

# Altes und Neues zum Case-Management <sup>1</sup>

## Soziale Unterstützungsarbeit zwischen persönlicher Hilfe und Dienstleistungsservice

Peter Löcherbach

### 1. Einleitung

Die Einbeziehung von Konzepten des sozialen Netzwerkes und der sozialen Unterstützung in die Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit ist eine alte Forderung, die schon auf M. Richmond/J. Addams zurückgeht (vgl. Staub-Bernasconi 1995). Leider ließen sich diese Konzepte der Vernetzung und der Sozialen Unterstützung in der Praxis - wenn überhaupt - nur in Ansätzen verwirklichen. Im Rahmen einer neuen sozialarbeitswissenschaftlich fundierten Perspektive - einem eigenständigen Handlungsansatz der Sozialen Arbeit - tritt die zentrale Bedeutung der Konzepte zur Sozialen Unterstützung besonders zu Tage. Case Management, in den USA aus dem Case Work weiterentwickelt, findet zunehmend auch in der Bundesrepublik Anhänger, interessanter Weise eher im Bereich Pflege, Rehabilitation und medizinischen Bereich und zögerlich in den klassischen Bereichen der Sozialen Arbeit (vgl. auch Literaturverzeichnis in Wendt 1995b). Case Management ist ein „Verfahren, in dem die Leistungen einer Vielfalt von Diensten und Mitarbeitern für einen Klienten geplant, ausfindig gemacht und steuernd begleitet werden“ (Barker 1991, zit. n. Wendt 1995b). Professionelle Unterstützungsarbeit begreift sich als Ausschnitt, der den Prinzipien der Selbstorganisation der Adressaten und der geringst notwendigen Intervention zu folgen hat. Passende Hilfe ausfindig und zugänglich machen in einem z.T. stark ausdifferenzierten System sozialer (pflegerischer, medizinischer, therapeutischer und administrativer) Dienste bzw. Dienstleistungen, erfordert spezifische Unterstützung. Klienten des Case Management können sowohl Symptomträger bzw. Indexpatienten, als auch deren Umfeld und Nachbarschaft, Organisationen und Einrichtungen, Politiker etc. sein; eben alle, die zur Veränderung notwendig sind. Der Klientbegriff ist insoweit zu erweitern; allerdings ist er nicht, auch wenn dies zur Zeit Mode ist, durch einen Kundenbegriff zu ersetzen. Manche Widerstände, die die Verbreitung erschweren, mögen begründet sein in dem Missverständnis, dieser Ansatzes sei nur schwer mit dem herkömmlichen Verständnis von Sozialer Arbeit in Einklang zu bringen. Wenn es heißt: „Es ist also nicht so, dass Rogers ad acta gelegt wird und die Beziehung zum Klienten keine Rolle mehr spielt, wenn eine Lage nüchtern eingeschätzt, Hilfestellung verabreicht, ein Arrangement getroffen und die Durchführung kontrolliert wird. Aber es geht objektiv nicht ums Mitfühlen, Verstehen und Übereinstimmen“ (Wendt 1995a, 103), bedeutet dies dann nicht doch den Abschied von der Beziehungsarbeit? Was ist dann noch sozialarbeiterisch? Muss es nicht zu Verunsicherung führen, wenn von Durchführungskontrolle die Rede ist? Sollen die Case Management Modelle gar mit den aktuellen outputorientierten Steuerungsmodellen verknüpft werden und gehen sie dann eine unheilvolle Allianz ein, die nicht nur die Beziehungsbedürfnisse des Unterstützungsnehmers ignorieren, sondern Beziehung als wesentliche Voraussetzung für ein funktionierendes Unterstützungsmanagement vernachlässigen? Erläuterung tut not. Case Management ist zunächst ein Sammelbegriff für verschiedene Modelle (Generalistenmodell, primärtherapeutisches Modell, interdisziplinäres Teammodell, vgl. Weil 1995, 101-108) zur Unterstützung und Heranziehung von Hilfen (Ressourcenallokation) und wird nicht nur von Professionellen angewandt. Allerdings ist es den Fachkräften der Sozialen Arbeit „auf den Leib geschneidert“, wenn sie die Vorbehalte erst einmal überwunden haben. „Case Management ist keine Pädagogik und keine Politik und auch sonst kein Heilverfahren. Es verführt die berufliche Sozialarbeit nicht neuerliche zu Anleihen bei anderen Fächern und damit zur Abhängigkeiten“ (Wendt 1995b, 7). Es geht über die Arbeitsweise Ressourcenerschließung (vgl. Staub-Bernasconi 1994, 57-74) hinaus und verbindet sie mit dem Sozialmanagement (ebenda). Die folgenden Beispiele versuchen, die verschiedenen Möglichkeiten aufzuzeigen, das Bekannte wie das Neue und das möglich Neue am Case Management zu diskutieren. Das erste Beispiel ist einem etablierten Arbeitsbereich Sozialer Arbeit entnommen und zeigt die Erweiterungsmöglichkeiten, die das Case Management als gezielte Unterstützungsarbeit bei den Verarbeitungsmöglichkeiten einer HIV-Infektion bietet und betont die Notwendigkeit des „personalen Angebotes“ (ausführlich: Löcherbach 1995). Zur Illustrierung der eher „dienstleistungsorientierten“ Ansätze wird als zweites Beispiel die Arbeitsweise einer Koordinationsstelle für die psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung vorgestellt (ausführlich: Antpöhler u.a. 1996).

Soziale Unterstützungsarbeit oder Case Management (u.a. Ballew/Mink 1986; Wendt 1990 u. 1995b; Gehrmann/Müller 1993; Frietsch/Löcherbach 1995) meint die Art und Weise, wie soziale Unterstützung für Menschen mit vielfältigen Problemen in einer komplexen Umwelt organisiert, abgesprochen und durchgeführt wird. Sie umfasst auf der individuellen Ebene insbesondere die Prozesse zur (Re-) Aktivierung, indem Betroffene ihre eigenen Ressourcen nutzen und Ressourcen aus der Umwelt aktiv heranziehen. Letzten Endes geht es um die Teilhabe und Teilnahme an der Gesellschaft, den gesellschaftlichen und kulturellen Errungenschaften, die sich auf das Wohlbefinden und die Lebensgestaltung auswirken. Der Ansatz setzt an den bisher nicht genutzten Möglichkeiten von Individuen und Systemen an, den Selbsthilfe- und sozialen Hilfeleistungspotentialen und fragt z.B.:

<sup>1</sup> veröffentlicht in: Siegfried Mrochen/Elisabeth Berchtold/Alexander Hesse (Hsrg.): Standortbestimmung sozialpädagogischer und sozialarbeiterischer Methoden. Weinheim: Deutscher Studienverlag (1988), S. 104-122.

- Welche Fähigkeiten können bei Personen und Gruppen besser genutzt werden;
- welche Möglichkeiten ergeben sich, wenn Hilfen anders strukturiert werden;
- welche infrastrukturellen Maßnahmen sind notwendig, um die gesundheitsfördernden Angebote in der Gemeinde zu verbinden bzw. zu vernetzen?

Wir befinden uns noch im Versuchsstadium: Widersprüche von Laienkompetenz, Selbsthilfe und Expertenhörigkeit müssen überwunden oder konstruktiv genutzt werden. Es geht nicht um eine Hierarchie, sondern um die Beachtung der jeweiligen Qualität der jeweiligen Unterstützungsanbieter.

Theoretische Begründungen für das Case Management sind wesentlich im Netzwerkkonzept und den Theorien zur sozialen Unterstützung zu finden. Außerdem sind Theorien, die sich mit der berufspraktischen Dimension der Optimierung von Dienstleistungssystem und Klientensystem beschäftigen (ein Anliegen, das schon van Beugen, 1972, in seiner Agogik formulierte) relevant. Im Netzwerkkonzept werden unterschieden (1) die natürlichen Netzwerke (Familie, Freunde), (2) die sozialen oder künstlichen Netzwerke (formell und funktional ausgerichtete Organisationsgebilde, wie Selbsthilfe und professionelle Systeme) und (3) das persönliche Netzwerk, das alle Beziehungen einer Person symbolisiert (Keupp/ Röhrle 1987, vgl. auch zusammenfassende Darstellung bei Boskamp 1996). Die Funktion dieser Netze besteht in der Leistung „sozialer Unterstützung“. Ergebnisse sozialwissenschaftlichen Forschung verweisen auf die hohe Bedeutung von sozialer Unterstützung (Feger/Auhagen 1987; Siegrist 1987; Filipp/Aymanns 1987; Aymanns 1995). Diese wird gerade für die Alltagsbewältigung sehr hoch eingeschätzt. Sozialer Unterstützung kann sowohl als Hilfe als auch als Nichthilfe (Status quo, Verfestigung, Verschlimmerung) oder Zuviel-Hilfe wirken. Die positiven Auswirkungen von sozialer Unterstützung hängen wesentlich vom „Passen“ der Angebote ab, d.h. insbesondere von der Beachtung der Selbstwertproblematik des Inanspruchnehmers. Die verschiedenartigen, oft kumulierten Problembereiche der Adressaten Sozialer Arbeit verdeutlichen die Notwendigkeit interdisziplinärer Hilfsmaßnahmen bzw. die Integration verschiedenster Hilfeleistungen in ein Gesamtkonzept. Das ist konkret mit Vernetzung gemeint. Die Nutzung von Ressourcen (sowohl materiellen wie auch kommunikativen) ist ein wesentliches Merkmal gelungener Unterstützungsarbeit. Soziale Unterstützungsarbeit hat das Ziel, negative Zirkel aufzubrechen bzw. in positive Zirkel umzuwandeln: an den positiven Möglichkeiten der Betroffenen unter Beachtung der Lebenswelt und -wirklichkeit anzusetzen. Dieser Förderungsgedanke verweist auf eine notwendige Hilfestellung, die nicht zu Lasten des Nehmers geht.

