Einzelfallarbeit hinzu direkter Organisationsarbeit (Heiner, 2007, S. 137).

Pauls (2011, S. 184) weist zudem darauf hin, dass alle Überlegungen und Interventionen Klinischer Sozialarbeit ohne eine wertschätzende Beziehung nicht erfolgreich wirken. Als weitere Grundlagen sozialarbeiterischen Handelns benennt Dörr (2005, S. 93 ff.) die Ressourcenorientierung, Genderkompetenz, Betroffenenorientierung, Autonomie und Reflexionsfähigkeit.

Zu den Handlungskompetenzen Sozialer Arbeit für die Einzelfallhilfe in der sozialpsychiatrischen Versorgung zählen Bosshard, Ebert und Lazarus (2001, S. 302 ff.) die Biografiearbeit, die Psychoedukation (um einen veränderten Umgang mit der seelischen Störung und deren Folgen zu ermöglichen), die Gesprächsführung hinsichtlich Anamnese und Krisenintervention sowie das Case Management. Pauls (2011, S. 303) nennt u.a. die Förderung von sozialen Kontakten, die Alltagsstrukturierung, Gespräche mit und die Begleitung im

sozialen Umfeld, Motivierung zu Compliance und die Unterstützung in Krisensituationen als konkrete klinisch-sozialarbeiterische Maßnahmen in der Zusammenarbeit mit Menschen mit einer psychischen Störung. Für eine angemessene Versorgung von chronisch psychisch kranken Menschen wird aus seiner Sicht „Soziale Therapie [benötigt], die personenorientierte Begleitung, Beratung, Stützung und Umfeldhilfen bietet und die verschiedenen Behandlungen und Hilfemaßnahmen koordiniert und vermittelt (sozialtherapeutisches Case Management)“ (Pauls, 2011, S. 302).

## **2.3 Case Management**

Der hier zuletzt aufgeführte Aspekt - das Case Management - betont die Wechselwirkung zwischen Person und Umgebung (Person-in-der-Situation), indem formelle und informelle Netzwerke bei der Problemanalyse berücksichtigt, aber auch für einen Unterstützungsprozess vernetzt werden (Pauls, 2011, S. 318 ff.). Nachfolgend wird sich Case Management ausführlich gewidmet. Zunächst soll es in der Sozialen Arbeit verortet werden. Dem schließen sich ausführliche und kritische Betrachtungen zur Entwicklung, dem aktuellen Stand, den charakteristischen Merkmalen und Phasen an. Abschließend soll der Bezug zur sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft mithilfe zweier Forschungsprojekte hergestellt werden.

### **2.3.1 Case Management und Soziale Arbeit**

Der Begriff Case Management als Handlungsmöglichkeit hat im Sozial- und Gesundheitsbereich an Verbreitung gewonnen. Nicht nur Leistungsträger haben aufgrund der vielversprechenden Effizienz und Effektivität Interesse an der Umsetzung von Case Management, sondern auch die im Gesundheitswesen tätigen Professionen (Löcherbach, Klug, Rimmel-Faßbender & Wendt, 2009, S. 7). Trotz der Möglichkeiten, welche Case Management für die Arbeit mit den KlientInnen, deren Lebenswelt sowie dem formellen Netzwerk bietet, ersetzt es in Anlehnung an Wendt (2007, S. 15) die Soziale Arbeit als praxisorientierte Profession nicht. Case Management benötigt eine Basis an bspw. sozialarbeiterischer Kompetenz, stellt aber das Management von komplexen Inhalten in den Vordergrund (Wendt, 2007, S. 18). Auch in der täglichen Praxis Sozialer Arbeit ist ein Management gefragt. Aufgrund des

lebensweltorientierten Ansatzes arbeitet sie nie nur ausschließlich mit dem/der KlientIn allein, sondern stets mit dem ihn/sie umgebenden Umfeld an informellen und formellen Netzwerken. An dieser Stelle muss ebenfalls „organisiert, geplant, disponiert und kontrolliert werden“ (Wendt, 2010, S. 40). Zudem verspricht Case Management mehr Effizienz und Effektivität. Auch SozialarbeiterInnen stehen im Zuge der Ökonomisierung im Spagat zwischen dem Anspruch auf Fachlichkeit bspw. bei psychosozialen Interventionen und einem effizienten Handeln bei knappen Ressourcen, hohen Fallzahlen und steigender Koordinationsverantwortung. Nach Ansicht von Rimmel-Faßbender (2009, S. 72) war und ist es eine Schwachstelle von SozialarbeiterInnen, dass sie ihre fachliche Arbeit zu wenig nachweisen. Sälzer (2010, S. 1) konstatiert daher, dass es auch das Interesse der Leistungserbringer - also auch der SozialarbeiterInnen - ist, „entwicklungsfähige Methoden zu finden, die dem Anspruch auf eine verbesserte und adäquate Versorgungsqualität gerecht werden [...] und letztendlich auch die Finanzierung der Versorgung optimieren, bzw. Kosten sparen.“ Handlungsmöglichkeiten, welche den fachlichen Anspruch und die ökonomische Notwendigkeit sowie die KlientInnenebene wie Umfeldebene einbeziehen, sind daher zu entwickeln und anzuwenden (Klug, 2009, S. 63). Case Management mit seinen Grundhaltungen, welche sich u.a. der Ethik der Sozialen Arbeit anschließen, könnte daher ein geeigneter Ansatz auch für SozialarbeiterInnen in der Begleitung und Beratung von Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen sein. Als Professionalisierungsmöglichkeit ist die einfache Übernahme von Case Management jedoch auch kritisch zu hinterfragen (Galuske, 2007, S. 415). So sind die Ansätze der Lebensweltorientierung und die Hilfe zur Selbsthilfe auch ohne Case Management seit längerem Prämissen Sozialer Arbeit (Rimmel-Faßbender, 2009, S. 69). Aus diesem Grund werden verschiedene Kritikpunkte unter einzelnen Aspekten und ebenfalls in Pkt. 2.3.4 aufgeführt.

Die Anwendung von Case Management in der Praxis ist nicht einheitlich. Von der KlientInnen-, der intermediären bis hin zur reinen Anwendung auf Systemebene werden Case Management-Modelle ausgeführt. Neuffer (2010, S. 120) verdeutlicht in Verbindung mit der Sozialen Arbeit, dass es sich auf die „unmittelbare Arbeit mit der Klientel, mit deren Umfeld im Sinne von fallspezifischer Netzwerkarbeit und der Beteiligung an der fallunspezifischen Netzwerkarbeit und der Beteiligung an der fallunspezifischen Netzwerkarbeit in einem zielgruppen- oder quartierbezogenen Dienstleistungssystem“ beziehen sollte. Bei der Umsetzung setzt es daher an den fachlichen und ethischen Prinzipien Sozialer Arbeit an (Neuffer, 2010, S. 117 ff.) und bezieht die reflektierte Beziehung zwischen KlientIn und SozialarbeiterIn mit ein (Neuffer, 2007, S. 424). Rimmel-Faßbender (2006, S. 9) beschreibt bspw. Weiterbildungs-

merkmale für Case ManagerInnen, in denen sozialarbeiterische Kompetenzen und wissenschaftliche Ansätze deutlich vertreten sind. Zu nennen wären an dieser Stelle u.a. die Ressourcen- und Lebensweltorientierung, die Prinzipien des Empowerments und Netzwerkarbeit, aber auch die Fähigkeit in den einzelnen Phasen des Case Managements dialogisches Verstehen und den Eigensinn der KlientInnen zu ermöglichen.

### **2.3.2 Historische Entwicklung und aktuelle Situation**

In den USA entwickelte sich Case Management aus der sozialen Einzelfallhilfe (case work), also aus der Sozialen Arbeit heraus. Aufgrund der Kritik an den menschenunwürdigen Zuständen in den Großanstalten wurden Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung oder geistigen Behinderung in den 70er Jahren in den ambulanten Bereich entlassen (Wendt, 2010, S. 17). Mit der Notwendigkeit, eine adäquate ambulante Versorgung zu erschließen und der entstandenen differenzierten ambulanten Versorgungslandschaft wurde eine Organisationsplanung und Vernetzung erforderlich – Case Management entstand (Wendt, 2010, S. 17). Die Aufgabe der Case ManagerInnen war es dabei, die Lotsenfunktion für die KlientInnen im komplexen Leistungssystem zu übernehmen (Jansen-Kayser, 2010b, S. 436). „In den ursprünglichen Konzepten wurde dem [/der] CMer [Case ManagerIn] die Aufgabe zugeordnet, einerseits den Hilfebedarf des [/der] jeweiligen Patient[In], andererseits die zur Befriedigung dieses Bedarfes notwendigen Dienste zu identifizieren, um dann beides zusammenzuführen“ (Schleuning & Welschehold, 2000, S. 1). In Deutschland wurde dieser Ansatz in den 80er Jahren aufgenommen (Neuffer, 2010, S. 115). Die Weiterentwicklung in den USA zeigte jedoch eine vermehrte Konzentration weg von der Einzelfallorientierung hin zur Systemorientierung unter ökonomischen Gesichtspunkten. Die Case ManagerInnen wurden nunmehr vermehrt in Form von Gatekeeper und Broker, d.h. im Sinne einer Angebotsregulation tätig. Nach Ansicht von Neuffer (2007, S. 418) ist dies eine „Tendenz, die wir im deutschsprachigen Raum ebenfalls aktuell verfolgen können, insofern muss die frühe Kritik in den USA in diesem Zusammenhang registriert werden“ (Neuffer, 2007, S. 418). Angesprochen ist hier die Entstehung des sogenannten Care Management – Servicestellen, die passende Leistungspakete zusammenstellen, aber die für die Hilfeerbringung selbst nicht zuständig sind (Wendt, 2010, S. 20). Zusammengefasst waren die Entospitalisierung, die komplexen Problemlagen der Betroffenen, die Differenzierung und Dezentralisierung des Versorgungssystems und die

gestiegenen Kosten für die entsprechenden Hilfen die Gründe für die Entstehung von Case Management (Wendt, 2010, S. 123 ff.).

Die aktuelle Situation der Versorgungslandschaft im deutschen Gesundheits- und Sozialwesen ist ebenfalls durch Pluralisierung, Ausdifferenzierung und auch einer Unüberschaubarkeit der Versorgungslandschaft charakterisiert (Rommel-Faßbender, 2009, S. 82). Anhand der sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft wurde diese bereits unter Pkt. 2.2.1 verdeutlicht. Die Individualisierung und die Komplexität der Problemlagen der KlientInnen und die damit verbundenen Anforderungen an die Betroffenen kommen hinzu (Rommel-Faßbender, 2009, S. 80).<sup>3</sup> Eine ganzheitliche und auf den/die EinzelneN zugeschnittene Betreuung von Menschen mit multiplen Problemen, eine genügende Ressourcennutzung von klientInneneigenen sowie informellen Netzwerk-Ressourcen und eine entsprechende Dokumentation als Rechenschaftslegung kennzeichnen nach Ansicht von Rommel-Faßbender (2009, S. 72 ff.) noch sehr selten die Versorgung. Aufgrund der komplexen Problemlagen der KlientInnen sowie die Differenzierung der Versorgungslandschaft betont wie bereits erwähnt auch der regionale Stadtpsychiatrieplan der Landeshauptstadt Dresden (2014, S. 39 ff.) die Notwendigkeit einer verstärkten Kooperation von stationären, ambulanten, sozialpsychiatrischen und psychosozialen Hilfen. Auf der Einzelfall- aber auch auf der Systemebene sollen so Unter- aber auch Überversorgungen und eine nur punktuelle Begleitung bei komplexen und chronischen Zusammenhängen vermieden werden (Wendt, 2005, S. 4). Auch der wirtschaftliche Aspekt spielt in der Koordination eine nicht unwesentliche Rolle: „Es ist Realität, dass die Finanzierung von Bund, Ländern und Gemeinden für (psycho-)soziale und gesundheitliche Hilfen weiterhin begrenzt ist. Sie zwingen in vielen sozialen Arbeitsfeldern zur Positionierung und/oder Neuorientierung der täglichen Arbeit. Um ein gesteigertes Kostenbewusstsein kommt daher niemand mehr herum“ (Rommel-Faßbender, 2009, S. 77 ff.).

### **2.3.3 Begriffsannäherung**

Case Management als Begrifflichkeit wird in unterschiedlichen Zusammenhängen gebraucht und setzt je nach Aufgaben- und Arbeitsfeld unterschiedliche Schwerpunkte und Inhalte (Sälzer, 2010, S. 1, 28). Das Einheitliche liegt

---

<sup>3</sup> Die Komplexität von Problemlagen von Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung wurde unter Pkt. 2.1.2 erläutert.



nach Wendt (2005, S. 4) jedoch in der „Philosophie“ des Case Managements. Dinge, Situationen und Angelegenheiten zu ordnen gehört zum Alltag eines/einer Jeden. „Gemeint sind der mentale und der praktische Versuch, in komplizierter Lage die Übersicht zu behalten, eine Ordnung zu erreichen, zu korrigieren, was fehl gelaufen ist, das Leben zu bewältigen und zielgerichtet voranzukommen“ (Wendt, 2011, S. 3). Wenn derjenige/diejenige dabei Probleme hat, die eigenen Angelegenheiten zu managen, z.B. aufgrund der Komplexität der Problemlagen und eigener psychosozialer Einschränkungen, „nimmt [Case Management] generell die Aufgabe wahr, [...] eine Versorgung und unterstützende Maßnahmen situations- und problembezogen „in die Reihe“ zu bringen. Es ordnet sie und führt sie zusammen. Auf der anderen Seite werden im institutionellen Rahmen fallweise Lebenssituationen, Verhalten und Verhältnisse von Menschen „auf die Reihe“ gebracht“ (Wendt, 2011, S. 4). Dabei werden nicht die Menschen selbst gemanagt, sondern deren komplexe Problemlage (case bedeutet, was der Fall ist) zu einem effektiven und effizienten Vorgehen (Wendt, 2010, S. 41 ff.).

Wie bereits angesprochen ist Case Management besonders dann von Belang, wenn es sich um komplexe Problemlagen handelt. Bei kurzfristigem und lediglich punktuellen Unterstützungsbedarf ist Case Management nicht notwendig (Wendt, 2010, S. 15). Gefragt sind dann spezialisierte Beratungen und/oder Krisenintervention: „Die Spezifik einer medizinischen, pflegerischen, psychologischen, pädagogischen, rechtlichen Beratung und Problembehandlung bleibt [daher] der jeweiligen Disziplin überlassen“ (Wendt, 2010, S. 169). Schwieriger wird die Versorgungssituation jedoch, wenn diverse Personen von informellen und formellen Hilfen beteiligt sind, es sich um ein eher chronisches Problem handelt und eine Abstimmung mit dem/der Betroffenen im Mittelpunkt steht (Wendt, 2010, S. 75). Im Vordergrund stehen die Ressourcen der Betroffenen und deren informelles Umfeld sowie das Ziel „Selbstheilungskräfte zu aktivieren ohne ihnen [den Betroffenen] die Verantwortung abzunehmen“ (Rommel-Faßbender, 2009, S. 80).

Bei diesen komplexen Zusammenhängen ist Case Management angezeigt und übernimmt die Fallsteuerung (Wendt, 2010, S. 57). Innerhalb dieser Fallsteuerung wird die Vielfältigkeit der Problemlagen (was ist als erstes zu tun?) und die der Leistungsträger (wer übernimmt was?) reduziert (Wendt, 2011, S. 16). Hierfür werden alle Unterstützungsmöglichkeiten vom Case Manager/von der Case ManagerIn zu einem unterstützenden Netzwerk verbunden (Wendt, 2010, S. 6).

An dieser Stelle ist bereits ein wesentlicher Aspekt angesprochen, welcher mitunter zur Unterscheidung eines punktuellen oder eines gänzlichen Case Management führt: Die Einzelfall- und die Systemebene. Case Management kann

eher auf Steuerungsebene, oder in Bezug auf die direkte Beratung mit weniger Steuerungsbefugnis (insbesondere in der Sozialen Arbeit vorrangig) stattfinden (Wendt, 2012b, S. 9).

Systemsteuerung kann in Bezug auf den Einzelfall durch Kooperation, d.h. auch Inanspruchnahme von Diensten charakterisiert werden. Für die individuelle Problemlage beziehen die Case ManagerInnen daher die Systemebene durch Ermittlung, Koordination und Kooperation mit dem jeweiligen Unterstützungsnetzwerk mit ein (Jansen-Kayser, 2010b, S. 437). Auch fallübergreifend sind hierzu regelmäßige Vernetzungstreffen, welche mitunter von dem/der Case ManagerIn initiiert werden, unterstützend.<sup>4</sup> Für das Case Management auf der Mikroebene benötigt es jedoch auch fördernde Strukturen der Institutionen. Denn nach Ansicht von Wendt (2009, S. 15) „kann sich ein[E] einzelne[R] Sozialarbeiter[In] in einem Dienst oder in einer Einrichtung nicht für das Case Management als „ihre“ [/seine] Methode entscheiden: die Organisationsstruktur muss das zu lassen“ (Wendt, 2009, S. 15). In Bezug auf die Systemsteuerung ist es dann zudem die Aufgabe des/der Case ManagerIn, fallübergreifend, aber einrichtungsbezogen die internen Strukturen zu steuern. Auch die fallunabhängige Eruierung der Versorgungslandschaft trägt im Wesentlichen für die Umsetzung eines Case Managements bei (Wendt, 2011, S. 20): Ohne ein konkretes Wissen über Art und Umfang der Dienstleister sowie Zugangsvoraussetzungen und förderliche Kooperationsstrukturen, ist eine Koordination bei komplexen Problemlagen kaum möglich. Für die von Case Management dargestellten Effizienz- und Effektivitätseffekte benötigt es daher beides: „Wir können wie oben dargelegt, die erreichte und erreichbare Kunstfertigkeit des Handelns im Case Management als state of the art nicht isolieren von den herrschenden Zuständen, dem state of affairs in den Anwendungsbereichen von Case Management“ (Wendt, 2011, S. 23).

Eine reine Konzentration auf die Systemsteuerung ohne die Mikroebene, also die Planung des Sozialraums kann als Care Management bezeichnet werden (Neuffer, 2013, S. 219). Dies beinhaltet u.a. die Entwicklung von Vergütungssystemen, Fallgruppen und die Bedarfserhebung im Sozialraum, welches auch die politische Ebene miteinbezieht (Wendt, 2011, S. 5).<sup>5</sup> In der Einzelfallarbeit bedeutet dies, dass Case ManagerInnen Möglichkeiten benötigen, Versorgungslücken auf der Systemebene für die Sozialraumplanung rück zu melden (Wendt, 2010, S. 108; Wendt, 2009, S. 17). Den Gedanken von Wendt (2010, S. 34) folgend, bezieht daher ein vollständiges Case Management das

---

<sup>4</sup> Bspw. Netzwerktreffen eines Sozialraums, themenspezifische und institutionsübergreifende Arbeitsgruppen etc.

