

Soziale Arbeit

November-Dezember 2007

56. Jahrgang

Professor Dr. Heiko Kleve ist Dipl.-Sozialarbeiter und Soziologe. Er lehrt Soziale Arbeit an der Fachhochschule Potsdam, Fachbereich Sozialwesen, Friedrich-Ebert-Straße 4, 14467 Potsdam
E-Mail: kleve@fh-potsdam.de

Professor Dr. Michael Galuske lehrt Sozialpädagogik am Fachbereich Sozialwesen der Universität Kassel, Arnold-Bode-Straße 10, 34109 Kassel
E-Mail: galuske@uni-kassel.de

Professor Dr. Manfred Neuffer ist Dipl.-Sozialarbeiter und lehrt an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Fachbereich Sozialpädagogik, Saarlandstraße 30, 22303 Hamburg
E-Mail: neuffer@sp.haw-hamburg.de

Professor Dr. Wolfgang Hinte ist Dipl.-Pädagoge und Hochschullehrer für Sozialpädagogik an der Universität Duisburg-Essen, Institut für Stadtteilbezogene Soziale Arbeit und Beratung, Holzstraße 7-9, 45141 Essen
E-Mail: issab@uni-duisburg-essen.de

Professor Dr. Peter Pantucek ist Dipl.-Sozialarbeiter, Soziologe und Supervisor. Er leitet den Bachelorstudiengang Soziale Arbeit sowie das Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung an der Fachhochschule St. Pölten/Österreich, Matthias-Corvinus-Straße 15, 3100 St. Pölten
E-Mail: peter@pantucek.com

Corinna Ehlers ist Dipl.-Sozialarbeiterin und Gesundheitswissenschaftlerin (MPH), zertifizierte Case Managerin und Ausbilderin (DGCC). Sie ist Gastdozentin an der Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin im Studiengang Pflege/Pflegemanagement, Alice-Salomon-Platz 5, D-12627 Berlin
E-Mail: corinna.ehlers@t-online.de

Case Management in Deutschland 403
Diskurse und Konfliktlinien – ein Prolog
Heiko Kleve, Potsdam

DZI-Kolumne 405

Case Management und aktivierender Sozialstaat 409
Kritische Anmerkungen zu einer Erfolgsgeschichte
Michael Galuske, Kassel

Beziehungsarbeit im Case Management 417
Manfred Neuffer, Hamburg

Wer beteiligt wen? 425
Willen und Wünsche im Case Management
Wolfgang Hinte, Duisburg-Essen

Falleinschätzung im Case Management 432
Peter Pantucek, St. Pölten

Case Management in Krankenhäusern 440
Corinna Ehlers, Berlin

Case Management in der Kinder- und Jugendhilfe 444
Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser
Andreas Hampe-Grosser, Berlin

Fallmanagement in der Beschäftigungsförderung 448
Edgar Kemp, Hamburg

Case Management der Berliner Koordinierungsstellen Rund ums Alter 451
Uta Reiberg, Berlin

Die Zukunft des Case Managements 460
Was zu erwarten, was zu tun und wofür auszubilden ist
Wolf Rainer Wendt, Stuttgart



Eigenverlag
Deutsches Zentralinstitut für soziale Fragen

Andreas Hampe-Grosser ist Dipl.-Sozialarbeiter, Familientherapeut und Case Managementausbilder. Er arbeitet als Regionalleiter im Allgemeinen Sozialpädagogischen Dienst eines Berliner Jugendamtes. Privatanschrift: Hiltrud-Dudek-Weg 18, 12355 Berlin, E-Mail: AhaGro@t-online.de

Edgar Kemp ist Dipl.-Pädagoge und Evangelischer Sozialsekretär. Er arbeitet im Kirchlichen Dienst in der Arbeitswelt (KDA), Königstraße 54, 22767 Hamburg, E-Mail: ekemp@kda-nordelbien.de

Uta Reiberg ist Dipl.-Pädagogin und Ausbilderin für Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Sie leitet die Koordinierungsstelle Rund ums Alter Reinickendorf (Träger Albatros e.V.), Wilhelmsruher Damm 116, 13439 Berlin E-Mail: u.reiberg@albatrosev.de

Professor Dr. Wolf Rainer Wendt, ehemals Leiter des Ausbildungsbereichs Sozialwesen der Berufsakademie Stuttgart, ist Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGGC). Privatanschrift: Knödlerstraße 5, 70597 Stuttgart, E-Mail: wendt@imails.de

Rundschau Allgemeines	470
Soziales	470
Gesundheit	471
Jugend und Familie	472
Ausbildung und Beruf	473

Tagungskalender	474
------------------------	------------

Bibliographie Zeitschriften	475
------------------------------------	------------

Verlagsbesprechungen	479
-----------------------------	------------

Impressum	480
------------------	------------

Der Ausgabe liegt ein Prospekt des Nomos-Verlages bei.

Case Management in Deutschland

Diskurse und Konfliktlinien – ein Prolog

Heiko Kleve

Ausgangspunkte einer Kritik

Case Management ist in aller Munde: in der Praxis, in der Theorie sowie in der Lehre und Weiterbildung, ja selbst in der Politik. In zahlreichen praktischen Feldern, etwa in verschiedenen Bereichen der Sozialen Arbeit (zum Beispiel in der Kinder- und Jugend-, der Alten- oder der Suchthilfe), im Gesundheitswesen (wie im Krankenhaus) oder in der Beschäftigungsförderung beziehungsweise Arbeitsmarktintegration, wird von Case Management gesprochen und von diesem Ansatz viel erwartet. Auch aus den theoretischen Diskursen von professionellen und wissenschaftlichen Vereinigungen der genannten Bereiche ist Case Management nicht mehr wegzudenken.

So konnte sich vor einigen Jahren, ausgehend von Initiativen der „Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit“ (DGS), des „Deutschen Berufsverbandes für Soziale Arbeit“ (DBSH) und des „Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe“ (DBfK), eine neue Gesellschaft gründen: die „Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management“ (DGCC; Internetpräsenz: <http://www.dgcc.de>). Diese Gesellschaft hat sich vier wesentliche Aufgaben gestellt: den Fachdiskurs zum Case Management (insbesondere mit der Zeitschrift gleichen Namens und der regelmäßigen Durchführung von Tagungen) zu vereinen; verbindliche Ausbildungsstandards für die Qualifizierung von Case Managern und Managerinnen zu entwickeln; entsprechende Ausbildungsinstitute, von denen es in Deutschland inzwischen fast vierzig gibt, zu zertifizieren und letztlich die Einführung (Implementierung) von Case Management in den genannten und weiteren Handlungsfeldern (zum Beispiel auch im Versicherungswesen) wohlwollend bis kritisch und vor allem wissenschaftlich-reflektiert zu begleiten.

Wenn bereits so viel über Case Management debattiert und diskutiert wird, warum haben wir uns dann entschieden, auch noch ein Doppelheft der Zeitschrift „Soziale Arbeit“ zu diesem Thema zu publizieren? – so fragen sich jetzt möglicherweise einige Leserinnen und Leser. In den Beiträgen, die hier vereint sind, wird Case Management nicht nur aus der Innenperspektive der Protagonisten dieses Ansatzes

diskutiert, wie dies beispielsweise zumeist in den Heften der Zeitschrift „Case Management“ der Fall ist. Vielmehr werden auch kritische Töne angestimmt, die zumindest in jenen Diskursen kaum zu vernehmen sind, in welchen man sich immer schon einig ist, dass Case Management als zukunftsweisendes und innovatives Prinzip der Fall- und Systemsteuerung in humanen Dienstleistungen einzuführen beziehungsweise auszubauen ist. Auch auf Tagungen hören sich zumeist die Befürwortenden des Ansatzes gegenseitig zu. Und wenn dann einmal Veranstaltungen (wie die Tagung „Case Management als Brücke“ im Februar 2007 an der Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin) durchgeführt werden, auf denen attackierende Töne zu vernehmen sind, wird den Rednern Unkenntnis und den Veranstaltenden die Unfähigkeit vorgeworfen, die passenden Referierenden zu engagieren.

Die Differenz von Theorie und Praxis

Weiterhin wirken die befürwortenden Case Managementdiskurse mitunter so, als ob man sehr genau wisse, wie Case Management unkompliziert und passend einzuführen und von den Fachkräften der Praxis auszugestalten ist. Hier reproduziert sich offenbar die alte hierarchische Vorstellung des Verhältnisses von Theorie und Praxis. Demnach habe die Theorie die Aufgabe, die Praxis zu steuern und anzuleiten. Die Ansicht, dass diese Vorstellung zu einfach ist, und dass sie spätestens seit der Erkenntnis von der funktionalen Differenzierung von wissenschaftlichen Disziplinen und Professionen beziehungsweise von Wissenschafts- und Anwendungssystemen nicht mehr haltbar ist (grundsätzlich dazu *Luhmann* 1981, für die Soziale Arbeit *Dewe* u. a. 1995), scheint von zahlreichen Case Managementverfechtenden nicht geteilt zu werden. Nur so ist es wohl zu erklären, wenn sich zum Beispiel auf Tagungen Fachkräfte der Theorie des Case Managements über Fachkräfte der Praxis erregen, die durch die Art und Weise, wie sie Case Management ein- und durchführen, die „Reinheit“ des Ansatzes beschmutzen würden. Zwar werde in der Praxis oft von Case Management gesprochen, aber nur selten werde es praktiziert – so eine häufige Kritik aus der theoretischen Perspektive der „Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management“.

Die Erfahrung, dass die Praxis dies häufig anders sieht, wird verständlich, wenn wir (differenzierungstheoretisch) bedenken, dass in der Theorie und in der Praxis von unterschiedlichen Bewertungskriterien ausgegangen wird. Theorie und Praxis, Disziplin und Profession, Wissenschaft und Anwendung lassen sich als zwei differente Systeme betrachten, in

denen unterschiedliche Logiken und Rationalitäten herrschen. Daher ist es mehr als unwahrscheinlich, dass sich Case Management so implementieren und ausfüllen lässt, wie es die Theoretiker und Theoretikerinnen ersonnen haben.

Hier sind wir bereits bei Fragen, die in diesem Heft zwar nicht explizit behandelt werden, die aber hinsichtlich des Case Managements sehr zentral sind: Wie kann dieser Ansatz in die Praxis implementiert werden? Ist die Implementierung so möglich, wie sie an den sprichwörtlichen grünen Tischen geplant wurde? Was ist überhaupt erfolgreiche Implementierung, und wie lässt sich diese realisieren? Bevor ich zu den einzelnen Themenbereichen der Autorinnen und Autoren dieses Heftes komme, möchte ich einige Thesen formulieren, die als Antworten zu den aufgeworfenen Fragen diskutiert werden könnten, die aber zugleich auch die oben angedeuteten Vorstellungen vieler Case Managementprotagonisten zur Implementierung mehr als zweifelhaft erscheinen lassen.

Implementierung und postheroisches Management

Bei Einrichtungen, die in der Sozialen Arbeit, dem Gesundheitssystem oder der Beschäftigungsförderung sogenannte Humandienstleistungen organisieren, handelt es sich um komplexe Gebilde, um Organisationssysteme. Die neueren Theorien zur Steuerung und zum Wissensmanagement solcher komplexen Systeme (zusammenfassend dazu *Willke* 1994, 1995, 2004) gehen zumeist davon aus, dass Organisationen nur sehr begrenzt zielgerichtet gesteuert und geführt werden können. Mit *Dirk Baecker* (1994) könnte man deshalb davon sprechen, dass wir hinsichtlich dieser Systeme ein postheroisches Steuern und Führen benötigen, um die systemischen Unplanbarkeiten und Kontingenzen grundsätzlich anzuerkennen und konstruktiv zu nutzen. Allerdings setzen sich „[p]ostheroische Elemente des Managements ... nur langsam in unseren Organisationen durch“ (*ebd.*, S. 9). Denn sie „arbeiten gegenläufig zu deren Prinzip der Absorption von Ungewißheit, des Wegarbeitens des Zweifels. Oft stehen sie auf verlorenen Posten. Vielfach will man nichts von ihnen wissen. Und dennoch sind sie die andere Seite einer Medaille, deren bekanntere Seite einer ‚unentrinnbaren Bürokratisierung‘ man seit Max Weber oft genug beschrieben hat“ (*ebd.*).

Die meisten Versuche, die Soziale Arbeit und das Gesundheitssystem sowie die Beschäftigtenförderung zu ökonomisieren, sind sicherlich nicht im Sinne eines postheroischen Managements zu interpretieren

– im Gegenteil: Die Wirkungen, die diese Ökonomisierung zeitigen, gehen eher in Richtung weiterer Bürokratisierung. Die Praktiker und Praktikerinnen wissen ein Lied davon zu singen, wenn sie sich darüber beklagen, dass die Zeit für die interaktive Arbeit, etwa für Beratungen, Unterstützungen und Hilfen für die Klientel in den verschiedensten Formen, zugunsten der verwaltenden, berichtenden und überprüfenden (bürokratischen) Tätigkeit stetig knapper zu werden scheint. Hier ist (hoffentlich nicht allzu naiv) zu wünschen, dass das Case Management diesen Trend nicht ebenfalls forciert. Postheroisches Management jedenfalls setzt seinen Schwerpunkt eher auf den Ausbau der individuellen und organisatorischen Fähigkeiten, Ungewissheit, Unplanbarkeit und Nichtwissen auszuhalten und als kreative Elemente zur Entwicklung von Organisationen zu nutzen. Es sensibilisiert zugleich dafür, dass es ein Mythos ist zu glauben, verbesserte Pläne, ausgefeiltere Dokumentationen oder bürokratischere Überwachungen würden die Praxiserfolge steigern.

Weiterhin akzeptieren solche Management- und Steuerungsstrategien die erwähnte Diskrepanz von Theorie und Praxis und sehen darin kein Defizit, gegen das es anzuarbeiten, das es durch noch detailliertere Pläne und ausgeklügeltere Strategien zu beseitigen gilt. Vielmehr zeichnet sich postheroisches Vorgehen dadurch aus, dass es die Differenzen zwischen theoretischen und praktischen Sichten als Motoren der Weiterbewegung nutzt. Schließlich aber verabschiedet sich ein postheroisches Handeln davon, Pläne zur Implementierung von Case Management so setzen zu können, wie sie erdacht wurden. Die Planer oder Theoretikerinnen sind eben nicht die Helden und Heldinnen, die die Welt nach ihren Vorstellungen verändern können. Sie sind bestenfalls produktive Unruhestiftende und Provokateure. Jedenfalls sollten sie sich darauf einstellen, dass sie – wenn sie verändern wollen – auch selbst eine Veränderungsbereitschaft zeigen müssen (*Kleve* 2007b). Denn die Erfahrungen des Steuerns von komplexen Systemen nötigen uns die Erkenntnis auf, dass hier die klassische Subjekt-Objektidee scheitert (*Bardmann* u. a. 1991). Noch einmal: Wer verändern will, auf den wirken Veränderungszumutungen zurück, der muss bereit sein, das (wenn nicht aufzugeben, so doch zumindest) zu modifizieren, was er zur Implementierung ersonnen hat: seinen Plan.

Im Rahmen eines Lehrforschungsprojektes am Fachbereich Sozialwesen der Fachhochschule Potsdam haben wir in den letzten drei Semestern gerade hierzu interessante Ergebnisse zusammengetragen können (eine diesbezügliche Veröffentlichung ist in

DZI-Kolumne Fallmanager

Planung). Im Kontext der Einführung einer neuen Ausgestaltungsform der Sozialpädagogischen Familien- und Betreuungshilfe (Krija u.a. 2007) befragten wir Sozialarbeiterinnen des Jugendamtes, Fachkräfte freier Träger und Adressaten der Hilfe. Dabei wurde deutlich, dass das Neue, hier eine besondere Ausgestaltung der erwähnten Erziehungshilfen, in der Praxis zwar greifen konnte, aber nicht so, wie es die Planenden überlegt hatten. Dies könnte man freilich als Steuerungs- und Planungsdefizit oder als Abwehrstrategie der Praxis bewerten. Eine andere, von uns präferierte Deutung ist jedoch, dass die Praxis die Steuerungs-, Planungs- und Veränderungsansinnen der Planerinnen und Theoretiker so aufnimmt, wie es ihren Möglichkeiten und Gegebenheiten entspricht und bestenfalls kreative Lösungen für vieles findet, was an Unwegbarkeiten und Schwierigkeiten erst beim Versuch entsteht, das Neue zu praktizieren.

Komplexe Systeme sind eben „nicht triviale“ Gebilde (Heinz von Foerster), die jede von außen oder von innen an sie herangetragene Veränderungsintention nach eigenen Maßgaben verarbeiten und (hoffentlich) in selbstbestimmter Weise zu nutzen verstehen. Wenn wir uns für diese postheroische Art, die Praxis zu beobachten und mitzugestalten, öffnen, können wir das Staunen wiedererlangen, nämlich darüber, wie innovativ, konstruktiv und ideenreich die Praxis mit dem improvisiert (Walter 2003, 2006), was ihr von der Theorie „angeschwemmt“ wird. Jedenfalls gilt für das Verhältnis von Theorie, Planung und Praxis das Gleiche, was wir im Ansatz des systemischen Case Managements hinsichtlich des Verhältnisses von Case Managerinnen und Managern und Klientel vertreten (Kleve u.a. 2003/2006): Diese wissen am besten, was sie von jenen als konstruktive, passende und gewinnbringende Anregungen nutzen und realisieren können.

Die Bedeutung der Beziehung

Außerdem – und dies soll ausdrücklich betont werden – entwickeln sich Implementierungsprozesse erst dann konstruktiv, wenn sich zwischen den Planenden und Praktikern eine tragfähige *Beziehung* der Kooperation, des gegenseitigen *Achtens* sowie des *Gebens* und *Nehmens* (Kleve 2007a, S. 140 ff.) konstituiert hat. Wenn auch nicht in diesem Zusammenhang des Implementierens, sondern im Kontext der Ausgestaltung des Case Managementprozesses, wird die Frage nach der Bedeutung der Beziehungsarbeit im Case Management in letzter Zeit kontrovers diskutiert.

Im Rahmen der Case Managementweiterbildung, die ich an der „Zentralen Einrichtung Weiterbildung“

Die fortschreitende Ökonomisierung vor allem der westlichen Gesellschaften hat mit dem *Neoliberalismus* – ungeachtet seines eher unspektakulären wirtschaftswissenschaftlichen Entstehungshintergrunds – einen Kampfbegriff geprägt, der Abwehr, Ängste und Aggressionen auslöst. Die kanadische Globalisierungskritikerin *Naomi Klein*, deren Buch „No Logo“ ein Welterfolg wurde und die von einigen Zeitungen schon als „der neue Karl Marx“ gepriesen wird, hat mit „Die Schock-Strategie“ nun ein neues Buch vorgelegt, das mit zahllosen Schreckensbeispielen eines pervertierten Neoliberalismus aufwartet.

Hier nur ein Vorgeschmack: *Klein* sagt, neoliberale Akteure zielten ganz ähnlich wie Folterer auf einen Zustand der Lähmung und des Schocks bei ihren „Opfern“, in dem diese ihre Interessen nicht mehr verteidigen könnten. Übergeordnete Ziele und Veränderungen seien so leichter erreichbar. Hinzu komme, dass bei einer neoliberalen Wirtschaftsordnung zentrale staatliche Aufgaben in unverantwortlicher Weise privaten Unternehmen übertragen würden. Der Staat habe zwar noch die Fahnen, Siegel und Gebäude, doch wenn man den Vorhang wegziehe, sei da niemand mehr, sagte *Naomi Klein* vor kurzem im Interview mit dem *Tagesspiegel*. Das von der amerikanischen Regierung beauftragte Unternehmen *Blackwater* habe im Irak inzwischen über 1000 Söldner unter Vertrag, die jeweils 30 000 Dollar pro Monat verdienen. Als im September 2007 von diesen Söldnern 17 Iraker unter fragwürdigen Umständen erschossen wurden, sei der entsprechende Untersuchungsbericht der US-Regierung von *Blackwater* selbst geschrieben worden, denn die Regierung habe inzwischen auch das Schreiben von Untersuchungsberichten „outgesourct“, kritisiert *Klein*. Ein Fallmanagement der besonderen Art!

Case Management in der Sozialen Arbeit, Schwerpunktthema dieser Doppelausgabe, steht in dem gefährlichen Ruf, Wegbereiter des Neoliberalismus zu sein. Die verschiedenartigen Beiträge zeigen auf, wo Kritik berechtigt sein mag oder wo die Methode sinnvolle Verbesserungen stiften kann.

Burkhard Wilke
wilke@dzi.de

(ZEW) der Fachhochschule Potsdam (FHP) wissenschaftlich leite und mit Kolleginnen und Kollegen durchführe, ist mir deutlich geworden, dass in der Case Managementtheorie (bis auf wenige Ausnahmen) die Bedeutung der helfenden Beziehung bisher unterschätzt wird.

Wie ist es sonst zu erklären, dass Praktiker und Praktikerinnen – speziell aus den nicht sozialarbeiterischen Bereichen des Gesundheitssystems und der Beschäftigungsförderung – gerade hinsichtlich der professionellen Beratungs- und Gesprächsführungskompetenzen intensiven Weiterbildungsbedarf im Rahmen von Case Management anmelden? Das, was für die Kollegenschaft aus der Sozialen Arbeit zumeist selbstverständlich ist, nämlich ihre Kompetenzen der psychosozialen Beziehungsgestaltung kontinuierlich auszubauen und zu vertiefen, ist für die Mitarbeitenden aus den anderen beiden Bereichen noch neu. Erst die gestiegenen Anforderungen an ihre Tätigkeiten, die mit dem Case Management einhergehen, machen ihnen augenscheinlich, dass sie die komplexen personen- und organisationsbezogenen Aufgaben, die dieses Verfahren mit sich bringt, erst dann qualitativ auf hohem Niveau ausfüllen können, wenn sie auch in der Lage sind, helfende Beziehungen aufzubauen und zielführend zu gestalten.

Die Sache, um die es im Case Management geht, nämlich der Fall, kann erst dann passend bearbeitet werden, wenn mit denen, die von diesem Fall betroffen sind, eine tragfähige Beziehung hergestellt wurde. Eigentlich sollte dies – angesichts der grundlegenden Erkenntnisse von Beratungs- und Kommunikationstheorien (als Basis etwa Rogers 1983 und Watzlawick u. a. 1969) – eine Selbstverständlichkeit sein. Möglicherweise ließe sich hieraus auch die Forderung ableiten, dass Case Management besonders von einer Berufsgruppe auszufüllen ist, die bei der Fallarbeit die Sachebene und die Beziehungsebene verbinden kann: eben von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern.

An diesem Punkt können wir festhalten, dass die Beziehung zwischen den Vertretenden von Theorie und Praxis ein entscheidender Faktor für erfolgreiche Implementierungsprozesse ist. Und die Startchancen von tragfähigen Beziehungen zwischen Praxis und Theorie erhöhen sich erheblich, wenn sich die Beziehungspartner und -partnerinnen nicht gegenseitig Unfähigkeit unterstellen, sondern anerkennen, dass die jeweils andere Seite das zu erreichen imstande ist, was im Kontext ihres Wirkens in ihrer Macht liegt und was für sie passend und plausibel ist.

Zu den Beiträgen

Nach den fragmentarischen Anmerkungen, insbesondere zur Frage des Implementierens von Case Management, sollen die nachfolgenden Beiträge eingeordnet und zusammengefasst werden.

Die ersten vier Texte befassen sich mit grundsätzlichen Fragen, die derzeit im Case Management kontrovers diskutiert werden, und beziehen dazu jeweils kritische, bestenfalls diskussionsanregende, ja Unruhe stiftende Positionen. Dabei werden vier, aus meiner Sicht sehr zentrale Aspekte angesprochen:

▲ Ein *erster Aspekt* ist die Frage nach dem Verhältnis von Case Management und den neoliberalen Strategien des politischen Systems, den Sozialstaat um- beziehungsweise abzubauen. Genau dieser Frage widmet sich *Michael Galuske* in seinem Text. Er positioniert sich eindeutig: Die rasante Ausbreitung des Case Managements sei ein Symptom für die neoliberale Umprogrammierung der Sozialen Arbeit. Er weist darauf hin, dass die Erfolgsgeschichte dieses Verfahrens Hand in Hand mit der Umgestaltung der gesamten Gesellschaft nach den Prinzipien der Ökonomie geht. Denn der sogenannte aktivierende Sozialstaat benötige solche Ansätze wie das Case Management, die sich seine Prinzipien zu eigen machten – etwa den Versuch, für gesellschaftliche Probleme die betroffenen Menschen verantwortlich zu zeichnen und dies (zynisch) als Steigerung von individueller Verantwortung und Autonomie auszugeben.

▲ Ein *zweiter Aspekt*, der der kritischen Betrachtung bedarf, ist der oben bereits angesprochene Punkt der Beziehungsarbeit. Hierzu äußert sich *Manfred Neuffer* in seinem Beitrag und nimmt damit – von einer ganz anderen Seite kommend – eine Diskurslinie auf, die *Michael Galuske* begonnen hat. Denn *Neuffer* betont, dass der sozialarbeiterische Kern des Case Managements, der sich als eine innovative Weiterentwicklung des klassischen Case Works herauschälen lässt, gegen die administrativen, einseitig ökonomischen und neoliberalen Verengungen, die dieses Verfahren bedrohen, nur gesichert werden könne, wenn die Bedeutung der Beziehungsarbeit auch im Case Management gesehen und zur Geltung gebracht wird. Er argumentiert hier insbesondere gegen eine Auffassung, die in der „Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management“ (ausdrücklich insbesondere von *Wolf Rainer Wendt*) vertreten wird. Demnach müsse der Beziehung zwischen Case Managerinnen und Case Managern und ihren Adressaten weit weniger Aufmerksamkeit geschenkt werden als etwa im sozialarbeiterischen

Case Work. Denn Case Management sei zwar auch, aber nicht nur sozialarbeiterisch und sprengte gerade die Professionsgrenzen. *Neuffer* plädiert demgegenüber für ein konsequent klientenorientiertes Case Management, das sich seinen Wurzeln, eben der Sozialen Arbeit, jederzeit bewusst ist.

▲ Einen hiermit in Zusammenhang stehenden *dritten Aspekt* arbeitet *Wolfgang Hinte* heraus, wenn er in seinem Text betont, dass der Begriff der „Klientenbeteiligung“ in der Sozialen Arbeit allgemein und speziell im Case Management neu ausgelegt werden müsse. Denn es gehe nicht darum, die Klientel an Hilfeplanungen und -leistungen zu beteiligen. Genau umgekehrt stelle sich der Sachverhalt dar: Klienten und Klientinnen beteiligen die Professionellen, lassen sie in ihre Lebens- und Sozialräume für eine begrenzte Zeit eintreten. Daher müsse es selbstverständlich sein, dass sich der Wille der Betroffenen hinsichtlich der Hilfeleistungen nicht nur artikulieren, sondern auch gestaltend und bestimmend im Hilfeprozess niederschlagen kann. Dies in Rechnung stellend und nach Sichtung verschiedener Programmschriften des Case Managements konstatiert *Hinte*, dass die Bedeutung des Willens der Adressaten in der Ausgestaltung dieses Verfahrens eher nicht oder kaum reflektiert wird. Zu stark sei die Idee, dass die Bedarfe und Bedürfnisse stellvertretend für die Adressaten von den Fachkräften zu analysieren und zu systematisieren sind. Ressourcenorientiertes Arbeiten, das sich Case Management auf die Fahnen schreibt, könne jedoch erst dann gelingen, wenn die Interessen, die Bedürfnisse, ja die Willensbekundungen der Adressaten von vornherein beachtet und prozessbestimmend werden.

▲ In allen Arbeitsfeldern, in denen Case Management praktiziert wird, wie *Peter Pantucek* mit einem *vierten Aspekt* hervorhebt, kommt der Falleinschätzung (Assessment) ein besonders hoher Stellenwert zu. Mit seinem Beitrag führt der Autor aus, dass sich gerade in dieser Case Managementphase entscheidet, ob es gelingt, einen Prozess zu gestalten, der tatsächlich das erreicht, was intendiert wird: quer zu den Logiken der Hilfesysteme und ausgehend von den Deutungen der Klienten und Klientinnen konstruktive Hilfelogiken zu generieren. *Pantucek* bietet hierzu hilfreiche Systematisierungen und Perspektiven an. Was seine Ausführungen besonders lesenswert macht sind nicht nur die praxisrelevanten Dimensionen, die er hinsichtlich des Assessments präsentiert. Darüber hinaus gelingt es ihm, eine grundsätzliche Paradoxie des Verfahrens zu diagnostizieren. Denn Case Management versucht etwas, das zwar notwendig ist, das aber als Sisypusarbeit in

einem hochdifferenzierten und pluralen Hilfesystem immer wieder scheitern wird: die Logik des Einzelfalls gegenüber der Rationalität des Hilfesystems und dessen unterschiedlichen Organisationen zur Geltung zu bringen.

Die weiteren vier Beiträge beleuchten exemplarisch die Arbeitsfelder des Krankenhauses, der Kinder- und Jugendhilfe, der Beschäftigungsförderung und der Arbeit mit alten Menschen. *Corinna Ehlers* bezieht sich auf einen zentralen Ausschnitt des Gesundheitswesens. Nach einem allgemeinen Problemaufriss differenziert sie unterschiedliche Formen des Verfahrens, etwa als Pflegeüberleitung oder als Entlassungsmanagement. Abschließend skizziert sie die Ausgestaltung des Case Managements in drei unterschiedlichen Krankenhäusern. Dabei wird sichtbar, wie vielfältig sich Case Management im Krankenhaus etablieren kann. *Andreas Hampe-Grosser* wirft in seinem Beitrag einen Blick auf einen Bereich, der in den letzten Jahren – ausgehend von spektakulären und erschreckenden Fällen von schwerer Kindesmisshandlung – verstärkt in die Kritik geraten ist: auf die Arbeit des Allgemeinen Sozialpädagogischen Dienstes. Wie kann gerade in den sogenannten Gefährdungs- und Graubereichen, in denen es um den Schutz von Kindern und die Kontrolle von Eltern geht, ein erfolgreiches Case Management praktiziert werden? Diese Frage vertieft *Hampe-Grosser* insbesondere aus einer systemischen Perspektive.

Edgar Kemp hat sich in den letzten Jahren intensiv mit dem Fallmanagement in der Beschäftigungsförderung auseinandergesetzt – sowohl als Trainer von Fachkräften als auch als Berater von Organisationen in diesem Bereich. Ausgehend von seinen Erfahrungen legt er die Defizite bloß, die die Einführung eines passenden Case Managements in der Arbeitsförderung nachhaltig behindern. Schließlich eröffnet er eine Perspektive, wie es gelingen kann, diese Defizite – zumindest in begrenztem Maße – zu beheben. In dem ausführlichen Artikel über die Praxis einer Berliner Koordinierungsstelle referiert *Uta Reiberg* zunächst die in diesem Zusammenhang wichtigen Essentials des Ansatzes. Dabei werden noch einmal zentrale konzeptionelle Momente rekonstruiert. Sodann stellt die Autorin die Besonderheiten und derzeitigen Entwicklungen heraus, die in diesem Arbeitsfeld eines professionsübergreifenden Case Managements beobachtet werden können.

Der abschließende Beitrag dieses Themenheftes kommt von einem deutschen Case Management-protagonisten der ersten Stunde, von *Wolf Rainer Wendt*, zugleich Vorsitzender der DGCC. Während

Case Management von *Peter Pantucek* als eine (möglicherweise auch subversive) Gegenstrategie zu den dominierenden Logiken des Hilfesystems konzipiert wird, versteht *Wolf Rainer Wendt* das Verfahren in seinem Text völlig anders. Passgenau eingeordnet in die Trias Politik, Organisation und Methode sei Case Management das, was der heutige Sozialstaat und dessen sogenannte Humandienste benötigen: ein über die Grenzen einzelner Professionen hinausgehendes Management der Fälle. Auch wenn dieses Verfahren in der Sozialen Arbeit geboren wurde, so sei diese Einschränkung heute und auch in Zukunft nicht mehr realistisch. Die Besonderheit des Ansatzes bestehe gerade darin, unabhängig von den fachlichen Dimensionen einzelner Professionen zu sein. Die DGCC biete in diesem offenen Anwendungsbereich den notwendigen Rahmen, um Case Management jenseits der Perspektiven einzelner Professionen zu fundieren. Für *Wendt* ist Case Management in erster Linie eine Strategie von Organisationen, die – eingerahmt von politischen Reformbemühungen – Methoden implementieren, die ihre Aufgabe, Fälle effizient und effektiv zu bearbeiten, am Erfolg versprechendsten realisieren können. Was dies für die Praxis und Ausbildung heute und in Zukunft bedeuten könnte, veranschaulicht *Wendt* als ausgewiesener Case Managementkenner und uneingeschränkter Befürworter des Ansatzes.

Schlusswort

Auch wenn das Doppelheft mit einem Beitrag abgeschlossen wird, in dem Case Management aus der Innensicht seiner Befürworter, also insbesondere aus der Perspektive der DGCC, veranschaulicht und begründet wird, so ist zu hoffen, dass im weiteren Diskurs auch die kritischen Stimmen gehört und debattiert werden, die in den hier versammelten Beiträgen zu vernehmen sind. Denn häufig bringen erst Kritik und Gegenrede die Aspekte zum Vorschein, die bisher ausgeblendet wurden, die aber für die *konstruktive Weiterentwicklung* innovativer Theorien und Praktiken notwendigerweise diskutiert und einbezogen gehören. Was diese Ausgabe der „Sozialen Arbeit“ also zu befördern versucht, ist ein kritischer Diskurs des Case Managements beziehungsweise einiger zentraler Kontexte und Aspekte dieses Ansatzes – auch innerhalb der DGCC.

Was wäre bei dieser Intention passender, als abschließend mit einem maßgeblichen Vorkämpfer kritischer Wissenschaftlichkeit, mit *Karl Popper*, die Diskussion einzufordern? Diese gründet auf der Überzeugung, „daß wir durch Kritik unserer Fehler und Irrtümer *lernen* können und insbesondere durch die Kritik anderer und schließlich durch Selbstkritik“ (*Popper*

2002, S. 199). Wir sollten uns davor hüten, zu glauben, „im Besitze der Weisheit“ (*ebd.*) zu sein. Im Gegensatz dazu wäre es angebracht, durch offene Diskurse zur Reife zu gelangen, „die nötig ist, um eine Idee von mehr und mehr Seiten zu sehen und sie gerecht zu beurteilen“. Ich hoffe, dass mit diesem Themenheft ein solcher Zuwachs an Sichtweisen ermöglicht wird.

Literatur

- Baecker, D.:** Postheroisches Management. Ein Vademecum. Berlin 1994
- Bardmann, Th. M. u. a.:** Irritation als Plan. Konstruktivistische Einredungen. Aachen 1991
- Dewe, B. u. a.:** Professionelles soziales Handeln. Soziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis. Weinheim/München 1995
- Kleve, H. u. a.:** Systemisches Case Management. Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit. Aachen/Heidelberg 2003/2006
- Kleve, H.:** Ambivalenz, System und Erfolg. Provokationen postmoderner Sozialarbeit. Heidelberg 2007a
- Kleve, H.:** „Auf gleicher Augenhöhe!“ Vom autoritären zum dialogisch-kooperativen Implementieren. In: Sozialmagazin 9.2007b, S. 24-29
- Krija, K.-M. u. a.:** Intervall- und Tandemleistungen. Zwei innovative Hilfen zur Erziehung. In: Soziale Arbeit 6/2007, S. 216-220
- Luhmann, N.:** Theoretische und praktische Probleme der anwendungsbezogenen Sozialwissenschaften. In: ders.: Soziologische Aufklärung 3. Soziales System, Gesellschaft, Organisation. Opladen 1981, S. 321-334
- Popper, K.:** Ein Rationalist und Aufklärer. In: ders.: Alle Menschen sind Philosophen. München 2002, S. 197-201
- Rogers, Carl R.:** Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. München 1983
- Walter, Uta. M.:** Toward a Third Space: Improvisation and Professionalism in Social Work. In: Families in Society Volume 84, 3/2003, S. 1-6
- Walter, Uta M.:** Into the Third Space. Social Work as Improvised Performance. Dissertation. University of Kansas 2006
- Watzlawick, P. u. a.:** Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern 1969
- Willke, H.:** Systemtheorie II. Interventionstheorie. Stuttgart/Jena 1994
- Willke, H.:** Systemtheorie III. Steuerungstheorie. Stuttgart/Jena 1995
- Willke, H.:** Einführung in das systemische Wissensmanagement. Heidelberg 2004

Case Management und aktivierender Sozialstaat

Kritische Anmerkungen zu einer Erfolgsgeschichte

Michael Galuske

Zusammenfassung

Die aus den USA importierte Methode des Case Managements hat trotz anfänglicher Skepsis auch in Deutschland Karriere gemacht. Hintergrund der Erfolgsgeschichte ist der neoliberale Umbau des deutschen Sozialstaats, die Ökonomisierung und Vermarktlichung von Gesellschaft und Sozialer Arbeit. Das Case Management mit seinen Heilsversprechen der effizienten und transparenten Produktion sozialer Dienstleistungen trifft den Nerv der Zeit. Ob dies allerdings aus der Perspektive einer lebensweltorientierten Fachlichkeit eine begrüßenswerte Entwicklung darstellt, ist noch nicht ausgemacht.

Abstract

Despite initial scepticism, the method of case management which has been imported from the United States has been successful in Germany, too. The background of this success story can be seen in the neo-liberal restructuring of the German welfare state and in the economization and commercialization of society and social work practice. Case management with its welfare promise of efficient and transparent production of social services is in tune with the spirit of our time. The question of whether this, from the perspective of lifeworld-oriented professionals, can be regarded as a desirable development is however, not yet, settled.

Schlüsselwörter

Sozialstaat – Case Management – Kritik – ökonomische Faktoren – Lebenswelt

Einleitung

Als das in den anglo-amerikanischen Ländern entwickelte Case Management in den 1980er-Jahren die deutsche Bühne der Methodendiskussion in der Sozialen Arbeit betrat, war die Aufregung nicht besonders groß. Im Gegenteil. Kritische Stimmen fragten zum Beispiel nach, was an dieser Methode eigentlich so neu sei: Phasierungen des Hilfeprozesses sind seit den ersten Ansätzen der Einzelfallhilfe ebenso selbstverständlich für das methodische Handeln in der Sozialen Arbeit wie seit den 1970er-Jahren die Integration gemeinwesenorientierter Denk- und Arbeitsformen als Arbeitsprinzip (Boulet; Krauß; Oelschlägel 1980).¹ Und auch die Absicht der Optimierung der Abstimmung von Angebot und Nachfrage

nach sozialstaatlichen Leistungen ist seit dem wohlfahrtsstaatlichen Ansatz der Gemeinwesenarbeit hinlänglich bekannt (Galuske 2007). Darüber hinaus wird bis zum heutigen Tag darauf hingewiesen, dass der sozial- und gesellschaftspolitische Kontext der Entstehung des Case Managements, die unübersichtlichen und seit den 1970er-Jahren durch zunehmende Deregulierung und Ökonomisierung gekennzeichneten sozialstaatlichen Bedingungen der USA und Englands, eine Übertragung des Modells nur begrenzt sinnvoll erscheinen lässt (Hansen 2005).

Diese Einschätzung hat sich kurz gesagt als falsch erwiesen. Die Geschichte des Case Managements in Deutschland ist spätestens seit den 1990er-Jahren eine eindrucksvolle Erfolgsgeschichte, geadelt und endgültig ins professionelle Bewusstsein gerückt durch ihre zentrale Bedeutung im Kontext der Reform der Arbeitsverwaltung. Kaum ein Arbeitsfeld, das nicht Bekanntschaft mit den Segnungen des Case Managements machen durfte, von der Kinder- und Jugendhilfe über das Gesundheitswesen bis zur Beschäftigungsförderung. Im Jahr 2005 wurde die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) gegründet, die sich insbesondere für die Entwicklung und Durchsetzung von Qualitätsstandards in Praxis und Ausbildung engagiert und die Zertifizierung von Case Managerinnen und Managern vorantreibt. Diese Ausbildung hat sich zum lukrativen Markt entwickelt und diese Fachkräfte werden auf dem Arbeitsmarkt offensiv nachgefragt. Grund genug für ein gesteigertes Selbstbewusstsein. So betont etwa Peter Löcherbach (Vorstandsmitglied der DGCC): „CM ist ein moderner Handlungsansatz, der Praxis und Theorie der Sozialen Arbeit in spezifischer Art und Weise (r)evolutioniert: alte Inhalte und Handlungsansätze aus der Sozialen Arbeit werden mit neuen verknüpft und vor allen Dingen neu systematisiert... CM führt dazu Hilfe neu zu definieren und dies nach innen und außen kommunizieren zu können“ (Hille 2006, S. 58). An Selbstbewusstsein mangelt es den Vertretenden des Case Managements offensichtlich nicht. Case Management – eine „neue Definition“ von Hilfe, eine Revolution für Theorie und Praxis Sozialer Arbeit?

In der Tat hat in den letzten Jahrzehnten in Gesellschaft, Sozialstaat und Sozialer Arbeit eine Revolution stattgefunden, die je nach Blickwinkel und theoretischem Ausgangspunkt verschiedene Namen trägt, von der zweiten Moderne bis zum Turbokapitalismus. Ihr Merkmal ist eine Ökonomisierung und Vermarktlichung aller Lebensbereiche, ihr Ausdruck auf der Ebene der wohlfahrtsstaatlichen Rahmung die Durchsetzung des sogenannten aktivierenden So-

zialstaats (zusammenfassend *Galuske* 2002). Es ist nun auffällig, dass die Erfolgsgeschichte des Case Managements in der Sozialen Arbeit parallel zur flächigen Durchsetzung dieser „neuen“ Gesellschaftsformation verläuft, die, wie *Heiner Geißler* (2004) dies treffend formulierte, von der Annahme ausgehe, die Gesellschaft und alle ihre Facetten müssten wie DaimlerChrysler funktionieren. Grund genug, sich diesen Zusammenhang genauer anzuschauen.

Der aktivierende Sozialstaat ...

Folgt man der überwiegenden Zahl der sozialwissenschaftlichen Gegenwartsdiagnosen (*Schimank; Volkmann* 2000), so wurden wir in den letzten drei Jahrzehnten Zeugen eines epochalen Wandels moderner, kapitalistischer Arbeitsgesellschaften. Die nationalen Sozialstaaten geraten im globalisierten Wettbewerb in die Defensive. Die den Modernisierungsprozess prägende Ideologie trägt neoliberale Züge und basiert im Wesentlichen auf zwei Fundamenten: mehr Markt und mehr Eigenverantwortung, die auch das scheinbar neue konsensuale Modell der sozialstaatlichen Balance prägen, den aktivierenden Sozialstaat! Die unhinterfragte Basisideologie ist die, dass der Markt das grundsätzlich leistungsfähigere Steuerungsinstrument ist, gleichgültig, ob es sich um die Organisation der Familie, eines Altenheimes, einer Kommune oder einer Imbissbude handelt. Konkurrenz, und sei sie inszeniert, fördert die Effizienz und Leistungsfähigkeit bei der Anfertigung eines Personalausweises, bei der Inhaftierung eines Strafgefangenen sowie bei der Beratung von Sucht-abhängigen.² Lebenszusammenhänge, Organisationen, Probleme, Handlungen müssen folgerichtig „gemanagt“ werden. So wird die Hausfrau zur Familienmanagerin, die Bundeskanzlerin zur Vorstandsvorsitzenden der Deutschland AG, Gemeinwesenarbeit zum Quartiersmanagement und Einzelhilfe zum Case Management. Um in dieser Marktgesellschaft mehr oder minder gedeihlich zu überleben, bedarf es allerdings einer neuen Mentalität der Menschen, einer Abkehr von der „Vollkaskomentalität“ des gewährleistenden Sozialstaats und der Stärkung der Eigenverantwortung der Einzelnen. Der Staat kann sich die Gewährleistung von Sicherheitsnetzen nicht mehr leisten und steuert deshalb um. Der neue Sozialstaat sieht sein primäres Ziel darin, den Einzelnen so zu „fördern und zu fordern“, dass er auf dem (Arbeits-)Markt bestehen kann. Nach Aussagen des Bundesfinanzministers *Peer Steinbrück* muss das alleinige Ziel moderner Sozialpolitik sein, „den Einzelnen zur Teilnahme und Teilhabe auf den Märkten zu befähigen. Die Schlüssel dazu sind Bildung und Qualifizierung in ihrer ganzen Palette“ (*Butterwege* 2007, S. 29).

Das neue Leitbild des aktivierenden Staates zielt mit hin darauf ab, die Subjekte mit dem nötigen Startkapital in Form von „Bildungsgütern“ auszustatten, und er „fördert und fordert“ vor allem diejenigen, die beim Marktspiel nicht in der ersten Reihe stehen. Ansonsten ist entscheidend, wie die Einzelnen ihre Verantwortung wahrnehmen und sich auf dem Markt behaupten. Dahinter verbirgt sich ein neues Menschen- und Leitbild: Die Subjekte sollen sich wie Unternehmer und Unternehmerinnen verhalten, stets bedacht auf die optimale Pflege der eigenen Marktgängigkeit und den Abbau von Markt- und Mobilitätshemmnissen.³ Nichts veranschaulicht nachdrücklicher als die neuen Leitbilder des unternehmerischen Selbst, der Ich-AG, des Arbeitskraftunternehmers, dass die „Gesellschaft zum Gegenstand eines betriebswirtschaftlichen Geländespiels geworden ist“ (*Heitmeyer* 2006, S. 16). Der ehemalige Arbeits- und Sozialminister der Kohl-Regierung, *Norbert Blüm* (2006, S. 81), hat die Koordinaten des neuen, aktivierenden Gesellschaftsmodells anschaulich zusammengefasst: „Wir haben es mit einer Wirtschaft zu tun, die sich anschickt, totalitär zu werden, weil sie alles unter den Befehl einer ökonomischen Ratio zu zwingen sucht ... Aus Marktwirtschaft soll Marktgesellschaft werden ... Sie erobert nicht mehr Gebiete, sondern macht sich auf, Hirn und Herz der Menschen einzunehmen. Ihr Besatzungsregime verzichtet auf körperliche Gewalt und besetzt die Zentralen der Innensteuerung des Menschen ... Aus der menschlichen Person wird eine ‚Ich-AG‘, aus Bildung ‚Humankapital‘. Was sich nicht in ökonomischer Terminologie ausdrücken lässt, gibt es nicht mehr.“ Die hier nur skizzenhaft angedeuteten Entwicklungen (ausführlicher in *Galuske* 2002) sind für die Soziale Arbeit in zwei zentralen Punkten folgenreich:

▲ Auf der Ebene der Ziele und Inhalte wird Soziale Arbeit mehr und mehr auf die Programmatik des aktivierenden Sozialstaats eingeschworen, der sich nicht an der umfassenden Förderung „gelingenderen Alltags“ orientiert, sondern die Arbeitsfähigkeit als Kern von Selbstständigkeit im flexiblen Kapitalismus in den Mittelpunkt stellt. Soziale Arbeit soll präventiv, fördernd und fordernd, kurativ, kontrollierend und sanktionierend die Anerkennung dieses Normalitätsmusters sichern und den Einzelnen in seiner Konkurrenzfähigkeit am Arbeitsmarkt stärken – perspektivisch von Kindesbeinen an.

▲ Auf der Ebene der Organisation und Finanzierung Sozialer Arbeit werden die etablierten korporatistischen Strukturen des Sozialsektors durch Konkurrenz, kosten- und leistungsorientierte Auftrags- und Mittelvergabe und die Öffnung für privatgewerbliche

Anbietende in Richtung eines inszenierten Marktmodells verändert. Wettbewerb und Konkurrenz sollen die Anbietenden sozialer Leistungen vor allem zu mehr Kostenbewusstsein und Effizienz motivieren.