## Netzwerkarbeit als qualitätssichernde Aufgabe

Vernetzung ist also offensichtlich *das* Zauberwort, wenn es um Aspekte der Zusammenarbeit geht (bei Computern wird von Kompatibilität gesprochen - dem Zusammenpassen, und wenn die Teile nicht funktionieren bzw. zusammenpassen von Netzwerkproblemen). Und in der Tat ist es sehr reizvoll sich vorzustellen, dass unter dem Stichwort Strukturqualität eine Region mit qualifizierten Angeboten und Anbietern versorgt ist.

### Abbildung 1: Vernetzung als Qualitätssicherungsmaßnahme

#### Strukturdimension

- Austausch und Reflexion über die Versorgungsangebote und -defizite
- Informationszuwachs (Aufgabenbeschreibung, Darstellung des eigenen spezifischen Angebotes, Austausch z.B. über angrenzende Hilfen in der Region)
- Diskussion und Erarbeitung von strukturellen Optimierungsmöglichkeiten in der jeweiligen Region
- Eröffnung bzw. Pflege von Delegationswegen
- Wechselseitige Vertretung in Notfällen
- Vorschläge für Fort- und Weiterbildung

#### Prozessdimension

- Klärung von einzelfallbezogenen Maßnahmen, Vermittlung von Hilfen
- Entwicklung von Behandlungsleitlinien oder Behandlungsstandards als Handlungsempfehlung
- Abklärung der Behandlungszuständigkeit
- Nutzung der Angebote der KollegInnen (Aufgabenteilung)

#### Ergebnisdimension

- Patienten-/Klientenerfahrungen und -zufriedenheit
- Angemessenheit der Hilfeleistung (Effektivität)
- Aufwand- /Ergebnisrelation (Effizienz)

Neben den strukturellen Voraussetzungen interessieren darüber hinaus folgende Fragestellungen zur Prozess- und Ergebnisqualität: Wie muss behandelt werden? Welche Maßnahmen werden mit welchen Begründungen durchgeführt? Was ist ethisch vertretbar? Welche abweichenden Vorgehensweisen sind zulässig? Was ist an Maßnahmen für den Patienten/Klienten notwendig und gewünscht? Wer ist für welche Leistung zuständig? Wer darf welche Leistung erbringen? Wie greifen die verschiedenen Hilfen ineinander? Wie beurteilt der Nutzer die Leistung? Wie ist die Leistung/Maßnahme im Hinblick auf das Verhältnis von Aufwand und Ergebnis zu bewerten? Bedeutsam für das methodische Handeln sind die Unterschiede in

- Soziale Unterstützungsarbeit zur Verbesserung des persönlichen Netzwerkes (dem Unterstützungsmanagement zur Veränderung des Selbstmanagements) und
- Netzwerkarbeit in und mit den professionellen und angrenzenden Hilfesystemen (dem Sozialmanagement im Dienstleistungssystem).

Erstere bezieht sich auf die Stärkung individueller Handlungskompetenzen unter Nutzung der Umweltressourcen, letztere auf die Bildung von Organisationsprozessen und Netzwerkförderung in gemeindebezogenen Systemen.

## **2. Case-Management als soziale Unterstützungsarbeit zur Stärkung des persönlichen Netzwerkes**

Die komplexe Dimension der Probleme HIV-Positiver und Aidskranker, die soziale Situation von Betroffenen (Umgang mit Hauptbetroffenengruppen, Präventionsstrategien, soziale Verelendung), verlangt eine interdisziplinäre Kooperation. Aids ist assoziiert mit schwerer chronischer körperlicher Behinderung, die die Betroffenen schwächt und entstellt, hat eine sehr hohe Rate von neurologischen und neuropsychiatrischen Erkrankungen. Die Kumulation von krankheitsspezifischen Gründen und Strukturen des Versorgungs- bzw. Sozialen Sicherungssystems führen bei vielen Erkrankten zu materiellen Notlagen: Im Gegensatz zu anderen chronischen Erkrankungen sind die aidskranken Menschen in der Regel sehr jung. Während mehr als 70 Prozent der an Krebs verstorbenen Menschen zum Zeitpunkt ihres Todes bereits das 65. Lebensjahr überschritten hatten, sind fast 60 Prozent der an Aids erkrankten Menschen beim Ausbruch der Krankheit noch keine 40 Jahre alt. So haben viele Aidskranke, wenn sie erwerbsunfähig werden, noch keinen oder einen sehr geringen Rentenanspruch erworben, oft sind sogar im Vorfeld der Krankengeldzahlungen schon so gering, dass ergänzende Sozialhilfe zur Regel wird. "Eine große Zahl der an Aids erkrankten Menschen ist auf das absolute Mindestversorgungsniveau, das der Sozialhilfe, herabgedrückt" (Heide, 1991, S. 123). Die materielle Not zwingt viele Betroffenen sich an Stiftungen zu wenden. Von 1987 bis Ende 1995 wurden fast 15.000 Hilfesuchende durch Stiftungen unterstützt, d.h. dass nahezu „jeder dritte Aids-Kranke in der Bundesrepublik um Hilfe bei einer der beiden Aids-Stiftungen nachsuchen musste" (Heide, 1993, S. 6, 1996). Neben Hilfen in Bezug auf Wohnung, Erhaltung eines minimalen Lebensstandards und dringend benötigten Erholungs- und Kurmaßnahmen bezogen sich immerhin auch 6,4 Prozent der Anträge auf Nahrungsbeihilfen. Der Bedarf an materiellen Hilfeleistungen wird nicht nur aufgrund der steigenden Anzahl der Erkrankten größer, sondern auch, weil sich die Lebenserwartung der Erkrankten, dank der Fortschritte der medizinischen Therapiemöglichkeiten, erhöht. Und es ist wichtig, sowohl die materielle als auch immaterielle Not der Betroffenen in den Blick zu nehmen: Für viele Betroffene ist die Soziale Grundsicherung (Unterkunft, Nahrung, Gebrauchsdinge, Geld) nicht gedeckt, werden die Bedürfnisse nach Arbeit, Freizeit, Erziehung sowie Bildung, Betreuung und persönliche Beziehung nicht befriedigt, die für den „Normalbürger“ zur selbstverständlichen Lebensqualität gehören. Die beiden am meisten belasteten Gruppen der Homosexuellen und Drogenkonsumenten haben vor der Erkrankung häufig schon lange Jahre den Kontakt zu ihren Eltern und Familien verloren oder abgebrochen, so dass deren emotionale und materielle Unterstützung erst wieder aktiviert werden muss. Die beiden am meisten belasteten Gruppen der Homosexuellen und Drogenkonsumenten haben vor der Erkrankung häufig schon lange Jahre den Kontakt zu ihren Eltern und Familien verloren oder abgebrochen, so dass deren emotionale und materielle Unterstützung erst wieder aktiviert werden muss. Zur Sicherung eines minimalen Lebensstandards gehört auch die Teilhabe an der Gesellschaft in Form von Kommunikation. Sozialer Austausch ist fast immer mit Konsum, zumindest mit Kosten verbunden und muss materiell abgesichert sein. Diese sozialpolitische Herausforderung kann nicht allein durch Spendengelder gelöst werden, schon gar nicht im Bereich HIV und Aids: Es zeigt sich gerade bei den Schwierigkeiten der Spendenakquisition die geringe gesellschaftliche Akzeptanz der von Aids am stärksten betroffenen Gruppen. "Diese These", so Heide (1993, S. 129f), "stützt sich unter anderem darauf, dass zahlreiche Spenden mit der Auflage »nur für Aidskranke Kinder« verbunden werden." Außerdem müssen 80 Prozent der Spendeneinnahmen durch spezielle Akquisitions-Aktionen der Stiftungen erzielt werden. Hier wird deutlich, dass neben dem Fehlen der sozialen Grundsicherung bei vielen HIV und Aids-Betroffenen die Verletzung von Menschen- und Sozialrechten zu beklagen ist.

