

# GEMEINDEPSYCHIATRISCHES CASE MANAGEMENT |

Henning Daßler

**Zusammenfassung** | Der Beitrag beschreibt die Erschließung neuer Möglichkeiten einer personenzentrierten Unterstützung für psychisch kranke Menschen durch Ansätze des Persönlichen Budgets in der Behindertenhilfe und der Integrierten Versorgung in der Gesundheitsversorgung. Eine wesentliche Rolle für das Gelingen spielt die Entwicklung geeigneter Case-Management-Verfahren. Problematisiert werden die fehlende Abstimmung der Entwicklungen in Gesundheitsversorgung und Behindertenhilfe sowie das Fehlen von Konzepten für ein einheitliches gemeindepsychiatrisches Case Management.

**Abstract** | The article describes how approaches of direct payment and integrated care open up ways of person-centered assistance for mentally ill people. Referring to this the development of adequate case management methods plays a key role for success. The lack of adjustment between developments in health care system and integration assistance is expounded. An integrative community-based case management is postulated.

**Schlüsselwörter** ► psychisch Kranker ► Persönliches Budget ► Behindertenhilfe ► Case Management ► psychosoziale Versorgung ► Lebenswelt

**1 Einleitung** | Ein Hauptanliegen der bundesdeutschen Psychiatriereform ist die Überwindung einer institutionszentrierten Versorgungspraxis und die Etablierung einer möglichst weitgehend ambulanten, flexibel auf die Bedarfe der Betroffenen reagierenden psychiatrischen Behandlung und Rehabilitation. Auch wenn konstatiert werden muss, dass es eine ganze Generation gebraucht hat, um Versorgungsmängel und Qualitätsdefizite annähernd zu überwinden, stellt die Gemeindepsychiatrie heute ein Arbeitsfeld dar, das durch eine hohe Entwicklungsdynamik und eine große Angebotsvielfalt gekennzeichnet ist. Aktuelle Stichworte sind in diesem Zusammenhang insbesondere die Weiterentwicklung der Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit seelischen Behin-

derungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) XII und die Integrierte Versorgung im Rahmen der Krankenbehandlung nach dem SGB V (Schütte 2012, Luthe 2011).

Mit der Individualisierung und Diversifizierung der Behandlung und Versorgung stellt sich die Frage nach der passgenauen Steuerung der Hilfe im Einzelfall, des effizienten Ressourceneinsatzes und nach der Einbeziehung der Betroffenen. Klassischerweise bietet sich hier die Implementierung von Case Management (CM) an, da es insbesondere in einer unübersichtlichen und fragmentierten Versorgungsstruktur bei multiplen Problemkonstellationen und bei langfristigen Bedarfslagen indiziert ist (Wendt 2006).

Bereits in den 1990er-Jahren wurde unter dem Begriff des „Personenzentrierten Ansatzes“ eine bedarfsorientierte und einzelfallbezogene Steuerung der Unterstützung unter Beteiligung der Betroffenen und unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes gefordert, die eine große Nähe zu Konzepten des CM aufweist. Angesichts der noch zu erwartenden Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung stellt sich die Frage nach dem Beitrag von CM-Konzepten zu einer personenzentrierten Gestaltung der Hilfen. Weiterhin wird durch die Einbeziehung von Evidenzkriterien in die Modelle der Integrierten Versorgung insbesondere die Frage nach der Effektivität unterschiedlicher CM-Ansätze diskutiert und entschieden werden müssen.

**2 Begriffsbestimmung** | CM kann als eine Weiterentwicklung der klassischen sozialen Einzelfallhilfe verstanden werden. Ihm wird die Funktion zugeschrieben, Klienten der Sozialen Arbeit „in koordinierter Weise Leistungen zugänglich zu machen, die von ihnen zur Lösung von Problemen [...] benötigt werden“ (Lowy 1988, S. 31 zitiert nach Galuske 2011, S. 199). Ein Schwerpunkt wird dabei auf die Vermittlung sozialer, gesundheitlicher, therapeutischer, juristischer und anderer Hilfen gelegt, was unmittelbare Hilfen durch eine Case Managerin, einen Case Manager jedoch nicht kategorisch ausschließt.

CM hat sich in den 1970er-Jahren in den USA etabliert. Dies geschah vor dem Hintergrund umfassender Deinstitutionalisierungsprozesse und einer fragmentierten Hilfelandschaft. Seit Ende der 1980er-Jahre wird CM als Methode auch in Deutschland

zunehmend diskutiert und angewandt. Mit *Wendt* (1988) lassen sich vier wesentliche Aufgaben von CM unterscheiden:

- ▲ die Analyse der Lebenssituation des Klienten und des daraus resultierenden Hilfebedarfs (assessment);
- ▲ die Planung der Hilfen (service planning);
- ▲ die Vermittlung der Unterstützung (brokering services);
- ▲ die Koordination der Hilfen (zum Beispiel im Zusammenspiel zwischen sozialen Institutionen beziehungsweise dem sozialen Umfeld).

In der Fachliteratur wird eine Reihe von Leitideen und Qualitätskriterien für CM formuliert (zum Beispiel *Kleve* u.a. 2011, *Neuffer* 2007, *Wendt*; *Löcherbach* 2006):

- ▲ eine kontextsensible beziehungsweise systemische Problemanalyse;
- ▲ eine explizite Betrachtung und Berücksichtigung von Ressourcen (personell, sozial, sozialräumlich, kulturell);
- ▲ die Verpflichtung zur Beteiligung und Einbeziehung der Klienten;
- ▲ die Orientierung auf die Entwicklung von Hilfenetzwerken;
- ▲ die anwaltschaftliche Vertretung der Klientel;
- ▲ eine Gewährsfunktion gegenüber den Betroffenen.