Die doppelte Botschaft des aktivierenden Sozialstaats an die Soziale Arbeit ist deutlich: Eure Leistungen müssen effizienter, kostengünstiger und transparenter werden und darauf ausgerichtet sein, die Klientel in die Lage zu versetzen, sich und ihr Leben durch den Verkauf ihrer Kraft, Zeit und Qualifikation auf dem Arbeitsmarkt selbst zu tragen.

... und das Case Management

Die Protagonistinnen und Protagonisten des Case Managements haben diese Botschaft verstanden und ihre „Verkaufsstrategie“ darauf abgestellt. Case Management wird als Lösung der Probleme eines aktivierenden Umbaus präsentiert. So resümiert etwa *Heiko Kleve* (2006, S.14) die neuen Erwartungen an die Soziale Arbeit, „dass sie ihre Leistungen nach den ökonomischen Kriterien der ... Effektivität, also Zielwirksamkeit und Effizienz, also Kostengünstigkeit ausrichtet. Des Weiteren soll die Soziale Arbeit dabei helfen, die Normen des neo-liberalisierten Sozialstaates in der Gesellschaft zu implementieren: die Eigenverantwortung und Selbständigkeit der Bürger bei der Lösung und Bewältigung ihrer psychosozialen Probleme ... Der sich neu gestaltende Sozialstaat wird von der Sozialen Arbeit, stärker als die bisherige sozialstaatliche Konstellation, verlangen, dass sie ihre normative Funktion, Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten, ernst nimmt und radikal umzusetzen versucht. Demnach wird von der Sozialen Arbeit erwartet, dass sie ihre Hilfen so konzipiert und anbietet, dass die Bürger befähigt werden, (wieder) kompetent zu werden, um ihr Leben in Eigenregie zu meistern, dass sie ihre persönlichen und sozialen Ressourcen erkennen und einsetzen, sich sozialräumlich, früher wurde gesagt: innerhalb des Gemeinwesens engagieren und mit anderen solidarisch sind. Soziale Arbeit soll weniger direkte Hilfe leisten als dafür Sorge tragen, dass soziale Bezüge der Lebenswelten und/oder der öffentlichen Sozialräume zu Prävention und Intervention sozialer Probleme genutzt werden. In diesem Kontext ist Case Management eine Möglichkeit für eine so orientierte Fallarbeit“.

Die Programmatik des neoliberal gewendeten, aktivierenden Sozialstaats ist treffend erkannt und das Angebot steht: Das Case Management offeriert sich als passende Methode, um den Anforderungen einer aktivierenden Sozialen Arbeit zu genügen. Mit *Eckhard Hansen* (2005, S. 108) ist festzuhalten: „Es ent-

steht der Eindruck, es handle sich beim Case/Care Management um ein geradezu wundersames Instrument der Sozialpolitik, um eine Art Aladins Wunderlampe, deren Geist jedem, der daran reibt, Wünsche zu erfüllen scheint: Die Soziale Arbeit wird effektiv, effizient, berechenbar, transparent, professionalisiert, kundenorientiert.“ *Catrin Heite* (2006) resümiert: „Die Methode bringt Erwartungen unterschiedlicher Akteure auf einen gemeinsamen Nenner, der politische Programmatik, Kostengesichtspunkte und fachliche Ansprüche vereinen soll.“ In diesem Sinne offeriert und präsentiert sich Case Management als Professionalisierungsstrategie Sozialer Arbeit in neoliberalen Zeiten.

Dieses vergleichsweise offene Angebot überrascht nicht sehr, wenn man sich die Geschichte des Case Managements anschaut. Es ist ein Kind des unübersichtlichen und löchrigen US-amerikanischen Sozialstaats liberaler Prägung und hat sich mit der weltweiten Verbreitung der neoliberalen Sozialstaatsreformen flächig ausgebreitet. *Hansen* (2005, S.111) sieht die wesentliche Funktion des Case Managements darin, „in entregelten, marktähnlichen Verhältnissen Bedarfslagen mit Leistungsangeboten in Einklang zu bringen“. Mit anderen Worten: Dort, wo die Ressourcen knapper werden, ist Case Management angesagt, um die Reibungsverluste zu minimieren.

Doch was sind nun zentrale inhaltliche Angebote des Case Managements? „Die Case Management Society of America definiert Case Management als einen kooperativen Prozess, in dem die konkrete Bedarfslage eines Hilfesuchenden erhoben wird und Dienstleistungen geplant, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert werden, um den individuellen Versorgungsbedarf eines Hilfesuchenden durch Kommunikation und im Rückgriff auf verfügbare Ressourcen abzudecken“ (*Buestrich; Wohlfahrt* 2005, S. 308). Dieser Unterstützungsprozess läuft in Phasen (outreach, assessment, planning, implementation, evaluation, accountability, siehe *Wendt* 2005) ab, dessen Steuerung die zentrale Aufgabe der Case Managerinnen und Manager darstellt. Kennzeichnend ist darüber hinaus, dass diese in erster Linie für die Ermittlung des Bedarfs, die Planung, Organisation und Überwachung eines Netzwerkes der Hilfe zuständig sind, die Hilfe aber weder selbst erbringen, noch steht die direkte Interaktion mit den Klienten, die helfende Beziehung im Mittelpunkt des Hilfeprozesses (*Raithe; Dollinger* 2006, S. 79).⁴ In diesem Kontext reklamiert das Case Management drei Kernfunktionen für sich: Zum einen die des Anwalts der Klientel (advocacy), der die Klärung des Bedarfs

befördert und ihm Geltung verschaffen will, zum anderen die Funktion des Brokers, des Vermittlers von passenden Hilfeangeboten. Zum Dritten wird auf die Rolle des Gate-Keepers verwiesen. „Hier geht es um eine gezielte Zugangssteuerung zu sozialen sowie gesundheitlichen Dienstleistungen vor dem Hintergrund knapper finanzieller Mittel, um den größten Nutzwert zu erreichen“ (*ebd.*, S. 81).

Fassen wir zusammen: Case Management versteht sich als passende methodische Antwort auf die Gegenwartsfrage von Sozialstaat und Sozialer Arbeit, effiziente Hilfen anzubieten. Das Rationalitätsversprechen des Case Managements ist es, nach einer eingehenden Analyse von Problem- und Lebenslagen und in Kenntnis der Möglichkeiten des sozialen Netzwerkes eine passgenaue Hilfe zu schneiden, die sich nicht in den Untiefen der nur schwer kalkulierbaren Beziehungsarbeit verheddert, sondern einen komplexen Prozess nachvollziehbar steuert, in dessen Rahmen der Klient, die Klientin so schnell wie möglich die Unabhängigkeit wiedererlangen soll.

Neuffer (2006), Hille (2006) sowie Raithe; Dollinger (2006) kritisieren an diesem Modell, dass es den Beziehungsaspekt Sozialer Arbeit zu gering schätzt. Natürlich wird in (fast) allen einschlägigen Texten darauf hingewiesen, dass sich ein Arbeitsbündnis mit der Klientel nur herstellen lässt, wenn eine tragfähige Beziehung zwischen Case Managerin, Case Manager und Kunde beziehungsweise Kundin zustande kommt. Zugleich wird allerdings die Beziehungsarbeit in den Konzepten immer eher randständig behandelt. Neuffer (2006, S.7) sieht etwa in der Einführung der Case Managementhelfenden, die für (Teile der) Klientenarbeit zuständig sein sollen, und von Case Managenden, denen die Systemsteuerung obliegt, eine Abwertung der unmittelbaren Klientenarbeit. Demgegenüber betont er: „Eine besondere Bedeutung nimmt die Beziehung zwischen Klient/-in und Case Manager/-in ein ... Diese tragende Säule wird nicht von allen als Wesensmoment des Case Managements gesehen. Managen ist eben eher Planen, Organisieren, Koordinieren, Kontrollieren.“ Auch Hille (2006, S. 59) hebt hervor, dass ohne „die oft langwierige und von Widersprüchen geprägte Beziehungsarbeit ... sich beim Großteil des Klientels der Sozialen Arbeit in aller Regel keine vertrauensvolle Zusammenarbeit entwickelt ... Doch gerade die Arbeit mit dem Klienten, mit der konkreten Person verliert sich zunehmend. Alle managen.“

Noch problematischer erscheint allerdings das unbedarfte Einlassen auf die zentralen Argumente und Schlagworte der Vertreterinnen und Vertreter des

aktivierenden Sozialstaats. Es mag verführerisch sein, die von den Protagonisten des neuen Modells vorgetragenen Leitbegriffe wie die der Selbstständigkeit und Eigenverantwortung für sich in dem Sinne zu reklamieren, dass Hilfe zur Selbsthilfe ja schon immer die Leitmaxime der Sozialen Arbeit gewesen sei. Dies zeugt von Unverständnis, von Naivität, von einer politisch-ideologischen Orientierung, die mit den an Chancengleichheit orientierten Leitbildern etwa einer lebensweltorientierten Sozialen Arbeit nicht mehr viel gemein hat, oder von der pragmatischen Anpassung an den Zeitgeist, aus welchen Gründen auch immer. Die aktuelle Sozialstaatsdebatte hat deutlich herausgestellt, dass mit dem Begriff der Eigenverantwortung eben nicht (mehr) ein Mehr an Autonomie und Selbstständigkeit in Bezug auf die eigene Lebensplanung und Lebensführung gemeint ist. Eigenverantwortung meint heute, dass jeder für seinen Markterfolg selbst verantwortlich ist, und natürlich auch für sein mögliches Scheitern. In diesem Sinne meint Hilfe zur Selbsthilfe unter der Ägide des aktivierenden Sozialstaats den Zwang zur Verwertung der eigenen Arbeitskraft unter allen Bedingungen, an jedem Ort, zu jedem Preis.⁵ Mit anderen Worten: „Mehr Selbstverantwortung“ heißt zum Beispiel die zunehmende Privatisierung sozialer Sicherungskosten durch Reformen bei Rente, Arbeitslosenversicherung und Gesundheitswesen (Bofinger 2006). Das Prinzip „Mehr Selbstverantwortung“ heißt auch gezielte Bürgeraktivierung, die Initiierung einer Bürgergesellschaft „von oben“, die dort aktiv werden soll, wo sich der sparsame Sozialstaat zurückzieht.

Seinen markantesten Ausdruck findet die Forderung von mehr Selbstverantwortung allerdings in der neuen Leitformel des „Förderns und Forderns“. Gefordert und gefördert wird Arbeitsfähigkeit (neudeutsch: employability), da nur die Bewährung auf dem zunehmend flexibleren Arbeitsmarkt eine von staatlicher Unterstützung unabhängige Lebensführung verspricht, ein Modell, das in der vergleichenden Sozialstaatsforschung als *workfare* bezeichnet wird. Das alte Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe wird verkürzt auf Hilfe zur Wettbewerbsfähigkeit auf dem zunehmend flexibleren Arbeitsmarkt (Dahme; Wohlfahrt 2005, S. 13). Heribert Prantl hat hervorgehoben, dass die Strategie der Betonung der Selbstverantwortung, eine für Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen höchst attraktive Forderung, nichts anderes darstellt als eine euphemistische, ja zynische Umschreibung für den fortschreitenden Sozialstaatsabbau: „Es heißt jetzt ‚Eigenverantwortung‘, wenn die Schwächeren sich selbst überlassen bleiben (2005, S. 18).“ Hinter der Formel der Förderung der

Selbstständigkeit und Eigenverantwortung verbirgt sich mithin kein emanzipatorisches Programm der Befreiung der Menschen, sondern nicht weniger als die Forderung der unbegrenzten Anpassung an die Imperative des entfesselten Marktes. Die neue Politik des aktivierenden Staates – auf die im Folgenden noch etwas genauer am Beispiel des Case Managements in der Arbeits- und Sozialverwaltung eingegangen werden soll – spricht, so *Michael Wolf* (2005, S. 806) – von Eigenverantwortung, meint aber nicht weniger als die Unterwerfung unter die „marktliche Fremdbestimmung“.

Case Management in der Arbeits- und Sozialverwaltung

Wohl kein Gesetz und kein Reformprojekt ist beispielhafter für die skizzierte Philosophie des aktivierenden Staates als die im Volksmund Hartz IV genannte Einführung der Grundsicherung für Arbeits-suchende, Sozialgesetzbuch II (SGB II). *Ulrich Beck* (2005, S. 45) stuft die Hartz-Gesetze als „Verfassungsänderung“ ein und für *Helga Cremer-Schäfer* (2006, S. 158) sind sie „exemplarisch für die neoliberale Transformation“. Mit der Grundsicherung für Arbeitssuchende wurde ein neues Systemelement etabliert, das alle arbeitsfähigen Sozialhilfeempfänger und Arbeitslosenhilfeempfängerinnen (und deren nicht arbeitsfähigen Angehörigen) zusammenfasst und der Maxime des Förderns und Forderns unterwirft. Anders ausgedrückt: Die Gewährung einer materiellen Grundausstattung wird an Gegenleistungen geknüpft. Die Betroffenen werden verstärkt in die Pflicht genommen, dafür zu sorgen, dass sie ihr Leben selbst finanzieren. Deshalb sind die Betroffenen verpflichtet, ihre Lebens-, Partnerschafts- und Einkommensverhältnisse restlos offenzulegen, jede erdenkliche Bemühung zu unternehmen, wieder in den Arbeitsmarkt einzumünden, ihre Bereitschaft zu testen, jede Arbeit anzunehmen, sich zu qualifizieren, sich zu bewerben, einen Eingliederungsvertrag abzuschließen und so weiter. Kommen die Betroffenen diesen Forderungen nicht nach, drohen Sperrzeiten und Sanktionen (*Münder* 2005).

Zur Unterstützung der Betroffenen sieht § 14 SGB II persönliche Ansprechpartner vor, die die Arbeitslosen auf ihrem Weg in den Arbeitsmarkt begleiten sollen. Methodisch soll der Hilfeprozess als „beschäftigungsorientiertes Fallmanagement“ gestaltet werden, für dessen Fachkonzept unter anderem *Claus Reis*, Vorstandsmitglied der DGCC, als Mitglied der Arbeitsgruppe verantwortlich zeichnet. Dabei mussten die Autoren des Fachkonzepts, wie sie selbst betonen, nicht alles neu erfinden. „Die Prozesskette eines systematischen Fallmanagements ist in der

praktischen und wissenschaftlichen Literatur ausreichend beschrieben und kann als valide in der Ergebnissicherung betrachtet werden. Auch wenn Case Management häufig als primär operativ und strategische Steuerung sozialer Dienstleistungen verstanden wird, kommt diesem Angebot im Kontext des gesetzlichen Auftrages eine spezifische Aufgabenstellung zu, die der Gesetzgeber als ‚Information, Beratung und umfassende Betreuung‘ umrissen hat“ (*Göckler* 2004, S. 4). Der Fallmanager, die Fallmanagerin soll nun, entsprechend der Vorgehensweise im Case Management, nach einem eingehenden Profiling die Klientel in Fallgruppen einteilen und jene Gruppen identifizieren, die einen besonderen Betreuungsbedarf aufweisen (mehr als drei abgrenzbare schwerwiegende Vermittlungshemmnisse der Person und/oder der Bedarfsgemeinschaft).⁶ Mit diesen Personen soll nun ein Eingliederungsvertrag erarbeitet werden, der alle Leistungen und Pflichten umfasst, die dem Ziel dienen sollen, den Betroffenen eine möglichst schnelle Eingliederung in den Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Die Fallmanager und -managerinnen überwachen die Einhaltung der im Eingliederungsvertrag vereinbarten Leistungen und deren Wirksamkeit.

Im Kern veranschaulicht das Modell des beschäftigungsorientierten Fallmanagements die Rolle des Case Managements im Kontext neoliberaler Modernisierung und legt zugleich die Widersprüche von Programmatik und Praxis offen. So widersprechen schon die rechtlichen Konstitutionsbedingungen des Fallmanagements allen Prinzipien sozialpädagogischer Beratungsarbeit. Die Beratungs- und Steuerungsarbeit wird von den Klienten weder freiwillig in Anspruch genommen (die Verweigerung der Zusammenarbeit hat Kürzungen und Sperrzeiten zur Folge) noch ist sie ergebnisoffen (das Fallmanagement zielt einzig und unmittelbar auf die Eingliederung in den Arbeitsmarkt, alle anderen Lebensprobleme werden als Vermittlungshemmnisse wahrgenommen und bearbeitet, zur Not per Verordnung). Die rechtliche Konstruktion des Verhältnisses von Fallmanagement und Kunden ist im Kern asymmetrisch und autoritär angelegt. Dies wird besonders am Beispiel des zentralen Instruments, des Eingliederungsvertrages, deutlich. Er soll die Leistungen der Arbeitsverwaltung ebenso wie die Pflichten der Hartz-IV-Empfangenden und eventuell Sanktionen bei Pflichtverletzungen festhalten. Im besten Fall ist er das Produkt eines Aushandlungsprozesses, im schlechtesten wird er durch die Fallmanagenden als Verwaltungsakt erlassen, flankiert von Sanktionen wegen mangelnder Bereitschaft zur Mitarbeit aufseiten der Betroffenen.

Wie diese Konstruktion einer autoritären, bevormundenden Fürsorglichkeit mit der von Vertretern und Vertreterinnen des Case Managements reklamierten „anwaltschaftlichen Funktion“ in Einklang zu bringen ist, ist ebenso wenig nachvollziehbar wie ihre Vereinbarkeit mit den so häufig beschworenen nationalen und internationalen ethischen Kodizes der Sozialen Arbeit. Im Kern ist dies auch den Autorinnen und Autoren des Fachkonzepts bewusst, die von einer „Gratwanderung“ sprechen. „Die bisher entwickelten fachlichen und berufsethischen Standards der Beratung, größtenteils höchstrichterlich bestätigt, sind mit den Möglichkeiten der Sanktionierung nur schwer vereinbar. Es bleibt für die Organisationen und für die beteiligten Fachkräfte eine Gratwanderung, die sich nur durch Rollenklarheit und ausreichende Transparenz bewältigen lässt“ (ebd., S. 9). Die strukturell angelegten autoritären Strukturen sollen also im Alltag durch Transparenz und Klarheit so gestaltet werden, dass Arbeitsbündnisse zustande kommen können. Falls nicht, sind die Fallmanagenden, die sich im Rahmen der Gesetze bewegen, gezwungen, von ihrer Sanktionsmacht Gebrauch zu machen.

Diese Form der „Begleitung von Hilfe Suchenden“, an der Interessierte mittlerweile in diversen Dokumentationen und Reportagen von Stern TV bis RTL Explosiv teilhaben können, mag dem amerikanischen Modell des Case Managers als „teacher, preacher, friend and cop“ (Bertelsmann Stiftung u. a. 2002, S. 161), als Lehrer, Prediger, Freund und Polizist entsprechen. Aber sie ist eine böse Karikatur dialogischer, auf die Autonomie der Klientel abzielende Bildung, Beratung und Unterstützung, wie sie einmal das Selbstverständnis einer lebensweltorientierten Sozialen Arbeit prägte. Schon im Jahr 2003 kursierte in der Arbeitsverwaltung ein Begriff, mit dem Mitarbeitende dieser Verwaltung versuchten, die neue Philosophie des Umgangs mit Arbeitslosen zu charakterisieren: die Verfolgungsbetreuung (Fetzer 2006). In einem offenen Brief beschwerten sich Beschäftigte der Arbeitsverwaltung, dass der Vorstand erhebliche Einsparungen einfordert. „Dabei schätzen die Verantwortlichen der BA (Bundesanstalt für Arbeit) zu Recht ein, dass mit einer gutwilligen Rückgabe der Gelder durch die Arbeitslosen nicht zu rechnen ist. Also verpflichtet man die Arbeitsämter die Summen einzutreiben. Das Einsparzauberwort heißt Sperrzeiten und die dazu notwendigen Maßnahmen werden im BA-Unwort des Jahres zusammengefasst: Den Arbeitslosen droht die ‚Verfolgungsbetreuung‘. Konkret bedeutet das, jede mögliche und unmögliche Gelegenheit zur Verhängung einer Sperrzeit wird genutzt. Der Druck auf die

Arbeitslosen macht auch vor den Kolleginnen und Kollegen in den Ämtern nicht halt. Es werden Hitlisten eingerichtet, mit dem Ziel zu schauen, wer in welcher Zeit wie viele Sperrzeiten verhängt“ (In Team 2003, S. 2).

All dies ist kein Auswuchs, sondern strukturell intendiert und auch mit gutem Willen nicht ins Gegenteil zu verkehren. Dies belegen die Gesetzesnovellen und Ausführungsverordnungen, die den autoritären und disziplinierenden Charakter des Gesetzes nochmals deutlich verstärkt haben (Fetzer 2006). Für Achim Trube (2005, S. 95) ist das Case Management in der Arbeitsverwaltung „ein Angebot, das der Adressat schlichtweg nicht ablehnen kann, da es nicht freiwillig auf Mitwirkung beruht, was mithin schon eher an Hilfsangebote aus dem mafiösen System oder an den hoheitlichen Verwaltungsakt gemahnt.“

Obwohl Stellungnahmen von Vertretenden des Case Managements ein gewisses Unbehagen nicht abzusprechen ist, scheinen weder fehlende Freiwilligkeit, Zieloffenheit und Vertraulichkeit noch die offensichtlich autoritär fürsorgliche Struktur genug Anlass zur professionellen Distanz zu geben.⁷ Indem sich das Case Management auf die Logik der aktivierenden Fürsorge einlässt, handelt es sich einen Vorwurf ein, der schon die klassische Einzelfallhilfe schwer traf: Sie trägt strukturell zur Individualisierung eines zutiefst sozialen Problems bei. Noch einmal zur Erinnerung: Trotz der immer lauter werden den Rhetorik der selbstverschuldeten Arbeitslosigkeit ist das Kernproblem der Arbeitslosigkeit nicht die individuelle Motivation und Qualifikation der Betroffenen, sondern die prinzipiell sinkende Absorptionsfähigkeit des Arbeitsmarktes (Galuske 2002). In einer Gesellschaft mit einer Lücke von sechs bis sieben Millionen Arbeitsplätzen ist individuelle Kompetenz ein Selektionskriterium, keine Ursache von Arbeitslosigkeit. Die Hartz-Gesetze verfolgen auf diesem Hintergrund eine Strategie, die man als „blaming the victim“ bezeichnen kann, die Opfer werden zu Tätern.⁸ Das beschäftigungsorientierte Fallmanagement ist somit der Versuch, „das auf der Makroebene angesiedelte Problem der Massenarbeitslosigkeit auf der Mikroebene des individuellen Verhaltens durch Anpassung, sprich Unterwerfung der Klienten an die Erfordernisse des Arbeitsmarktes zu überwinden“ (Wolf 2006, S. 1088). Auf diesem Hintergrund ist Manfred Neuffer (2006, S. 10) zuzustimmen, wenn er feststellt: „Case Management, will es klientsorientiert konzipiert sein, macht keinen Sinn, wenn auf bestimmte Problemlagen vorab festgelegte Leistungspakte ausgewiesen werden. Ziele mit Klienten und Klientinnen zu erarbeiten, erübrigt sich mit der-

artig festgelegten Vorgaben, wie wir sie zum Beispiel in der Beschäftigungsförderung vorfinden. ‚Fördern und Fordern‘, ein Begriffspaar, welches sich vor allem im Beschäftigungsbereich breit gemacht hat, entspricht nicht den Ethic-Codes und muss daher abgelehnt werden.“

Die Rückkehr der fürsorglichen Belagerung trägt allerdings nicht mehr das Gewand der alten Armenpolizei, wie *Buestrich; Wohlfahrt* (2005, S. 317) feststellen: „Ein vermutlich qualitativer Unterschied in der Veränderung der Rolle Sozialer Arbeit im aktivierenden Fallmanagement-Kontext liegt darin, dass sie ... diesen Prozess sogar als fachliche Professionalisierung erleben kann, indem mit formal zertifizierten Instrumenten, wie etwa Profiling, Screening, Potenzialanalyse oder Assessment jetzt darüber entschieden wird, wer unter den veränderten Randbedingungen der Sozialpolitik noch förderfähig ... oder zu marginalisieren und deshalb in der Behörden-diktion ‚auszufördern‘ ist.“

Case Management und Sozialstaatsmodernisierung – Ein Fazit

Der Fehler der Skeptikerinnen und Skeptiker, die dem Case Management in den 1980er-Jahren keine besonders aussichtsreiche Zukunft voraussagten (zu denen ich mich auch zählen muss!), lag darin, dass sie nicht erkannten, dass die „Ankunft“ der Methode im professionellen Diskurs nur einer der Vorboten eines viel umfassenderen und rasanten Umgestaltungsprozesses von Gesellschaft und Sozialstaat war. Anders ausgedrückt: Mag das Case Management Anfang der 1980er-Jahre noch wie ein Fremdkörper in der deutschen Sozialen Arbeit gewirkt haben, so wurden die sozialpolitischen Koordinaten rasant in Richtung auf ein (neo-)liberales Modell umgepolt und das Case Management mit seinen Rationalitätsversprechen zur sozialpädagogischen Methode der Wahl. Was nicht passte, wurde passend gemacht! In dem Maße, wie sozialstaatliche Sicherungen zurückgenommen, soziale Risiken privatisiert und die soziale Dienstleistungsproduktion vermarktlacht wurde, rückte das Case Management ins Zentrum der Fachdiskussion. Insofern steht es für die aktivierungspädagogische Umprogrammierung der Sozialen Arbeit insgesamt, effizient, und – trotz Ethikkodex, wie das Beispiel des Fallmanagements in der Arbeits- und Sozialverwaltung veranschaulicht – flexibel in der Auslegung ihrer basalen Prinzipien, wenn es die Pragmatik oder der Markt erfordert. Ob es dem Professionalisierungsprojekt der Sozialen Arbeit allerdings auf Dauer gut tut, sich sozialtechnologisch dem jeweiligen Zeitgeist anzupassen, sei zumindest angezweifelt.

Mit *Eckhard Hansen* (2005, S. 120) ist allerdings zumindest festzuhalten: „Die Soziale Arbeit insgesamt hat ein Glaubwürdigkeitsproblem, wenn sie einerseits neoliberale Tendenzen in der Sozialpolitik kategorisch als Beiträge zur Demontage des Sozialstaates wertet, sich andererseits aber neoliberaler Instrumentarien wie des Care/Case Managements bedient und diese in ihre Professionalisierungsstrategie einbaut.“ Will sich die Soziale Arbeit nicht (erneut) dem Vorwurf aussetzen, wortreich Sozialtechnologien für beliebige Ziele zur Verfügung zu stellen, sollte sie sich den Hinweis von *Helga Cremer-Schäfer* (2006, S. 159) zu eigen machen: „Modernisierung ist in Zeiten der neoliberalen Produktionsweise zu widerstehen.“

Anmerkungen

1 Blickt man hinter den Vorhang des zumeist englischsprachigen manageriellen Jargons, scheint die Begegnung mit dem Case Management auch heute noch ähnliche Reaktionen auszulösen. So berichtet Manfred Neuffer (2006, S. 5) von Erfahrungen mit Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, die in einschlägigen Fortbildungen feststellen: „Wir arbeiten doch im Prinzip schon so, was ist denn am Case Management neu?“

2 „Der Neoliberalismus ersetzt ein begrenzendes und äußerliches durch ein regulatorisches und inneres Prinzip: Es ist die Form des Marktes, die als Organisationsprinzip des Staates und der Gesellschaft dient“ (Lemke u.a. 2000, S. 15). Zum Neoliberalismus ausführlicher Urban (2006) und Willke (2003).

3 In den Worten der Grundwertekommission der SPD (1999, S. 11): „Der Staat schafft die Rahmenbedingungen, deren faire Chancen dann die Bürger in individueller Verantwortung wahrnehmen sollen. Danach gilt für die Verteilung das (meritokratische) Prinzip des Marktes.“

4 So kritisiert etwa Claus Reis (2005) an der Praxis des Case Managements in der Arbeits- und Sozialverwaltung, dass hier häufig Case Management mit Case Work verwechselt werde. „Demgegenüber ist darauf zu insistieren, dass die Aufgabe von Fallmanagement darin besteht, Probleme von Langzeitarbeitslosen zu identifizieren ... und dann zur Bearbeitung dieser Probleme an den Fachdienst zu verweisen.“ Angesichts der zentralen Bedeutung der helfenden Beziehung für die klassische Methode der Sozialen Einzelfallhilfe scheint die Interpretation des Case Managements als „moderne Variante“ der Einzelfallhilfe beziehungsweise deren Weiterentwicklung (Raithe!; Dollinger 2006) zumindest diskussionsbedürftig. Bestenfalls kann man von einer Reformulierung der Einzelfallhilfe im Zeitalter des Managements sprechen.

5 Alexandra Manske (2005, S. 253) hat dies unter der Überschrift „Eigenverantwortung statt wohlfahrtsstaatlicher Absicherung“ anschaulich analysiert. Demnach „rekurriert der Eigenverantwortung anrufende Gestaltwandel sozialer Absicherung zum einen verstärkt auf Arbeitsmarktpolitik als sozialpolitisches Instrument im Sinne von ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ und zeichnet sich zum zweiten vornehmlich durch negative Rekommodifizierungsmaßnahmen aus.“

6 Es wird unterschieden nach Marktkunden mit guten Integrationschancen, Beratungskunden, „die je nach Handlungsbedarf aktiviert beziehungsweise gefördert werden müssen“ (Rietzke 2006, S. 199) sowie den Betreuungskunden, denen

nur noch geringe Aussichten auf Marktintegration eingeräumt werden. In der Literatur wird darauf verwiesen, dass mit der Einteilung in Fallgruppen eine selektive Funktion verbunden ist, da mit der jeweiligen Zuordnung bestimmte Möglichkeiten und Unmöglichkeiten der Förderung verbunden sind (siehe ebd. 2006, Wolf 2006). Helga Cremer-Schäfer (2006, S. 171) betont: „Die Selektivität der Förderung wird durch ‚Profiling‘ wissenschaftlich geehrt und durch Dokumentationssysteme und Berichterstattung, die wieder zu Steuerungsgrundlagen gemacht werden, wird die Klassifikation zu einer ‚zweiten Natur‘ der Klassifizierten gemacht, die die Einteilung rechtfertigt... Das ganze ist mit Verlaub, wenn es in der Arglosigkeit umgesetzt würde, wie es in der Darstellung daherkommt, ein sozialdarwinistisches Muster.“

7 Nach Auffassung von Catrin Heite (2006, S. 203) ordnet das Case Management dem Wirkungs- und Effizienzaspekt alles andere unter. „So tendiert auch Case Management als Teil dieser manageriellen Ausrichtung der Sozialen Arbeit dazu, Aspekte anderer – ihrerseits nicht unumstrittener – Kennzeichen von Professionalität wie sozialpädagogisches Fallverstehen, stellvertretende Deutung, multiperspektivische Betrachtung, Freiwilligkeit der Teilnahme am Hilfeprozess und Zieloffenheit des Hilfeprozesses zu Gunsten einer stringenteren Zielausrichtung in einem standardisierten Programm zu vernachlässigen.“

8 Das wohl augenscheinlichste Beispiel für diese Strategie lieferte Ex-Wirtschaftsminister Wolfgang Clement in einer der letzten von ihm verantworteten Schriften zum Thema Leistungsmissbrauch durch Hartz-IV-Empfänger und -empfängerinnen unter der Überschrift „Vorrang den Anständigen“. Neben unzähligen Beispielen von Leistungsmissbrauch durch Arbeitslose findet sich dort die Aussage: „Biologen verwenden für ‚Organismen, die zeitweise oder dauerhaft zur Befriedigung ihrer Nahrungsbedingungen auf Kosten anderer Lebewesen – ihren Wirten – leben‘ übereinstimmend die Bezeichnung ‚Parasiten‘. Natürlich ist es völlig unstatthaft, Begriffe aus dem Tierreich auf Menschen zu übertragen. Schließlich ist Sozialbetrug nicht durch die Natur bestimmt, sondern vom Willen des Einzelnen gesteuert“ (Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit 2005, S. 10).

Literatur

Beck, U.: Was zur Wahl steht. Frankfurt am Main 2005
Bertelsmann Stiftung u. a. (Hrsg.): Handbuch Beratung und Integration. Fördern und Fordern – Eingliederungsstrategien in der Beschäftigungsförderung. Gütersloh 2002
Blüm, N.: Gerechtigkeit. Eine Kritik des Homo oeconomicus. Freiburg im Breisgau 2006
Bofinger, P.: Wir sind besser, als wir glauben. Wohlstand für alle. Reinbek 2006
Boulet, J. J.; Krauß, E. J.; Oelschlägel, D.: Gemeinwesenarbeit als Arbeitsprinzip. Eine Grundlegung. Bielefeld 1980
Buestrich, M.; Wohlfahrt, N.: Case Management in der Beschäftigungsförderung? Zur sozialpolitischen Logik und Modernität einer Methode der Sozialen Arbeit. In: neue praxis 4/2005, S. 307-323
Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit: Vorrang den Anständigen. Berlin 2005
Butterwegge, Ch.: Rückwärts in die Zukunft? Zwischenbilanz der schwarz-roten Sozialpolitik. In: Sozial Extra 1-2/2007, S. 29
Cremer-Schäfer, H.: Neoliberale Produktionsweise und der Umbau des Sozialstaats. Welche Bewandnis hat Hartz für die Soziale Arbeit? In: Schweppe, C.; Sting, S. (Hrsg.): Sozialpäda-

gogik im Übergang. Weinheim/München 2006, S. 157-173
Dahme, H.-J.; Wohlfahrt, N. (Hrsg.): Aktivierende Soziale Arbeit. Theorie – Handlungsfelder – Praxis. Baltmannsweiler 2005

Fetzer, D.: Verfolgungsbetreuung, Schikanen und Verletzung der Privat- und Intimsphäre. In: Agenturschluss (Hrsg.): Schwarzbuch Hartz IV. Sozialer Angriff und Widerstand – Eine Zwischenbilanz. Berlin 2006, S. 31-45

Galuske, M.: Flexible Sozialpädagogik. Elemente einer Theorie Soziale Arbeit in der modernen Arbeitsgesellschaft. Weinheim/München 2002

Galuske, M.: Methoden der Sozialen Arbeit. Weinheim/München 2007

Geißler, H.: Wo bleibt Euer Aufschrei? In: Die Zeit 47/2004

Göckler, R. (Hrsg.): Fachkonzept „Beschäftigungsorientiertes Fallmanagement im SGB II“. www.tacheles-sozialhilfe.de/aktuelles/2005/fachkonzept-abschlussfassung-fallmanagement.pdf, Download vom 30.7.2007

Grundwertekommission beim Parteivorstand der SPD: Dritte Wege – Neue Mitte, Sozialdemokratische Markierungen für Reformpolitik im Zeitalter der Globalisierung. Berlin 1999

Hansen, E.: Das Case/Care Management. Anmerkungen zu einer importierten Methode. In: neue praxis 2/2005, S. 107-125

Heite, C.: Professionalisierungsstrategien der Sozialen Arbeit. Der Fall Case Management. In: neue praxis 2/2006, S. 201-207
Heitmeyer, W. (Hrsg.): Deutsche Zustände. Frankfurt am Main 2006

Hille, J.: Kritische Anmerkungen zum Case Management. In: Standpunkt: Sozial, Hamburger Forum für Soziale Arbeit 2/2006, S. 58-59

In Team: Mitteilungen der ver.di-Fraktionen im BPR und der BJAV im Landesarbeitsamt Nordrhein-Westfalen sowie der ver.di Landesfachgruppe Arbeitsverwaltung, März 2003, www.labournet.de/diskussion/arbeit/realpolitik/zwang/inteam.pdf, Download vom 30.7.2007

Kleve, H.: Systemisches Case Management. In: SiO (Sozialarbeit in Österreich) 1/2006, S. 14-16

Lemke, T.; Krasmann, S.; Bröckling, U.: Gouvernamentalität, Neoliberalismus und Selbsttechnologien. In: Bröckling, U.; Krasmann, S.; Lemke, T. (Hrsg.): Gouvernamentalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen. Frankfurt am Main 2000, S. 7-40

Manske, A.: Eigenverantwortung statt wohlfahrtsstaatlicher Absicherung. Anmerkungen zum Gestaltwandel sozialer Absicherung. In: Berliner Journal für Soziologie 2/2005, S. 241-258

Münder, J.: Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II). In: Kreft, D.; Mielenz, I. (Hrsg.): Wörterbuch Soziale Arbeit. Weinheim/München 2005, S. 394-399

Neuffer, M.: Case Management am Scheideweg. Ein Beitrag aus der Sicht der Sozialen Arbeit. In: Standpunkt: Sozial, Hamburger Forum für Soziale Arbeit 2/2006, S. 5-11

Prantl, H.: Kein schöner Land. Die Zerstörung der sozialen Gerechtigkeit. München 2005

Raithel, J.; Dollinger, B.: Case Management. In: Dollinger, B.; Raithel, J. (Hrsg.): Aktivierende Sozialpädagogik. Wiesbaden 2006, S. 79-90

Reis, C.: Beschäftigungsorientiertes Fallmanagement – Anspruch und Wirklichkeit. Vortrag vom 30. November 2005 www.sfz-mainz.de/seiten/sbinter/protokollsammlung/fachtagung/fachtagung2005-reis.pdf, Download vom 30.7.2007

Rietzke, T.: Jugendberufshilfe und Hartz. Anmerkungen zu den Auswirkungen aktivierender Arbeitsmarktpolitik auf die Praxis der Jugendberufshilfe. In: Schweppe, C.; Sting, S. (Hrsg.):

Sozialpädagogik im Übergang. Weinheim/München 2006, S. 193-203

Schimank, U.; Volkmann, U. (Hrsg.): Soziologische Gegenwartsdiagnosen. Opladen 2000

Trube, A.: Casemanagement als Changemanagement? Zur ambivalenten Professionalisierung Sozialer Arbeit im aktivierenden Sozialstaat. In: Dahme, H.-J.; Wohlfahrt, N. (Hrsg.): Aktivierende Soziale Arbeit. Theorie – Handlungsfelder – Praxis. Baltmannsweiler 2005, S. 88-98

Urban, H. J. (Hrsg.): ABC zum Neoliberalismus. Von ‚Agenda 2010‘ bis ‚Zumutbarkeit‘. Hamburg 2006

Wendt, W. R.: Case Management: ein Konzept, viele Anwendungen. In: Managed Care 2/2005, S. 7-9

Willke, G.: Neoliberalismus. Frankfurt am Main 2003

Wolf, M.: ‚Aktivierende Hilfe‘. Zu Ideologie und Realität eines sozialpolitischen Stereotyps. In: UTOPIE kreativ 179/2005, S. 796-808

Wolf, M.: Hartz IV: ausgrenzende Aktivierung oder Lehrstück über die Antastbarkeit der Würde des Menschen. In: UTOPIE konkret 194/2006, S. 1079-1095

Beziehungsarbeit im Case Management

Manfred Neuffer

Zusammenfassung

Case Management stammt zumindest im Bereich der Sozialen Arbeit aus der fallorientierten Arbeit und stellt eine Weiterentwicklung des Case Work dar oder im deutschen Zusammenhang der Sozialen Einzelhilfe. Case Management muss sich vorrangig der Bedürfnisse und Interessen der Klientel (Case) annehmen. Allerdings gelingt Case Management nur, wenn zusätzlich eine Netzwerkarbeit bezogen auf unterstützende Personen im Umfeld zur Verfügung steht, koordinierte und kooperierende (vernetzte) Dienstleistende vorhanden sind, ebenso Rahmenbedingungen wie gesetzliche Vorgaben, auf Case Management abgestimmte Strukturen und ein entsprechend ausgebildetes Personal. Zunehmend ist in der Diskussion zu beobachten, dass letztere Aspekte in den Vordergrund gerückt werden und die Klientorientierung vernachlässigt wird. Dabei wird insbesondere die Anforderung an eine bewusst gestaltete Beziehungsarbeit infrage gestellt. Nachfolgender Beitrag stellt die Bedeutung einer Arbeitsbeziehung zwischen Klienten und Case Managenden als Kernbestandteil des Case Managements heraus.

Abstract

Case management, at least within the realm of social work, originates from case-oriented work and represents a further development of case work or, within the German context, of social case work. Case management primarily has to meet clients' needs and interests (in specific cases). However, case management can only succeed if additionally there are available, network opportunities for helpers, coordinated and cooperating (networked) service providers as well as suitable framework conditions such as legal specifications, structures designed for case management and staff members who are educated appropriately. Within the discussion about case management there is an increasing tendency for these latter aspects to be placed in the foreground whereas client orientation is being neglected. In particular, the requirement of a considerate client relationship management is being questioned. The following article emphasizes the significance of a working relationship between client and case manager as a key component of case management.

Schlüsselwörter

Case Management – Klient-Beziehung – Vernetzung – Methode – soziale Arbeit

Ausgangspunkte und kritische Anmerkungen

Ist Case Management überhaupt ein sinnvoller Begriff für eine fallorientierte Vorgehensweise in der Sozialen Arbeit? Worin unterscheidet es sich von einer qualifizierten sozialarbeiterischen Beratung? Bedroht gar Case Management, das auch im Gesundheits-, Versicherungswesen und der Beschäftigungsförderung immer mehr Verbreitung findet, als eigenständiger Professions- und Handlungsbereich die berufliche Entwicklung in der Sozialen Arbeit? Solche und andere Fragestellungen tauchen aktuell in der Fachdiskussion auf. Diejenigen, die sich schon lange mit dem Konzept Case Management in der Praxis der Sozialen Arbeit beschäftigen, den internationalen Stand verfolgen oder in Aus- und Weiterbildung das Konzept vermitteln, müssen sich diesen Fragen stellen. Damit nicht genug. Häufig melden Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen, die mit dem Konzept vertraut gemacht werden, zurück: Wir arbeiten doch im Prinzip schon so, was ist denn an Case Management neu?

Die Grundelemente des Case Managements, einerseits in komplexen Problemlagen individuelle Unterstützung zu geben und andererseits das Hilfesystem auf die Bedarfe Einzelner oder einer Zielgruppe abzustellen, finden wir in der Sozialen Arbeit seit Beginn der Berufsgeschichte. „Alle Fürsorge besteht darin, dass man entweder einem Menschen hilft, sich in der gegebenen Umwelt einzuordnen, zu behaupten, zurechtzufinden – oder dass man seine Umwelt so gestaltet, verändert, beeinflusst, dass er sich darin bewähren, seine Kräfte entfalten kann ...“ (Salomon 1926, S. 59). Auch Marie Baum forderte 1927 für die Familienfürsorge, die Zuständigkeit in die Hand eines Fürsorgers oder einer Fürsorgerin zu geben und grundsätzlich die Gesamtlage der Familie zum Ausgangspunkt der Prüfung und zur Aufstellung des Heilplans zu machen. Und sie sah als weitere Aufgabe, Klienten und Klientinnen in unterstützende Einrichtungen zu vermitteln (Neuffer 1990, S. 41 ff.).

In der amerikanischen Sozialarbeit führten in den 1970er-Jahren die Ausdifferenzierungen von Dienstleistungen und die unkoordinierte Unterstützung in komplexen Fallsituationen dazu, dem Case Work – der Sozialen Einzelhilfe – ein neues Konzept „Case Management“ hinzuzufügen. In Deutschland beschäftigen wir uns mit Case Management in der Sozialen Arbeit unter anderem seit Einführung des Sozialgesetzbuchs (SGB) VIII und dessen § 36, der einen Hilfeplan im Zusammenwirken verschiedener Fachkräfte verlangt. Case Management kann also eindeutig als Weiterführung der Sozialen Einzelhilfe

verstanden werden, baut auf deren Grundelemente auf, berücksichtigt aber auch die Kritik an dieser Methode, ausschließlich die individuelle Problemlage zu betrachten und zu bearbeiten.

In den USA wandelte sich Case Management zunehmend zu einem Konzept (versehen mit den Begriffen Gatekeeper und Broker), in dem betriebswirtschaftliche Komponenten Vorrang erhielten und die Arbeit mit der Klientel in den Hintergrund rückte. Eine Tendenz, die wir im deutschsprachigen Raum ebenfalls aktuell verfolgen können, insofern muss die frühe Kritik in den USA in diesem Zusammenhang registriert werden. Die mit der Budgetverwaltung verbundene Machtstellung führte offensichtlich dazu, dass sich das Konzept von seinen eigentlichen Zielen entfernte und die Rolle des Case Managers sich änderte. In einer bilanzierenden Replik beschrieb 1988 Carol D. Austin aus Ohio anlässlich der Jahresversammlung der National Association of Social Workers Entwicklungen in diesem Arbeitsfeld. Die Möglichkeit von Case Management, über wirtschaftliche Ressourcen auf die Art der Hilfestellung Einfluss zu nehmen, habe den Zugang für andere betriebswirtschaftlich orientierte Berufsgruppen und Helfende (Case Management auf Honorarbasis oder über eine Gebührenerhebung) geöffnet. Das eigentliche Konzept, die Betreuung der Klientel und die Koordination von sozialen Diensten, sei dabei oft verlassen worden. In gleichem Maße hätten sich die professionelle Sozialarbeit wieder von diesem Berufsfeld abgewandt. Austin stellte die Frage: Ist Case Management noch „gute, altmodische“ Sozialarbeit? Ihre Antwort: Ja, wenn Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen sich an das eigentliche Konzept halten. Nein, wenn sie immer zu schnell anderen Vorlieben nachgehen und damit Case Management anderen Berufsgruppen überlassen. Weitere Widersprüche sieht sie darin, dass die ausführende Sozialarbeit zu sehr von der Frage des vorhandenen und gewährten Geldes abhängig gemacht wird. Die Machtposition des Case Managers, der Case Managerin könne zur Veränderung von Hilfeleistungen missbraucht werden, die dann weniger im Sinne der Klientel positiv ausgerichtet seien, sondern mehr auf Effizienz. Case Manager und Managerinnen könnten den Charakter vorhandener Dienste, deren Entwicklung und Ausdehnung ausschließlich aus finanzieller Sicht steuern und festlegen (Austin 1990).

In der Fachdiskussion in den USA wurde diese Fehlentwicklung aus sozialarbeiterischer Sicht seit einigen Jahren korrigiert und die eigene Professionalität wieder mehr ins Spiel gebracht. Folgende Aspekte konturieren diese Bemühungen: die Notwendigkeit

von Beziehungsarbeit; größere Sensibilität hinsichtlich psychischer Bedürfnisse und Prozesse, die soziale Probleme begleiten; ein dynamischeres Verständnis der Systeme, in denen sich die Betroffenen und der Case Manager oder der Case Managerin begegnen und sich auseinandersetzen; das Nutzbarmachen von Flexibilität und Eigenverantwortung bei der Klientel und die sie umgebenden Ressourcensysteme. Case Management in diesem Verständnis bietet also die Chance, einzelfallorientiertes Vorgehen mit sozialer Netzwerkarbeit verbinden zu können. Der grenzüberschreitende Ansatz gibt den Betroffenen die Sicherheit, in vielschichtigen Problemen und Benachteiligungen differenzierte Hilfestellungen zu finden, in der richtigen Form und zum richtigen Zeitpunkt. Ziel ist es, Hilfen anzubieten, die möglichst wenig in die bestehende und gewohnte Lebenswelt eingreifen. Die eigenen Ressourcen der Betroffenen und das sie umgebende Netz wird zum Ausgangspunkt für die Hilfen. Die traditionellen Werte der Sozialen Arbeit wie Selbstbestimmung, Würde und gegenseitige Verantwortung sollen auch im Case Management Leitlinien sein. Das Hauptmerkmal des Konzeptes, die Fragmentierung von Hilfestellungen zu überwinden, erfordert Beziehungsarbeit als Teil der Intervention, um die emotionalen Probleme der Klientel, die zum Beispiel Vertrauens- und Funktionsverlust und Stress auslösen, zu beheben (*Vourlekis; Greene 1992, S. 11 ff.*).