<sup>5</sup> Ein Beispiel hierfür ist das persönliche Budget.

klientInnen- und systembezogene Management mit ein. Andernfalls wäre einerseits bei der Arbeit auf Einzelfallebene eine Reduzierung ohne die bedingenden Umweltfaktoren zu berücksichtigen, andererseits verliert der Blick, der ausschließlich auf Care Management gerichtet ist, die Basis des Handelns (Neuffer, 2013, S. 217). Auch ohne Implementierung auf der Systemebene kann Case Management Verbesserungen für Einzelfallarbeit bringen (Bianco, Muhl & Palm Fiechter, 2007, S. 31), zu bedenken sind jedoch die hierfür institutionellen notwendigen Grundlagen für Kooperation und Koordination. Case Management kann nach Bianco, Muhl und Palm Fiechte (2007, S. 33) als solches bezeichnet werden, wenn Case ManagerInnen dafür ausgebildet und legitimiert sind, ein Konzept für die Anwendung besteht, die verschiedenen Phasen immer ausgeführt werden, die Betroffenen freiwillig teilnehmen und „Anbieter von CM [Case Management], Leistungserbringer und Leistungsträger, Politiker und Arbeitgeber sich des hohen ethischen Anspruchs der Methode bewusst sind und diesem Anspruch Raum geben.“

### **2.3.4 Kennzeichen**

*Funktionen von Case ManagerInnen:* Professionelle, welche als Case ManagerInnen tätig sind, können je nach Rahmenbedingungen verschiedene Funktionen innehaben (Eggers, Römer-Kirchner & Schmidt, 2008, S. 14): Der Gate-Keeper kontrolliert den Zugang zu Leistungen des Sozial- und Gemeinwesens. Das Ziel ist die Rationalisierung der Leistungen. In der Funktion des Brokers übernehmen Case ManagerInnen die Aufgabe auf der Systemebene ein Netzwerk zu organisieren. In der Gestalt des Advocacy haben Case ManagerInnen eine anwaltschaftliche Funktion inne, indem sie für KlientInnen Leistungen organisieren, welche hierfür selbst nicht in der Lage sind. In dieser Funktion decken sie auch vorhandene Lücken in der Versorgungslandschaft auf. Die vierte und neuere Funktion beinhaltet den Supporter, welcheR in Form von sozialer Unterstützung die KlientInnen motiviert.

*System- und Netzwerkarbeit:* Wie bereits beschrieben, wird unter Care und Case Management unterschieden. Auch wenn sich Case Management auf der Einzelfallebene explizit auf die individuelle Problemlage bezieht, benötigt sie dennoch die Zusammenarbeit mit dem entsprechenden Netzwerk des/der Betroffenen. Case ManagerInnen als Fallverantwortliche kooperieren mit verschiedensten Professionellen, ohne in Konkurrenz mit den jeweiligen therapeutischen und behandelnden Disziplinen zu treten. „Die professionelle Zuständigkeit jener Berufsgruppen wird [nach Ansicht von Wendt (2011, S.

29)] nicht dadurch geschmälert, dass für die Fallführung eine eigene Zuständigkeit vorhanden sein muss. Sie [das Case Management] beansprucht einen Zwischenraum, in dem es weder um die richtige medizinische Behandlung, noch um Psychotherapie, um die richtige Pflege oder um sonderpädagogische Didaktik geht, aber umso mehr um gewöhnliche Lebensführung und ihr Umfeld.“

Wie in der historischen Entwicklung gezeigt wurde, entstand Case Management aufgrund der geringen Bezogenheit der Versorgungsangebote aufeinander mit dem Ziel eines koordinierten Miteinanders, Leistungen auf den Einzelfall abzustimmen und kurzfristige Lösungen zu vermeiden. Die Zusammenarbeit mit dem Netzwerk erstreckt sich über die verschiedenen Phasen des Case Managements, welche unter Pkt. 2.3.5 noch näher erläutert werden. An dieser Stelle sei jedoch bereits erwähnt, dass allein bei der Bedarfserhebung, dem Assessment, möglichst alle Beteiligten einbezogen werden sollen, um ein ganzheitliches Bild der Bedarfslage zu erhalten (Wendt, 2009, S. 25). Zudem ist die Kenntnis über und die Zusammenarbeit mit dem Netzwerk für die Erschließung von Leistungsanbietern und die Heranführung (linking) der KlientInnen an jene notwendig (Wendt, 2010, S. 108).

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass die Case ManagerInnen bei komplexen Problemlagen die Fallführung für die Koordination der notwendigen Hilfen übernehmen. Mithilfe der Koordination sollen die Hilfen aus dem Versorgungssystem erschlossen werden, welche zur Deckung des Bedarfs notwendig sind (Wendt, 2010, S. 101). Innerhalb der Koordination werden verschiedene Hilfen miteinander verknüpft, um Insellösungen zu vermeiden (Wendt, 2010, S. 106). Die langfristige Koordination benötigt eine funktionierende Kooperation. Das gemeinsame Handeln wird dabei auf ein gemeinsames Ziel ausgerichtet – der Bedarf des/der KlientIn. Ein isoliertes Vorgehen ist bei komplexen Problemlagen, welche diverse spezialisierte Hilfe bedürfen, nicht zielführend (Wendt, 2010, S. 104). Wie Case Management selbst strukturelle Voraussetzungen benötigt, bedarf es für eine gelingende Kooperation u.a. eine entwickelte Kommunikation über Verbindlichkeiten, jeweilige Aufgaben und Informationen zu den jeweiligen Einrichtungen (Wendt, 2010, S. 105).

*Effizienz und Effektivität:* Wie bereits in Pkt. 2.2.1 dargestellt wurde, zeichnet sich die aktuelle Versorgungssituation durch hohe Ausgaben aus. „In Deutschland geben die Kommunen und die Kommunalverbände einen großen Teil ihrer verfügbaren Mittel für die Jugendhilfe, die Sozialhilfe und die Eingliederungshilfe aus“ (Wendt, 2011, S. 34). Case Management als Zwischen von sozialen und wirtschaftlichen Aspekten (Wendt, 2011, S. 35) verspricht durch das Vorgehen mehr Effizienz (Relation von Aufwand zum Ergebnis,

kostengünstig) und Effektivität (Zielwirksamkeit, hierfür sind entsprechende Schritte einzuleiten) (Wendt, 2010, S. 58).

Insbesondere durch diesen Fokus auf die Wirtschaftlichkeit des Vorgehens wird Case Management in der SGB II-Umsetzung unkritisch genutzt<sup>6</sup>, in der Sozialen Arbeit ist die Kritik aber deutlich (Neuffer, 2010, S. 115): Bei Case Management würde nach Ansicht der KritikerInnen lediglich die Wirtschaftlichkeit im Vordergrund stehen, fachliche Inhalte so in den Hintergrund rücken (Remmel-Faßbender, 2009, S. 75 ff). Seithe (2010, S. 107) konstatiert, dass Effektivität und Effizienz in Zusammenhang miteinander stehen, wichtig aber die Praxisdefinition dieses Zusammenhangs ist: „Muss sich die Effizienz nach der Effektivität richten bzw. stellt die Effektivität für die mögliche Effizienz den Gestaltungsrahmen dar? Oder muss sich die Effektivität im Zweifel dem Gedanken der Effizienz unterordnen?“ Das fachliche und zielwirksame Handeln von SozialarbeiterInnen soll nicht unter den Effizienzbemühungen eingeschränkt werden (Seithe, 2010, S. 107). Aber diese Einschränkung könnte nach Seithe (2010, S. 108) genau dann der Fall sein, wenn Effizienz zum Selbstziel wird: „Etwas Unzureichendes billig zu machen ist keine große Leistung. Effizienz ohne Effektivität ist letztlich absurd und auf jeden Fall viel zu teuer.“ In Bezug auf den Hilfeplan ist ein rein technischer und auf die Wirtschaftlichkeit gezielter Gedanke eine Rationalisierung, der eine unterstützende Beziehung behindert (Seithe, 2010, S. 109 ff.) In Pkt. 2.1.2 und 2.2.2 wurde einerseits deutlich, dass sich Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung eine soziale Begegnung auf Augenhöhe wünschen und andererseits eine tragfähige Arbeitsbeziehung, die Basis gelingender Klinischer Sozialarbeit ist. Eine Gefahr bei der unreflektierten Anwendung von effizienten Programmen und Methoden besteht darin, (Klinische) Sozialarbeit zu verkürzen. „Soziale Arbeit wirkt nicht schnell und kurzfristig“ (Seithe, 2010, S. 119), sondern benötigt Kontinuität. Soziale Arbeit benötigt für die Nachhaltigkeit Zeit, um der Lebensweltorientierung sowie der Individualität der KlientInnen gerecht zu werden und Veränderungen zu erarbeiten (Seithe, 2010, S. 115 ff). Auch die vorrangige Auswahl von kostengünstigsten und damit auch vermehrt informellen Hilfen wird in Bezug auf das wirtschaftliche Denken kritisiert (Klug, 2009, S. 43).

Neuffer (2010, S. 121) verdeutlicht jedoch, dass die ethische Entscheidung von den ausübenden Case ManagerInnen auch ausschlaggebend dafür ist, ob die Effizienz über fachlichen Entscheidungen steht: Wirtschaftliche Auswirkungen hat Case Management nämlich auch dann, wenn sie sich an der Nachhaltigkeit der Leistungen (bspw. zur Unterbrechung des Drehtür-Effekts)

---

<sup>6</sup> Hierzu mehr unter Pkt. 2.3.4 Empowerment.

orientiert. Auch die Nutzung von informellen Ressourcen kann dem Zweck dienen, kaum in das Leben der Betroffenen einzugreifen.

*Empowerment:* Das Managen der eigenen Lebensbereiche wie Arbeit, Haushalt, Freizeit und soziale Kontakte bestimmen den Alltag eines/einer Jeden. Menschen kommen in diesen Bereichen sehr lang auch ohne professionelle Unterstützung zu recht und meistern ihre Aufgaben (Wendt, 2010, S. 55). Professionell Tätige tragen nach Wendt (2010, S. 56) daher auf längere Sicht lediglich einen kleinen Teil dazu bei. Sie werden jedoch dann tätig, wenn die eigenen Ressourcen und Unterstützung von informellen Netzwerken nicht mehr ausreichen.

Aufgrund der Überlegung, dass in Jedem/Jeder sowie in seinem/ihrem Netzwerk bereits Ressourcen vorhanden sind, werden diese im Case Management fokussiert und wenn möglich genutzt. Diese Ressourcenorientierung bedeutet zudem, dass bspw. beim Assessment, also der Problem- und Ressourcenanalyse eine umfassende Erhebung vorgenommen werden muss, um auch 'versteckte' Zusammenhänge und verschüttete Ressourcen zu entdecken (Wendt, 2005, S. 7). Die Betroffenen haben ganz ungleiche Möglichkeiten. An dieser Stelle ist es dann die Aufgabe des/der Case ManagerIn, die Ressourcen der Versorgungslandschaft auszuwählen und beides zu verbinden (Wendt, 2011, S. 29). Die Nutzung des richtigen Dienstes zur richtigen Zeit für die entsprechenden Bedarfsbereiche ist nach Wendt (2010, S. 100 ff.) daher ausschlaggebend, ob die Ressourcen optimal und damit auch wirtschaftlich genutzt werden. Dies ist einer der Gründe, warum die Case ManagerInnen die Versorgungslandschaft ausreichend gut kennen müssen (Wendt, 2010, S. 16). Der Empowermentgedanke spielt in der Ressourcenorientierung eine entscheidende Rolle und stellt Bezüge zur Klinischen Sozialarbeit her.<sup>7</sup> Die Betroffenen werden dabei als aktive Beteiligte wahrgenommen, welche für die eigenen Angelegenheiten zuständig bleiben und Verantwortung übernehmen, jedoch in ihren Fähigkeiten und Ressourcen gefördert werden (Wendt, 2005, S. 7). Grundlage dieser Förderung ist jedoch nach Ansicht von Roccor (2012, S. 89), dass die Betroffenen ihre Bedürfnisse und Möglichkeiten äußern können. Case ManagerInnen sollen dann dazu beitragen, dass KlientInnen ihre Selbstbestimmung erhöhen (Roccor, 2012, S. 88).

Im Zuge des Empowerments kann auch das Ziel von Case Management gesehen werden: Ein (erhöhtes) Selbstmanagement (Wendt, 2010, S. 56). Ermöglicht wird dies durch die Anschlussfähigkeit der Hilfen aufgrund der Beachtung der individuellen und informellen Ressourcen und Problemlagen – auch bei Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung kann dies

---

<sup>7</sup> Siehe Pkt. 2.2.2

umgesetzt werden (Wendt, 2009, S. 16). Denn „Case Management bedeutet, in einer humanen Problematik fähig zu bleiben oder fähig zu werden, diese Problematik dermaßen zu beherrschen, dass sie bewältigt und gelöst werden kann“ (Wendt, 2011, S. 17).

Die Fokussierung auf die Eigenverantwortung eines/einer Einzelnen, wird aber auch von KritikerInnen des Case Management aufgenommen. Galuske (2007, S. 411) weist darauf hin, dass die knappen finanziellen Mittel dazu führen, dass der aktivierende Sozialstaat ebenfalls Forderungen an die Soziale Arbeit stellt: „Eure Leistungen müssen effizienter, kostengünstiger und transparenter werden [...] In diesem Sinne offeriert und präsentiert sich Case Management als Professionalisierungsstrategie Sozialer Arbeit in neoliberalen Zeiten. [...] Mit anderen Worten: Dort wo die Ressourcen knapper werden, ist Case Management angesagt, um die Reibungsverluste zu minimieren.“ Kritisch betrachtet er zudem, dass der Begriff der Eigenverantwortung und des Empowerments unreflektiert vertraut nach typisch sozialarbeiterischen Ansätzen klingen (Galuske, 2007, S. 412). Diese Übernahme führt jedoch dazu, dass Probleme, die eine soziale Ursache haben, individualisiert und somit in den ausschließlichen Verantwortungsbereich der Betroffenen verlagert werden (Galuske, 2007, S. 414; Seithe, 2010, S. 166). Die Konsequenz der verstärkten Eigenverantwortung und auch Schuldzuweisung an die KlientInnen ist die „Ausgrenzung, Marginalisierung und das Versagen dieser Gruppe von Menschen selber“ (Seithe, 2010, S. 178). Eine Zuspitzung erfährt dieses Vorgehen im Case Management nach Galuske (2007) und Seithe (2010) u.a. in den SGB II-Umsetzungen – dem beschäftigungsorientierten Fallmanagement. Dort übernehmen Case ManagerInnen eher die Aufgabe von KontrolleurInnen und halten zu bestimmten (beschäftigungsfördernden) Verhaltensweisen an (Seithe, 2010, S. 171 ff.). Das Fallmanagement verstößt daher laut Galuske (2007, S. 413) sozialarbeiterischen Prinzipien wie der Freiwilligkeit, Ergebnisoffenheit und des Verhältnisses zwischen KlientIn und Case ManagerIn auf Augenhöhe. „Genau so wie das Fallmanagement stellt sich der aktivierende Staat im Wesentlichen „seine“ Soziale Arbeit vor: arbeitsmarktfixiert, effizient, transparent und vor allem fürsorglich/paternalistisch und wenn es nötig ist auch autoritär“ (Seithe, 2010, S. 180). Insbesondere die Asymmetrie zwischen BeraterIn und KlientIn ist weder mit der Funktion des Advocacy, noch mit sozialarbeiterisch-ethischen Grundsätzen zu vereinbaren (Galuske, 2007, S. 414). Für die Machtposition würden nach Seithe (2010, S. 203) Akzeptanz und Verstehen der individuellen Problemlagen weichen. Auch die Entwicklung einer individuellen und bedarfsgerechten Einschätzung der Probleme und Ressourcen ist ihrer Meinung nach bei dem durchstrukturierten Vorgehen kaum möglich (Seithe, 2010, S. 201). Es benötigt daher eine Entscheidung der

Case ManagerIn für ein subjektorientiertes Handeln (Seithe, 2010, S. 203). Ziel von SozialarbeiterInnen ist es, Menschen zu einer weitestgehenden Eigenverantwortung zu begleiten (Seithe, 2010, S. 181) und dennoch bei der Entstehung und Behandlung von Problemen die Einheit von Individuum, Umwelt und Gesellschaft zu betrachten und explizit einzubeziehen. Je nachdem werden entweder die Lebensverhältnisse und/oder das Lebensverhalten fokussiert (Seithe, 2010, S. 214 ff.).

Die Mitbestimmung und Verantwortung der KlientInnen beinhalten noch einen anderen Aspekt: Um Schritte zu entscheiden und die Umsetzung zu planen und zu verantworten, müssen die KlientInnen auch in der Lage dazu sein. Roccor (2012, S. 92) weist darauf hin, dass die Selbstbestimmungs- und Mitwirkungsfähigkeit der KlientInnen bestimmt werden müssen. Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen bspw. sind manchmal aufgrund der Symptomatik und der Auswirkungen nicht in der Lage, kontinuierlich aktiv beteiligt zu sein oder sich an bestimmte Absprachen zu halten (Roccor, 2012, S. 89). Daher stellt sich an dieser Stelle die Frage, ob Case Management mit seinem Anspruch an die Verantwortung der KlientInnen, der Selbstbestimmung und dem Ziel des Selbstmanagements bei diesen Menschen möglich ist. Roccor (2012) beantwortet diese Frage mit ja. In ihre Antwort fließt dabei die Überlegung ein, dass im Case Management nicht die Person, sondern deren Lebenslage inklusive der Ressourcen und Einschränkungen gemanagt wird (Roccor, 2012, S. 89). Die KlientInnen, welche sich nur schwer und nicht zu ihren Bedürfnissen und Ressourcen äußern können, werden im Case Management im Sinne der Anwaltschaft vertreten, die eigenen Bedürfnisse (auf Basis der Ermittlung von biografischen, beobachtbaren oder durch das soziale Umfeld ermittelten Bedürfnissen) umzusetzen (Roccor, 2012, S. 91 ff.).

Menschen mit komplexen Problemlagen, wirken zudem manchmal aufgrund von langjährigen Frustrationen wenig motiviert, neue Perspektiven zu entwickeln. Eine unterstützende Beziehung zwischen Case ManagerIn und KlientIn ist dann nach Neuffer (2010, S. 118) die Basis, um am Alltag wieder anzuknüpfen und Veränderungsprozesse zu ermöglichen. SozialarbeiterInnen in den charakteristischen Arbeitsfeldern wie der sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft arbeiten mit Menschen zusammen, welche ihre eigenen Ressourcen für die Problembewältigung manchmal nicht nutzen können. Eine Konkretisierung der Ressourcen benötigt nach Neuffer (2007, S. 419) eine stabile Beziehung. Auch wenn die Beziehungsarbeit in vielen Konzepten von Case Management randständig behandelt wird (Galuske, 2007, S. 412), spielt sie für das Case Management in der Sozialen Arbeit eine zentrale Rolle. Die Annahme von Hilfe, auch von hard-to-reach-KlientInnen ist abhängig von der Gestaltung einer Beziehung. Allein eine durchgehende und über einzelne



institutionelle Grenzen hinausgehende Fallverantwortung (welche in aller Regel meist der Fall in der sozialarbeiterischen Tätigkeit ist) benötigt eine unterstützende Beziehung. KlientInnen können sich so im Hilfeprozess öffnen, Problembereiche und belastende Dinge ansprechen und Selbsthilfepotenziale entwickeln (Neuffer, 2007, S. 419). Im Zuge des Monitorings bspw. melden KlientInnen innerhalb einer guten Beziehung auch Veränderungen zurück: „Nur in einer vertrauensvollen Beziehung wird die Klientel den [/der] Case Managenden zurückmelden, ob ihre Situation sich verändert oder ob Schwierigkeiten und Konflikte aufgetaucht sind“ (Neuffer, 2007, S. 422).