Charakteristisch für die Methode des CM ist die Orientierung an einem Phasenmodell. Zahl und Benennung der Phasen unterscheiden sich je nach Modell beziehungsweise Autor. *Jansen-Kayser* (2007) benennt folgende Prozessschritte:

- ▲ Assessment – Einschätzung;
- ▲ Planning – Planung;
- ▲ Intervention – Durchführung;
- ▲ Monitoring – Kontrolle;
- ▲ Evaluation – Bewertung.

Damit definiert das CM einen Algorithmus, der als idealtypisch anzusehen ist, da sich einzelne Phasen im Handlungsvollzug nicht immer klar voneinander abgrenzen lassen und auch in ihrem Ablauf variieren können (*Kleve* u.a. 2011). Auffällig ist, dass dieser Handlungsablauf in ganz ähnlicher Form bereits von *Alice Salomon* (1925) bei ihrer Konzeptualisierung der sozialen Einzelfallhilfe strukturiert wurde. Tatsächlich kennt die soziale Einzelfallhilfe bereits grundlegende Kriterien, die in der späteren Literatur als Definitionsmerkmale von CM genannt werden. Analytisch be-

trachtet ist CM durch eine definitorische Unschärfe gekennzeichnet, das heißt es ist nicht eindeutig klar, welche Kriterien eine soziale Dienstleistung erfüllen muss, um als CM zu gelten. In der Gegenwart ist Soziale Arbeit in der Gemeindepsychiatrie geradezu dadurch gekennzeichnet, im Rahmen einer „koordinierenden Prozessbegleitung“ (*Gromann* 2010) systemisch vernetzt, bedarfsgerecht vermittelnd und ressourcenbewusst zu agieren. Für den hier interessierenden Zusammenhang erscheint es sinnvoll, von CM insbesondere dann zu sprechen, wenn übergreifende Fallverantwortung, Vermittlungsfunktion und Planungs- sowie Ressourcenzuständigkeit in einer Position vereinigt werden.

### 3 Case Management und der Personenzentrierte Ansatz in der Gemeindepsychiatrie | 3-1 Folgen der deutschen Psychiatriereform |

Im Rahmen der kritischen Aufarbeitung der Situation in der deutschen Psychiatrie nach dem Zweiten Weltkrieg wurden von der Enquetekommission der Bundesregierung 1977 und von der Expertenkommission 1988 eine Reihe von Empfehlungen formuliert, die für die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung maßgeblich waren. Ein wesentlicher Inhalt der Empfehlungen für die Weiterentwicklung einer gemeindepsychiatrischen Versorgung war die Definition von vier Funktionsbereichen, die alle wesentlichen Aspekte des Bedarfs psychisch kranker Menschen erfassen:

- ▲ Behandlung, Pflege und Rehabilitation;
- ▲ Hilfen im Bereich Wohnen;
- ▲ Hilfen im Bereich Arbeit;
- ▲ Hilfen zur sozialen Teilhabe und Verwirklichung materieller Rechte (*Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit* 1988, S. XI).

Alle bestehenden und zukünftigen institutionellen Angebote, die sich zum Teil hinsichtlich ihrer Leistung, Ausrichtung oder Finanzierungsgrundlage erheblich voneinander unterscheiden, konnten nun in Bezug auf ihren Beitrag zur Abdeckung der Bedarfe in diesen Funktionsbereichen betrachtet werden. Damit war eine Grundlage geschaffen, die es ermöglichte, den Grad an Bedarfsdeckung in einer Versorgungsregion zu analysieren.

Zwar benannte die Expertenkommission auch eine Reihe von erforderlichen institutionellen Bausteinen für die gemeindepsychiatrische Versorgung (niedergelassener Nervenarzt, Institutsambulanz, Sozialpsy-

chiatrischer Dienst, Kontaktstelle beziehungsweise Tagesstätte, beschützte Wohnangebote, Tagesklinik und psychiatrische Fachabteilung im Krankenhaus). Die funktionale Betrachtungsweise stellte jedoch den Beginn des Abschieds von einer vorrangig auf Institutionen fixierten Sichtweise dar. Diese Tendenz wurde durch die Forderung nach „gemeindepsychiatrischen Verbänden“ verstärkt, deren Aufgabe es sein sollte, die Koordination und Steuerung für die psychiatrische Angebotsentwicklung auf der kommunalen Ebene zu verankern.

Zwar betonen die Empfehlungen der Expertenkommission die Unerlässlichkeit einer Koordination der Hilfe im Einzelfall sowie der Einbeziehung der Familie und des sozialen Umfeldes der Klienten. Nähere Aussagen über die Ausgestaltung dieser Koordination enthalten die Empfehlungen jedoch nicht (*Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit* 1988, S. 140). Hervorgehoben wird allerdings die Notwendigkeit einer Behandlung und Rehabilitation, die möglichst angepasst an den individuell und zeitlich variierenden Krankheitszustand zu erfolgen hat. Dies gilt insbesondere für chronisch Erkrankte.

**3-2 Der Personenzentrierte Ansatz** | Mit dem Ausbau gemeindepsychiatrischer Angebote seit den 1980er-Jahren entsteht mit der neuen Vielfalt auch eine Unübersichtlichkeit im sich ausdifferenzierenden Hilfesystem. Behandlungs- und Rehabilitationspfade entwickeln sich in Abhängigkeit von der Fähigkeit der Betroffenen, sich im „Leistungsdschungel“ zurechtzufinden, und der Qualität der Kooperation zwischen den Institutionen. Die zunächst schleppende Einführung von gemeindepsychiatrischen Verbänden fördert regionale Unterschiede hinsichtlich der Quantität und Qualität der sozialpsychiatrischen Versorgung.