Insofern steht die unmittelbare Beziehungsarbeit zwischen Klient, Klientin und Case Manager, Case Managerin nicht in Konkurrenz zu effektiver und effizienter Fallarbeit. Verhängnisvoll wäre es, Fallarbeit mit falsch verstandenem Case Management als bloße Koordination und Fallbegleitung zu verstehen, wie sie von *Wendt (2007, S. 15)* betont wird: „Die Beziehungsfrage stellt sich nicht für das Case Management im ganzen; es geht in ihr um die personenbezogene Fallführung.“

Durchgehende Fallverantwortung erfordert Beziehungsarbeit, um das Vertrauen der Klienten und Klientinnen zu erreichen, so dass diese von Beginn bis zum Ende einer Hilfestellung emotional und inhaltlich den Hilfeprozess reflektieren, Eigenkräfte entwickeln (Empowerment) und eine verantwortliche Ansprechperson ohne Hemmschwelle konsultieren können. Insofern erfordert dies vom Case Manager und von der Case Managerin nicht nur, fremde Dienstleistungen anzuregen, zu entwickeln und zu koordinieren, sondern sich dieser ganzheitlichen Aufgabe mit dem eigenen personalen Angebot selbst zu stellen. Im Gegensatz zu den professionell Interessierten am Case Management im Gesundheits-

Versicherungs- und Beschäftigungswesen verfügen Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen durch ihre grundständige Ausbildung über Anteile aus dem Weiterbildungskonzept der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC). Diese Anteile stehen in unterschiedlicher Ausprägung zur Verfügung und wurden eventuell durch andere Fortbildungen zusätzlich vertieft.

Konzepte, Arbeitsabläufe und Strukturen in der fallorientierten Sozialen Arbeit entsprechen ebenfalls Teilen des Case Managements, ähneln aber auch Beratungskonzepten. So wird das Konzept „Case Management“ einerseits als Ergänzung begrüßt, andererseits wird aber befürchtet, eine zertifizierte Weiterbildung diene als Einfallstor, um originäre Anteile der Sozialen Arbeit in einer Spezialdisziplin abzuspalten. Es wird kritisierend gefragt: Teilt ein Sonderweg Case Management in der Aus- und Weiterbildung Zusammengehörendes weiter auf? Werden gewachsene einheitliche Ausbildungsstandards zerstört? Waren die Inhalte des Case Managements nicht schon immer Bestandteil der Sozialen Arbeit? Kommt unsere Methode in andere Hände, wird uns auch die Definitionsmacht genommen und werden wir aus unserem eigenen Markt gedrängt (siehe Beispiel Sozialmanagement)? Werden die Bedürfnisse und Ängste von Menschen technisiert? Und zuletzt: Arbeiten kompetente Case Manager und Managerinnen auf der einen Seite und schmalspurig Ausgebildete auf der anderen Seite (*Redaktion Forum SOZIAL 4/2005, S. 8 ff.*)?

Einsatzmöglichkeiten

Der Anteil fallorientierter Sozialer Arbeit wird auf 75 Prozent geschätzt und erstreckt sich unter anderem auf die klassischen Arbeitsbereiche wie Altenhilfe, Arbeitslosigkeit, Berufshilfen – berufliche (Re-) Integration, Arbeit mit Migranten und Migrantinnen, Arbeit mit Menschen mit Behinderung, Gefährdetenhilfe (bei Wohnungslosigkeit, Schulden, Straffälligkeit), Suchtkrankenhilfe, Jugendhilfe (Allgemeine Soziale Dienste, Hilfen zur Erziehung, Jugendgerichtshilfe, Adoption- und Pflegekinderwesen), Krankenhaussozialdienst, Psychiatrie, Rehabilitation. Gerade an diesen Beispielen wird deutlich, wie wenig die Klientel als Zielgruppe dieser Bereiche in aller Regel selbst in der Lage ist, mit den ihr verbliebenen Ressourcen ihre Bedürfnisse und Wünsche zu realisieren. Sie benötigt eine stabile, kontinuierliche und vertrauensvolle Beziehung, um sich ihrer komplexen Situation zu stellen und sie zu verändern. „Eine handfeste Unterstützung oder den einen oder anderen Tipp zu bekommen“ (*Wendt 2007, S. 16*) reicht eben in multibelasteten Situationen nicht aus

und würde lediglich eine Notlage instrumentalisieren. Insofern muss zwischen Case Manager oder Managerin und dem Klienten, der Klientin eine tragfähige Zweier-Arbeitsbeziehung entstehen, um wirkungsvolle Unterstützung zu entfalten.

Als zweites Standbein beinhaltet das Case Management aber auch das Arbeiten im System der Hilfestellungen, seien es nicht professionelle Hilfestellungen im Umfeld der Klientel oder professionelle, die die unterschiedlichen Anforderungen einer multikomplexen Situation aufgreifen. Den oben genannten Arbeitsfeldern ist daher gemeinsam, dass die Klientel nicht nur häufig multikomplexen Problemlagen ausgesetzt ist, sondern sich die Auftragsbereiche häufig überschneiden. Wer also im Sinne von Case Management die Fallführung übernimmt und wo Dienstleistungssysteme sinnvollerweise gemeinsame Angebotsstrukturen zu entwickeln hätten, bleibt in der Realität oft unklar. Dies erschwert ein aufeinander abgestimmtes, spezifisches Leistungspaket für die Klientel. Konkurrenzen, unterschiedliche Haushaltsverantwortung und gesetzliche Bestimmungen, unterschiedliche Träger (öffentliche und freie, kleine Einrichtungen und große Verbände) be- und verhindern Kooperation und Koordination. Case Management kann sich daher am ehesten etablieren, wenn sich überschneidende Dienstleistungsbereiche (zum Beispiel Jugendhilfe und Psychiatrie) über die Sinnhaftigkeit dieses Konzeptes verständigen und für sich jeweils daraus Nutzen ziehen. In den jeweiligen Arbeitsfeldern oder Teilbereichen selbst müsste es intern leichter gelingen, Case Management zu implementieren. Die Notwendigkeit, qualitative Anforderungen mit ökonomischen in Verbindung zu setzen, prägt derzeitig alle Arbeitsfelder.

Besonderheiten

In der Sozialen Arbeit stellen sich Anforderungen an das Case Management, die nicht immer vergleichbar mit denen im Gesundheitswesen oder in der Beschäftigungsförderung sind. Doch glaubt man beispielsweise den Berichten von Patientinnen im Gesundheitswesen und Klienten der Arbeitsvermittlung, vermissen auch diese eine kontinuierliche, empathische wie vertrauensvolle Person, die sie nicht als „Patient Hüftgelenk“ oder als „Langzeitarbeitsloser Nr. X“ einordnet. Eine besondere Bedeutung nimmt daher die Beziehung zwischen Klient und Case Management ein. Klienten und Klientinnen in einer multikomplexen Problemsituation erfahren häufig unterschiedlichste Anforderungen von professionellen und nicht professionellen Helfenden. Die Anforderungen sind von unterschiedlichen Werten und

Normen geprägt, von institutionellen Aufträgen und Zwängen, von gegensätzlichen Ansprüchen und Forderungen. Nicht selten blockieren sich diese, selbst professionell qualitativ hochstehende oder gut gemeinte Unterstützungen dadurch, dass die Klientel den Bezug der jeweiligen Hilfestellung zu ihrer gesamten Lebenslage nicht herstellen kann. Die Gestaltung der Beziehung zwischen Case Manager, Case Managerin und Klient, Klientin, wird das Fundament des gesamten Unterstützungsprozesses, obwohl Hilfemaßnahmen in aller Regel nicht selbst übernommen werden.

Eine konstruktive Beziehung setzt das Vertrauen der Betroffenen voraus, die Atmosphäre in dieser Beziehung ist bedeutsam. Emotionale Unterstützung, ermutigende Anerkennung, Offenheit für Veränderung und keine voreiligen Analogieschlüsse werden als Grundlagen genannt (Ansen 2006, S. 107 ff.). Nicht nur in der sozialen Beratungstätigkeit, die in vielen Elementen denen des Case Managements ähnelt, gilt es, eine Arbeitsbeziehung aufzubauen, die sich von therapeutischem Vorgehen abgrenzt und die Sachaspekte in gleichem Maße mit einbezieht. Auch im Case Management in der Sozialen Arbeit nimmt sie eine zentrale Rolle ein. Es handelt sich um eine Halt gebende, ermutigende und motivierende Unterstützung, die reflexiv das Geschehen gestaltet.

Diese tragende Säule wird nicht von allen als Wesensmoment des Case Managements gesehen. Managen sei eben eher planen, organisieren, koordinieren, kontrollieren, womit dem Unterstützungsansatz ein Standbein genommen wird. Jeder intensive Unterstützungsprozess von Klienten und Klientinnen, sei es nun eine Beratung, eine Krisenintervention, eine Mediation oder Case Management, muss sich über diese Arbeitsbeziehung im Klaren sein und über die Tatsache, dass die Klientel auch über die Beziehung zu einem Case Manager oder einer Case Managerin wachsen kann. Die Beziehung kann umso besser genutzt werden, je deutlicher sie als sinnhaft gesehen und je reflektierter sie eingesetzt wird. Das bewusste und gesteuerte Beziehungsgeschehen in diesem Sinne entspricht einer professionellen Verantwortung und unterscheidet sich sowohl von therapeutischen Formen als auch von nicht professionellen Hilfestellungen. Insofern steht dieser Ansatz im Gegensatz zu der Position, dass „die Managementaufgabe sich in erster Linie auf den Prozess bezieht, in dem man erfolgsgerichtet vorankommen will. In einem Case Management kann sogar darauf verzichtet werden, einen persönlichen Case Manager zu benennen – etwa in einem Ärzteteam“ (Wendt 2005,

S. 60). Noch deutlicher wird die Gegensätzlichkeit durch die Feststellung „Über die Gegebenheiten und die Erfordernisse im Einzelfall verständigt sich der Case Manager mit den Beteiligten. Gegenstand dieser aushandelnden Verständigung bleibt das, was der Fall ist“ (*ebd.*, S. 60). Zugestimmt werden kann allenfalls, dass Case Management keinen pädagogischen oder therapeutischen Anspruch hat, aber eben einen sozialarbeiterischen, der nicht nur von einem funktionalen Prozess, sondern immer schon auch von Person und Umfeld seinen Ausgang genommen hat.

Beziehungsarbeit in den Phasen des Case Managements

Die Standards und Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) sehen vor, dass der Phasenablauf einer Unterstützung als Kernaufgabe eines Case Managers, einer Case Managerin den Teilnehmenden einer Weiterbildung vermittelt wird. In diesen Phasen steht die unmittelbare Arbeit mit der Klientel im Mittelpunkt. Im Erstkontakt mit den Betroffenen wird es in einem oder mehreren Gesprächen darum gehen, herauszufinden, welches Anliegen, welche Problematik und welche bereits unternommenen Schritte oder Hilfestellungen vorliegen. Das Ziel des Erstkontaktes besteht in aller Regel darin, einen Kontrakt zu schließen, der die Zusammenarbeit zwischen Klient, Klientin und Case Manager, Case Managerin (einschließlich des Trägers) verbindlich gestaltet. Schon in dieser ersten Phase, nimmt man die fachlichen Hinweise zu qualifiziert geführten Erstgesprächen ernst, wird die Grundlage für eine Arbeitsbeziehung gelegt. Je besser dies gelingt, um so mehr Vertrauen entsteht. Ein Case Manager oder eine Case Managerin wird nicht nur hier, aber bereits zu diesem Zeitpunkt, eine qualifizierte professionelle Gesprächsführung einsetzen. Auch diese erfordert Empathie und aktives Zuhören, um die Exploration beim Klienten oder bei der Klientin zu ermöglichen.

Häufig kann bereits bei der nächsten Station, dem Assessment, festgestellt werden, dass eine intensive Beteiligung der Klientel in der Praxis des Case Managements wenig zum Zuge kommt. Dies wird mit Zeitgründen, organisatorischen und trägerorientierten Vorgaben begründet. Werden die Betroffenen dagegen von Beginn des Unterstützungsprozesses an aktiv beteiligt, gibt man ihnen die Chance, so ihre Angelegenheiten bald und so gut wie möglich im Sinne des Empowerment wieder selbst in die Hand zu nehmen.

Wollen Case Manager oder Case Managerin den Alltag, die Lebenswelt eines Klienten, einer Klientin

verstehen, in die die Problematik eingebunden ist, wollen sie die Stärken und Ressourcen der Betroffenen und deren Umfeld im Weiteren berücksichtigen, kann ein Assessment nur unter aktiver und ständiger Beteiligung der Klientel stattfinden. Eine Problem- und Ressourcenanalyse, eine Einschätzung der Situation und die Erstellung von Prognosen kann nur aus fachlicher Sicht des Case Managers, der Case Managerin oder anderer Fachkräfte erfolgen. Dies entspräche einer psychosozialen Diagnose, deren Fragwürdigkeit in der Fachdiskussion als einseitig und möglicherweise sogar stigmatisierend diskutiert wird. Werden die oben genannten Schritte dagegen im Assessment in engem Kontakt mit der Klientel bewältigt, wird der Unterstützungsprozess den Bedürfnissen und Wünschen der Betroffenen angepasst. Ein Klient, eine Klientin wird nur in einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung mit dem Case Manager, der Case Managerin diese Schritte mitgehen und die eigene persönlich belastete Situation öffnen. Insofern stellen das Verstehen und Würdigen der Klientensituation die Grundlage für den weiteren Prozess dar.

Auch der nächste Schritt, Ziele zu formulieren, auf denen sich eine Hilfeplanung aufbaut, bedarf der engen Zusammenarbeit mit den Betroffenen, die diese Aufgabenstellung häufig nicht gewohnt sind und Hilfestellung benötigen, um für ihre Situation Perspektiven zu entwickeln. Sie lernen aber auch über den Case Manager, die Case Managerin Realitäten kennen, die ihren Wünschen entgegenstehen, die sie aber mit ihm oder ihr bearbeiten müssen, falls Zielsetzungen zu sehr auseinanderklaffen. Ein dabei erforderliches konstruktives Aushandeln von Zielen bedarf einer sensiblen Vorgehensweise, da sich bei dieser Aufgabenstellung entscheiden kann, ob sich der Klient oder die Klientin in einen Veränderungsprozess begibt.

In der danach einsetzenden Hilfeplanung tauchen im Unterstützungsprozess zunehmend weitere Beteiligte auf. Angehörige, Freunde, die einbezogen werden, Fachdienste, die Hilfestellungen geben sollen, Case Manager und Managerinnen, die über eine kollegiale Beratung das Vorgehen qualifizieren, oder Kostenträger, um nur einige zu nennen. Diese Gemengelage leitet einerseits das Managen ein, andererseits wird hier deutlich, dass die advokatorische Rolle des Case Managenden gefragt ist und eine bis dahin enge und vertrauensvolle Arbeitsbeziehung den Betroffenen hilft, sich diesem unterstützenden, aber fremden Geschehen zu stellen. Gleichzeitig erhält der Case Manager oder die Case Managerin in dieser Phase Informationen, ob und wie selbststän-

dig sich ein Klient oder eine Klientin bewegt und inwieweit er oder sie sich selbst in Bezug auf den Klienten, die Klientin zurücknehmen kann, um die nächste Phase des Case Managements einzuleiten.

Die Monitoring- oder Controllingphase, die in einigen Konzepten als Kernaufgabe des Case Managements in den Vordergrund gestellt wird, soll ein Teil der sogenannten Systemarbeit darstellen und die ökonomische Effizienz gewährleisten. In der Realität muss festgestellt werden, dass sich die Klientel nicht in vorgegebene Schemata pressen lässt oder fremdbestimmte Vorgaben akzeptiert, die an ihrer Lebensweltrealität vorbeigehen. Eingeleitete Hilfsmaßnahmen verlieren dann ihre Wirkung, Ziele werden nicht oder nur zum Teil erreicht, die Klienten und Klientinnen nehmen nicht mehr aktiv am Hilfesgeschehen teil. Sie verspüren eine Abhängigkeit von Trägerleistungen und deren Finanzierung. Eine Steuerung, die dann notwendig wird, basiert nicht auf der offenen Rückmeldung der Klientel. Nur in einer vertrauensvollen Beziehung wird die Klientel den Case Managenden zurückmelden, ob ihre Situation sich verändert oder ob Schwierigkeiten und Konflikte aufgetaucht sind. Der Case Manager oder die Case Managerin kann dann advokatorisch tätig werden und die Fallsteuerung vornehmen.

Letztlich benötigt der Unterstützungsprozess einen qualifizierten Abschluss. Wer, wenn nicht die Betroffenen selbst ist am besten autorisiert, mit den Fachkräften zu reflektieren, inwieweit die Unterstützung nicht professioneller wie professioneller Art hilfreich war und welche Veränderungen tatsächlich eingetreten sind. Noch deutlicher wird die Notwendigkeit einer gelungenen Arbeitsbeziehung, wenn mit der Klientel abzuklären ist, welche weiteren Hilfen noch benötigt werden. Letztlich können nur die Betroffenen über Erfolg oder Nichterfolg berichten. Sie sind durchgängig die Experten ihrer Lebenssituation. Folglich ist das Verstehen der Klientel zentral im gesamten Case Management, aber auch umgekehrt der Einblick der Klientel in die Handlungsweisen der Case Managenden. Natürlich, und das ist konzeptimmanent, haben die Case Managenden die Aufgabe einer klientenübergreifenden Steuerungsfunktion. Netzwerke, in denen ebenso Beziehungen eine Rolle spielen, müssen auf- oder ausgebaut, Maßnahmen passgenau zugeschnitten oder entwickelt werden. Auch dies sind kommunikativ hergestellte Beziehungen und unterliegen ähnlichen Anforderungen, auf die an dieser Stelle nicht eingegangen wird.

Wenn allerdings in der Diskussion um das Case Management der Aspekt besonderes betont wird, es

handele sich nicht nur um Fallarbeit oder Fallsteuerung, sondern auch um Arbeit auf der Systemebene, also um Systemsteuerung, so begibt man sich in die Nähe des Sozialmanagements. Sozialmanager und -managerinnen verpflichten sich nicht nur den internen Abläufen ihrer Organisation, sondern beanspruchen für sich planende, koordinierende und disponierende Funktionen. Also genau das, was im Case Management ebenfalls als Kernaufgabe reklamiert wird. Auch die Stadtteil- und Gemeinwesenarbeit besitzt Elemente, wie sie im Case Management vorzufinden sind. Netzwerkarbeit auf institutioneller Ebene war schon immer Bestandteil von Stadtteil- und Gemeinwesenarbeit. In der Fachdiskussion werden daher Vorbehalte gegen den Gesamtanspruch von Case Management in Bezug auf Fall- und Systemsteuerung laut. Noch mehr genährt wird die kritische Einschätzung dadurch, dass der Einsatz von ausgebildeten Case Managern und Managerinnen häufig nicht dem Globalauftrag der Fall- und Systemsteuerung entspricht. Zusätzlich wird die Funktion und Rolle eines Case Managers, einer Case Managerin durch den Begriff des Fallmanagers erschwert, der in der Beschäftigungsförderung durch Inhaltslosigkeit für Unklarheiten sorgt, aber als Begriff zunehmend auch in der Sozialen Arbeit Eingang findet.

Deutlich eigenständiger konturiert ist Case Management über die fallspezifische Netzwerkarbeit, die, im Gegensatz zu Beratungsansätzen, in multikomplexen Problemsituationen mit unterschiedlichen professionellen und nicht professionellen Unterstützungsleistungen eine zentrale und anspruchsvolle Bedeutung besitzt. Wenngleich auch diese Ebene klarer Vereinbarungen mit der Klientel bedarf, um fallspezifische Netzwerkarbeit als sensibles personales Geschehen in Gang zu setzen.

Theoretisch-wissenschaftlicher Hintergrund

„Case Management ist ein Steuerungsgeschehen, in dem organisiert, ausgehandelt und entschieden wird, was bei einer gegebenen Aufgabenstellung fallweise zu unternehmen ist“ (Wendt 2007, S. 15). Eine derartige Reduktion auf eine klientferne Position benötigt keinen theoretisch-wissenschaftlichen Rahmen. Case Management kann beliebig eingesetzt werden. Soll Case Management in der Sozialen Arbeit akzeptiert werden und sich erfolgreich etablieren, muss einerseits die Einbindung des Konzepts in allgemeine Gegebenheiten wie der Sozialarbeitswissenschaft, mit einem definierten Gegenstand, theoretischen Erklärungen und Praxisforschung, den handlungsleitenden Rahmenbedingungen, dem professionellen Verständnis von Sozialer Arbeit und den berufsethischen Prinzipien vorhanden sein. Anderer-

seits ist die spezielle Funktion des Verfahrens „Case Management“ in der Bearbeitung von multikomplexen Situationen im Sinne einer eigenen spezifischen Handlungstheorie herauszuarbeiten. Wird Case Management in der Sozialen Arbeit aus diesem Kontext herausgelöst, wird sich eine konzeptionelle Weiterentwicklung und eine theoretische Begründung schwerlich einstellen. Die Position „Das manageriale Verfahren hat viel mit Sozialarbeit zu tun, ist aber mit ihr nicht identisch“ (Wendt 2007, S. 18) führt geradezu in einen fachlichen Tunnel. Wenn dann noch weiter ausgeführt wird: „Ebensowenig sind die Beziehungsformen professionellen Helfens denen eines Managements von Unterstützung und Versorgung gleichzusetzen ...“ (ebd., S. 18), wird die Klientel den Charakter des Case Managements und den Bezug zu ihrer belasteten Situation schwer erfassen können und Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen sowie Träger der Sozialen Arbeit werden Case Management in diesem abgehobenen Sinne nicht als eine mögliche Arbeitsform akzeptieren, sondern allenfalls Konzeptteile adaptieren. Diese Anforderung, einen wissenschaftstheoretischen Rahmen zu berücksichtigen, stellt sich in gleichem Maße im Gesundheitswesen. Case Management kann sich hier auf die Gesundheits- und Pflegewissenschaft beziehen und für sich einen Begründungszusammenhang herstellen, der eine fachliche Weiterführung zulässt, aber auch Verbindungen zur Sozialarbeitswissenschaft ermöglicht.

Systemisches Erklären und Handeln in sozialen Problem- und in multikomplexen Fallsituationen bilden auch für das Case Management einen handlungstheoretischen Rahmen (ein anderer könnte die Alltags- oder Lebensweltorientierung sein), der hier nicht näher ausgeführt werden kann. Systemisch heißt hier: Berücksichtigung unterschiedlicher ontologischer Niveaus – biologische, biopsychische, soziale, sozialkulturelle (Geiser 2007). Ein lediglich auf den funktionalen Ablauf gerichtetes Konzept, wie zum Teil im Rahmen von Case Management diskutiert wird (siehe oben), kann zu einem beliebigen Einsatz führen, ohne die „Warum-Frage“ zu klären, also die Frage nach einer wissenschaftlichen Erklärung, wie es zu einer bestimmten Fallsituation kommen konnte. Qualitätsstandards für eine plan- und überprüfbare Soziale Arbeit können am ehesten über eine theoretische Erklärung und Praxisforschung entwickelt werden, dies gilt im gleichen Maße für das Case Management. Die hier im Mittelpunkt gestellte Beziehungsarbeit leitet sich aus kommunikationstheoretischen Zusammenhängen ab. Verfahren und Techniken wie die Gesprächsführung erhalten damit einen leitenden und überprüfbaren Rahmen.

Eine ressourcenorientierte Soziale Arbeit deckt sich mit der konsequenten Ressourcenanalyse und Einbeziehung von Ressourcen bei Person und Umwelt in der Hilfeplanung des Case Managements. Die ausdrückliche Beteiligung von Klienten und Klientinnen an Planungen und Entscheidungen im Unterstützungsprozess (nicht nur in den konkreten Hilfemaßnahmen) wird durch eine Arbeitsbeziehung hergestellt. Dies erfordern auch die gesetzlichen Bestimmungen, der Empowerment-Gedanke und die Ethik-Kodices, denen sich die Standards und Richtlinien für die Weiterbildung im Case Management verpflichtet haben. Die Beteiligung von in der Regel benachteiligten Klienten und Klientinnen bedarf nicht nur einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung, sondern notfalls auch anwaltlichen Handelns. Insofern dürfte die Rolle des Anwalts (advocacy) im Case Management in der Sozialen Arbeit am gebräuchlichsten sein, im Gegensatz zur Gatekeeper- oder Broker-Funktion, bei denen die Beziehung zwischen Case Managenden und Klientel eher eine funktionale Bedeutung zukommt.

Positionen zu einem beziehungs-/ klientenorientierten Case Management

Vom Auftrag her betrachtet, aber auch von dem gegebenen und gewachsenen Berufsverständnis bedeutet Case Management unmittelbare Arbeit mit der Klientel, mit deren Umfeld im Sinne von fallspezifischer Netzwerkarbeit und der Beteiligung an der fallunspezifischen Netzwerkarbeit in einem zielgruppen- oder quartierbezogenen Dienstleistungssystem. Die Arbeit auf der Systemebene muss in Abstimmung oder in Kooperation mit Sozialmanagern, Sozial- und Jugendhilfeplanerinnen und Stadtteil- und Gemeinwesenarbeitern stattfinden. An den Grundaufgaben und dem Gesamtkonzept des Case Managements (Fall- und Systemsteuerung) soll daher nicht gerüttelt werden.

Case Management, will es klientenorientiert konzipiert sein, ist weniger sinnvoll, wenn für bestimmte Problemlagen vorab festgelegte Leistungspakete ausgewiesen sind, die eine intensive Arbeitsbeziehung im Phasenkonzept überflüssig machen. Ziele mit Klienten und Klientinnen zu erarbeiten, erübrigt sich mit derartig festgelegten Vorgaben, wie wir sie zum Beispiel häufig in der Beschäftigungsförderung vorfinden.

Fordern ohne Fördern, ein Begriffspaar, welches sich vor allem im Beschäftigungsbereich breit gemacht hat, entspricht nicht den Ethik-Kodices und muss deshalb abgelehnt werden, aber auch das Fordern selbst muss an den Mitwirkungsmöglichkeiten der

Klientel ausgerichtet sein. Fördern erfolgt aber nicht nur über eingeleitete Hilfemaßnahmen, sondern beginnt bereits über den Unterstützungsprozess durch die Case Managenden. So kann es sich ohne Weiteres ergeben, dass nach einem erfolgreichen Erstgespräche, nach einem qualifizierten Assessment, nach einer gelungenen Zielarbeit, sich der Klient, die Klientin auf eigene Füße stellt und weitere Maßnahmen nicht mehr erforderlich sind. Dieses Ergebnis erfolgt durch eine gelungene Beziehung Klientel/ Case Management.

Case Management erlangt sein klares Profil in der Sozialen Arbeit durch eine reflektierte, aber tragende Arbeitsbeziehung, durch ein gezieltes, geplantes und den Erfolg beobachtendes Verfahren mit abschließender Auswertung, durch eine fallspezifische Netzwerkarbeit mit den infrage kommenden professionellen Dienstleistenden, den einzubindenden Unterstützenden aus dem Umfeld und durch eine Beteiligung an der Planung und Organisation von Dienstleistungen. Case Management stellt *ein* mögliches unter anderen Konzepten der Sozialen Arbeit dar und sollte sich nicht aus dem Gesamtrahmen der Sozialen Arbeit entfernen und eine eigene Verberuflichung anstreben.

In aller Regel befinden sich Klienten und Klientinnen in der Sozialen Arbeit, die multikomplexen Problemlagen ausgesetzt sind, zusätzlich in einer benachteiligten Situation einschließlich der Tatsache, dass sie in aller Regel ihre persönlichen und gesetzlichen Handlungsspielräume nicht kennen oder nicht einsetzen können. Sie benötigen deshalb oft eine parteiiche, anwaltliche Vertretung, die sie in Auftrag geben müssen. Dies ist nicht mit einer überfürsorgenden Funktion oder einer helfenden Beziehung, einer individualistisch-psychologisch geprägten Sozialen Einzelhilfe zu verwechseln.

Mit diesen Positionen soll dem Einsatz von Case Management in anderen Feldern wie dem Gesundheits- und Versicherungswesen oder der Beschäftigungsförderung nicht widersprochen werden. Will man aber vermeiden, dass sich dieses Konzept, von den jeweils betroffenen Menschen zu sehr entfernt, wäre auch dort eine Diskussion über zutreffende Standards zu führen und die Funktion und Rolle der Fachkräfte im Case Management selbst zu klären.

Fazit

Eine reflektierte Arbeitsbeziehung zwischen Klientel und Case Management bildet das Fundament für eine erfolgreiche Arbeit. Die Arbeitsbeziehung widmet sich personalen wie sachlichen Themen und grenzt

sich eindeutig von einer therapeutischen Vorgehensweise ab, die als Hilfemaßnahme trotzdem notwendig sein kann. Die Arbeitsbeziehung muss sich an den Ethic-Kodices ausrichten und nicht an Vorgaben, die das Einsparen von finanziellen Leistungen in den Vordergrund stellen. In der Beziehung zwischen Klientel und Case Managenden finden Aushandlungsprozesse statt, wobei die Bedürfnisse der Klienten und Klientinnen Vorrang haben. Wird der Beziehungsaspekt infrage gestellt oder gar für Case Management als zweitrangig betrachtet, besteht die Gefahr der Instrumentalisierung des Unterstützungsgeschehens, das letztlich keine positiven Veränderungen für die Klientel erbringt, sondern lediglich der Legitimation dient. Die Beziehung zwischen Klientinnen und Klienten und Case Managenden ist *ein* Element im Konzept des Case Managements, Fallsteuerung, personale und institutionelle Netzwerkarbeit sind ebenso konstitutiv für das Konzept. Case Management muss sich in den Rahmen einer Sozialarbeitswissenschaft stellen, wenn es nicht den Bezug und die Akzeptanz für dieses Feld verlieren beziehungsweise diese gewinnen will. Dies gilt in gleichem Maße für die Beschäftigungsförderung und das Gesundheitswesen. Gerade bei letzterem kann man erkennen, dass es sich immer mehr von einer Patientenorientierung ablöst und ausschließlich die Systemebene bedient. Dies wäre allerdings besser als Care Management zu bezeichnen.

Literatur

- Ansen, H.: Soziale Beratung bei Armut. München 2006
Austin, C.: Case Management: Myths and Realities. In: Families in Society 7/1990
Geiser, K.: Problem- und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit. Freiburg im Breisgau 2007
Redaktion Forum SOZIAL: Case Management: Und jetzt? In: Forum SOZIAL 4/2005
Neuffer, M.: Die Kunst des Helfens. Weinheim 1990
Salomon, A.: Soziale Diagnose. Berlin 1926
Vourlekis, B.; Greene, R.: Social Work Case Management. New York 1992
Wendt, W.R.: Methodisches Fallverstehen und das Management von Fällen – eine Auseinandersetzung. In: Case Management 2/2005, S. 60 ff.
Wendt, W.R.: Wo bleibt die Beziehung? In: Case Management 1/2007, S. 15 ff.

Wer beteiligt wen?

Willen und Wünsche im Case Management

Wolfgang Hinte

Zusammenfassung

Der Prozess der Leistungserbringung im Rahmen des Case Managements ist – trotz Bemühungen seitens der Fachkräfte um eine systematische Erhebung von Bedürfnissen und partizipative Durchführung der Hilfe – meist nicht durch Interessen und Willen der Betroffenen, sondern von für sie nicht immer durchschaubare institutionelle Vorgaben geprägt. Die fachliche Kunst besteht nicht darin, die Betroffenen an den sie angehenden Maßnahmen zu beteiligen. Vielmehr geht es darum, sie als Expertinnen und Experten ihrer Lebenswelt anzuerkennen und dabei zu unterstützen, die Sozialarbeit zu beteiligen. Dabei leisten die Unterscheidung zwischen Wunsch und Wille sowie die Abgrenzung von einer Praxis der „Bedarfserhebung“ eine bedeutsame Präzisierung theoretischer wie handlungsmethodischer Art. Eine Herausforderung für das Case Management besteht also darin, den Willen der Klientel diskursiv herauszufinden und als eine den Prozess prägende Größe grundsätzlich zu akzeptieren.

Abstract

The process of service provision within the framework of case management – despite efforts on the part of experts to achieve a systematic assessment of needs and a participatory implementation of social support measures – is often marked not by the interests and wants of those concerned but by institutional provisions they cannot always understand. The professional's skill is not in letting clients participate in the measures undertaken. The goal is rather to acknowledge them as experts on their own lived-in world and to help them to allow social work into their lives. Here the differentiation between wishes and wants on the one hand and the dissociation of a practice of need assessment, on the other, are important specifications in terms of theory and methodology of action. Thus, a challenge for case management consists in determining discursively the clients' wants and to accept them as being of importance to the whole process.

Schlüsselwörter

Case Management – Klient-Beziehung – Selbstbestimmungsrecht – Methode – Kritik

Einleitung

Die folgenden zugeneigt-kritischen Anmerkungen zum Case Management gründen vornehmlich auf

Untersuchungen und Erfahrungen aus der Jugendhilfe und dem Quartiersmanagement (etwa Zeller 2006, Greifenhagen; Neller 2005, Schwabe 2000, Hinte 1997), die vermuten lassen, dass der Prozess der Leistungserbringung in vielen Fällen nur marginal durch die Interessen und den Willen der Betroffenen geprägt ist, und dies trotz ernsthafter Bemühungen seitens der Fachkräfte der Sozialen Arbeit um eine systematische Erhebung von Bedürfnissen, um eine möglichst präzise, gemeinsam vorgenommene Zielformulierung und eine partizipative Durchführung der Hilfe. Einige Beispiele:

▲ Jugendamt und Familie haben auf hohem Niveau moderierte Hilfeplankonferenzen absolviert und dabei schriftlich als Ziel vereinbart: „Klaus (18 Jahre) besucht regelmäßig die Schule und verbessert sich in seinen Zensuren.“ Der leistungserbringende Verband erhält den „Fall“ und stellt fest, dass Klaus nicht im Traum daran denkt, die Schule zu besuchen, sondern viel lieber mit seinen Freunden zusammen sein will. Er hat, nachdem man lange auf ihn einge-redet hat, dieser Zielformulierung zugestimmt, besteht aber gleichzeitig auf seinem Eindruck, dass seine wirkliche Einstellung „Ich will mehr mit meinen Freunden zusammen sein“ im gesamten Prozess keine Chance hatte, weil ihm relativ schnell klar war, dass außer ihm alle Beteiligten den regelmäßigen Schulbesuch für unerlässlich hielten.

▲ Ein 17-Jähriger formuliert im Rahmen seiner Betreuung durch einen Case Manager der Arbeitsagentur das Ziel mit der Perspektive, einen Arbeitsplatz im Bereich der Metall verarbeitenden Industrie zu erhalten: „Ich schreibe 20 Bewerbungen und überbringe sie persönlich an potenzielle Arbeitgeber.“ Nach kurzer Zeit stellt sich heraus, dass das mit den 20 Bewerbungen nicht funktioniert und dass der 17-Jährige auch nicht ansatzweise Lust darauf hat, sich um besagten Arbeitsplatz zu kümmern. Einem Sozialarbeiter teilt er mit, dass er sowieso keine Chance für sein „eigentliches“ Interesse gesehen hätte, sich entweder im Bereich der Tierpflege etwas zu suchen oder – wenn das nicht ginge – lieber ein Jahr von öffentlicher Unterstützung zu leben. Das kontraktierte Ziel war also allenfalls eine (sozialarbeiterisch getarnte) Auflage (gegen die ja erstmal gar nichts sprechen würde), die nichts mit dem tatsächlichen Interesse des Betroffenen zu tun hat.

▲ In ein Krankenhaus, das vollmundig damit wirbt, dass man „mit dem Ansatz Case Management“ arbeite, wird eine Frau seit einigen Tagen mit dem Verdacht auf Herzinfarkt untersucht und zu diesem Zweck von verschiedenen Spezialisten begutachtet.

Nach drei Tagen rät ihr der Case Management betreibende Arzt (nachdem man bisher nichts gefunden hat), auf jeden Fall eine Magenspiegelung durchführen zu lassen. In einem seitens des Arztes sehr freundlich geführten Gespräch entscheidet sich die Frau gegen die Untersuchung. Der Arzt ist entsetzt und erklärt ihr mit erheblich reduzierter Zuneigung, dass er diese Untersuchung für medizinisch notwendig halte und die Frau sich darüber leider kein Urteil erlauben könne, weil sie eben keine Fachfrau sei. Die Frau beharrt weiter darauf, dass sie diese Untersuchung nicht über sich ergehen lassen will, und erhält daraufhin eine drohende Belehrung darüber, wie gefährdet sie sei und dass sie ohne Magenspiegelung keine ordentliche Diagnose erhalten könne – mit möglicherweise schlimmen Folgen für ihr Leben. Außerdem fordert der Arzt von ihr eine Unterschrift unter eine Erklärung, dass sie für alle Folgen der verweigerten Untersuchung die Verantwortung übernimmt und mögliche Kosten selbst trägt. Der Arzt hat vermutlich – mit Blick auf seine persönliche Absicherung – korrekt gehandelt, aber sieht so Case Management aus?

Wenn ein Mensch aus einem benachteiligten Milieu auf ein ihm durchaus wohlgesonnenes Hilfesystem trifft, so ist das für ihn zunächst fast immer ein „Auswärtsspiel“ (Hinte 1997), bei dem er jahrelang praktizierten, für ihn nicht immer durchschaubaren Regeln gegenübersteht, die ihm von partizipations-trunkenen Professionellen freudestrahlend als für ihn unglaublich unterstützend dargestellt werden, für ihn selbst jedoch häufig fremd, manchmal gar bedrohlich oder einengend sind. Die inflationäre Programmatik von der nötigen Einwilligung der Klientinnen und Klienten über die gemeinsame Entwicklung von Zielen bis hin zur Betonung von Partizipation und Autonomie der Klientel wird gelegentlich durch eine Praxis Lügen gestraft, in der die bürokratisch-fachliche Dominanz die Anschlussfähigkeit der Systeme Bürokratie und Lebenswelt zumindest erschwert, wenn nicht gar strukturell verhindert. Der Eigensinn von Menschen, ihre von für uns nicht immer nachvollziehbaren Motiven geleitete Autonomie, ihre mit zahlreichen bürgerlichen Wertvorstellungen nicht in Deckung zu bringenden Lebensentwürfe werden nicht nur nicht abgefragt, sondern sogar durch in der Regel kommunikativ ausgeübte Dominanz unterdrückt.

Fachdiskussion und Forschung (etwa Zeller 2006, Kriener; Petersen 1999) sind immer noch von Überlegungen geprägt, wie Adressatinnen und Adressaten an einem Vorgang beteiligt werden können, der auf der Grundlage eines Leistungsgesetzes vorran-

gig bürokratiegesteuert ist und folglich nach der Logik und den Regeln institutioneller Vorgaben abläuft. Diese Tatsache wird in der aktuellen Diskussion zu meist stillschweigend vorausgesetzt, und der seit einigen Jahren zu beobachtende sozialarbeiterische Fortschritt besteht darin, dass den Empfangenden der Leistungen eingeräumt/angeboten/nahegelegt wird, „sich zu beteiligen“ (was immer das heißen mag). Damit sind die Verhältnisse klar: Diejenigen, denen eine Hilfe zugute kommen soll, sind nicht „Prozesseigner“, sie sind nicht „Bestimmende“ der Hilfe, sondern sie werden (schon sprachlich Objekt) mit viel gutem Willen und immer verfeinerterem pädagogischen Instrumentarium an einem Vorgang beteiligt (sie „dürfen partizipieren“), bei dem sie nicht *bestimmen*.

Würde man den Subjektstatus der Hilfeempfangenden wirklich ernst nehmen, müsste man die gesamte Diskussion vom Kopf auf die Füße stellen. Wirklich konsequent wäre es, darüber nachzudenken, wie es den Akteuren und Akteurinnen in der durch Gesetze gestützten, bürokratischen Sphäre gelingen kann, sich so an dem Lebensentwurf der jeweils betroffenen Menschen zu beteiligen, dass diese sich in ihrem eigenen Sinne unterstützt fühlen. Die Frage dürfte also nicht mehr heißen „Wie können wir die Betroffenen stärker an der Hilfe beteiligen?“, sondern „Wie können die Betroffenen die Sozialarbeit wirkungsvoller bei der Realisierung ihres Lebensentwurfs einsetzen?“. Folglich beteiligt nicht die Bürokratie die Betroffenen, sondern die Betroffenen beteiligen die Bürokratie und sind somit zumindest sprachlich der dominante Part, der bestimmt und „den Hut auf hat“. Soziale Arbeit hat sich in aufmerksamer, respektvoller und immer wieder neu auszutastender Art und Weise so anzubieten, dass die professionelle „Beteiligung“ tatsächlich als Hilfe und Unterstützung erfahren wird. Die fachliche Kunst besteht somit nicht darin, die Betroffenen zu beteiligen, sondern darin, ein Arrangement zu schaffen, das die Betroffenen dabei unterstützt, die Sozialarbeit zu beteiligen.

Wer bestimmt im Case Management?

Die Analyse der Literatur zum Case Management ergibt mit Blick auf diese Thematik ein widersprüchliches Bild. Zahlreiche Passagen belegen die Ernsthaftigkeit der Ausrichtung auf Empowerment, Klientensicht, Verfahrenstransparenz, Alleinentscheidung der Klientel und auf personelle wie räumliche Ressourcen; und gleichzeitig stimmen butterweiche Formulierungen wie Bedarfserhebung, Bedürfnisklärung oder Verbesserung der Versorgung eher nachdenklich. So taucht etwa weder in dem Sammelband von Löcherbach u. a. (2002) noch in dem Grund-

lagentext von Neuffer (2005) das Wort „Wille“ auf; „Interessen“ habe ich ebenfalls vergeblich gesucht. Stattdessen strotzt es nur so von Bedürfnissen, Wünschen, Erwartungen und Bedarfen. Nun mag diese Beobachtung einer semantischen Überempfindlichkeit meinerseits geschuldet sein, aber auch dies in Rechnung gestellt wage ich die Behauptung, dass die Auseinandersetzung mit der Kategorie des „Willens“ für das Case Management (wie für weite Teile der Sozialarbeit) noch aussteht und die Folgen für die jeweiligen Verfahren nicht unerheblich sind. Dies spricht in keiner Weise gegen den Ansatz des Case Managements, der ein wichtiges Element im Gesamtkunstwerk einer modernen, effektiven, effizient organisierten Sozialarbeit darstellt. Aber auch ein solches Instrument ist jederzeit verbesserbar. „Gravierende Änderungen ergäben sich für Einrichtungsträger, die ihre Soziale ‚Hilfe‘ nicht länger an eigenen Moralvorstellungen, sondern an zu definierenden Kriterien einer guten Dienstleistungserbringung messen lassen müssen“ (Hansen 2006, S. 29).

Von größerer Klarheit ist zumindest sprachlich die Programmatik des „systemischen“ Case Managements. Da wird in erfrischender Unbefangenheit behauptet, „dass es in konkreten Hilfeprozessen die Klienten Sozialer Arbeit selbst (und nicht die Helfer) sind, die am ehesten wissen, was gut für sie ist“ (Kleve 2003b, S. 10). Konsequenter werden die Klientinnen und Klienten „als Experten für die Realisierung der Problemlösungen bewertet“ (ebd., S. 11). Doch diese radikale Programmatik findet sich nicht in der beschriebenen Praxis. Auch hier ist wieder die butterweiche Rede von einer „Problem-/Bedarfsanalyse“ (Müller 2003, S. 66) und von „Prioritäten“ (ebd.) der Klientel. Natürlich tauchen auch die unvermeidlichen „Ressourcen“, die „nützlichen Netzwerke“ (ebd.) und die „Stärken und Fähigkeiten“ (ebd.) auf – aber von Willen und Interessen keine Spur. Interessant ist, dass gerade von den Kolleginnen und Kollegen aus der systemischen Fraktion keine Analyse der Schnittstelle erfolgt, an der das Klientensystem mit dem Helfersystem zusammenkommt, und wie dort Prozesse gestaltet werden können, die dem strukturell unterlegenen Klientensystem eine echte Chance geben könnten. Irgendwie scheint bei möglichst guter Organisation im Bürokratiesystem eine Friede-Freude-Eierkuchenstimmung zu herrschen, und das alles geleitet durch „eine sehr enge Prozesssteuerung entlang gemeinsam formulierter Ziele“ (ebd., S. 79). Natürlich steht dabei „der konkrete Einzelfall im Mittelpunkt“ (ebd.), aber was heißt das konkret? Auch in der Schwarzen Pädagogik (Rutschky 1977) wurde ja behauptet, dass das Kind im Mittelpunkt steht, und da stand es ja in

der Tat: Jedwede sadistische Brutalität richtete sich auf das Kind, dem man häufiger mal wünschte, nicht so sehr im Mittelpunkt zu stehen. Insofern muss die Tatsache, dass der Einzelfall im Mittelpunkt steht, nicht gerade der Ausweis einer konsequenten Orientierung am Willen der Menschen sein.

Haarscharf an einer stärker am Willen orientierten Systematik schlittert Heiko Kleve vorbei. Wenn er mit Bezug auf Simon; Weber behauptet, dass eine ordentliche Kontextklärung zu Beginn einer Beratung oder Therapie im weiteren Verlauf zahlreiche weitere Stunden Arbeit erspart, so kann ich dem nur zustimmen – insbesondere, wenn zur Kontextklärung gehören würde, Willen und Interessen der Klientinnen und Klienten herauszufinden. Bei der von Heiko Kleve vorgenommenen Kontextanalyse (2003c) tauchen indes vornehmlich die Kontakte zu anderen Helfenden, die Erfahrungen in der bisherigen Problemmkarriere, der Anlass der Beratung und die Vorstellungen der Hilfe Suchenden auf – mit einer Ausnahme, bei der es „auch“ um die Frage geht „Was wollen die Klientinnen und Klienten?“ (ebd., S. 106).

Die kleinteilige, oft mühsame Suche nach dem Willen findet sich nicht einmal in homöopathischer Dosis beim „Case Managementscreening“, in dessen Verlauf Expertinnen und Experten einen Bedarf definieren, der sich unter anderem auch aus dem sogenannten „Bedürfnis“ ergibt, in das die „Wünsche“ der Klientel einfließen (etwa bei Löcherbach 2004, S. 71 ff.). Wer Wünsche erhebt, erschwert den Prozess der Förderung der Eigenaktivität der Klientinnen und Klienten, weil bereits die Aufforderung zur Nennung von Wünschen dazu führt, dass die Klientel auf die Erfüllung ihrer Wünsche hofft. Wenn dann die Fachkräfte etwa auf die Begrenztheit von Angeboten oder andere „facts of life“ hinweisen, haben sie die Klientel ohne Not auf die Gegengerade gebracht. „Nicht alle Wünsche des Nutzers können in einen notwendigen Bedarf (so wie ihn auch der Experte fachlich begründen kann) transferiert werden, umgekehrt ist auch vorstellbar, dass der Experte Veränderungsnotwendigkeiten definiert, denen der Nutzer (zunächst) nicht zustimmt.“ (ebd., S. 74) In solchen Formulierungen wird die wahre innere Haltung des einen oder anderen Case Managers aufs entzückendste nach außen gekehrt. Nicht nur sprachlich ist hier klar, wer Subjekt und wer Objekt ist, wer also das Heft in der Hand hat.

Auch wenn sie nicht ausdrücklich vom „Willen“ der Klientinnen und Klienten reden, so sind Riet und Wouters (2002) mit den Inhalten ihrer Case Mana-

gementpublikation (vom Niederländischen ins Deutsche übersetzt) an vielen Stellen nahezu deckungsgleich mit den Inhalten eines an den Interessen und dem Willen der Menschen orientierten Konzepts. Sowohl ihre Kritik am „einrichtungsorientierten Case Management“ (*ebd.*, S. 50 ff.) als auch ihr immer wiederkehrender Hinweis, dass die von der Klientel geäußerte Nachfrage ins Zentrum professionellen Handelns rücken muss, lassen vermuten, dass bei der Übersetzung ins Deutsche zwischen „Wünschen“ und „Willen“ nicht präzise differenziert wurde. Die gesamte Publikation ist von den mir bekannten Veröffentlichungen zum Case Management am stärksten darauf ausgerichtet, die Interessen und den Willen der Klientinnen und Klienten als prägendes Element im Verhandlungsprozess zwischen institutioneller Struktur und klienteler Nachfrage zu akzeptieren und insbesondere darauf zu fokussieren, den geäußerten Willen als Anforderung an das bürokratische System ins Zentrum zu rücken: „... was leicht gesagt, aber schwer zu realisieren ist, verpackt doch der Klient nicht selten sein Anliegen in Termini angebotsorientierter Lösungsvorschläge ... Die primäre Aufgabe des Case Management ist es also, den Betroffenen zu helfen, ihre Bedürfnisse zu klären, sind doch diese Bedürfnisse essenziell für die Fragen, welche anschließend auf den Tisch kommen ...“ (*ebd.*, S. 255). Ich habe nirgendwo eine deutlichere Kritik an „vorhandenen, vorprogrammierten Hilfsangeboten“ (*ebd.*, S. 51) gefunden als in diesem Buch, gegründet auf einer die Interessen der Klientel konsequent achtenden Sichtweise, die in letzter Konsequenz auch zu einer nachhaltigen Umstrukturierung des institutionellen Angebots führen könnte.