Die Fokussierung auf die Beziehungsgestaltung ist daher auch von der Zielgruppe und den Rahmenbedingungen des jeweiligen Projektes abhängig (Remmel-Faßbender, 2009, S. 74), aber auch von der Art des Kontaktes, den Rollen der Beteiligten (Macht) und der Freiwilligkeit (Wendt, 2007, S. 17). Die Beziehungsgestaltung benötigt nach Ansen (2006, S. 107 ff.) ein Sich-Einlassen der Professionellen und KlientInnen sowie eine fachliche und persönliche Kompetenz der Fachleute und die Gewissheit von einem vertraulichen Umgang mit persönlichen Daten (z.B. Schweigepflicht).

*KlientIn steht im Mittelpunkt:* Wie bereits ausgeführt, leiden Menschen mit chronischen Erkrankungen an multiplen Beeinträchtigungen. Case Management wiederum bietet sich bei komplexen Problemlagen an, bei denen diverse Dienstleistungen beteiligt sind. Aufgabe der Case ManagerInnen ist es, ein individuelles auf den/die KlientIn zugeschnittenes Hilfpaket zu erstellen (Wendt, 2011, S. 27). Statt wie bisher in der Versorgung angewendete Angebotsorientierung<sup>8</sup> steht dabei der Bedarf der KlientInnen im Mittelpunkt (Wendt, 2010, S. 79). Die Bedarfsorientierung unterstützt die Überlegung, dass sich die Qualität einer Versorgung daran messen lässt, ob sie trotz der chronisch psychischen Erkrankung für die Individualität der KlientInnen entsprechend ist (Sälzer, 2010, S. 1 ff.). Durch Case Management wird nach Wendt (2010, S. 43) eine Überleitung vom individuellen Bedarf der KlientInnen hin zum bedarfsdeckenden Leistungssystem gestaltet. Die erforderliche Koordination und Kooperation bei komplexen Problemlagen und den daher beteiligten Dienstleistern kann im Anschluss an Neuffer (2013, S. 223) dann erfolgreich sein, „wenn alle die Bedarfe und Bedürfnisse der Klient/innen in den Mittelpunkt rücken.“ In dem die KlientInnen ernst genommen werden, sie aktiv am Geschehen beteiligt sind und eine größtmögliche Transparenz erfolgt, wird dann auch Partizipation ermöglicht (Neuffer, 2013, S. 36).

---

<sup>8</sup> Siehe Ausführungen zur Angebotsorientierung unter Pkt. 2.2.1.

### 2.3.5 Phasen

Case Management auf der Einzelfallebene unterteilt sich in unterschiedliche Phasen. Auch wenn es sich dabei um einen dynamischen Prozess handelt, d.h. der Verlauf der Phasen eher zirkulär statt linear ist und sich an veränderte Gegebenheiten anpasst (z.B. einem veränderten Bedarf), haben diese Phasen verschiedene Schwerpunkte in ihrem Vorgehen. Generell lässt sich sagen, dass sich die bereits beschriebenen Kennzeichen von Case Management, wie Ressourcenorientierung, Empowerment etc., in diesen Phasen praktisch ausgestalten.

*Case Finding:* Die Auswahl der Fälle (ein Fall von z.B. chronisch psychischer Erkrankung) bestimmt darüber, wie und in welchem Ausmaß Case Management eingesetzt wird (Wendt, 2010, S. 36). Zu dieser Auswahl der KlientInnen gehören die Beobachtung von charakteristischen Merkmalen und damit besonderen Bedarfen sowie die Besonderheiten der jeweiligen Versorgungslandschaft (welche Anbieter gibt es? Wie ist die Versorgung zu bewerten? Wie verlaufen die Übergänge bei den Schnittstellen der verschiedenen Angebote?) (Wendt, 2010, S. 37 ff.). Die Rahmenempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) unterscheiden in dieser Phase zwischen access (Vermittlung dessen, was Case Management beinhaltet), Case finding (Auswahl der KlientInnen anhand festgelegter Kriterien) und Intaking (Entscheidung darüber, ob Case Management sinnvoll und angemessen ist und beginnen soll, Besprechung der Rahmenbedingungen, ggfs. Erstellung eines Kontraktes) (Kanth, Mennemann, Monzer & Podeswik, 2009, S. 72 ff.). Diese Phase entspricht den Aufgaben des Care Managements und nimmt somit die Systemorientierung des Case Managements wahr.

*Assessment:* Im Assessment als erste Phase nach der Fallannahme soll die Situation des/der Betroffenen eingeschätzt werden - was ist da, was braucht es? Zunächst wird der/die KlientIn nach seinem/ihrem Bedarf und Ressourcen gefragt. Aber auch das soziale (informelle und formelle) Netzwerk ist nach vorheriger Rücksprache mit dem/der KlientIn aufgrund der Lebensweltorientierung einzubeziehen – z.B. auch fachimmanente Diagnosen (Sälzer, 2010, S. 43 ff.). D.h. nach den Rahmenempfehlungen der DGCC (Kanth, Mennemann, Monzer & Podeswik, 2009, S. 75 ff.) beinhaltet das Assessment die Erhebung der subjektiven Einschätzungen von Problem- und Ressourcenbereichen, aber auch die Bewertung dieser (wie problematisch wird ein Problem wirklich wahrgenommen? Als wie nützlich erscheint eine objektiv nutzbare Ressource für die KlientInnen?). Die Übernahme der subjektiven Wahrnehmung verlangt ein Fallverstehen des/der Case ManagerIn und somit einen respektvollen

Umgang mit den Bedürfnissen und Erwartungen der Betroffenen. Interpretationen sind daher lediglich mit den KlientInnen vorzunehmen und das Ergebnis des Assessments ist ihnen mitzuteilen. Das zu Beginn erstellte Assessment bildet die Grundlage für den nächsten Schritt - die Hilfeplanung – wird aber bei veränderten Bedarfslagen wiederholt (Re-Assessment).

*Planning:* Die Hilfeplanung beinhaltet die Planung von erreichbaren Zielen. Diese werden zunächst mit dem/der KlientIn, aber auch im Zuge von Hilfeplankonferenzen oder Servicekonferenzen gemeinsam festgelegt und besprochen, da an der Ausgestaltung der Hilfen, wie bereits mehrfach erwähnt, verschiedene Anbieter mit unterschiedlichen Möglichkeiten beteiligt sind. Die DGCC (Kanth, Mennemann, Monzer & Podeswik, 2009, S. 78 ff.) führt zudem aus, dass die Ziele unter Nutzung der SMART-Kriterien erstellt werden sollen (spezifisch, messbar, angemessen, realistisch, terminiert). Neben den Zielen werden auch die entsprechenden Hilfen (wer leistet was für welches Ziel?) festgelegt und die Hilfen selbst werden inhaltlich näher bestimmt (zeitlich, eventuell entstehende Kosten, Kostenträger). Um die Orientierung am Selbsthilfepotenzial zu verwirklichen, wird zunächst erfragt, welche Ziele durch klientInneneigenen oder informelle Netzwerke, im zweiten Schritt von formellen Netzwerken erreicht werden können und zuletzt wie diese verbunden werden müssen (Kleve, 2011, S. 52). Nach vorrangiger Entscheidung unter fachlichen Aspekten erfolgt eine ökonomische Orientierung. Im Hinblick auf den Hilfeverlauf werden Kriterien festgelegt, welche beteiligte Person für die jeweilige Überprüfung (wer, wann, was, wie?) verantwortlich ist.

*Implementation:* Bei der Durchführung der Hilfen geht es vorrangig darum, dass KlientInnen zu den geplanten Hilfen auch einen Zugang finden, also speziell um Kooperation mit allen Beteiligten: KlientIn, Umfeld und die formelle Versorgungslandschaft. In diesem Schritt wird nochmals deutlich, dass Case ManagerInnen transdisziplinär, also über die Einrichtungsgrenzen hinweg (across the services) arbeiten, da die spezifischen Beratungen und Behandlungen (psychologisch, medizinisch, rechtlich, ergotherapeutisch) weiterhin entsprechend zuständig sind (Wendt, 2010, S. 169 ff.). Auf Basis der Rahmenempfehlungen der DGCC (Kanth, Mennemann, Monzer & Podeswik, 2009, S. 82 ff.) werden in dieser Phase die entsprechenden (formellen und informellen) Angebote vermittelt. Mit Linking ist dabei zudem der Aufbau dieses Netzwerkes durch den/die Case ManagerIn und die etwaig notwendige Kontaktaufnahme und Begleitung zu den jeweiligen Dienstleistern angesprochen. Insbesondere bei Bedenken der KlientInnen und möglichen Hemmnissen sind eine entsprechende Aufnahme und weitere Interventionen (möglichweise aufklärende Informationen oder Begleitung) möglich. Der/Die Case ManagerIn nimmt ggfs. auch mittels seiner/ihrer Advocacy-Funktion die Unterstützung bei der

Durchsetzung der KlientInnen-Interessen wahr. Mithilfe von Fallkonferenzen kann der Weg zu einer Hilfe gebahnt werden, eine offizielle Autorisierung des/der Case ManagerIn als fallführendeR VerantwortlicheR erleichtert dies. Sollten fehlende Angebote der Versorgungslandschaft entdeckt werden, sind diese an die Systemsteuerung zurück zu melden.

*Monitoring:* Die Überwachung hat zum Inhalt, den Hilfeverlauf zu überprüfen und einen ggfs. wandelnden Bedarf zu registrieren. Aufgabe des/der Case ManagerIn ist es, dass die Hilfen die besprochenen Inhalte für die Zielplanung erfüllen (Sälzer, 2010, S. 30). Das Monitoring beinhaltet jedoch, wie auch die Durchführung der Hilfe, eine notwendige Anerkennung des/der Case ManagerIn im Versorgungssystem. Die Überprüfungsfunktion erfordert „viel Fingerspitzengefühl und Kommunikationskompetenz, damit die notwendige Anerkennung zustande kommt“ (Neuffer, 2013, S. 218). Die DGCC (Kanth, Mennemann, Monzer & Podeswik, 2009, S. 85 ff.) führt zu dieser Phase aus, dass der Verlauf der Hilfen durch die Überprüfung bewertet (welche Erfolge und Probleme gibt es?) und auch bei Erfolgen gesichert wird, indem es Abbrüche verhindert. Für eine Überprüfung sind zuverlässige Kontakte durch bspw. regelmäßige Treffen und eine Balance zwischen guter Informiertheit, Kontrolle und der Selbstregulation notwendig. Bei veränderten Bedarfslagen erfolgt ein Re-Assessment.

*Evaluation:* In Bezug auf die Evaluation und Dokumentation zeigt die DGCC (Kanth, Mennemann, Monzer & Podeswik, 2009, S. 88 ff.) auf, dass der gesamte Case Management-Prozess abschließend bewertet wird. Bei einem vorzeitigen Abbruch übernimmt der/die Case ManagerIn die Vermittlung in entsprechende Angebote. Bei einem regulären Prozess kommt es durch die Evaluation zur Entpflichtung beider Seiten (Case ManagerIn und KlientIn) und zur Erstellung einer Bilanz von Effizienz und Effektivität des Case Management. Folgende Dimensionen sollen dabei nach Rimmel-Faßbender (2009, S. 79) berücksichtigt werden:

- Strukturqualität: Organisation der sozialen und gesundheitlichen Versorgung, Personaleinsatz und -ausbildung, Zugangsbedingungen, Räumlichkeiten, Informationsabläufe;
- Prozessqualität: Art und Weise der Erbringungen, Ressourceneinsatz, Kooperation, Standards;
- Ergebnisqualität: Zielerreichung, Soll-Ist-Vergleich, Zufriedenheiten, Niveau erreichter Kooperation.

Evaluation und Dokumentation tragen dann zur Qualitätssicherung bei, indem alle Entscheidungen dokumentiert und somit nachvollziehbar werden (Wendt, 2005, S. 8).

*Auf institutioneller Ebene:* Es wurde bereits erläutert, dass ein vollständiges Case Management die Systemebene explizit mit betrachtet. In Bezug auf die Phasen beinhaltet dieser kontinuierliche Prozess die Analyse des Ist-Zustandes der Versorgungslandschaft, den Netzwerkaufbau und die Netzwerkpflege, Gremienarbeit und den Aufbau einer verbindlichen, standardisierten Zusammenarbeit mit professionellen und freiwilligen HelferInnen (Kanth, Menne- mann, Monzer & Podeswik, 2009, S. 93 ff.).

### **2.3.6 Case Management in der sozialpsychiatrischen Versorgung**

Mit dem Ansatz des Empowerments, der Eigenverantwortung und der Ressourcenorientierung stellt Case Management für Menschen mit einer psychischen Störung eine Herausforderung dar. Nach Fillinger und Pracher (2011, S. 121 ff.) kann bei ihnen je nach Symptomatik und deren Auswirkungen eine kontinuierliche Kontaktgestaltung erschwert und mitunter auch nicht möglich sein. In Krisen ziehen sich die Betroffenen zurück, die Belastbarkeit sinkt und aktives und selbstverantwortliches Handeln, wie auch eigene psychosoziale Kompetenzen werden deutlich geschmälert. Hier stellt sich die Frage, „ob beispielsweise eine Teil-Kooperationsfähigkeit im CM [Case Management]-Prozess ausreichen könnte und was dies für Auswirkungen auf den CM [Case Management]-Alltag hätte“ (Fillinger & Pracher, 2011, S. 122). Dennoch sind gerade diese KlientInnen – Menschen mit (chronisch) psychischen Störungen, welche unter komplexen Problemen leiden und einen ganzheitlichen Ansatz bedürfen, nach Ansicht von Bosshard, Ebert und Lazarus (2001, S. 344) Case Management-KlientInnen.

Case Management im psychiatrischen Bereich wurde in verschiedenen Bereichen und unter unterschiedlichen Ausprägungen implementiert. Die Forschungen in diesem Bereich sind bisher jedoch rar. Gründe hierfür können nach Schmid und Schu (2011, S. 263 ff.) sein, dass Case Management in verschiedener Weise verstanden werden kann<sup>9</sup> und die Handlungsfelder, in denen es angewandt wird zudem eigene Schwerpunkte aufzeigen. In der Suchtkrankenhilfe benötigt es bspw. Forschungen zur Folge im besonderen Maße ein aufsuchendes Case Management (Wendt, 2009, S. 29 ff.). Trotz der bisher nur wenigen Forschungsergebnisse von Case Management in der Versorgung von Menschen mit (chronisch) psychischen Erkrankungen, „wird [... es] als Methode der Wahl diskutiert. In diesem Bereich stehen Menschen oft einem

---

<sup>9</sup> Siehe hierzu Ausführungen zur Definition von Case Management unter Pkt. 2.3.3.

vielfältigen Hilfsprogramm gegenüber, da sie hinsichtlich ihrer Alltagsgestaltung nicht selbstbestimmt und den persönlichen Bedarf entsprechend nutzen können. Ein planvolles, zielorientiertes, strukturiertes Arbeiten mit differenzierten diagnostischen Einschätzungs-, Planungs-, Verlaufs- und Auswertungsbögen, die mit den PatientInnen bearbeitet werden sollen, wird [z.B.] mit dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan [IBRP] angestrebt“ (Remmel-Faßbender, 2009, S. 83).

Zwei Forschungsprojekte aus Deutschland, welche sich auf Case Management im psychiatrischen Bereich spezialisiert haben, werden an dieser Stelle aufgegriffen: Das Modellprojekt „Psychiatrisches Casemanagement“ unter wissenschaftlicher Leitung von Schleuning & Welschehold (2000) wurde vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert. In diesem Projekt wurde eine koordinierte Behandlung von schwer und chronisch psychisch kranken Menschen im Kreis München implementiert und evaluiert. Ausgangslage des Forschungsprojektes waren unüberschaubare, angebotsorientierte, sektorisierte und spezialisierte Hilfen, krankheitsbedingte Fähigkeitsstörungen der KlientInnen, konkurrierende Krankheitsmodelle und unklare Zuständigkeiten (Schleuning & Welschehold, 2000, S. 17). Für eine angemessene Versorgung benötigt es jedoch nach Schleuning und Welschehold (2000, S. 9) eine koordinierte und individuelle Versorgung, die die Einschränkung der KlientInnen berücksichtigt. Ziel war es mithilfe von Case Management, die Behandlung und Beratung der Betroffenen zu verbessern, Behandlungskontinuität herzustellen und ein mehrdimensionales Krankheitskonzept anzuwenden (Schleuning & Welschehold, 2000, S. 18ff.). Die Umsetzung des Case Managements-Projektes sollte u.a. durch die Einbindung der berufsgruppenspezifischen Kenntnisse, die Realisierung von flexiblen und ganzheitlichen Hilfen, die Bedarfsorientierung unter Einbezug der klientInneneigenen Ressourcen und eine Lebensweltorientierung umgesetzt werden (Schleuning & Welschehold, 2000, S. 22).

Die Zweite Forschung wurde durch das Aktionsbündnis Psychisch Kranke e.V. (APK) zur Implementation von personenzentrierten Hilfen in verschiedenen Teilen Deutschlands durchgeführt. Das damit eingeführte Hilfeplaninstrument – Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) – verfolgte ein fachliches und ökonomisches Ziel (Jansen-Kayser, 2010a, S. 423). Bei den personenzentrierten Hilfen und Case Management stehen folgende Grundlagen beiderseits im Vordergrund: „kumulative Problemlagen, Lebensfeld- und Personenzentrierung, komplexe Hilfeplanung, Vernetzung und Koordination der Hilfen durch eine Fachkraft, [sowie] Vorrang der Stärkung von Selbsthilfepotentialen gegenüber professionellen Hilfen“ (Bosshard, Ebert & Lazarus, 2001, S. 344). Auch in der Umsetzung gleichen sich beide, wie eine

Gegenüberstellung von Bosshard, Ebert und Lazarus (2001) zeigt.<sup>10</sup> Intention der Forschung der APK war es, personenzentrierte und bedarfsorientierte, statt angebotsorientierte Hilfe zu installieren, bedarfsgerechte Zugänge und eine einrichtungübergreifende Koordination und Kooperation zu ermöglichen (Aktion psychisch Kranker e. V., 2003, S. 8 ff.). Neben der Einführung des IBRP wurde der Aufbau eines gemeindepsychiatrischen Verbundes fokussiert (Kruckenberg, 2000, S. 18).

Case Management im psychiatrischen Bereich hat demzufolge unterschiedliche Ausprägungen. Es kann als Methode in der Einzelfallarbeit angewandt werden, als übergreifendes Planungsinstrument (im Sinne des IBRP) und auch auf Systemebene wie bspw. in der Umsetzung des persönlichen Budgets oder im Rahmen der Integrierten Versorgung. Wünschenswert wäre nach Daßler (2013, S. 239) „ein gemeindepsychiatrisches personenzentriertes CM [Case Management] aus einer Hand statt einer Parallelität von CM [Case Management]-, Bedarfsfeststellungs- und Hilfeplanungsprozessen in Leistungsverwaltungen, in der Integrierten Versorgung und in gemeindepsychiatrischen Einrichtungen. Der vom personenzentrierten Ansatz formulierte Anspruch, psychiatrische Hilfen koordiniert, flexibel und lebensweltbezogen unter Einbeziehung der Betroffenen zu gestalten, bleibt damit aktuell – und uneingelöst.“

---

<sup>10</sup> Siehe Anhang A.





## **3 Empirie**

Im zweiten großen Teil der vorliegenden Arbeit – der Empirie - soll zunächst das Vorgehen konkretisiert und die einzelnen Schritte der Verfasserin hin zu ihrem Erkenntnisgewinn transparent dargestellt werden. Die hier dargestellten empirischen Ergebnisse werden dann in Pkt. 4 mit dem theoretischen Rahmen verknüpft.