Ein grundlegendes Problem stellt die unterschiedliche sozialrechtliche Zuordnung verschiedener psychiatrischer Leistungsangebote dar. Der lange geforderte Abbau der Diskriminierung psychisch Kranker im Gesundheitssystem ist bis in die Gegenwart noch nicht abgeschlossen. Während im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung wichtige und notwendige Leistungen wie zum Beispiel die ambulante psychiatrische Pflege nach § 37 V des Sozialgesetzbuches im Ausbau behindert wurden, erlangte die Eingliederungshilfe im Rahmen des Sozialhilferechts seit den späten 1980er-Jahren eine wachsende Bedeutung für

die Finanzierung gemeindenaher sozialpsychiatrischer Angebote wie Tagesstätten und betreute Wohnformen. Die notwendige, aber ausgebliebene Ausdifferenzierung von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung wurde damit durch die Entwicklung von Angeboten im Rahmen der Eingliederungshilfe kompensiert.

Der sogenannte „komplementäre Bereich“ der außerklinischen Versorgung entwickelte sich zudem zu einem starren Baukastensystem von maßnahme-homogenen Angeboten; einer Struktur, der die Vorstellung einer „therapeutischen Kette“ zugrunde liegt, deren einzelne Leistungsbausteine von den Betroffenen in Anspruch zu nehmen sind. Eine Abstimmung mit dem Lebensumfeld und eine Ausrichtung der Hilfe auf die individuellen Ressourcen und Lebensbedingungen finden oft nur unzureichend statt. Die Klienten und Klientinnen sind damit bei Veränderungen ihres Hilfebedarfs auf den Wechsel von Institutionen verwiesen, was in der Regel eine Veränderung von Umgebung und vertrauten Bezugspersonen zur Folge hat und damit den Rehabilitationserfolg gefährdet (*Aktion Psychisch Kranke* 2005, S. 12).

Als Antwort auf diese unbefriedigende Situation entwickelte eine Kommission zur Bestimmung von Verfahren zur Personalbemessung im komplementären Bereich in den Jahren 1992 bis 1996 ein Konzept, das infolge als „Personenzentrierter Ansatz“ Bekanntheit erlangte. Leitend für dieses Konzept war eine Versorgungsphilosophie, die *Peter Kruckenberg* prägnant formulierte: „Das System psychiatrischer Hilfen ist so zu gestalten, daß einem akut oder chronisch psychisch erkrankten Menschen in jeder Situation und zu jedem Zeitpunkt eine auf seine individuellen Bedürfnisse und seine Fähigkeiten und die Besonderheit seiner individuellen Lebenswelt ausgerichtete integrierte Behandlung und Betreuung gewährt wird. Die Hilfen sollen nach Art und Umfang angemessen und am Prinzip der größtmöglichen Selbstregulation bzw. des geringstmöglichen Eingriffs in die Lebensverhältnisse orientiert und mit dem Patienten partnerschaftlich abgestimmt sein. Die Belastungen sollen für ihn, sein Umfeld und für die Gemeinschaft gerecht verteilt sein, die Organisation der Hilfen soll patientenzentriert in Koordination durch die Kommune erfolgen und auf die kulturellen, sozialen und ökonomischen Verhältnisse des Landes und der Region bezogen sein“ (*Kruckenberg* 2000, S. 17 f.).

Neben der Forderung nach der verbindlichen Festbeschreibung von gemeindepsychiatrischen Verbänden und nach der Schaffung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Möglichkeit von Komplexleistungsprogrammen war ein wesentliches Arbeitsergebnis der Kommission der sogenannte integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) (Gromann 2005). Der IBRP dient als Grundlage für die Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs im Einzelfall. Dabei steht im ersten Schritt die Beschreibung der individuellen Bedarfssituation (gewünschte Lebensform, Problemlage, Ziele, Fähigkeiten, Beeinträchtigungen) im Vordergrund, bevor nach einer Prüfung lebensweltlicher Ressourcen institutionelle Angebote in den Blick genommen werden. Weitere Prozessschritte regeln die Durchführungs- und Koordinierungsverantwortung sowie die Bewertung und gegebenenfalls die Anpassung der Maßnahmen. Ein hoher Wert wird auf die partnerschaftliche Einbeziehung der Klienten gelegt. Zur Abstimmung der Unterstützungsprozesse mit den unterschiedlichen professionellen Beteiligten und dem sozialen Umfeld sieht das Konzept regelmäßige Hilfeplankonferenzen vor.

Damit schafft der IBRP die Basis für eine Orientierung der Hilfestellung an der individuellen Bedarfslage der betroffenen Person. Das Konzept geht von vornherein von der Möglichkeit einer Bedarfsdeckung durch verschiedene, sich gegenseitig abstimme Hilfeanbieter aus. Damit zielt der IBRP auf eine Abkehr von standardisierten Einheitsleistungen und einer fehlangepassten Leistungsgestaltung. Der Prozess der Integrierten Hilfeplanung sieht eine Reihe von Schritten vor, die sich zu einem Kreismodell zusammenfügen, in dem sich nach dem letzten Schritt wieder der erste anschließt (Gromann 2001, S. 139):

- ▲ Ermittlung der gewünschten Lebensform;
- ▲ Ermittlung der aktuellen Problemlage;
- ▲ Feststellung der Ziele der Klienten;
- ▲ Einschätzung der individuellen Fähigkeiten;
- ▲ Einschätzung der jeweiligen Beeinträchtigungen;
- ▲ Verhandlung konkreter und realistischer Ziele für einen definierten Zeitraum;
- ▲ Zuordnung nicht psychiatrischer und psychiatrischer Hilfen;
- ▲ Festlegung der Durchführungsverantwortung;
- ▲ Festlegung der Koordinationsverantwortung;
- ▲ Bewertung und gegebenenfalls Anpassung des Prozesses.