Dass die Rezeption dieser aus dem Niederländischen übersetzten und in der Schweiz erschienenen Publikationen in Deutschland stark zu wünschen übrig lässt, ist auf dem Hintergrund der versäulten deutschen Hilfesysteme und der entsprechenden angebotsorientierten Tradition keine sonderlich große Überraschung.

Die Wunsch-dir-was-Falle

Wenn Gemeinwesenarbeiterinnen und -arbeiter sich im Rahmen einer aktivierenden Befragung (dazu *Hinte*; Karas 1989, Lüttringhaus; Richers 2003) bei den Menschen danach erkundigen, was sie in ihrem Wohnquartier ärgert, bedrückt oder aufregt, so steht dahinter immer die Frage nach den Interessen der Menschen. Dabei gilt es, sehr aufmerksam zu sein, nicht auf als Interessen getarnte Wünsche hereinzufallen, wie etwa: „Wir brauchen hier unbedingt mehr Parkplätze – können Sie das nicht mal an die zuständige Stelle weitergeben?“ Wenn Menschen

mit der Formulierung eines Bedarfs die Verantwortung für die dafür notwendigen Handlungsschritte an die fragende Instanz delegieren, haben sie keinen *Willen* artikuliert, sondern mehr oder weniger offen einen *Wunsch* zu Gehör gebracht, für dessen Erfüllung andere zuständig seien. Eine Wunschhaltung ist immer durch den Mangel an eigener Tätigkeit sowie durch die angefragte/erbetene/geforderte Aktivität von anderen gekennzeichnet. Die Konfrontation mit Wünschen stellt eine ständige Verführung für Soziale Arbeit dar.

Wenn Fachkräfte in der Sozialen Arbeit sich darin gefallen, Wünschen nachzukommen oder gar die alleinige Verantwortung für die Veränderung von Lebensbedingungen oder gar Biographien zu übernehmen, manövrieren sie sich in eine ausweglose Situation. Zum einen sind sie mit derlei Aufgaben völlig überfordert, und zum anderen nehmen sie den wünschenden Menschen die Möglichkeit eigener Aktivität und verstärken eine passive Erwartungshaltung nach Betreuung und Zuwendung. Im sozialraumorientierten Fachkonzept (*Hinte*; Treeß 2007) gehen wir davon aus, dass der Wille der Menschen eine wesentliche Kraftquelle für Aktivitäten zur Gestaltung des eigenen Lebens beziehungsweise des Wohnumfeldes darstellt. Ohne einen geäußerten, für die Beteiligten erkenntlichen und möglichst präzise formulierten Willen gibt es keine wirkliche Koproduktion einer entsprechenden Leistung.

Trotz einiger Gemeinsamkeiten mit dem Verfahren des Case Managements fokussiert ein sozialraumorientierter Ansatz viel stärker die konsequente Suche nach und den Bezug auf die Interessen und den Willen der Menschen. Diese selbst gesetzten Leuchtfarben im Chaos eines häufig prekären Alltags sind zwar nicht „automatisch“ Handlungsaufträge für die Professionellen, aber zumindest eine ernst zu nehmende Größe beim Nachdenken und Verhandeln über den „richtigen“ Weg. Sie treten somit zu den anderen Systemimperativen hinzu, denen Soziale Arbeit unterliegt. Das Verfahren im Case Management dagegen stellt – zumindest in der publizierten Programmatik – zunächst in den Mittelpunkt, was die Menschen wünschen, und gleicht diese Ergebnisse dann damit ab, welche rechtlichen Grundlagen für Leistungsansprüche vorhanden sind. Genau die Trennung dieser beiden Vorgänge führt dazu, dass die wirkliche Koproduktion einer Leistung erschwert wird, da letztlich die Klientinnen und Klienten passiv „eine Leistung erhalten“, was rechtlich durchaus in Ordnung ist, sozialpädagogisch gesehen jedoch zumindest erschwerend wirkt und bisweilen gar klientelen Babyismus produziert.

Die Versorgungsschiffre prägt nicht nur die Profession, sondern auch so manche Publikation. „Es geht um die Optimierung von Prozessen der humandienstlichen Versorgung, um Prozessverantwortung und Fallführung, um Aktivierung von Selbsthilfe und um Durchsichtigkeit des Verfahrens für alle Beteiligten ... In der Systematik seines Verfahrens zielt das Case Management auf eine integrierte Versorgung bei Nutzung formeller und informeller Ressourcen“ (Wendt 2002, S. 13). Und: „Im ganzen Verlauf des personenbezogenen Case Managements wird die subjektive Fallauffassung von Betroffenen mit der mehr oder minder objektiven Fallauffassung beteiligter Fachkräfte abgeglichen“ (ebd., S. 14).

Gratwanderung zwischen professioneller Versorgung und klienteler Aktivität

Die Unterscheidung zwischen Wunsch und Wille leistet eine bedeutsame Präzisierung sowohl theoretischer als auch handlungsmethodischer Art. „An den Bedürfnissen ansetzen“ gilt seit jeher als wesentlicher sozialarbeiterischer Merksatz, der angesichts des unscharfen Begriffs „Bedürfnisse“ in vielen Arbeitsfeldern dazu führt, dass von der Klientel geäußerte Wünsche gerade von den engagierten Professionellen unmittelbar als Aufträge an die Profession „gehört“ werden, so dass die Konzentration auf die Bedürfnisse zu einer potenziell unendlichen sozialarbeiterischen Plackerei führt, die zudem noch viele Jahre lang methodisch, sozialpolitisch und psychologisch gerechtfertigt werden konnte. So konnten zahlreiche Klientinnen und Klienten die Verantwortung für die Lösung ihrer Probleme an eine Profession delegieren, die es geradezu als identitätsstiftend ansah, die „Bedürfnisse“ von Menschen zu ihrer Auftragsgrundlage zu machen. Nun sind „nicht befriedigte Bedürfnisse“, die etwa durch gesellschaftliche Ausgrenzung, Diskriminierung oder unterschiedliche Formen von Benachteiligung verursacht werden, selbstverständlich Ausgangspunkt und Grundlage zahlreicher sozialer Probleme, mit denen Soziale Arbeit zu tun hat. Nicht befriedigte elementare soziale Bedürfnisse (man könnte auch sagen: gesellschaftlich verweigerter Chancengleichheit beziehungsweise Partizipation) sind grundlegende argumentative Legitimation für die Existenz Sozialer Arbeit. Verwirrend indes wird es dann, wenn dieser soziologische beziehungsweise sozialpolitische Bedürfnisbegriff undifferenziert als Grundlage für methodisches Handeln erhalten muss.

Die Befriedigung sozialer Bedürfnisse ist in dieser naiven Form keineswegs Aufgabe von Sozialer Arbeit in der direkten Interaktion mit bedürftigen Menschen. Vielmehr ist es eine sozialpolitische Aufgabe

(an der Soziale Arbeit mitwirkt), Bedingungen für gesellschaftliche Teilhabe bereitzustellen, die über vielfältige Varianten Bedürfnisbefriedigung ermöglicht. In der unmittelbaren Interaktion zwischen Sozialer Arbeit und ihrer Klientel verkehrt sich jedoch der auf politischer Ebene sinnvolle Einsatz für die Gestaltung gerechter Verhältnisse dann ins Gegenteil, wenn dadurch eine Vorstellung von benachteiligten Menschen gefördert wird, aus der heraus diese vornehmlich als bedürftige, abhängige, handlungsunfähige oder gar unmündige Individuen gesehen werden. Die sozialarbeiterische Interaktion muss immer durch die aufmerksame Suche nach der Lebenskraft der betroffenen Menschen, ihrer Aktionsbereitschaft, ihrer „Power“, eben ihrem Willen gekennzeichnet sein. Diese nach dem Willen suchende Interaktion ist auch dadurch gefährdet, dass die „erlernte Hilflosigkeit“ (Seligmann 1979) zahlreicher Klientinnen und Klienten auf die „identitätsstiftende Hilfsbereitschaft“ der sozialarbeiterischen Profession trifft.

Wenn sich die Fachkräfte jedoch auf den Willen konzentrieren, können sie dieser in der professionellen Interaktion angelegten Gefährdung entgehen. Sie verraten damit keineswegs den sozialarbeiterischen und gesellschaftspolitischen Auftrag, sich für die Befriedigung sozialer Bedürfnisse einzusetzen, sondern sie zeigen dadurch, dass sie handlungsmethodisch in der Lage sind, mit einem beruflichen Auftrag in aufgeklärter Weise und methodisch kompetent umzugehen. Wer dagegen, fixiert auf eine durchaus zutreffende Analyse sozialer Probleme und daraus folgende sozialpolitische Forderungen nach besseren Bedingungen für die Befriedigung von Bedürfnissen, in naiver Weise daraus ein Handlungsmandat für Versorgung und Erfüllung von Wünschen ableitet, wird allzu leicht Opfer einer durchaus klug agierenden Klientenschaft, die diese Hilfsbereitschaft in pffriger Weise für sich zu nutzen weiß.

In diesem Zusammenhang ist es interessant, dass in weiten Teilen heute unstrittige Prinzipien wie „Fördern und Fordern“ oder „Leistung und Gegenleistung“ nicht über konzeptionelles Drängen aus der Sozialer Arbeit in die Debatten Eingang fanden, sondern über aufgeklärte Akteure aus Politik und Verwaltung, die sich in der Tradition aktivierender Ansätze Sozialer Arbeit sahen (Stocker 2003), sich aber mit ihren Forderungen zunächst einer beachtlichen Front von Akteuren aus der Sozialen Arbeit erwehren mussten, die reflexartig – gelegentlich gar nicht mal zu Unrecht – Motive witterten wie Ausbeutung der Betroffenen, Rückzug des Staates aus dem Leistungsbereich sowie Kontrolle und Domestizierung von Leistungsberechtigten bis hin zu

perfiden Varianten von systematischen Praktiken der Menschenführung (*Dahme* u. a. 2003). Man kann es nicht oft genug betonen: Soziale Arbeit fördert Eigenaktivität, sie vermeidet Betreuung und Versorgung, sie fordert heraus, arbeitet mit Kontrakten und vereinbarten Zielen. Aktivierung statt Versorgung – vielleicht ist das der wesentliche Unterschied zwischen Sozialer Arbeit und der Heilsarmee.

Oft ist es ein schmaler Grat, auf dem man sich sensibel bewegen muss, wenn man darüber entscheidet, was einerseits seitens der Fachkräfte zu tun ist und was andererseits von den Betroffenen selbst geleistet werden muss. Doch nicht diejenigen Fachkräfte erfüllen am besten die professionellen Standards, die mit kurzfristig großem Erfolg beeindruckende Aktivität entwickeln und dafür von ihrer Klientel geschätzt und manchmal gar geliebt werden, sondern eher diejenigen, die in der Lage sind, auf der Grundlage einer aufmerksamen Erkundung der Interessen/des Willens der Menschen mit diesen Menschen gemeinsam Pläne zu entwickeln beziehungsweise Kontrakte zu schließen, bei denen alle Beteiligten im Rahmen ihrer Möglichkeiten zum Gelingen des jeweiligen Unterfangens beitragen. Wer dabei grundsätzlich dazu neigt, stellvertretend für die Menschen zu handeln oder gar zu wissen meint, was gut und hilfreich für die Betroffenen sei, wird regelmäßig in eine der überall aufgestellten Fallen im unübersichtlichen Sozialarbeitsgelände tapen.

Durch undifferenziert eingesetzte eigene Aktivität nimmt man den Menschen die Möglichkeit, selbst die Erfahrung zu machen, „dass ich es ja kann“. Würde erhalten Menschen nicht dadurch, dass sie Leistungen erhalten oder in den Genuss des perfekten Case Managements kommen, sondern vielmehr dadurch, dass sie unter Aufbietung eigener Kräfte (und durchaus unter Nutzung sozialstaatlicher Leistungen und sozialarbeiterischem Beistand) prekäre Lebenssituationen meistern, so dass sie rückblickend sagen können: „Das habe ich selbst geschafft!“ Allzu leicht führt eine übermäßig betreuende Haltung in eine „fürsorgliche Verstrickung“ (*Nadai* u. a. 2005), bei der die Rollen und Aufgaben der jeweils Beteiligten in dem ohnehin schon prekären Beziehungskontext immer stärker verschwimmen und somit der Grad der potenziell übernehmbaren Verantwortung geradezu unbegrenzt zu sein scheint. „Versorgung/Fürsorge ist essenziell, weil Klienten/Klientinnen deren Leistungen auch wirklich benötigen. Alles, was darüber hinausgeht (quasi aufgenötigt wird), führt zu Abhängigkeit, entbindet von Verantwortlichkeit, wirkt dehumanisierend und ist antiemanzipatorisch“ (*Riet; Wouters* 2002, S. 80).

Wenn die besondere Leistung des Case Managements in einer – im durchaus guten Sinne – Perfektionierung der Versorgung liegt, so fällt es in den Geist der 1980er- und 1990er-Jahre zurück – auch wenn jetzt als neues Element im Unterschied zur eher defizitorientierten Sozialen Arbeit die Ressourcen der Klientinnen und Klienten eine zentrale Rolle spielen.

Case Managerinnen und Manager unterliegen der gleichen Gefahr wie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in der klassischen Einzelfallarbeit. Wenn undifferenziert mit Begriffen wie Wünschen, Bedarfen, Anliegen und Interessen hantiert wird, bleibt genau das Element auf der Strecke, das durch die Gemeinwesenarbeit inspirierte Diskussion zur Sozialraumorientierung (*Haller* u. a. 2007) derzeit verstärkt (zumindest im deutschsprachigen Raum) Beachtung findet.

Der Wille des Menschen, also derjenige Impetus, der den Menschen nicht einseitig zum Empfänger von sorgfältig und präzise definierten Leistungen macht, sondern der seine individuelle Kraft bezeichnet, die Dinge selbst in die Hand zu nehmen und seine Möglichkeiten auszuschöpfen, genau dieser gerade für sozialarbeiterisches Handeln wesentliche Aspekt gerät im Case Management allenfalls verschwommen in den Blick und lässt somit ungeheuren Raum für vom Helfersyndrom durchzogenen und auf perfektioniertes Organisieren gerichteten sozialarbeiterischen Ehrgeiz. Dieser ist – das zeigen sowohl die Geschichte der Sozialarbeit als auch zahlreiche Analysen aus der Gegenwart – im Zweifelsfalle der Profession erheblich näher als das oft mühsame Herausfinden des jeweiligen Willens der Betroffenen und eine darauf bezogene, die Eigenaktivität der Klientel konstant fordernde Dienstleistungsorganisation.

Dass die Eigenaktivität der Betroffenen von hoher Bedeutung ist, steht auch in den mir bekannten Konzepten des Case Managements nicht infrage. Dass diese Eigenaktivität aber nur an den Willen angebunden und nicht ein zähneknirschend vorgenommener und oft in geduckter Haltung erledigter Arbeitspart der Betroffenen sein kann, genau das ist mir in Theorie und Praxis des Case Managements bislang nicht deutlich geworden.

Unterschiede in verschiedenen Einsatzbereichen

Bezüglich der Bedeutung des Willens beziehungsweise der Relevanz von Wünschen müssen wir zumindest grob unterscheiden zwischen zwei verschiedenen Kontexten:

▲ In dem einen Kontext geht es darum, herauszufinden, auf welche Leistungen Klientinnen und Klienten Anspruch haben, und diese Leistungen möglichst passgenau und wirksam – auch in versorgender Form unter Berücksichtigung von Wünschen – zu erbringen. Um optimale Versorgung geht es vorrangig – aber nicht ausschließlich – im Pflege- und Gesundheitsbereich.

▲ In dem anderen Kontext besteht ein wesentlicher Teil der zu erbringenden Leistung darin, zu vermeiden, etwas für die Betroffenen zu tun, und stattdessen Arrangements zu schaffen, in denen die Klientel die Dinge selbst in die Hand nimmt. Hier geht es also um den klassischen sozialarbeiterischen Kontext, in dem man die prekäre Gratwanderung gehen muss zwischen Fördern und Fordern, zwischen zügiger Erbringung einer materiellen beziehungsweise Angebotsleistung einerseits und der aufmerksamen Suche nach der willensbasierten Eigenaktivität der Klientel andererseits – etwa in weiten Teilen in der Jugend- und Familienhilfe sowie in bestimmten Bereichen der Sozialhilfe und der Arbeitsförderung.

Case Management als Verfahren ist in beiden Kontexten, in denen es immer um die systematische Kombination und Abstimmung verschiedener, oft versprengter Unterstützungsleistungen geht, sinnvoll, jedoch wird der Anteil originärer *sozialarbeiterischer* Tätigkeit (Suche nach dem Willen, Vermeidung von Betreuung und stattdessen systematische Unterstützung von Eigenkräften) im oben genannten zweiten Kontext von größerer Bedeutung sein.

Des Weiteren ist der Wille der Menschen in Bereichen, in denen mit gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben gearbeitet wird (etwa der Kindeswohlgefährdung und Hartz IV), von anderer Bedeutung als in klassischen sozialarbeiterischen Feldern, etwa im Leistungsbereich der Jugendhilfe. Dennoch kann man auch im Gefährdungsbereich trotz zu erteilender Auflagen den Willen achten und ihn als wichtige Energiequelle für einen Arbeitskontrakt nutzen. Im Pflegebereich dagegen werden eher die Wünsche der Betroffenen im Vordergrund stehen, dies aber auch jeweils abhängig von den individuellen Möglichkeiten der Betroffenen, die (und auch hier erhält der Wille seine Bedeutung) im Zweifelsfalle wichtiger sind als die noch so klug und aufwendig organisierte Kombination professioneller Pflegeleistungen.

Schlussbemerkung

Die professionelle Fachkraft sieht und hört ausschließlich das, was sie auf der Grundlage ihrer Organisation, ihrer „Gestaltbildung“ bereit ist zu sehen

und zu hören. Der gut ausgebildete und langjährig erfahrene Arzt kann sich nicht vorstellen, dass eine Frau, die mit Verdacht auf Herzinfarkt eingeliefert wurde und bei der nach drei Tagen keine Diagnose gestellt werden konnte, eine Magenspiegelung verweigert. Das ist in seinem Bezugssystem nicht vorgesehen, und wenn dann sein gesamtes antrainiertes kommunikatives Instrumentarium und selbst die Aktivierung des gesamten rhetorischen Notprogramms nicht wirken (also gespieltes Verständnis, gutes Zureden, geduldiges Zuhören oder schmunzelnd repräsentierte gute Laune), dann verfällt er in Verzweiflung, die sich in der Regel so ausdrückt, dass er entweder sein Programm durchzieht oder aber die Patientin aus der Institution entfernt. Das Gleiche gilt für den Sozialarbeiter, der einfach „weiß“, dass ein achtjähriges Kind die Schule zu besuchen hat, und der den Untergang des Abendlandes heraufziehen sieht, wenn große Kohorten von Kindern schlichtweg mit ihren Freunden zusammen sein wollen. Eine wesentliche Herausforderung für das Case Management angesichts unterschiedlicher Systemlogiken und einer unglaublichen Dominanz des bürokratischen Systems besteht also darin, den Willen der Klientinnen und Klienten diskursiv herauszufinden und als eine den Prozess prägende Größe grundsätzlich zu akzeptieren – mit der Gefahr beziehungsweise der Chance, dass das eigene System nachhaltig erschüttert, irritiert oder gelegentlich auch der Lächerlichkeit preisgegeben wird.

Literatur

- Dahme**, Heinz-Jürgen u.a. (Hrsg.): Soziale Arbeit für den Aktivierenden Staat. Opladen 2003
- Greifenhagen**, Sylvia; Neller, Katja: Praxis ohne Theorie? Wissenschaftliche Diskurse zum Bund-Länder-Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt“. Wiesbaden 2005
- Haller**, Dieter u.a. (Hrsg.): Jenseits von Tradition und Postmoderne. Weinheim/München 2007
- Hansen**, Eckhard: Das Case/Caremanagement. In: Galuske, Michael; Thole, Werner (Hrsg.): Vom Fall zum Management. Neue Methoden der Sozialen Arbeit. Wiesbaden 2006
- Hinte**, Wolfgang: Jugendämter auf dem Prüfstand. In: Der Amtsvormund 9-10/1997, S. 722-740
- Hinte**, Wolfgang; Karas, Fritz: Studienbuch Gruppen- und Gemeinwesenarbeit. Neuwied/Frankfurt am Main 1989
- Hinte**, Wolfgang; Treeß, Helga: Sozialraumorientierung in der Jugendhilfe. Theoretische Grundlagen, Handlungsprinzipien und Praxisbeispiele einer kooperativ-integrativen Pädagogik. Weinheim/München 2007
- Kleve**, Heiko u. a.: Systemisches Case Management. Aachen 2003a
- Kleve**, Heiko: Einleitung. In: Kleve, Heiko u. a.: a.a.O. 2003b
- Kleve**, Heiko: Systemische Kontextklärung. In: Kleve, Heiko u. a.: a.a.O. 2003c
- Kriener**, Martina; Petersen, Kerstin (Hrsg.): Beteiligung in der Jugendhilfepaxis. München 1999

Löcherbach, Peter: Assessment im Casemanagement und sozialpädagogische Diagnostik. In: Schrappner, Christian (Hrsg.): Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe. Weinheim/München 2004

Löcherbach, Peter u. a. (Hrsg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis. Neuwied 2002

Lüttringhaus, Maria; Richers, Hille: Handbuch Aktivierende Befragung. Bonn 2003

Müller, Matthias: Verfahren/Techniken und Struktur im Case Management-Prozess. In: Kleve, Heiko u. a.: a.a.O. 2003a

Nadai, Eva u. a.: Fürsorgliche Verstrickung. Wiesbaden 2005

Neuffer, Manfred: Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. Weinheim/München 2005

Riet, Nora von; Wouters, Harry: Case Management. Ein Lehr- und Arbeitsbuch über die Organisation und Koordination von Leistungen im Sozial- und Gesundheitswesen. Luzern 2002

Rutschky, Katharina (Hrsg.): Schwarze Pädagogik. Frankfurt am Main 1977

Schwabe, Mathias: Das Hilfeplangespräch zwischen Anspruch und Wirklichkeit. In: Jugendhilfe 4/2000, S. 195-204

Seligmann, Martin: Erlernte Hilflosigkeit. München 1979

Stocker, Monika: Der Change zu einer modernen öffentlichen sozialen Hilfe. Zürich 2003

Wendt, Wolf Rainer: Case Management: Stand und Positionen in der Bundesrepublik. In: Löcherbach, Peter u.a. (Hrsg.): a.a.O. Neuwied 2002

Zeller, Mara: Die Perspektive von AdressatInnen als Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung flexibler, integrierter und sozialraumorientierter Erziehungshilfen. In: Bitzan, Maria u. a. (Hrsg.): Die Stimme der Adressaten. Weinheim/München 2006

Falleinschätzung im Case Management

Peter Pantucek

Zusammenfassung

Case Management ist ein Programm, das die umfassende Ausrichtung der Unterstützung an der Bedürfnislage der Klientel anstrebt. Um das zu gewährleisten, wird eine Falleinschätzung unter Berücksichtigung sehr unterschiedlicher diagnostischer Dimensionen erforderlich. Der immanenten Gefahr einer Bürokratisierung des Prozesses kann durch hohe Ansprüche an die Fachlichkeit der Case Managerinnen und Manager in der Handhabung dieser Kernaufgabe vorgebeugt werden.

Abstract

Case Management is a program aimed at thoroughly orienting support measures to clients' individual needs. To ensure this, it will be necessary to provide a case assessment taking into account vastly differing diagnostic dimensions. The inherent danger of a bureaucratization of the process described can be prevented by demanding high professional standards of case managers handling this major task.

Schlüsselwörter

Klient – Case Management – Programm – Diagnose – Beratung – Klient-Beziehung

Von der Notwendigkeit des Misserfolgs

Das große Versprechen des Case Managements¹ ist die an den Bedürfnissen der Klientel orientierte Konzentrierung der Unterstützungsleistungen. Partikularistische Sichten spezialisierter Dienstleistungserbringenden sollen ersetzt oder einer gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten erarbeiteten Gesamteinschätzung untergeordnet werden. Neben den institutionellen (eventuell sogar warenförmigen) Angeboten wären die Ressourcen der Klientel selbst und ihres natürlichen sozialen Umfelds heranzuziehen, um einen passgenauen – und möglichst auch kostengünstigen – Unterstützungsmix organisieren zu können.

Diesem Anspruch steht oft die übermächtige Realität einer zersplitterten Landschaft von spezialisierten Unterstützungsprogrammen, von Kostenträgern und Anspruchsvoraussetzungen entgegen. Das Ideal einer umfassenden und passgenauen Unterstützungsplanung und Hilfeorganisation wird so nur selten zu erreichen sein. Viele der unter der Flagge des Case Managements laufenden Programme können den hohen Anspruch nur partiell einlösen, weil

sie an die Grenzen der faktischen (rechtlichen, institutionellen) Organisation des Sozial- und Gesundheitswesens stoßen.

Case Management als Fallmanagement zu etablieren, ist immer ein Kampf gegen die Ordnung des Sozial- und Gesundheitswesens nach der Logik der Institutionen, der Versuch, für je diesen Klienten oder diese Klientin die Unterstützung nach der Logik des Falls zu organisieren. Und das, obwohl alles gegen ein Gelingen spricht. Case Management ist Sisyphosarbeit. Es scheitert an seinen hohen Ansprüchen vor allem dort, wo es am dringendsten benötigt wird: Nämlich dort, wo Betroffene aufgrund komplexer Problemlagen sich nicht mit einigen wenigen Hilfen begnügen können und nicht ihr Leben ansonsten recht gut im Griff haben. Case Management scheitert, weil es die institutionelle und spezialisierte Organisation des Sozial- und Gesundheitswesens einerseits zur Voraussetzung hat, andererseits unter dieser Bedingung eben nicht seinen Anspruch auf ein „rundes“, klientenorientiertes Unterstützungspaket einlösen kann.

Dass Case Management die eigenen Ansprüche nie einlösen kann, sollte uns allerdings nicht dazu verleiten, das Konzept zu verwerfen. Im Gegenteil: Wie bei jedem Idealkonzept ist auch bei diesem nichts mehr zu fürchten als seine allseitige Umsetzung. Die wäre nämlich notwendigerweise mit einem Verlust von Kontingenz, von Unplanbarkeit, also von Freiheitsgraden verbunden. Eine umfassende Planung und Steuerung aller nicht staatlichen und staatlichen Maßnahmen im Fall durch Case Managende würde diesen eine problematische Machtfülle zuweisen, die nur schwer zu kontrollieren ist. Ein gewisses Maß an Unplanbarkeit ist eine notwendige Bedingung von Freiheit, von menschlichen Verhältnissen. Hinreichend große Reste von Ungewissheit sichern Entscheidungsfreiheit und die Chance, dass sich sinnvolle Entwicklungen realisieren, obwohl deren Sinnhaftigkeit von den „Expertinnen und Experten“ bei der Planung des Prozesses nicht erkannt worden war.

Um es noch einmal zuzuspitzen: Case Management in seiner vollen Blüte ist ein autoritäres Konzept (wie jede Sozialutopie). Die Abwesenheit von fallbezogener Unterstützungsplanung hingegen bedeutet die absolute Dominanz rein institutioneller partikularistischer Logiken. Die Abwesenheit von Case Management lässt also die institutionelle und administrative Logik ohne Gegengewicht. Die Organisation des Sozial- und Gesundheitswesens ist unhintergebar partikularistisch, ist an Etikettierungen als Anspruchsvoraussetzungen gebunden, und es besteht keine

Aussicht, das zu ändern. Case Management muss also unterliegen, aber es muss sein. Es ist ein Versuch, die Falllogik gegen die Institutionslogik ins Spiel zu bringen. Daher bestehen wir auf Case Management als Konzept. Nimmt man es ernst – und ich empfehle, es ernst zu nehmen – entwickelt es ein institutionskritisches Potenzial. And of course, we need that stuff!

Kriterien der Klientenorientierung

Wenn das große Versprechen des Case Managementkonzepts nie eingelöst werden kann (und das gut ist), so kann der Missbrauch des Begriffs leider sehr wohl erfolgreich sein. Der Missbrauch passiert durch jene, gegen die das Konzept in seinen wesentlichen Intentionen gerichtet ist: Führungsetagen, die sich ein reibungsloseres Funktionieren ihrer Institutionen erwarten, eine bessere Planbarkeit und voraussehbare Fallverläufe. Sie verstehen das Konzept nicht in erster Linie als ein Unterstützungskonzept, sondern als ein Administrationskonzept. Das ist nicht überraschend, denn Case Management ist mit umfangreicher Dokumentation verbunden. Verschriftlichung spielt eine größere Rolle als bei anderen methodischen Ansätzen, der Gesamtverlauf des Prozesses wird umfassend niedergeschrieben. So ist er einer Evaluation und einer statistischen Auswertung leichter zugänglich.

Gleichzeitig ermöglicht dieses Charakteristikum des Case Managements allerdings auch die Einführung des Konzepts als bloße Fassade. Alle, die die Eigen-dynamik bürokratischer Abläufe kennen, wissen auch vom Eigenleben der Dokumentation, des Akts. Die Notwendigkeit, Formulare zu füllen, kann den Prozessablauf dominieren und die verschlungenen Wege des wirklichen Lebens der Klientel zum Störfaktor degradieren. Folgende fünf Kriterien kann man als Maßstab für die Klientenorientierung des Case Managementprogramms formulieren:

- ▲ Das erste Kriterium ist die Ausrichtung der Planung und Dokumentation auf die Logik der Lebenssituation der Klientinnen und Klienten.
- ▲ Ein zweites Kriterium für die klientenorientierte Brauchbarkeit eines installierten Case Managementmodells liegt in seiner Reichweite. Reichweite meint hier, wie weit das Programm institutions- und professionsübergreifend angelegt ist.
- ▲ Als drittes Kriterium möchte ich die Flexibilität des Programms nennen. Wieweit ist es möglich, neue Informationen über die Lebenslage der Klientel aufzunehmen und eine laufende Adaption der Hilfeplanung vorzunehmen?
- ▲ Das vierte Kriterium ist die Partizipation der Be-

Abbildung 1: Diagnostische Dimensionen im Case Management

	Probleme der Alltagsbewältigung	Relevanzstruktur	Normalität
aktuell	Mit welchen Schwierigkeiten ist die Klientel bei der Lebensführung konfrontiert?	Was ist für die Klientel subjektiv und objektiv wichtig und aussichtsreich bearbeitbar?	Welche Abweichungen von welcher Normalitätsfolie sind erkennbar?
Vorgeschichte	Biographie: Situation neu oder bekannt? Aufstieg oder Abstieg? Belastungen/ Ressourcen? Bisherige Lösungsversuche der Klientel und anderer?		
Perspektive	Welche der Schwierigkeiten sind aussichtsreich bearbeitet?	Für die Lösung welcher Probleme will/kann die Klientel Energie investieren und wie kann man die Eigenaktivität unterstützen?	Was ergibt sich daraus an Konsequenzen für die Klientel?
diagnostische Instrumente (Beispiele)	Presented Problem Analyse (PPA); Person in Environment Classification System (PIE)	Problemrankings, diverse hermeneutische Verfahren	„informierter Alltagsverstand“, Risikofaktorenanalysen etc. und Diagnosen anderer Professionen
Maßstab	Alltagspraxis der Klientel	Bewusstsein der Klientel, „inneres Team“	„allgemein Anerkanntes“
Konfrontation der Dimensionen	Mehrperspektivenraster, Verhandlung		

troffenen. Wieweit ist ihre Teilnahme an der Hilfeplanung (und deren laufenden Modifikationen) gesichert? Können sie auch Wege gehen, die so vorerst nicht vorgesehen waren?

▲ Das fünfte und letzte Kriterium betrifft die durchgehende Verantwortlichkeit. Wird eine Verantwortung für den Gesamtverlauf des Unterstützungsprozesses hergestellt und wird diese als Verantwortlichkeit für die Lebensqualität der Klientel begriffen?

Falleinschätzung als zentrale Operation im Case Management

Wenn wir Case Management als Versuch verstehen, den Unterstützungsprozess konsequent an der Logik von Klient – Situation – Problem auszurichten, dann erlangt die Falleinschätzung eine überragende Bedeutung. Mit der Falleinschätzung wird die Situation der Betroffenen zur Sprache gebracht (im Wortsinne), wird die Lebenssituation erst zu einem Faktum für die Organisation. Hier liegt der Unterschied zwischen der auch in anderen sozialarbeiterischen Handlungsformen immer schon vermittelnden und organisie-

renden Tätigkeit und dem Case Management als System und als Methode: Das Assessment und der Hilfeplan machen als verbindliche Grundlage der Organisation des Unterstützungsprozesses und damit auch der Aktivitäten der verschiedenen beteiligten Institutionen die Fakten der Lebenssituation und die Bedürfnisse der Klientel zu einem organisatorisch relevanten Faktum. Die Regeln der Organisationen werden dadurch nicht außer Kraft gesetzt. Die Programme bleiben notwendig spezialisiert und partikularistisch. Sie haben weiterhin ihre Zugangs- und Zuständigkeitsregelungen, die an Bedarfe oder Anspruchsvoraussetzungen gebunden sind. Sie treten in einem Case Managementprogramm aber fallbezogen in Konkurrenz zu einer Darstellung der prekären Lebenssituation der Betroffenen, die mit dem Anspruch versehen ist, für die Unterstützungsleistungen bestimmend zu sein. Eine Organisation, die in ein Case Managementprogramm eingebunden ist, hat anlässlich der Etablierung dieses Programms ein Bekenntnis dazu abgeleistet, einer solchen fallspezifischen Organisation zuzustimmen.

mögliche Programme	Einbindung in das Soziale	Status des Unterstützungsprozesses
Anhand welches Merkmals (der Situation oder der Klientel) dockt welches Programm in diesen Fall mit Unterstützung oder Sanktionen an?	Wie ist die Klientel in soziale Netze eingebunden und in die Kommunikation gesellschaftlicher Funktionssysteme inkludiert?	Wie ist der Modus der Kooperation mit der Klientel und mit anderen Beteiligten?
Biographie: Situation neu oder bekannt? Aufstieg oder Abstieg? Belastungen/ Ressourcen? Bisherige Lösungsversuche der Klientel und anderer?		
Welches Programm kann in der gegebenen Situation mit welchen Modifikationen und Begleitmaßnahmen tatsächlich hilfreich sein? Welches ist bedrohlich?	Wie kann die soziale Einbindung verbessert werden?	Wie soll die künftige Rolle des Case Managements aussehen?
Interventionsassessment (IA)	Netzwerkkarte (NWK); Inklusions-Chat (IC)	Reflexion, Intervention
Gesetze, Verordnungen	statistisch, empirisch	fachlich, methodisch
Mehrperspektivenraster, Verhandlung		

Hier ist auch noch eine Anmerkung zur Terminologie erforderlich. Es wäre nämlich korrekterweise eine Unterscheidung zu treffen zwischen der Einschätzung der Lebenssituation der Klientel und der Einschätzung des Falles.² Lebenssituationen sind vorerst keine Fälle. Sie haben ihre eigene Struktur, die sich nicht entlang den Begriffen der Bearbeitungsprogramme und organisatorischer Regeln entfaltet. Die Lebenssituation hat die Person als Zentrum. Die wichtigsten Kontexte sind die soziale Einbindung der Person, der biographische Zeitpunkt, die anstehenden Probleme bei der Alltagsgestaltung. Diese Lebenssituation ist in der Terminologie der Programme, Verordnungen, Gesetze und der Organisation nicht adäquat zu erfassen. Oder, wie *Wolf Rainer Wendt* (2007, S.14) schreibt: „Prekäres Leben – mit sich und miteinander auskommen müssen – bedeutet eine Konkretion, die sich keiner vorgegebenen Einrichtung fügt und so gewissermaßen ‚disziplinlos‘ bleibt.“ „Fall“ ist ein organisationsbezogener Begriff. Ein Fall entsteht durch die Beschäftigung einer Profession und/oder einer Organisation

mit der Lebenssituation von Menschen. In die Fallsituation finden die Handlungs- und Entscheidungsprobleme der professionellen Beteiligten Eingang, durch sie wird der Fall wesentlich strukturiert. Die Falleinschätzung umfasst also sowohl die Beurteilung der Dynamik der Lebenssituation als auch der Logiken des Hilfe- und Sanktionssystems.

In der obigen Abbildung sind jene diagnostischen Dimensionen kartographiert, die zusammen eine umfassende Falleinschätzung ausmachen. Ich gehe davon aus, dass Case Managementfälle stets welche mit komplexem Unterstützungsbedarf sind, bei ihnen also eine pragmatische Orientierung an den präsentierten Problemen zu kurz greift. Der Unterschied zwischen einem Fall für Case Management und einem Fall zum Beispiel für Beratung oder andere, weniger Kooperationen erfordernde Unterstützungsprogramme liegt in der Verschränkung mehrerer Problemlagen, die umfassendere und abgestimmte Interventionen erfordern. Sobald das der Fall ist, wird eine umfassendere Bestandsaufnahme

der Fallsituation nötig, um die Wechselwirkungen der verschiedenen Dimensionen in die Unterstützungsplanung einbeziehen zu können.

Wenn ich hier von „Programmen“ schreibe, so führe ich einen in der deutschsprachigen Diskussion selten verwendeten Begriff ein. Was ist darunter zu verstehen? Ein Programm ist das Set von gesetzlichen und organisatorischen Maßnahmen, mit denen die Gesellschaft auf ein in der Sphäre des Politischen formuliertes soziales Problem reagiert. Programme enthalten juristische Definitionen, Zielformulierungen, setzen Sanktionen und organisatorische Maßnahmen, schaffen und formen Institutionen. Programme sind in der Regel mit finanziellen Mitteln dotiert, sie etablieren Zugangsregeln, Standardvorgehensweisen, einen programmspezifischen Sprachgebrauch. Programme reagieren grundsätzlich nicht auf individuelle, sondern auf gesellschaftliche „Probleme“, dementsprechend ist deren Struktur aus der Sicht der individuellen Lebenssituation stets untermplex und partikularistisch. Man kann Sozialarbeit als eine Profession verstehen, die die Passungsprobleme zwischen individuellen Bedürfnissen und gesellschaftlichen Programmen zur Prozedierung sozialer Probleme bearbeitet.

Wenn der Eigenlogik der Lebenssituation Raum gegeben werden soll, dann kann sich die Falleinschätzung nicht nur auf die Kartographierung der aus der Sicht des Programms „relevanten“ Fakten beziehen. Die Wahrnehmung der Situation darf nicht ausschließlich mit dem Maßstab und dem Vokabular des Programms erfolgen, sie würde dann mindestens vier der sechs relevanten Dimensionen ausblenden (die „Normalitätsdimension“ wäre möglicherweise bereits inkludiert).

Instrumente der Falleinschätzung

Die Abbildung 1 nennt zu den diagnostischen Dimensionen beispielhaft Instrumente, mit denen sie erschlossen werden können. *Probleme der Alltagsbewältigung* werden zum Teil durch die Klientel selbst thematisiert, die weitere Exploration kann dann nach dem Muster der Presented Problem Analyse – PPA (dieses wie die meisten anderen hier vorgeschlagenen Verfahren sind in Pantucek 2005 beschrieben) erfolgen. Weitere Informationen sind gegebenenfalls über Augenschein (wie Hausbesuche) zu erhalten. Die Probleme dieser Dimension können auch im PIE-Klassifikationssystem abgebildet werden, das über die Indizierung (nach Problemintensität, Dauer und Copingfähigkeiten) eine systematischere fachliche Einschätzung der Vordringlichkeit von Interventionen ermöglicht.

Die *subjektive Relevanzstruktur* der Klientinnen und Klienten kann über Verfahren der Black-Box-Diagnostik³ in die explizite Falleinschätzung hereingeholt werden. Rankings und Skalierungsverfahren sind dazu geeignet, aber auch Techniken der verstehend-hermeneutischen Interpretation. Bei der Dimension der *Normalität* verlässt man das relativ gesicherte fachlich-methodische Feld der Sozialen Arbeit. Abweichungen von statistischen oder normativen Normalitätsstandards werden teilweise im Alltag durch das soziale Umfeld festgestellt, beeinflussen das Verhalten dieser Umwelt und sind damit für die Betroffenen von außen wirksame Bestandteile ihrer Lebenssituation. Gleichzeitig können Abweichungen (zum Beispiel ein nicht normales Funktionieren des Körpers) für die Klientinnen und Klienten unmittelbar, also ohne den Umweg über die Wahrnehmung durch andere, bedeutend sein. Schließlich liefern Psychologie und Medizin Befunde über Normalität oder Abweichung und geben so Informationen über die Rahmenbedingungen der Lebensführung. Case Managerinnen und Case Manager sollten weit über das Alltagswissen hinaus Kenntnisse über mögliche, auch „nicht normale“ Formen der Lebensgestaltung haben, um nicht unbesehen Mittelschichtnormen (also die eigenen) als Zielfolie zu verwenden⁴. Zu dieser Dimension gehört auch die Einschätzung von Risikofaktoren und Indikatoren. Damit kann die Möglichkeit des Vorhandenseins von verborgenen, verheimlichten oder potenziellen Problemlagen (zum Beispiel einer Kindeswohlgefährdung) diagnostisch zumindest so weit abgeklärt werden, dass für die Fachkräfte des Case Managements die Notwendigkeit der Thematisierung beziehungsweise schützen-der Interventionen klarer wird.

Mögliche *Programme* (zum Programmbegriff siehe oben) schließen an bestimmte Merkmale des Falls oder der Lebenssituation der Betroffenen an (wie an Wohnungslosigkeit, Arbeitslosigkeit, Schulden). In ihnen sind Anspruchsvoraussetzungen und Abläufe vorformuliert. Die Kenntnis über diese Programme, ihre Stärken und Schwächen ist bei professionellen Case Managern und Managerinnen vorauszusetzen, anhand der Falleinschätzung sind solche Programme als anwendbar in Erwägung zu ziehen oder mangels Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen oder mangels Passung zu verwerfen. Das Interventionsassessment (Pantucek 2007) ist ein Instrument, um Interventionsprogramme systematisch fallspezifisch einzuschätzen und Entscheidungen über ihre Anwendung oder Nichtanwendung im Fall zu begründen. Die Einbindung der betroffenen Menschen in das *Soziale* schließlich umfasst sowohl deren Verankerung in Netzwerke als auch deren Inklusion in die

Kommunikation der wesentlichsten gesellschaftlichen Funktionssysteme. Diese Kartographierung des Zugangs der Klientel zu den sozialen und gesellschaftlichen Ressourcen ist genuine Aufgabe der Sozialarbeit und im Case Managementkontext unerlässlich. Erst durch sie wird die zielbewusste Nutzung und Förderung von sogenannten natürlichen Ressourcen und den „normalen“, also nicht subsidiär für bestimmte Zielgruppen zur Lösung sozialer Probleme geschaffenen gesellschaftlichen Ressourcen möglich. Das Netzwerkinterview mithilfe der Netzwerkkarte⁵ und das Inklusionschart (Pantucek 2005) sind geeignete Instrumente.

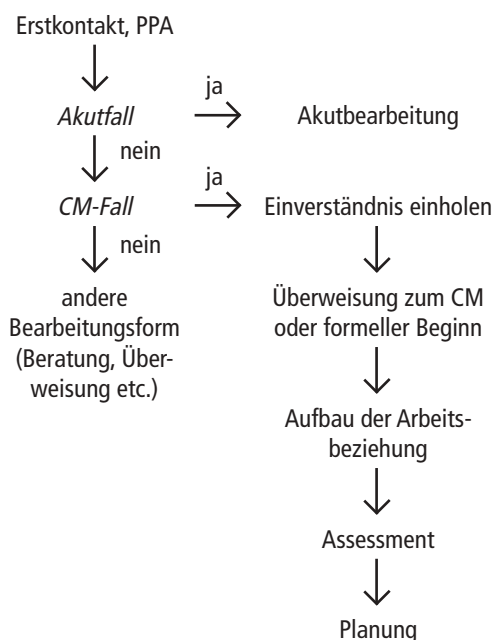
Die Dimension *Status des Unterstützungsprozesses* schließlich umfasst die Dynamik der Kooperation der Professionellen mit den Klientinnen und Klienten. Die Gestaltung dieses Prozesses ist eine der zentralen fachlichen Aufgaben und dessen Gelingen eine Voraussetzung für die angemessene Falleinschätzung und die Passgenauigkeit der Unterstützung. Die Einschätzung erfolgt im „kasuistischen Raum“ (Müller 2006) der Reflexion und erfordert in der Regel Institute wie fachliche Leitung, ein professionelles Team und Supervision. Die Dimensionen sind strukturell vorgegeben. Jede ist mit einem eigenen Code erfasst. Keine der Dimensionen kann in einer anderen ohne Daten- und Sinnverlust abgebildet werden. Eine hinreichende Falleinschätzung im Case Management muss daher alle Dimensionen erfassen. Dies gilt nicht in gleichem Maße für andere Unterstützungsprozesse, bei denen je nach Problemlage auf die Befassung mit der einen oder anderen Dimension verzichtet werden kann.

Die besondere fachliche Herausforderung in der Sozialen Arbeit allgemein und dem Case Management im Speziellen besteht darin, die unterschiedlichen Dimensionen aufeinander zu beziehen und ein originäres Interventionsprogramm für den Einzelfall zusammenzustellen. Dabei werden nicht bloß alle möglichen Interventionen addiert, sondern es wird eine Auswahl nach einigen Kriterien getroffen:

- ▲ Welche Intervention hat gute Chancen, tatsächlich hilfreich zu sein?
- ▲ Bei welcher Intervention besteht ein relativ geringes Risiko des Scheiterns?
- ▲ Welche Intervention kann auch von den Klienten und Klientinnen mitgetragen werden?
- ▲ Welche Interventionen sind den Betroffenen und den anderen Fallbeteiligten zumutbar?
- ▲ Welche Intervention eröffnet die größten Chancen für künftige Verbesserungen der Lebensführung?
- ▲ Welche Intervention kann ein akutes Problem oder eine akute Bedrohung lindern oder lösen?

Die Beantwortung dieser Fragen erfordert nicht nur ein Wissen der Professionellen über Aufwand, Erfolgsaussichten und Alltagskompatibilität von Interventionen und Unterstützungsprogrammen, sondern auch gelingende Beratung und Verhandlung mit den Klienten und Klientinnen. Zur Falleinschätzung muss jedenfalls ein Verhandlungsprozess treten. Der umfassenden Falleinschätzung (Assessment) geht die Entscheidung voraus, ob der Fall eine Angelegenheit für Case Management ist. Dieser Ablauf wird in der folgenden Abbildung schematisch dargestellt, wobei die dunklen Felder Ablaufschritte mit vorrangig diagnostischer Aufgabe markieren. In dieser Grafik werden die nötigen Modifikationen der Falleinschätzung im Verlaufe des Unterstützungsprozesses vorerst ausgeklammert.