### **Normsetzung und -wirkung in Beziehungssystemen**

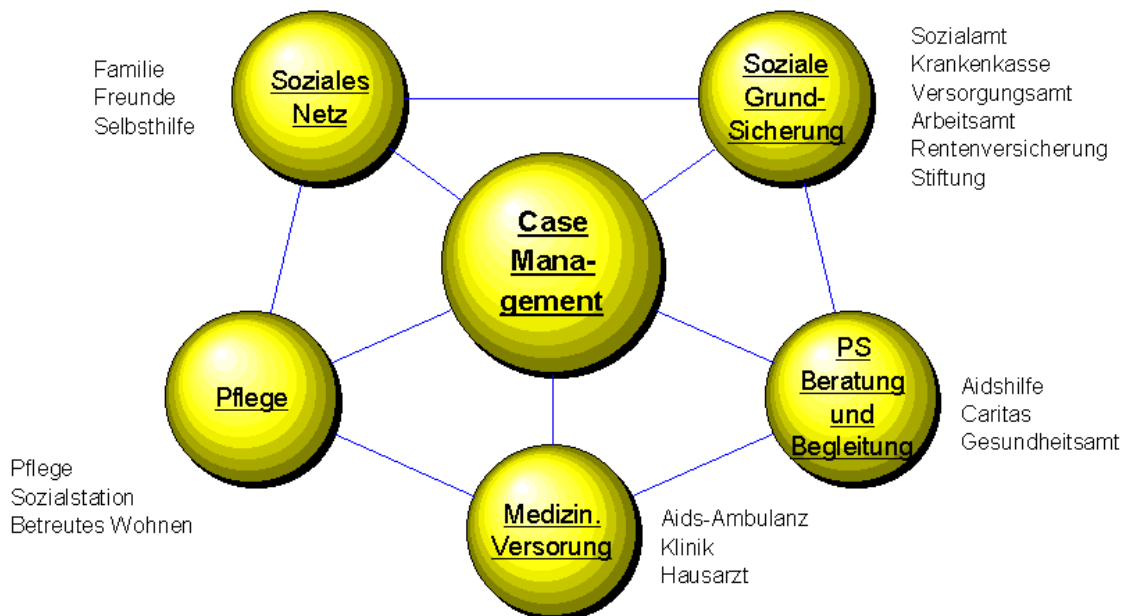
Es ist naheliegend, dass die durch eine HIV-Infektion ausgelösten Krisen als "life events" bezeichnet werden können, die von den unmittelbar Betroffenen als Herausforderung angenommen werden oder sie in die Resignation führen können. Die Unterstützung durch die Umwelt spielt hierbei eine wesentliche Rolle: Die in der Gesellschaft vorherrschenden (Wert-) Vorstellungen von Sexual- und Konsumverhalten vermischen sich mit Vorstellungen über eine tödlich verlaufende Krankheit. Sie prägen den persönlichen, beruflichen und institutionalisierten "Kontakt" mit Positiven und begünstigen unter Umständen deren Ausgrenzung (Marginalität). Die meisten HIV- betroffenen Menschen waren schon vor ihrer Infektion, unter dem Blickwinkel gesellschaftlicher Verhaltenserwartungen, Normbrecher: Eine erste Gruppe besteht aus sexuellen Normbrechern. Homosexualität und Promiskuität verstoßen gegen eine Sexualmoral, die an traditionellen Wertvorstellungen haftet und sexuelle Bedürfnisse als schmutzig ansieht. Heterosexualität ist nicht nur die statistische Norm, sondern wird als natürliche Sexualität propagiert. Themen, die die Sexualität betreffen, ob es sich um Fragen sexueller Präferenzen oder um Fragen sexuellen Missbrauchs handelt, werden gleichermaßen tabuisiert. Eine zweite Gruppe verstößt gegen eine Konsumnorm, die zwar bestimmte harte Suchtmittel (-gebraucher) toleriert, andere dagegen sanktioniert: Sowohl die Art und Weise als auch (im Falle von intravenöser Drogenapplikation) der Gebrauch an sich sind nicht gewünscht oder illegal.. Dass die beiden Gruppen der Homosexuelle und Fixer zahlenmäßig deutlich die am stärksten beeinträchtigten Bevölkerungsgruppen sind, wird als Beleg ihrer "Abartigkeit" und "Selbstverschuldung"

gewertet. Betroffenheit und Selbstverschulden werden im Falle einer HIV- Infektion nahezu gleichgesetzt. Die Bewertung der Krankheit bzw. der Erkrankten wird durch Bezeichnungen wie "Schwulenpest" als selbstverschuldete Krankheit vorgenommen. Den Opfern wird die Schuld für ihr Leid i.S. eines individuellen Versagens gegeben (vgl. Horn, zit. n. Schwarzkopf, 1991, der von "blaming the victim" spricht). HIV-Infizierte sind daher anfällig für Schuldgefühle, Selbsthass und Selbstablehnung, die Infektion erzwingt die Identifikation als Angehöriger dieser stigmatisierten Minderheit und lässt keinen sekundären Krankheitsgewinn zu. Die Auslagerung der gesellschaftlichen Dimension dieser Krankheit in den Privatbereich verstellt den Blick für die Zusammenhänge. So erfahren die beiden Hauptbetroffenengruppen statt einer Solidarisierung und Zuwendung eine doppelte Stigmatisierung: Die Stigmatisierung wegen ihres Lebensstils schon vor ihrer Infektion und die durch Angst vor Ansteckung erfolgte Stigmatisierung nach Bekanntwerden ihres HIV-Status. Problematisch ist dies insofern, als dass Berichte in den Medien über das Verhalten einzelner "verantwortungsloser" HIV-Infizierter erscheinen, die eine Infektion anderer "billigend in Kauf" genommen oder möglicherweise sogar "vorsätzlich herbeigeführt" haben. Diese damit verbundenen Verzerrungen („wir sind die Guten, die sind die Gefährlichen“) führen zu Verhaltenszuschreibungen an die gesamte Betroffenen-Gruppe und beeinflussen den sozialen Kontakt mit ihnen (vgl. Elias 1990). Es besteht so die Gefahr, dass die Ambiguitätstoleranz der Gesellschaft (Mitfühlen und Mitleid bei gleichzeitiger Angst) durch solche Einzelfälle überreizt wird. Soziale Unterstützung (ob als private oder professionelle Form) läuft Gefahr, wenn sie diese Zusammenhänge nicht beachtet, negative Zirkel im Unterstützungsprozess zu produzieren: Entweder fehlt die zur Bedürfnisbefriedigung akzeptierende Zuwendung oder die Unterstützung geht auf Kosten des Selbstwertes des Betroffenen. Letzteres wird z.B. durch eine bestimmte Form des Mitleids, die oft mit Angst verbunden ist, gefördert: Es werden gar keine Anforderungen mehr an den HIV-positiven Menschen gestellt, da es nur noch "eine Frage der Zeit" ist, bis er erkranken bzw. sterben wird. Obwohl dieser sich selbst und nach medizinischen Indikatoren als gesund erlebt bzw. so einzustufen ist, beginnt schon der soziale Tod durch Nicht-Teilhabe. Stigmatisierung und Kontagiosität veranlassen andere, körperlichen und sozialen Kontakt zu vermeiden. Die Verheimlichung der Infektion auf Seiten des Betroffenen, die Angst vor Offenbarung und die Antizipation tatsächlicher oder vermeintlicher Ausgrenzung, ist nicht Mangel, Hilfe zu fordern oder anzunehmen, sondern Teil eines negativen Zirkels.

### **Fachliche Anforderungen an den Case Manager in der Aids-Arbeit**

Der Case Manager als der Ansprechpartner, Begleiter und Pilot (übrigens mittlerweile auch im Bereich der hausärztlichen Tätigkeit als Modell propagiert) muss zunächst darauf achten, dass er nicht in eine Allzuständigkeit für alle Gesundheitsfragen hineingerät, sondern als Initiator, Vermittler und Organisator in der Aids-Arbeit auf der Grundlage seiner Profession eingebunden ist. Seine spezifische kooperative Kompetenz ist die Schlüsselqualifikation, die ihn befähigen soll, mit unterschiedlichsten Adressaten, -gruppen und Institutionen zu kommunizieren und effektiv und effizient tätig werden zu können: Dies bedeutet Koordination nicht medizinischer, sondern Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Maßnahmen und Dienste. Sie umfasst eine besondere Handlungskompetenz und darin als wichtige Bestandteile die Ressourcenmobilisierung und Vernetzung, d.h. konkret die kooperative Fähigkeit zur interdisziplinären und interinstitutionellen Zusammenarbeit. Hier geht es insbesondere um die Vorbereitung und Aufbereitung möglicher Kooperationsformen sowohl zwischen Laien und Professionellen als auch die von verschiedenen Organisationen und Diensten: auch in der Aidsarbeit sind die Möglichkeiten der Zusammenarbeit von Selbsthilfegruppen, Ärzten, Psychologen und Sozialarbeiter/-pädagogen noch wesentlich ausbaufähig. Case-Management funktioniert nur, wenn sich die am Unterstützungsnetz beteiligten Personen kennen und schätzen. Angefangen vom Arzt der Aids-Ambulanz, über die Mitarbeiterin der Krankenkasse, den betreuenden Hausarzt, die Sozialpädagogin der Aidshilfe, die Ansprechpartnerin der Selbsthilfegruppe, die Beteiligten des Aidsarbeitskreises, den Leiter des HIV-Hauses (Haus Horizont), die Krankenschwester der Sozialstation, den Sozialarbeiter des Sozialamtes, bis hin zur engagierten Politikerin im lokalen Gemeinwesen usw.