Das Modell der Integrierten Hilfeplanung beinhaltet damit wesentliche Elemente und Abfolgeschritte eines CM. Der IBRP ist als ein gut geeignetes Planungsinstrument für ein CM in der Gemeindepsychiatrie anzusehen, da er spezifisch auf die charakteristischen Bedarfslagen psychisch kranker Menschen ausgerichtet ist und ihre Ressourcen berücksichtigt. Eine integrierte Form der Unterstützung durch unterschiedliche professionelle Dienstleister und das soziale Umfeld ist hier von vornherein vorgesehen.

Noch nicht geklärt ist damit die Frage der institutionellen Anbindung von CM in der Gemeindepsychiatrie. Für die Hilfeplanung im Bereich der Eingliederungshilfe haben häufig die kommunalen Gesundheitsämter die Zuständigkeit übernommen, was dem Kriterium des Gemeindebezuges entspricht, aber aufgrund der Einbindung in die Verwaltung auch die Objektivität erschweren kann. Die für eine zentrale Beratung und Vermittlung mit dem SGB IX neu geschaffenen Servicestellen nach § 22 SGB IX stehen wegen mangelnder Beratungsqualität und Akzeptanz stark in der Kritik und bieten sich nicht für eine Verortung eines gemeindepsychiatrischen CM an.

Neben Ansätzen einer übergreifenden Hilfeplanung finden sich auch Formen der Anwendung des IBRP in einzelnen psychiatrischen Einrichtungen im Rahmen eines „internen CM“. Diese „institutionelle“ Form eines personenzentrierten CM spiegelt allerdings häufig eher eine fehlende Integration von Hilfestrukturen wider, als dass sie den eigentlichen Anspruch des Ansatzes erfüllen könnte. Aber auch die Anwendung des IBRP in der Hilfeplanung auf Gemeindeebene ist allein kein Garant für eine personenzentrierte Ausrichtung der Hilfen. Tatsächlich zeigt sich, dass außer der Anwendung des Planungsverfahrens (oder analoger Abwandlungen des IBRP-Bogens) eine wirkliche bedarfsbezogene Individualisierung der Hilfe nicht erfolgt.

In der Eingliederungshilfe sind insbesondere stationäre und teilstationäre Leistungen durch Landesrahmenverträge nach §§ 79 ff. SGB XII und die darin enthaltenen Leistungstypenkataloge eng definiert. Ambulante Angebote werden häufig pauschal auf Menschen mit relativ geringem Hilfebedarf beschränkt, was dem Vorrang ambulanter Hilfen im Leistungsrecht widerspricht. Die Kombination einzelner Leistungen wird zum Teil auch explizit ausgeschlossen

oder eingeschränkt, wie zum Beispiel die gleichzeitige Inanspruchnahme von ambulant betreutem Wohnen und Tagesstätten. Die Funktion von Hilfeplankonferenzen erschöpft sich damit in einer Zuordnung standardisierter Leistungsangebote „von der Stange“.

Ein weiteres Problem besteht in der fehlenden Einbeziehung der behandelnden niedergelassenen Ärzte und Kliniken in die Hilfeplanung. Der Hilfeplanungsprozess konzentriert sich damit oft auf die sogenannten komplementären Leistungen und hier insbesondere auf die Angebote der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII. Eine wirkliche Integration von Behandlung und Rehabilitation beziehungsweise Teilhabe findet in der Regel nicht statt.

**3-3 Die Individualisierung der Hilfen durch das Persönliche Budget** | Mit dem Persönlichen Budget in der Behindertenhilfe (§ 17 SGB IX) wird Betroffenen seit 2008 erstmals regelhaft die Möglichkeit eröffnet, auf Antrag ihren Unterstützungsbedarf mithilfe eines zweckgebundenen Geldbetrages anstelle einer Sachleistung zu decken. Die Hilfen sollen durch die Betroffenen selbst organisiert und eingekauft, ihre Selbstbestimmung soll damit gefördert werden. Ziel des Gesetzgebers war es, durch die Auflösung des leistungsrechtlichen Dreiecks zwischen Leistungsberechtigten, Leistungsträger und Leistungsanbieter die Betroffenen in die Lage zu versetzen, eine „Nachfragemacht“ zu entwickeln, auf die sich ein flexibler und sich ausdifferenzierender Dienstleistungsmarkt einzustellen hat.

Leistungsrechtlich wird mit dem Persönlichen Budget die Möglichkeit zu einer personenzentrierten Ausgestaltung gemeindepsychiatrischer Hilfen gefördert, allerdings beschränkt auf den Personenkreis der

Menschen mit Behinderungen. Das Persönliche Budget bietet grundsätzlich die Möglichkeit, die bisher gewährten standardisierten Sachleistungen gleichsam zu „verflüssigen“ und in flexible und maßgeschneiderte Unterstützungsarrangements zu überführen, die vom Betroffenen relativ frei auch unter Einbeziehung seines sozialen Umfeldes gestaltet werden können. Es besteht auch die Möglichkeit zur Bildung eines Gesamtbudgets aus verschiedenen leistungsrechtlichen Ansprüchen (zum Beispiel der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII und der Pflegeversicherung nach dem SGB XI).

Früh wurde in der Fachdiskussion und in den diversen regionalen und bundesweiten Modellprojekten zum Persönlichen Budget deutlich, dass diese Leistungsform für viele Betroffene zwar attraktive Perspektiven schafft, gleichzeitig aber auch mit hohen Anforderungen in Bezug auf die Bewältigung des Verfahrens und das Budgetmanagement verbunden ist. Insbesondere chronisch psychisch erkrankte Menschen haben es oft schwer, als gut informierte und rational abwägend entscheidende Kunden auf einem Dienstleistungsmarkt aufzutreten. Allein die Schaffung eines Überblicks über die Möglichkeiten der Ausgestaltung der Hilfe und die Verhandlung mit Leistungsträgern und Hilfeanbietern stellt für viele Betroffene eine Überforderung dar.