Abbildung 2



Die Entscheidung über die Zuweisung eines Falles zum Case Management ist selbst bereits eine diagnostische Leistung, allerdings eine von wesentlich geringerer Komplexität als das Assessment. Sinnvollerweise sind bei einem Case Managementprogramm die Zugangskriterien definiert, und die Fachkräfte im Vorfeld wissen, bei welchen Fällen sie eine Zuweisung zu den Case Managerinnen und Case Managern sinnvollerweise veranlassen oder vorschlagen sollen. Dafür muss die Anamnese zumindest so weit getrieben werden, dass die Komplexität eines Falles sichtbar werden kann.⁶ Sie muss allerdings noch nicht in voller Breite erfasst und verstanden werden.

Zur Rolle der Beziehung bei der Falleinschätzung

Es spricht nichts gegen die Zuhilfenahme von Fragebogen und Rastern. Sie erfordern allerdings eine besondere Inszenierung der Interviewsituation. Die Fachkraft darf nicht zum „Sprachrohr des Anamnesebogens“ werden, sondern muss ein Gespräch mit den Betroffenen über den Fragebogen möglich machen. Nur so ist gewährleistet, dass diese unabhängig von einem vorgegebenen Duktus relevante Informationen einbringen können. Praktisch kann das gelingen, indem von der Fachkraft das Auffüllen des vorgegebenen Rasters als ihr auferlegte Pflicht dargestellt wird, sie sich also selbst in Distanz zur bürokratischen Genauigkeit und Starrheit setzt. Inspektor *Columbo* wendet diese Technik in seinen Befragungen an: Er habe einen Bericht zu schreiben und sein Vorgesetzter sei da ganz genau, deshalb müsse das und das auch noch geklärt werden. Er inszeniert seine berufliche Rolle so, dass er den Befragten in ihrem Widerstand zustimmen kann, sie sogar zur Mithilfe bei der Lösung seines Problems (des Schreibens eines schlüssigen Berichts) erfolgreich einlädt. Mit der deklariert distanzierten Haltung zum standardisierten Erhebungsablauf, der als von außen auferlegte Notwendigkeit trotzdem sorgfältig eingehalten wird, erhält man selbst Spielraum im Gespräch und in der Gestaltung der Beziehung und gibt den Klientinnen und Klienten diesen Spielraum auch.

Widerstand ist in der Phase des Assessments zu erwarten und darf nicht als mangelnde grundsätzliche Kooperationsbereitschaft ausgelegt werden. Eine umfassende Erhebung der Lebenssituation und des Bedarfs kann als invasiv erlebt werden, als Angriff auf persönliche Grenzen und auf die Autonomie der Grenzsetzung der betroffenen Menschen – zum Beispiel auf ihre Entscheidungsmacht, welche Aspekte ihres Lebens sie zu veröffentlichen bereit sind. Ein Missverständnis ist der Glaube, dass im Case Management die Gestaltung der Beziehung zu den Klientinnen und Klienten nicht mehr bedeutend sei, da die Unterstützungsplanung sachbezogen, rational, in einem Modus der Verhandlung erfolge.⁷ Für eine realitätsnahe Falleinschätzung sind Case Manager*innen auf Daten angewiesen, die nur von der Klientel selbst zu bekommen sind. Manche dieser Daten sind sensibel, das heißt sie berühren Privates, und werden nur ungern weitergegeben. Die Beziehungsgestaltung dient der Ermöglichung der Diagnose beziehungsweise Falleinschätzung und schafft Voraussetzungen für die Aushandlung des Unterstützungsplans. Case Managerinnen und Case Manager benötigen daher Fähigkeiten in der Beziehungsgestal-

tung, müssen mit dem Phänomen des Widerstands vertraut sein und darauf professionell reagieren können. Andernfalls wird die Falleinschätzung (und in der Folge die Fallführung) misslingen.

Die Falleinschätzung im Prozess des Case Managements

Hoppensack (2007) rekonstruiert anhand eines deutlich misslungenen Falles von Kindeswohlsicherung eine Form von Case Management, bei der auf eine umfassende Einschätzung des Falles verzichtet wurde. Zugegebenermaßen war es dort, bei insgesamt 25 intervenierenden Stellen, besonders schwierig oder gar unmöglich, die sehr widersprüchlichen Einschätzungen der beteiligten Klientinnen und Klienten sowie Fachkräfte unter einen Hut zu bringen. Umso wichtiger wäre eine eigenständige Falleinschätzung und Risikoabwägung und ein darauf aufbauendes Unterstützungsprogramm (im gegenständlichen Fall unter Einbezug dichter sozialer Kontrolle) gewesen. Der von *Hoppensack* untersuchte Fall *Kevin* zeigt die Notwendigkeit, die komplexe Aufgabe der Falleinschätzung als Kernaufgabe von Case Managenden zu definieren. Auch profunde Einschätzungen haben vorläufigen Charakter, müssen flexibel gehandhabt werden und für Modifikationen offen bleiben. Solange sie gültig sind, ist ihnen jedoch konsequent in der Interventionsplanung zu folgen, nur so können Fehler der Einschätzung sichtbar und korrigierbar werden. Im gegenständlichen Fall war das Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung nicht sicher. Der Case Manager handelte so, als gebe es die Gefahr nicht, und trug auch nichts zur Klärung der Frage bei, was schließlich zu ins Leere laufenden Interventionen und letztlich zum tragischen Ausgang beitrug.

Professionelle Falleinschätzung kann sich also nicht im Zusammentragen der Befunde anderer erschöpfen, es ist auch ein begründetes eigenes Urteil auf Basis eigener Erhebungen und systematischer eigener diagnostischer Bemühungen zu finden, auch unter den Bedingungen von Ungewissheit. Die eigene Einschätzung mit der Klientel zu verhandeln, ein vorläufiges Unterstützungsprogramm zu entwerfen, dabei für neue Erkenntnisse und Veränderungen offen zu bleiben, das ist eine zu übende Kunst. Bei Vorliegen neuer Fakten kann man sich dann leichten Herzens von der alten Einschätzung verabschieden und sie neu formulieren.

Die Falleinschätzung dient in erster Linie den Fachkräften als Grundlage für ihre eigenen Aktivitäten, als Begründungszusammenhang für ihre Interventionen. Als Basis für die Verhandlungen mit den Betroffenen und mit anderen Unterstützenden muss

sie allerdings auch kommuniziert werden. Tragfähige Kooperation ist auch dann möglich, wenn die anderen Beteiligten die Einschätzung der Fachkräfte nicht teilen. Tatsächlich wird eine identische Sicht auf den Fall kaum jemals herzustellen sein. Unter Verweis auf die verschiedenen Rollen kann es trotzdem zu tragfähigen Vereinbarungen kommen. Das Case Managementprogramm wird erst dort infrage gestellt, wo eine beteiligte Person oder Institution den Unterstützungsplan gezielt unterläuft oder sabotiert.⁹ Dann sind allerdings organisatorische Maßnahmen angezeigt, die umso eher gelingen werden, als die Falleinschätzung durch die Fachleute des Case Managements umfassend, begründet und nachvollziehbar ist.

Resümee

Wie zu zeigen war, ist die Falleinschätzung eine relativ selbstständige Phase im Case Managementprozess, die tiefgehendes fachliches Wissen und die Fähigkeit erfordert, die Betroffenen einzubeziehen. Erst unter Einbeziehung aller sechs Dimensionen kann ein situationsadäquates und aussichtsreiches Unterstützungsprogramm entworfen und ausgehandelt werden. Entscheidend für das Gelingen dieses Unterfangens wird nicht nur (oder nicht in erster Linie) das Vorliegen von umfangreichen Erhebungsbögen sein. Neben der Erhebung von Daten ist die Herstellung von Bezügen zwischen den Dimensionen, die pragmatische Abschätzung des Möglichen und des Unwahrscheinlichen jene fachliche und professionelle Leistung, die die Realisierungschancen eines Unterstützungsprogramms bestimmt.

Noch wichtiger als die Einführung von zweifelsohne außerordentlich nützlichen diagnostischen Verfahren ist meines Erachtens die Übung eines professionellen Habitus bei der Falleinschätzung. Jener besteht zu einem guten Teil darin, das Ausfüllen eines Erhebungsbogens nicht bereits als die wichtigste Prozedur zu erachten. Nach der Erhebung der Daten beginnt erst die eigentliche diagnostische Tätigkeit der sorgfältigen Interpretation, des Abwägens, des kritischen Befragens der sich aufdrängenden Deutungen, der Abstimmung der Befunde aus den verschiedenen Dimensionen der Fallsituation und schließlich der Kommunikation und Verhandlung der Konsequenzen. Nur so wird Case Management zu einem Programm umfassender Verantwortung für die Folgen der helfend gemeinten Interventionen und Maßnahmen, also zu einem von Institutionen getragenen, aber institutionskritischen und klientennahen Programm.

Anmerkungen

- 1 Ich bin mir bewusst, dass unter dem gemeinsamen Etikett „Case Management“ zahlreiche Konzepte unterschiedlicher Reichweite kolportiert werden: „... there is no universally accepted definition of case management, nor is there one definitive model of case management as practiced within the social work profession“ (National Association of Social Workers 1992). Das Modell, von dem ich hier ausgehe, versucht, die Versprechungen des Case Managements als klientenorientiertes Modell der Unterstützungsorganisation ernst zu nehmen. Seine wesentlichen Eckpunkte korrespondieren mit einem sozialarbeiterischen Verständnis des Unterstützungsprozesses, haben ihre Bedeutung allerdings über den Praxisbereich der Profession hinaus. Dies deshalb, weil Sozialarbeit die Gelingensbedingungen organisierter Hilfe insgesamt reflektiert, von ihrem Ansatz her also Leitdisziplin für alle Formen organisierter gesellschaftlicher Unterstützung ist.
- 2 Unter den vielen Ungenauigkeiten in der wissenschaftlichen Diskussion der Sozialarbeit sticht die Ungeklärtheit des Fallbegriffs hervor und ist besonders folgenreich. Die mangelnde Unterscheidung zwischen der Lebenssituation der Klientel und dem Bedingungsgefüge, das sich aus der Tatsache der organisatorischen Beschäftigung damit ergibt, behindert eine saubere Unterscheidung zwischen den beiden Logiken. Weil für das sozialarbeiterische Handeln die organisatorische Realität stets bedeutender ist – an ihr hängt schließlich die berufliche Zukunft der Professionellen – bedeutet diese Nicht-Unterscheidung in der Praxis eine tendenzielle Missachtung der Eigendynamik der Lebenssituation der Klientel. Ansätze zu einer differenzierteren Betrachtung des Fallbegriffs finden wir bei Burkhard Müller (2006) mit seiner Unterscheidung zwischen „Fall für...“, „Fall von...“ und „Fall mit...“.
- 3 Unter „Black-Box-Diagnostik“ verstehe ich Verfahren, die primär die Klientel zur Ordnung ihrer Weltsicht und zur Entscheidungsfindung unter Bedingungen von Unübersichtlichkeit und/oder Ambivalenz dienen. Die entscheidenden Schritte sind dabei für die Beratenden nicht sichtbar, das Verfahren findet für sie eben in einer „Black Box“ statt. Die Ergebnisse können für die Unterstützungsplanung trotzdem von höchster Relevanz sein.
- 4 Die selbstkritische Reflexion der eigenen Werte und Normen, das Erkennen von deren Relativität und Abhängigkeit vom eigenen sozialen Ort, sind daher im Prozess der Qualifikation für die Rolle von Case Managern und Case Managerinnen unverzichtbar.
- 5 Über die Brauchbarkeit der Netzwerkdiagnostik siehe Hill 2002.
- 6 Es kann zum Beispiel beim Pflegeassessment, das dem Einsatz von häuslichen Pflegediensten vorangeht, anhand einer Checkliste festgestellt werden, ob zusätzlich zum Pflegebedarf noch finanzielle, familiäre, psychische Probleme die Lebensführung der Betroffenen beeinträchtigen.
- 7 Die andere Seite der in der Sozialen Arbeit verbreiteten Mythologisierung der „Beziehung“ (gedacht oft als harmonische Sympathiebeziehung, die allein als „gute“ Beziehung verkannt wird) ist die Ignoranz gegenüber den Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung bei Konflikt- und Verhandlungsbeziehungen. Von DeShazer (2006), der auch Widerstand als Form der Kooperation begreift und beschreibt, und von Fisher u. a. (2003), die Beziehungsgestaltung als wesentliches Element der Verhandlungstechnik auffassen, ist immer noch viel zu lernen.
- 8 Ich gehe hier vom Interventionsbegriff aus, da dieser ein weiteres Spektrum an Aktivitäten umfasst als der Begriff der

(Unterstützungs-) „Maßnahme“. Als Interventionen sind auch beratende Techniken, Thematisierungsstrategien und andere zu verstehen.

9 Das ist gar nicht so selten. Im von Hoppensack beschriebenen Fall ist es der den (vermeintlichen) Vater substituierende Arzt, der Druck ausübt und mit Fehlinformationen Entscheidungen zu beeinflussen sucht. Die Weitergabe von Fehlinformationen, die gezielte Nichtinformation der Case Managenden, der Versuch der Koalitionsbildung mit den Betroffenen gegen die Case Managenden sind geläufige Formen der Sabotage des Unterstützungsprozesses.

Literatur

DeShazer, Steve: Wege der erfolgreichen Kurztherapie. Stuttgart 2006

Fisher, Roger u. a.: Das Harvard-Konzept. Der Klassiker der Verhandlungstechnik. Frankfurt am Main 2003

Hill, Malcolm: Network Assessments and Diagrams. A Flexible Friend for Social Work Practice and Education. In: Journal of Social Work 2/2002, S. 233-254

Hoppensack, Hans-Christoph: Kevins Tod – ein Beispiel für missratene Kindeswohlsicherung. In: unsere jugend 7-8/2007, S. 290-305

Müller, Burkhard: Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit. Freiburg im Breisgau 2006

National Association of Social Workers: Standards for Social Work Case Management. Approved by the NASW Board of Directors. Washington D.C. 1992

Pantucek, Peter: Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. Wien/Köln 2005

Pantucek, Peter: Interventionsassessment. In: pantucek.com/diagnose/IA 2007

Wendt, Wolf Rainer: Die Disziplin der Sozialen Arbeit und ihre Bezugsdisziplinen. In: www.deutsche-gesellschaft-fuer-sozialarbeit.de/pdf/Wendt_Sozialarbeitswissenschaft.pdf, abgerufen am 26. Juli 2007

Case Management in Krankenhäusern

Corinna Ehlers

Zusammenfassung

Die Umsetzung von Case Management in deutschen Krankenhäusern findet in unterschiedlich stark ausdifferenzierten Gestaltungsformen Anwendung. Nach einer kurzen Einführung in die Thematik werden am Case Management orientierte Ansätze und Instrumente anhand von einigen Beispielen der Implementierung vorgestellt. Ein Ausblick auf zukünftige Herausforderungen schließt den Beitrag ab.

Abstract

The application of case management in German hospitals takes place in several forms that are differentiated to various degrees. After a brief introduction to the theme, the author gives a presentation of approaches and instruments that are oriented to case management, illustrated by some examples of implementation. Finally the article concludes by giving an outlook to future challenges.

Schlüsselwörter

Krankenhaus – Case Management – Theorie-Praxis – Sozialdienst im Krankenhaus – Entlassungsvorbereitung

Einleitung

Traditionell waren in Deutschland Krankenhäuser aufgrund der strikten Grenzen zu anderen Sektoren im Gesundheitswesen auf die stationäre Versorgung ausgerichtet. Seit einigen Jahren wird versucht, dieser sektoralen Trennung entgegenzuwirken. Mit dem im Jahr 2004 in Kraft getretenen Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG), Modernisierungsgesetz, ist es auch Krankenhäusern möglich, ambulante Behandlungen bei hochspezialisierten Leistungen anzubieten. Zusätzliche Möglichkeiten stellen die Teilnahme an Disease Managementprogrammen und Modellen der integrierten Versorgung dar (Busse; Riesberg 2005). Zudem trägt die Einführung der G-DRG-orientierten Fallpauschalen¹ (Diagnosis Related Groups) zur Reduzierung der Verweildauer bei.

Durch diese Veränderungen der Rahmenbedingungen im akutstationären Sektor könnten Krankenhäuser zukünftig eine neue Funktion in der Gesamtversorgung erhalten. Als potenzielle Systemmanager können sie mit anderen Dienstleistungsanbietern kooperieren und die Koordination von Versorgungsprozessen übernehmen (Pfaff u.a. 2005). Hierfür

wird im Rahmen der Organisationsentwicklung die Reorganisation von Aufbau- und Ablauforganisationen erforderlich.

Um patientenbezogene Prozesse effektiver durch das System Krankenhaus und darüber hinaus steuern zu können, ist es erforderlich, interne und externe Schnittstellenprobleme zu beheben. Denn der zunehmende Patientendurchlauf verlangt sowohl innerhalb als auch außerhalb einer Einrichtung ein verstärktes Engagement bei der diagnose- oder fallbezogenen Selektion, Steuerung und Evaluation (Ewers 2005, S. 157).

Case Management

Die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) beschreibt Case Management als ein systemisch und ökosozial orientiertes Verfahren, das in der Sozialen Arbeit und im Gesundheitswesen zum Einsatz kommt. Leitprinzipien wie Klienten- und Ressourcenorientierung, Neutralität, Interprofessionalität, Effizienz, Effektivität, Qualitätssicherung und Nachrangigkeit bestimmen die „Philosophie“ des Case Managements. Aufgabe ist es, „... unter komplexen Bedingungen Hilfemöglichkeiten abzustimmen und die vorhandenen institutionellen Ressourcen im Gemeinwesen oder Arbeitsfeld koordinierend heranzuziehen“ (siehe www.dgcc.de). Die Vorgehensweise richtet sich nach systematisch aufeinander abgestimmten Arbeitsphasen: 1. Klärungsphase (konzeptionelle Reichweite, Fallfindung, Fallaufnahme), 2. Falleinschätzung, 3. Hilfeplanung, 4. Durchführung, Kontrolle, Dokumentation, 5. Evaluation und 6. Rechenschaftslegung.

Case Management wird als Überbegriff von Systemsteuerung und Fallsteuerung verstanden. Fallsteuerung meint die einzelfallorientierte Arbeit eines Case Managers, einer Case Managerin. Im Rahmen der Systemsteuerung oder Care Management werden Versorgungsprozesse und -strukturen optimiert oder neue angeregt, um die Fallsteuerung personenbezogener Prozesse zu erleichtern. Hierzu gehört auch die Gründung von Netzwerken oder Versorgungsverbünden wie beispielsweise der Qualitätsverbund Netzwerk im Alter Pankow e.V.² in Berlin, die Voraussetzungen für eine patientenbezogene Versorgungsplanung bieten. Zu den idealtypischen Merkmalen eines Case Managementnetzwerkes gehören nach Mennemann (2005) unter anderem:

- ▲ Gemeinsames Verständnis der Akteure als ein „Baustein“ des Prozesses;
- ▲ Abstimmung von Zuständigkeiten, Kompetenzen und Leistungserbringung aufeinander;
- ▲ Standardisierung von Arbeitsinstrumenten.

Abgrenzung Pflegeüberleitung, Entlassungsmanagement und Versorgungspfade

Im Rahmen der akutstationären Versorgung findet Case Management in Deutschland in unterschiedlich stark ausdifferenzierten Gestaltungsformen Anwendung. Diese Programme haben in der Regel einen Fokus auf die Prozesssteuerung innerhalb des Krankenhauses, wobei einer reibungslosen Überleitung in die nachstationäre Versorgung beispielsweise in Rehabilitationskliniken sowie in stationäre oder ambulante Pflegeeinrichtungen eine große Bedeutung zukommt. Die Zuständigkeit für die Steuerung liegt einrichtungsabhängig bei Pflegekräften, Fachkräften der Sozialarbeit, Ärzten und Ärztinnen oder ist multiprofessionell geregelt.

Seit den 1990er-Jahren werden in Deutschland verschiedene Konzepte der Pflegeüberleitung umgesetzt.³ Die Pflegeüberleitung stellt einen integralen Bestandteil der individuellen Pflegeprozessplanung in Gesundheitseinrichtungen dar und ist als Schnittstelle zwischen Patientinnen, Patienten, Angehörigen, Ärzten, Ärztinnen, Pflegeteam, Sozialdienst und externen Leistungsanbietern zu sehen. Der Pflegeüberleitungsprozess beginnt im Krankenhaus mit der Aufnahme der erkrankten Menschen, wird während des Krankenhausaufenthaltes begleitend fortgeführt und endet mit der Entlassung. Im Verlauf der Jahre 2002/2003 stellte das Deutsche Netzwerk für Qualität in der Pflege (DNQP) den Expertenstandard „Entlassungsmanagement“ zur institutionsübergreifenden gezielten Patientenentlassung vor. Dessen Ziel ist es, einen einheitlichen Handlungsrahmen für stationäre Einrichtungen zu schaffen. Die Versorgungskontinuität wird durch ein frühzeitiges Assessment und Beratungs-, Schulungs- und Koordinationsleistungen gesichert. Dem folgen ein abschließendes Patienten-follow-up (48 Stunden nach der Entlassung) und eine Evaluation.

Klinische Pfade oder auch Behandlungspfade⁴ sind Instrumente, mit denen spezifische Patiententypen entlang von Flussdiagrammen oder Musterverläufen möglichst ohne Abweichungen durch die Krankenhausbehandlung gesteuert werden. Ziel dieser unter anderem von Fachleuten des Case Managements in den USA entwickelten Instrumente ist eine interne Prozesssteuerung. Unter Versorgungspfaden werden diagnosespezifische Versorgungsstrategien verstanden, die nachsorgende ambulante Leistungserbringer wie Hausärzte oder Pflegestationen integrieren (Schneider 2006). Jene Patientinnen und Patienten, die entlang dieser Pfade betreut werden, gehören jedoch nicht zu den eigentlichen Zielgruppen von Case Managementprogrammen. Vielmehr

sind jene, die aufgrund von system- oder patientenbedingten Abweichungen nicht mithilfe der Pfade betreut werden können, die idealtypischen Case Managementpatienten, die es zu identifizieren gilt. Hierzu gehören Patienten mit einem komplexen Hilfebedarf und/oder Patientinnen, bei denen bereits viele professionelle Helfende tätig sind.

Neben der medizinischen und pflegerischen Betreuung übernimmt traditionell der Sozialdienst im Krankenhaus die psychosoziale Beratung und Betreuung und koordiniert den Hilfeprozess innerhalb und außerhalb des Krankenhauses. Die Kooperation mit beteiligten Berufsgruppen innerhalb und außerhalb des Krankenhauses gehört demnach zu den wesentlichen Aufgaben der Kliniksozialarbeit. Zu ihnen zählen die Zusammenarbeit mit jeweils zuständigen Behörden, Ämtern, Trägern und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialbereichs (siehe www.dvsg.org/download/StellenbeAktuDVSG.pdf). Durch den Stellenabbau in Krankenhäusern im Bereich Sozialarbeit und einem erhöhten Durchlauf von Patienten und Patientinnen haben sich die Arbeitsbedingungen für die psychosoziale Versorgung in den letzten Jahren erheblich verschlechtert. Auch zählen Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen in Kliniken zu einer Berufsgruppe, die weniger in die Stationsabläufe eingebunden ist. Eine multiprofessionelle Zusammenarbeit mit Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten ist somit erschwert. Der Kontakt und die Betreuung von Kranken werden oftmals auf ärztliche Anweisung hin initiiert.

Konzepte der Pflegeüberleitung oder solche nach dem Expertenstandard „Entlassungsmanagement“ sind von ihrem Ansatz her weniger komplex als Case Managementprogramme. Eine umfassende Berücksichtigung der sozialen Angelegenheiten der Patienten und Patientinnen, die für die Nachsorge eine bedeutende Rolle spielen, findet nur unzureichend statt (*Schneider* 2006). Eine Gestaltung oder sogar Steuerung von Prozessen auf der Systemebene bleibt aus. Allenfalls werden auf der Organisationsebene Strukturen reorganisiert. Die Umsetzung des Case Managements im Krankenhaus erfolgt vielmehr in Ansätzen. So werden einzelne Elemente wie die Durchführung von Assessments oder die Dokumentation angewendet. Eine Zusammenarbeit zwischen Pflege und Sozialarbeit beziehungsweise eine Verknüpfung von Konzepten der Pflegeüberleitung mit den Tätigkeiten der Sozialdienste ist häufig mit Schwierigkeiten verbunden. Die Bezeichnungen der Konzepte zur Prozesssteuerung oder zum (multiprofessionellen) Entlassungsmanagement sind vielfältig. Da bei vielen Ansätzen in Kliniken unklar ist,

ob und wann es sich um Case Management handelt, schlägt *Ribbert-Elias* (2006, S. 140 f.) in Anlehnung an *Wissmann* (2003) unter anderem folgende Kriterien zur Unterscheidung vor:

▲ Es bedarf einer klaren Indikation (Problemkomplexität, hohe Akteursdichte) für die Aufnahme eines Patienten in ein Case Managementprogramm.

▲ Der Case Managementregelkreis wird vollständig umgesetzt.

▲ Gewährleistung von Kontinuität in der Fallintervention und -verantwortung.

Umsetzung von Case Managementansätzen in Deutschland

Zur Umsetzung von Case Managementprogrammen in deutschen Krankenhäusern existieren theoretische Ausführungen und lediglich vereinzelte Erfahrungsberichte, in denen Aufgaben und Umsetzung beschrieben werden (*Ewers* 2005, *Richarz; Kircher* 2004, *Thomas u. a.* 2003, *Pape u. a.* 2006, *Dangel* 2004, *Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V.* 2004). Einige Krankenhäuser implementieren eine administrative Fallsteuerung im Sinne eines Inanspruchnahme-Managements sowie einer internen Fallsteuerung. Andere Programme fokussieren sich auf die Überleitung in die poststationäre Versorgung. Insgesamt zeigt sich eine große Vielfalt an Erscheinungsformen von Case Managementansätzen wie etwa das Entlassungsmanagement, die Überleitungspflege oder die Patientenbegleitung.

Es ist zu beobachten, dass die Implementierung von Case Managementansätzen im Krankenhaus mit erheblichen Hürden einhergeht. Die klassische Dreiteilung in einen medizinischen, einen pflegerischen und einen Verwaltungsbereich mit jeweiligen Direktoren sowie die unterschiedlichen Hierarchieebenen von Abteilungen und Funktionsbereichen erweist sich für eine multiprofessionelle Zusammenarbeit und patientenbezogene Prozesssteuerung als nachteilig. Es ist viel Zeit und Geduld notwendig, um die alten Strukturen und berufsspezifischen Denkweisen zu verändern, damit eine patientenzentrierte Versorgung aufgebaut werden kann. Folgende Beispiele zeigen die Umsetzung einiger Ansätze auf, die Programme sollen hier aber nicht bewertet werden.

Beispiele

Im städtischen Krankenhaus München Bogenhausen (KMB) werden mit dem Konzept Case Management die Ziele der Prozessoptimierung während des stationären Aufenthaltes und die Verbesserung der nachstationären Versorgung verfolgt. Im Rahmen einer kommunalen Förderung wurde im Krankenhaus eine Stabsstelle „Zentrales Case Management“ ein-

gesetzt, die der Pflegedirektion unterstellt ist. Das Case Management im KMB umfasst das Aufnahme- management, den stationären Aufenthalt, das Entlassungsmanagement sowie eine poststationäre Betreuung (Richarz; Kircher 2004). Zusätzlich wurden in einem Projekt in einer fachspezifischen internistischen Abteilung mit dem Schwerpunkt Diabetes, Endokrinologie und Angiologie für die wichtigsten zehn DRGs klinische Pfade mit einem pflegerischen Case Management entwickelt, um die Prozessabläufe in der Patientenversorgung zu optimieren (Krusch u. a. 2006, www.kmb.de). In dem Krankenhaus München Neuperlach (KMN) wurde ebenfalls im Zusammenhang mit den Projekten „Koordinierte Entlassung“ (KE) und einem Patienteninformationszentrum (PIN) ein Pflege-Case-Management eingeführt, das sich als sektorenübergreifendes Fallmanagement versteht. Für einen begrenzten Zeitraum übernimmt das Case Management die gezielte Überleitung in die häusliche Versorgung (Thomas u. a. 2003). Die poststationäre Betreuung wurde nach einer Modellphase nicht weitergeführt.

Das Kölner Case Managementmodell (KCM) wird seit Anfang des Jahres 2005 im Klinikum der Universität zu Köln umgesetzt. Das Case Management ist als Stabsstelle dem Pflegedirektorat unterstellt. Die Pflege-Case-Manager und -Managerinnen begleiten die Behandlungsverläufe von Patientinnen und Patienten unter den Aspekten der Qualitätssicherung und der Kostenkontrolle. Dabei werden primär interne Prozesse im Krankenhaus organisiert. Alle Patienten und Patientinnen durchlaufen ein Assessment, in dem Case Manager potenzielle Betroffene identifizieren und für diese nachfolgend einen Versorgungsplan erstellen. Die Überleitung in die poststationäre Versorgung erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaussozialdienst. Zukünftig ist der Aufbau eines externen Netzwerkes geplant (Pape u. a. 2006).

Fazit und Ausblick

Die Krankenhäuser sind aufgrund der aktuellen Entwicklungen und Möglichkeiten zur Teilnahme an Disease Managementprogrammen und integrierten Versorgungsmodellen sowie der Einführung der DRG-basierten Fallpauschalen einem hohen Veränderungsdruck ausgesetzt. Sie befinden sich in einer Umbruchsituation, in der Case Management Perspektiven bietet. Derzeit erfolgt die Umsetzung (wie auch die Beispiele zeigen) eher auf der Organisations- und Fallebene. Für eine optimale Patientenversorgung ist es jedoch wichtig, sowohl einrichtungs- als auch sektorenübergreifend auf der Systemebene zusammenzuarbeiten.

Im Rahmen von integrierenden Versorgungsformen haben Krankenhäuser die Möglichkeit, nachsorgende oder komplementierende Versorgungsangebote als Gesamtversorger anzubieten. Denn der Aufbau eines Netzwerkes mit einem starken regionalen Bezug stellt, wie am Anfang dargelegt, eine wichtige Voraussetzung für eine optimale Versorgungsgestaltung auf der Fallebene im Rahmen von Case Management dar. Besteht ein solches Netzwerk, stellt sich die Frage, wie Programme systemintern positioniert werden, um eine Versorgungssteuerung zu übernehmen. Die Vernetzung mit vielen Agierenden der Versorgungskette birgt die Gefahr, dass die Gesamtprozesssteuerung komplizierter ist, da beispielsweise Kooperationsverträge mit mehreren Pflegestationen geschlossen werden müssen. Kleinere Netze mit wenigen Kooperationspartnern haben jedoch den Nachteil, dass die Wahlmöglichkeiten der Patienten und Patientinnen eingeschränkt sind. Darüber müssen vor Behandlungsbeginn die Kooperationspartner informieren und gegebenenfalls alternative Leistungserbringer zur Auswahl stellen.

Um unter dem wachsenden Druck Entlassungen zügig vorzunehmen, wird eine interne Prozesssteuerung künftig unerlässlich sein. Konzepte des Entlassungsmanagements und multiprofessionelle Behandlungspfade können hierbei zum Einsatz kommen. Für eine krankenshausinterne Prozesssteuerung ist somit eine Koordination zwischen Teilprozessverantwortlichen erforderlich. Zwar erweist es sich einerseits als vorteilhaft, dass die Fachkompetenzen verschiedener medizinischer und nicht medizinischer Berufe in einer Klinik „zusammenarbeiten“, jedoch findet eine produktive multidisziplinäre Teamarbeit in der Praxis nur selten statt. Als Lösung bieten sich multiprofessionelle Case Managementteams an. Als Stabsstellen, beispielsweise der Geschäftsführung ausgliedert, sind sie für die Entwicklung und Einführung von Konzepten zur internen Prozesssteuerung, Vernetzung mit externen Kooperationspartnern sowie insbesondere für die Betreuung von ausgewählten Case Managementpatienten zuständig.⁵ Eine enge Zusammenarbeit zwischen Case Managern und den Mitarbeitenden des Qualitätsmanagements erscheint zudem sinnvoll, um ein einheitliches Vorgehen zum Beispiel bei der Patientenaufnahme oder der Dokumentation zu erarbeiten. Abschließend bleibt zu betonen, dass neben einer Integration der „Case Management-Philosophie“ in die Organisationsstrukturen und -abläufe die Vernetzung auf der Systemebene erforderlich ist, damit Programme effektiv und effizient wirken können.

Anmerkungen

1 Die DRGs sind ein diagnosenbasiertes Klassifikationssystem. Neben der Hauptdiagnose werden Nebenerkrankungen, Komplikationen und Alter sowie Behandlungsart berücksichtigt. DRG-basierte Fallpauschalen bieten Anreize zu wirtschaftlichem Einsatz von Mitteln und zur Verkürzung der Verweildauer pro Fall.

2 Der Qualitätsverbund Netzwerk im Alter Pankow e.V. ist ein regionaler gemeinnütziger Verein mit 40 Mitgliedern und 68 Einrichtungen der stationären, teilstationären und ambulanten Pflege. Er will unter anderem Strukturen sowie verbindliche Verfahren zur Zusammenarbeit entwickeln. Derzeit wird die Umsetzung eines vernetzten Versorgungskonzeptes für Schlaganfall-Betroffene erprobt (vgl. www.qvnia.de)

3 Für eine differenzierte Darstellung von Konzepten der pflegerischen Entlassungsplanung siehe Dangel 2004.

4 Bezeichnungen für solche Instrumente sind vielfältig und werden oftmals synonym benutzt.

5 Weitere Anregungen siehe auch Schwaiberger 2002, S. 49 ff.

Literatur

Busse, R.; Riesberg, A.: Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland. Kopenhagen WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik. Berlin 2005

Dangel, B.: Pflegerische Entlassungsplanung. München 2004
Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.): Überleitung und Case Management in der Pflege. Hannover 2004

Ewers, M.: Krankenhausbasiertes Case Management als Baustein einer integrierten Versorgung. In: Badura, B.; Iseringhausen, O. (Hrsg.): Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation. Bern 2005, S. 156-167

Krusch, A. u. a.: Clinical Pathways und Case Management als DRG-Managementinstrument. Bericht über ein Pilotprojekt am Klinikum München Bogenhausen. In: Das Krankenhaus 2/2006, S. 124-128

Mennemann, H.: Case Management – vernetztes Arbeiten in der gesetzlichen Betreuung. In: Case Management 1/2005

Pape, R. u. a.: Das Kölner Case Management Modell (KCM) am Klinikum der Universität zu Köln. In: Case Management 1/2006, S. 31-34

Pfaff, H. u. a.: Integrierte Versorgungsformen aus stationärer Perspektive. In: Badura, B.; Iseringhausen, O. (Hrsg.): Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation. Bern 2005, S. 99-115

Ribbert-Elias, J.: Case Management im Krankenhaus: Voraussetzungen – Anforderungen – Implementierung. In: Wendt, W. R.; Löcherbach, P. (Hrsg.): Case Management in der Entwicklung. Heidelberg 2006, S. 135-154

Richarz, C.; Kircher, M.: Case Management – Konzeption und Implementierung im Krankenhaus München-Bogenhausen. In: Hellmann, W.: Handbuch Integrierte Versorgung. Landsberg 2004, Loseblattsammlung, 1. Ergänzungslieferung 12/04

Schneider, R.: Überleitungsmanagement. In: Bühler, E. (Hrsg.): Überleitungsmanagement und Integrierte Versorgung. Stuttgart 2006

Schwaiberger, M.: Case Management im Krankenhaus. Melzburg 2002

Thomas, B. u. a.: Zwei Ansätze für Case-Management. In: Pflege Aktuell 9/2003, S. 462-465

Wissmann, P.: Case Management. In: Zippel, Ch.; Kraus, S. (Hrsg.): Soziale Arbeit mit alten Menschen. Berlin 2003, S. 121-136

Case Management in der Kinder- und Jugendhilfe

Vertrauen ist gut,
Kontrolle ist besser

Andreas Hampe-Grosser

Zusammenfassung

Der tragische Tod des zweijährigen *Kevin* in Bremen im Jahr 2006 hatte nicht nur die bundesdeutsche Jugendhilfe verunsichert, sondern auch den Handlungsansatz des Case Managements in den Mittelpunkt der Kritik gestellt. Im folgenden Beitrag soll der Versuch unternommen werden, kritische Merkmale und Erfahrungen bei der Implementierung von Case Management in einem Feld der Jugendhilfe zu beschreiben, welches in der Regel nicht durch Freiwilligkeit gekennzeichnet ist: im Kinderschutz.

Abstract

The tragic death of two-year-old *Kevin* in Bremen has not only caused upset within the field of German youth services, but has also led to severe criticism of the case management approach of action. The following article is aimed at describing critical features and experiences in implementing case management in a field of youth services which is usually characterized by voluntary nature: child protection.

Schlüsselwörter

Jugendhilfe – Case Management – Kinderschutz – Jugendamt – Kontrolle – Praxis

Einleitung

Am 18. April 2007 wurde der „Bericht des Untersuchungsausschusses zur Aufklärung von mutmaßlichen Vernachlässigungen der Amtsvormundschaft und Kindeswohlsicherung durch das Amt für Soziale Dienste“ als Drucksache 16/1381 der Bremischen Bürgerschaft veröffentlicht. Sechs Monate zuvor wurde die Leiche des zweijährigen *Kevin K.* in der Wohnung seines Vaters aufgefunden (*Bericht* 2007, S. 15). „Für den Bereich des Ambulanten Sozialdienstes Junge Menschen des Amtes für Soziale Dienste wurde der Handlungsansatz des Casemanagement eingeführt“ (*ebd.*, S. 36).

Case Management hält auch in der Jugendhilfe Einzug. Es ist beeindruckend, in welchen Arbeitsfeldern der Jugendhilfe Case Managementprinzipien eingeführt werden. Jugendberufshilfe (Kompetenzagenturen), Jugendmigrationsdienste, Hilfen zur Erziehung, Eingliederungshilfen, Arbeit mit Süchtigen und viele weitere Bereiche weisen Beispiele erfolgreicher Implementierung von Case Management auf. Ja,

sogar die bundesweite Einführung der Sozialraumorientierung lässt sich als strukturelle Realisierung des Case Managements in der Jugendhilfe verstehen (natürlich wird diese Formulierung den in der Gemeinwesenarbeit liegenden Wurzeln nicht gerecht). Case Management schreibt insbesondere dann eine Erfolgsgeschichte, wenn sich die Klientel freiwillig beraten lässt, engagiert mitarbeitet und wohlgeformte Ziele herausgearbeitet werden können. Jugendhilfe ist aber unzweifelhaft mit dem sogenannten Doppelmandat von Hilfe und Kontrolle versehen. In der Gewährleistung des Kinderschutzes zeigen sich, wie kaum sonst, die Grenzen des gut implementierten Case Managements auf. Nur allzu oft müssen über Soziale Dienste und/oder Familiengerichte Zwangskontexte konstruiert werden, die keine Freiwilligkeit und Selbstaktivierung voraussetzen können. Deshalb fokussiert dieser Beitrag die Bedingungen, die eine Einführung von Case Management erschweren und beschreibt kritische Merkmale, um aus diesen lernen zu können.

„Ein qualifiziertes Case Management setzt eine ausreichende Schulung und Fortbildung voraus. Dies gilt sowohl für die Arbeitsweise, als auch im Hinblick auf die hohen fachlichen Anforderungen, die an einen in allen Fragen des Kindeswohls alleinverantwortlichen Mitarbeiter zu stellen sind. Dies betrifft zum Beispiel eine hinreichende Qualifikation, um Verdachtsmomente für körperliche und psychische Gewalt sowie sexuellen Missbrauch zu erkennen und damit fachlich angemessen umzugehen“ (ebd., S. 227). Case Management und Kinderschutz stellen unter allen Anwendungsfeldern ein Politikum dar, denn man kann sich nicht darauf ausruhen, wenn die Klienten (in der Regel Eltern) ihre selbst gewählten Ziele erreichen möchten (oder nicht). Oftmals lassen sich vermeintliche Verdachtsmomente der Kindeswohlgefährdung von den fallmanagenden Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen nur schwer aushalten, werden in das private Leben mit hineingetragen und führen mitunter zu einer strafrechtlichen Relevanz: Unternimmt man nichts, kann dies fatal sein, genauso wie allzu frühzeitig zu agieren. Besonders brisant werden Kinderschutzfälle dann, wenn in Hochrisikofamilien Hilfen zur Erziehung eingesetzt werden müssen, für die schlichtweg nicht genügend finanzielle Mittel im Haushalt zur Verfügung stehen. Hier treffen Effektivitäts- und Effizienzansätze auf einen denkbar unsicheren Nährboden.

Kinderschutz gibt es nicht zum Nulltarif

Ein weiteres, organisationsdynamisches Drama kommt hinzu: „In vielen (Bremer) Sozialzentren wird der Handlungsansatz des Case Managements

... nicht oder jedenfalls nur halbherzig umgesetzt.“ Viele der mit dieser Arbeitsweise betrauten Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen stehen ihr kritisch bis ablehnend gegenüber (ebd., S. 224). Vielerorts scheinen innovative Methoden als Retter in der Not verstanden zu werden, um zweierlei zu erreichen: einerseits die Institution methodisch rundzuerneuern, andererseits knapper werdende finanzielle Ressourcen besser einsetzen zu können.

So wird beispielsweise in Berlin Sozialraumorientierung über ein Top-Down-Verfahren als Handlungsmaxime in der Jugendhilfe eingeführt. Das Risiko, dass Sozialraumorientierung nicht oder nur halbherzig umgesetzt wird, ist in Berlin genauso hoch wie die beschriebene Einführung von Case Management in Bremen. Dabei sind die Leitideen der Sozialraumorientierung äußerst hilfreich, lösungsorientiert und partizipierend. Implementierungsrisiken bei der Einführung von Case Management oder der Sozialraumorientierung im Jugendhilfekontext sind weniger der Ansatz, die Philosophie oder das Verfahren an sich. Effizienzgeleitete Top-Down-Verfahren in der öffentlichen Jugendhilfe, insbesondere im Bereich des Kinderschutzes, führen vielmehr zu einer Schieflage zwischen Planenden und Praktikern. Eine Win-Win-Situation wird oftmals nicht erreicht. Dabei hat es keine Bedeutung, welcher Inhalt transportiert wird. Kinderschutz, bereits bestehende Handlungsmaxime in der Jugendhilfe, hat qua Gesetz Priorität, muss somit im Prozess der Implementierung einen besonderen Stellenwert erfahren. Dies bedeutet für Case Managementfortbildende (übrigens auch für Fortbildende in der Sozialraumorientierung) keine bloße Vermittlung akademischen Wissens, sondern die Anerkennung dessen, was bereits geleistet wird, und die gemeinsame Einpassung eines Verfahrens, das in einer den Kinderschutz sichernden Handlungsdominanz akzeptiert wird.

Veränderungsbereitschaft

Wer Veränderungsbereitschaft von der Praxis bekommen möchte, muss auch bereit sein, diese in Bezug auf die eigenen Konzepte zu geben (siehe Kleve 2007). Case Management im Kontext des Kinderschutzes muss auf zwei Feldern sicher wandeln: Zum einen auf dem Feld der Freiwilligkeit (Leistungsbereich), zum anderen auf dem Feld der Unfreiwilligkeit (Gefährdungsbereich). Wissenschaftliche Abhandlungen einschlägiger Case Managementfachleute oder der Berufsverbände bieten hier wenig an. Für die Case Managementimplementierung in Arbeitsfeldern der Jugendhilfe ist die Verführung allzu groß, sich auf Bereiche der *Hilfe* zu konzentrieren, beispielsweise Software für Case Managende

zu Hilfeplanverfahren und Netzwerkerfassung zu entwickeln und dabei andere Bereiche der Jugendhilfe, nämlich die *Kontrolle*, auszublenden. So ist es nicht verwunderlich, dass der Bremer Todesfall „Kevin“ das Ausmaß der Zerbrechlichkeit neuerer Empowermentansätze im Bereich der Jugendhilfe offenbarte, und ein Schrecken durch die bundesdeutschen Jugendämter ging. Mehrere Bundesländer führten unmittelbar umfangreiche Arbeitshilfen zur Einschätzung von Kindeswohlgefährdung in ihren Berufsalltag ein. Diese jedoch nicht, um ein Case Managementassessment zu spezifizieren, sondern vielmehr, um nicht an den bundesweiten Pranger gestellt zu werden, vielleicht auch vom Glauben geleitet, Kindesmisshandlung ließe sich verhindern. Und ganz allmählich schimmerte an allen Fassaden bundesdeutscher Jugendämter die alte Inschrift wieder durch, die in vielen Versuchen der vergangenen Jahrzehnte verbannt werden sollte: *Fürsorge*.

Case Management im Bereich von Kinderschutz verfolgt nicht die Maxime „Wie kann ich Ihnen helfen, dass Sie Ihre Ziele erreichen?“. Im Kontext des Kinderschutzes wollen Eltern oftmals nicht mitarbeiten, wollen kein Case Management in Anspruch nehmen, wollen keine Kunden sein, wollen sich nicht verändern. Lässt Case Management diese Positionen methodisch zu? Oder akzeptiert Case Management in der Jugendhilfe die elterliche Autonomie, frei nach dem Motto „Der Klaps auf den Hintern hat mir nicht geschadet und schadet deshalb auch nicht meinem Kinde“? Mitnichten. Anwendungsmöglichkeiten des Case Managements im Bereich des Kinderschutzes sind längst ausführlich im Kontext der systemischen Beratung und Therapie beschrieben (Hampe-Grosser 2006, S. 149 ff.) und bedeuten als Maxime die Auflösung von Zwang.

Wie kann ich Ihnen helfen, dass Sie mich wieder loswerden (Conen 1996, 1999, 2002)? Besteht bei der Implementierung von Case Management in einer Organisation der Bedarf, dass sich Planende und Fachleute der Praxis auf Augenhöhe begegnen, so gilt dies für die im Kinderschutz tätigen Praktikerinnen und Praktiker im Kontakt zum Klienten, zur Klientin ebenso. Transparenz, Win-Win-Situation, Ernsthaftigkeit und Verbindlichkeit stellen maßgebliche Elemente einer gelingenden Kooperation dar. Nichts kann demütigender sein als in einer schwachen Ausgangslage das Gefühl zu haben, kolonialisiert oder missioniert zu werden. Dem Case Management obliegt hier eine respektvolle Prozessverantwortung. Viele Eltern lieben ihre Kinder und entwickeln unter jugendamtlichem Druck die Einsicht, ihr Leben anders gestalten zu müssen.

Dennoch: Einsicht allein reicht nicht für Veränderung aus. Implementierungsprozesse von Case Management in der Jugendhilfe unterliegen häufig auch dieser Negation. Allzu schnell werden Hilfeplanformulare weiterentwickelt, um auf der Fallebene alle Schritte umfangreich bedienen zu können: Falleinschätzung mit Risikobögen, Planung durch Checklisten und Zielvereinbarungen, Hilfeprozesse, die mit Hilfekonferenzen bestückt werden, und schließlich Wirksamkeitsstudien. Viele Anwendungen des Case Managements befassen sich mit der Fallebene, wenige mit der Strukturebene.

Wasch mich, aber mach mich nicht nass!

Das ist möglicherweise eine bewährte strategische Haltung, um Veränderungsprozesse in Organisationen begegnen und überdauern zu können, sich strukturell also gerade nicht zu verändern. Dies wirkt sich übrigens besonders auf Fort- und Weiterbildungen im Bereich des Case Managements aus. Allzu einfach lässt sich dieses Verfahren in der Jugendhilfe auf eine besondere supervisorische Methode reduzieren, um im Fall strukturierter voranzugehen. In der Arbeit mit Hochrisikofamilien zeigt sich strukturell ein zusätzliches Phänomen: Multiproblemfamilien führen zu einer Multi-Fachkräfte-Anbindung (McCarthy; Salamon 2001, Imber-Black 1994, S. 92).