Abbildung 2: Ein HIV-Netzwerk am Beispiel der Stadt Koblenz



© Löcherbach 1996

In diesem Netzwerk sind theoretisch alle Modelle des Case Managements denkbar:

- Das Generalisten-Modell (Professioneller, der für die Koordination von Diensten für einen Klienten oder eine Anzahl von Klienten verantwortlich ist, ohne selbst therapeutisch mit den Klienten zu arbeiten) bietet sich z.B. für die Mitarbeiterin des Gesundheitsamtes an,
- das Modell primären Therapeuten (die Beziehung des Unterstützungsmanagers zum Klienten ist vorrangig therapeutischer Natur) für den Mitarbeiter der Psychosozialen Aidsberatung der Caritas,
- das Modell des interdisziplinären Team (spezialisiertes Team, in dem jeder Beteiligte eine besondere Verantwortung im spezifischen Feld seiner Sachkenntnis trägt) für die Aids-Ambulanz.

Für die Fachkraft, den psychosozialen Aidsberater der Beratungsstelle, liegt die Herausforderung darin, zu einem anderen Verständnis der „Klientarbeit“ zu gelangen. Im klassischen Beratungsansatz werden die Klienten an die nächste Stelle *abgegeben*, ja müssen sogar vorher *abgeschlossen* werden, da parallel laufende Beratungen/Behandlungen störend, kontraindiziert, *ungeklärt* sind. Undenkbar, dass jemand gleichzeitig bei einem Psychologen und Sozialarbeiter unterstützende Gespräche erhält. Ein allumfassender, missverständlich als ganzheitlich bezeichneter, Behandlungsansatz verhindert dies. Hier ist der entscheidende Wendepunkt im Verständnis: Gerade wenn und weil die Analyse, Einschätzung und Ressourcenabwägung im Case Management so differenziert und gründlich ausfällt, wird deutlich dass (1) mehrere Personen und Institutionen zur Lösung beitragen können und (2) ein Case Manager vonnöten ist, der diese Vielfalt aufgrund seiner spezifischen Kenntnisse zu strukturieren weiß. Und so wird im Modell des primären Therapeuten die persönliche, therapeutische Arbeit erweitert, erhält der Klient im Berater eine Person, welche die Behandlung, den Zugang zu den Diensten und deren Koordination „besorgt“. Unter methodischen Gesichtspunkten kann der Prozess der Sozialen Unterstützungsarbeit im Einzelfall in Phasen eingeteilt (vgl. Ballew und Mink 1986, Wendt 1990) und für die Aids-Arbeit folgendermaßen übertragen werden:

(1) Kontextualisierung: Schon vor einer Kontaktaufnahme kommt der Forderung "von den Betroffenen her denken" wesentliche Eingangsfunktion zu, die dem Klienten Akzeptanz, Wertschätzung und Kompetenz sichert. Hiermit ist nicht die Aufgabe oder Vernachlässigung der eigenen Wertvorstellungen gemeint, sondern die schlichte Notwendigkeit, die Lebensbedingungen und -gestaltungen der Betroffenen aufzunehmen und mit den Betroffenen die für sie notwendigen (Veränderungs-) Schritte zu diskutieren und schrittweise anzugehen.

(2) Einstiegsphase: Der erste Kontakt dient dem Kennenlernen des Klienten, seiner Vorstellungen, seiner Erfahrungen und führt zur Einbeziehung seiner spezifischen Bewertung der sozialen Wirklichkeit. Eigene Bewältigungsversuche und soziale Unterstützungserfahrungen gehören ebenso wie Erfahrungen mit gesellschaftlicher Diffamierungen als Vertrauensbildung in diese Aufwärmphase, die Rollenerwartungen werden geklärt.

(3) Einschätzung und Bewertung: Die (sozialen) Probleme werden "unter die Lupe" genommen: Welche Probleme sollen gelöst werden, welche Ressourcen möchte der Klient heranziehen und welche Hindernisse bestehen, diese in Anspruch zu nehmen? Das Unterstützungsmanagement geht davon aus, dass nicht die Diagnose des Experten, sondern die Einschätzung des Betroffenen die "zutreffendste" ist und er am besten weiß, welche Perspektive notwendig ist. Der Professionelle unterstützt ihn dabei. Insofern ist dieser Teil und dessen Arrangement bereits wesentlicher Aspekt des Unterstützungsgeschehens.

(4) Planung und Ressourcenermittlung: Kreativität und Flexibilität sind für Veränderungen gefragt: Ideen der Klienten, angereichert durch Ideen, Informationen und Fachwissen des Professionellen, werden in einem kommunikativen Diskurs entwickelt. Das Fachwissen ist insbesondere bei Fragen der Sachhilfe (BSHG, Krankenversicherung, Rentenversicherung, Anträge an Stiftungen etc.) notwendig. Bei der Suche und Organisation der Unterstützung finden die Ergebnisse der Analyse der bisherigen Unterstützungserfahrungen (vgl. Phase 3) entsprechende Berücksichtigung. Es werden personelle und institutionelle Hilfen, die bestehenden Beziehungen, die bisherige und zukünftige Selbst- und/oder Fremdhilfe erörtert. Handlungskompetenz soll in der Nutzung der eigenen Möglichkeiten bei gleichzeitiger Nutzung von Gelegenheiten und Inanspruchnahme anderer Ressourcen erreicht werden. Durch die persönliche Beziehung zwischen Klient- und bereits in dieser Phase Veränderungen statt.

(5) Management der Durchführung der Unterstützung: Die Ideen werden umgesetzt. Soziale Unterstützung wird organisiert und begleitet. Insbesondere in dieser Phase ist die Beachtung der Selbstorganisation des Klientensystems und das Prinzip der geringstnotwendigen Intervention Kennzeichen professionellen Handelns. Ein Anruf des Case Managers in einer Sozialbehörde (z.B. Sachhilfe im Sozialamt) kann in einen spezifischen Fall notwendig sein, untermauert aber in vielen Fällen die „Hilflosigkeit“ (HIV-Betroffener kann das nicht, muss das nicht können, ist ein Sonderfall) und grenzt möglicherweise die Autonomiebestrebungen des Patienten bzw. Klienten ein. Zur Vermeidung einer Patronisierung ist deshalb die Ideensammlung und Planung (Phase 4) mit dem Klientensystem vor der Intervention bedeutsam. Es ist allerdings notwendig, Lösungsversuche von Problemen, die nicht auf der personalen Ebene liegen (z.B. unterschiedliche Auslegung und Anwendung bestimmter Gesetze oder Verordnungen in verschiedenen Kommunen), nicht allein dem Klientensystem zu übertragen. Vermitteln, vernetzen und anwalt-schaftliches Eintreten sind hier adäquate Mittel (z.B. Mithilfe des AK-Aids).

Abbildung 3: **Gesundheitsfördernde Strategien und Interventionen im Rahmen des Case Managements**

- a) **Befähigen und Ermöglichen:** Diese Strategie umfasst Unterstützungsangebote, die darauf abzielen, die eigene Kraft zu erkennen und diese in sozialem Handeln zu entwickeln, z.B. Zuwendung, Anerkennung und Akzeptanz des Lebensstils, gemeinsame Erarbeitung von konkreten Lösungsmöglichkeiten, Substitution etc.
  - b) **Vermitteln und Vernetzen:** Neben der Koordination der Hilfsangebote ist hierunter auch die Auseinandersetzung über unterschiedliche Interessen und die Suche nach Gemeinsamkeiten zu verstehen. Ziel ist die Vernetzung und Unterstützung von sozialen Netzwerken, Selbsthilfe und professioneller Hilfe, z.B. in regionalen Aids-Arbeitskreisen, Aktionen etc.
  - c) **Interessen vertreten:** Das anwaltschaftliche Eintreten der Berufsgruppen (Mediziner, Sozialarbeiter/-pädagoginnen, Psychologen u.a.) im Aids-Bereich für die menschlich und fachlich anerkannten Notwendigkeiten geschieht in Abstimmung mit Betroffenen (z.B. Datenschutz, Wahrung der Intimsphäre, Sicherung der materiellen Versorgung, Anti-Diskriminierungsmaßnahmen etc.) und ohne Patronisierung. Der Kreis zum Anfang, zur Befähigung und Ermöglichung schließt sich.
- Diese drei bekannten Strategien (Ottawa-Charta 1986) sollten um eine vierte ergänzt werden:
- d) **Initiieren:** Dort, wo Ideen und Experimente gefragt sind, wo zur Umsetzung der notwendige Freiraum fehlt, wo neue Strukturen geschaffen werden müssen, wo Anstöße befreiend wirken können, ist Initiative notwendig. Ein Beispiel dazu ist die Verwirklichung der Aids-Ambulanz.