Die Budgetassistenz wird damit zu einer Schlüsselfrage für die zukünftige Inanspruchnahme dieser Leistungsform. Hier wäre es für den Personenkreis der Menschen mit seelischen Behinderungen sinnvoll und zielführend, die Budgetassistenz in Form eines gemeindepsychiatrischen Case Managements auszugestalten. Diese Option wird aber durch die gesetzliche Regelung behindert, welche die Höhe des Bud-

## Über 30 Jahre dokumentierte Fachdiskussion Über 30 Jahre Sozialwissenschaftliche Literaturdokumentation

- ▶ Onlinezugang in über 200 Hoch- und Fachhochschulbibliotheken
- ▶ Individuelle Beratung und Recherche mit Dokumentenlieferung

# DZI SoLit

Deutsches Zentralinstitut für soziale Fragen/DZI

[www.dzi.de](http://www.dzi.de)

gets an den Kosten der äquivalenten Sachleistung orientiert und keine zusätzlichen Mittel für die Budgetberatung vorsieht (§ 17 Abs. 3 SGB IX). In der Umsetzung erfordert die Inanspruchnahme eines persönlichen Budgets jedoch häufig zeitintensive Beratungsprozesse, mit denen auch die beteiligten Instanzen und Personen im Hilfesystem wie Leistungsverwaltung, Angehörige und gesetzliche Betreuerinnen beziehungsweise Betreuer oft überfordert sind. Auf der anderen Seite fehlt Leistungsanbietern zum Teil die Fähigkeit oder die Bereitschaft, ihr Leistungsportfolio auf Budgetnehmende auszurichten (Brinkmann 2010).

Die mit dem Persönlichen Budget mögliche Individualisierung der Hilfen für psychisch kranke Menschen umfasst nur Leistungsangebote für Menschen mit Behinderungen. In der Gemeindepsychiatrie entfaltet das Persönliche Budget daher nur im Bereich der Eingliederungshilfe eine gewisse Wirkung. Der wichtige Bereich der psychiatrischen Krankenbehandlung nach dem SGB V wird davon nicht erfasst.

### 3-4 Die lebensweltliche Verankerung der psychiatrischen Behandlung durch Integrierte Versorgung und die Effektivität von CM im Licht der evidenzbasierten Medizin | Die 2004

mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung geschaffene Möglichkeit einer Integrierten Versorgung (IV) nach §§ 140a ff. SGB V eröffnet erstmals Perspektiven, im Bereich des SGB V neue Leistungsmodelle zu erproben, die auf eine flexiblere, ambulante und lebensweltorientierte Form der Behandlung zielen. Die IV basiert auf der Möglichkeit der Krankenkassen, durch kooperative und selektive Versorgungsverträge mit Leistungserbringern eine sektorenübergreifende, das heißt ambulante und stationäre Maßnahmen umfassende Versorgung sicherzustellen. Dabei können die Vertragspartner Inhalte, Ziele und Vergütung der Leistung eigenverantwortlich und flexibel aushandeln (Greuel; Mennemann 2006).

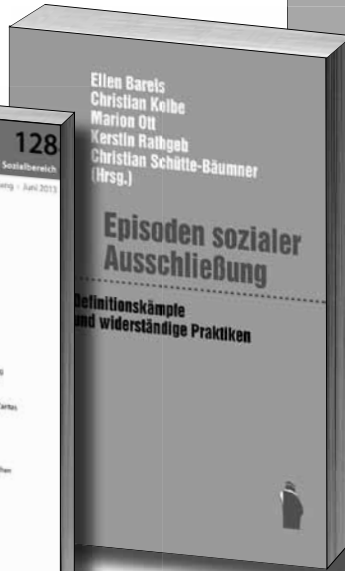
Ziele von IV-Modellen in der Psychiatrie sind die Entwicklung von effektiven und effizienten Behandlungspfaden für chronisch psychisch kranke Menschen und die Steigerung der ambulanten Versorgungsqualität. Wirtschaftliches Ziel der Kostenträger ist die Reduzierung stationärer Behandlungskosten. Dazu wird zum einen die Möglichkeit geschaffen, die ambulante Versorgungsqualität zum Beispiel durch eine besser zugängliche ambulante psychiatrische und psycho-

therapeutische Behandlung und den intensiveren Einsatz ambulanter Pflege leistungsfähiger zu gestalten. Zum anderen werden Finanzierungssysteme erprobt, die zum Beispiel auf Grundlage von Komplexleistungspauschalen und mithilfe von Bonus-Malus-Regelungen Anreize schaffen, stationäre Krankenhausbehandlung zu vermeiden beziehungsweise zu reduzieren (Armbruster; Ratzke 2010).

Für eine effektive Organisation und Ausgestaltung der Leistungen greifen die unterschiedlichen, im Rahmen der IV durchgeführten Modellprojekte neben dem Case Management auch auf andere Konzepte gemeindepsychiatrischer Versorgung zurück, die sich insbesondere in den englischsprachigen Ländern etabliert haben. Dabei handelt es sich um Modelle, zu denen auch eine wesentliche Zahl von Wirkungsstudien vorliegen und deren Effektivität sich damit unter dem Gesichtspunkt von „evidence“ belegen lässt. Dieser Forschungsstand spiegelt sich in der „S3-Leitlinie psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ wider, die aktuell von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde neu herausgegeben wurde. Die S3-Leitlinien enthalten differenzierte Empfehlungen zu den einzelnen Verfahren.

