

CASE MANAGEMENT IN DER SUCHT- UND DROGEN-HILFE

Ines Arendt

Zusammenfassung | Im ausdifferenzierten System der Sucht- und Drogenhilfe in Deutschland ist Case Management noch nicht systematisch verankert. Die Klientinnen und Klienten der Suchthilfe sind häufig gesundheitlich stark belastet und von Mehrfachexklusion betroffen. Dies macht die Sucht- und Drogenhilfe zu einem anspruchsvollen Arbeitsfeld, in dem Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter als Fachkräfte im Case Management auf der Fall- und auf der Systemebene professionell unterstützen können.

Abstract | Case Management is not yet implemented systematically in the complex support system for people with substance use problems in Germany. Women and men with substance use problems are often affected by health problems and social exclusion. The help system for addictions is a professional field in which social workers working as case managers can organize a suitable and fitting support for the clients on the individual level as well as on the system level.

Schlüsselwörter ► Case Management
► Suchtkrankenfürsorge ► Sozialarbeiter
► Methode ► Klient-Beziehung

Sucht- und Drogenhilfe in Deutschland | Das Drogen- und Suchthilfesystem in Deutschland ist im internationalen Vergleich gut aufgestellt. Das belegen 324 009 ambulante Betreuungen und 47 776 stationäre Behandlungen im Jahr 2016, die über den Deutschen Kerndatensatz in 1 074 Einrichtungen aus dem Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS) erfasst wurden (DHS 2018). Es gibt eine breite Angebotspalette, die Angebote für Hilfesuchende mit Suchtproblemen, problematischem oder riskantem Substanzkonsum oder ähnlichen Problemlagen umfasst. Diese breite Fächerung macht die Suchthilfe zu einem interdisziplinären Feld, an dem Professionelle aus verschiedenen Disziplinen beteiligt sind (Bartsch 2017). Das Hilfesystem wird aus Leistungen der Rentenversicherung, der Krankenversicherungen sowie aus kommunalen und Landesmitteln finanziert. Angebote von Institutionen

im Drogenhilfebereich reichen von Online-Informationen- und Beratungsangeboten, auch via Apps, über Telefonberatungen, klassische Beratungsstellen mit Face-to-face-Beratung, niedrigschwellige Einrichtungen (zum Beispiel Kontaktcafés, Tagestreffs) bis hin zu Versorgungsmöglichkeiten (Übernachtungsangebote, Versorgung mit Nahrungsmitteln, Nutzung von sanitären Anlagen, Waschmöglichkeiten etc.) und Konsumräumen mit der Möglichkeit des Spritzentausches für Menschen, die beispielsweise Heroin intravenös konsumieren. Darüber hinaus gibt es Rehabilitationseinrichtungen und Kliniken mit Therapieangeboten sowie Entgifungen, Substitutionsambulanzen, in denen Ersatzstoffbehandlungen für Opiatabhängige erfolgen, Wohnangebote, wie zum Beispiel Betreutes Wohnen in Wohngruppen nach §§ 53-54 SGB XII und Betreutes Einzelwohnen in der eigenen Wohnung nach § 67 SGB XII, Arbeits- und Beschäftigungsprojekte sowie tagesstrukturierende Maßnahmen. Zudem gibt es Selbsthilfegruppen und Angebote für Angehörige von Drogenabhängigen. Über Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe wird auch Suchtprävention betrieben.

Häufig liegt in Bezug auf die Angebote eine Unterscheidung zwischen legalem und illegalem Substanzkonsum und sogenannten stoffungebundenen Süchten vor. Bei den legalen Substanzen handelt es sich typischerweise um Alkohol, Tabak und Medikamente. Als illegale Substanzen gelten zum Beispiel Cannabis, Crack, Heroin, LSD und sogenannte Partydrogen, wie zum Beispiel Ecstasy und Amphetamine. Den stoffungebundenen Süchten lassen sich neben Essstörungen auch problematisches Glücksspielen sowie Sport-, Arbeits- und Internetsucht zuordnen. Ein aktuelles Phänomen, dessen Entwicklungsverlauf und Relevanz in den Angeboten der deutschen Suchthilfe noch nicht absehbar ist, sind die sogenannten Neuen Psychoaktiven Substanzen (NPS) und „Legal Highs“. Bei NPS handelt es sich um chemische Cannabinoide, die als „Badesalze“ oder „Kräutermischungen“ zumeist über das Internet vertrieben werden. Aufgrund der unbekannten Zusammensetzungen und Dosierungen sind die Schäden durch den Konsum von NPS schwer abzuschätzen. Die Prävalenzraten dieser Substanzen sind in Deutschland laut aktuellen Erhebungen jedoch sehr niedrig (Werse; Müller 2017).