Die Unterstützungsarbeit im Einzelfall umfasst die Organisation sozialer und juristischer Beratung, psycho- und sozialtherapeutischer Maßnahmen sowie medizinischer Beratung und Behandlung.

(6) Ressourcensicherung: Auch wenn Veränderungen von allen Beteiligten in der Regel als gewinnbringend erlebt werden, da sich negative Zirkel in positive Austauschprozesse wandeln, bedarf die Sicherung der Ressourcen eigener Maßnahmen. Änderungen verlaufen diskontinuierlich; im Prozess sozialer Unterstützung kommt es nicht selten zu Erfolgen auf Kosten anderer Menschen. Deshalb sind Prozess- und Ergebnisreflexion sowohl für die Transparenz der neuen Abläufe als auch für die Stützung und Etablierung neuer (natürlicher und institutionalisierter) Netzwerke notwendig. Jeder, der sich in Kooperation und Vernetzung versucht weiß, wie wichtig die Pflege solcher Netzwerke ist. Schon ein einmaliges Nichtbeachten oder Übergangen werden kann zu empfindlichen Störungen in der Zusammenarbeit führen. Der Case Manager hat, wie die übrigen Netzwerkmitglieder, hierauf besonders zu achten.

(7) Beendigung: Je länger ein Arrangement gemeinsamer Bewältigung gedauert hat, desto sorgfältiger ist seine Beendigung zu planen und zu bewerkstelligen. Gerade bei Positiven und Aidskranken wird ein zentrales Problem, die Infektion und der zu erwartende Krankheitsverlauf, nicht zu ändern sein. Eine Beendigung der professionellen Unterstützungsarbeit kann daher nicht von der Lösung dieses Faktors abhängig gemacht werden, sondern von dem Ziel, durch Soziale Unterstützung dem Betroffenen wieder die notwendige Handlungskompetenz zu vermitteln. Der Unterstützungsprozess sollte nur solange gehen, wie es zur Erschließung der eigenen oder fremden Ressourcen braucht.

Auf diesem Hintergrund kann die Vorgehensweise der Erschließung und Nutzung vorhandener und neuer Ressourcen sogar als Teil eines ökonomisch orientierten Konzeptes gesehen werden: Es werden nicht alle die Dinge, die wünschenswert sind getan, sondern nur die, die notwendig sind. Es geht darum, quasi einen notwendigen An Schub von außen zur Veränderung zu leisten, damit die wünschenswerten Veränderungen in Gang kommen. Auf der Ebene des lokalen Gemeinwesens wird eine gezielte Vernetzung zentral wirksam. Bei Schaffung gemeinwesenorientierter Netzwerke (vernetzte Selbsthilfe im Wohngebiet, Aids-Ambulanz, Betreuung durch Sozialstationen, Beratungsstelle usw.) genügt vielleicht die Verabredung über die eine oder andere Anlaufstelle oder Gruppe in Kontakt zu bleiben. Im Idealfall hebt das Unterstützungsmanagement den Klienten gar nicht erst aus den präventiven sozialen Zusammenhang... informelle und formelle Hilfen können per Ressourcenallokationen zum Zuge kommen. Diese Neuorganisation von Teilsystemen sozialer und kultureller Teilnahme geschieht durch die Vernetzung von Selbsthilfe und Professionellen, zum Beispiel durch neue Kooperationsformen in Arbeitskreisen und Zusammenschlüssen (Betroffene und Professionelle in Arbeitskreisen zu den Themen Aids oder Drogen und Aids etc.). Soziale Unterstützungsarbeit kann auf Gemeindeebene Empowermentprozesse einleiten, die dann gesondert weiterzuführen sind (Herriger 1991, Stark 1996). Die Ergebnisse Sozialer Unterstützungsarbeit bei HIV und Aids belegen, dass eine Änderung der Wirklichkeitskonstruktion bei den Betroffenen, (Re-) Aktivierung von Netzwerken, verstärkter Ressourcenaustausch und Initiative im Gemeinwesen erreicht werden kann, dass aber per se keine Aufhebung von Widersprüchen auf "höherer Ebene" bzw. Änderung im Bereich Normsetzung und -anwendung erfolgt ist (Löcherbach 1995, 223-227). Hierzu sind andere Maßnahmen, wie z.B. Wert- und Kriterienarbeit notwendig (Staub-Bernasconi 1995, 184-187).

Bei der Entscheidung, welches der Case Management Modelle das *passende* ist, spielen Ausbildung und Grundverständnis eine wesentliche Rolle. Einen interessanten Vergleich der Vor- und Nachteile verschiedener Case Management-Programme erstellen Renshaw u.a. (siehe Abbildung 4, nächste

Seite). Relevant dürfte sein, dass ab einer bestimmten Größe bzw. Differenzierung der Problemlagen ein Case Management generell unumgänglich und der „Generalist“ Sozialarbeiter/-pädagoge zum Piloten und Führer im Dschungel der Hilfen und Hilfsmöglichkeiten wird. Die professionelle Hilfeleistung besteht dann nicht nur in dem hohen aktuellen Kenntnisstand, sondern in der Kompetenz, Menschen zu unterstützen, die gemeinsam gesichteten Ressourcen auch nützen zu können, interne Hemmungen, eigenes Unvermögen und insbesondere externe Behinderungen zu minimieren.

**Abbildung 4 : Merkmale verschiedener Case Management-Programme**

| Kennzeichen                                                               | Vorteile                                                                                                                                  | Nachteile                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) eine Fachkraft für das ganze Case Management                          | mehr Kontinuität                                                                                                                          | keine Delegation von Aufgaben an die geeignetsten Mitarbeiter                                                                                                                                               |
| (2) direkte Arbeit mit dem Klienten des Wissen um den Klienten            | mehr Einfachheit, Kontinuität, Unterstützung von direkten und indirekten Dienstleistungen                                                 | Widersprüchliche Aufgabenstellung, Unausgewogenheit                                                                                                                                                         |
| (3) "Spezialisierte" Unterstützungsmanager                                | größere Klarheit in der Zuständigkeit für die Koordination                                                                                | umfangreiche Umstellung von Dienststellen und Mitarbeitern                                                                                                                                                  |
| (4) Aufgabenteilung mit anderen Fachkräften                               | stärkere Nutzung der Fähigkeiten von Spezialisten, Freisetzung erfahrener Mitarbeiter von banalen Aufgaben                                | Mangel an Kontinuität, schwierige Verbindung fort-dauernder Einschätzung mit dem Unterstützungsverlauf                                                                                                      |
| (5) begrenzte Fallzahl                                                    | Erhöhung der Zeit für Planung und effektive Durchführung der Aufgaben, häufigere Kontrollen                                               |                                                                                                                                                                                                             |
| (6) kollegiale Gruppenbesprechung Austausch guter Ideen                   | mehr Überblick, Gruppenunterstützung,                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                             |
| (7) professionell qualifizierte Kräfte                                    | Angemessenheit der Sozialarbeits-Fertigkeiten, selbständiges Tätigwerden und Entscheiden. multi-professionelles Team für die Einschätzung | Ablehnung schlichter Arbeiten, zu große Betonung auf Therapie (Frage nach der richtigen Profession), Verlust an Kontinuität, wenn die Fachkräfte sich weniger engagieren; schwierige Gruppendynamik im Team |
| (8) schriftliche Berichtsformen                                           | mehr Klarheit in den Zielen und Aufgaben, Einheitlichkeit, Kontinuität                                                                    | zu viel Bürokratie, zu formalisierte Beobachtung von Entwicklungen (vorgegebene Kategorien können zu sehr einschränken)                                                                                     |
| (9) Kontrolle des Case Managers über die Ressourcen                       | kostenbewusste Mittelzuweisung                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                             |
| (10) Autorität gegenüber den Dienststellen                                | gesteigerte Fähigkeit, Dienstleistungen anzufordern                                                                                       | weniger Vertrauen auf lokaler Ebene                                                                                                                                                                         |
| (11) Unabhängigkeit der Person (zum Beispiel ein Freiwilliger als Anwalt) | keine persönlichen Interessen im Dienstleistungssystem, um fähiger zur Vertretung des Klienten                                            | fehlende Autorität,                                                                                                                                                                                         |

(Renshaw 1996, 143)

Als zweites Beispiel soll nun ein Modell vorgestellt werden, indem die Vermittlung der „richtigen“ Hilfe in einem komplexen Versorgungssystem als Dienstleistung im Vordergrund steht.