### **3.1 Formulierung des Erkenntnisinteresses**

Das Ziel in der Formulierung des Erkenntnisinteresses besteht darin, sich an den forschungsrelevanten Sachstand anzunähern. Eine grobe Vorstellung von dem, was der Fokus des Interesses sein soll, wurde in der vorliegenden Arbeit durch das Thema Case Management in der sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft bestimmt. Dieses Phänomen selbst lässt jedoch viele Fragestellungen zu z.B. die Evaluation von bisher durchgeführten Case Management Projekten unter dem Aspekt der bestimmten Klientel oder Rahmenbedingungen bzw. eine Befragung der KlientInnen bezüglich Gewinn durch Case Management und vieles mehr. Als Sozialarbeiterin, welche in der täglichen Praxis mit Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung zusammenarbeitet, wurde der Verfasserin der spezifische Bedarf dieser KlientInnen deutlich. Dieser trifft auf eine spezialisierte Versorgungslandschaft, welche auch mitunter aufgrund der historischen Perspektive nicht gänzlich auf diesen Bedarf eingeht/eingehen kann. In der Auseinandersetzung versprach Case Management hier die Möglichkeit, ein bedarfsorientiertes Vorgehen zu fokussieren und so diese Lücke zu schließen.

Die grobe Vorstellung zu einem Thema wird in weiteren Schritten durch die Auseinandersetzung mit verschiedener Literatur, Gesprächen mit Anderen oder bereits erbrachten Forschungsprojekten näher beleuchtet, um die Fragestellungen weiter einzugrenzen und zu präzisieren. Die zwei vorliegenden Studien zu Case Management im psychiatrischen Bereich konzentrierten sich eher auf Evaluationsstudien von einer Implementierung.

(Klinische) Sozialarbeit als vor allem am Einzelfall orientierter Profession, interessiert sich insbesondere für KlientInnen und die Zusammenarbeit zwischen ihnen und den SozialarbeiterInnen. Im Falle der vorliegenden Arbeit entschied

sich die Verfasserin daher für eine Befragung von SozialarbeiterInnen bezüglich ihrer Erfahrungen, Sichtweisen und Reflexionen in der Zusammenarbeit mit Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung. Dabei sollte untersucht werden, welche Vorteile Case Management in der täglichen Praxis ermöglicht, an welche Grenzen es aber auch in diesem Bereich stößt. Die Forschungsfrage lautet daher: Inwieweit trägt Case Management zu einer bedarfsgerechten Versorgung von Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung bei?

Weitere Fragen ergaben sich zu Themenkomplexen, die durch die Auseinandersetzung mit der Literatur erfolgte. Da die Bedarfsorientierung im Mittelpunkt steht, soll untersucht werden, welche Potenziale entstehen, indem Case Management in der Zusammenarbeit mit Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung angewandt wird. Die Umsetzung von Case Management ist jedoch an bestimmte Bedingungen geknüpft. Daher ist der zweite Themenkomplex bezüglich der Hindernisse, aber auch unterstützenden Momenten für die Umsetzung zu erfragen. Weiterhin ist der Bedarf der KlientInnen wie bereits erläutert zwar langfristig, aber nicht statisch. Dies verlangt eine ausreichende Flexibilität. Auch dieser Bereich ist im Interesse der vorliegenden Arbeit. Abschließend soll zudem die Haltung der Case Management-Ausführenden erfragt werden, um Rückschlüsse auf handlungsleitende Maxime zu ziehen.

Eine konkrete Fragestellung hat so auch eine Reduktion zur Folge. Es werden bestimmte Merkmale hervorgehoben (hier das partizipative, bedarfsorientierte Vorgehen), andere dagegen zurückgestellt (wie bspw. die Effizienz, welche durch Case Management möglich sein kann) (Flick, 2006, S. 79).

Die Forschungsfrage selbst hat ebenfalls Einfluss auf das Forschungsdesign, das Sampling, und die Datenerhebung (Flick, 2006, S. 76). Da das Interesse der Verfasserin insbesondere darin besteht, herauszufinden wie genau die komplexen Zusammenhänge in der Praxis ablaufen, wurde sich für ein qualitatives Vorgehen entschieden. Bspw. im Falle einer qualitativen Forschung entsteht die Spezifität erst im Laufe des Prozesses (Rosenthal, 2008, S. 16). D.h. es wird eine Klarheit der Forschungsfrage entwickelt, aber eine Offenheit gegenüber den Ergebnissen bleibt in der qualitativen Forschung bestehen.

### 3.2 Methodische Positionierung – Qualitative Forschung

So wie die Fragestellung selbst bereits Konsequenzen für das weitere Vorgehen hat, so hat auch die methodische Positionierung Auswirkungen, denn in dem entschiedenen Paradigma bewegt sich der gesamte Forschungsprozess (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2009, S. 20). Qualitative Forschung selbst bietet sich bei noch gering untersuchten Forschungsbereichen an, da durch sie detaillierte Beschreibungen entstehen (Rosenthal, 2008, S. 18 ff.). Case Management ist aus verschiedenen Gründen noch wenig erforscht. Die Spezialisierung auf die psychiatrische Versorgungslandschaft verringert den bisherigen Forschungsstand nochmals ungemein.<sup>11</sup> Ebenfalls liegt es im Forschungsinteresse, wie genau Case Management in der alltäglichen Arbeit mit Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung zu einer Bedarfsorientierung beiträgt. Entlang der Gedanken von Flick (2006, S. 18) entschied sich die Verfasserin für ein qualitatives Vorgehen. Im Gegensatz zur quantitativen Forschung, welche eine statistisch numerische Repräsentativität herstellt, ermöglicht die qualitative Forschung Neues und die Komplexität von Gegenständen sowie die Erklärung von Zusammenhängen am Einzelfall zu betrachten (Flick, 2006, S. 15 ff.; Rosenthal, 2008, S. 25; Flick, 2006, S. 19; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2009, S. 18 ff.).

Um Hypothesen zu generieren, muss ein offenes Vorgehen des Forschungsprozesses und eine Offenheit des Forschers/der Forscherin selbst vorausgesetzt werden (Rosenthal, 2008, S. 13). Hypothesen werden nicht wie im quantitativen Vorgehen überprüft, sondern sie entstehen im Laufe der Zeit und verändern sich (Rosenthal, 2008, S. 48; Lamnek, 2005, S. 21, 203). Die in dieser Arbeit generierten Hypothesen entstanden bspw. erst nach der Auswertung des empirischen Materials.<sup>12</sup> Rosenthal (2008, S. 49) betont aber auch, dass der/die Forschende stets mit Vorwissen in den Forschungsprozess geht – für die leitende Forschungsfrage wurde bspw. Literatur zu Case Management, chronisch psychische Erkrankung sowie (Sozial-)Psychiatrie gesichtet. Kennzeichnend dafür ist also, dass der Blickwinkel zunächst weit bleibt, sich aber im Laufe der Zeit mithilfe des flexiblen Vorgehens durch neue Erkenntnisse zuspitzt (Lamnek, 2005, S. 25). Daher entsteht im Zuge der qualitativen Forschung ein Prozesscharakter, indem Vorannahmen zunächst vorläufig sind (Flick, 2006, S. 74). In Bezug auf die Literaturrecherche ergab sich so aufgrund der

---

<sup>11</sup> Zum bisherigen Forschungsstand siehe Pkt. 2.3.6 hinsichtlich der Forschungen des APK e.V. (2003) und Schleuning und Welschhold (2000).

<sup>12</sup> Die generierten Hypothesen bilden die Grundlage für die Diskussion in Pkt. 4.

empirischen Ergebnisse die Notwendigkeit, erneute Literatur zu sichten (z.B. bezüglich der kritischen Auseinandersetzung mit Case Management oder zu dem Wert von Beziehungen innerhalb von Case Management). Diese neuen Erkenntnisse folgen zunächst der Logik des Einzelfalls, denn qualitative Forschung setzt an der subjektiven und sozialen Bedeutung und der Unterschiedlichkeit der Individualität an (Rosenthal, 2008, S. 24; Flick, 2006, S. 19). Theorie wird dann nicht überprüft, sondern erst generiert. Die Aussagen werden dabei interpretiert (die induktive Vorgehensweise ermöglicht einen verstehenden Zugang) und führt vom Einzelfall zu Verallgemeinerungen (Lamnek, 2005, S. 245, 350; Rosenthal, 2008, S. 15; Mayring, 2002, S. 36 ff.).

Qualitative Forschung ist zudem ein kommunikativer Prozess zwischen ForscherIn und Befragten/Befragter. Während dieser Aspekt in der quantitativen Forschung als eher störend angesehen wird, ist es in der qualitativen Forschung ein elementarer Bestandteil (Lamnek, 2005, S. 22). Die Reflexion des Forschers/der Forscherin über seine/ihre Beobachtungen, Eindrücke und Gefühle ist daher außerordentlich wichtig für die Interpretation (Flick, 2006, S. 19 ff.).<sup>13</sup>

An dieser Stelle soll auf die Qualitätskriterien qualitativer Forschung verwiesen und die Anwendung in der vorliegenden Arbeit dargestellt werden. In Anlehnung an Mayring (2002, S. 140 ff.) und Schmidt-Grünert (2004, S. 55 ff.) wurde sich nicht an den klassischen Qualitätskriterien<sup>14</sup> orientiert, sondern an den von Mayring (2002, S. 144 ff.) aufgestellten:

- Verfahrensdokumentation: Es benötigt eine ausreichende Darstellung wie die des Analyseinstruments, der Durchführung und der Auswertung. Diesem Aspekt wird in der vorliegenden Arbeit durch die Punkte problemzentriertes Interview, den genutzten Leitfaden und Kurzfragebogen, eine Transkription, der qualitativen Inhaltsanalyse sowie mithilfe des Kodiergerüsts Rechnung getragen.
- Argumentative Interpretationsabsicherung: Interpretationen sollen in der qualitativen Forschung argumentativ begründet werden. Diese Überlegung spiegelt sich in der Diskussion der Ergebnisse mit dem

---

<sup>13</sup> Hierzu wurde bei der Erhebung des Materials mittels Interview ein Postskriptum geführt – siehe Pkt. 3.3.3 und Anhang D.

<sup>14</sup> U.a. *Repräsentativität* (qualitative Forschung orientiert sich nicht an der Anzahl der Untersuchungsgegenstände, sondern an einer ausreichenden Argumentation), *Reliabilität* (die Verlässlichkeit der Daten wird in der qualitativen Forschung über eine ausreichende Öffnung des Gegenübers erreicht – die bedarf der Rollenreflexion des/der ForscherIn), *Validität* (die Allgemeingültigkeit ist in der qualitativen Forschung deshalb schwierig, weil sich der Forschungsgegenstand – die Subjekte –, deren Reflexion sowie deren Rahmenbedingungen ändern können).

theoretischen Rahmen in Pkt. 4 sowie im deduktiv-induktiven Vorgehen bei der Erstellung des Kodierleitfadens wieder.

- Regelgeleitetheit: Eine nachvollziehbare und bestimmte Vorgehensweise wurde durch das Vorgehen in der qualitativen Inhaltsanalyse berücksichtigt.
- Nähe zum Gegenstand: Die Forschung soll sich möglichst nah an der Lebenswelt der Betroffenen orientieren. Die Verfasserin wandte dies insbesondere bei der Durchführung der Interviews an: Als Setting wurde die jeweilige Arbeitsstelle der Befragten gewählt. Auch in Bezug auf die subjektive Sinnstruktur wurde diese mithilfe der Haltung der Interviewerin sowie die Offenheit des Leitfadens unterstützt.
- Kommunikative Validierung: In den jeweiligen Interviewsequenzen wurde seitens der Interviewerin auf Rückversicherungen einer richtigen Verständigung geachtet. Eine abschließende Diskussion der Ergebnisse mit den Befragten wurde jedoch aus Gründen zeitlicher Begrenztheit verzichtet. Dies stellt jedoch eine wichtige Perspektive für künftige empirische Arbeiten der Forscherin dar.
- Triangulation: Die Ergebnisse aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten, soll vor allem durch die Diskussion der empirischen Ergebnisse mit einem breiten Theoriebezug ermöglicht werden.

Eine Offenheit, Prozesshaftigkeit, die Reflexivität und das induktive Vorgehen sind daher auch unumgängliche Merkmale der zu verwendenden Erhebungsmethode. Offene Verfahren geben bspw. dem/der Befragten die Möglichkeit, das Geschehen selbst zu gestalten (Rosenthal, 2008, S. 15). Eines dieser offenen und hier verwendeten Verfahren, soll anschließend näher erläutert werden.

### **3.3 Erhebungsmethode**

Für die Entscheidung einer Erhebungsmethode (Interview, Beobachtung etc.) stellt sich zunächst die Frage, wie der/die ForscherIn zu guten Ergebnissen bezüglich seiner/ihrer Forschungsfrage kommt (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2009, S.21 ff.). Da es im Interesse der Verfasserin liegt, die jeweils subjektiven Sichtweisen auf das komplexe Vorgehen von Case Management zu erfahren, welches zudem eine reflexive Ebene der Einzelnen miteinschließt, entschied sie sich für ein Interview. Interviews werden in quantitativen und qualitativen Verfahren genutzt (Lamnek, 2005, S. 330). Da es sich jedoch, wie bereits

beschrieben, eher darum handeln soll, wie genau Case Management zu einer bedarfsgerechten Versorgung von Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung beiträgt/beitragen kann und was die einzelnen Befragten hierzu an Erfahrungen gesammelt haben und reflektieren, bietet sich ein offenes Verfahren für die Exploration an (Lamnek, 2005, S. 342). Aufgrund des Ziels der Erhebung der subjektiven Sichtweise, braucht es eine Interviewform, welche sich den Strukturen des/der Befragten orientiert und nicht wie bei quantitativen Forschungen diese strikt vorgibt (Rosenthal, 2008, S. 53). Qualitative Interviews, welche immer mündlich persönlich sind, zeichnen sich vor allem durch ihren weichen Kommunikationsstil (kaum lenkend, eher sympathisierend, eingehend auf das Gegenüber, Aufbau eines Vertrauensverhältnisses), offene Fragen und halb- bis nicht-standardisierte Erhebungsverfahren aus (Lamnek, 2005, S. 330 ff./343).

Aufgrund der Kommunikation innerhalb des Interviews, ist das Bewusstsein von Nöten, dass auch der/die InterviewerIn den Prozess mitgestaltet (Rosenthal, 2008, S. 44). Er oder sie vertritt bewusst und unbewusst eigene Interessen der Forschung (Rosenthal, 2008, S. 45): Bei der vorliegenden Arbeit z.B. auch in der Rolle der klinischen Sozialarbeiterin. Zudem geht der/die ForscherIn mit bestimmtem Vorwissen in die Forschung. Beides benötigt ein Bewusstsein für die „Forscher[In]-Gegenstands-Interaktion“ (Mayring, 2002, S. 25). Zu reflektieren ist bei der vorliegenden Arbeit bspw. auch die eigene praktische Tätigkeit und die daraus gesammelten Erfahrungen im Sozialpsychiatrischen Dienst und die sich eventuell daraus ergebenden Konsequenzen auf die Interviewgestaltung seitens der Forscherin, aber auch der Befragten. Es ist daher drauf zu achten, dass der/die InterviewerIn Vorkenntnisse hat, welche auch im Leitfaden zum Ausdruck gebracht werden, er/sie aber eher passiv interessiert bleibt (Lamnek, 2005, S. 354 ff.). Ein Grund dafür ist die bereits beschriebene induktive Vorgehensweise: Entscheidend ist die subjektive Sichtweise des/der Befragten. Dies erfordert eine Flexibilität des Interviewers/der InterviewerIn, da er/sie sich an den/die Befragten orientiert (Lamnek, 2005, S. 349 ff.). Rosenthal (2008, S. 54) betont bspw. hierzu, dass es wenig Sinn habe, sich direkt einzumischen, da sonst große Teile der Relevanzstrukturen des/der Befragten verloren gehen.

### 3.3.1 Problemzentriertes Interview

Eines der qualitativen Interviews für welche sich die Verfasserin entschied, ist das problemzentrierte Interview nach Witzel (1985, 2000). Laut Mayring (2002, S. 68) ist dieses Verfahren ein dezidiert qualitatives. Es bietet sich dort an, wo spezifischere Fragen im Vordergrund stehen (Mayring, 2002, S. 70). Die Offenheit eines qualitativen Verfahrens bleibt dabei erhalten, aber es wird für einen Problembereich ein Stimulus angeboten (Lamnek, 2005, S. 364 ff.). Dieses Interview bietet sich aus Sicht der Verfasserin für die vorliegende Fragestellung deshalb an, weil eine relativ eng begrenzte Fragestellung (bedarfsgerechte Versorgung von chronisch psychisch kranken Menschen durch Case Management) verfolgt wird.

Entstanden ist das problemzentrierte Interview, da prozesshafte Kontexte nur durch flexible Verfahren erfasst werden können (Witzel, 1985, S. 1). Das Interview folgt dabei dem Prinzip der Offenheit, der Konzentration auf die subjektive Sichtweise, des kommunikativen Charakters zwischen ForscherIn und Befragtem/Befragter und der Betonung des Prozesscharakters (Witzel, 1985, S. 1 ff.). Neben der garantierten Offenheit, betont Witzel (2000, S. 2) jedoch auch, dass der/die ForscherIn kein „tabula rasa“ ist. Ein bestimmtes Vorwissen könne seiner Meinung nach nicht gänzlich aus der Forschung herausgelassen werden.<sup>15</sup> Das problemzentrierte Interview ist ein halbstrukturiertes Vorgehen, welches einem offenen Gespräch nah ist, aber auch ein vorher analysiertes Problemfeld konzentriert wurde (Mayring, 2002, S. 67). Es bewegt sich daher zwischen Offenheit und Theoriegeleitetheit. Dies benötigt die Erkenntnis des Forschers/der Forscherin, dass es sich um ein „induktiv-deduktives Wechselspiel“ handelt (Mayring, 2002, S. 67).

Die deduktive Vorgehensweise zeigt sich vor allem im Leitfaden, in welchem der/die ForscherIn sein/ihr bisheriges Wissenskonzept integriert (Lamnek, 2005, S. 364 ff.). Induktiv ist das Vorgehen jedoch offen für die Subjektivität der Befragten, welches eine zurückhaltend interessierte Haltung des Forschers/der Forscherin benötigt (Mayring, 2002, S. 69). D.h. das Vorwissen des Forschers/der Forscherin wird durch den Leitfaden offengelegt, der Erzählstrang der Befragten steht jedoch im Mittelpunkt (Witzel, 2000, S. 2).

Die Kennzeichen des problemzentrierten Interviews sind die Problemzentrierung (auf eine bestimmte gesellschaftliche Problemstellung, welches den/der Befragten ermöglicht, zu einem bestimmten Thema zu reflektieren), die Gegenstandsorientierung (orientiert und unvoreingenommen am befragten

---

<sup>15</sup> Z.B. durch das vorherige Sichten von Literatur, Gesprächen mit Anderen etc.

Gegenüber) und die Prozessorientierung (schrittweise Gewinnung und Prüfung von Daten) (Mayring, 2002, S. 68; Witzel, 1985, S. 5 ff.; Witzel, 2000, S. 3; Mayring, 2002, S. 68; Witzel, 1985, S. 6).