Seit 1968 wird Sucht als Krankheit definiert. Wenn eine Chronifizierung vorliegt, können Substanzgebrauchsstörungen als Behinderung anerkannt werden.

Ein Vorteil dieses Verständnisses von Sucht ist, dass der Konsum von Substanzen nicht mehr als Willens- oder Charakterschwäche diffamiert wird. Andererseits geht die Definition „suchtkrank“ mit Stigmatisierungsprozessen einher. Diese sind jedoch nicht allein auf das Krankheitsverständnis zurückzuführen, sondern hängen vielmehr mit Begleitumständen des Substanzkonsums zusammen (Schomerus u.a. 2017), wie weiter unten im Text zu lesen sein wird. Im DSM-5, dem „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ in fünfter Auflage, werden mit dem Ziel der Entstigmatisierung Abhängigkeit und Missbrauch zu einem Störungsbild zusammengefasst („Substanzgebrauchsstörung“) (Rumpf; Kiefer 2011).

Klassischerweise werden Hilfeangebote der Sucht- und Drogenhilfe nach abstinenz- oder akzeptanzorientiert unterteilt. Abstinenzorientierung als Leitziel wirkt auf einen möglichst dauerhaften Konsumverzicht hin und ist in den entsprechenden Beratungs- und Hilfeangeboten darauf ausgerichtet, den Menschen bei der Erreichung und Aufrechterhaltung der Abstinenz zu unterstützen (Kleinemeier 2004). Akzeptanzorientierte Ansätze werden vor allem in niedrigschwellingen Einrichtungen praktiziert.

Beim sogenannten „Harm Reduction“-Ansatz geht es um eine Minimierung der Schäden, die durch den Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Substanzen sowie durch extreme Verhaltensweisen auftreten können. Menschen sollen bei der Suche nach einer Konsumart unterstützt werden, die möglichst wenige oder keine körperlichen und psychischen Schäden zur Folge hat. Klassische Harm-Reduction-Angebote im Bereich der legalen Substanzen sind beispielsweise Maßnahmen des „kontrollierten Trinkens“ (Stöver; Schmidt-Semisch 2012) und die Empfehlung des Umstiegs auf E-Zigaretten für Tabakkonsumenten (DHS 2016). Bezüglich des Konsums von Crack und Heroin wurden in den 1990er-Jahren erste Spritzen- und Konsumbestecktauschangebote sowie Informationen für den Schaden mindernden Drogengebrauch („Safer Use“) entwickelt (Stöver 1999). Diese sind inzwischen in typischerweise niedrigschwellingen Einrichtungen für Konsumentinnen und Konsumenten von Crack und Opiaten oder in Substitutionsambulanzen etabliert. Durch die Nutzung sauberer Konsumbestecke werden Infektionen mit Krankheiten wie HIV, Aids, Hepatitis C und anderen Infektionskrankheiten vermieden. Zahlreiche

Studien zeigen, dass die Infektionsraten für HIV inzwischen im einstelligen Bereich liegen, während die Hepatitis-C-Prävalenzen bei Studien zu Heroinabhängigen zwischen 40 und 75 Prozent liegen (RKI 2016).

Seit einigen Jahren etabliert sich der Ansatz der „zieloffenen Suchtarbeit“ (ZOS) in der Sucht- und Drogenhilfe. Bei der ZOS soll das Selbstbestimmungsrecht der einzelnen Person betont werden, eigene Ziele in Bezug auf den Substanzkonsum zu entwickeln (Körkel 2014). Die Selbstbestimmung kann sowohl das Anstreben der Abstinenz als auch die Fortführung des Konsums von Alkohol, Tabak oder illegalen Substanzen bedeuten. Die Idee ist, Menschen nicht durch große Hürden oder durch die Vorgabe eines anzustrebenden Lebensstils – vor allem in Bezug auf den Substanzkonsum – von der Inanspruchnahme notwendiger und sinnvoller Hilfen abzuhalten. Für die Einrichtungen der Drogenhilfe bedeutet die Arbeit im Sinne der ZOS eine Aufweichung der in der Fachwelt als „starr“ wahrgenommenen, co-existierenden Ansätze der Abstinenz- oder Akzeptanzorientierung. Aus fachlicher Sicht erscheint die strikte Unterteilung nach diesen Paradigmen ohnehin überholt. Professionelle Suchtherapeutinnen und Suchtberater sollten sich in erster Linie an den Zielen ihrer Klientel orientieren.