### **3. Unterstützungsmanagement als Serviceleistung - Das Koblenzer Modells einer Koordinationsstelle**

Bei der für die Sicherstellung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung im Regierungsbezirk Koblenz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung wurde 1992 eine - zunächst vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderte - Koordinationsstelle eingerichtet. Diese Modelleinrichtung ist seit Dezember 1995 in die Regelversorgung übernommen (Antpöhler u.a. 1996). Ausgangspunkt des Koblenzer Modells einer Koordinationsstelle war die fehlende Transparenz der bestehenden gesundheitlichen, insbesondere psychotherapeutischen und psychosozialen, Versorgungsstruktur. Sowohl für Patienten als auch für niedergelassene Ärzte und andere Berufsgruppen bestanden Informationsdefizite hinsichtlich der regionalen psychotherapeutischen Angebote mit den Verfahrens- bzw. indikationsspezifischen Besonderheiten der einzelnen Praxen sowie den ergänzenden psychosozialen Angeboten. Für die Gruppe Psychotherapiesuchender sollte das vorhandene Angebot an psychotherapeutischen Maßnahmen mit Hilfe einer Koordinationsstelle leichter zugänglich und effektiver nutzbar gestaltet werden. Der hauptamtlich tätige Koordinator (SA/SP) wird durch einen ärztlichen Psychotherapeuten und ein Sekretariat unterstützt.

#### **Konzept und Zielsetzung der Koordinationsstelle**

(1) Aufbereitung der psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgungsstruktur. Die bestehende Versorgungsstruktur sollte patientenorientiert aufbereitet und nach unterschiedlichen Kriterien aufgebaut und auswertbar sein: Psychotherapeutische Versorgungsstruktur, psychosoziale Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Kliniken. Durch den Aufbau einer DV-gestützten Therapiebörse, der Zentralen Informationsbörse Psychotherapie (Z.I.P.), können die relevanten Adress- und Angebotsdaten leicht verfügbar und effektiv nutzbar gemacht werden (vgl. Abbildung 5). Nach Aufbau dieser Z.I.P. ist eine patientenorientierte Beratung und Vermittlung durch den Koordinator möglich. (2) Patientenorientierte Vermittlung. Für bisher erfolglos Psychotherapiesuchende wird durch Informationsweitergabe, spezifische Beratung oder gezielte Vermittlung an einen Psychotherapeuten oder an eine Beratungsstelle ein geeigneter Behandlungsplatz bereitgestellt. Oberste Priorität hat die Patientenorientierung, d. h. der Wunsch des Patienten nach einer adäquaten Behandlung ist Leitlinie für die telefonische Beratungstätigkeit. Individuellen Patientenwünschen kann durch ein abgestuftes Vermittlungssystem entsprochen werden. Bei fehlendem Behandlungsangebot werden Art und Umfang des Versorgungsmangels dokumentiert. Eine anonymisierte Dokumentation der Patientenkontakte ermöglicht darüber hinaus die Analyse der Nachfragestruktur. Die telefonische Beratungsarbeit und die Serviceleistungen erfolgen analog eines entwickelten Beratungs- und Dokumentationsleitfadens. Der Koordinator wird hier zum Lotsen im 'Therapie- und Beratungsangebots-Dschungel'. Für die telefonische Beratung der Anfragenden sind Grundsätze telefonischer Beratung zu berücksichtigen: Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen, Anonymität, Vertraulichkeit, Abgrenzung desmittlungsauftrages (d.h. keine Diagnostik, keine erkrankungsspezifische Beratung, keine Empfehlung bestimmter Therapieverfahren). Durch ein abgestuftes Vermittlungssystem von Informationsweitergabe über spezifischer Beratung und konkrete Vermittlung an Beratungsstellen bis hin zur Direktvermittlung eines Diagnose- oder Behandlungstermins bei einem Psychotherapeuten kann dem jeweiligen Patientenbedürfnis entsprochen werden. Dazu zwei Beispiele:

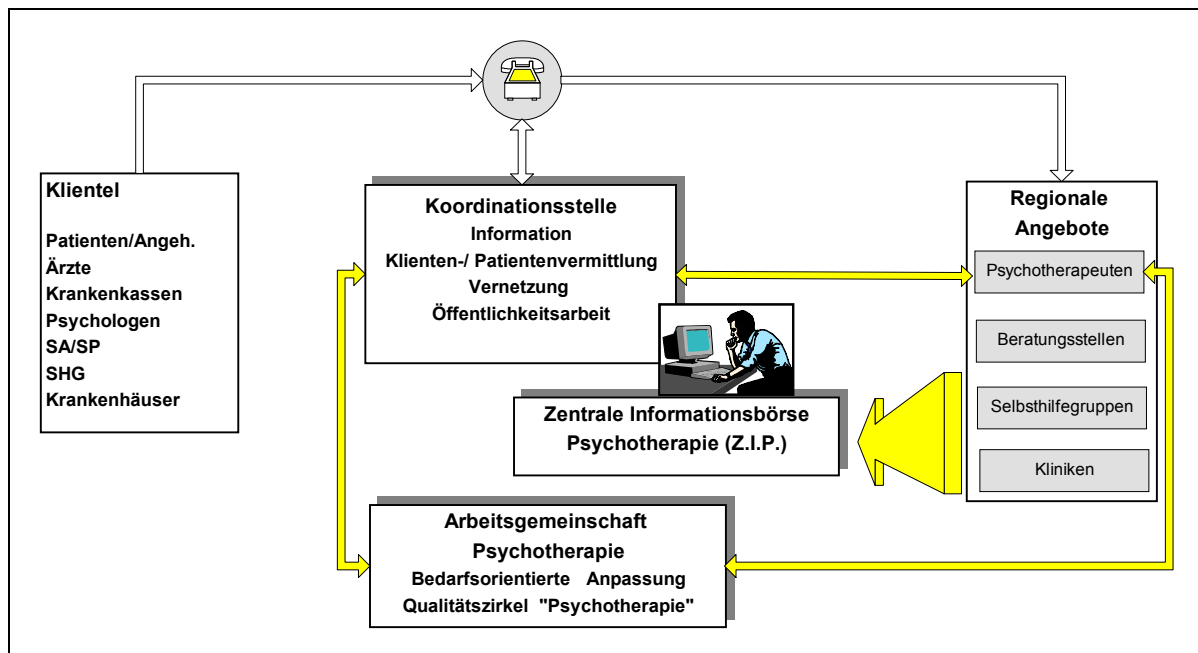
- a) Ein Anrufer sucht gezielt nach einem bestimmten Psychotherapieverfahren und freiem Therapieplatz in einer Region. Der Koordinator teilt dem Patienten mehrere ambulante Psychotherapieangebote aus der Z.I.P. mit. Außerdem wird der Patient über die Zugangswege 'Antragsverfahren', 'Kostenklärungen' etc. beraten.
- b) Ein Allgemeinarzt sucht einen Behandlungsplatz für eine Patientin mit Alkoholproblemen. Der fachlich kompetente Koordinator kann mit Hilfe der Daten aus der Z.I.P. rasch eine adäquate Beratung vermitteln.

Das Computerprogramm der Z.I.P. ist so aufgebaut, dass die verschiedenen Programmmodule (Psychotherapie, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Kliniken) parallel geladen werden können. Durch die Nutzung dieser unterschiedlichen Suchmöglichkeiten kann der Koordinator schon während des Anrufes die notwendigen Informationen herausfiltern.

## **Anforderungen an den Case Manager**

Für den Aufbau dieses differenzierten Datenpools ist die Mitarbeit der niedergelassenen Psychotherapeuten, Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen unerlässlich. Hier befindet sich die Schnittstelle zwischen den (1) eher technisch orientierten Fähigkeiten (Sammlung, Organisation und Aufbereitung von Daten) und den (2) persönlichen und kooperativen Fähigkeiten des Koordinators (persönliche und telefonische Kontaktfähigkeit, Motivations- und Kooperationsfähigkeit). So muss die aktive Mitarbeit der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten (z. B. durch Einräumung kurzfristiger Behandlungskapazitäten und Diagnostikterminen, durch den Aufbau regionaler Arbeitsgemeinschaften) sichergestellt werden. Diese regionalen Arbeitsgemeinschaften Psychotherapie, denen die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten angehören und die der Koordinator moderiert, eröffnen u. a. Möglichkeiten der interdisziplinären Zusammenarbeit und dienen der Verbesserung der Kommunikation und Kooperation der an der Versorgung beteiligten unterschiedlichen Berufsgruppen. Die Psychotherapeuten lernen in diesen Arbeitsgemeinschaften Spezialisierungen und Therapieschwerpunkte der Kollegen kennen. Die Einbeziehung psychosozialer Hilfsmöglichkeiten (Vernetzung mit Kollegen/innen aus dem psychosozialen Bereich) in die regionalen Treffen der Arbeitsgemeinschaften trägt zu einer Optimierung der Versorgung bei. Durch diese Vernetzung können bestehende Versorgungsengpässe und Versorgungsprobleme aufgegriffen und Lösungsmöglichkeiten entwickelt werden. Die Koordinationsstelle dient dabei als Organisator der Arbeitsgemeinschaften. Hier wird, in erster Linie von dem Koordinator, die Fähigkeit zur Anleitung und Unterstützung von hochspezialisierten Arbeitsgruppen verlangt. Gelingt dies, kommt es zur Ressourcenoptimierung, da die bisher nicht genutzten Kapazitäten transparent und insbesondere ausgeschöpft werden können. So verstandene Netzwerkarbeit wird dann zum Qualitätsmanagement.