Untersucht man die beteiligten Fachkräfte auf ihre Anbindung im Hilfenetz, so zeigt sich, dass eine Steuerung in der Regel nicht möglich ist. Die Kontexte der einzelnen Professionen sind vielfach und autonom. Beinahe ließe sich von Parallelgesellschaften im Hilfeverbund sprechen. Die Steuerung des Hilfenetzwerkes scheint aussichtslos – und wer im Verbund könnte auch von sich behaupten, die Option des Steuernden von den anderen Beteiligten erhalten zu haben? Diese Steuerung wird zwar im Rahmen der Hilfeplanung nach § 36 Sozialgesetzbuch VIII als originäre Aufgabe des Jugendamtes beschrieben, stößt aber in der Kooperation mit beteiligten Arbeitsbereichen schnell an Grenzen. Darf es ein bisschen weniger Lehrerin (Schulbehörde) sein? Vielleicht ein bisschen mehr therapeutische Unterstützung (Sozialversicherungsträger)? Bei der Sicherung des Kinderschutzes hat immer das Amt für Soziale Dienste den Hut auf (staatliches Wächteramt). Es wäre also schlussfolgernd, wenn beteiligte Fachdienste ihre professionellen Beiträge zur Stabilisierung von Hochrisikofamilien den Steuerungsschritten der Kinderschutzfachkräfte – strukturell gesehen – unterordnen würden und somit gesichert wäre, dass es auf dem Schiff nur einen Kapitän gibt.

Viele Köche verderben den Brei

Strukturell betrachtet offenbart sich auch in der Jugendhilfe das Dilemma der Trägerfinanzierung. Freie Träger werden nach Kostenleistungssätzen finanziert. Sie müssen eine hohe Auslastung erreichen und diese halten, um wirtschaftlich abgesichert planen zu können. Fachdiskurse um die Einführung von Trägerbudgets weisen zwar in eine neue Richtung, kommen jedoch oft über Argumentationsketten, warum dessen Einführung nicht möglich ist, nicht hinaus. Wie aber soll das Hilfeparadoxon, die Bindung von Familien an das Hilfesystem, strukturell aufgelöst werden? Die Flexibilisierung von Hilfen zur Erziehung ist ein guter Schritt. Flexibilisiert wird aber vor allem das Portfolio des Trägers. Dadurch ändert sich jedoch nicht das im Grundsatz bestehende Hilfeparadoxon. Soll also Case Management in der Jugendhilfe eingeführt werden, insbesondere in der Arbeit des Kinderschutzes, müssen zwei Aspekte in Einklang gebracht werden: Zum einen darf die Sicherung des Kindeswohls nicht durch finanzielle Haushaltsengpässe gefährdet werden, zum anderen müssen die Kooperationsträger Planungssicherheit haben, um hochwirksame, flexible Krisenangebote vorhalten zu können. Die Einführung von Case Management im Arbeitsfeld des Kinderschutzes geht somit mit einer Doppelbotschaft einher.

Es geht nicht mit dir und auch nicht ohne dich!

Case Management und Kinderschutz führen zu einer schier unauflösbaren Ambivalenz: akute Kindeswohlgefährdung bindet Fachkräfte. Die Fachkräfte müssen alles tun, die Kostenentwicklung gering zu halten, um Kinder nicht zu gefährden, werden es aber niemals schaffen. Wer mit einem Bein im Gefängnis steht, ist sich selbst näher als der Methode. Dramatische Kindeswohlgefährdungen sollten immer hinsichtlich der Fallebene (Fallbearbeitung des Einzelnen) und der Strukturebene (Zusammenarbeit von Professionellen) untersucht werden. In Haftung werden aber Einzelne und nicht Strukturen genommen. Strukturen bedingen also Aufstieg und Fall Einzelner. Kinderschutz ist eine der belastendsten Arbeitsfelder in der Sozialen Arbeit. Implementierung von Case Management trifft im Kontext der Gewährleistung von Kinderschutz bereits auf hochstrukturierte Arbeitsweisen. Von daher passen Case Management und Kinderschutz im Grunde gut zu einander. Bestimmte Rahmenbedingungen würden die Einführung oder Weiterentwicklung des Case Managements in diesem Feld der Jugendhilfe begünstigen:

▲ Politik erkennt den Kinderschutz als zentrale gesellschaftliche Daueraufgabe an.

▲ Kinderschutz darf keiner wirtschaftlichen Einschränkung unterliegen.

▲ Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter der Ämter für Soziale Dienste sollten eine gesellschaftliche Aufwertung erhalten.

▲ Den sozialpädagogischen Fachkräften aus den Ämtern für Soziale Dienste wird die Steuerungshoheit auch in Bezug auf andere Professionen übertragen (analog zum sogenannten Hausarztmodell).

▲ Freie Träger, die mit Ämtern für Soziale Dienste kooperieren, sollten Trägerbudgets erhalten (analog zur fallpauschalisierten Entgeltvereinbarung in den Krankenhäusern).

▲ Für die Fachkräfte der Ämter für Soziale Dienste müssen spezielle Fort- und Weiterbildungen für die Arbeit mit unmotivierter Klientel konzipiert und angeboten werden (De-Triangulationskonzepte, Conen 1999, Hampe-Grosser 2006).

▲ Case Management und Sozialraumorientierung sollten zu flächendeckenden, langjährigen Handlungsmaximen deutscher Jugendhilfe weiterentwickelt werden.

Literatur

Bericht des Untersuchungsausschusses zur Aufklärung von mutmaßlichen Vernachlässigungen der Amtsvormundschaft und Kindeswohlsicherung durch das Amt für Soziale Dienste. Drucksache 16/1381 der Bremischen Bürgerschaft. Bremen 2007

Conen, Marie-Luise: Wie können wir Ihnen helfen, uns wieder loszuwerden? In: Zeitschrift für systemische Therapie 3/1996, S. 178-185

Conen, Marie-Luise: Unfreiwilligkeit – ein Lösungsverhalten. In: Familiendynamik 3/1999, S. 282-297

Conen, Marie-Luise: Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden. Heidelberg 2002

Hampe-Grosser: Systemisches Case Management mit Multi-problemfamilien. In: Kleve, H. u. a.: Systemisches Case Management. Heidelberg 2006, S. 149-154

Imber-Black, Evan: Familien und größere Systeme. Heidelberg 1994

Kleve, Heiko: Auf gleicher Augenhöhe. Demnächst in: Sozialmagazin 2007

McCarthy, I.; Salamon, E.: Unveröffentlichtes Manuskript des Workshops vom 21. Januar 2001 im Context-Institut Berlin

Fallmanagement in der Beschäftigungsförderung

Edgar Kemp

Zusammenfassung

Mit der Einführung des Sozialgesetzbuches II im Jahr 2005 wurde ein Fallmanagement in der Beschäftigungsförderung eingeführt. Die Bundesagentur für Arbeit versucht das dazu entwickelte Fachkonzept auf den Bereich der Betreuung und Integration von Arbeitslosen mit multiplen Vermittlungshemmnissen anzuwenden. Da Fallmanagement bei den Trägern der Grundsicherung sehr verschieden verstanden und angewandt wird, plädiert der Autor für eine klare Definition und eine vorsichtige Einführung in Projekten für besondere Zielgruppen.

Abstract

Starting with the introduction of the Social Code II in 2005 case management has been implemented in employment promotion. The professional concept developed in return by the Federal Employment Service is aimed at application in the field of care and job placement of unemployed persons with multiple placing obstacles. As state welfare agencies differ widely with regard to their understanding of and practicing case management, the author pleads for a precise definition and gradual implementation of case management in projects with specific target groups.

Schlüsselwörter

Case Management – Arbeitsloser – Arbeitsförderung – Konzeption – Langzeitarbeitslosigkeit – Sozialgesetzbuch II

Gesetzlicher Hintergrund

Die Anwendung von Fallmanagement als Verfahren bei der Betreuung und Arbeitsintegration von Arbeitslosen soll nach dem Willen des Gesetzgebers seit Einführung des Sozialgesetzbuches (SGB) II zum 1. Januar 2005 flächendeckend zur Anwendung kommen. Die Begriffe Fallmanager/Fallmanagerin oder Fallmanagement kommen im Gesetz nicht vor, aber in der Gesetzesbegründung heißt es: „Zur schnellstmöglichen Überwindung der Hilfebedürftigkeit bedarf es einer maßgeschneiderten Ausrichtung der Eingliederungsleistungen auf den erwerbsfähigen Hilfebedürftigen. Kernelement der neuen Leistung soll deshalb das Fallmanagement sein. Im Rahmen des Fallmanagements wird die konkrete Bedarfslage erhoben; darauf aufbauend wird dann ein individuelles Angebot unter aktiver Mitarbeit des Hilfebedürftigen geplant und gesteuert“ (*Deutscher Bun-*

destag 2004). Mit dieser dünnen Vorgabe, die sich an dem anspruchsvollen Konzept des Case Managements orientiert, wurde ein Rahmen vorgegeben. Dieser musste zunächst inhaltlich gefüllt werden.

Das Fachkonzept

Seit Ende 2004 liegt ein Fachkonzept „Beschäftigungsorientiertes Fallmanagement“ vor, das von Mitarbeitenden der Bundesagentur für Arbeit, des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit, der Kommunen, der Wissenschaften und der Wohlfahrtsverbände erarbeitet wurde (*Bundesagentur für Arbeit* 2005). Es ist ein Referenzangebot an die unterschiedlichen Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende und gibt einen Überblick über wesentliche Prozessschritte und Standards des Fallmanagements. In diesem Fachkonzept wird die Anwendung des Fallmanagements grundsätzlich auf Personen begrenzt, die mindestens drei abgrenzbare, schwerwiegende Vermittlungshemmnisse aufweisen (zum Beispiel Suchterkrankung, Schulden, Wohnungslosigkeit), die in der Person oder Bedarfsgemeinschaft begründet liegen. In Ausnahmefällen können auch Neuzugänge aufgenommen werden, bei denen die Gefahr der Langzeitarbeitslosigkeit besteht.

Das Konzept geht von einer Dienstleistung aus einer Hand aus, das sozialintegrative, Leistung gewährenden, (berufs)beratenden und arbeitsvermittlerischen Tätigkeiten umfasst (*Holtzwardt; Bohrke-Petrovic* 2006, S. 78). Es beschreibt die Prozessschritte der Einzelfallarbeit: Aufnahme, Assessment, Eingliederungsvereinbarung und Integrationsplanung, Leistungssteuerung sowie Controlling und gibt Hinweise zur Entwicklung und Pflege von Netzwerken, sowie den notwendigen Anforderungen an die Personal- und Organisationsentwicklung. Das Konzept ist anspruchsvoll und zeigt die ganze Komplexität der fachgerechten Erbringung dieser Dienstleistung. Sein generalistischer Ansatz „Hilfen aus einer Hand“ ist angesichts der Vielfalt der Aufgaben und Rollen kaum zu realisieren. Die Kriterien für den Zugang (drei Vermittlungshemmnisse) erscheinen recht willkürlich. Ansonsten gibt es viele detaillierte und hilfreiche Hinweise und Anregungen für den Aufbau eines Fallmanagements.

Fallmanagement in der Praxis

In der Zwischenzeit haben sich sehr unterschiedliche Konzepte und Praktiken von Fallmanagement in den Arbeitsgemeinschaften (ARGen) von Bundesagentur und Kommunen und in den Optionskommunen etabliert. Sowohl die Frage „Wer kommt ins Fallmanagement?“ als auch die Frage „Welche Aufgaben hat das Fallmanagement?“ werden vor Ort sehr un-

terschiedlich beantwortet. Diese Vielfalt gibt zwar Raum für verschiedene Wege, erschwert aber eine Beurteilung mangels Vergleichbarkeit. Nach meinem Eindruck handelt es sich überwiegend um eine Form der Einzelfallhilfe bei hohen Fallzahlen von 75-300. Eine systematische, an den Bedarfen der Klientinnen und Klienten ausgerichtete Arbeitsweise in entwickelten Netzwerken ist selten möglich. Auch eine an dem Hauptziel Arbeitsmarktintegration ausgerichtete Orientierung ist angesichts unzureichender Vermittlungskapazitäten noch schwach entwickelt. Bis Ende 2008 soll eine umfangreiche Evaluation des Hartz-IV-Komplexes inklusive des Fallmanagements vorliegen, die dann hoffentlich etwas mehr Licht in den Dschungel der Praxis des Fallmanagements bringt. Es ist aber offensichtlich, dass das Fallmanagement in der Beschäftigungsförderung noch in den Kinderschuhen steckt und nur in Teilen oder in einzelnen Fällen angewandt wird. Wenn man den Anspruch des Fachkonzepts ernst nimmt, ein angewandtes Konzept zu sein, muss man konstatieren: Ein unvollständiges Case Management ist eigentlich kein Case Management.

Gründe für diese unbefriedigende Situation

Als Ergebnis meiner Beobachtungen und vieler Gespräche erscheinen mir folgende Punkte besonders gravierend zu sein:

▲ *Fehlende Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter:* Um Case Management flächendeckend im Bereich der Beschäftigungsförderung zur Anwendung zu bringen, fehlt es vor allem an ausgebildetem Personal. Viele Fallmanagerinnen und Fallmanager haben keine adäquate Ausbildung. Ihnen fehlt es oft sogar an beraterischen Basisqualifikationen (zum Beispiel aktiv zuhören, offene Fragen stellen). Arbeitslose werden nicht selten bevormundet und nach wie vor in Maßnahmen gesteckt, deren Sinnhaftigkeit oft mehr als fraglich ist. Qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter steigen schnell in Teamleitungsfunktionen auf und fehlen in der Basisarbeit.

▲ *Überforderung der Mitarbeitenden:* Fallmanagement in der Beschäftigungsförderung beinhaltet häufig auch die Leistungsgewährung und -kürzung und die Vermittlung in Arbeit. Dies sind Tätigkeiten, die beziehungsgefährdende Rollenkonflikte auslösen und darüber hinaus Fähigkeiten verlangen (etwa als Arbeitsvermittlerin), die bei Verwaltungsfachkräften oder Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern selten anzutreffen sind.

▲ *Fehlende Zeit:* Die Zeit, die bei Fallzahlen von 150 und mehr pro Klientin oder Klient zur Verfügung

steht, ist völlig unzureichend, um einen Fallmanagementprozess gestalten und eine förderliche Beziehung aufbauen zu können. In der Regel reicht die Zeit für ein Erstgespräch (45 bis 90 Minuten), um die Aufnahme und eine Ersteinschätzung durchzuführen. In einer zweiten Unterredung soll dann meist schon die vorgeschriebene Eingliederungsvereinbarung abgeschlossen werden. Auch die Umsetzung der Vereinbarungen und das Monitoring ist äußerst zeitaufwendig. Oft wird nur bei Krisen und Abbrüchen reagiert. Eine Kontaktpflege mit dem sozialen Umfeld der Arbeitslosen oder den Beratungs- und Lehrkräften aus Förderprojekten, beispielsweise in Form von Fallkonferenzen, ist selten.

▲ *Fehlende personelle Kontinuität:* Häufiger Personalwechsel, interne Umsetzungen und befristete Arbeitsverträge führen dazu, dass insbesondere bei den ARGen Hilfeempfängerinnen und -empfängern immer wieder neue Ansprechpersonen zugewiesen werden. Hilfe aus einer Hand und Verantwortung für den gesamten Prozess kommt dadurch nicht zustande.

▲ *Fehlende Verfahren und Kompetenzen:* Voraussetzung für die Erarbeitung von Zielen und detaillierten Hilfeplänen ist eine gründliche Erfassung der persönlichen Situation inklusive der Ressourcen und Bedarfe. Die dazu erforderlichen Assessmentverfahren sind zeitlich aufwendig und erfordern eine spezielle Qualifikation, vor allem wenn sie motivierend wirken sollen. Da Zeit und Qualifikation bei den Fallmanagerinnen und Fallmanagern meist fehlen, findet häufig nicht mehr als ein Interview statt, das mithilfe standardisierter Fragebögen vorbereitet wird. Dies muss dann als Grundlage für die Eingliederungsvereinbarung und die Hilfeplanung reichen.

▲ *Unzureichende Unterstützungsnetze:* Passende, qualitativ gute und zeitnahe Angebote sind eher selten. Im „Massengeschäft“ werden Maßnahmen bestückt, die wenig effizient sind. So wurden bisher durch den zentralen Einkauf von Maßnahmen über die Bundesagentur für Arbeit häufig qualitativ schlechte und die Arbeitslosen weiter demotivierende Maßnahmen vorgehalten. Notwendige Unterstützungsangebote fehlen oder stehen nicht zeitnah zur Verfügung. Lange Wartezeiten bei Beratungseinrichtungen und fehlende Budgets, um schnelle Hilfen zu organisieren, machen das Fördern schwierig.

▲ *Fehlende Kommunikation und Kooperation:* Die Zusammenarbeit zwischen dem Fallmanagement und den Fachkräften, die professionelle Hilfen leisten, sind unterentwickelt und nicht selten von Miss-

trauen und Konkurrenz geprägt. Nahezu alles hängt von dem persönlichen Engagement und Interesse Einzelner ab. Eine systematische Vernetzung oder ein regelmäßiger fachlicher Austausch sind auf der operativen Ebene die Ausnahme. Kommunikation findet organisationsübergreifend vorwiegend auf der Leitungsebene statt. Ein Kontakt zwischen den Mitarbeitenden der Auftraggeber und der Dienstleister ist sogar häufig nicht gewünscht.

▲ *Fehlende sachliche und finanzielle Ausstattung:* Die meisten Fallmanagerinnen und Fallmanager leiden unter einem erheblichen Verwaltungsaufwand. Die EDV ist der tägliche Feind und keine Erleichterung. Für viele notwendigen und sinnvollen Maßnahmen verfügen die Fallmanagerinnen und Fallmanager über kein Budget. Die räumlichen und technischen Gegebenheiten sind vielerorts nach wie vor unzureichend.

▲ *Geringes Verständnis auf Leitungsebene:* Viele Leitungskräfte der ARGEn und Optionskommunen haben nur eine vage Vorstellung von der Arbeit des Fallmanagements und stehen diesem kritisch gegenüber. Fallmanagement als Methode der Sozialarbeit in der Beschäftigungsförderung erscheint ihnen als ein kostenträchtiges, risikoreiches Unternehmen, das vielleicht sozialpolitisch opportun sein mag, aber ansonsten viel zu aufwendig ist.

Theorie und Praxis zusammenbringen

Bevor man ein Fallmanagementkonzept in der Beschäftigungsförderung flächendeckend ohne die notwendigen personellen und organisatorischen Voraussetzungen erprobt, sollte man einen Schritt zurückgehen: Case Management sollte zunächst in besonderen Projekten der ARGEn und Optionskommunen angewandt oder an Dritte vergeben werden, die über Erfahrungen und Kompetenzen in der Steuerung solcher Prozesse verfügen. Die Fachkräfte in diesen Projekten müssen eine anerkannte Ausbildung in Case Management nachweisen und in einer Organisation mit einem Qualitätssicherungssystem arbeiten.

Zielgruppen für diese Projekte wären Personen mit komplexem Hilfebedarf, die bereit sind, ihre Lebenssituation so zu verändern, dass sie innerhalb eines Jahres mit Unterstützung eine Arbeit finden können. Je nach politischer Vorgabe könnten zum Beispiel Jugendliche ohne Berufsausbildung, Alleinerziehende ohne Ausbildung oder Ältere mit Migrationshintergrund auf solche Projekte angesprochen werden. Die Teilnahme sollte auf dem Einverständnis der Klientinnen und Klienten beruhen. Es sollte ein be-

sonderer Anreiz sein, in diese Projekte aufgenommen zu werden. Für die Steuerung komplexer Fälle im Sinne eines Case Managements ist die Zuordnung von höchstens 20 bis 25 Personen zu einer Fachkraft sinnvoll. Zielgruppenerfahrene Arbeitsvermittelnde sollten in die Projekte einbezogen sein.

Daneben wäre eine Variante weiterzuentwickeln, wie sie in den meisten ARGEn und Optionskommunen praktiziert wird: eine Form der Beratung und Einzelfallsteuerung, die angesichts der Fallzahlen keine Bearbeitungstiefe haben kann und doch wichtige Unterstützungen leistet und vermittelt. Nicht nur der Unterscheidung wegen sollte man bei dieser Beratungsform eher von Integrationsfachkräften oder Integrationsberaterinnen und -beratern sprechen, die das Verfahren des Case Managements zwar kennen, es aber nur teilweise oder in einzelnen Fällen anwenden.

Literatur

Bundesagentur für Arbeit: Fachkonzept „Beschäftigungsorientiertes Fallmanagement im SGB II“. Nürnberg 2005

Deutscher Bundestag: Bundestagsdrucksache 15/1516, S. 54 (2004)

Holtzwardt, R.; Bohrke-Petrovic, S.: Fallmanagement in der Beschäftigungsförderung. In: Wendt; Löcherbach (Hrsg.): Case Management in der Entwicklung. München 2006, S. 71-91

Case Management der Berliner Koordinierungsstellen Rund ums Alter

Uta Reiberg

Zusammenfassung

Im Land Berlin existiert ein flächendeckendes Netz an Koordinierungsstellen Rund ums Alter, deren zentraler Handlungsansatz die Methode Case Management ist. Case Management zeigt sich heute in der beruflichen Praxis in konzeptionell und strukturell unterschiedlichen Varianten. Mit den Koordinierungsstellen ist es gelungen, Beratungseinrichtungen zu implementieren und zu etablieren, die sowohl auf der Fall- als auch auf der Systemebene verankert sind.

Abstract

The state of Berlin has built up an extensive network of coordination centres dealing with questions all around aging. Their central approach of action is the method of case management. In practice, case management today displays a number of variants that differ in conceptual as well as structural terms. Establishing coordination centres has been a successful measure in implementing and setting up advisory boards that take effect at both the case and system level.

Schlüsselwörter

Case Management – Praxis – Projektbeschreibung – Methode – Organisation – Altenhilfe

Einleitung

In der Bundesrepublik Deutschland hat die Methode Case Management vor 20 Jahren ihren Einzug gehalten. Mittlerweile wird Case Management in vielen Arbeitsfeldern und Disziplinen der sozialen, gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung angewandt. Feststellbar ist, dass die Altenhilfe und speziell der ambulante Sektor als eines der ersten Handlungsfelder bezeichnet werden kann, das die Methode als ein für sich wirkungsvolles Instrumentarium zum Aufbau klientenbezogener Hilfesysteme diagnostiziert hat. Dass die ambulante Altenhilfe bei der Etablierung von Case Management eine Vorreiterposition eingenommen hat, begründet sich aus verschiedenen strukturellen Notwendigkeiten:

▲ Das Dienstleistungssystem in der Altenhilfe zeichnet sich durch zunehmende Vielfaltigkeit in seiner Angebotsstruktur aus. Was auf der einen Seite zum Aufbau individueller Hilfe und Unterstützung wichtig und notwendig ist, bedeutet für den älteren, Hilfesuchenden Menschen Unübersichtlichkeit. Die Kom-

plexität und Segmentierung des Hilfesystems schafft einen Bedarf an Beratung, Koordination und Vermittlung im „Angebotsdschungel“. In dieser Funktion gilt es insbesondere zwei Aufgaben wahrzunehmen: Die Schaffung von Transparenz über die vielfältigen Angebots- und auch Finanzierungsmöglichkeiten und die Initiierung eines auf die Bedürfnisse und Problemlagen der Klientinnen und Klienten abgestimmten individuellen Hilfenetzes. Dabei soll es insbesondere darum gehen, das Handeln der einzelnen Akteure und Dienstleistenden zu einem gemeinsamen Ganzen, gerichtet auf das Erreichen der im Planungsprozess festgelegten Ziele, zu verknüpfen und vorhandene Grenzen zwischen Institutionen (Stichwort: Schnittstellenproblematik) zu überwinden.

▲ Sozialpolitisch wurde die Forderung der Stärkung des ambulanten Sektors erhoben und mit Handlungsleitlinien wie der Verhinderung ungewollter Unterbringung in stationären Pflegeeinrichtungen, der Neuausrichtung von der Defizit- zur Ressourcenorientierung und der Sicherstellung von Selbstständigkeit und Selbstbestimmung verbunden. Diese Forderung spiegelt sich in dem Wunsch vieler älterer Menschen wider, auch bei zunehmender Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in ihrer angestammten Häuslichkeit zu verbleiben. Forderungen nach einem Paradigmenwechsel in der Altenhilfe zur Installierung eines Alltags- und Versorgungsmanagements wurden laut, um ein klientenorientiertes Hilfesystem aufzubauen und zu koordinieren, welches alle Unterstützungsmöglichkeiten für eine möglichst selbstständige Lebensführung umfasst.

▲ Die demographische Entwicklung und die Abnahme familiärer Unterstützungspotenziale lassen einen Strukturwandel prognostizieren, der mit dem Aufbau und der intensiveren Unterstützung außerfamiliärer sozialer Netzwerke (Bekannte, Freunde, Nachbarn) einhergeht. Gleichzeitig zeichnen sich durch die zunehmende Singularisierung neue Handlungsfelder in der Altenhilfe ab.

Die Schaffung von Markttransparenz, die Wahrung des Rechtes auf Selbstbestimmung, die Stärkung des Verbraucherschutzes und der Aufbau individueller Hilfenetze gekoppelt mit ökonomischen Notwendigkeiten waren die Gründe, die Case Management in der Altenhilfe zum Einzug verholfen haben.

Koordinierungsstellen Rund ums Alter

Im April 1988 wurde die erste Koordinierungsstelle für ambulante Rehabilitation älterer Menschen (später Koordinierungsstelle Rund ums Alter) als Landes-

modellprojekt in den Berliner Bezirken Wilmersdorf und Zehlendorf eröffnet. Träger der Koordinierungsstelle war das Sozialwerk Berlin e.V., ein ausschließlich ehrenamtlich tätiger Verein im Bereich der Seniorenselbsthilfe. Das Modellprojekt „Ambulante soziale Rehabilitation für ältere Menschen“ wurde mit dem Ziel initiiert, zu untersuchen, ob es im Handlungsfeld der Sozialarbeit Interventionsmöglichkeiten gibt, mit denen es gelingt, von älteren Menschen nicht gewünschte Umzüge in Pflegeheime speziell in und nach gravierenden Krisensituationen abzuwenden oder zeitlich hinauszuzögern.

Zweck des Forschungsprojektes war der Nachweis der Effektivität von Case Management in der ambulanten Altenhilfe. Der Nachweis der Effizienz und Wirtschaftlichkeit von Case Management konnte durch das zweite Modellprojekt „Ergänzende Maßnahmen zur ambulanten Rehabilitation älterer Menschen“ erbracht werden, das ebenfalls unter der Trägerschaft des Sozialwerks Berlin von 1994 bis 1996 durchgeführt wurde. Die Finanzierung des Modellprojektes erfolgte über die Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin, die örtlichen Sozialhilfeträger und aus Sondermitteln der Senatsverwaltung für Soziales. Angesiedelt wurde das Modellvorhaben bei zwei Krankenhäusern, wobei die Arbeit der Case Managerinnen möglichst zeitnah zur Aufnahme in das Krankenhaus begann, aber nicht mit dem Entlassungstag endete, sondern bis zur Beendigung des Prozesses struktur- und systemübergreifend fortgeführt wurde.

Als Ergebnis des Modellprojektes ist festzuhalten, dass durch den Handlungsansatz des Case Managements

- ▲ bei Menschen mit einer Pflegeheimprognose Heimunterbringungen vermieden werden können,
- ▲ ein erheblicher Effekt auf die Drehtürproblematik (Wiedereinweisung in ein Krankenhaus) ausgeübt
- ▲ und die subjektive Befindlichkeit (Lebensqualität) gesichert beziehungsweise verbessert wird.

„Insgesamt zeigt die ökonomische Analyse, dass insbesondere die Träger der Sozialhilfe und die Pflegekassen an der Einrichtung von Beratungsstellen im Sinne des Unterstützungsmanagements/Case Managements Interesse haben sollten“ (Sauer; Wissert 1997, S. 81).

Bereits 1992 wurde im Geriatrie-Rahmenkonzept des Landes Berlin gefordert, auf bezirklicher Ebene Koordinierungsstellen einzurichten. 1999 konnte die flächendeckende Implementierung der Koordinierungsstellen Rund ums Alter abgeschlossen werden.

„Koordinierungsstellen wurden in Berlin mit der Zielsetzung eingerichtet, alte Menschen zu unterstützen, weiter oder wieder in der eigenen Wohnung zu leben und einen ungewollten Umzug in ein Heim zu vermeiden ... Als zentrale Leistungen werden hierzu Unterstützungsmanagement/Rehabilitationsplanung, die Beratung älterer Menschen und deren Angehörigen und die Beratung von Institutionen erwartet und erbracht“ (Abgeordnetenhaus von Berlin 1997, S. 3).

Während Case Management im bundesdeutschen Vergleich derzeit eher in Modellprojekten seinen Einzug fand oder nur in Teilen installiert wurde, findet sich im Land Berlin eine öffentlich geförderte Struktur, in der Case Management als Handlungskonzept regelhaft finanziert und vollständig implementiert ist. Die Koordinierungsstellen Rund ums Alter werden im Rahmen des Liga-Vertrages (Soziales) zur Förderung und Weiterentwicklung von Projekten der sozialen Versorgung unterstützt, der von der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales mit den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege geschlossen wurde.

Vergleicht man die heutige Praxis der Umsetzung der Methode Case Management im beruflichen Alltag, so lassen sich eine Vielzahl von Beispielen und Berufsfeldern aufführen, in denen der Versuch unternommen wurde, diesen Handlungsansatz zumindest in Teilbereichen zu implementieren. Ein Teil dieser Konzepte und Modellvorhaben zeichnet sich allerdings dadurch aus, dass sie sich zwar als Case Managementprojekt titulieren, die Methode aber nicht umsetzen, oder dass sie nur einzelne Grundsätze, Aspekte und Verfahrensschritte dieses Handlungsansatzes realisieren. Zur Schaffung eines Überblicks über die Case Managementvarianten schlägt Löcherbach (2003, S. 23) folgende Systematisierung vor:

Case Management
als „eyecatcher“

Case Management
als Ergänzung



Case Management
als Fallmanagement

Case Management
vollständige Implementierung

▲ Case Management als „eyecatcher“: „Bestehende Abläufe und Verfahren werden mehr oder weniger ungeprüft als Case Management bezeichnet, aufgrund der vermuteten inhaltlichen oder organisatorischen Nähe zum Handlungsansatz ...“ (Löcherbach 2003, S. 23).

▲ Case Management als Ergänzung: Die Methode Case Management wird nicht in ihrer Gesamtheit, sondern nur in einzelnen, separierten Verfahrensschritten angewandt. Das bedeutet, dass aus dem der Fallebene zugrunde liegenden Phasenmodell einzelne Schritte wie beispielsweise das Assessment oder die Hilfeplanung herausgelöst werden.

▲ Case Management als Fallmanagement: Der Handlungsansatz wird auf der Ebene des Einzelfalls vollständig umgesetzt. Die Systemebene bleibt aber komplett oder weitgehend unberücksichtigt.

▲ Case Management – vollständige Implementierung: Sowohl auf der System- wie auf der Fallebene erfolgt die Implementierung des Case Managements.

Bei der von *Löcherbach* beschriebenen ersten Variante besteht für den Handlungsansatz des Case Managements die Gefahr, dass man sich ausschließlich den Titel zueigen macht, ohne die Chancen und Wirkungen, die durch den Einsatz dieser Methode erreicht werden können, zu nutzen. Gleichzeitig wird hiermit eine begriffliche Unschärfe und Verfälschung in Kauf genommen, die den Grundgedanken und Zukunftsperspektiven des Case Managements entgegensteht.

Bei der Betrachtung der Verbreitung der vier Varianten des Case Managements lässt sich Folgendes resümieren: „Eine funktionale Verknüpfung von allen Dimensionen des Case Managements auf der Ebene der Systemsteuerung ... mit allen Dimensionen von Case Management auf der Ebene des Handelns im Einzelfall ... erfolgt allerdings noch selten“ (*Wendt* 2002, S. 15).

Eines dieser in der Praxis noch viel zu seltenen Beispiele, bei denen Case Management vollständig auf der Fall- und der Systemebene implementiert ist, sind die Berliner Koordinierungsstellen Rund ums Alter. Ihr Arbeiten auf beiden Ebenen soll im Folgenden näher betrachtet werden, wobei zunächst die Fallebene betrachtet wird.

Angebotsstruktur der Koordinierungsstellen

Die Koordinierungsstellen Rund ums Alter waren in ihrem Ursprung ausschließlich als Einrichtungen zur Durchführung von komplexen Case Managementprozessen mit dem Fokus auf die ambulante Rehabilitation älterer Menschen angelegt, wobei der Begriff Rehabilitation sehr weitreichend gefasst wurde und die soziale Rehabilitation einschloss. Im Laufe ihrer Entwicklung kam es zu einer Verbreiterung des Leistungsangebotes, wobei Case Management als zentraler Handlungsansatz in der Arbeit erhalten blieb. „Ein Spezifikum (der Koordinierungsstellen,

Anmerkung der Verfasserin) ist die Anwendung der Methode des ‚Case Managements‘, die den Zielen des SGB XI verpflichtet ist“ (*Senatsverwaltung* 2005, S. 64). Erweitert wurde die Angebotspalette der Koordinierungsstellen auf der Einzelfallebene um die Module Information/Auskunft und Beratung. Das Leistungsspektrum der Koordinierungsstellen umfasst neben diesen einzelfallbezogenen Aufgaben die Bereiche Vernetzung, Förderung von freiwilligem Engagement, Datenbank „Hilfelotse“, Öffentlichkeitsarbeit und Aus- und Fortbildung.

Ausgehend von der Leistungsbeschreibung der Berliner Koordinierungsstellen werden die einzelfallbezogenen Module folgendermaßen definiert:

▲ „Information/Auskunft beinhaltet die gezielte Wissensvermittlung bezogen auf eine konkrete Fragestellung, ohne auf detaillierte Angaben zur Problemlage und Lebenssituation der Ratsuchenden einzugehen.

▲ Beratung ist die problemzentrierte Interaktion zwischen Ratsuchenden und Beratern. Ziel ist es, Wissensrückstände aufzuarbeiten, Alternativen aufzuzeigen und Entscheidungshilfen zu geben. Die Beratung richtet sich an Personen, die teilweise oder vollständig Unterstützung bei der Problemlösung und der Organisation der Hilfe benötigen.

▲ Die Methode Case Management wird eingesetzt, wenn durch gesundheitliche oder soziale Krisen die häusliche Versorgung erheblich gefährdet ist und/oder Heimeinweisung droht. Sie ist notwendig, wenn eine komplexe Problemlage vorherrscht. Case Management erfolgt, wenn die Leistungsmodule Information und Beratung zur Behebung des Problems nicht ausreichen“ (*Arbeitsgemeinschaft* 2004, S. 7 ff.).

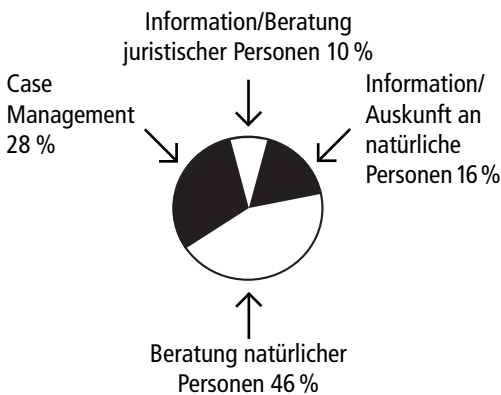
Grundidee der Erweiterung der Angebotsstruktur war die Schaffung einer zentralen Anlaufstelle, an die sich ältere Menschen und deren Angehörige in allen Problemlagen wenden können. Der Dienstleistungsvielfalt im Hilfesystem der Altenhilfe sollte nicht auch noch eine Beratungsstellenvielfalt gegenübergestellt werden mit jeweils einer Beratungsstelle für das komplexe Case Management, für die Beratung und Information und vielleicht noch für spezifische Zielgruppen. Dem Wunsch nach Transparenz und Übersichtlichkeit, nach einem zentralen Ansprechpartner, der sich für alle Bedarfs- und Bedürfnislagen der älteren Menschen zuständig fühlt, wurde somit in der Beratungsstellenstruktur Rechnung getragen.

Case Management auf der Fallebene

Der Handlungsansatz des Case Managements wird bei komplexen Problemlagen wie beispielsweise bei

Menschen mit Zustand nach Schlaganfall zur Organisation und Koordination einer umfassenden häuslichen Versorgung oder bei einer akuten Überforderung pflegender Angehöriger zur Implementierung vielfältiger Entlastungsmöglichkeiten angewandt. Einbezogen sind Themen wie die Planung und Organisation von Wohnungsanpassungsmaßnahmen und die Unterstützung von Menschen mit Migrationshintergrund beziehungsweise mit Demenz.

Im Jahr 2006 wurden von den Koordinierungsstellen Rund ums Alter 30 851 Klientinnen und Klienten informiert, beraten und unterstützt. Die in der Zeit- und Leistungserfassung der Koordinierungsstellen erfassten Zeitkontingente im Bereich der einzelfallbezogenen Arbeit ergaben in der Verteilung nach den spezifischen Leistungsarten folgende prozentuale Aufteilung:



28 Prozent der einzelfallbezogenen Arbeitszeit wurden für den Leistungskomplex „Case Management“ eingesetzt, wobei ergänzend hinzugefügt werden sollte, dass sich die Methode Case Management als zentraler Handlungsansatz durch fast alle Aufgabengebiete der Koordinierungsstellen einschließlich der Vernetzung zieht. In der Leistungserfassung wird nur dann eine Leistung als Case Management tituliert, wenn in komplexen Problemlagen alle Verfahrensschritte ihre Anwendung finden. Geschieht dieses nur in Teilaspekten, wird die Leistung der „Beratung“ zugeschrieben. Analysiert man die Arbeit mit der Methode Case Management im Einzelfall, so wird in den Koordinierungsstellen das Phasenmodell in seiner Gesamtheit angewandt. Das Case Management der Koordinierungsstellen umfasst die Verfahrensschritte Intake, Assessment, Hilfeplanung, Implementierung, Monitoring, Evaluation, Entpflichung.

Case Management kann nicht „vom Schreibtisch aus“ erfolgen. Grundsätze wie die Einbeziehung der Klientinnen und Klienten, die ganzheitliche Betrachtungsweise, umfassende Bedarfsanalysen und die

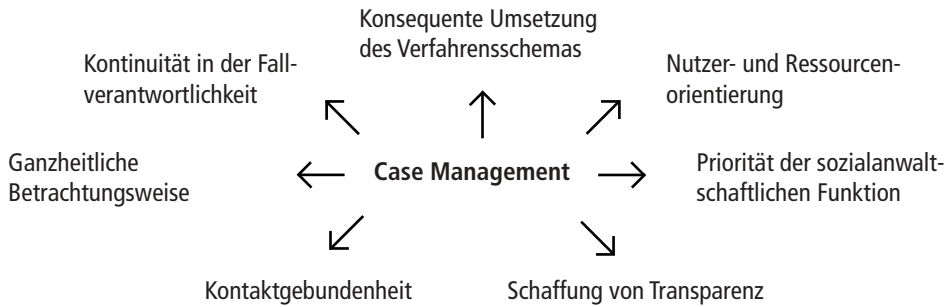
Sicherung der Hilfenetze erfordern Hausbesuche, die allein schon aus zeitlichen und ökonomischen Aspekten die Einrichtung derartiger Stellen auf begrenzte regionale Zuständigkeiten unumgänglich machen. Im Land Berlin existieren derzeit zwölf Koordinierungsstellen mit einer örtlichen Zuständigkeit für einen Bezirk. Die Beratungsstellen befinden sich in Trägerschaft von gemeinnützigen Vereinen und Verbänden, wobei fünf der neun Träger dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband und vier Träger dem Diakonischen Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz angehören. Die Jüdische Gemeinde verfügt über eine weitere Koordinierungsstelle als überregionales Angebot für ihre Gemeindemitglieder.

Die Koordinierungsstellen Rund ums Alter (ohne die Sonderregelung mit der Jüdischen Gemeinde) sind mit durchschnittlich 2,7 Personalstellen ausgestattet, wobei ein Großteil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Teilzeitmodellen arbeitet. Sie sind als Einrichtungen der Sozialarbeit/Sozialpädagogik konzipiert und werden durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Berufsfelder Verwaltung, Kranken- und Altenpflege, Physiotherapie und Handwerk ergänzt. Knapp 30 Prozent der Sozialarbeiterinnen/-pädagoginnen verfügen über eine Doppelqualifikation im pflegerischen oder medizinischen Bereich. Derzeit sind in den Koordinierungsstellen 34 Prozent der Sozialarbeiterinnen/-pädagoginnen nach den Richtlinien der DGS/DBSH/DBfK zertifizierte Case Managerinnen, wobei drei gleichzeitig als Ausbilderinnen anerkannt sind. Geplant ist, dass alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die beratend tätig sind, in der Methode Case Management zertifiziert werden.

Essentials des Case Managements

Case Management in den Koordinierungsstellen Rund ums Alter orientiert sich an Konzepten mit einer Priorität auf der sozialanwaltschaftlichen Funktion (advocacy-Funktion) und auf den Grundsätzen des Empowerments. Im Mittelpunkt dieses Ansatzes steht die Orientierung an den Interessen, Zielen und Bedürfnissen der Klientinnen und Klienten. In ihrer Arbeit verfolgen die Koordinierungsstellen miteinander abgestimmte Essentials, auf denen ihr Verständnis und ihr Case Managementkonzept basieren.

▲ *Konsequente Umsetzung des Verfahrensschemas:* Wie beschrieben, findet derzeit eine fast inflationäre Verwendung des Begriffes Case Management statt. Die Anwendung des Phasenschemas in seiner Gesamtheit angefangen vom Intake über das Assessment als umfassende Bedarfsanalyse, die Hilfepla-



nung mit ihren Elementen Zielformulierung, Festlegung der Maßnahmen, der Verantwortlichkeiten und des Zeitrahmens, die Implementierung, das Monitoring bis hin zur Evaluation und der sich anschließenden Entpflichtung ist als eines der zentralen Essentials des Case Managements zu betrachten.

▲ **Nutzer- und Ressourcenorientierung:** Das Postulat der Nutzerorientierung zielt darauf ab, Perspektiven, Wünsche und Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten stärker in den Mittelpunkt des Hilfeprozesses zu rücken. Damit sind auch die Grundsätze nach Selbstbestimmung und dem Recht auf Entscheidungsfreiheit verbunden, soweit dieses unter den gegebenen Bedingungen und rechtlichen Vorgaben möglich ist. Nutzerorientierung schließt die Motivation zur Übernahme von Eigenverantwortlichkeit durch die Klientinnen und Klienten, ihre aktive Beteiligung bei der Erreichung der vereinbarten Ziele und ihre Unterstützung und Mitarbeit im Rahmen der subjektiven Möglichkeiten mit ein. Dabei geht es insbesondere darum, den Blick auf vorhandene Ressourcen sowohl bei den Klientinnen und Klienten als auch in den sie unterstützenden informellen und formellen Hilfenetzen zu richten, um diese im Prozessverlauf zu aktivieren, zu stärken und auszubauen.

▲ **Priorität der sozialanwaltschaftlichen Funktion:** Die Methode Case Management findet ihre Anwendung in komplexen Problemlagen. Diese Problemlagen geben Rückschlüsse auf die Klientel, in der Regel Menschen in psychischen oder physischen Krisensituationen, oder die sich als Pflegende überfordert fühlen oder andere, die nicht in der Lage sind, sich für ihre Belange einzusetzen. „Die sozialanwaltschaftliche Funktion (advocacy-Funktion) hat für diejenigen Menschen Versorgungsgerechtigkeit herzustellen, die aufgrund kurzfristig-situativer, krankheitsbedingter, mittelfristiger oder langfristiger, biographischer Einschränkungen Teilbereiche

ihrer Kompetenz und Durchsetzungsfähigkeit eingeübt haben und darüber hinaus aufgrund struktureller oder gesellschaftspolitischer Machtlosigkeit ihre Interessen nicht durchsetzen können“ (Wissert 2001, S. 227). Dieser Funktion die Priorität zuzugestehen, bedeutet nicht, ökonomische Aspekte und Grundgedanken der Herstellung von Versorgungsgerechtigkeit und des effizienten Mitteleinsatzes unbeachtet zu lassen, drückt aber das Selbstverständnis solcher Projekte aus.

▲ **Schaffung von Transparenz:** Kooperation, Schaffung von vernetzten Strukturen und Nutzerorientierung setzen als eine ihrer zentralen Grundlagen Transparenz voraus. Aufgabe der Case Managerinnen und Manager ist es, diese Transparenz herzustellen, sowohl zur Klientel als auch zu allen am Hilfeprozess beteiligten Akteuren. Sie ist die Voraussetzung dafür, dass die Klientinnen und Klienten in ihrer Rolle als selbstbestimmte und eigenverantwortliche Personen ernstgenommen, Konkurrenzen zwischen den in den Hilfeprozess einbezogenen Dienstleistungsunternehmen abgebaut und Reibungsverluste vermieden werden.

▲ **Kontraktgebundenheit:** Nutzerorientierung, Eigenverantwortlichkeit und die Stärkung der Mitwirkungsbereitschaft hilfebedürftiger Menschen bedingen eine umfassende Dokumentation des Unterstützungsprozesses. Dies bedeutet auch, die in der Phase der Hilfeplanung und in dem aus ihr resultierenden Hilfeplan dokumentierten Zielvereinbarungen, Verantwortlichkeiten in der Aufgabenübernahme und festgelegten Maßnahmen in einem schriftlichen Kontrakt festzuhalten. Dieser zielt darauf ab, die Verbindlichkeit der getroffenen Vereinbarungen zu dokumentieren und zu manifestieren und Transparenz für die beteiligten Akteure zu erzeugen. Insbesondere bei der Kontraktgebundenheit besteht in der Praxis die Gefahr, dass die Vereinbarungen nicht vollständig umgesetzt werden. Als Argumente

werden oft mangelnde Zeitressourcen, individuelle Hemmnisse und Ängste seitens der Klientel genannt.

▲ **Ganzheitliche Betrachtungsweise:** „Zum grundsätzlichen Ansatz des individualisierten Managements in einem Versorgungsregime ist zu betonen, dass ‚case‘ hier nicht für den Menschen steht, sondern für eine problematische Situation, die es – im Ganzen und im Detail – zu bewältigen gilt“ (Wendt 2004, S. 48). Die Lösung und Bewältigung einer Problemsituation verlangt eine Betrachtung der gesamten Lebenslage des Menschen in allen seinen Lebensbereichen, angefangen vom Wohnen über die gesundheitliche Situation, die berufliche und finanzielle Lage bis hin zur Betrachtung der familiären Einbindung. Die ausschließliche Wahrnehmung von Einzelaspekten der Lebenssituation führt vielleicht zur Lösung eines spezifischen Problems, kann aber langfristigen Wirkungen entgegenstehen oder aber die Problemlösung in ihrer Gesamtheit verhindern.

▲ **Kontinuität in der Fallverantwortlichkeit:** Das Angebot der Unterstützung, der Begleitung mit dem Ansatz der zeitlichen Befristung bis zur vollständigen Einrichtung der vereinbarten Hilfeleistungen einschließlich der Überprüfung der Effektivität verlangt eine Fachkraft, eine Case Managerin oder einen Case Manager, die beziehungsweise der den gesamten Prozess begleitet und sich für den Prozessverlauf und seine Ergebnisse mitverantwortlich fühlt. Nur durch zentrale, kontinuierliche und systemübergreifende Ansprechpersonen können Versorgungsbrüche im System verhindert und Klarheit für die Klientinnen und Klienten geschaffen werden.

Die dargelegten Grundlagen und Grundsätze der Arbeit führen letztendlich zu Forderungen an die strukturellen Rahmenbedingungen und an die Organisationsstruktur, die bei der Implementierung von Case Managementprojekten zu beachten sind.