Soziale Arbeit in der Sucht- und Drogenhilfe | Im interdisziplinär ausgerichteten Feld der Sucht- und Drogenhilfe haben die Berufsgruppen der Sozialen Arbeit einen festen Platz. Einige Angebotsbereiche sind stärker durch diese Profession geprägt, wie zum Beispiel niedrigschwellige Einrichtungen und Beratungsangebote, die substitutionsbegleitende psychosoziale Beratung/Begleitung (PSB) und Wohn- und Beschäftigungsangebote, als andere, die eher medizinisch und therapeutisch dominiert sind.

Beim Blick in die Praxis der Suchthilfe wird deutlich, dass die fachliche und methodische Vorgehensweise in diesem professionellen Feld der Sozialen Arbeit sehr heterogen ist. Das berufliche Handeln ist von der Einrichtungskultur, dem Arbeitsauftrag und -konzept sowie dem professionellen Selbstverständnis und der fachlichen Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geprägt; verschiedene Methoden, Techniken und Interventionen kommen zum Einsatz. Einige Ansätze haben sich in der Suchthilfe jedoch fest etabliert, wie zum Beispiel „Motivational Inter-

viewing" (MI). Hierbei handelt es sich um einen Ansatz der Gesprächsführung, der vor mehr als 20 Jahren von *Miller* und *Rollnick* für die Arbeit mit Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen entwickelt wurde (*Miller; Rollnick* 2015). MI gilt als gut geeignet für die Arbeit mit Menschen mit komplexen Problemen und geringer Veränderungsbereitschaft. Die Veränderungsbereitschaft ist nicht Voraussetzung zur Hilfe, sondern kann als erstes Beratungsziel gelten. MI kann also dabei helfen, den ersten Zugang zur Klientel zu finden. Dies gelingt mit einer klientenzentrierten, aber direktiven Grundhaltung. Durch das Explorieren und Auflösen von Ambivalenzen soll die oder der Hilfe-suchende dabei unterstützt werden, eine intrinsische Motivation zur Verhaltensänderung, hier in Bezug auf den Konsum psychotroper Substanzen, zu entwickeln. Von der Beraterin oder dem Berater werden ein hohes Maß an Empathie sowie Akzeptanz und Partnerschaftlichkeit gefordert. Klientinnen und Klienten sollen vor allem in ihrer Selbstwirksamkeit gestärkt werden (*Miller; Rollnick* 2015).

Für Menschen mit Substanzkonsumstörung werden in der Drogenhilfe verschiedene strukturierter Konsumreduktionsprogramme oder Programme zur Rückfallprophylaxe für die Substanzen Alkohol, illegale Drogen und Tabak oder auch für problematisches Glücksspielen eingesetzt. Hierbei handelt es sich in der Regel um manualisierte Modelle, die im Einzel- oder Gruppensetting im ambulanten oder stationären Bereich angewandt werden. Die Erfahrungen aus der Praxis mit diesen Programmen sind positiv und Studien bestätigen die Wirksamkeit der Programme (*Degkwitz* 2014, *Körkel* u.a. 2011). Aktuelle Entwicklungen im Bereich der Konsumreduktionsmodelle sind der Einsatz von Apps oder online-gestützten Programmen, mit denen das eigene Konsumverhalten und Konsummengen monitorisiert und reduziert werden können.

Die beschriebenen Programme kommen sowohl in der eher abstinenzorientierten Arbeit als auch in den niedrigschwellingen Angeboten zum Einsatz. Das niedrigschwellige Arbeitsfeld ist eher von Harm-Reduction-Ansätzen, Krisenintervention und Überlebenshilfe geprägt, bei der mitunter recht kurzfristig Hilfen organisiert werden müssen. Diese können neben der Organisation medizinischer Hilfen sowohl die Versorgung mit einem Schlafplatz und mit Nahrungsmitteln beinhalten als auch die Unterstützung

in justiziellen Angelegenheiten, bei der Abwendung des drohenden Wohnungs- oder Schlafplatzverlustes oder beim finanziellen Lebensunterhalt. Auch bei der Krisenintervention kommen Gesprächstechniken wie MI sinnvollerweise zum Einsatz und können sich positiv auf die Arbeitsbeziehung zwischen Klientin oder Klient und Fachkraft auswirken. Krisenintervention kann ein Einstieg in einen systematischen und strukturierten Hilfeprozess sein, da sie neben der Überlebenshilfe in Einrichtungen der niedrigschwellingen Drogenhilfe in vielen Fällen einen ersten Zugang zur Klientel ermöglicht.