Abbildung 5: Netzwerkarbeit als Qualitätsmanagement



© Löcherbach 1996

Deutlich wird in dieser spezifischen Konzeption, dass nur Teile des Case Management-Modells (Generalisten Modell) Anwendung finden: Ein Monitoring (Begleiten oder Überwachen) des Hilfeprozesses ist nicht möglich, da es sich um nur ein, höchstens 2-3 maliges telefonisches Beratungsgespräch handelt. Es erfolgt keine Überprüfung, ob die Hilfe (vermittelter Psychotherapieplatz, Angebot einer Beratungsstelle, Meeting einer Selbsthilfegruppe etc.) tatsächlich genutzt wird bzw. werden kann. Die Rückmeldungen über die zur Diagnostik vermittelten Psychotherapiesuchenden zeigt aber, dass immerhin ca. 30% nicht zum vereinbarten Termin beim Psychotherapeuten erscheinen - den internen wie externen Hindernissen kann nicht nachgegangen werden. Über die Zufriedenheit bei Inanspruchnahme der Angebote gibt es ebenfalls keine Rückmeldung; es gibt lediglich den ausdrücklichen Hinweis im Telefongespräch, sich bei Nicht-Zufriedenheit bei der Koordinationsstelle zu melden. Diese Mängel sind im Aufbau und der Struktur des Modells begründet (keine Diagnostik/keine persönliche, längerfristige Beratungsangebote der Koordinationsstelle/Beschränkung auf qualifizierte Vermittlung) - gearbeitet wird mit den vorhandenen Diagnosen; das Angebot ist niedrighschwellig und soll alle Psychotherapiesuchenden, die selbst keinen Platz finden, ansprechen; die Hilfe soll kurz, aber umfassend sein. Nur dadurch ist es möglich, dass eine Fachkraft für den ganzen Regierungsbezirk (ca. 8000 qkm, 11 Kreise, 1,4 Mio. Einwohner) zuständig ist. Und dies immerhin so effektiv, dass nur ca. 1 % der über 2.500 Anfragen an die Koordinationsstelle nicht gelöst werden konnte. Für nur 9 von insgesamt 234 im Einzelfall untersuchten Patienten fand sich kein Therapieplatz in erreichbarer Nähe und zumutbarer Wartezeit (Antpöhler u.a. 1996, 94 und 122). Ein weiteres wichtiges Ergebnis des quantitativen Untersuchungsteils (das auch interessante Anregungen für Diskussionen in der Sozialen Arbeit bieten könnte) ist die Erkenntnis, dass ein Behandlungswunsch (Bedürfnis) nicht automatisch gleichzusetzen ist mit einer Behandlungsbedürftigkeit. Es zeigte sich, dass das individuelle Bedürfnis im allgemeinen erst mit Hilfe der Diagnostik der Experten zum individuellen Bedarf konkretisiert werden musste. Dieser Bedarf ist komplex und bezieht sich nur zu einem Teil (ca. 60%) auf einen Bedarf an ambulanter Psychotherapie. In vielen Fällen bezieht sich der Bedarf auf andere Angebote (z.B. psychosoziale Beratung, Selbsthilfe, psychiatrische Behandlungen oder stationäre Therapie) oder es handelt sich um eine allgemeinmedizinische Problemstellung (Antpöhler u.a. 1996, 115-124).

Unter dem Gesichtspunkt der Ausbildung sei erwähnt, dass für zukünftige Koordinatoren (in anderen KV-Bereichen werden ähnliche Stellen eingerichtet) ein Manual zur Einrichtung von Koordinationsstellen (Löcherbach und Knopp-Vater 1996) sowie ein Schulungsprogramm entwickelt (Knopp-Vater und Schneider 1996) wurden, das im schriftlichen Teil neben den theoretischen Wissensinhalten konkrete Handlungsanweisungen und im praktischen Teil die entsprechenden Übungs- und Reflexionsmodule enthält:

Die spezifische Handlungskompetenz der Koordinatorin unterteilt sich in die Bereiche:

- Beratungskompetenz
- analytische Kompetenz
- kooperative Kompetenz
- organisatorische Kompetenz

Im Schulungsprogramm wird versucht, diese verschiedenen Kompetenzen zu entwickeln. Dazu ist das Schulungsprogramm folgendermaßen aufgebaut: Zu den jeweiligen Kapiteln gibt es einen Informationsteil, dem folgt ein Materialteil und abschließend ein Übungs- und Überprüfungsteil. Grundsätzlich für die Arbeit ist ein arbeitsfeldspezifisches Wissen. Aus diesem Grund beginnt das Schulungsprogramm mit einem Wissensbaustein über Psychotherapie, psychotherapeutische Versorgung und angrenzende psychosoziale Hilfen. Auszüge aus den Kapiteln im Überblick:

#### Psychotherapie und Beratungsangebote

- Theorie: Was ist Psychotherapie; Anhang: Beschreibung der Psychotherapieverfahren; Anhang: Krankheitsbilder nach den Psychotherapie-Richtlinien; Anhang: Index; Überblick über die psychosoziale Versorgung; Was ist Beratung; Abgrenzung Beratung/ Therapie; Beratungseinrichtungen und ergänzende Angebote (SHG); Stationäre Einrichtungen
- Praxis: Aufbau einer psychotherapeutischen Datenbank; Infoblatt zur Koordinationsstelle; Erläuterungen zum Erhebungsbogen Psychotherapie; Versand und Rücklauf der Bögen; Beschreibung und Erläuterung zur EDV-Datenbank Z.I.P.; Eingabe der Ersterhebungsbögen Psychotherapie in die Datenbank; Ablage der Ersterhebungsbögen; Aktualisierung der Erhebungen
- Übungen: Anfrageorientierte Nutzung der ZIP-Psychotherapie; Beispiele aus der Vermittlungsarbeit der Koordinationsstelle

#### Grundlagen der Beratung und des Case Managements

- Theorie: Grundlagen der Kommunikation; Besonderheiten telefonischer Beratung; Gesprächsführung/ Personenzentriertes Gespräch; Grundlagen und Selbstverständnis des Case Managements; Anhang: Geschlossene und offene Kommunikation
- Praxis: Telefonischer Beratungsleitfaden; Gesprächsleitfaden anhand des Anfrageprotokolls; Erläuterungen zur Eingabe des Anfrageprotokolls in die EDV; Ressourcenallokation
- Übungen: Nutzung der Z.I.P. - Software während der telefonischen Beratung; Übungsbeispiel: Gesprächseröffnung; Übungsbeispiel: Direktvermittlung von Patienten zur Diagnostik; Übungsbeispiele anhand von Fragestellungen an die Koordinationsstelle; Beispiele aus der Vermittlungsarbeit der Koordinationsstelle zur Gesprächsführung; Übungsbeispiele: Unzufriedene Anrufer

#### Zusammenarbeit im bzw. mit Hilfesystemen

- Theorie: Aufbau und Zweck der Arbeitsgemeinschaften Psychotherapie (AG-PT); Gruppenarbeit mit hochspezialisierten Arbeitsgruppen
- Praxis: Aufbau der AG-PT; Einladungen und Anschreiben der Psychotherapeuten; Kontaktaufbau und Kontaktpflege; Leitung und Förderung von Arbeitsgruppen; Erläuterungen zur Behandlungsdokumentation; Präsentationstechniken
- Übungen: Übungsbeispiel: Gesprächsfördernde Bedingungen schaffen; Übungsbeispiel: Skepsis und Einwände der Psychotherapeuten; Übungsbeispiel: Meta-Plan und Mind Mapping

#### Arbeitsorganisation

- Theorie: Strukturierung von Arbeitsabläufen; Zeitmanagement; Öffentlichkeitsarbeit und Kooperationsformen; ZIP Erhebungen durchführen und auswerten; Evaluation der Koordinationsstelle
- Praxis: Musteranschreiben bzw. Infoblatt zur Koordinationsstelle; Aktualisierung der Erhebungen; Erläuterung zu Ablaufschemata; Versand und Rücklauf der Behandlungsdokumentationen; Erläuterung von Auswertungsmöglichkeiten und -kriterien
- Übungen: Versand und Rücklauf der Erhebungs- und Dokumentationsbögen; Eingabe der Bögen; Ablage der Basisbögen; Berichterstellung; Probeauswertung

Da das Forschungsprogramm noch nicht beendet ist, liegen Ergebnisse derzeit noch nicht vor. Der Umfang der Schulung ist auf 2 x 3 Tage geplant unter der Voraussetzung, dass die Koordinatoren von der Ausbildung her Sozialarbeiter/-pädagogen sind.