Zu Beginn der Arbeit mit dem problemzentrierten Interview stehen die Analyse und die Formulierung des Problems/der Fragestellung im Vordergrund. Daraufhin wird der Interviewleitfaden erstellt und zu dessen Erprobung ein Probeinterview durchgeführt (Mayring, 2002, S. 69). Am Beispiel der vorliegenden Arbeit wurde die Möglichkeit einer bedarfsgerechten Versorgung von Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen durch Case Management in den Fokus gestellt. Mithilfe dieses Fokus und der entsprechenden Auseinandersetzung mit der Literatur entstand der Interviewleitfaden. Ein Probeinterview wurde durchgeführt und hatte eine erneute Auseinandersetzung und Modifikation des Leitfadens sowie die Reflexion der Interviewkompetenzen der Forscherin zur Folge.

Zu den Instrumenten der Datenerhebung des problemzentrierten Interviews zählen folgende Aspekte (Witzel, 1985, S. 11-13; Witzel, 2000, S. 4): Der *Kurzfragebogen*<sup>16</sup> dient der Erfragung von sozialen Daten, dass es im Interview zu keinem Frage-Antwort-Schema kommt.<sup>17</sup>

Der *Leitfaden*<sup>18</sup> als Gedächtnisstütze, welcher aus dem Vorwissen erarbeitet wurde, dient innerhalb des Interviews einem Orientierungsrahmen. Den eigentlichen Ablauf bestimmt wie bereits beschrieben der/die Befragte. Bei stockendem Erzählen, können so aber ergiebige Themen entstehen. Innerhalb des Leitfadens wird zunächst mit einer Sondierungsfrage begonnen, welche die subjektive Bedeutung eruiert und möglichst viele Erzählimpulse freisetzt. In der vorliegenden Arbeit wurde bspw. die Forschungsfrage („Inwieweit trägt Case Management zu einer bedarfsgerechten Versorgung von Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung bei?“) als Einstiegsfrage benutzt. Dem schließen sich dann die Leitfadenfragen unter gewissen Themenaspekten an. Diese Themenkomplexe wurden bereits unter Pkt. 3.1 beschrieben:

- Potenziale von Case Management: Ich habe Ihnen ja schon gesagt, dass ich herausfinden möchte, inwieweit Case Management zu einer bedarfsgerechten Versorgung von Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung im Einzelfall beiträgt. Bitte erzählen Sie mir alles, was Ihnen hierzu aus der Ihrer Praxis einfällt. Inwieweit denken Sie, trägt die Arbeit am Einzelfall im Case Management zur

---

<sup>16</sup> Der verwendete Kurzfragebogen befindet sich im Anhang B, die innerhalb der Forschung gewonnenen Daten wurden unter Pkt. 3.5.1 aufgenommen.

<sup>17</sup> Z.B. Alter, Geschlecht, Beruf etc.

<sup>18</sup> Der Leitfaden befindet sich im Anhang C.



Personenzentrierung bei? Wenn Sie jetzt noch einmal an das Gespräch zurückdenken, was glauben Sie, auch durch ihre Erfahrung, was das Besondere ist, was Case Management in der Versorgung von chronisch psychisch kranken Menschen am Einzelfall leistet?

- Hindernisse und Unterstützung der Arbeit mit Case Management: Was glauben Sie, inwieweit ist es möglich, sich mithilfe von Case Management an den Bedürfnissen der Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung in der Praxis zu orientieren? Wo war es denn gut möglich? Wo war es denn eher schwierig?
- Flexibilität des Verfahrens: Bedürfnisse ändern sich wieder im Laufe der Zeit, damit auch der Bedarf der KlientInnen. Inwieweit ist es für Sie möglich, auf Veränderungen dieser einzugehen? Inwieweit ist Case Management da flexibel?
- Haltung: Was ist Ihnen am Einzelfall persönlich als Case ManagerIn besonders wichtig bei der Zusammenarbeit mit dem/der KlientIn?

Ad-hoc-Fragen werden genutzt, falls Themenbereiche ausgelassen worden.

Die *Tonbandaufzeichnung* dient dazu, jegliche verbale Kommunikation aufzunehmen, sodass sich der/die ForscherIn gänzlich auf das Gespräch konzentrieren kann. Zudem wird so der Inhalt reproduzierbar, also nachvollziehbar (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2009, S. 161).

Das *Postskript*,<sup>19</sup> welches nach dem Interview erstellt wird, enthält Inhalte des Gesprächs vor der Tonbandaufzeichnung, Rahmenbedingungen, nonverbale Reaktionen, Besonderheiten der Interviewsituation etc. Dies fördert ein besseres Gesamtbild des Interviews. In der vorliegenden Arbeit war das Postskript durch Rahmenbedingungen (Zeit, Ort, Dauer) und Besonderheiten wie Atmosphäre oder Vorkommnisse gekennzeichnet.

Das Interview wird nach der Erstellung transkribiert. Die Transkription ermöglicht es, die subjektive soziale Welt auf Text zu übertragen (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2009, S. 161). Durch den abdruckbaren Text werden die Inhalte und die daraus generierten Ergebnisse für Andere nachvollziehbar (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2009, S. 160). Bei der Niederschrift mit Umlauten etc. ist der Text zunächst interpretationsfrei (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2009, S. 161). Innerhalb der Transkription ist darauf zu achten, dass alle Daten, welche Rückschlüsse auf die jeweilige InterviewpartnerIn ermöglichen, anonymisiert werden (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2009, S. 162). Die Transkription in der vorliegenden Arbeit wurde in Anlehnung an die Empfehlungen der

---

<sup>19</sup> Zu Gunsten einer besseren Stringenz werden die Inhalte der jeweiligen Postskripte unter Pkt. 3.3.3 Durchführung und Setting berücksichtigt.

Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg erstellt.<sup>20</sup> Personenbezogene rück-schließende Daten wurden verändert und somit anonymisiert. Im Zuge der Transkription wurde der Dialekt erhalten, um ggfs. weitere Interpretationen der Ergebnisse zu ermöglichen.

### 3.3.2 Sampling

Die Eingrenzung der Personen, welche für die Forschungsfrage relevant sind, kann durch folgende Fragen geschehen: Wo tritt das, was ich wissen will, am deutlichsten zu Tage? Wer gehört zum Feld? Wen wähle ich aus einer bestimmten Untergruppe aus? (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2009, S. 21, 54, 176). Trotz der Festlegung benötigt es aber auch beim Sampling eine bestimmte Offenheit gegenüber der Eigenart (Lamnek, 2005, S. 21). Bei der Auswahl des Samplings geht es darum, eine gewisse Bandbreite an Heterogenität abzubilden, und nicht wie in der quantitativen Forschung um eine statistische Repräsentativität (Lamnek, 2005, S. 192).

Wer alles zum Feld gehört, kristallisiert sich im Laufe des Forschungsprozesses heraus und steht nicht gleich zu Beginn der Forschung fest (Rosenthal, 2008, S. 48). Jedes Interview wird zunächst ausgewertet und bestimmt dann weitere InterviewpartnerInnen (Rosenthal, 2008, S. 86). Es geht dabei immer um die Frage: Wer kann mir noch etwas sagen, was ich noch nicht weiß? Das Sampling wird dann in Anlehnung an das Theoretical Sampling nach Glaser und Strauss (2008) nach immer neuen Kriterien festgelegt. Es geht um die Suche nach verschiedenen Merkmalen. Sie ist dann beendet, wenn es zu einer theoretischen Sättigung kommt (Lamnek, 2005, S. 188 ff.). Angewendet wird dabei auch die Methode der Minimierung (gleiche Inhalte) und Maximierung (Unterschiede), bis zu einer theoretischen Sättigung (Lamnek, 2005, S. 191). Der Zugang erfolgte zunächst über eine Recherche von Case Management-Angeboten im ambulanten psychiatrischen Bereich in Dresden und Umgebung mithilfe des Internets sowie mithilfe von Gesprächen mit Fachkräften, welche bereits langjährig in der ambulanten Versorgung von Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung tätig sind. Die Kontaktaufnahme gestaltete sich in Form von E-Mails an die jeweiligen Einrichtungen, aber auch durch Telefonate mit den etwaigen InterviewpartnerInnen. Kritisch zu betrachten ist an dieser Stelle, dass durch dieses Vorgehen eine Eingrenzung der potenziellen

---

<sup>20</sup> Zugriff unter: [www.ph-ludwigsburg.de/uploads/media/transkriptionsregeln.pdf](http://www.ph-ludwigsburg.de/uploads/media/transkriptionsregeln.pdf).

InterviewpartnerInnen vorgenommen wurde. Eine weitere Möglichkeit, welche sich jedoch erst am Ende der Forschung verdeutlichte, wäre bspw. eine Ansprache von SozialarbeiterInnen über die DGCC-Ausbildungsstätte in Dresden gewesen.

Im Rahmen der Masterarbeit ist die Suche bis zur theoretischen Sättigung aufgrund des erforderlichen Umfangs ein schwieriges Unterfangen. Die Verfasserin entschied sich daher vornehmlich für die Methode des minimal und maximal kontrastierenden Vergleichs (Rosenthal, 2008, S. 97). Auch dies benötigt eine Auswertung des jeweils geführten Interviews, bevor der/die nächste InterviewpartnerIn gesucht wird.

Die Verfasserin befragte hierzu sechs InterviewpartnerInnen, welche die Methode des Case Management in der täglichen Arbeit im Raum Ostsachsen anwenden. Fünf von sechs InterviewpartnerInnen absolvierten zudem die zusätzliche Ausbildung Case Management, zertifiziert durch die Richtlinien der DGCC.

Für den kontrastierenden Vergleich entschied sich die Verfasserin für folgende Personen:

Name	Alter	Ausbildung	Projekt
Frau Apfel	38 Jahre	Kinderkrankenschwester, Diplom-Sozialpädagogin, Case Management Ausbildung 2007	Ambulant Betreutes Wohnen
Frau Hübner	41 Jahre	Diplom-Pädagogin, Erziehungswissenschaftlerin, Soziotherapeutin, Case Management Ausbildung 2012	Integrierte Versorgung
Frau Sander	33 Jahre	Diplom-Sozialpädagogin, Case Management Ausbildung 2013	Integrierte Versorgung

Frau Hübner und Frau Apfel gleichen sich in ihren subjektiven Äußerungen insbesondere aufgrund der Aussagen zur Sozialen Arbeit in der Sozialpsychiatrie in Bezug auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie einzelnen spezifischen Handlungskompetenzen (u.a. Psychoedukation). Zudem übernehmen sie in der komplexen Einzelfallarbeit eher eine koordinierende Rolle ein – Frau Apfel hingegen eher eine ausführende. Reflektiert werden muss diese Unterscheidung jedoch aufgrund der jeweiligen institutionellen Zugehörigkeit der InterviewpartnerInnen. Da Frau Sander und Frau Hübner in der gleichen Einrichtung arbeiten, kann dies erhebliche Auswirkungen auf ihre Arbeit und ihre Erfahrungen haben. Obgleich dies in den Blick zu nehmen ist, eignen sich diese Interviews dennoch für den qualitativen Anspruch: Die Darstellung der subjektiven Sichtweise der Befragten bezüglich der Fragestellung.

### 3.3.3 Durchführung und Setting

Der Zugang zu den InterviewpartnerInnen erfolgt unter Anbetracht forschungsethischer Aspekte (Gahleitner & Miethe, 2010, S. 575 ff.): Es wird das Prinzip der informierten Freiwilligkeit angewandt, indem die Forscherin den InterviewpartnerInnen bereits bei der Anfrage Informationen über Ziel der Forschungsarbeit, Umgang mit Daten, Freiwilligkeit und die Möglichkeit, die Forschung jederzeit abzubrechen verdeutlichte. Erneut wurde vor Beginn der jeweiligen Interviews nochmals der Grund der Forschungsarbeit, die eigene Rolle (Studentin) und die Forschungsfrage sowie der Umgang mit den Daten (Aufnahme, Transkription, Anonymisierung) ausgeführt. Außerdem wird auch das Prinzip der Nichtschädigung durch eine ausreichende Anonymisierung in der Transkription gewährleistet.

Als Interviewort wurden die jeweiligen Diensträume der Befragten im beiderseitigen Einvernehmen gewählt. Dies sollte vor allem der Überlegung Rechnung tragen, die Interviews am Ort des Geschehens, d.h. der täglichen Arbeit durchzuführen. Die Interviews fanden an unterschiedlichen Tagen statt. Damit sollte ermöglicht werden, dass die zuvor erbrachten Interviews transkribiert und eine Auswertung begonnen werden konnte. Die gänzliche Auswertung erfolgte jedoch erst anhand des fertigen Kategoriensystems<sup>21</sup> einige Wochen nach der Durchführung der Interviews.

Das erste Interview erfolgte mit Frau Hübner am 10.04.2015 und dauerte circa 55 Minuten. Die Atmosphäre zwischen Interviewerin und Frau Hübner war entspannt und interessiert. Frau Hübner antwortete sehr knapp, aber präzise auf die Fragen. Dies erforderte dennoch mehrere Nachfragen zur weiteren Exploration seitens der Interviewerin. Das nachfolgende Interview fand am 20.04.2015 mit Frau Apfel statt. Die Dauer betrug circa eine Stunde und neun Minuten. Auch in diesem Interview war die Atmosphäre durch beiderseitiges Interesse gekennzeichnet. Frau Apfel berichtete vor Beginn des Interviews, dass sie Bedenken habe bezüglich der Aufnahme und dass ihr Dinge manchmal ungeordnet in den Kopf kommen würden. Dieser Verunsicherung konnte die Interviewerin durch die Verdeutlichung, dass es um die Wahrnehmung von Frau Apfel gehe, entgegenzutreten. Weitere Informationen bezüglich eines übergreifenden Hilfeplaninstrumentes in Sachsen sprach die Interviewte erst nach Beendigung der Aufnahme an. Die erinnerlichen Informationen hierzu wurden anschließend im Postskript festgehalten. Das letzte ausgewählte Interview fand mit Frau Sander am 30.04.2015 statt und dauerte circa eine Stunde. Die

---

<sup>21</sup> Siehe Pkt. 3.4.2 und Anhang E.

Atmosphäre war entspannt und ebenfalls interessiert. Es gab keine besonderen Vorkommnisse.

### **3.4 Auswertung**

Die Auswertung des transkribierten Materials dient der Interpretation des kommunikativen Prozesses (Lamnek, 2005, S. 479 ff.). Das ausgewählte Instrument – die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2002) - wird nachfolgend skizziert.

#### **3.4.1 Auswertungsmethode - Qualitative Inhaltsanalyse**

Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse ist der Erhalt eines überschaubaren zusammengefassten Korpus (Gahleitner & Mayring, 2010, S. 296). Das Vorgehen durch die qualitative Inhaltsanalyse erlaubt ein deduktiv-induktives Vorgehen, indem das bisherige Wissen des Forschers/der Forscherin einbezogen wird, es aber offen für neue Erkenntnisstränge bleibt (Gahleitner & Mayring, 2010, S. 304). Auch hier wird somit der Offenheit qualitativem Vorgehens Rechnung getragen: Es geht um eine Entdeckungs- und nicht um eine Überprüfungslogik (Rosenthal, 2008, S. 55; Lamnek, 2005, S. 195). Nach Mayring (2002, S. 29) benötigt es jedoch neben dieser Offenheit auch ein regelgeleitetes Vorgehen, welches überprüfbar ist. Die qualitative Inhaltsanalyse nutzt dabei ein systematisches Vorgehen (Mayring, 2002, S. 114). Dies kennzeichnet sich durch das im Prozess entstandene Kategoriensystem aus (Gahleitner & Mayring, 2010, S. 295).

Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse ist eine Zusammenfassung (indem der Text so reduziert wird, dass der wesentliche Korpus bleibt), die Explikation (zu fraglichen Stellen weiteres Material heranzutragen, dass das Verständnis erweitert wird) und die Strukturierung (in dem bestimmte Aspekte herausgefiltert werden) (Mayring, 2002, S. 115).

Das Vorgehen in der qualitativen Inhaltsanalyse gestaltet sich durch ein deduktives und induktives Vorgehen. Deduktive Kategorien werden entlang des Leitfadens und der bisherigen Literatur gebildet (Mayring, 2002, S. 114). Deduktiv wurden zunächst die (Ober-) Kategorien KlientInnenspezifika (häufige Krankheitsphasen, eingeschränktes psychosoziales Funktionsniveau), Spezifika der Versorgungslandschaft, Haltung und Case Management (Definition,

Grenzen, Flexibilität) gebildet. Mithilfe der deduktiven Kategorien und des Kodierleitfadens werden Fundstellen markiert und das gefundene Material zusammengefasst (Mayring, 2002, S. 119-120). Die induktive Vorgehensweise erfolgt aus dem Material heraus (Mayring, 2002, S. 115). Wenn kaum noch neue Kategorien entstehen, wird das Kategoriensystem bezüglich seiner Logik und etwaigen Überlappungen überprüft (Mayring, 2002, S. 117).

Die jeweiligen Kategorien des Kategoriensystems werden definiert, sodass sie von anderen zu unterscheiden sind (Mayring, 2002, S. 116). Dem werden Ankerbeispiele, also aussagekräftige Materialstellen zugeteilt. Durch die Kodierregeln muss jeweils nachvollziehbar sein, warum ein Textteil unter die jeweilige Kategorie subsumiert wurde. Gahleitner und Mayring (2010, S. 297) stellen den Ablauf wie folgt dar:

1. Bestimmung der Strukturierungsdimension entlang der Fragestellung,
2. Entwicklung des Kategoriensystems und des Kodierleitfadens (formal, inhaltlich, typisierend oder skalierend),
3. Materialdurchlauf: Fundstellenbezeichnung,
4. Materialdurchlauf: Extraktion und Bearbeitung der Kodierung,
5. Überarbeitung und gegebenenfalls Revision des Kategoriensystems sowie erneuter Durchlauf,
6. Ergebnisaufarbeitung.

### **3.4.2 Kategoriensystem**

Die zuerst gebildeten deduktiven Kategorien zeichneten sich ebenfalls nach mehrmaligen Materialdurchläufen ab, änderten jedoch ihre Struktur und Priorisierung. Nachfolgend sollen die Ober- und die etwaig dazugehörigen Unterkategorien dargestellt und definiert werden.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Die vollständige Systematik inklusive Ankerbeispielen befindet sich im Anhang E.

Oberkategorie	Unterkategorie Ebene 1	Unterkategorie Ebene 2
Projektspezifika		
KlientInnenspezifika	Krankheitsphasen und Erfahrung	
	Psychosoziales Funktionsniveau	
Spezifika der Versorgungslandschaft		
Bezüge zu Basiselementen Sozialer Arbeit im psychiatrischen Kontext	Unterstützungs- und Reflexionsmöglichkeiten	
	Weitere Interventionen/Methoden	
	Spezifisches Wissen	Psychiatrisches Fachwissen
		Netzwerkwissen
	Zusammenarbeit mit formellen und informellen Netzwerk	
	Ganzheitliche Sicht auf KlientInnen	
	Ressourcenorientierung	
	Beziehung zu KlientIn	
	Haltung: KlientIn ist ExpertIn	
Case Management	Definition	
	Phasen	Assessment
		Hilfeplanung
		Durchführung
		Monitoring
		Dokumentation und Evaluation
	Grenzen	

In der Oberkategorie *Projektspezifika* werden die Inhalte aufgenommen, welche spezifisch für die jeweiligen Projekte der Befragten sind (z.B. Rahmenbedingungen, innere Strukturen).<sup>23</sup>

Die zweite Oberkategorie *KlientInnenspezifika* verdeutlicht die Merkmale, welche die Befragten bezüglich der KlientInnen benennen. Unterschieden wurde zudem in die Unterkategorie *Krankheitsphasen und Erfahrung* und *psychosoziales Funktionsniveau*. Erstere berücksichtigt die Inhalte, dass Gesundheit und Krankheit der KlientInnen Phasen unterliegen und die KlientInnen daher bereits viele Erfahrungen bezüglich der eigenen Erkrankung und der Behandlung gesammelt haben. Die Unterkategorie *psychosoziales Funktionsniveau* meint die Einschränkungen dieses Niveaus mit daraus resultierendem Bedarf für die KlientInnen.