#### 3-4-1 Aufsuchende (nachgehende) Behandlung durch multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams – Assertive Community Treatment (ACT) | Das Assertive Community Treatment (ACT) ist eine in den 1970er-Jahren in den USA entwickelte Methode, die hauptsächlich in der Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen mit starken Beeinträchtigungen angewandt wird. ACT wird von einem multidisziplinären Team (Psychiater, Pflegekräfte, Sozialarbeiterin, ausgebildete Case Manager) in einem Schlüssel von 1 zu 10 ausgeführt. ACT versorgt die Betroffenen aufsuchend im häuslichen Umfeld und fordert von den Mitarbeitenden eine hohe Einsatzflexibilität und Reaktionsbereitschaft bei einsetzenden Krisen. ACT wird auch als eine spezifische Form von CM bezeichnet (Intensive Case Management). Der Schwerpunkt beim ACT liegt weniger in der Vermittlung als im Vorhalten aller erforderlichen Betreuungsangebote.

Die Leistungen des ACT umfassen die Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens, in der Arbeitswelt und bei der medikamentösen Behandlung,



Widersprüche 128

**Soziale Arbeit als Lohnarbeit**

2013 - 154 Seiten - € 15,00  
ISBN: 978-3-89691-988-5

*Knapp bemessene Zeitkontingente, hohe Fallzahlen, die Zunahme befristeter Verträge und ungewollter Teilzeitschäftigung, nicht zuletzt auch durch „Haustarife“ oder Ausgründungen, haben die Soziale Arbeit folgenreich verändert. Widersprüche 128 beleuchten die Dimension „Lohnarbeit“ in der Sozialen Arbeit näher. Das Heft thematisiert die organisatorischen und (arbeits- und tarif-) rechtlichen Rahmenbedingungen, die auch politisch – sozialstaatlich mitproduziert werden.*

**Widersprüche - günstiger im Abonnement!**

*Ellen Bareis, Christian Kolbe, Marion Ott, Kerstin Rathgeb, Christian Schütte-Bäumner (Hrsg.)*

**Episoden sozialer Ausschließung**

Definitionskämpfe und widerständige Praktiken

2013 - 366 Seiten - € 34,90  
ISBN: 978-3-89691-926-7

*Vor dem Hintergrund einer grundlegenden Transformation des deutschen Wohlfahrtsstaats findet eine Neujustierung der Rechte und Pflichten zwischen Subjekt und Staat statt. Die aktuellen Wandlungsprozesse sind durch eine weiterhin hohe Relevanz der zunehmend schlechter bezahlten Erwerbsarbeit, die Erosion des männlichen Familienernährermodells sowie die Durchsetzung des Aktivierungsparadigmas in vielen Bereichen des Sozialstaates gekennzeichnet.*

*Mechthild Bereswill, Carmen Figlestahler, Lisa Yashodhara Haller, Marko Perels, Franz Zahradnik (Hrsg.)*

**Wechselverhältnisse im Wohlfahrtsstaat**

Dynamiken gesellschaftlicher Justierungsprozesse

2012 - 293 Seiten - € 29,90  
ISBN: 978-3-89691-924-3

*Mit dem Schwerpunkt auf Fragen der Aktualisierung von Herrschaftskritik und Kämpfen um eine möglichst selbstbestimmte Lebensweise untersuchen die Beiträge die Transformationen der Institutionen „Verbrechen und Strafe“ und „Schwäche und Fürsorge“. Sie reflektieren diese theoretisch und in Material-Interpretationen. Zudem diskutieren sie unter Einbezug kriminal- und sozialpolitischer Dimensionen sozialer Ausschließung aktuelle Debatten über den gegenwärtigen „Wohlfahrtsstaat“.*

Soziale Arbeit 6.2013



Krisenintervention, allgemeine Gesundheitsförderung, Hilfe bei Behördenangelegenheiten und Training sozialer Fertigkeiten (DGPPN; Falkai 2013, S. 45). Aktuelle Einzelstudien aus den USA, Großbritannien und den Niederlanden ergeben ein zum Teil uneinheitliches Bild bezüglich der Überlegenheit von ACT gegenüber einer Standardbehandlung. Positive Auswirkungen wurden festgestellt hinsichtlich des Kontakterhaltes zwischen Patienten und Helfenden, der Behandlungszufriedenheit und teilweise bezüglich der Beschäftigungssituation (DGPPN; Falkai 2013, S. 50). Das deutsche Hilfesystem kennt keine dem ACT vergleichbare Organisationsstruktur in der Regelversorgung. Elemente von ACT finden sich am ehesten bei aktiven Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) und Sozialpsychiatrischen Diensten (SpD).

### 3-4-2 Akutbehandlung im häuslichen Umfeld – Home Treatment (HT) |

Home Treatment ist eine Methode der gemeindenahen Akutversorgung mit dem Ziel der Vermeidung stationärer Klinikaufenthalte. Multiprofessionelle Teams unter ärztlicher Beteiligung unterstützen und behandeln akut erkrankte Betroffene je nach Bedarf bis zu 24 Stunden am Tag und gewährleisten eine ständige Erreichbarkeit. HT orientiert sich an einem mit dem Betroffenen und seinem sozialen Umfeld abgestimmten Behandlungsplan und sieht einen festen Ansprechpartner für den Betroffenen vor. Die Betreuung erfolgt bis zum Ende der Krise unter Gewährleistung der erforderlichen Nachsorge.

Metaanalysen und Studien belegen positive Wirkungen von HT im Vergleich zur Regelbehandlung hinsichtlich der Linderung der Symptomatik, der Verbesserung des Allgemeinzustandes bei schizophrenen Patienten, der stationären Wiederaufnahmerate, der Dauer der Behandlung, der Zahl der Behandlungsabbrüche, der Steigerung der Patienten- und der Angehörigenzufriedenheit und der Kosteneffektivität. Ein Vergleich mit einer tagesklinischen Behandlung, die auf Vermeidung stationärer Aufenthalte zielt und in Deutschland verbreitet ist, wurde allerdings nicht angestellt (ebd., S. 41 ff.).