Case Management in der Sucht- und Drogenhilfe | Case Management (CM) hat in der Sucht- und Drogenhilfe seit 20 Jahren einen festen Platz und kommt sowohl in der Arbeit mit Alkoholabhängigen als auch mit Menschen, die illegale Drogen konsumieren, zum Einsatz. CM ist nicht systematisch im Hilfesystem verankert, sondern wird vielmehr von einzelnen Institutionen oder Einrichtungsverbünden implementiert oder zumeist auf Fallebene umgesetzt. Hierbei wird es vor allem im Beratungskontext, der PSB (psychosoziale Beratung/Begleitung während der Substitutionsbehandlung), im Betreuten Wohnen nach SGB XII §§ 53/54 oder SGB XII §§ 67 und ähnlichen Settings eingesetzt.

Klientinnen und Klienten der Suchthilfe sind häufig von Mehrfachexklusion (*Schmid* 2013) und Stigmatisierung (*Schomerus* u.a. 2017) betroffen. Neben der Sucht und häufig damit einhergehenden körperlichen Krankheiten identifiziert *Schmid* (2013) Bereiche, in denen Drogenabhängige von Ausgrenzungsprozessen betroffen sind: Erwerbsarbeit, Berufsausbildung, Schulden, Haftfahrung, Partnerbeziehung, politische Partizipation, Freizeit und soziale Netzwerke, Wohnsituation und Schulabschluss. Stigmatisierungen von Menschen mit Substanzkonsumstörungen und deren Angehörigen liegen häufig in Form von Schuldzuweisungen oder einer abschätzigen Behandlung durch Mitarbeitende von Institutionen des Hilfe-, Gesundheits- und Rechtssystems vor (*Schomerus* u.a. 2017). Die Lebenswelt von Menschen, die beispielsweise illegale Drogen wie Heroin konsumieren, ist bei einer langjährigen Substanzgebrauchsstörung neben körperlichen Erkrankungen von negativen biografischen Erfahrungen und psychosozialen Problemlagen geprägt, die von professioneller Seite anspruchsvolle Unterstützungsleistungen erfordern.

Die Hilfelandschaft der Suchtkrankenhilfe setzt sich wie beschrieben aus einer Vielzahl verschiedener sozialer und medizinischer Hilfeleistungen zusammen, was die einzelfallbezogene und strukturelle Vernetzung und Koordination der Hilfe über die jeweiligen Hilfesystemgrenzen ebenfalls zu einer anspruchsvollen Aufgabe macht und die Kooperation zwischen den einzelnen Institutionen erschwert. In der Ausdifferenzierung liegt jedoch auch eine Stärke, da eine besonders personenbezogene Hilfe organisiert werden kann (Bartsch 2017). Das CM-Verfahren kann sowohl auf der Fall- als auch auf der Systemebene eine sinnvolle Methode sein.

Die Vielzahl der Problemlagen und die zumeist hohe Anzahl der beteiligten Hilfen aus dem Feld der Suchthilfe erfordert eine Bündelung der Unterstützungsleistung durch eine Case Managerin oder einen Case Manager. Hierbei genügt es jedoch nicht, nur zwischen den einzelnen Hilfen zu vermitteln. Durch Motivationsarbeit und den Aufbau einer professionellen Arbeitsbeziehung kann die Klientin oder der Klient bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung von Zielen in einem strukturierten Hilfeprozess unterstützt werden.

Auch die Suche nach passenden Unterstützungsleistungen kann sich in dem ausdifferenzierten Drogenhilfesystem mitunter als schwierig erweisen. Durch die Hilfestellung bei der Kontaktaufnahme und durch die Begleitung zu einzelnen Diensten kann es mithilfe einer Fachkraft im CM gelingen, zu einem sinnvollen Hilfeangebot hinzuführen. Wie bereits dargelegt, ist der Zugang zu bestimmten Hilfen für Menschen mit einer Substanzgebrauchsstörung häufig erschwert. Eine besondere Stärke von Case Management liegt auf der Schnittstellen- und Netzwerkebene und darin, Hilfen aus den verschiedenen Systemen zu organisieren. Die Stärken von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern als CM-Fachkräfte liegen in ihren spezifischen Kenntnissen über die unterschiedlichen Funktionsweisen, Abläufe und Rechtsvorschriften in den Systemen sowie in der Beherrschung der Sprache und „Codes“ der Berufsgruppen, die in den verschiedenen Systemen tätig sind (Schmid 2013). Darin drückt sich die CM-Rolle „advocacy“ sehr treffend aus, da mitunter gemeinsam mit der Klientel und teilweise auch stellvertretend für die Hilfesuchenden zwischen den Lebenswelten und Systemen übersetzt und vermittelt werden muss.