Die nachfolgende Oberkategorie *Spezifika der Versorgungslandschaft* integriert die Aussagen der Interviewpartnerinnen bezüglich der Inhalte, Struktur

<sup>23</sup> Zu Gunsten einer besseren Stringenz soll diese Oberkategorie zu Beginn der Darstellung des Kategoriensystems stehen.

und Zugänge der (psychiatrischen und nicht-psychiatrischen) Landschaft, welche den Bedarf der KlientInnen decken.

Die vierte Oberkategorie *Bezüge zu Basiselementen Sozialer Arbeit im psychiatrischen Kontext* bezieht alle Elemente mit ein, welche die tägliche Arbeit der befragten Sozialarbeiterinnen und die Ausübung von Case Management prägen, jedoch nicht explizit unter Case Management kategorisiert werden können. Diese Oberkategorie unterteilt sich in acht Unterkategorien: Die Unterkategorie *Unterstützungs- und Reflexionsmöglichkeiten* ist durch die Möglichkeiten gekennzeichnet, welche die Befragten für die Reflexion bzw. Unterstützung ihrer Arbeit benennen. Die Zweite – *weitere Interventionen/Methoden* – beinhaltet die Aussagen in Bezug auf andere Methoden und/oder Interventionen neben Case Management. Die nachfolgende Unterkategorie *Spezifisches Wissen* gliedert sich in *psychiatrisches Fachwissen*, d.h. Fachwissen zu Entstehung, Symptome und Behandlung psychiatrischer Erkrankungen sowie die Vermittlung an KlientInnen und deren Umfeld, und *Netzwerkwissen*, im Sinne von Wissen bezüglich der Aufgaben und des Aufbaus verschiedener Institutionen des Netzwerkes und Vermittlung an KlientInnen. Die Unterkategorie *Zusammenarbeit mit formellen und informellen Netzwerk* stellt die Benennung der NetzwerkpartnerInnen (formellen, informell), wie auch die Inhalte und die Gestaltung der Zusammenarbeit dar. Eine Weitere – die *ganzheitliche Sicht auf KlientInnen* – definiert sich mithilfe des Verständnisses eines ganzheitlichen Gesundheitszusammenhangs bei Entstehung der Erkrankungen und der Auswirkung auf die Lebenswelt. Während die Unterkategorie *Ressourcenorientierung* das Augenmerk auf die Fokussierung und Nutzung klientInneneigener Ressourcen sowie des Netzwerkes legt, definiert sich die *Beziehung zu KlientIn* aufgrund der Aussagen bezüglich der Basis der Arbeit in Form einer (vertraulichen) Beziehung, welche durch zeitliche und personelle Faktoren geprägt ist. Die letzte Unterkategorie wird *Haltung: KlientIn ist ExpertIn* benannt und grenzt sich durch die Bestimmung der Haltung ab, dass KlientInnen Ziele der Zusammenarbeit entscheiden und Handlungsschritte selbst mit begleitender Unterstützung gestalten sowie der Betonung der Selbstmanagementkompetenzen.

Die letzte Oberkategorie *Case Management* beinhaltet all die Aussagen der Befragten, welche explizit zu Case Management geäußert wurden. Diese unterteilt sich nochmals in *Definition* (wie die jeweiligen Befragten Case Management subjektiv für sich definieren), *Phasen* und *Grenzen* von Case Management.



Die Unterkategorie *Phasen* gliedert sich nochmals in

- *Assessment*: Bedarfserhebung in Bezug auf Themen, Methoden, Beteiligte;
- *Hilfeplanung*: Zielfestlegung in Bezug auf Inhalte, Priorisierung, Beteiligte;
- *Durchführung*: Vermittlung und Installation bedarfsgerechter Hilfsangebote und deren Koordination;
- *Monitoring*: Möglichkeit der Überwachung des Versorgungsablaufs bei veränderten Bedarfen (Veränderungen erkennen und Gründe erfragen);
- *Dokumentation und Evaluation* des Case Management-Prozesses.

*Grenzen* von Case Management definiert sich mithilfe aller Aussagen zu Hindernissen, die die Befragten bezüglich der Ausübung sehen.

### 3.5 Ergebnisdarstellung – Fallvergleich

Die Ergebnisse aus den Interviews mit Frau Apfel, Frau Hübner und Frau Sander werden nun unter Berücksichtigung des Kategoriensystems aufgeführt. Die Ergebnisdarstellung dient gemeinsam mit dem theoretischen Rahmen zur Grundlage für die Diskussion in Pkt. 4.

#### 3.5.1 Projektspezifika<sup>24</sup>

Die Überlegungen zum Pkt. Projektspezifika berücksichtigen die Inhalte, welche den jeweiligen Arbeitsbereich der Befragten charakterisieren. Zur Vervollständigung werden an dieser Stelle ebenfalls die Charakteristika der jeweiligen Interviewpartnerinnen (Alter, erlernter Beruf, Dauer der Berufserfahrung im Projekt) mit aufgenommen.

Frau Hübner (41 Jahre alt und gelernte Erziehungswissenschaftlerin, wie Diplom-Pädagogin und Soziotherapeutin, 2011 Ausbildung Case Management (DGCC)) ist seit 13 Jahren im ambulanten Bereich mit psychisch kranken Menschen in einer psychiatrisch-neurologischen Praxis in Ostsachsen als Sozialpädagogin tätig. Die Angebote der Praxis richten sich an Kinder und

---

<sup>24</sup> Folgende Informationen sind u.a. Öffentlichkeitsmaterialien, konzeptionellen Niederlegungen, sowie den Kurzfragebögen entnommen und können aufgrund der Anonymisierung nicht näher benannt werden.

Erwachsene, welche an einer psychischen Erkrankung leiden. Diese sind ausnahmslos in fachärztlicher Behandlung, was nach Frau Hübner die Bereitschaft der Zusammenarbeit seitens der KlientInnen sowie die Compliance im Vergleich zu anderen Hilfsangeboten deutlich erhöht (Hübner, Z. 597 ff.). Die Praxis bietet einen interdisziplinären Ansatz, indem FachärztInnen, Pflegekräfte, PsychologInnen und SozialpädagogInnen zusammenarbeiten. Frau Hübner ist zudem die Leiterin vier weiterer SozialarbeiterInnen, welche in der Praxis angestellt sind (Hübner, Z. 86 ff.). Die SozialpädagogInnen leisten ihre Tätigkeit im Rahmen der Integrierten Versorgung, Soziotherapie und weiteren Verträgen mit verschiedenen Krankenkassen (Hübner, Z. 13 ff.). Diese Leistungen werden ausnahmslos über die Krankenversicherung der verschiedenen PatientInnen der Praxis finanziert.<sup>25</sup> § 140 a-d SGB V definiert z.B. bezüglich der Integrierten Versorgung die VertragspartnerInnen, das Ziel einer fachübergreifenden Kooperation und die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der medizinischen Versorgung.<sup>26</sup> Das Ziel der Kassen ist die Vermeidung von stationären Aufenthalten (Hübner, Z. 266 ff.). Statt einem Antrag zur Teilnahme der KlientInnen, ist eine Teilnahmeerklärung für die Kostenübernahme der jeweiligen Krankenkasse erforderlich. Die KlientInnen nehmen freiwillig an der Zusammenarbeit mit den SozialpädagogInnen teil. Sie sind zudem seitens des Kostenträgers bisher unbefristet in die Versorgungsverträge zwischen der Krankenkasse und der Praxis eingeschrieben. Die Zusammenarbeit kann jedoch auch bei einem veränderten Bedarf (Bedarf an stationärer Hilfe, weniger Unterstützungsbedarf) beendet werden (Hübner, Z. 646 ff.). Die Bestimmung der Projektdauer und Ziele der Zusammenarbeit werden sich nach Frau Hübner jedoch perspektivisch durch die Schließung neuer Versorgungsverträge zwischen der Praxis und den Krankenkassen ab Mitte 2015 ändern. Die Kontakthäufigkeit zwischen Frau Hübner und den KlientInnen beläuft sich auf aktuell mindestens drei pro Quartal (Hübner, Z. 179 ff.). Bei einem höheren Bedarf seitens der KlientInnen vermittelt Frau Hübner diese in entsprechende Angebote (u. a. Ambulant Betreutes Wohnen) (Hübner, Z. 507 ff.). Frau Sander (33 Jahre alt und Diplom-Sozialpädagogin, 2013 Ausbildung Case Management (DGCC)) arbeitet seit 2011 als Sozialpädagogin<sup>27</sup> im Projekt Integrierte Versorgung, welche als Leistungserbringer ebenfalls eine psychiat-

---

<sup>25</sup> Wie bspw. gemäß § 6 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Vergütung der Tätigkeit der nicht-ärztlichen MitarbeiterInnen) verdeutlicht.

<sup>26</sup> Auch wenn Grundlagen des Case Management das Modell der Integrierten Versorgung charakterisieren (Bundesministerium für Gesundheit, 2012) ist Frau Hübner als Sozialpädagogin und nicht explizit als Case Managerin angestellt.

<sup>27</sup> Auch sie ist wie Frau Hübner nicht direkt als Case Managerin angestellt.

rische Praxis mit multiprofessionellem Ansatz darstellt. Auch Frau Sanders KlientInnen werden während der Zeit der Begleitung fachärztlich behandelt und nehmen freiwillig an diesem Angebot teil. Gesetzliche Grundlagen, Teilnahmebedingungen und Ziele der Leistungserbringung gleichen daher denen von Frau Hübner. Auch bei Frau Sander gestaltet sich die Kontakthäufigkeit mit den KlientInnen mit drei Kontakten im Quartal auf eine vom Kostenträger bisher unbestimmte Zeit.

Frau Apfel (38 Jahre alt, gelernte Kinderkrankenschwester und Diplom-Sozialpädagogin, 2007 Ausbildung Case Management (DGCC)) arbeitete zunächst mehrere Jahre in einer Seniorenberatungsstelle eines freien Trägers in Ostsachsen, bevor sie im Juli 2014 in das Ambulant Betreute Wohnen des gleichen Trägers wechselte. Das Team des Ambulant Betreuten Wohnens setzt sich ausschließlich aus SozialpädagogInnen zusammen. Dieses freiwillige Angebot richtet sich an Menschen mit geistiger bzw. körperlicher Behinderung, vor allem aber an Menschen mit psychischer Erkrankung und soll diesen ein selbstbestimmtes Leben und Teilhabe am gemeinschaftlichen Leben ermöglichen. Die KlientInnen weisen einen umfangreichen Hilfebedarf auf (Apfel, Z. 615 ff.). § 53 SGB XII definiert dabei den berechtigten Personenkreis und die Aufgaben der Eingliederungshilfe.<sup>28</sup> Kostenträger des Ambulant Betreuten Wohnens ist nach Prüfung von Einkommens- und Vermögensverhältnissen der Betroffenen sowie deren Angehörige der überörtliche Sozialhilfeträger. Die Eingliederungsleistung wird vor der Genehmigung auf Bedarfsgrundlage und Umfang überprüft. In diesem Antrag werden bereits Hilfebedarfsbereiche benannt und die Eignung des Ambulant Betreuten Wohnens als Unterstützungsleistung für den/die KlientIn besprochen (Apfel, Z. 180 ff.). Die begutachtende Stelle (Sozialpsychiatrischer Dienst) legt die Dauer der Hilfe fest<sup>29</sup> und schlägt bereits Ziele der Zusammenarbeit vor (Apfel, Z. 154 ff.). Die eigentliche Grundlage des Ambulant Betreuten Wohnens stellt nach Frau Apfel der gemeinsam mit dem/der KlientIn erstellte Hilfeplan zu Beginn der Zusammenarbeit dar: „Und dann muss man ja erstmal durch den ganzen Antrag durch und dann sind zum Teil drei Monate vergangen bis es wirklich los geht mit dem Ambulant Betreuten Wohnen und dann machen wir ja erst den eigentlichen Hilfeplan. Und da kann sich in drei Monaten sich auch wieder ne ganze Menge

---

<sup>28</sup> § 53 Abs. 3 SGB XII verweist bspw. auf Folgendes: „Besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört insbesondere, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.“

<sup>29</sup> Meist beginnen diese mit einem Jahr bis zur nächsten Bedarfsüberprüfung (Apfel, Z. 81 ff.)

verändert haben. Sodass ursprünglich so angedachte Inhalte so gar ni mehr relevant sind“ (Apfel, Z. 190ff.). Die Kontakthäufigkeit beläuft sich in der Regel auf einmal in der Woche (Apfel, Z. 368).

### **3.5.2 Spezifika der Versorgungslandschaft**

Frau Apfel (Z. 849 ff.) erlebt immer wieder eine Beeinflussung der eigenen Arbeit mit den KlientInnen durch die Möglichkeiten und Einschränkungen, die das Versorgungssystem erkennen lässt. Im Bereich Wohnen beschreibt sie z.B., dass Vermieter dem Einzug von Menschen mit einer psychischen Erkrankung ablehnend gegenüberstehen. Erst die Unterstützung durch das professionelle Angebot des Ambulant Betreuten Wohnens oder Einrichtungen der Stadtverwaltung ermöglichen es trotz guter Ressourcen der KlientInnen, einen geeigneten Wohnraum zu finden (Apfel, Z. 225 ff.). In der psychiatrischen Versorgung erkennt Frau Apfel ebenfalls Grenzen: Eine rasche medizinische Versorgung durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Psychiatrie ist ihrer Meinung nach in ihrem Sozialraum aufgrund ausgeschöpfter Kapazitäten nicht möglich (Apfel, Z. 202). Eine weitere Hürde bei der Vermittlung sieht sie bei Kontaktangeboten speziell für jüngere KlientInnen, da das bisherige Versorgungssystem eher für ältere erkrankte Menschen ausgerichtet ist (Apfel, Z. 216 ff.).

Frau Hübner wiederum beschreibt in Bezug auf die Versorgungslandschaft eine Aufklärungsnotwendigkeit der KlientInnen über das Funktionieren des Systems - bezüglich des Wissens, welche Angebote im Versorgungsgebiet existieren, aber auch über Zugänge wie z.B. die entstehenden Kosten (Hübner, Z. 474 ff.). Die Aufklärung wäre in der Stadt aufgrund aktiver Anbieter der psychiatrischen Versorgungslandschaft sehr gut. Im ländlichen Bereich ist das Wissen der Bevölkerung aufgrund der fehlenden Aufklärung wesentlich geringer (Hübner, Z. 558 ff.).

### 3.5.3 KlientInnenspezifika

Alle Befragten sehen besondere Merkmale der KlientInnen, welche chronisch psychisch erkrankt sind. Dies drückt sich vor allem durch mehrere Krankheitsphasen und ein eingeschränktes psychosoziales Funktionsniveau aus.

**Krankheitsphasen und Erfahrung:** Die Zusammenarbeit mit Menschen mit einer (chronisch) psychischen Erkrankung wird nach Frau Apfel durch verschiedene Phasen der jeweiligen Erkrankung sowie der multiplen Einflussfaktoren auf diese determiniert. Sie weist darauf hin, dass zu beachten ist, „wie stabil sind die gerade, waren die zwischenzeitlich nochmal in der Klinik, sind die schon in ärztlicher Betreuung, nehmen sie Medikamente ein, ist ne Krankheitseinsicht da“ (Apfel, Z. 194 ff.). Insbesondere Frau Hübner beschreibt jedoch, dass es gerade diese Phasen sind, welche zwar häufige Klinikaufenthalte bedingen, die KlientInnen jedoch hierdurch sehr erfahren bezüglich ihrer eigenen Erkrankung (Symptome etc.) und der verschiedenen Behandlungsmethoden sind (Hübner, Z. 581 ff., 867 ff.).

**Psychosoziales Funktionsniveau:** Festzustellen ist nach Frau Apfel, dass sich das Krankheitsbild und dessen Auswirkung Veränderungen des Hilfebedarfs der KlientInnen zur Folge haben. Die KlientInnen von Frau Apfel weisen zudem in mehreren Lebensbereichen wie Arbeit, Tagesstruktur, Gesundheit etc. einen Hilfebedarf auf (Apfel, Z. 54 ff.). Insbesondere Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung sind ihrer Meinung nach häufig auf langjährig professionelle Unterstützung angewiesen (Apfel, Z. 143 ff.). Die Bedarfsbereiche bei Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung sind zudem laut Frau Hübner aufgrund des sozialen Funktionsniveaus different: Sie haben häufig weniger soziale Kontakte, eine veränderte Tagesstruktur und beziehen seltener Erwerbseinkommen (Hübner, Z. 219 ff.). Weiterhin betont Frau Sander, dass die KlientInnen darunter leiden, dass sie nicht mehr die gleiche Leistungsfähigkeit haben wie noch vor der Erkrankung (Sander, Z. 315 ff.).<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> Weitere Funktionseinschränkungen, wie Äußern des eigenen Bedarfs, werden zu Gunsten einer besseren Auswertungsmöglichkeit unter Pkt. 3.6.5 Case Management – Grenzen berücksichtigt.

### 3.5.4 Bezüge zu Basiselementen Sozialer Arbeit im sozialpsychiatrischen Bereich

Nachfolgend werden jene Ergebnisse beschrieben, in welchen die Interviewpartnerinnen von ihrer alltäglichen Arbeit im ambulanten psychiatrischen Bereich berichten. Diese Darstellungen beeinflussen die Ausübung von Case Management, es konnte jedoch kein explizit inhaltlicher Bezug zu Case Management hergestellt werden.

**Institutionelle Unterstützungs- und Reflexionsmöglichkeiten:** Frau Hübner erkennt die Weiterbildung Case Management als eine Reflexions- und Unterstützungsmöglichkeit. Hier konnte sie u. a. durch Rollenspiele die eigene Beraterin-Rolle reflektieren und durch die Vermittlung von Methoden Sicherheit in der eigenen Arbeit erreichen (Hübner, Z. 756 ff. & 851 ff.).

Frau Sander und Frau Hübner, welche in einem interdisziplinären Team arbeiten, fühlen ihre Arbeit auch insbesondere durch die unkomplizierte Zusammenarbeit mit den ärztlichen KollegInnen und die schnelle Rücksprachemöglichkeit bei Krisen oder medikamentösen Fragen unterstützt (Sander, Z. 30 ff. & 140 ff.; Hübner, Z. 817 ff.). Frau Apfel nennt bspw. die Nutzung von Supervision und teaminternen Fallbesprechungen (Apfel, Z. 689 ff. & 877).

**Weitere Interventionen/Methoden:** In Bezug auf Interventionen und Methoden, welche die tägliche Arbeit begleiten, jedoch nicht explizit unter Case Management gesehen werden können,<sup>31</sup> nennen die SozialarbeiterInnen insbesondere die erforderliche Krisenintervention bei sich verschlechterndem Gesundheitszustand der KlientInnen: „Bei Krisen sieht man sich auch häufiger und da ist ja dann ähm ist dann kein Case Management“ (Sander, Z. 398). Frau Hübner betont dies vor allem bei selbst- und/oder fremdgefährdenden Momenten, in denen eine Klinikeinweisung notwendig ist (Hübner, Z. 794 ff.). Methodisch benennt sie zudem die Erstellung eines Krisenplans, um in Krisen eine Handlungssicherheit bei den KlientInnen zu ermöglichen (Hübner, Z. 571 ff.).