**3-4-3 Case Management (CM) |** Neben den beiden genannten und weiteren Verfahren, auf die an dieser Stelle nicht näher eingegangen wird, enthalten die Leitlinien auch Aussagen zur Evidenz von CM-Verfahren in der Psychiatrie. Dabei wird betont,

dass die konzeptionelle Breite des Begriffs und die Schwierigkeit seiner Operationalisierung die Beurteilung von CM-Prozessen erschweren (DGPPN; Falkai 2013, S. 55). Positive Effekte von CM fanden sich hinsichtlich der Reduzierung von stationären Behandlungszeiten, der Reduzierung von Behandlungsabbrüchen, der Förderung der Medikamentencompliance und der Patienten- und Angehörigenzufriedenheit. Die Anzahl stationärer Behandlungen war allerdings bei bestehendem CM meist höher. Die Empfehlungen der Leitlinien bezüglich des Einsatzes von CM in der Routineversorgung sind zurückhaltend. Empfohlen wird eine gezielte Anwendung in Regionen mit geringer Versorgungsdichte und für Personen mit einer hohen Inanspruchnahme von stationärer Behandlung. Konkret bezogen auf die deutsche Versorgungssituation und im Zusammenhang mit dem Personenzentrierten Ansatz betonen die Richtlinien in ihren erweiterten Empfehlungen die positive Bedeutung von CM für die Aufgabe der Koordinierung und Abstimmung der Hilfen, insbesondere im fragmentierten deutschen Versorgungssystem.

### 3-5 Die Bedeutung von CM in der Integrierten Versorgung |

IV wird derzeit in einer Reihe von Modellprojekten in Deutschland erprobt. Diese Modelle unterscheiden sich hinsichtlich der einbezogenen Patientengruppen, der konzeptionellen Ausrichtung, der Frage der Einbeziehung von Kliniken und der Ausgestaltung der Finanzierung erheblich voneinander. Alle Projekte greifen jedoch explizit auf CM-Ansätze zurück, um eine personenzentrierte psychiatrische Behandlung und Versorgung zu gewährleisten. Damit gewinnt CM nicht nur im Bereich der Eingliederungshilfe, sondern auch im Bereich der Krankenbehandlung an Bedeutung.

Konzepte der IV haben das Potenzial, eine Durchsetzung des Personenzentrierten Ansatzes zu befördern und Defizite des derzeitigen medizinischen Versorgungssystems zu überwinden. Allerdings birgt die Umsetzung der IV in Form von Selektivverträgen die Gefahr einer weiteren Zersplitterung des Hilfesystems. Eine Parallelität von IV und Regelversorgung und unterschiedliche Ein- und Ausschlusskriterien fördern nicht die Transparenz für die betroffenen Menschen. Weiterhin ist darauf zu achten, dass die im Rahmen der IV abgeschlossenen Verträge nicht zu Bedarfslücken und einer Ausgrenzung von Patientengruppen führen.

Ein wesentliches Problem ist darin zu sehen, dass das Verhältnis der IV zu komplementären gemeindepsychiatrischen Angeboten im Rahmen der Eingliederungshilfe wenig geklärt ist. Dies gilt umso mehr, als zu erwarten ist, dass die Entwicklungen im Bereich der IV in der weiteren Zukunft die Hilfestrukturen der Eingliederungshilfe nicht unbeeinflusst lassen werden. Aufgrund der Nachrangigkeit der Sozialhilfe werden Leistungsträger ihre Zuständigkeit in der Zukunft stärker prüfen, wenn deutlich wird, dass wichtige Leistungen durch die gesetzliche Krankenversicherung erbracht werden, wie seit Langem gefordert wird. Damit entsteht eine neue Unübersichtlichkeit der Versorgungslandschaft.

Auf der Steuerungsebene entwickelt sich eine Parallelität von Planungsprozessen der Eingliederungshilfe und dem CM der IV. Dies gilt umso mehr, als mittlerweile eine Reihe von Trägern der Eingliederungshilfe das Instrument der Gesamtplanung nach § 58 SGB XII für sich neu entdeckt haben und für die Einzelfallsteuerung nutzen. Im Sinne einer wirklich personenzentrierten Behandlung und Unterstützung ist es notwendig, diese Planungsprozesse aufeinander abzustimmen und zusammenzuführen.

**4 Welches CM braucht die Gemeindepsychiatrie?** | Spätestens mit der Formulierung des Personenzentrierten Ansatzes hat die bundesdeutsche Psychiatriereform die Wichtigkeit von Case Management entdeckt und mit dem IBRP, Hilfeplankonferenzen und gemeindepsychiatrischen Verbänden Konzepte entwickelt, die für eine sinnvolle Ausgestaltung der Hilfe im Einzelfall erforderlich sind. Die Verankerung von CM auf der Gemeindeebene spiegelt die Auffassung wider, dass der lebensweltliche Zusammenhang Ansatzpunkt und Basis der Behandlung und Rehabilitation sein sollte. Trotz großer Fortschritte beim Ausbau der Versorgungsangebote und in der Kooperation zwischen den beteiligten Institutionen ist die Umsetzung des Anspruchs auf eine personenzentrierte Gestaltung der Hilfen aber nur teilweise gelungen.

Der Forschungsstand zur Effektivität von CM ergibt ein uneinheitliches Bild. Indizien sprechen dafür, dass CM besonders dann wirksam ist, wenn es nach dem Modell des Assertive Community Treatment im Rahmen multiprofessioneller gemeindepsychiatrischer Teams erfolgt, die alle erforderlichen Leistungen selbst

erbringen. Die Leistungsfähigkeit eines CM nach dem Brokerage-Modell, das sich auf die Vermittlung von Hilfen konzentriert, wäre demnach als geringer einzuschätzen.