#### 4. Zusammenfassung: Netzwerkarbeit als Unterstützungsmanagement

Diese Beispiele zeigen, dass Case-Management immer auch Netzwerkarbeit und Vernetzungsarbeit ist. Sie zeigen außerdem, dass Soziale Arbeit eng mit diesen Ansätzen verknüpft ist - Case Management unter der Perspektive der einer lebensweltorientierten Sichtweise der grundlegende Handlungsansatz ist, für das Selbstverständnis „...kann es zu einem Kernstück zwischen der Kompetenz im Sozialmanagement und der persönlichen Befähigung werden“ (Wendt 1995b, 7). Aus diesen Gründen ist eine stärkere Berücksichtigung in der Ausbildung an den Fachhochschulen wünschenswert; geradezu notwendig ist die Einbeziehung dieser Konzeption in Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, damit die sozialprofessionellen Fachkräfte die Vorteile ein- und umsetzen können: Maßnahmen zur Stärkung des individuellen Netzwerkes sind eher personenorientiert, während Maßnahmen zur Optimierung des Hilfsnetzes eher Managementaufgaben verlangen. Diese anspruchsvollen Managementaufgaben sind, wie insbesondere das Beispiel der Koordinationsstelle zeigt, nicht von inhaltlichen Fragestellungen abzukoppeln, sondern erfordern eine fachliche Grundlage. Wo die Inhalte vernachlässigt werden und die fachliche Kompetenz fehlt, droht diese Konzeption zu Verwaltungshandeln zu „verkümmern“: Beratungs- und Vermittlungstätigkeiten werden dann durch eher formale Aspekte (Gesetzesvorgaben und Richtlinien) bestimmt; die für die Vernetzung notwendige Wertschätzung der Anbieter bleibt aus. Soll der vorgestellte Ansatz dagegen gelingen, ist eine hohe kommunikative Kompetenz aller Beteiligten zu fordern und auch eine gesicherte eigene finanzielle Grundlage.

Unter diesen Prämissen führt eine Netzwerkarbeit, ob als Unterstützungsmanagement im Einzelfall oder Vernetzungsarbeit in einem Versorgungsfeld zur

- Nutzung der bestehenden Ressourcen statt Über-, Unter- oder Fehlversorgung, zu
- Ermunterung zu selbständigem Handeln statt einer Bevormundung, und zur
- Integration in ein Gesamtkonzept statt Separierung der Hilfen.

Für viele in der Sozialen Arbeit vorzufindenden Problemlagen ist ein Mehrebenenkonzept notwendig, damit für die Klientel ein spürbarer Beitrag zur Verbesserung der **Lebensqualität** geleistet wird, der sich nicht nur auf die Realisierung von kurzfristigem und phasenweisem Wohlbefinden konzentrieren kann, sondern in der **Achtung** der Personen und der **Beachtung** der sozialen Dimension liegt.

## Literatur

- Antpöhler, R./Knopp-Vater, M./Löcherbach, P. (1996): *Modellprojekt Koblenzer Modell einer Koordinationsstelle für die psychotherapeutische Versorgung*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit; Bd. 67. Baden-Baden: Nomos.
- Aymanns, P.: Soziale Netzwerke und kritische Lebensereignisse. In *Soziale Netze in der Praxis*. Hrsg. von Ningel, R./Funke, W. (S. 24-39). Göttingen : Verlag für angewandte Psychologie.
- Ballew, J./Mink, G. (1986): *Case management in the human serves*. Springfield, Illinois: Thomas.
- Beugen, M. van (1972): *Agogische Intervention*. Planung und Strategie. Freiburg: Lambertus
- Boskamp, P. (1996): Das Konzept des Sozialen Netzwerkes - Anwendungsmöglichkeiten im Kontext von Führen und Leiten in Organisationen. In Boskamp, P./Knapp, R. (Hrsg.): *Führung und Leitung in sozialen Organisationen*. (S. 161-1989). Neuwied: Luchterhand.
- Charta der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung, Ottawa, 1986 (1995). In Franzkowiak, P./Sabo, P. (Hrsg.): *Dokumente der Gesundheitsförderung* (S. 96-10). Mainz: Sabo.
- Elias, N./Scotson, J. (1990): *Etablierte und Außenseiter*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Faltermeier, H./ Senger, I. (1988): Aids und soziale Arbeit. In Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.): *Schriften allgemeinen Inhalts (SAI) Nr. 23*. Frankfurt a.M.: Eigenverlag.
- Feger, H./Auhagen, A. E. (1987): Unterstützende Soziale Netzwerke. Sozialpsychologische Perspektive. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 16, 353-365.
- Filipp, S.H./Aymanns, P. (1987): Die Bedeutung sozialer und persönlicher Ressourcen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 16, 383-396.
- Frietsch, R./Löcherbach, P. (1995): Soziale Unterstützung als Handlungsansatz in der Sozialen Arbeit. In *Soziale Netze in der Praxis*. Hrsg. von Ningel, R./Funke, W. (S. 40-53). Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- Gehrmann, G./Müller, K.D. (1993): *Management in sozialen Organisationen*. Regensburg: Walhalla.
- Heide, U. (1991): Soziale Notlagen bei Menschen mit HIV und Aids. In Möhrs, H./ Salme, A. et al. (Hrsg.): *Aids- Krankenversorgung*. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Forschung (S. 119-130). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Heide, U., unter Mitarbeit von Kopischke, M. und Trögner, A. (1993): *Soziale Notlagen bei Menschen mit HIV und Aids*. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Ergänzt um persönliche Mitteilung vom 22.03.1996.
- Herriger, N. (1991): Empowerment - Annäherungen an ein neues Fortschrittsprogramm der sozialen Arbeit. *Sozialmagazin* 7/16, 26-34
- Keupp, R./Röhrle, B. (1987): *Soziale Netzwerke*. Frankfurt/Main: Campus.
- Knopp-Vater, M./Schneider, A. (1996): Schulungsprogramm - Bedarfsplanungsprojekt Psychotherapie. Koblenz: Unveröffentlichtes Manuskript.
- Löcherbach, P. (1995): Soziale Unterstützung bei Menschen mit HIV und Aids. In *Soziale Netze in der Praxis*. Hrsg. von Ningel, R./Funke, W. (S. 208-229). Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- Löcherbach, P. /Knopp-Vater, M. (1996): Manual für Anwendung zur Errichtung einer Koordinationsstelle - . Koblenz: Unveröffentlichtes Manuskript.
- Renshaw, J. et al. (1995): Individuelle Pflegeplanung: Lektionen aus Amerika und anderswo. In Wendt, W.R. (Hrsg.) (1995b): *Unterstützung fallweise*. Case Management in der Sozialarbeit (S. 124-146).
- Schwarzkopf, H. v. (1991): Total normal - Entwicklung des gesundheitspolitischen Phänomens Aids. *Das öffentliche Gesundheitswesen*, 53, 459-461.
- Siegrist, K. (1987): Soziologische Überlegungen zu sozialem Rückhalt. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 16, 368-382.
- Stark, W. (1996): *Empowerment*. Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis. Freiburg: Lambertus.
- Staub-Bernasconi, S. u.a. (1994): *Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit*. Freiburg: Lambertus
- Staub-Bernasconi, S. (1995): *Systemtheorie, soziale Probleme und Soziale Arbeit: lokal, national, International*. Bern: Haupt.
- Weil, M. (1995): Schlüsselkomponenten einer effizienten und effektiven Dienstleistung. In Wendt, W.R. (Hrsg.) (1995b): *Unterstützung fallweise* (S. 84 -123).
- Wendt, W.R. (1990): *Ökosozial denken und handeln*. Grundlagen und Anwendungen in der Sozialarbeit. Freiburg i.Br.: Lambertus.
- Wendt, W.R. (1995a): Hilfe nach Plan - Fortschritte im Verfahren: Case Management - Unterstützungsmanagement als angemessene Methode Sozialer Arbeit in der Bürgergesellschaft und Marktwirtschaft. *Blätter der Wohlfahrtspflege* 142, 5/95, 101-105.
- Wendt, W.R. (Hrsg.) (1995a): *Unterstützung fallweise*. Case Management in der Sozialarbeit. Freiburg i.Br.: Lambertus, 2. erw. Aufl.

*Prof. Dr. Peter Löcherbach* lehrt Sozialarbeitswissenschaft an der Katholischen Fachhochschule Mainz. Forschungsschwerpunkt u.a. Bedarfsermittlung und Bedarfsplanung im Gesundheitsbereich, Case Management.

Anschrift: Katholische Fachhochschule Mainz  
Fachbereiche Sozialarbeit/Sozialpädagogik  
Saarstraße 3, 55122 Mainz