In der Sucht- und Drogenhilfe wurde Case Management in der Arbeit mit opiatabhängigen Menschen, die sich in Substitutionsprogrammen befinden, wissenschaftlich erprobt. Beim „MOCA“ (Motivational Case Management) handelt es sich um ein Verfahren, bei dem der Ansatz der Motivierenden Gesprächsführung von *Miller* und *Rollnick* mit dem CM-Phasenmodell kombiniert wurde (Schmid u.a. 2012). Im Rahmen der Heroinstudie wurde MOCA umfassend evaluiert. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass es sich bei Case Management um eine geeignete Methode handelt, um mit den Klientinnen und Klienten in Kontakt zu bleiben. Wenn die Fachkraft das strukturierte Verfahren angewandt hatte, konnten die Klientinnen und Klienten ihre definierten Ziele besser erreichen, als wenn nur einzelne Phasen von Case Management umgesetzt wurden oder das Modell nicht angewendet wurde. Die besten Betreuungsergebnisse in der Studie wurden erzielt, wenn die Case Managerin oder der Case Manager möglichst alle Phasen des CM-Phasenmodells durchlaufen hatte (Kuhn u.a. 2007).

Case Management im Modellprojekt „Alters-CM3“ | Seit mehreren Jahren wird in der Suchthilfe darüber diskutiert, dass das Durchschnittsalter der Heroinabhängigen in Deutschland immer weiter ansteigt und viele inzwischen in der zweiten Lebenshälfte angekommen sind. In dem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Modellprojekt Alters-CM3¹ wurden vom Projektteam an der Hochschule Koblenz und in Kooperation mit der Katholischen Hochschule NRW, Abt. Köln, die Implementierung und Umsetzung von CM in zirka zehn Einrichtungen der Suchthilfe in Frankfurt am Main, Koblenz, Köln und Düsseldorf evaluiert. Hierfür wurden 21 Fachkräfte aus der Drogenhilfe in einer speziell für die Studie und für die Zielgruppe konzipierten Weiterbildung zu zertifizierten Case Managerinnen und Case Managern ausgebildet. Im Anschluss an die Weiterbildung begleiteten sie Klientinnen und Klienten über einen Zeitraum von sechs Monaten durch Case Management. In die Studie wurden Personen aufgenommen, die mindestens seit zehn Jahren Opiate konsumierten beziehungsweise sich in einer Substitutionsbehandlung befanden und 45 Jahre oder älter waren.

¹ Projektname: „Drogenabhängigkeit im Alter: Erfahrungs-, lebenswelt- und versorgungssystem-orientiertes Case Management für ältere drogenabhängige Menschen in drei Regionen – Alters-CM3“, Projektlaufzeit 1.11.2014 bis 31.10.2017

Als Grundlage für „CM für ältere Drogenabhängige“ dient das MOCA-Modell (Schmid u.a. 2012). Integriert wird zudem der Ansatz der Stärkenorientierung, der sehr anschaulich von Ehlers, Müller und Schuster im „Stärkenorientierten Case Management“ beschrieben wird (Ehlers u.a. 2017). Bei diesem Ansatz handelt es sich um eine professionelle Haltung (Rapp; Goscha 2012), die seit einigen Jahren auch in der Sozialen Arbeit in Deutschland Anwendung findet. Bei der Stärkenorientierung werden anders als bei der Ressourcenorientierung vor allem die inneren Stärken einer Person in den Fokus genommen, wie zum Beispiel persönliche Fertigkeiten, Interessen, Talente, Lebensziele und Eigenschaften (Ehlers u.a. 2017).