Grundlagen der Organisation

Im Case Management haben sich in den verschiedenen Handlungsfeldern des Sozial- und Gesundheitswesens und in der Beschäftigungsförderung unterschiedliche Varianten herauskristallisiert. Als Unterscheidungsmerkmale zeichnen sich die organisatorische Anbindung und Ausformung dieser Einheiten bezogen auf ihr Aufgabenprofil ab. „Neben den Case-Management-Varianten, die auf Grund ihrer Finanzierung und ihrer organisatorischen Regelungen stark an ökonomischen Interessen der jeweiligen Anbieter von Gesundheits- und Sozialdienstleistungen ausgerichtet sind (z.B. Krankenkassen, Versicherungen oder in Krankenhäusern für die

zukünftige Erreichung der ‚DRG‘-Ziele), wird Case Management auch von Stellen angeboten, die sich als ‚unabhängig‘ oder ‚neutral‘ bezeichnen. Unabhängig und neutral sind sie insofern, als sie organisatorisch und hinsichtlich der Trägerstruktur von den Finanzierungsträgern sozialer und gesundheitlicher Leistungen entkoppelt und auch nicht direkt in der Steuerung, Gewährung und Zuteilung materieller Ressourcen involviert werden“ (Wissert 2005, S. 221 f.).

Die Koordinierungsstellen rund ums Alter haben sich in ihrer Anbindung und in ihrer Arbeitsweise zur Unabhängigkeit gegenüber Kostenträgern und Neutralität gegenüber Leistungserbringern verpflichtet (Arbeitsgemeinschaft 2005, S. 4). Trägerneutralität und Unabhängigkeit in der Fallführung und in der Entscheidungskompetenz werden als Voraussetzung angesehen, um den Handlungsansatz des Case Managements, ausgehend von dem Essential der Nutzerorientierung und dem Primat der sozialanwaltlichen Funktion, primär an den Bedürfnissen und Interessen der Klientinnen und Klienten auszurichten. Dabei spielt auch das Selbstbestimmungsrecht und die Realisierung des Verbraucherschutzes eine zentrale Rolle. Natürlich ist die Beachtung des sozial- und gesundheitspolitischen Auftrags und der mit der Arbeit verbundenen Grundsätze und Richtlinien mit eingeschlossen.

Case Management hat sich zur Aufgabe gemacht, informelle und formelle Hilfenetze aufzubauen, diese kundenorientiert zu einem optimalen Ganzen zu verbinden, das Leistungsgeschehen zu koordinieren und unter den Gesichtspunkten der Effektivität und Effizienz zielgerichtet aufzubauen. In der Wahrnehmung ihrer Aufgaben sind Case Managerinnen und Manager mit Konkurrenzen und Abgrenzungstendenzen zwischen den Akteuren des Hilfesystems, den Dienstleistungsanbietenden, Kostenträgern, aber auch einzelnen Prozessbeteiligten wie Nachbarn oder Familienangehörigen konfrontiert. Neutralität schafft für die Koordinierungsstellen die Basis dafür, ihre Funktion im Case Managementprozess insbesondere in den konfliktträchtigen Phasen des Monitorings und der Evaluation adäquat wahrnehmen zu können. Gleichzeitig ist sie die Voraussetzung, um in der Rolle als Case Managerin oder Case Manager ernstgenommen und anerkannt zu werden.

Den Fachkräften obliegt die Aufgabe, den hilfebedürftigen Menschen einen Zugang zum Hilfesystem zu ermöglichen, sie umfassend über die Möglichkeiten von Unterstützung zu beraten und die notwendigen Hilfen zu organisieren. Die Funktion basiert auf dem Vertrauen zwischen den Klientinnen und

Klienten und den Case Managenden, dass diese im Sinne ihrer Klientel das Optimale erreichen. Case Managementprojekte, die an Kostenträger oder Leistungserbringer angegliedert sind, können mit Ablehnung oder Skepsis konfrontiert werden, da ihnen unterstellt wird, in ihrem Handeln eher den Träger- als den Klienteninteressen zu folgen.

Bei der Implementierung von Case Managementstrukturen sind Rahmenbedingungen zu schaffen, die es den Projekten ermöglichen, ihrem Auftrag gemäß zu handeln und die zugrunde liegenden Ziele verfolgen zu können. „Bei der Erprobung neuer Konzepte durch Projekte werden häufig die strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen nicht gebührend beachtet. Neben der Analyse des strukturellen Bedarfs sind in der Planungsphase vor allem die Auswahl des Trägers, die Gestaltung des Informationstransfers zu den künftigen Kooperationspartnern und die sorgfältige Auswahl des Teams bedeutsam“ (Reiberg u.a. 1998, S. 6).

An dieser Stelle soll aber auch die Kehrseite der Unabhängigkeit und Neutralität betrachtet werden. Die Anbindung an Kostenträger oder Leistungsanbieter kann den Zugang zu den Klientinnen und Klienten erleichtern. Sie kann gerade bezogen auf Kostenträger die Chance eröffnen, durch entsprechende Screeningverfahren alle Menschen mit komplexen Problemlagen zu erreichen und ihnen so die Möglichkeit bieten, durch den Handlungsansatz des Case Managements ein für sie adäquates Hilfenetz aufzubauen.

Die Koordinierungsstellen rund ums Alter verfügen nicht über schriftlich vereinbarte, vorgegebene Zugangsmöglichkeiten zu den Klientinnen und Klienten. Sie sind von Faktoren wie einer intensiven Öffentlichkeitsarbeit, einer Informationsweitergabe und einem Verständnis für die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit solcher Einrichtungen durch externe Multiplikatoren und Einrichtungen abhängig, um den Weg zu den hilfebedürftigen Menschen zu finden. Dieses schließt in seiner Konsequenz mit ein, dass der Zugang zur Klientel nicht regelhaft ist und somit teilweise dem Zufallsprinzip folgt. Ein nicht geregelter Zugang macht eine optimale Verankerung solcher Einrichtungen im Hilfesystem, umfassende Kooperationen und den Aufbau von vernetzten Strukturen notwendig. Trotz dieser oben beschriebenen Schwierigkeiten verfügen die Koordinierungsstellen über eine hohe Rate an „Selbstmeldern“, das heißt an Personen, die sich direkt an die Koordinierungsstellen wenden, was Rückschlüsse auf den Grad der Implementierung zulässt.

Von der Fall- zur Systemebene

Die zunehmende Unüberschaubarkeit des Dienstleistungsmarktes, die Separierung der einzelnen Leistungen und Hilfen und die Brüche im Versorgungssystem waren einer der Gründe, dass die Methode Case Management auch in der Bundesrepublik Deutschland zunehmend an Bedeutung gewonnen hat. Case Management zielt darauf ab, einzelfallbezogen einen Versorgungszusammenhang herzustellen, die einzelnen informellen und formellen Hilfen zu einem optimalen Ganzen zu verknüpfen. Bezogen auf die Einzelfallebene ist es Aufgabe der im Case Management Tätigen zu koordinieren, mit dem Ziel, ein geregeltes Miteinander und Zusammenwirken der Akteure herzustellen. Im Ergebnis entstehen individuelle Hilfenetze und Kooperationsstrukturen, in denen sich die Akteure auf die gemeinsame Umsetzung der im Hilfeplanungsprozess vereinbarten Ziele verständigt haben.

„Das Potenzial von Case Management wird nicht ausgeschöpft, wenn es nur auf der Ebene eines einzelnen Dienstes oder gar nur von der einzelnen Fachkraft als Methode eingesetzt wird und nicht mit einer Organisationsentwicklung verbunden ist, in der das Konzept des Case Managements als Prinzip der Systemsteuerung genutzt wird“ (Wendt 2002, S. 13 f.). Die Erfahrungen der Einzelfallebene gilt es, auf die Systemebene zu transportieren. Die Koordinierungsstellen rund ums Alter haben es sich mit dem Ziel der Optimierung der individuellen Situation zur Aufgabe gemacht, auf das Versorgungssystem einzuwirken, um bestehende Lücken im System, die einer optimalen Versorgung und Unterstützung entgegenstehen, aufzudecken, zu ihrer Beseitigung beizutragen und um auch an dieser Stelle eine sozialanwaltschaftliche Funktion wahrzunehmen.

Diese sozialanwaltschaftliche Funktion beinhaltet auf der Systemebene, sich dafür einzusetzen, dass die Interessen und Bedürfnisse der älteren Menschen in den Mittelpunkt strategischer und sozialplanerischer Überlegungen gerückt werden. Case Managerinnen und Manager übernehmen die Aufgabe, die Belange dieser Zielgruppe zu vertreten und öffentlich zu machen. Es bedeutet auch, sich für die Stärkung des Verbraucherschutzes und der Verbraucherkompetenz einzusetzen und Wege zu schaffen, zu ihrer Optimierung beizutragen.

Das Einwirken auf die sozialplanerische und sozialpolitische Ebene ist unumgänglich, um effektiv und auch effizient wirken zu können. „Die bei dieser Arbeit (der einzelfallbezogenen Arbeit, Anmerkung der Verfasserin) gesammelten Erkenntnisse und Erfah-

rungen werden in das Gemeinwesen oder die Region rückgekoppelt und tragen bei zur Modifizierung und (Neu-)Strukturierung von Hilfeangeboten, d.h. aller formeller und informeller Dienstleistungen im sozialen und gesundheitlichen Bereich“ (Seidel u. a. 1996, S. 137). Die Arbeit auf der Systemebene hat unterschiedliche Facetten, die sich in Art, Dichte und Verbindlichkeit des Miteinanders unterscheiden. Sie reichen von eher losen Kontakten über verbindliche Kooperationsbezüge einzelner Dienstleistungsanbieter bis hin zu vertraglich geregelten Netzwerkstrukturen. Eine Form vernetzter Strukturen sind die in Berlin im Bereich der Altenhilfe Netzwerke und geriatrisch-gerontopsychiatrischen Verbünde.

Ein Beispiel für einen solchen Kooperationsverbund ist das im Berliner Bezirk Reinickendorf bestehende „Netzwerk Märkisches Viertel“, das sich in seinem räumlichen Bezug auf einen Stadtteil erstreckt. Es ist als Zusammenschluss von derzeit über 50 Netzwerkpartnern im Jahr 2003 gegründet worden. Besonderes Spezifikum ist seine systemübergreifende Zusammensetzung. Ausgehend von dem Ziel, möglichst viele Kontaktpersonen und Anlaufstellen älterer Menschen in die Netzwerkstruktur einzubeziehen und gleichzeitig auch den Austausch der Generationen zu fördern, finden sich unter den Netzwerkpartnern neben den traditionellen Anbietern der Altenhilfe wie Pflegediensten, (teil)stationären Einrichtungen, Mobilitätsdiensten und medizinischen und therapeutischen Einrichtungen auch Wohnungs- und Handwerksunternehmen, Apotheken, Begegnungs-, Selbsthilfe- und Stadtteilzentren und Schulen. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die Beteiligung der Betroffenen in Form der Mitgliedschaft der Seniorenvertretung und des Behindertenbeirates des Bezirkes Reinickendorf gelegt. Initiiert wurde das Netzwerk von der Koordinierungsstelle Rund ums Alter Reinickendorf unter der Trägerschaft des gemeinnützigen Vereines Albatros e.V. und von dem größten Wohnungsunternehmen des Märkischen Viertels, der GESOBAU AG. Bei dieser Vielfalt und Anzahl der Akteure ist es besonders wichtig, einen hohen Grad an Transparenz und gegenseitiger Information herzustellen, um Informationsbrüche zu vermeiden und das Zusammenwachsen selbstständiger Akteure zu einem gemeinsamen Ganzen zu sichern. Um eine Verbindlichkeit in der gegenseitigen Kooperation zu gewährleisten und die am Netzwerk Beteiligten zur aktiven Mitarbeit zu verpflichten, haben die Netzwerkpartner eine Kooperationsvereinbarung verabschiedet, die das Miteinander regelt. Grundlagen der Netzwerkarbeit sind ein einheitliches Grundverständnis, gemeinsam festgelegte Ziele und Aufgaben sowie verbindliche

Arbeitsstrukturen. Die Ziele der Netzwerkpartner sind insbesondere,

- ▲ die Lebenssituation älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen zu verbessern;
- ▲ das selbstständige Leben und Wohnen zu erhalten;
- ▲ die Versorgungslücken durch die Schaffung adäquater Angebote zu schließen;
- ▲ Markttransparenz über die bestehende Angebotsstruktur herzustellen;
- ▲ einen schnellen Zugang zu Hilfeangeboten zu ermöglichen;
- ▲ neue Serviceangebote zu entwickeln;
- ▲ den Verbraucherschutz und die Qualität der Angebote zu fördern;
- ▲ die Betroffenen- und Angehörigenkompetenz zu stärken.

Das Netzwerk Märkisches Viertel möchte dabei nicht nur die interne Zusammenarbeit verbessern, Prozessabläufe effektivieren und Schnittstellenprobleme beseitigen, sondern auch nach außen wirken und das Hilfesystem „öffentlich machen“. Beispiele für Aktivitäten des Netzwerkes sind die Durchführung von Fokusgruppen mit den Bewohnerinnen und Bewohnern, die Einrichtung einer behindertengerechten Muster- und Gästewohnung, die Implementierung eines ehrenamtlichen Besuchsdienstes, die Organisation von Netzwerkfesten, die Einrichtung einer Internetplattform und die Schaffung einer Kontaktstelle zur Information über das Netzwerk. Die Beseitigung von Lücken mit dem Ziel der Verbesserung des Versorgungssystems ist nur ein Aspekt der Notwendigkeit des Agierens auf der Systemebene. Durch den Aufbau und die Mitarbeit der Koordinierungsstellen Rund ums Alter in den bezirklichen Netzwerken sollen darüber hinaus Ressourcen gebündelt, Synergieeffekte erzeugt und das Hilfesystem nachfrageorientiert ausgerichtet werden.

Im Verständnis der Koordinierungsstellen Rund ums Alter ist Vernetzung „die Initiierung, der Aufbau und die Pflege von Kooperations- und Koordinationsstrukturen im gesundheitlichen und sozialen Versorgungsgefüge mit dem Ziel, ein effizientes und effektives Netzwerk herzustellen. Wesentlicher Bestandteil ist die Überprüfung von Abstimmungsprozessen und Regelabläufen bei der Versorgung älterer Menschen“ (Arbeitsgemeinschaft 2004, S. 13). Wichtig für die Koordinierungsstellen ist es dabei, dass die Arbeit auf der Fall- und der Systemebene in Personalunion erfolgt, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in den Netzwerken und Verbünden arbeiten, gleichzeitig auch auf der Ebene des Einzelfalls tätig sind. Diese Kopplung wird als sinnvoll und

notwendig angesehen, um die Erfahrungen und Ergebnisse des Einzelfalls direkt und ohne Informationsverluste an die Systemebene weitergeben zu können, die Klientenorientierung auch in der Arbeit in vernetzten Strukturen im Mittelpunkt zu belassen und die in der Vernetzung aufgebauten personenbezogenen Kooperationen in der Arbeit für den Einzelfall nutzbringend einzusetzen.

Fazit und Ausblick

Case Management hat sich zu einem bedeutsamen Handlungsansatz in der Altenhilfe auf der Fall- und der Systemebene entwickelt. Betrachtet man die derzeitige Entwicklung insbesondere im Bereich der Pflegeversicherung sowohl bezogen auf das Modellprojekt „Persönliches Pflegebudget“ als auch auf die Koalitionsvereinbarung zur „Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“, so ist von einer zunehmenden Bedeutung dieses Handlungsansatzes auszugehen. Mit der Umsetzung der Koalitionsvereinbarung würden veränderte gesetzliche Rahmenbedingungen geschaffen, um ein sogenanntes Fallmanagement regelhaft und flächendeckend in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu implementieren. Wie dieses auf der praktischen Handlungsebene realisiert werden soll, ist derzeit noch unklar.

Als wichtig erscheint es, in die weiteren Betrachtungen die inhaltliche Ausgestaltung der Konzepte mit einzubeziehen. Sollen es, um bei *Löcherbachs* Klassifikationen zu bleiben, eher „eyecatcher“ sein oder werden im Sinne des Verbraucherschutzes, der ganzheitlichen Betrachtungsweise komplexer Problemlagen und der Erreichung langfristiger Wirkungen, Varianten des Case Managements favorisiert, die sich die oben beschriebenen Essentials zum Grundsatz machen werden?

In einigen Bundesländern wie beispielsweise Berlin, Rheinland-Pfalz oder Baden-Württemberg bestehen derzeit Case Managementeinrichtungen, die diesen Handlungssatz, wenn auch konzeptionell und strukturell unterschiedlich, in ihrer Arbeit verankert haben. Dabei ist hervorzuheben, dass Berlin das einzige Bundesland ist, das über eine flächendeckende Struktur unabhängiger Case Managementstellen verfügt. Als eine Gemeinsamkeit lässt sich allerdings feststellen, dass die genannten Beratungs- und Koordinierungsstellen ihr Aufgabenprofil nicht ausschließlich aus den Leistungsgesetzen ableiten, sondern system- und damit schnittstellenübergreifend die gesamte Problemlage des hilfebedürftigen Menschen unter Einbeziehung verschiedenster möglicher Finanziers von Unterstützungsleistungen im Blick

haben. An dieser Stelle könnten leistungsbezogene Mischvarianten zur Finanzierung solcher Einrichtungen durch mehrere Kostenträger in Betracht gezogen werden, um zu verhindern, dass Parallel- und Konkurrenzstrukturen geschaffen werden, die dem Wunsch nach Markttransparenz und zentralen Anlaufstellen entgegenstehen.

Literatur

Abgeordnetenhaus von Berlin: Mitteilung über Erhalt der Koordinierungsstellen für ambulante Rehabilitation. Berlin 1997

Arbeitsgemeinschaft Berliner Koordinierungsstellen Rund ums Alter: Leistungsbeschreibung. Berlin 2004

Arbeitsgemeinschaft Berliner Koordinierungsstellen Rund ums Alter: Berliner Koordinierungsstellen Rund ums Alter. Berlin 2005

Löcherbach, Peter: Übersicht zur Case Management Praxis in der BRD. In: Porz, Friedrich; Horst, Eberhard (Hrsg.): Neue Wege in der Nachsorge und Palliativversorgung. Augsburg 2003

Reiberg, Uta u. a.: Case Management. Was bei der Implementierung zu beachten ist. In: Pflege Management 2/1998

Sauer, Peter; Wissert, Michael: Ergänzende Maßnahmen zur ambulanten Rehabilitation älterer Menschen – Ergebnisse eines Modellversuchs. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 1/1997

Seidel, Gisela u. a.: Unterstützungsmanagement bei ausgewählten Problemlagen alter Menschen. In: Wissert, Michael u. a. Ambulante Rehabilitation alter Menschen. Freiburg im Breisgau 1996

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz: Politik für Seniorinnen und Senioren – Berliner Leitlinien 2005. Berlin 2005

Wendt, Wolf Rainer: Case Management. Stand und Positionen in der Bundesrepublik. In: Löcherbach, Peter u. a. (Hrsg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis. Neuwied 2002

Wendt, Wolf Rainer: Case Management in Deutschland. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 2/2004

Wissert, Michael: Unterstützungsmanagement als Rehabilitations- und Integrationskonzept bei der ambulanten Versorgung älterer, behinderter Menschen. Aachen 2001

Wissert, Michael: Netzwerkarbeit in „unabhängigen“ Case Management-Stellen, Evaluationsergebnisse und Schlussfolgerungen. In: Bauer, Petra; Otto, Ulrich: Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Band 2. Tübingen 2005

Die Zukunft des Case Managements

Was zu erwarten, was zu tun und wofür auszubilden ist

Wolf Rainer Wendt

Zusammenfassung

Case Management wird im Wandel der Humandienste gebraucht. Von daher wächst seine Bedeutung in der Reform der Versorgungssysteme gegenwärtig und in Zukunft. Case Management spielt seine Rolle insbesondere in Transaktionen zwischen der formalen Leistungserbringung und der persönlichen Selbstsorge. Rational ausgelegt auf Wirksamkeit, integriert es unterschiedliches berufliches Handeln; es kann nicht von Sozialarbeit allein beansprucht werden. Case Management ist transdisziplinär verfasst – und entsprechend ist die Ausbildung von Case Managerinnen und Managern zu gestalten.

Abstract

Case management is required before the background of changes within the sector of human services. Therefore, within the ongoing reform of care systems, its present and future importance is growing. Case management plays its role especially in transactions that are located somewhere between formal service provision and individual selfcare. Rationally committed to efficacy, case management integrates diverse professional practices and is not restricted to social work alone. It is transdisciplinary in nature – and the training of case managers should be designed accordingly.

Schlüsselwörter

Case Management – Zukunft – Entwicklung – Methode – Ausbildung

Einleitung

Das Sozial- und Gesundheitswesen wird reformiert und die Humandienste sind in einem Umbruch begriffen. In dieser Situation ist das Case Management überall gefragt. Seine Handlungslogik entspricht der neuen sozialpolitischen und sozialwirtschaftlichen Logik und dem Organisationswandel, der sich von ihr bestimmen lässt. So wie es zukünftig mit den Reformen und der Anpassung der Versorgungsstrukturen weitergehen dürfte, lässt sich auch erwarten und schon beobachten, dass die Vorgehensweise des Case Managements in humandienstlichen Kontexten mehr und mehr zur Regel wird. Case Management begann bekanntlich als eine methodische Vorgehensweise in der Sozialen Arbeit. Dabei ist es nicht geblieben. Das Handlungskonzept ist inzwischen

unabhängig davon, wer es beruflich vertritt, zu einer politisch gewollten Gestaltungsweise personenbezogener Versorgung im Sozialwesen und im Gesundheitswesen generell geworden. Diese Wandlung zeigt, dass der „Stand der Kunst“ im Case Management keiner ist, der feststeht. Er hängt mit dem „state of affairs“ im wohlfahrtsstaatlichen Versorgungsgeschehen zusammen (Wendt 2006, S. 8 ff.). Beobachten wir den Zusammenhang des „management of care“ mit dem „management of cases“, können wir die Entwicklungslinien des Einsatzes unseres Verfahrens aus der Vergangenheit in die Zukunft fortschreiben und Folgerungen für die Praxis und die Ausbildung ziehen.

Politik, Organisation und Methode

Es wird in der Erörterung des Case Managements immer noch zuviel über die Methode und zuwenig über die Organisation und damit über die strukturelle Verortung des Verfahrens diskutiert. Auf längere Sicht besteht sein Vorzug in der organisierenden beziehungsweise reorganisierenden Funktion im Versorgungsgeschehen. Die Organisation der humandienstlichen Versorgung ermöglicht erst den Einsatz der Methode, und diese ist dazu da, der Organisation zu einem effektiven und effizienten Einsatz zu verhelfen. Case Management ist als „Management der Fälle“ im Betrieb der Versorgung ein *Prozessmanagement*, in dem sich die Strukturen der jeweiligen Versorgung bewähren müssen.

Die Entscheidung, in irgendeinem Handlungsfeld sich des Case Managements zu bedienen, ist eine strategische und wird nicht wegen des einen oder anderen operativen Vorzugs der Methode gegenüber anderen Verfahren getroffen. Humandienstliche Versorgung will *gesteuert sein* – und in ihr soll per Case Management *umgesteuert* werden. Die fachpolitische Diskussion muss sich gleichermaßen mit der Regie befassen, die das Case Management einsetzt, und mit der Regie, welche das Case Management mit sich bringt. Dass sich und wie sich die Aufgaben des Case Managements zwischen den Ebenen der Politik, der Organisation und der Methode ergeben, habe ich verschiedentlich dargestellt (zuletzt in Wendt 2006, S. 5 ff.). Von den Akteuren auf diesen Ebenen wird das Handlungskonzept unterschiedlich eingeschätzt und zweckrational definiert. Sozial- und Gesundheitspolitiker und -politikerinnen betrachten die Verfahrensweise als Instrument, um die Versäulung und Fragmentierung im Versorgungssystem zu überwinden und seine Effektivität zu verbessern – Anlass für die akademische Kritik, das Case Management sei „als ein Instrument neoliberaler orientierter Wohlfahrtsstaaten identifizierbar“ (Hansen 2005, S. 108).

Von solcher Kritik lässt sich indes die Vorgehensweise wie alle Managementtechnik kaum berühren. Ihr Kriterium ist die Verwendbarkeit. Sozialwirtschaftliche Organisationen wollen damit ihre Abläufe optimieren, ihre Rechenschaftsfähigkeit (accountability) erhöhen, ihr Verhältnis zu den Nutzenden in Kontrakten „user-led“ neu gestalten und mit den „schwierigen Fällen“ besser fertig werden. Für die Fachkräfte im direkten Dienst steht die Erschließung von Ressourcen für die Klientel bei komplexem Bedarf im Vordergrund. Sie fragen sich, ob und wie mit dem Case Management eine angemessene Versorgung von Menschen erreicht wird.

Vom Standpunkt der Methode aus wird in der Sozialen Arbeit oft die Systemsteuerung, die im Case Management zu leisten ist, nur als ein fürsorgliches Agieren zu dem Zweck verstanden, der Klientel die Dienste anzupassen, die sie brauchen. Das heißt die Koordination und Kooperation der Dienste nach Lage der Fälle besorgen. Auf der Ebene der Organisation des ganzen Betriebs der Versorgung betrachtet, besteht indes die Systemsteuerung in der Gestaltung und Disposition des Faktoreinsatzes zur Leistungserbringung derart, dass der Versorgungsauftrag ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich erfüllt wird (§ 12 Sozialgesetzbuch (SGB) V). Dementsprechend ist das Geschehen einzurichten.

Die generelle Disposition entlastet die Soziale Arbeit im direkten Dienst. Um in der Kontingenz des Einzelfalles Handlungsspielraum zu haben und nach professionellen Ermessen entscheiden zu können, ist es wichtig, dass die Auftragserfüllung auf der Mesoebene des Dienstbetriebs durchaus abgehoben vom Handeln in der individuellen Situation bleibt. Auf der Organisationsebene kann man im Case Management festlegen, welche Versorgungswege beschritten werden und wie über Ressourcen disponiert wird, ohne dass damit zugleich Festlegungen getroffen werden, die der Hilfeplanung im Einzelfall überlassen bleiben sollten. Der Mehrebenencharakter des „Managements der Fälle“ hat sich als konstitutiv für die mit ihm beabsichtigte Aufgabenerfüllung herausgestellt.

Die Zukunft des Case Managements ist danach zu beurteilen, was in dieser mehrdimensionalen Hinsicht die Verfahrens- und Gestaltungsweise leistet:

- ▲ in ihrer intermediären Funktion,
- ▲ in Regie zur Daseinsvorsorge,
- ▲ für eine nachhaltige Besorgung von Problemlagen,
- ▲ in angemessener Bedarfsdeckung,
- ▲ im formellen und informellen Netzwerk,

- ▲ im Management von Diversität,
- ▲ für den sozialwirtschaftlichen Betrieb.

In diesen Hinsichten ist zu überlegen, welche Potenzen das Case Management aufweist und worin seine Zukunftsfähigkeit in der Sphäre humandienstlicher Leistungserbringung besteht.

Das Verfahren in vermittelnder Funktion

Das Case Management hat einen *intermediären Charakter*. Es vermittelt zwischen den Versorgungsmöglichkeiten im System der Sozialleistungen und der Sorge, die in der Lebensführung von Menschen zur Bewältigung von Problemen angezeigt ist. Diese Zwischenschaltung wird gebraucht, weil die dem System eigene Komplexität und autogene Dynamik sich dem einzelnen Nutzenden ebenso schwer erschließt wie die Komplexität und Problematik seiner Lebenslage den spezialisierten Akteuren und Akteurinnen im System der formellen Versorgung vor Augen steht.

Case Management führt, was sich leisten lässt, mit dem, was zu bewältigen ist, fallweise zusammen. Es sorgt für Integration. Deshalb spielt es in einer integrierten Versorgung, wie sie in allen Bereichen des Gesundheitswesens und darüber hinaus angestrebt wird, eine wichtige Rolle. Das Gutachten 2007 „Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen nennt als moderne Form der Kooperation „das transsektorale Case Management, das die Fallführung in den drei Sektoren ambulante, stationäre und rehabilitative Versorgung zum Ziel hat, und das neue Funktionen, vor allem hinsichtlich der an den Patienten orientierten Abstimmung der Behandlung beim Übergang zwischen den Sektoren und das Erreichen eines gemeinsamen Behandlungserfolges in den Mittelpunkt stellt“ (*Sachverständigenrat* 2007, S. 20). Der Sachverständigenrat sieht in einer besseren Fallführung über die Sektorengrenzen hinweg eine der vordringlichsten Forderungen der Zukunft und empfiehlt, „das transsektorale Case Management weiter zu stärken, entsprechende Qualifikationsstrukturen auszubauen und in diesem Prozess insbesondere die Kompetenzen der Pflegeberufe zu nutzen. Entsprechend dem Gedanken von Poolkompetenz können aber auch andere, entsprechend qualifizierte Berufsgruppen zum Einsatz kommen“ (*ebd.*, S. 24).

Das Case Management führt unterschiedliche Leistungserbringende zusammen, um die personenbezogene Versorgung zu integrieren, und es führt

Sozialleistungsträger zusammen, wenn es darum geht, einem Handlungsbedarf zielstrebig und zügig nachzukommen. Einzelne Anbieter und Träger müssen dazu etwas von ihrer Unabhängigkeit aufgeben. Verständlich, dass die Akteure zögern, das Verfahren einzuführen und die dafür (unter anderem im SGB IX) vorgesehenen Stellen mit hinreichender Kompetenz auszustatten. Case Management betrifft und verändert die Beziehung zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringenden. Die Frage, auf welcher Seite denn das Verfahren seinen Platz hat, wird tendenziell damit beantwortet, dass es auf beiden Seiten implementiert wird. Das ist keineswegs eine überflüssige Doppelung.

Die Managementanforderungen betreffen nicht allein die Agierenden im Versorgungssystem, sondern in zunehmendem Maße auch den Leistungsnehmenden in seiner Lebensgestaltung und Lebensführung. Lange ist das Verfahren einseitig verstanden worden: Es führe in erster Linie Ressourcen von Diensten und aus Einrichtungen für einen (Bedarf von) individuellen Nutzenden zusammen. Der oder die Leistungsempfangende soll sich dabei kooperativ verhalten; gemeint war aber gewöhnlich nur eine Folgsamkeit in der Nutzung der angebotenen Versorgung. In der Medizin heißt das Compliance. In der Zukunft wird es aber seitens der Leistungsempfangenden vielmehr auf die Steuerung bei ihnen ankommen: auf die Regie, die problem- und aufgabenbezogen im Einsatz von Personen als den Produzenten ihrer eigenen Wohlfahrt zu erwarten ist. Case Managerinnen und Manager sind in Beziehung darauf eher „Regieassistenten“, die ein Selbstmanagement begleiten und zu ihm befähigen. Regie Führende bleiben sie in der Koproduktion, die komplementär und kompensatorisch humandienstlich zu besorgen ist.

Regie zur Daseinsvorsorge

Das alte Leitbild in der Konzeption des Case Managements als einer Verknüpfungsaufgabe, in der das Ressourcensystem der Versorgung und das „Klientensystem“ bestmöglich zusammengebracht werden, genügt nicht der Dynamik, die nun auf beiden Seiten ins Spiel gebracht wird und auch konzeptionell wahrzunehmen ist. Das moderne Dasein nötigt dazu, stets in Bewegung und „auf dem Laufenden“ zu bleiben. Jeder ist *unterwegs* im Leben – und auch, wenn er sozial und gesundheitlich bedürftig ist – damit nicht fixiert auf den Empfang einer Leistung. Ebenso „läuft“ der humandienstliche Betrieb ohne Fixierung auf den einen oder anderen Leistungsnehmenden. Anzustreben ist unter diesen Umständen eine Interaktion, in der das Versorgungssystem flexibel *disponiert* in Rücksicht auf *Dispositionen*, die

es fallweise bei seinen Nutzenden antrifft, und diese individuellen Akteure und Akteurinnen sind gefordert oder werden dahin gebracht, mit ihren Dispositionen auf die Möglichkeiten der Versorgung einzugehen. Die im Wohlfahrtsstaat gestaltete soziale und gesundheitliche Versorgung vergeudet ihre Ressourcen, wenn sie deren Nutzung nicht personen- und situationsbezogen anzupassen versteht. Dafür ist viel Umsicht vonnöten, die über die Begrenzungen einzelner Dienste, bestimmter Hilfen, individueller Gegebenheiten und Orientierungen hinausreicht. Case Manager und Managerinnen bewegen sich bei ihrem Abstimmungsgeschäft im ganzen Feld der öffentlichen, sozialen und persönlichen Daseinsvorsorge. Je umfänglicher und vielfältiger die eine wie die andere vonstatten geht, desto mehr wird ein Case Management gebraucht.

Da jeder erwachsene Mensch sein Leben mit mehr oder weniger Vernunft selber steuert, auch in problematischer oder prekärer Lage, gelingt eine darauf abzustellende Leistungserbringung nicht ohne seine aktive Beteiligung. Selbstbestimmung schließt die Forderung an den Einzelnen ein, für sich selbst zu sorgen. Und das heißt bei Bedürftigkeit, sich in der Selbstsorge auf eine ergänzende oder ersatzweise Versorgung wirklich einzulassen und „koproduktiv“ zu ihr beizutragen. Im sozialpolitischen Diskurs spricht man von „Verantwortungsteilung“ und das Sozialrecht knüpft das „Fördern“ an das „Fordern“. Dem Case Management wird dabei die Funktion zugeordnet, beides miteinander in einem Aushandlungs- und Entscheidungsverfahren – einschätzend, planend, moderierend – miteinander zu vereinbaren.

Methodisch leistet das Case Management die Herstellung von *Affinität*. Es geht im Verfahren darum, im gerichteten Handeln der Beteiligten von einer unterschiedlichen Ausgangsbasis her ein Ziel anzuordnen. Gesucht sind Lösungen; auf sie bezogen wird ein angemessener Ressourceneinsatz gesucht. Die *causa finalis* ist maßgeblich. Weder die (defizitäre) Ausgangslage bei Bedürftigen noch die Vorgaben bereitstehender Dienste sollen bestimmen, was gemacht wird. Das Geschick, mit dem sich das Case Management als zukunftsfähig erweist, besteht darin, mit seiner Prozessregie nach vereinbarten Maßgaben auf Eigenregie hinzulenken. Es wird eingesetzt, damit Pflegebedürftige möglichst selbstständig in ihrem Haushalt zurechtkommen, eine Familie kompetent in der Erziehung der Kinder wird oder bleibt, Suchtmittelabhängige ihr Leben im Bewusstsein ihrer Abhängigkeit ordnen können, chronisch Kranke sich einen möglichst stabilen gesundheitlichen Status erhalten.

Ein Case Management verhält sich *neutral* gegenüber Angeboten von Diensten. Es wird im Versorgungssystem gebraucht, um der betriebswirtschaftlichen Nutzenoptimierung von Leistungsangeboten eine sozialwirtschaftliche Regulierung entgegenzusetzen. In der Jugendhilfe zum Beispiel zur Vermeidung von Hilfen zur Erziehung nach §§ 28 ff. SGB VIII durch konsequente Einschätzung der Handlungsmöglichkeiten nach § 27 SGB VIII in Verbindung mit der Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII (unter Beachtung von § 36a). Analog im ganzen Bereich der Rehabilitation, hier auch (gemäß SGB IX) zur Vermeidung von Trägerkonkurrenzen. Diese allerdings haben bisher die im Gesetz vorgesehenen Servicestellen scheitern lassen.

Die gewünschte Abstimmung auf wirksame Nutzung und die allgemeine Tendenz zu einer *integrierten Versorgung* hängen zusammen, denn den Nutzenden ist zur Problembewältigung in ihrer Lebensführung mit einem fallweisen Arrangement (dem Schnüren eines „package of care“) am besten gedient. Um die Integration im Versorgungsgeschehen mit seinen vielen Akteuren und Akteurinnen zu erreichen, wird bei allen Neustrukturierungen im Leistungssystem an ein Case Management gedacht. So geschehen bei der Reform der Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe über die Integration in Arbeit gemäß SGB II. Hier ist eine Beziehung zwischen dem Prinzip der Förderung (§ 14 SGB II) in Form umfassender Unterstützung und dem Prinzip des Forderns (§ 2 SGB II) dadurch hergestellt, dass die Leistungsgrundsätze nach § 3 SGB II nur erfüllbar sind, wenn es ein Prozessmanagement im Sinne des Case Managements gibt.

Die Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung – gemäß Beschluss der Bundesregierung vom 19. Juni 2007 – sieht denn auch vor, dass zur „integrierten wohnortnahen Versorgung und Betreuung“, musterhaft von quartiersbezogenen *Pflegestützpunkten* aus, ein Fallmanagement anzubieten ist. Mit ihm soll die zielgerichtete Unterstützung des Einzelnen gewährleistet und für eine Anpassung des Versorgungsarrangements an veränderte Bedarfe gesorgt werden. Das Case Management wird damit zum Regelangebot in der Pflegeversicherung.

Die Gesundheitsreform hat zudem im Jahr 2007 den Anspruch auf ein *Versorgungsmanagement* nach § 11 Abs. 4 SGB V gebracht. Danach haben gesetzlich Versicherte einen Rechtsanspruch auf ein Versorgungsmanagement zur Lösung von Problemen im Übergang in die verschiedenen Versorgungs-

bereiche. Wie das Verfahren organisatorisch und methodisch zu implementieren ist, hat der Gesetzgeber offen gelassen; hier ist in nächster Zeit administrativer und fachlicher Eifer gefragt. Mit einer Vereinnahmung der Aufgabenstellung per bloßer Umbenennung eines Entlassungsdienstes ist es nicht getan. Gut möglich, dass sich hier Fehler wiederholen, die bereits den Servicestellen die ihnen zugedachte Kompetenz entzogen.

In der Absicht, nachhaltig zu wirken

Soziale Arbeit hat akute Nöte zum Gegenstand. Sie interveniert dazu in komplexe Lebenslagen, in denen äußere Umstände, innere Dispositionen, bisherige Erfahrungen, subjektive Erwartungen und objektive Aussichten einander bedingen und das Tun und Lassen einzelner Menschen bestimmen. Ihnen mag hier und jetzt mit sozialarbeiterischer Intervention geholfen sein; etwas anderes ist die Abstimmung eines Unterstützungs- oder Behandlungsprozesses auf ihr Zurechtkommen auf längere Sicht. Diese Regulierung betrifft die persönliche Lebensführung. Sie wird in Zukunft nicht einfacher, insbesondere wenn es um die Lebensführung bei Behinderung, im Alter, mit Kindern, bei chronischer Krankheit und in prekärer wirtschaftlicher Lage geht. *Manageriales Handeln* ist gefragt, will man nicht nur an der einen oder anderen Stelle eine vorübergehende, sondern eine nachhaltige Lösung haben.

War im Sozial- und Gesundheitswesen vor 30 Jahren die Absicht der Deinstitutionalisierung bestimmend für die Einführung von Case Management, so blieb die seitdem erfolgte Verlagerung von Versorgung aus dem stationären in den ambulanten Bereich insofern unzureichend, als damit die Problembearbeitung „in situ“ nicht vollzogen ist. Wird in der Jugendhilfe auf Erziehungsnotfälle nicht mit Heimunterbringung, sondern mit Angeboten der ambulanten Beratung und Betreuung geantwortet, ist damit die Familiensituation im Ganzen noch lange nicht Gegenstand der professionellen Bemühung. Eine darauf eingehende Arbeit kann sich nicht auf das Instrumentarium der Hilfen zur Erziehung beschränken. Man muss vielmehr nebeneinander und nacheinander psychosoziale, finanzielle, hauswirtschaftliche, gesundheitliche und sonstige das Familienleben betreffende Probleme „in den Griff bekommen“, sprich: zu *managen* verstehen.

Einzelne pädagogische oder therapeutische Interventionen greifen hier zu kurz. Die Arbeit mit „Multiproblemfamilien“ ist der Normalfall; sie stecken dauernd und nicht einmalig in Schwierigkeiten. Will man nachhaltig etwas erreichen, kommt es auf eine

rechtzeitige, kontinuierliche und umfassende Problembearbeitung an. Das Case Management ist auf ein *continuum of care* eingerichtet und besorgt darauf bezogen ein Zusammenwirken im Lebenskreis von Menschen und mit Hilfe leistenden oder unterstützenden Stellen. Es ist zu erwarten, dass diese Stellen auch in der dienstlichen Struktur integriert werden, zum Beispiel in einem Familienkompetenzzentrum oder multiprofessionellen Beratungs- und Unterstützungseinheiten.

Die Kontinuität der Begleitung im Case Management bringt die Möglichkeit mit sich, *präventives* Handeln mit kurativen und rehabilitativen Maßnahmen zu verbinden. Im Gesundheitswesen exerzieren die „Health Maintenance“-Versicherer vor, wie sich die von ihnen eingesetzten Case Manager und Managerinnen erfolgreich um medizinische Vorsorge bei den Versicherten kümmern. Im Rahmen eines festen Budgets ist es ökonomisch vorteilhaft, paramedizinisch Mitsorge, Nachsorge und Vorsorge ineinander übergehen zu lassen. Im weiten Feld der Sozialen Arbeit geschieht in dieser Hinsicht bisher wenig. Der andauernde, die ganze Lebensführung von Klienten und Klientinnen betreffende Charakter der Probleme, die sich mit einzelnen Hilfen kaum beheben lassen, kann aber zu einem Hauptmotiv für den Einsatz einer Fallführung in Sozialdiensten werden.

Webarbeit, fallbezogen und übergreifend

Case Management gestaltet eine Kooperation – in Sozialer Arbeit über die Beziehung eines Helfenden zu einem Klienten, einer Klientin hinaus. Es stellt den Betrieb der Versorgung von vornherein auf ein koordiniertes Vorgehen ein; es erschließt und nutzt Ressourcen im Handlungsfeld auf der Seite der Leistungserbringenden und auf der Empfängerseite. Es sorgt für eine Vernetzung formeller und informeller Versorgung (*community support*). Die Webarbeit fängt bei der Abstimmung mit den Angehörigen von Klienten und Klientinnen an und hört bei der strukturellen Einbindung von bürgerschaftlichem Engagement und von Selbsthilfegruppen in ein lokales Versorgungssystem auf.

Case Manager und Managerinnen brauchen eine Lizenz zu unkonventionellem Vorgehen. Sie ver helfen zu einer flexiblen Organisation der Leistungserbringung. Im Sprachgebrauch bedeutet „organisieren“ auch, sich etwas beschaffen – und zwar auf „krummen“ Wegen. Wer in einer misslichen Lage und von besseren Möglichkeiten abgeschnitten ist, weiß wohl auf eine nicht ganz korrekte, aber geschickte Weise an das zu kommen, was er braucht. Zur Ressourcenerschließung, die im Case Manage-

ment erforderlich ist, ist bereits vor Befassung mit dem Einzelfall eine systematische Wegbereitung angebracht, die es in der Fallführung erlaubt, sich mit Klienten und Klientinnen möglichst „freizügig“ in der Versorgungslandschaft und auf unbefestigten Wegen im Gelände informeller Hilfen zu bewegen.

Die Webarbeit an und in Netzen (das „networking“) ist eine strategisch und operativ ausbaufähige Betätigung, ihr wird in Zukunft im Case Management größere Bedeutung zukommen. Denn die Tendenz zu einer dezentralen Selbststeuerung von Akteuren und Akteurinnen humandienstlicher Versorgung nimmt zu. Das heißt, überall dort, wo es nicht schon eine (zu managende) verbindliche Kooperation in der Leistungserbringung gibt, müsse lose, fallweise nutzbare Verbindungen unterhalten werden. Case Management erfüllt seine integrierende Funktion im Aufbau wie im Unterhalt und der Nutzung von Netzen, worunter sowohl formell organisierte Verknüpfungen wie auch informelle und persönliche Netzwerke zu verstehen sind.

In der Kooperation vieler Beteiligten nimmt die Bedeutung von *Fallkonferenzen* zu. Dienstintern, um die mit Einzelfällen befassten Stellen und Fachkräfte zu gemeinsamer Reflexion zusammenzuführen. Die dienstliche, inter- und intraprofessionelle Konsultation mag in erster Linie die „schwierigen Fälle“ betreffen, kann in der einen oder anderen Form aber auch in der Prozessbegleitung aller Fälle angebracht sein. In Varianten werden solche Konferenzen des Weiteren zur Fallauswahl (screening), in der Koordination und Kooperation verschiedener Leistungserbringenden in Umsetzung von Hilfeplänen und zur gemeinsamen Evaluation gebraucht. Die Tätigkeit des Case Managements zwischen Zugangsklärung und Rechenschaftslegung erlaubt eine reflexive Aufarbeitung der in einem sozialen Raum vorhandenen Problematik. Die Bedarfslagen und Lösungsmöglichkeiten auf der Mikroebene des direkten Dienstes können in die lokale Planung und Entwicklung der humandienstlichen Infrastruktur vermittelt werden. Dazu bedarf es einer integrativen Berichterstattung (Sozial-, Gesundheits-, Bildungsberichterstattung), für die der faktische Zusammenhang beim Input, in der Durchführung und beim Output des Case Managements vorliegt.

Um der Angemessenheit willen

Mit dem Case Management werden Lösungen für individuelle Probleme gesucht, ohne von vornherein auf fertige Lösungsangebote (in der medizinischen Behandlung, in der Pflege, in der Psychotherapie, in der Jugendhilfe ...) verwiesen zu sein. Der Trend zu

Individualisierung in der Leistungserbringung und die Absicht, der Diversität in der Lebenssituation und in der Lebensführung von Menschen nachzukommen, legen den Einsatz eines Klärungs-, Planungs- und Entscheidungsverfahrens nahe, mit dem ein Kurzschluss von Angebot und Nachfrage vermieden wird. Die Expertise im Case Management besteht zu einem guten Teil in der „Anverwandlung“ von Diensten an Gegebenheiten bei ihren Nutzenden. Das Eingehen auf diese Gegebenheiten verlangt ihre Änderung im Hinblick auf vereinbarte Ziele. Insofern stellt die Anverwandlung keine einseitige Transformation dar.

Case Managerinnen und Manager haben nicht die Aufgabe, selber die (gesundheitliche, pflegerische, erzieherische, hauswirtschaftliche, berufsqualifizierende) Anpassung zu leisten, die sie in die Wege leiten. Sie fällen kein Urteil über Expertenurteile und nehmen auch den Klienten und Klientinnen Entscheidungen über ihr Leben nicht ab. Die fachliche Neutralität der im Case Management Tätigen wird gebraucht, um unter lauter Spezialisten, in der Komplexität von objektiven Anforderungen und bei subjektiven Interessen und allfälligem Eigensinn von Klienten und Klientinnen Stellung beziehen zu können und urteilsfähig zu sein.

Im individuellen Case Management erfolgt ein Eingehen auf die Lebenswelt und Lebensführung von Menschen. Im Versorgungssystem nimmt die Fallführung eine anwaltliche Rolle wahr, um Angemessenheit in einer Unterstützung oder Behandlung zu erreichen. Das Verfahren stärkt die Position von Klienten als Partnern in der sozialen Problembearbeitung, die ihrem Wohlergehen dienlich ist. Ein Missverständnis liegt der Kritik zugrunde, das Case Management habe „wenig gemein mit dialogischer, auf die Autonomie der Klienten abzielende Beratung und Unterstützung, wie sie einmal dem Selbstverständnis einer lebensweltorientierten Sozialen Arbeit entsprochen hat. Soziale Arbeit scheint hier ohne großes Lamento zu einem neuen/alten autoritären Hilfeverständnis zurückzukehren, das die fürsorgliche Belagerung zum methodischen Prinzip erklärt“ (Galuske 2007, S. 351).

Das Missverständnis besteht schon in der Annahme, das Case Management sei eine Methode des Helfens. Es ist vielmehr ein Regime, in dem rational ausgeführt wird, wie angemessen zu helfen ist. Dieses Regime tritt nicht an die Stelle methodischer Sozialarbeit (so wenig wie es an die Stelle fachlicher Pflege, medizinischer oder psychotherapeutischer Behandlung tritt) und ersetzt sie nicht, wo sie erfor-

derlich ist. Es erhebt sich über die helfende Praxis in disponierender und allokativer Funktion – gleichwie eine vernünftige persönliche Lebensführung in der abwägenden, vorausschauenden und planenden Überlegung besteht, wie mit den gegebenen Mitteln und Möglichkeiten eigenes und gemeinschaftliches Wohlergehen erreicht oder erhalten wird. Das individuelle Case Management hat diese haushaltende und zielgerichtete Funktion in Prozessen der humandienstlichen Leistungserbringung, in denen man rational vorankommen will. Je komplexer diese Prozesse und darin die erforderlichen Abstimmungen werden, desto mehr ist ein organisierendes und steuerndes Case Management gefragt.