**Spezifisches Wissen:** Alle Interviewpartnerinnen beschreiben das Vorhandensein und die Nutzung von spezifischen Wissen, welches sie in der täglichen Arbeit benötigen.<sup>32</sup>

In Bezug auf das *psychiatrische Fachwissen* besitzt Frau Hübner bspw. die Möglichkeit KlientInnen auch an KollegInnen im Team zu vermitteln, welche

---

<sup>31</sup> Die Ausführungen zur Beratung im Sinne der Aufklärung wurden zu Gunsten einer besseren Verknüpfbarkeit unter Pkt. 3.6.4 Bezüge zu Basiselementen Sozialer Arbeit im psychiatrischen Bereich – spezifisches Wissen aufgeführt.

<sup>32</sup> Frau Apfel äußert sich nicht zu psychiatrischem Fachwissen.

sich auf verschiedene Krankheitsbilder spezialisiert haben (Hübner, Z. 97 ff., 132 ff.), da es ihrer Meinung nach eine „kompetenter Beratung [ist], wenn der Eine sich eben gerade Problematik Trauerarbeit spezialisiert hat und der Andere Schizophrenie, ne, des sind ja ganz ganz andere Symptome als bei einer Depression“ (Hübner, Z. 133 ff.). Insbesondere Frau Sander ermöglicht das Fachwissen zudem, nach möglichen Auslösern der Erkrankung zu suchen, um so gezielte Interventionsstrategien zu besprechen (Sander, Z. 221 ff.). Das Wissen über die komplexen Zusammenhänge bei der Entstehung der Erkrankungen, deren Symptome und Behandlung nutzen Frau Sander (Z. 179 & 237 ff.) und Frau Hübner (563 ff.) bei der Aufklärung von KlientInnen und deren Angehörige: „Da ist dann auch wirklich ganz viel, ja Krankheitsaufklärung, Symptome auch teilweise eben Medikamente, was die bewirken und es da wirklich auch um Krankheitseinsicht geht. Von Patient[Innen] und natürlich auch bei den Angehörigen. Das ist dann einfach auch eine Wissensvermittlung“ (Hübner, 538 ff.).

Ein *Netzwerkwissen* ist bei allen Befragten vorhanden. Aufgrund der Vermittlung und Begleitung der KlientInnen innerhalb des Netzwerkes ist die Versorgungslandschaft weitreichend bekannt (Hübner, Z. 201; Sander Z. 203; Hübner Z. 109 ff.). Dabei kennen sich Frau Sander und Frau Hübner nicht nur bei Art der Institutionen aus, sondern ebenfalls in Strukturen, Inhalten und Rahmenbedingungen der einzelnen Angebote und nutzen dies dazu, die KlientInnen spezifischer zu beraten und über Zusammenhänge aufzuklären (Sander, Z. 173 ff., 227 ff., 450 ff.; Hübner 434 ff.).

**Zusammenarbeit mit formellen und informellen Netzwerk:** Während Frau Sander (Z. 565 ff.) die Zusammenarbeit mit dem formellen Netzwerk als problemlos beschreibt, berichtet Frau Apfel (Z. 340 ff.), dass sie die Zusammenarbeit manchmal als frustrierend empfindet. Bei Frau Hübner wiederum gestaltet sich die Zusammenarbeit durch einerseits regelmäßige Vernetzungstreffen und eine ausreichende Flexibilität im Bedarfsfall gut (Hübner, Z. 323 ff.). In Bezug auf die Zusammenarbeit mit dem formellen Netzwerk werden insbesondere psychiatrische Angebote benannt: Die Zusammenarbeit mit Kliniken bei stationären Aufnahmen der KlientInnen ist laut Frau Apfel und Frau Hübner wertvoll, da sie die Übergänge zwischen ambulanten und stationären Bereich begleiten (Apfel, Z. 652 ff.; Hübner, Z. 649 ff.). Die Zusammenarbeit mit fachärztlichen Professionellen nehmen die Interviewten aufgrund ärztlichem Fachwissen und in Krisensituationen als grundlegend wahr (Apfel, Z. 544 ff.; Hübner, Z. 146 ff.).

In Bezug auf das informelle Netzwerk äußern sich Frau Hübner (Z. 527 ff.) und Frau Apfel (Z. 279 ff.). Die Zusammenarbeit mit Angehörigen gestaltet sich laut Frau Hübner manchmal aufgrund deren Belastung und Unwissenheit

bezüglich der Erkrankungen schwierig. Hier sieht sie jedoch die Notwendigkeit der Aufklärung.<sup>33</sup>

Einen wichtigen Stellenwert bei der Gestaltung der Zusammenarbeit mit formellen und informellen Netzwerk nimmt das Einverständnis der KlientInnen ein.<sup>34</sup> Grundsätzlich kooperieren die SozialarbeiterInnen ausschließlich erst mit dem Einverständnis der KlientInnen- u.a. mithilfe einer formalisierten Schweigepflichtsentbindung oder aufgrund des Beiseins der KlientInnen (Apfel, Z. 307 ff., 561 ff.; Hübner, Z. 340 ff.; Sander, Z. 551). Frau Apfel wirft dabei die Frage auf, inwieweit es neben der Einwilligung der KlientInnen zudem zweckmäßig ist, Informationen zu erhalten oder weiterzugeben: „[...] das hängt immer vom [/von der] Klient[In] ab, ne? Ob der [/sie] das auch will, ne? Äh das hängt ja immer davon ab, kennen die sich schon [...]. Manche wollen das ja dann auch ni, wenn die Informationen weitergegeben werden. Manchmal ist ja auch die Frage, was ist denn überhaupt relevant, welche Informationen müssen denn überhaupt weitergegeben werden, ne? [...] In] manchen Fällen ist es sicherlich von Vorteil, wenn man das machen könnte, aber wenn der [/die] Klient[In] das ni möchte, dann gibt es unsere Schweigepflichtsentbindung ni her [...]“ (Apfel, Z. 561 ff.).<sup>35</sup>

**Ganzheitliche Sicht auf KlientInnen:** Insbesondere Frau Hübner (Z. 191 ff.) und Frau Sander beschreiben ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit bzw. Krankheit: „An sich, mir [...] liegt einfach der ganzheitliche Ansatz. Ich mag nicht nur den Fokus zusehen ähm auf das eine Problem, die psychische Erkrankung, sondern ich will gerne [...] gucken okay, was ist das Drumrum. Wie kam es dazu? Wie wirkt es sich aus?“ (Sander, Z. 64 ff.). Der individuelle Blick auf die KlientInnen wird u.a. durch Hausbesuche, d.h. den Einbezug der Lebenswelt der KlientInnen erweitert (Hübner, Z. 193 ff.). Die Diagnostik der Lebenswelt führt zudem bei Frau Sander dazu, dass sie die multiplen Entstehungsbedingungen der jeweiligen Erkrankung verstehen kann (Sander, Z. 585 ff.). Auch bei der Behandlung von psychischen Erkrankungen wendet sie dieses Verständnis an, indem sie z.B. die Auswirkungen einer medikamentösen Behandlung in Beziehung zum Wohlbefinden und sozialer Interaktion setzt (Sander, Z. 191 ff.).

**Ressourcenorientierung:** In Bezug auf die Ressourcenorientierung spielen Stärken der KlientInnen (was kann er/sie selbst leisten?) und (frühere) soziale

---

<sup>33</sup> Siehe hierzu bereits Pkt. 3.6.4 Bezüge zu Basiselementen Sozialer Arbeit im psychiatrischen Bereich - spezifisches Wissen.

<sup>34</sup> Ausführlichere Informationen hierzu unter Pkt. 3.6.4 Bezüge zu Basiselementen Sozialer Arbeit im psychiatrischen Bereich - Haltung: KlientIn ist ExpertIn.

<sup>35</sup> Dieser Punkt wird erneut unter Pkt. 3.6.5 Case Management – Phasen –Assessment erneut aufgegriffen, da dies Auswirkungen auf die Erhebung des Bedarfs der KlientInnen hat.



Kontakte eine Rolle (Hübner, Z. 517 & 754 ff.). Durch emotionale Unterstützung werden bspw. klientInneneigene Ressourcen aktiviert, indem die SozialarbeiterInnen den KlientInnen Mut zu sprechen oder sie begleiten (Hübner, Z. 458 ff.): „Und das war och nur ne Kleinigkeit die der Patientin geholfen hat, nochmal quasi der kleine Tritt in den Hintern doch noch mal loszulegen“ (Sander, Z. 632 ff.). Ressourcen erfahren zudem eine Konkretisierung durch Lob und die Verdeutlichung von Erfolgen: „Dass sie was gut gemacht haben. Weil viele sind es gewohnt irgendwie Kritik zu bekommen. Und dann aber eben och kleine Erfolge zu loben und zu würdigen, das finde ich noch wichtig. [...] Motivation und Anerkennung. Wertschätzung“ (Sander, Z. 658 ff.).

**Beziehung zu KlientIn:** Eine Arbeitsbeziehung zwischen Professionellen und KlientInnen, die von Vertrauen geprägt ist, ist für alle Interviewten die Basis einer guten Zusammenarbeit.

Vertrauen ist nach Frau Apfel (Z. 661 ff., 679 ff.) und Frau Sander (Z. 531) eine Voraussetzung, um den individuellen Bedarf der KlientInnen zu erfahren, bis „alle Karten auf den Tisch“ sind (Sander, Z. 532). Frau Apfel (Z. 701 ff.) schildert, dass ohne Vertrauen die Bedarfserhebung erschwert wird: „Und das ist dann eben das Problem, wenn dann derjenige [/diejenige] noch nicht so das Vertrauen hat und einfach seine [/ihre ...] Wünsche oder seine [/ihre] Bedarfe und Probleme erzählen will und man hat keine Informationen von Anderen, dann ist man natürlich erstmal auf Bauchgefühl angewiesen ist oder was auch immer. Ähm und es ergibt sich dann erst im Nachhinein“ (Apfel, Z. 701 ff.).

Das Vertrauen der KlientInnen in die professionellen HelferInnen bestärkt nach Frau Sander (Z. 633 ff.) ebenfalls die gemeinsame Planung von Handlungsschritten sowie das Annehmen seitens der KlientInnen für Lösungsideen der SozialarbeiterInnen (Sander, Z. 189 ff.).

Vertrauen aufzubauen braucht Zeit (Hübner, Z. 214). Dieser zeitliche Faktor bezieht sich zunächst auf die Dauer der Zusammenarbeit (Sander, Z. 416 ff.): Dadurch, mehr Zeit zur Verfügung zu haben, „entsteht ja dann och [...] nochmal anders ein Vertrauensverhältnis“ (Sander, Z. 508 ff.). Zugleich ist hier jedoch auch die Kontinuität und Regelmäßigkeit der Zusammenarbeit zu benennen. Frau Hübner setzt diese bspw. auch in Zusammenhang mit einer Krisenintervention aufgrund der Notwendigkeit einer stationären Behandlung. Dieser Wechsel von Alltag ins stationäre Setting sowie die Entlassung danach bedeutet häufig einen Bruch für die KlientInnen. Eine kontinuierliche Zusammenarbeit, über diese Setting-Grenze hinaus, ist ihrer Meinung nach entlastend für die KlientInnen. „Wichtig ist für die Meisten, dass sie wissen, wenn se aus der Klinik entlassen werden, denn die Erfahrungen haben fast alle gemacht, sie gehen nach Hause und sind zu Hause. Und das wars. Das sie dann jederzeit wieder zu uns zurückkönnen. Also och so die Sicherheit zu ham, ich muss jetzt

zwar in die Klinik, ambulant kriegen mers jetzt nicht hin, das können wir jetzt nicht mehr auffangen, aber sobald ich entlassen werde [...] dann geht das nahtlos weiter. Also dieses nicht alleine gelassen zu werden. [...] Zu wissen aber, es geht weiter. Ich werde aufgefangen und das ist eine gewisse Sicherheit, die es den Patient[Innen] auch gibt“ (Hübner, Z. 680 ff.).

Neben diesem zeitlichen Faktor benennen Frau Apfel (Z. 694 ff.) und Frau Sander zudem den personellen Faktor für eine vertrauliche Arbeitsbeziehung als Basis der Zusammenarbeit, also „obs zwischenmenschlich passt“ (Sander, Z. 634).

**Haltung: KlientIn ist ExpertIn:** Alle befragten SozialarbeiterInnen betonen, dass eine weitere Basis der Zusammenarbeit mit den KlientInnen die Grundhaltung ist, dass der/die KlientIn der/die ExpertIn ist. Dabei entscheiden nach Aussagen der Interviewten die KlientInnen selbst, welche Ziele die Zusammenarbeit prägen werden und welche Handlungsschritte für die Zielerreichung zu gehen sind. Die Schritte zu diesen Zielen gehen KlientInnen vorrangig selbst, wenn auch mit Unterstützung der SozialarbeiterInnen.

Die Haltung, dass der/die KlientIn der/die ExpertIn ist, beinhaltet auch den Respekt gegenüber Entscheidungen des-/derjenigen, „und derjenige [/diejenige] wird auch seinen [/ihren] Grund haben, dann ist das erstmal so“ (Hübner, Z. 232). Frau Hübner beschreibt hierzu den Respekt gegenüber der Person, seinem/ihrer Lebensentwurf (wie lebt er/sie?) und gegenüber den Krankheitssymptomen: „Also wenn jemand mit einer Schizophrenie, der [/sie] eben von bestimmten Dingen überzeugt ist, die er [/sie] sieht und hört, dann ist das für den [/sie] so. Das kann ich dem [/ihr] nicht ausreden. Und das muss ich auch erstmal so annehmen“ (Hübner, Z. 726 ff.).

Der Respekt gegenüber den KlientInnen drückt sich u.a. darin aus, dass sie die Ziele der gemeinsamen Zusammenarbeit und die dazugehörigen Handlungsschritte festlegen (Apfel, Z. 305 ff.; Hübner, Z. 486 ff., 701 ff.). In Bezug auf das Ambulant Betreute Wohnen wurde bereits in Pkt. 3.6.1 Projektspezifika beschrieben, dass hinzu u.a. auch die begutachtende Stelle (Sozialpsychiatrischer Dienst) Zielvorstellung für das Ambulant Betreute Wohnen definiert. Dennoch betont Frau Apfel (Z. 160 ff.), dass es letztlich die Ziele des/der KlientIn sind, welche die Zusammenarbeit charakterisieren. Wenn der/die KlientIn bestimmte Ziele nicht teilt, sind den MitarbeiterInnen des Ambulant Betreutes Wohnen ihrer Meinung nach dann Grenzen aufgrund der strikten Orientierung an der Klientel gesetzt (Apfel, Z. 710 ff.). Frau Hübner (Z. 268-269) stellt ebenfalls dar, dass ihrerseits die KlientInnen die Ziele festlegen, auch wenn diese zunächst unbeträchtlich erscheinen: „Wenn der [/die] Patient[In] jetzt sagt ‚mein Ziel ist es, überhaupt wieder vor die Tür zu gehen‘ oder ja alleine mal wieder einkaufen zu gehen, ja so die ganz kleinen Dinge, ne?“

Maßgeblich zur Erreichung dieser festgesetzten Ziele ist stets das eigene Handeln der KlientInnen (Sander, Z. 85 ff., 353 ff.). Unterstützend können dabei die Ideen (Apfel, Z. 802 ff.) und das Fachwissen der Professionellen sein, welche den KlientInnen transparent übermittelt werden (Sander, Z. 436 ff., 522 ff.; Hübner, Z. 478 ff.). Die Aktivität des/der KlientIn wird in den Mittelpunkt gestellt (Sander, Z. 259). Mithilfe dieses Ansatzes kann das Ziel insbesondere vom Ambulant Betreuten Wohnen erreicht werden: „[D]ass die Hilfe och beendet werden [...] wird und der [/die] Klient[In] och in der Lage ist och für seine [/ihre ...] Rechte und Möglichkeiten och selbst zu kümmern“ (Apfel, Z. 127-128).

### 3.5.5 Case Management

Die charakteristischen Aussagen, welche bezüglich Case Management getroffen werden, beziehen sich vor allem auf die subjektive Definition, die kennzeichnenden Phasen sowie deren Inhalte und die Grenzen von Case Management.

**Definition:** Die Interviewten definieren für sich und ihre Arbeit Case Management unterschiedlich. „Case Management ist ja nichts anderes als Fallmanagement“ betont Frau Sander (Z. 30) zu Beginn des Interviews. Sie beschreibt es zudem als Methode des ganzheitlichen Ansatzes Sozialer Arbeit (Sander, Z. 64 ff.). Auch Frau Apfel (Z. 47 ff.) bezeichnet Case Management als Methode, welche es ihrer Meinung nach in der Arbeit mit Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung ermöglicht, auf den/die KlientIn zugeschnittene Angebote zu unterbreiten. Frau Hübner (Z. 24 ff.) hingegen geht insbesondere auf Aspekt der Installation und Koordination eines adäquaten Hilfenetzwerkes von Case Management ein: „Ja, also Case Management bedeutet ja, dass ich den Fall so gut wie möglich begleite, betreue, andere Hilfsangebote hinzuziehe und das alles auch n bisschen ja, leite und koordiniere.“ Mithilfe von verschiedenen Darstellungsmöglichkeiten wie Genogramm und Familienbrett wird dabei der Ist-Zustand gemeinsam mit dem/der KlientIn analysiert und ggfs. neue Unterstützungsmöglichkeiten installiert (Hübner, Z. 26 ff.).

**Phasen:** Die Phasen beschreiben die Struktur, welche Case Management ermöglicht: „Naja, wenn ich jetzt nochmal so an die [Case Management-] Weiterbildung denke. Es strukturiert einen nochmal besser. Ne, also nach der Weiterbildung hab ich mich dadurch nochmal besser strukturiert. [...] in der Vorgehensweise. Ne, also wenn ich eine[N] Patient[In] neu aufnehme, eben

was ich gesagt habe, mache ich da meistens, an sich erstmal ein Aufnahmegespräch. Erstmal gucken, was hat der [/die] Patient[In]. Was will er [/sie] mir jetzt schon mal erzählen? [...] Weil ich vorhin schon sagte, ich guck immer erstmal gern, was war in der Vergangenheit? Wo stehen Sie jetzt? Wo wollen Sie hin?“ (Sander, Z. 78ff.).

Die Struktur wird u.a. durch Arbeitsblätter begünstigt, welche die Professionellen dabei unterstützt, keine allgemeine Formulierung zu treffen, „sondern och schon zielorientiert“ (Hübner, Z. 76). Mithilfe der Arbeitsblätter wird es zudem nach Frau Sander (Z. 616 ff.) eher ermöglicht, eine ganzheitliche Sicht der Situation des/der KlientIn zu erlangen. Mittels der Struktur und der dabei verwendeten Arbeitsblätter kam es für Frau Hübner (Z. 876) dazu, „die Effektivität zu verbessern“, da sie die komplexe Situation der KlientInnen ordneten. *Assessment*: Das Assessment dient nach Frau Apfel dazu, den Unterstützungsbedarf des/der KlientIn klar zu erkennen und zu formulieren: „Und das ist halt immer so ein großes Ganzes, wo der [/die] Mitarbeiter[In] dann och im Einzelnen gucken muss, wo kanns denn hingehen, was sind konkret och die Anliegen, wo gibts Probleme, was kann derjenige [/diejenige ...] das wird ja immer ganz individuell geguckt“ (Apfel, Z. 59 ff.). Die Interviewten schildern, dass sie innerhalb der Assessmentphase Themen wie soziales Netzwerk, bisherige Lösungsversuche, Ressourcen, einschneidende Lebensereignisse, Erwartung der KlientInnen, Wohnung, Gesundheit, Tagestruktur sowie der Umgang im Bereich Behörden bzw. Ämtern und Finanzen erfragen (Sander, Z. 36 ff., 91 ff., 215 ff.; Hübner, Z. 41 ff.; Apfel, Z. 68 ff.).