Das Manual „Case Management für ältere Drogenabhängige“ wurde an die spezifischen Bedarfe der Zielgruppe angepasst: Die Phase „Assessment“ kann beispielsweise verkürzt werden, da viele ältere Drogenabhängige bereits mehrfach in umfangreiche Assessmentverfahren eingebunden waren und die vielfältig vorhandenen Daten – selbstverständlich mit dem Einverständnis der Klientin oder des Klienten – genutzt werden können. Durch die Stärkenausrichtung wird bereits das Assessment um eine neue Dimension erweitert, indem in dieser Phase im Dialog die spezifischen Stärken der Klientin oder des Klienten eruiert werden. Das „Hilfeplanverfahren“ wird durch den Begriff der „Aktionsplanung“ ersetzt. Hintergrund ist, dass von langwierigen Hilfeplänen Abstand genommen werden soll und zur Zielerreichung vielmehr einzelne Aktionen gemeinsam mit der Klientin oder dem Klienten geplant werden, die kleinschrittig und realistisch umzusetzen und passgenau zum formulierten Ziel sind. Hierfür diente das Modell der „Problem Solving Therapy (PST)“ (Rosen u.a. 2011). Beim stärkenbasierten CM für ältere Drogenabhängige soll zudem je nach Einzelfall entschieden werden, ob altersbedingte Anpassungen der Unterstützung notwendig sind, wie zum Beispiel eher aufsuchende Hilfen, eine Verlangsamung des Prozesses durch das Verteilen einzelner Case-Management-Elemente auf mehrere Sitzungen oder die Integration altersbedingter Hilfen. Weitere Spezifika sind die Einbeziehung von Themen wie Konsum- und Beigebrauchsreduktion, Beschäftigung und Tagesstrukturierung, Teilhabe und Inklusion sowie Sport und Gesundheitsförderung. Zur Sicherstellung der Umsetzbarkeit wurde das CM-Konzept für ältere Drogenabhängige in engem Austausch mit der Praxis erstellt (Schmid u.a. 2016, Arendt u.a. 2017).

Es hat sich in dieser Studie gezeigt, dass CM ein für die Drogenhilfe umsetzbarer und geeigneter Ansatz ist, der von der Anwenderin oder dem Anwender Überzeugung von der Methode, Fachwissen und Engagement fordert. Die detaillierten Auswertungen der Datenerhebungen werden in den nächsten Monaten veröffentlicht. Weitere Informationen und Erkenntnisse aus dem Projekt „Alters-CM3“ werden hier im Doppelheft Soziale Arbeit von Schmid berichtet.

Aktuelle Entwicklungen und Ausblick | Im beschriebenen Modellprojekt wurde Case Management in der Arbeit mit älteren Drogenabhängigen unter anderem in dem Arbeitsfeld der PSB (psycho-soziale Beratung/Begleitung) erprobt und evaluiert. Ein strukturelles Merkmal der PSB ist, dass diese in den einzelnen Einrichtungen und Substitutionsambulanzen sehr unterschiedlich umgesetzt wird und keine aktuellen Standards existieren. Die empfohlene Vorgehensweise in der PSB aus den Standards der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) ähnelt in ihrer Systematik (Clearing – Assessment – Hilfeplanung und -umsetzung) den Grundzügen des Case-Management-Phasenmodells (DHS 2010). Die Übertragung des CM-Ansatzes auf die die Substitutionsbehandlung begleitende psychosoziale Beratung (PSB) wird als sinnvoll eingeschätzt, wie anhand von Studien und Best-Practice-Beispielen aufgezeigt wurde. Erfahrungen in anderen Arbeitsbereichen zeigen, dass eine Anpassung des CM-Ansatzes an die spezifischen Anforderungen des Arbeitsfeldes die Implementierung von Case Management erleichtern kann. Die Überführung der Eingliederungshilfe in das neue Bundesteilhabegesetz (BTHG, SGB IX), das auch für die Suchthilfe relevant ist, könnte für eine strukturelle Implementierung von Case Management eine gute Gelegenheit sein.

Abschließend soll noch auf drei Forderungen aus dem „Lübecker Memorandum zur Zukunft der Suchtkrankenversorgung“ (Rumpf u.a. 2017), einer Zusammenstellung von Empfehlungen für die Suchthilfe aus einer Gruppe von Expertinnen und Experten, im Zusammenhang mit CM eingegangen werden. Zur Umsetzung des Ziels „Verbesserung von Schnittstellen und Vernetzung“ kann CM einen Beitrag leisten, da eine spezifische Stärke von Case Management darin liegt, Schnittstellen zu identifizieren und an diesen anzusetzen. Dies gelingt, wie weiter oben detailliert skizziert, durch Netzwerkarbeit und Kooperation.