Die Implementierung von leistungsfähigen Ansätzen des CM/ACT im Rahmen der IV ist dort sicherlich sinnvoll, überwindet jedoch nicht die Fragmentierung und Unübersichtlichkeit des Gesamthilfesystems. Wünschenswert wäre ein gemeindepsychiatrisches personenzentriertes CM aus einer Hand statt einer Parallelität von CM-, 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.

*Dr. Henning DaBler, Dipl.-Pädagoge, leitet eine Einrichtung der Wohnungslosenhilfe in Braunschweig. Seit 2010 lehrt er zu Themen der Sozialpsychiatrie, Behindertenhilfe und Wohnungslosenhilfe an der Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften in Wolfenbüttel. E-Mail: h.dassler@ostfalia.de*

## Literatur

- Aktion Psychisch Kranke** (Hrsg.): Der Personenzentrierte Ansatz in der psychiatrischen Versorgung. Bonn 2005
- Armbruster, Jürgen; Ratzke, Katharina:** Integrierte Versorgung nach den §§ 140 ff. SGB V. Chancen und Risiken neuer Versorgungskonzepte im Gesundheitswesen aus Sicht der Diakonie. In: Faulbaum-Decke, Wolfgang; Zechert, Christian (Hrsg.): Ambulant statt stationär. Psychiatrische Behandlung durch integrierte Versorgung. Bonn 2010, S. 144-156
- Brinkmann, Volker:** Sozioökonomische Funktionen und Systemfragen des Case Managements. In: Brinkmann, Volker (Hrsg.): Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen. Wiesbaden 2010
- Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit** (Hrsg.): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Bonn 1988
- DGPPN - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde; Falkai, Peter** (Hrsg.): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin 2013
- Galuske, Michael:** Methoden der Sozialen Arbeit. Weinheim 2011

- Greuel**, Marius; Mennemann, Hugo: Soziale Arbeit in der Integrierten Versorgung. München 2006
- Gromann**, Petra: Integrierte Behandlungs- und Rehaplanung. Ein Handbuch zur Umsetzung des IBRP. Bonn 2001
- Gromann**, Petra: Der integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan konkret. In: Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): a.a.O. 2005
- Gromann**, Petra: Koordinierte Prozessbegleitung in der Sozialen Arbeit. München 2010
- Jansen-Kayser**, Klaus: Vernetzung, Begleitung und Effizienz: Das Case Management. In: Bosshard u.a.: Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Bonn 2007
- Kleve**, Heiko u.a.: Systemisches Case Management. Heidelberg 2011
- Kruckenberg**, Peter: Der Mensch im Mittelpunkt. Von einem institutions- zu einem personenzentrierten Hilfesystem. In: Sozialpsychiatrische Informationen 3/2000, S.17-21
- Luthe**, Ernst-Wilhelm: Vier Modellebenen integrierter Versorgung – am Beispiel psychiatrischer Netzwerke. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. 6/2011
- Neuffer**, Manfred: Case Management – Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. Weinheim 2007
- Salomon**, Alice: Soziale Diagnose. Berlin 1925
- Schütte**, Wolfgang: Abschied von der „Eingliederungshilfe“ – Ein Leistungsgesetz zur sozialen Teilhabe für Menschen mit Behinderungen? In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. 12/2012, S. 575-585
- Wendt**, Wolf Rainer: Soziale Einzelhilfe: Von der Falldiagnose zum Unterstützungsmanagement. In: Brennpunkte Sozialer Arbeit, Themenheft Soziale Einzelhilfe 1988, S. 9-30
- Wendt**, Wolf Rainer: State of the art: Das entwickelt Case Management. In: Wendt, Wolf Rainer; Löcherbach, Peter (Hrsg.): a.a.O. 2006
- Wendt**, Wolf Rainer; Löcherbach, Peter (Hrsg.): Case Management in der Entwicklung. Heidelberg 2006

# ENGAGEMENT SOZIAL BENACHTEILIGTER MENSCHEN | Ein Forschungsprojekt mit biographisch-narrativen Interviews

*Sandra Meusel*

**Zusammenfassung** | Das Thema bürgerschaftliches Engagement wird fortwährend diskutiert. Die Beiträge dazu umfassen eine Bandbreite von Praxisbeispielen, Studien und Theorieentwürfen. Dabei erweist sich dieses Tätigkeitsfeld als Domäne der Mittelschicht. Im Rahmen einer aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds geförderten Dissertation wird das freiwillige Engagement sozial Benachteiligter fokussiert. Dabei wird das Zusammenspiel individueller Dispositionen, familiärer Hintergründe und lebensweltlicher Rahmenbedingungen analysiert.

**Abstract** | Civic engagement is discussed continuously. Herein various practical examples, researches and theories are quoted. Civic engagement proves to be dominated by the middle classes, since underprivileged people seem to be rare among volunteers. Their civic engagement is subject of the dissertation presented by this article. It is funded by the European Social Fund. The effects of the combination of individual preconditions, family backgrounds and social aspects on volunteer work are being analyzed.

**Schlüsselwörter** ► Bürgerschaftliches Engagement  
► Bürger ► soziale Benachteiligung ► schichtspezifisch ► Befragung ► Fallbeschreibung

**1 Einleitung** | Zahlreiche wissenschaftliche Publikationen widmen sich dem bürgerschaftlichen Engagement. Das Engagement sozial benachteiligter Menschen wird dabei nur vereinzelt zum Gegenstand der Analyse. Wie deren Einsatz wahrgenommen wird, zeigen zentrale Ergebnisse quantitativer und qualitativer Studien. Daraus ergeben sich offene Fragen, welche die Themenstellung einer Dissertation begründen.

**1-1 Stand der Forschung** | Einschlägige Untersuchungen, die sich mit dem freiwilligen Engagement befassen, zeigen eindeutige Ergebnisse in