Zur Umsetzung innerhalb dieser Phase verwendet z.B. Frau Apfel und ihr Team ein für sie eigen entwickeltes Arbeitsblatt, welche u.a. die eben benannten Themen aufschlüsselt und nach einem konkreten Unterstützungsbedarf fragt. Vorgaben seitens der Kostenträger hatten sie laut ihrer Aussage nicht (Apfel, Z. 68 ff.). Frau Sander (Z. 91 ff.) und Frau Hübner (Z. 52 ff.) weisen insbesondere auf die Arbeit mit dem Genogramm hin.

Weiterhin begünstigt Assessment einerseits durch die umfangreiche Erfassung des Ist-Zustandes die ganzheitliche Sichtweise auf die individuelle Bedarfslage (Sander, Z. 215 ff.). Andererseits fördert es aber auch die Klärung der Erwartungen des/der KlientIn für eine gute Basis der Zusammenarbeit zwischen Professionellen und KlientIn (Sander, Z. 49 ff.).

Beim Assessment ist vor allem der Bedarf des/der KlientIn ausschlaggebend, welche er/sie selbst äußert.<sup>36</sup> Das „is och nochmal wichtig und da is eben auch wieder der [/die] Patient[In] der [/die] ExpertIn für sich selbst. Eben auch die

---

<sup>36</sup> Diesem können jedoch auch krankheitsbedingt Grenzen gesetzt sein (Apfel, Z. 794 ff.), Näheres hierzu unter Pkt. 3.6.5 Case Management - Grenzen.

Wahlmöglichkeit einzuräumen, soll sich etwas ändern oder soll sich nichts ändern“ (Sander, Z. 441 ff.).<sup>37</sup> Dennoch hinterfragt Frau Apfel die Möglichkeit, von anderen Professionellen oder sozialem Netzwerk weitere Informationen über mögliche Themen des Bedarfs zu erhalten: Einerseits könnte es ihrer Meinung nach auch hemmend sein, Informationen von Anderen zu erhalten, da „ist man vielleicht schon n bisschen voreingenommen, weil andere Hilfen schon gescheitert sind oder andere sagen ‚och das funktioniert gar ni‘. Also das ist immer so die Frage, Informationen kann manchmal hilfreich sein und manchmal ist es auch n bisschen hemmend“ (Apfel, Z. 586 ff.). Andererseits fragt sie sich bei z.B. schwierig verlaufenden Hilfen „vielleicht wärs och gut gewesen“, sich mit Professionellen auszutauschen, welche den/die KlientIn vorher begleitet haben (Apfel, Z. 596). Insbesondere Frau Apfel berichtet davon, dass in ihrer Arbeit auch andere Personen sich zu dem Bedarf der KlientInnen äußern. Zu nennen wären hier bspw. Angehörige oder andere Vertrauenspersonen der KlientInnen (Apfel, Z. 279 ff.; Hübner, Z. 41 ff.) sowie professionelle Hilfsangebote wie FachärztInnen, MitarbeiterInnen aus stationären Einrichtungen, BetreuerInnen etc. (Apfel, Z. 285 ff., 656 ff., 776 ff.). Bei der Bedarfsermittlung über Dritte ist jedoch zu prüfen, ob dieser auch dem Bedarf des/der KlientIn entspricht: „Also gerade bei Älteren erleben wir es ja oft so, dass es eher die Anderen sind, die die Bedarfe so sehen, ne? Die das vielleicht gar nicht so mitkriegen, dass sich jetzt verändert haben, da sind es eher die Außenstehenden, die sagen ‚der brauch jetzt Hilfe‘ oder so“ (Apfel, Z. 806 ff.).

*Hilfeplanung:* Die Hilfeplanung ermöglicht es laut Frau Sander „einen groben Fahrplan“ (Z. 97) für Professionelle und KlientInnen zu erstellen, welche Ziele der/die KlientIn für sich haben und „was [...] er [/sie] selbst dafür zu tun“ (Z. 95) bereit ist.

Beteiligt ist bei der Hilfeplanung zunächst der/die KlientIn selbst. Frau Apfel (Z. 871 ff.) betont jedoch auch, dass die fehlende gemeinsame Planung mit anderen an der Hilfe beteiligten Personen Gefahren birgt, dass nicht ein gemeinsames Ziel verfolgt wird. Daher ist es aus ihrer Sicht „günstig eigentlich alle, die am Prozess beteiligt sind dabei [zu haben], um gemeinsam zu überlegen, was könnte denn der geeignete Weg sein, um das Problem anzugehen. Wohnungserhalt zum Beispiel“ (Apfel, Z. 718 ff.). Aus der alltäglichen Arbeit berichtet sie aber, dass der Hilfeplan zunächst mit keinen anderen Personen besprochen wird. Ausnahme ist hier lediglich manchmal der/die gesetzliche BetreuerIn oder die begutachtende Stelle (Sozialpsychiatrischer Dienst), wenn der/die KlientIn einverstanden ist (Apfel, Z. 95 ff., 157 ff., 333 ff.).

---

<sup>37</sup> Dies weist auf die Haltung: KlientIn ist ExpertIn - hin, welche bereits unter Pkt. 3.6.4 (Bezüge zu Basiselementen Sozialer Arbeit im psychiatrischen Bereich) erläutert wurde.

Nachdem geeignete Ziele mit dem/der KlientIn (und ggfs. mit anderen Beteiligten) erörtert wurden, werden diese priorisiert und „nach der Wichtigkeit [sortiert], zu sagen ‚das Thema ist jetzt am wichtigsten, das muss jetzt sofort gemacht werden, das Andere liegt mir schon och am Herzen, aber das kann vielleicht och drei Monate warten‘“ (Apfel, Z. 78 ff.). Dabei werden die Ziele strukturiert (Sander, Z. 416) und kleinere, wie größere Ziele betrachtet (Hübner, Z. 752 ff.). Zudem beinhaltet die Hilfeplanung die Erörterung von geeigneten Maßnahmen, um diese Ziele zu erreichen (Sander, Z. 413; Hübner, Z. 752 ff.).

*Durchführung:* Frau Sander (Z. 578 ff.) beschreibt die Durchführung wie folgt: „Ja, ne adäquate Hilfe für den Einzelfall zu finden, zu unterstützen, die dann eben auch effektiv ist. (3) Und eben bedarfsgerecht. (3) Es ist glaube ich schon einfach erstmal, dass man jetzte sozusagen der [/die] Ansprechpartner[In] für den [die] Patient[In]ist.“

Ausschlaggebend für die Hilfeauswahl ist die Frage, wen es benötigt, um den speziellen Bedarf des/der KlientIn zu decken (Apfel, Z. 145 ff.; Hübner Z. 422 ff.). Bei der „Vermittlung an entsprechende Hilfen“ (Sander, Z. 151) werden Angebote aus dem psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Bereich z.B. psychotherapeutische Hilfen, oder Hilfen im sozialen Bereich wie Jugendamt oder Jobcenter bzw. Selbsthilfe- und Rehabilitationsangebote installiert (Sander, Z. 145 ff.; Hübner, Z. 394 ff., 507 ff.). Als Gründe für die Vermittlung an diese Angebote gibt Frau Hübner (Z. 510 ff.) folgendes an: „das kann ich nicht erfüllen, aber ich- wie ich ihm dabei helfen kann, dass wir da ne Stelle finden“. Neben dem zeitlichen Aspekt benennt Frau Sander (Z. 420 ff.) auch fachliche Grenzen. In diesem Fall vermittelt sie an spezialisierte Einrichtungen. Bei der Vermittlung von Hilfen werden KlientInnen ebenfalls begleitet, falls sie sich nicht überwinden können, die Inanspruchnahme selbst zu gestalten (Sander, Z. 177 ff.; Hübner Z. 316 ff.).

Koordination und Kooperation ist nach Frau Hübner (Z. 843 ff.) eine Möglichkeit, „nicht dieses nur der Blick auf unsere Sache hier. Nur auf unsere Arztpraxis und dem [/der] Patient[In] mit dieser Krankheit, sondern wirklich ihn [/sie] in seiner [/ihrer] Person wahrzunehmen. Und och, ja die Vernetzung [...] Absprachemöglichkeiten mit anderen Stellen. Also der Weitblick.“ Hierzu und für die Koordination nutzt sie u.a. regelmäßige Treffen (einmal im Monat) mit anderen Hilfeanbietern wie den Kontakt- und Beratungsstellen, dem Ambulant Betreuten Wohnen und Sozialpsychiatrischen Dienst, um dort das weitere Vorgehen zu besprechen (Hübner, Z. 283 ff.). Frau Apfel (Z. 322 ff.) berichtet hingegen aus ihrer täglichen Arbeit, dass es bei manchen KlientInnen „nicht notwendig ist, dass man alle Fäden in der Hand hat“, die KlientInnen übernehmen dies dann vielmehr selbst.

*Monitoring*: Die Phase des Monitorings zeigt Inhalte auf, welche bezüglich der Überwachung des Versorgungsverlaufs sichtbar werden. Dabei sollen Veränderungen im Bedarf erkannt und deren Gründe erfragt werden. Die Veränderungen des Bedarfs und die Kontrolle des Hilfeverlaufs werden nach Frau Apfel zumeist über Gespräche mit dem/der KlientIn erörtert - wenn dieser/diese damit einverstanden ist, auch im direkten Kontakt zu anderen Hilfsangeboten bzw. bei Begleitungen (Apfel, Z. 115 ff.). Die regelmäßigen Überprüfungen gemeinsam mit den KlientInnen helfen dabei, „wenn man das dann wirklich nochmal so vor Augen hat, [...] auch wirklich ganz gut da miteinander nochmal ins Gespräch zu kommen“ (Apfel, Z. 436 ff.).

Frau Hübner (Z. 372 ff.) weist darauf hin, dass eine regelmäßige Kontrolle des Bedarfs und der Hilfeplanung dazu beiträgt, etwaige neue Ziele zu entdecken, da sich der Bedarf der KlientInnen ändern kann. Zudem benennt Frau Apfel (Z. 387 ff.) den Aspekt der Überprüfung, indem die Professionellen gemeinsam mit den KlientInnen „einfach nochmal drauf [...] schauen, ist das hier zielführend, was wir hier betreiben. Ist das wirklich auch bedarfsorientiert am Einzelnen und das dann auch immer wieder zu überprüfen.“ Zum Aspekt der Kontrolle zählen nach Meinung von Frau Apfel und Frau Sander (Z. 121 ff.) aber auch Erfolge, die durch die Erreichung von Zielen verzeichnet werden können, „um auch zu gucken, sind wir denn hier auf dem richtigen Weg“ (Apfel, Z. 842 ff.).

Der Zeitpunkt für solch eine Überprüfung ist von Interviewpartnerin zu Interviewpartnerin unterschiedlich. Frau Hübner (Z. 372 ff.) sagt z.B., dass sie im Zuge einer Evaluation von den Krankenkassen (dem Kostenträger) alle sechs Monate eine Überprüfung durchführt. In Frau Apfels Projekt hingegen überprüft jedeR MitarbeiterIn individuell den Hilfeplan: „Und [...] man [muss] halt wirklich immer regelmäßig drauf gucken. Ich denke aber, das macht dann auch jede[R] Mitarbeiter[In] individuell, ob das jetzt bei dem [/der] einen Klient[In], wo vieles ist immer nach drei Monaten, dann bei dem [/der] einen Klient[In], der [/welche] vielleicht länger im ABW [Ambulant Betreuten Wohnen] über mehrere Jahre, dann reicht das auch halbjährlich. Das kann man nicht so pauschal festlegen oder sowas“ (Apfel, Z. 369 ff.).

Mittels des Monitorings werden u.a. neue Bedarfe und Ziele sichtbar, sodass nach Frau Apfel (Z. 93 ff.) dann der Hilfeplan angepasst werden muss. Auch Frau Hübner (Z. 390) betont, dass es wichtig ist, sich „darauf ein[zu-]stellen, dass sich eben Dinge ändern können“, die Professionellen müssen daher flexibel sein. Der Hilfeplan dient trotz der Fähigkeit zur Anpassung „als 'roter Faden'“ (Sander, Z. 393).

Alle Befragten beschreiben neben der Fähigkeit zur Flexibilität, dass bei der Nicht-Erreichung von Zielen bzw. der Veränderung derer, Gründe beleuchtet

werden. D.h. es wird gefragt, woran es lag, dass es Änderungen gab. Frau Apfel führt hierzu folgendes aus: „Und es ist ja jetzt ni so, wenn ich jetzt die Ziele die ursprünglich ni erreicht hab, dass das jetzt schlimm ist, nor? Weil man hat ja trotzdem inhaltlich miteinander gearbeitet, nor, ist ja nicht so, dass wir nix tun. Aber man muss halt denn trotzdem da drauf gucken, warum ist das denn jetzt so gekommen, warum waren denn die anderen Punkte viel relevanter, als die, die hier och noch hier auf der Liste stehen“ (Apfel, Z. 413 ff.). Dies dient ihrer Meinung nach dazu, herauszufinden, ob es der/die KlientIn selbst ist, welcher/welche eventuell die Zielerreichung (krankheitsbedingt) erschwert oder ob es Rahmenbedingungen sind (Apfel, Z. 460 ff.). Frau Sander (Z. 267 ff.) fügt hinzu, dass das Erfahren der Gründe für die Änderung auch die Möglichkeit eröffnet, die Notwendigkeit der Hilfe zu hinterfragen „und dann ähm ja ist eben dieses ähm och aus[zu]loten und immer mal wieder [zu] hinterfragen.“ Frau Apfel bezieht diesen Aspekt ebenfalls auf die Evaluation und den eventuellen Verlängerungsantrag für das Ambulant Betreute Wohnen: „Also wir könn ja och ni jedes Jahr das Gleiche reinschreiben und also da muss man schon och gucken, warum sind denn verschiedene Ziele ni erreicht, woran liegt es“ (Apfel, Z. 474 ff.).

*Evaluation und Dokumentation:* Aussagen bezüglich der Evaluation traf nur Frau Apfel.<sup>38</sup> Abschließend überprüft Frau Apfel mit den KlientInnen die Zielerreichung (Apfel, Z. 853 ff.) und einen eventuellen Neuantrag zu rechtfertigen und den Mehrgewinn für den/die KlientIn zu überprüfen.

Für die Dokumentation nutzt Frau Apfel in ihrer Arbeit neben dem eigen erstellten Hilfeplan, ein in dem Versorgungsgebiet gängiges Dokumentationsprogramm (Apfel, Z. 383 ff.). Diese Vorgehensweise empfindet sie als wesentlich übersichtlicher, als nur reine Gesprächsnotizen anzufertigen (Apfel, Z. 883 ff.). Frau Sander und Frau Hübner äußern sich nicht explizit zur Dokumentation ihrer Arbeit.

**Grenzen:** Bei der Ausübung von Case Management ergeben sich jedoch auch Grenzen, welche von den Interviewten benannt werden.<sup>39</sup>

In der Assessmentphase können sich so nach Frau Apfel Schwierigkeiten ergeben, den Bedarf des/der KlientIn zu erörtern, „weil es derjenige [/diejenige] ni äußern kann. Da kann ich natürlich ni bedarfsorientiert arbeiten“ (Apfel, Z. 632). Dies passiert ihrer Meinung nach z.B. bei KlientInnen, welche unter einer Schizophrenie leiden, und nur schwer klare Vorstellungen äußern können (Apfel, Z. 747 ff.; hierzu auch Sander, Z. 323 ff.) oder bei KlientInnen mit einer

---

<sup>38</sup> Dies kann in Zusammenhang damit gebracht werden, dass bei Frau Sander und Frau Hübner kein Ende der Projektlaufzeiten vorgegeben ist und so der Hilfeprozess nicht abschließend evaluiert wird.

<sup>39</sup> Siehe hierzu Pkt. 3.6.3 KlientInnenspezifika - Psychosoziales Funktionsniveau.



schweren depressiven Episode, welche kognitiv zu diesem Zeitpunkt nicht in der Lage dazu sind (Apfel, Z. 794 ff.). Die gleiche Schwierigkeit kann sich ebenso in der Erstellung eines Hilfeplans ergeben (Apfel, Z. 738 ff.; Hübner, Z. 248 ff.).

Grenzen in der Umsetzung lassen sich nach Frau Apfel z.B. erkennen, wenn KlientInnen in Akutphasen der Erkrankung keinen Kontakt zulassen, Aggressionen gegenüber dem/der jeweiligen MitarbeiterIn aufzeigen oder „wenn man dann auf der Stelle tritt, oder es ja gar nicht ankommt, weil es aufgrund der Erkrankung gerade ne Phase ist, wo die Hilfen nischt nützt, sag ich mal, so, dann muss man auch gegebenenfalls- dann muss man auch pausieren“ (Apfel, Z. 532 ff.). Letzteres betont ebenfalls Frau Sander: Die Mitwirkung der KlientInnen und damit auch die Zielerreichung sind bei Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung auch durch die Auswirkungen der jeweiligen Krankheitsphase bestimmt (Sander, Z. 111 ff., 121 ff., 265 ff.). Die Bedingung, dass KlientInnen aktiv am Prozess beteiligt sein müssen,<sup>40</sup> bestimmt die Grenze von Case Management dabei (Sander, Z. 271 ff., 291 ff.; Apfel, Z. 489 ff.): „Aber ohne den sein [/i>ih] Einverständnis oder Mitarbeit ist das dann alles hinfällig, selbst wenn wir viele schöne Sachen aufgeschrieben haben und nen Plan. Und das zeigt in der Praxis natürlich och, dass es da natürlich ni vorwärts geht. Wenn diejenigen sich da nicht drauf einlassen oder sich da wirklich drauf einlassen wollen oder das jetzt da nur mal gesagt haben, weil sie wollten, dass die Mutti Ruhe gibt, ne?“ (Apfel, Z. 720 ff.).

Bezüglich der Rahmenbedingungen beschreibt Frau Hübner (Z. 162 ff.), dass es für Case Management flexible Rahmenbedingungen z. B. bei den Räumlichkeiten, der Gestaltung des Kontaktes (Komm-oder Geh-Struktur) und den zeitlichen Strukturen benötigt. Seitens des Kostenträgers, der Krankenkasse, sind ihr bspw. zeitliche Grenzen in der Zusammenarbeit bei Art des Kontaktes vorgegeben (Hübner, Z. 496 ff.). Für die koordinative Eigenschaft des/der Case ManagerIn bedarf es ihrer Meinung nach eigene Entscheidungsbefugnisse darüber, selbst zu entscheiden, welche nächsten Schritte in der Zusammenarbeit mit den KlientInnen bestehen. Denn es ist „schwierig, wenn man immer erst Rücksprache halten muss und dass der Arzt, in unserem Falle, erst abnicken müsste“ (Hübner, Z. 392 ff.).

---

<sup>40</sup> Siehe auch in Pkt. 3.6.4 - Haltung: KlientIn ist ExpertIn - in welchem betont wird, dass der Aktivität des/der KlientIn ein hoher Stellenwert beigemessen wird.

Das vollständige ebook dieser Veröffentlichung  
(PDF-Datei) können Sie kostenpflichtig herunterladen  
auf unserer Website:

[www.zks-verlag.de](http://www.zks-verlag.de)