Durch die Einbeziehung der Klientel wird dafür Sorge getragen, dass eine für den individuellen Fall sinnvolle und ineinander greifende Hilfe im System organisiert wird. Auch zur Erreichung des Ziels, Stigmatisierung abzubauen und sich an den Betroffenen und Zielgruppen zu orientieren, kann CM hilfreich sein. Die Stigmatisierung von Menschen mit Suchterkrankungen kann dazu führen, dass Hilfen von Betroffenen aufgrund von Scham oder mangelnder Aufklärung nicht in Anspruch genommen werden oder ihnen diese aufgrund verschiedener Vorbehalte nicht zugänglich gemacht werden. Mit einer Case Managerin oder einem Case Manager kann diesem Ausschluss von notwendigen Hilfen und Angeboten entgegengewirkt werden. Voraussetzung ist, dass die Fachkräfte für diese Themen sensibilisiert sind, Exklusionsmechanismen erkennen und diesen mit Engagement und Fachwissen gezielt entgegenwirken können.

Der „Forderung nach evidenzbasierten Modellen“ wird nachgekommen, denn es gibt inzwischen einige belastbare Studienergebnisse, mit denen nachgewiesen werden kann, dass CM umsetzbar ist und zu Verbesserungen führen kann (Rapp u.a. 2014). Auch die in diesem Beitrag vorgestellten Studien konnten zeigen, dass CM ein Modell ist, das die Arbeit von Fachkräften im Bereich der Drogenhilfe bereichern kann und von dem auch die jeweilige Klientel profitieren kann. Der Forderung, dass sich Forschung und Praxis jeweils gegenseitig unterstützen, kommen die dargestellten Forschungsprojekte nach, da sie anwendungsorientiert und in engem Austausch mit den kooperierenden Praxispartnern umgesetzt wurden.

Ines Arendt, B.A. Sozialarbeiterin und M.A. Erziehungswissenschaftlerin, Case Managerin (DGCC), Hochschule Koblenz, Fachbereich Sozialwissenschaften, Institut für Forschung und Weiterbildung (IFW), wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin im Bereich der Suchtforschung; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln, Referat 1-13 „Prävention des Substanzmissbrauchs und Suchtprävention“, Referentin für Alkoholprävention. E-Mail: arendt@hs-koblenz.de

Literatur

- Arendt**, I.; Follmann-Muth, K.; Schmid, M.; Vogt, I.: Stärkenbasiertes Case Management in der Arbeit mit drogenkonsumierenden Männern und Frauen ab 45 Jahren. In: Stöver, Heino; Jamin, Daniela; Padberg, Christina (Hrsg.): Ältere Drogenabhängige. Versorgung und Bedarfe. Frankfurt am Main 2017, S. 214-235
- Bartsch**, G.: Suchthilfe in Deutschland. In: SuchtMagazin 2&3/2017, S. 5-12
- Degkwitz**, P.: Konsumreduktion oder die (unabgeschlossene Geschichte der) Zieldifferenzierung in der Suchtbehandlung. In: Suchttherapie 4/2014, S. 154-164
- DHS** – Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen: Positionspapier „Psychosoziale Betreuung Substituierter“. Hamm 2010
- DHS** – Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen: „Harm Reduction“: Verringerung von tabakrauchbedingten Gesundheitsschäden durch E-Zigaretten? Stellungnahme der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Hamm 2016
- DHS** – Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen: DHS Jahrbuch Sucht. Berlin und Hamm 2018
- Ehlers**, C.; Müller, M.; Schuster, F.: Stärkenorientiertes Case Management: Komplexe Fälle in fünf Schritten bearbeiten. Opladen 2017
- Kleinemeier**, E.: Ziele der Suchttherapie. In: Krausz, M.; Haasen, C.: Kompendium Sucht. Stuttgart u.a. 2004
- Körkel**, J.: Zielförmige Suchtarbeit: Jenseits von Entweder - Oder. In: Suchttherapie 4/2014, S. 165-173
- Körkel**, J.; Becker, G.; Happel, H.-V.; Lipsmeier, G.: Selbstkontrollierte Reduktion des Drogenkonsums: Eine randomisierte kontrollierte klinische Studie in der niedrigschwierigen Drogenhilfe. Frankfurt am Main 2011
- Kuhn**, S.; Schu, M.; Vogt, I.; Schmid, M.; Simmedinger, R.; Schlanstedt, G.; Farnbach, G.; Verthein, U.; Haasen, C.: Die psychosoziale Behandlung im bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger. In: Sucht 5/2007, S. 278-287
- Miller**, W.R.; Rollnick, S.: Motivierende Gesprächsführung. 3. Auflage. Freiburg im Breisgau 2015
- Rapp**, C.A.; Goscha, R.: The Strengths Model. A Recovery-Oriented Approach to Mental Health Services. New York u.a. 2012
- Rapp**, R.C.; van den Noortgate, W.; Broekaert, E.; Vanderplasschen, W.: The Efficacy of Case Management with Persons who have Substance Abuse Problems: A Three-Level Meta-Analysis of Outcomes. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology 4/2014, pp. 605-618
- RKI** – Robert Koch-Institut: Abschlussbericht der Studie „Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland“ (DRUCK-Studie). Berlin 2016
- Rosen**, D.; Morse, J.Q.; Reynolds, C.F.: Adapting problem-solving therapy for depressed older adults in methadone maintenance treatment. In: Journal of Substance Abuse Treatment 2/2011, pp. 132-141
- Rumpf**, H.-J.; Bischof, G.; Bischof, A.; Hoch, E. und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Lübecker Zukunftswerkstatt: Lübecker Memorandum zur Zukunft der Sucht-krankenversorgung. In: SUCHT 3/2017, S. 169-174

- Rumpf, H.-J.; Kiefer, F.:** DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssüchte. In: SUCHT 1/2011, S. 45-48
- Schmid, M.:** Case Management als Antwort auf Probleme der Inklusion/Exklusion in modernen Sozialstaaten. In: Ehlers, C.; Broer, W. (Hrsg.): Case Management in der Sozialen Arbeit. Leverkusen 2013
- Schmid, M.; Hoff, T.; Arendt, I.; Follmann-Muth, K.; Kuhn, U.; Vogt, I.:** Case Management für ältere Drogenabhängige – ein Modellprojekt zu Case Management in der Drogenhilfe. In: Case Management 4/2016, S. 176-182
- Schmid, M.; Schu, M.; Vogt, I.:** Motivational Case Management. Ein Manual für die Drogen- und Suchthilfe. Heidelberg 2012
- Schomerus, G.; Bauch, A.; Elger, B. u.a.:** Memorandum. Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden. In: SUCHT 5/2017
- Stöver, H.:** Akzeptierende Drogenarbeit. Freiburg im Breisgau 1999
- Stöver, H.; Schmidt-Semisch, H.:** Saufen mit Sinn? Harm Reduction beim Alkoholkonsum. Frankfurt am Main 2012
- Werse, B.; Müller, D.:** NPS-Konsum in Deutschland – Ein Überblick über die Verbreitung von neuen psychoaktiven Substanzen, Konsumierendengruppen und Konsummotivationen zum Zeitpunkt der Einführung des NpSG. In: Suchttherapie 4/2017, S. 200-205

CASE MANAGEMENT UND MANDATSFÜHRUNG IM KINDES- UND ERWACHSENENSCHUTZ IN DER SCHWEIZ | Potenzial für „best friends“ oder doch bloß für „entfernte Bekannte“?

Anita Nelson; Ursula Leuthold

Zusammenfassung | Das Verhältnis zwischen Case Management und Mandatsführung im Kindes- und Erwachsenenschutz lässt sich metaphorisch gesprochen als Freundschaft mit nicht ausgeschöpftem Potenzial entwerfen. Sie sind eher „entfernte Bekannte“ als „best friends“. Wir sind der Ansicht, dass dies auf Missverständnissen beruht, da vieles für mehr Nähe spricht. Die Missverständnisse werden ausgelotet und machen deutlich, dass die handlungsfeldspezifische Entwicklung nur gemeinsam unter Einbezug aller Anspruchsgruppen gelingen kann.

Abstract | The relationship between case management and casework in child and adult protection can be framed metaphorically speaking as friendship, which has not reached full potential. They are rather "distant acquaintances" then "best friends", although more closeness is implied. We believe that this stems from misunderstandings. Untangled they show that the field specific development can succeed only together with the involvement of all stakeholder groups.

Schlüsselwörter ▶ Case Management
 ▶ Kinderschutz ▶ Methode ▶ Sozialarbeit
 ▶ Schweiz

Grundmerkmale des Kindes- und Erwachsenenschutzes in der Schweiz | Die schweizerische Besonderheit im Handlungsfeld des Kindes- und Erwachsenenschutzes ist bereits im „und“ der beiden Schutzbetroffenen augenscheinlich. Was in Deutschland beispielsweise unter rechtliche Handlungsfähigkeit und Betreuungsrecht für den Erwachsenenschutz oder Kindeswohl und Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe für den Kinderschutz getrennt diskutiert