Diversität managen

Der individuellen Fallführung geht in unserem Verfahren eine Differenzierung im „Management der Fälle“ per *Zuweisungssteuerung* voraus. Für den Methodiker, die Methodikerin in der Sozialarbeit ist das ein Anlass für Kritik: Bevor geholfen wird, ist per „Türöffnung“ (in der Funktion des gate-keeping) schon sortiert, wer welche Hilfe bekommt. An der Art und Weise, wie in der Praxis nach *Fallgruppen* und in Zuordnung von Klientinnen oder Patienten zu *Pfaden* der Leistungserbringung differenziert wird, mag manches auszusetzen sein; dass aber überhaupt ein solches *Screening* systematisch erfolgt, erweist sich als ein Vorzug des Case Managements. Ein humandienstlicher Betrieb, der seinen Versorgungsauftrag an vielen Menschen in unterschiedlicher Bedarfslage mit prinzipiell begrenzten Ressourcen zu erfüllen hat, muss seine Mittel und Möglichkeiten einteilen und den diversen Erfordernissen zumessen.

Die Bildung von Fallgruppen ist in verschiedenen Bereichen der Sozialen Arbeit als Bedingung für eine effektive Leistungserbringung erkannt. In der sachbearbeitenden Verwaltung sind immer schon Entscheidungen über die Heranziehung bestimmter Dienste oder Einrichtungen gefällt worden, ohne dass Professionelle mitwirkten, demgegenüber darf es als Fortschritt gelten, wenn solche Entscheidungen nun in fachlicher Verantwortung fallen. Natürlich beginnt – wie in der Krankenversorgung nach Einführung der *Diagnosis Related Groups* – die Feinarbeit an den Standards erst, nachdem man eine fallgruppenbezogene Leistungsvereinbarung geregelt hat.

Im Rahmen des Managements der Fälle wird ein Leistungsangebot, das man fallunspezifisch vorhält, auf dem Weg über die Fallgruppenzuordnung auf den Einzelfall heruntergebrochen. Das Case Management ist im Betrieb von Diensten und Einrichtungen also

einerseits dazu da, die Zuordnung einzelner Fälle zu den ausgemachten Pfaden zu gewährleisten. Andererseits wird ein individuelles Case Management nachgerade gebraucht, wenn ein Fall nicht in die vorhandenen Pfade passt und sich nicht mit Routine erledigen lässt. Insoweit nun in der Sozialarbeit jeder Fall ein „Sonderfall“ ist, gehört es zur Aufgabe der Fallführung, beim Beschreiten von Pfaden für hinreichend Flexibilität zu sorgen.

Case Management wird schwerpunktmäßig dort verlangt, wo sich Probleme nebeneinander und nacheinander häufen. Das ist in der Medizin bei den chronisch Kranken so und prinzipiell nicht anders bei Arbeitslosen mit multiplen Vermittlungshemmnissen oder in Familien, die behinderte Angehörige zu versorgen haben. Die Komplexität ihrer Lage erlaubt keine schnelle und keine einfache, linear auszuführende Abhilfe. Diese Tatsache benachteiligt derartige Fälle bei allen Diensten, die einzelne Lösungen anbieten können. Man sagt, sie „fallen durchs Netz“. Diverse Lösungen sind hier gefragt, auf die in den Dimensionen des Assessments, der Planung und der kontrollierten Umsetzung hinzuwirken ist. Zweifellos sind die *Tools*, die im Assessment- und im Planungsprozess genutzt werden können, noch nicht hinreichend entwickelt und auch die Softwarelösungen in der EDV noch wenig „komfortabel“ eingerichtet. Es reicht nicht hin, auf Formbögen die bei einer Person auszumachenden Probleme, Stärken und Schwächen additiv darzustellen, ohne die Komplexität und Dynamik ihres Zusammenhangs zu erfassen. Und die elektronische Bearbeitung eines Falles sollte in prozeduraler Fairness auch dem Leistungsempfangenden die Möglichkeit bieten, den kooperativen Prozess zu verfolgen und in informationeller Selbstbestimmung an ihm teilzunehmen.

Betriebsfähig sein

Case Management ist eine Organisationsaufgabe. Im Laufe der Zeit ist deutlich geworden, dass man das Case Management nicht allein und nicht in erster Linie aus der Perspektive einer Case Managerin, eines Case Managers betrachten sollte. Es war ein wichtiger Schritt, den doppelten Ansatz der Fallführung und der Systemsteuerung akzeptiert zu haben, und es ist ein weiterer Schritt, beider Zusammengehörigkeit zu verstehen. Die Systemsteuerung beschränkt sich aber nicht darauf, dem Case Manager, der Case Managerin im Einzelfall per *networking* Spielraum in der Erschließung und Nutzung von Ressourcen zu verschaffen. Im humandienstlichen Betrieb kommt das Case Management als Prozessmanagement in einer wirtschaftlichen Aufgaben-erledigung zum Zuge.

In größeren Einrichtungen, speziell in Krankenhäusern, gibt es inzwischen ein „Zentrales Case Management“. Diese Stabsstelle befasst sich nicht unmittelbar mit dem Einzelfall, sondern ist zuständig für den Ablauf des Versorgungsgeschehens und seine Optimierung, steuert die Pfadanwendung und Pfadenwicklung und erfüllt eine Controllingfunktion. Vermieden werden muss dabei eine Verkürzung des Handlungskonzeptes auf betriebsinternes Haushalten. Wie im personenbezogenen Dienst das Case Management die Eigensteuerung in der Lebensführung von Menschen mit einem Versorgungsregime verknüpft, so ist im Betrieb der Versorgenden darauf zu sehen, dass er mit dem Case Management optimal auf den Bedarf der Adressaten und Adressatinnen eingestellt wird.

Zu einem zentralen Case Management wird also stets ein patienten- beziehungsweise klientenbezogenes Case Management kommen müssen. Auf die eine wie auf die andere Weise wird Regie geführt. Damit verbinden sich Finanzierungsfragen. Generell ist der Aufwand unter den Regiekosten abzurechnen. In der Finanzierungsstrategie von Leistungsträgern lassen sie sich einem Globalbudget zuordnen. Soweit bei den Sozialleistungen eine Umstellung von *Objektförderung* auf *Subjektförderung* erfolgt, ist bei einem Persönlichen Budget darauf zu sehen, ob und wie die Kosten für das Case Management eingerechnet oder herausgerechnet werden. Hier ist vieles noch offen und hängt von den weiteren Reformen im Sozial- und Gesundheitswesen ab. Insgesamt stellt das Case Management ein Instrument sozialen Haushaltens dar: des Haushaltens von Sozialleistungsträgern wie von Leistungserbringenden.

Eigene Fachlichkeit und professionelle Zuordnung

Für die Aufgaben, die das Case Management zu erfüllen hat, kommt ihm eine eigene *Fachlichkeit* zu. Über ihre Inhalte wird in der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) berufsübergreifend diskutiert (Wendt 2007). Das Fachgebiet lässt sich gewiss auch einer *Fachsozialarbeit* zuordnen, allerdings wird berufspolitisch gegenwärtig wenig getan, in einer generalistisch veranlagten Sozialen Arbeit eine fachliche Differenzierung zu fördern. Klinische Sozialarbeit geht diesen Weg mit Mühe; andere Fachgebiete wie Schuldnerberatung oder Mediation verselbstständigen sich lieber beruflich, als sich auf eine spezifische Fachlichkeit in der Sozialen Arbeit zu verstehen. Im Case Management kommt zu der Fehleinschätzung von Sozialberuflern, es handele sich bei ihm um eine neoliberal der Profession aufgedruckte Formalisierung des

Handelns, das Faktum hinzu, dass sich verschiedene andere Berufsgruppen auf das Verfahren verstehen. Sie nehmen es für ihre jeweilige Praxis in Besitz, ordnen es ihr allerdings auch nur als ein zusätzliches Instrumentarium zu.

In dieser Situation, in der nicht erwartet werden kann, dass die beteiligten Humanberufe für ein einheitliches, berufsübergreifendes Verständnis und ein konsistentes Profil von Case Management sorgen, muss es seine Fachlichkeit in „eigener Zucht“ entwickeln. Dafür tritt die DGCC ein. Sie betreibt einen Diskurs über das generelle Handlungskonzept und die „Essentials“ des Verfahrens und bietet ein Forum, in dem sich disziplinunabhängig an der Profilierung des Case Managements in Theorie und Praxis arbeiten lässt. Case Manager und Managerinnen benötigen eine transdisziplinär ausgebildete Urteilskraft in der Kommunikation mit Leistungsberechtigten und Nutzenden wie mit den Akteuren und Akteurinnen unterschiedlicher Profession im System der Versorgung. Für sie und mit ihnen zusammen disponieren sie über Prozesse zum Erreichen von (sozialen und gesundheitlichen) Wohlfahrtszielen. Case Managerinnen und Manager werden zu Wegbereitenden und Arrangierenden, und für diese Aufgabenstellung brauchen sie eine spezifische fachliche Kompetenz in ihrem beratenden Handeln und in ihren Netzwerkaktivitäten.

Die Spezifik einer Problembehandlung bleibt der Expertise von Ärzten, Pflegefachkräften, Psychologen, Pädagogen und anderen humanberuflich Tätigen anheim gestellt. Das Case Management hebt sich in seinem Charakter von der besonderen Kunstfertigkeit dieser Berufe ab. Es ist transdisziplinär dafür zuständig, einem komplexen Bedarf an Versorgung, Behandlung oder Unterstützung auf Wegen eines zielgerichteten Zusammenwirkens abzuhelpen. Das dafür erforderliche Wissen und Können ist Inhalt der Fachlichkeit, die dem Case Management eigen ist. Natürlich wird dazu Kompetenz im jeweiligen humanberuflichen Handlungsbereich gebraucht; deshalb bleibt eine entsprechende Grundausbildung unerlässlich.

Die gemeinte Fachlichkeit entwickelt sich mit der Aufgabenerfüllung. Ging es anfangs darum, die Ressourcen des Hilfesystems auf den Bedarf einzelner Klienten und Klientinnen hin zu erschließen und „passgenau“ für den Bedarf im Einzelfall heranzuziehen, geht es inzwischen um Arrangements, in denen das Geschehen in den Strukturen der Versorgung mit individuellen Lebensbewältigungsprozessen abgestimmt wird. Die fachliche Kompetenz im

Case Management besteht in dem Vermögen, die Gegebenheiten in der individuellen Lebenslage unabhängig von der Spezifik von Problemen in formelle und informelle Lösungsmöglichkeiten übersetzen zu können. Eine Fallführung berücksichtigt die Lebensweise von Personen und die Erbringungsweise der Dienstleistenden, um die Praxis der einen an die Praxis der anderen heranzuführen. Nutzende „arrangieren sich“ und Anbietende „arrangieren sich“; letztere nicht nur fallweise, sondern auch in einem fallübergreifenden Anpassungsprozess.

Die Ausbreitung des Case Managements über weite Bereiche der humandienstlichen Versorgung bei Leistungsträgern und bei Leistungserbringenden bedeutet für die soziale Profession, dass sie das Verfahren nicht für sich allein beanspruchen kann. Es ist über ein Unterstützungskonzept für die sozialarbeiterische Praxis hinausgewachsen. Es kommt an Stellen zum Einsatz, wo auch darüber entschieden wird, ob Sozialarbeiterinnen, Pflegefachkräfte, Ärzte oder andere Berufsgruppen bei einer Fallgruppe und im Einzelfall heranzuziehen sind. Zwar lässt sich dieses Aushandeln und Disponieren durchaus einem weit gefassten Verständnis von Sozialer Arbeit zurechnen, nur folgt daraus nicht, dass stets Sozialprofessionelle die fraglichen Positionen besetzen.

Angesiedelt „between equity and empathy“ (Banks 2007), brauchen Case Managerinnen und Manager ihre sozial- oder humanberufliche Grundqualifikation, um die Menschen zu verstehen und um auf sie und ihre Situation angemessen eingehen zu können. Darüber hinaus müssen sie für „das Machbare“ kompetent sein und es (im Sinne von equity) „billig er-messen“. Unter rechtlichen, ökonomischen und administrativen Gesichtspunkten sind individuelle Arrangements der Problembewältigung „manageable“. Für sie werden Sozialleistungen herangezogen, um sich mit persönlicher Selbstsorge zu verbinden. Für diesen Prozess der Faktorkombination in der fallweisen Problemlösung und Realisierung von Wohlfahrt sind Case Managerinnen und Manager zuständig und dafür sollten sie ausgebildet sein.

Die Richtung der Ausbildung

Das Case Management schafft keinen neuen Beruf, aber es bringt wie beschrieben eine eigenständige Fachlichkeit im humandienstlichen Kontext mit sich. Die DGCC hebt in ihren Standards auf sozial- und humanberuflich ausgebildete und im Praxisfeld dieser Berufe erfahrene Fachkräfte ab, die nach einer Weiterbildung als Case Managerinnen und Case Manager zertifiziert werden. Es kann dann heißen: „Ich bin von Beruf Sozialarbeiterin und ich bin als

Case Managerin tätig“. Die von der DGCC gesetzten Standards der Qualität im Case Management werden weithin anerkannt und entsprechen internationalen Kriterien. Nach ihnen sind in den USA mehrere zehntausend Case Manager und Managerinnen zertifiziert. Jedes Jahr kommen dort 2000 Certified Case Manager hinzu, die seitens der Case Management Society of America anerkannt werden, neben weiteren zertifizierenden Organisationen.

Betrieben werden kann das Case Management auch ohne extra dafür vorgesehenen Case Managerinnen und Manager. An vielen Stellen wird gemäß dem Verfahren unter Einbeziehung des fallbearbeitenden Personals gearbeitet, das eine entsprechende Fortbildung erhält. Sie erfolgt gegenwärtig in großem Umfang bei den Agenturen für Arbeit, den ARGEN und in den mit dem Eingliederungsmanagement nach SGB XII befassten Sozialämtern. In ihnen nennen sich dann Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter auch Case Manager, ohne dass es sich hier um zertifizierte Fachkräfte handelt.

Mit der Implementierung des Case Managements in vielen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens, der Beschäftigungsförderung und des Versicherungswesens benötigen sowohl Leitungskräfte, die in den Organisationen eine Struktur- und Prozessverantwortung haben, eine auf das Verfahren gerichtete Qualifizierung als auch alle jene Mitwirkenden im Prozess der Leistungserbringung, die zwar nicht für das Case Management im Ganzen kompetent sind, aber an seiner Durchführung teilhaben. Auch sie sollten hinreichend über das Verfahren und ihre Funktion in ihm unterrichtet sein. Der Erfolg des Verfahrens hängt vom Einsatz des mit ihm befassten Personals insgesamt und nicht allein vom Handeln zertifizierter Case Managerinnen und Manager ab.

Für die Ausbildung und Weiterbildung der Beteiligten empfiehlt es sich, Kompaktangebote zur Qualifizierung (von Mitwirkenden) im Case Management neben dem Curriculum für angehende Case Managerinnen und Manager vorzuhalten. Einschlägig für die inhaltliche Füllung der Bildungsangebote sind die ursprünglich von der Fachgruppe Case Management der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit in Kooperation mit dem Deutschen Berufsverband für Soziale Arbeit und dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe erarbeiteten, jetzt von der DGCC vertretenen Weiterbildungsstandards (*Standards* 2005) sowie die „Empfehlungen des Deutschen Vereins zu Qualitätsstandards für das Fallmanagement“ (*Deutscher Verein* 2004). Für die Vertretung eines fachlich ausgeprägten Case Managements

dürfte in Zukunft ein Masterstudiengang an den Hochschulen die angemessene Basis sein. Die Module dieses Studiums müssten sich auf die Ebenen der *Methode*, der *Organisation* und der *Politik* beziehen und zum Inhalt haben:

- ▲ Lebens- und Problemlagen als Gegenstand des Sorgens von Menschen;
- ▲ Systematik humandienstlicher Versorgung;
- ▲ Bedarfsklärung, Planung und Prozessmanagement;
- ▲ Kompetenzen in Kommunikation und Beratung;
- ▲ Recht der Sozialleistungen und sozialwirtschaftliche Leistungssteuerung;
- ▲ Netzwerkarbeit, Infrastrukturentwicklung und Ressourcenerschließung sowie
- ▲ Informationsmanagement und Berichterstattung.

In allen genannten Bereichen ist auf der politischen Makroebene, der organisationalen Mesoebene und der Mikroebene methodischen Vorgehens eine Dynamik gegeben, die es im Konzept des Case Managements und in der Ausbildung für nachvollzogen gehört. Wenn Case Managerinnen und Manager change agents for care giving sind, dann sind sie es sowohl im Hinblick auf die Probleme der Klientel wie in Beziehung auf Formate der Versorgung und auf das Verfahren selbst. Sie begeben sich damit in ein Feld von Konflikten, in denen um die Zukunft der sozialen und gesundheitlichen Versorgung gerungen wird, und müssen beweisen, dass sie ihre Rolle mit Erfolg auszufüllen verstehen.

Literatur

- Banks, Sarah:** Between Equity and Empathy. Social Professions and the New Accountability. In: Social Work & Society, Festschrift Walter Lorenz, 5/2007
- Deutscher Verein** für öffentliche und private Fürsorge: Empfehlungen des Deutschen Vereins zu Qualitätsstandards für das Fallmanagement. In: Nachrichtendienst des DV 5/2004, S. 149-153
- Galuske, Michael:** „Wenn Soziale Arbeit zum Management wird ...“. In: Krauß, E. Jürgen u. a. (Hrsg.): Soziale Arbeit zwischen Ökonomisierung und Selbstbestimmung. Kassel 2007
- Hansen, Eckhard:** Das Case/Care Management. In: Neue Praxis 2/2005, S. 107-125
- Sachverständigenrat** zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Bonn 2007
- Standards** und Richtlinien für die Weiterbildung. In: Löcherbach, P. u. a. (Hrsg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. München 2005, S. 248-253
- Wendt, Wolf Rainer:** State of the art: Das entwickelte Case Management. In: Wendt, W.R. u. a. (Hrsg.): Case Management in der Entwicklung. Heidelberg 2006, S. 1-42
- Wendt, Wolf Rainer:** Editorial. Die eigene Fachlichkeit im Fokus. In: Case Management 1/2007, S. 1-2

Neu erschienen – Klinische Sozialarbeit

Dieses Buch soll dazu beitragen, Klinische Sozialarbeit in Deutschland deutlich als eine eigenständige Fachsozialarbeit zu profilieren, die sich in der Behandlung von sozio-psychosomatisch zu verstehenden Störungen, Erkrankungen und Behinderungen entfaltet.



Mit dem Ziel, die besonderen fachlichen Kompetenzen von klinischen Sozialarbeiter(inne)n herauszustellen, werden von den beteiligten Autor(inn)en Grundlagen und Konzepte der Klinischen Sozialarbeit vorgestellt, Praxisfelder beleuchtet sowie Perspektiven zur Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit aufgezeigt. Das Buch wendet sich an Leser(innen), die sich für das Anliegen und das besondere Hilfef Potenzial Klinischer Sozialarbeit interessieren, insbesondere aber an Wissenschaftler(innen), Praktiker(innen) und Studierende der Sozialen Arbeit.

Karlheinz Ortmann,
Dieter Röh (Hrsg.)
Klinische Sozialarbeit
Konzepte – Praxis – Perspektiven
2007, ca. 220 Seiten
ca. € 20,00/SFr 35,50
ISBN 978-3-7841-1786-7

Ich (Wir) bestelle(n) gegen Rechnung

..... Ex. Ortmann/Röh, Klinische Sozialarbeit

€ 20,00/SFr 35,50

.....
Name, Einrichtung

.....
Straße, Hausnummer

.....
Postleitzahl, Ort

.....
E-Mail-Adresse (Ich bin damit einverstanden, dass Sie mich über Ihre Neuerscheinungen informieren)

.....
Datum, Unterschrift

Lambertus-Verlag GmbH · Postfach 1026 · D-79010 Freiburg
Telefon 0761-3 68 25-25 · Telefax 0761-3 68 25-33
info@lambertus.de · www.lambertus.de

Lambertus
sozial, kompetent

► Allgemeines

Länderspiegel Bürgerstiftungen 2007. Die Entwicklung der Bürgerstiftungen in Deutschland hat ihren bisherigen Höhepunkt erreicht. In jeder Arbeitswoche wurde innerhalb des letzten Jahres im Schnitt eine neue Bürgerstiftung gegründet, damit gab es 46 Neugründungen im Jahr 2006. Insgesamt sind in mehr als 196 Städten, Gemeinden und Regionen Bürgerstiftungen aktiv (Stichtag 31. August 2007). Zu diesen Ergebnissen kommt die Aktive Bürgerschaft in ihrem „Länderspiegel Bürgerstiftungen Fakten und Trends 2007“, den sie zum „Tag der Bürgerstiftungen“ am 1. Oktober 2007 vorlegte. Der Länderspiegel dokumentiert Bürgerstiftungen in Deutschland sowie in den einzelnen Bundesländern. Er analysiert wesentliche Entwicklungen und gibt Auskunft über Vermögensdaten ebenso wie über den Zugang der Bevölkerung zu dieser Art von Stiftungen. Weitere Informationen unter <http://www.aktive-buergerschaft.de/vab/informationen/ratgeber/Hlae>. *Quelle: Aktive Bürgerschaft@ktuell – Newsletter 70.2007*

Deutlich längere Dauer bis zum Ausbildungseinstieg. Ausbildungsanfängerinnen und -anfänger unter 18 Jahren sind zu einer Minderheit geworden, denn Haupt- und Realschulabsolvierende benötigen immer mehr Zeit, bis ihnen der Einstieg in die Lehre gelingt. Besondere Probleme haben diejenigen mit weniger guten Noten, und dies vor allem in Regionen mit schlechter Lage auf dem Ausbildungsmarkt. Aber auch das Geschlecht, die soziale Einbindung der Jugendlichen vor Ort sowie ihre familiäre Herkunft beeinflussen die Übergangszeit. Maßgebliche Ursachen für dieses Phänomen sind das qualitative und quantitative Auseinandergehen zwischen Angebot und Nachfrage: Die Ausbildungsanforderungen nahmen zu, doch die Ausbildungsreife der Jugendlichen sank aus Sicht von Experten und Expertinnen. Der Umfang des bereitgestellten Ausbildungsplatzangebots nahm ab, aber die Zahl der Schulabgehenden wuchs. Bereits seit mehreren Jahren gibt es selbst für ausbildungsreife Bewerbende zu wenig Lehrstellen. Seit dem Jahr 2006 entspannt sich die Situation wieder etwas, jedoch verharrt die Zahl der Altbewerberinnen und -bewerber weiterhin auf hohem Niveau. *Quelle: BIBB Report 2.2007*

Vielfalt fördern – Zusammenhalt stärken. Das Berliner Integrationskonzept. Hrsg. Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales. Eigenverlag. Berlin 2007, 145 S., kostenlos *DZI-D-8092*

Das im Juli 2007 vom Senat beschlossene Integrationskonzept „Vielfalt fördern – Zusammenhalt stärken“ legt die Ziele der Berliner Integrationspolitik für die kommenden Jahre fest. Entwickelt wurde es aus dem ersten Integrationskonzept für die Stadt aus dem Jahr 2005. Herzstück des Konzepts sind acht zentrale Handlungsstrategien, die für den Erfolg der Integrationspolitik ausschlag-

gebend sind, zum Beispiel berufliche Integration und Integration durch Bildung. Sie sind jeweils mit einer Zielstruktur, spezifischen Handlungsfeldern, Leitprojekten und Indikatoren zur Überprüfung der Ergebnisse untersetzt. Der Kooperation zwischen Senat und Bezirken ist ein eigenes Kapitel gewidmet. Ergänzt wird das Integrationskonzept durch Statistiken mit aktuellen Integrationsdaten. Bestellanschrift: Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales, Der Beauftragte des Senats von Berlin für Integration und Migration, Potsdamer Straße 65, 10785 Berlin, Tel.: 030/90 17 23 51, Fax: 030/90 17 23 20, E-Mail: Integrationsbeauftragter@auslb.verwalt-berlin.de

Kombilohnstellen. Die Caritas in Nordrhein-Westfalen (NRW) will nicht nur bis Ende des Jahres 2007 mindestens 500 neue Kombilohnstellen in ihren Diensten und Einrichtungen schaffen, sondern setzt sich für diese mit einer Selbstverpflichtungserklärung auch eigene Qualitätsmaßstäbe. Darin wird unter anderem festgelegt, dass die Eingruppierung innerhalb der Arbeitsvertragsrichtlinien des Deutschen Caritasverbandes erfolgen soll, so dass der Verdienst in jedem Fall über dem Arbeitslosengeld II liegt. Damit soll deutlich gemacht werden, dass nach dem Anspruch dieses Kombilohnmodells benachteiligte Menschen in Arbeit gebracht werden sollen. Gefordert wird auch beim Kombilohn, dass eine fachliche und gegebenenfalls sozialpädagogische Begleitung der Beschäftigten gewährleistet ist. Außerdem sollen die Tätigkeitsbereiche so angelegt sein, dass sie die Mitarbeitenden in ihrer Persönlichkeit fördern und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben unterstützen. *Quelle: caritas in NRW 4.2007*

► Soziales

Vereinte Nationen: Rechte behinderter Menschen.

Am 30. März 2007 hat Deutschland das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte behinderter Menschen unterzeichnet, ein völkerrechtlicher Vertrag, der bestehende Menschenrechte auf die Lebenssituation Behinderteter zuschneidet. So finden sich das Recht auf Leben oder das Recht auf Freizügigkeit im Vertragstext wieder. Dem Großteil der weltweit rund 650 Mio. behinderter Menschen wird mit dem Übereinkommen erstmalig ein Zugang zu universell verbrieften Rechten ermöglicht und eröffnet ihnen zudem das Recht, sich an den Vertragsausschuss zu wenden, wenn der innerstaatliche Rechtsweg erfolglos war. In Deutschland erwartet das Bundesministerium für Arbeit und Soziales von dem Übereinkommen wichtige behindertenpolitische Impulse, etwa für die Bereiche Barrierefreiheit, Rehabilitation und Bildung. *Quelle: ZB-Zeitschrift – Behinderte Menschen im Beruf 3.2007*

Hartz-IV-Empfangende und Autobesitz. Autos von Menschen, die Leistungen gemäß Hartz IV erhalten, dürfen einen Wert von 7 500 Euro nicht überschreiten. Diese Grenze hat das Kasseler Bundessozialgericht im September 2007 in einem Musterverfahren gezogen und damit das bisherige Limit deutlich angehoben. Bislang hatten die Behörden zumeist eine Grenze bei etwa 5000 Euro gesehen. „7 500 Euro pauschal können als angemessen betrachtet werden. Liegt der Wert darüber, kann er ohne weitere Prüfung als unangemessen gelten“, hieß es in der Urteilsbegründung (AZ: B 14/7b AS 66/06 R). Die Bundesrichter und -richterinnen orientierten sich an der Kraft-

fahrzeughilfverordnung, die einen Wert von 9 500 Euro für die Autos behinderter Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer festsetzt. Da der Gesetzgeber den Lebensstandard der unteren 20 % der Bevölkerung für die Hartz-Empfangenden zugrunde gelegt habe, sei ein Wert von 7 500 Euro angemessen. Ist das Auto teurer, müsse es als Vermögen gelten. Die öffentliche Hand könne dann auf Verkauf drängen oder das Arbeitslosengeld verweigern. *Quelle: SoVD Zeitung 10.2007*

Gegen Armut und Ausgrenzung in Europa. Der Deutsche Verein hat sich an einer EU-Initiative zur Bestandsaufnahme der sozialen Wirklichkeit in Europa beteiligt und Daten und Fakten zur sozialen Lage von Problemgruppen in Deutschland vorgelegt. „Auch Armut und Ausgrenzung sind Teil der sozialen Wirklichkeit in Deutschland,“ so Wilhelm Schmidt, Präsident des Deutschen Vereins. „Im europäischen Einigungsprozess dürfen diejenigen sozialen Gruppen nicht vergessen werden, die am stärksten von Globalisierung und sozialen Veränderungen betroffen sind.“ Der Deutsche Verein fordert nachhaltige Strategien gegen Armut und Ausgrenzung auf nationaler und europäischer Ebene. Nur solche Entwicklungen in der Europäischen Union, die die Polarisierung von Arm und Reich zu stoppen vermögen, seien gelungen und zukunftsweisend. *Quelle: Pressemitteilung des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge vom Oktober 2007*

Stiefeltern und erhöhter Beitrag zur Pflegeversicherung. Seit dem Jahr 2005 gilt, dass kinderlose Menschen ab 23 Jahren einen um 0,25 Prozentpunkte erhöhten Beitrag zur gesetzlichen Pflegeversicherung zu zahlen haben. Dabei kommt es nach dem Gesetz bei Stiefeltern nicht auf das Alter der Kinder oder die tatsächliche Erziehungsleistung der Eltern an. Das sahen die Pflegekassen bislang anders und bestimmten in ihren Satzungen, dass Stiefeltern den Zusatzbeitrag aufbringen müssten, wenn ihre Stiefkinder 23 Jahre oder älter sind. Zu Unrecht, wie das Bundessozialgericht im Juli 2007 befand. Im zu entscheidenden Fall ging es um eine 60-jährige Frau, der durch Heirat zwei Stiefkinder im Alter von 38 und 40 Jahren zugeordnet sind. Dass die Klägerin keinerlei Erziehungs- oder Betreuungsleistungen erbracht hat, spiele keine Rolle. Allein die Eigenschaft als Stiefelternteil befreie sie von der erhöhten Beitragszahlung, urteilten die Richterinnen und Richter. Geregelt wird dies im § 55 Abs. 3 des Sozialgesetzbuches XI. Dort bezieht sich der Gesetzgeber auf die Elterndefinition „des § 56 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und Abs. 3 Nr. 2 und 3 des Ersten Buches“. Und dort ist vom Alter der Kinder nicht die Rede (AZ.: B 12 P 4/06 R). *Quelle: SoSi plus, Informationsdienst Soziale Sicherheit 9.2007*

Sachsen: 500 000 EUR zusätzlich für Langzeitarbeitslose. „Im kommenden Jahr werden für die Unterstützung von Langzeitarbeitslosen, die sich im gemeinnützigen und öffentlichen Bereich sinnvoll betätigen wollen, zusätzlich 500 000 EUR bereitgestellt“, teilte die Sächsische Sozialministerin Helma Orosz im Oktober dieses Jahres mit. Die Gewährung von pauschalen Aufwandsentschädigungen an im öffentlichen Interesse engagierte Langzeitarbeitslose hat in diesem Bundesland eine langjährige Tradition. Auch zukünftig können Beziehende von Hartz-IV-Leistun-

gen über die Förderung von Kleinvorhaben zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und des sozialen Zusammenhalts nach der neuen ESF-Richtlinie bei sinnvollen zusätzlichen Tätigkeiten im öffentlichen Interesse finanziell unterstützt werden. Nach ihr erhalten Langzeitarbeitslose für ein Engagement im Umfang von 14 Stunden eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 19,50 Euro. Diese wird nicht auf die Grundsicherung für Arbeitsuchende angerechnet.

Quelle: Pressemitteilung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales 148/07

► Gesundheit

Demenz und geistige Behinderung. Demenzielle Erscheinungsbilder bei Menschen mit geistiger Behinderung sind eine Herausforderung für das betreuende Umfeld. Zum einen, weil die ersten Anzeichen bei dieser Personengruppe oft schwer zu erkennen sind. Zum anderen, weil die bisherigen pädagogischen Konzepte der Behindertenarbeit den Betroffenen nicht gerecht werden. Deshalb hat die Kieler Stiftung Drachensee mit Unterstützung der Aktion Mensch die Situation dementer Menschen mit geistiger Behinderung erforscht. In einem dreijährigen Projekt wurden Interviews mit Betroffenen, Betreuenden und in Wohnheimrichtungen Tätigen geführt. Entsprechend den Ergebnissen gestaltete das Projektteam Wohnkonzepte und Mitarbeiterschulungen. Die Krankheit tritt bei Menschen mit Down-Syndrom häufiger und bis zu 30 Jahren früher als bei anderen auf. Von den ersten Anzeichen bis hin zur Diagnose vergehen oft Jahre. Frühzeitig erkannte Symptome können durch Training oder Medikamente gemildert werden. *Quelle: Menschen 4.2007*

Wenn Frauen rauchen. Rauchen bleibt die häufigste einzelne Ursache von vermeidbaren Todesfällen. Während in Europa inzwischen die Zahl der an Lungenkrebs erkrankten Männer zurückgeht, steigt die der Frauen. So ist bei 60 % der Frauen mit dieser Diagnose die Erkrankung auf das aktive Rauchen zurückzuführen. Das Risiko steigt mit der Anzahl der täglich konsumierten Zigaretten und der Dauer des Rauchens. Die Behandlung von Lungenkrebs ist schwierig und verläuft oft nicht günstig. Schon fünf Jahre nach der Diagnose leben nur noch 5 % der Erkrankten. Mit dem Rauchen aufzuhören, ist immer noch der beste Schutz und mindert das Erkrankungsrisiko. Bereits zehn Jahre nach dem Rauchstopp entspricht das Lungenkrebsrisiko wieder dem von Nichtrauchernden. *Quelle: tag – Zeitschrift der Knappschaft 4.2007*

Krebsatlas Berlin 2002-2004. Inzidenz und Mortalität. Hrsg. Gemeinsames Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen. Selbstverlag. Berlin 2007, 250 S., kostenlos *DZI-D-8075*

Der vorliegende Bericht liefert eine Grundausswertung der Krebsneuerkrankungs- und Krebssterblichkeitsdaten der Jahre 2002 bis 2004 für das Land Berlin. Dabei wird neben einer gesamtberliner Darstellung der Neuerkrankungs- und Mortalitätsraten auch auf bezirksspezifische Kennzahlen eingegangen. Ein Novum ist die in diesem Bericht vorgenommene Auswertung und Darstellung von Krebsneuerkrankungen auf kleinräumiger Ebene unterhalb der Bezirksstruktur sowie die Untersuchung der Korrelation zwischen dem sozialen Status und der Krebsinzidenz. Die

Ergebnisse stellen einen ersten Einstieg in die räumliche Analyse von Krebserkrankungen dar und sollen eine sozialräumliche Ausdifferenzierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention ermöglichen. Bestellschrift: Gemeinsames Krebsregister, Brodauer Str. 16/22, 12621 Berlin, Tel. 030-56 58 14 01

Nur wenige gehen zur Darmspiegelung. Bis Ende des Jahres 2005 nutzten rund 1,7 Mio. gesetzlich Versicherte das Angebot einer für Versicherte kostenfreien Darmspiegelung (Koloskopie) zur Krebsfrüherkennung. Seit dem Jahr 2002 haben alle über 55-Jährigen Anspruch auf diese Untersuchung. Doch nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Felix Burda Stiftung lassen nur 10,2 % der berechtigten Frauen und 8,8 % der berechtigten Männer die Koloskopie vornehmen. Im Jahr 2005 unterzogen sich knapp 550 000 Versicherte dieser vorsorgenden Untersuchung. *Quelle: G + G – Gesundheit und Gesellschaft 9.2007*

Tiergestützte Therapie bei Schmerzbehandlung. Das National Cancer Institut (NCI) und die National Institutes of Health in den USA haben die Mittel für eine klinische Studie bewilligt, um die Wirkung tiergestützter Therapie in Kombination mit einer Freizeittherapie auf die Schmerzbehandlung von Krebskranken zu erforschen. Untersucht wird dabei der Effekt der beiden Therapien auf das Schmerzempfinden und den Gebrauch von Schmerzmitteln. Die Betroffenen werden an einer 20-minütigen tiergestützten Therapie teilnehmen, auf die am nächsten Tag eine Sitzung mit einem Freizeittherapeuten folgt. Eine Referenzgruppe wird die Therapieeinheiten in umgekehrter Reihenfolge erhalten. Neben Befragungen nach der Befindlichkeit mittels der Edmonton Symptom Assessment-Skala werden Speichel-Cortisol und Endorphin gemessen. Ergebnisse der Studie sind nicht vor 2008 zu erwarten. *Quelle: Mensch & Tier 2.2007*

► Jugend und Familie

Mehr Förderung für die Freiwilligendienste. Im Rahmen der Regierungsinitiative „Zivilgesellschaft stärken“ will die Bundesregierung die Förderung von Jugendfreiwilligendiensten verbessern. Der dazu vorliegende Gesetzentwurf (16/6519) fasst die bisher geltenden Regelungen zur Förderung eines freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahres zusammen. Damit werde klargestellt, so die Regierung, dass die Einsatzstelle im Rahmen des inländischen Jugendfreiwilligendienstes Vertragspartnerin der Freiwilligen sein kann. Da die Einsatzzeiten flexibilisiert wurden, habe man die Bezeichnungen freiwilliges soziales und freiwilliges ökologisches Jahr durch die Begriffe freiwilliger sozialer und freiwilliger ökologischer Dienst ersetzt. *Quelle: Das Parlament 42.2007*

Mehrgenerationenhäuser. Das Bundesfamilienministerium hat bisher 455 Mehrgenerationenhäuser in die Förderung aufgenommen. Damit ist das Ministerium seinem Ziel, in jedem Kreis und in jeder kreisfreien Stadt mindestens ein Mehrgenerationenhaus entstehen zu lassen, einen großen Schritt näher gekommen. Durch Fördermittel des Europäischen Sozialfonds wird die Gesamtzahl der Häuser von zunächst geplanten 439 auf insgesamt 500 erhöht; die Fördersumme steigt somit auf 100 Mio. Euro. In der

jetzt beendeten zweiten Ausschreibungsphase haben rund 250 Häuser durch ihre Konzepte und Angebote überzeugt, sie sind nun Teil des bereits bestehenden bundesweiten Netzwerkes der Mehrgenerationenhäuser. Die bereits bestehenden Häuser bilden landesweit eine Struktur von Einrichtungen, die für alle Generationen offen sind. Orte, an denen sich die Generationen im Alltag begegnen, und ein sich selbst tragender Markt an familienunterstützenden und generationsübergreifenden Dienstleistungen entstehen. In dieses Netzwerk werden lokale Firmen, Vereine und Verbände sowie viel bürgerschaftliches Engagement eingebunden. Über einen Zeitraum von fünf Jahren erhalten die ausgewählten Häuser jährlich 40 000 Euro, werden durch eine Serviceagentur beraten, vernetzt und in ihren Wirkungen wissenschaftlich begleitet. *Quelle: Pressemitteilung des Bundesfamilienministeriums 240/ 2007*

Enkel müssen gehorchen. Wenn Eltern die Großeltern bitten, die Enkelkinder zu hüten, so „übertragen“ sie damit vorübergehend die elterliche Sorge an die Großeltern, also die Pflicht und das Recht, das Kind zu pflegen, zu erziehen, zu beaufsichtigen und seinen Aufenthalt zu bestimmen. Solange Enkelkinder nicht volljährig sind, müssen sie den Großeltern gehorchen, wenn diesen von den Eltern die Aufsicht übertragen wurde. Ganz wichtig: Die private Haftpflichtversicherung der Eltern springt nicht ein, wenn die Großeltern wegen ihrer Enkelkinder Schadenersatz zahlen müssen, da hilft nur eine eigene Versicherung der Großeltern. *Quelle: VdK Zeitung 10.2007*

Den Wandel gestalten. Gemeinsame Wege zur integrierten Jugendhilfe- und Schulentwicklungsplanung. Hrsg. Landschaftsverband Westfalen-Lippe. Selbstverlag. Münster 2007, 88 S., 10,- *DZI-D-8018*

Verschiedene Untersuchungen – nicht nur PISA – haben in den letzten Jahren aufgezeigt, dass in keinem anderen vergleichbaren Land ein so enger Zusammenhang zwischen sozialer Herkunft und Bildungserfolg besteht wie in Deutschland. Dies zu ändern, werden Jugendhilfe und Schule nur gemeinsam bewältigen können. So müssen Bildungskonzepte, -prozesse und -angebote miteinander verbunden und aufeinander abgestimmt werden. Das LWL-Landesjugendamt Westfalen hat bereits im Jahr 2005 und Anfang 2006 das Thema „integrierte Jugendhilfe- und Schulentwicklungsplanung“ auf drei seiner Tagungen aufgegriffen. Die Broschüre beinhaltet eine Komprimierung der zentralen Beiträge dieser Fachtagungen. Bestellschrift: LWL-Landesjugendamt Westfalen, 48133 Münster E-Mail: alicia.schmidt@lwl.org, Fax: 02 51/ 591-275

Kooperationsverbund Jugendsozialarbeit gegründet. Verbände und Organisationen der Jugendsozialarbeit auf Bundesebene wollen ihr Engagement für benachteiligte junge Menschen koordinieren und stärken. Im neuen Kooperationsverbund arbeiten sieben bundesweite Organisationen zusammen: die Arbeiterwohlfahrt, die Bundesarbeitsgemeinschaft Evangelische Jugendsozialarbeit, die Bundesarbeitsgemeinschaft Katholische Jugendsozialarbeit, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Örtlichen Regionalen Träger der Jugendsozialarbeit, der Paritätische Wohlfahrtsverband, das Deutsche Rote Kreuz und der Internationale Bund. Dieser Verbund dient der Koordination gemeinsamer jugendpolitischer Vorhaben und fachlicher Po-

sitionierungen innerhalb des Tätigkeitsfeldes der Jugendsozialarbeit. Ziel ist es, die Lobbyarbeit für benachteiligte junge Menschen in Gesellschaft und Politik fachlich fundiert weiter zu intensivieren. Viele dieser Jugendlichen sind aufgrund multipler Problemlagen den steigenden Anforderungen von Schule und Arbeitsmarkt kaum gewachsen. Ohne qualifizierte Unterstützung haben sie nur sehr wenige Chancen, eine Ausbildung abzuschließen und erfolgreich in das Berufsleben einzusteigen. Weitere Informationen: Kooperationsverbund Jugendsozialarbeit, Stabsstelle, Chausseestraße 128/129, 10115 Berlin, Tel.: 030/28 87 89-535

E-Mail: kooperationsverbund@jugendsozialarbeit.de

► Ausbildung und Beruf

BruttoSozialPreis 2007. Anfang November 2007 startete die neue Runde des BruttoSozialPreises, des bundesweit einzigen Nachwuchswettbewerbs im Bereich Sozialmarketing. Vom 3. November bis zum 8. Dezember 2007 werden 70 Studierende in zehn interdisziplinären Teams Kommunikationskampagnen erarbeiten, die auf das Engagement der Organisation „Transparency International Deutschland“ aufmerksam machen sollen. Das Team mit der überzeugendsten Idee wird im Rahmen einer abschließenden Gala von einer namhaften Jury gekürt und die Kampagne der Gewinnenden wird umgesetzt. Der BruttoSozialPreis 2007 stellt die Frage „Was nutzt das Gute in Gedanken?“ und spricht damit alle an, die den Gedanken Taten folgen lassen und mit ihrem ehrenamtlichen Engagement zeigen, dass es sich lohnt, gesellschaftliche Verantwortung zu

übernehmen. Informationen: www.bruttosozialpreis.de.
Quelle: Info 10/07 der Bank für Sozialwirtschaft

Jubiläumsaktion der Akademie Remscheid. Im kommenden Jahr wird die Akademie Remscheid 50 Jahre alt. Aus diesem Anlass schenkt die Geschäftsführung des Hauses allen, die im Jahr 2008 mit ihr gemeinsam den 50. Geburtstag feiern, 50 % der Kursgebühr. Wer im Jahr 1958 geboren ist und sich für einen oder mehrere Kurse anmeldet, bezahlt also nur die Hälfte der jeweiligen Kursgebühr. Das gilt allerdings nur für das Kalenderjahr 2008. Bei mehrteiligen Fortbildungen ist davor und danach wieder die volle Gebühr zu entrichten. Quelle: Pressedienst der Akademie Remscheid 10.2007

Sozialer Sektor im Wandel. Zur Qualitätsdebatte und Beauftragung von Sozialer Arbeit. Hrsg. EQUAL EntwicklungspartnerInnenenschaft Donau – Quality in Inclusion. edition pro mente. Linz 2007, 367 S., kostenlos
DZI-D-8081

Das Bundesvergabegesetz 2002 und dessen Adaptierung 2006 bewirkten Veränderungen der in Österreich lange vorhandenen Praxis der „Direktvergabe“ von Aufträgen der Sozialen Arbeit. Ab dem Jahr 2002 wurde im Tätigkeitsfeld des Arbeitsmarktservice damit begonnen, Leistungen, die bis dahin direkt an Organisationen beauftragt wurden (wie Trainings oder Qualifizierungen), auszuschreiben. Die Messbarkeit und Vergleichbarkeit der einzelnen Leistungen rückte damit in den Vordergrund. So wurden im Rahmen des EQUAL-Projektes „Donau – Quality in

Wir denken weiter.

Zum Beispiel mit dem Online-Factoring:

- Extrem günstige Konditionen
- Sichere und schnelle Vorfinanzierung
- Auszahlung innerhalb von zwei Arbeitstagen
- Das Finanzierungsvolumen wächst mit den Umsätzen
- Keine zusätzlichen Sicherheiten notwendig
- Vorteilhafter Einkauf (Skonto)
- Umgehung der Auswirkungen von Basel II

Sprechen Sie uns an. Wir haben die Lösung.

Die Bank für Wesentliches.
www.sozialbank.de



**Bank
für Sozialwirtschaft**

Inclusion“ Qualitätskriterien für den Bereich der Sozialarbeit entwickelt. In intensivem Austausch zwischen Wissenschaft, Praxis und beauftragenden Stellen wurde das komplexe Thema aus verschiedenen Perspektiven bearbeitet. Diese Publikation enthält über 30 Beiträge zu Fragen der Effizienz und Transparenz Sozialer Arbeit, beleuchtet historische Entwicklungen und politisch-rechtliche Rahmenbedingungen, erörtert Grundsätzliches zur Praxis der Sozialarbeit sowie zur Qualitätsdiskussion und enthält zudem philosophische und ethische Diskussionsbeiträge. Bezugsadresse: Fachhochschule St. Pölten, Matthias Corvinusstraße, 3100 St. Pölten, Österreich
E-Mail: getraud.pantucek@fh-stpoelten.ac.at

Helmholtz-Professuren für Seniorforscher und Seniorforscherinnen. Die Helmholtz-Gemeinschaft hat beschlossen, auch jenseits der Altersgrenze von 65 Jahren attraktive Stellen zu schaffen. „Wegen starrer Altersregelungen entscheiden sich einige der produktivsten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, ihre Arbeit im Ausland fortzusetzen“, sagte der Präsident der Helmholtz-Gemeinschaft Jürgen Mlynek. „Wir wollen mit den Helmholtz-Professuren diese Ausnahmepersönlichkeiten halten.“ Eine Helmholtz-Professur soll als besondere Auszeichnung für Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler mit außergewöhnlicher Schaffenskraft und internationaler Reputation eingerichtet werden. Kandidatinnen und Kandidaten dafür werden vom Vorstand eines Helmholtz-Forschungszentrums vorgeschlagen. Ausschlaggebend für die Entscheidung sind die wissenschaftliche Exzellenz und die strategische Bedeutung des Arbeitsgebiets für das jeweilige Helmholtz-Zentrum. Diese Professuren sind grundsätzlich auf drei Jahre befristet und können nur in Ausnahmefällen verlängert werden. Ihre Einrichtung gehört zu den neuen und umfangreichen Maßnahmen der Helmholtz-Gemeinschaft im Talentmanagement. *Quelle: Presseinformation der Helmholtz-Gemeinschaft vom September 2007*

Masterstudiengang Gesundheitsmanagement (MBA) der Universität Hamburg. Der im Sommersemester 2005 eröffnete Masterstudiengang Gesundheitsmanagement an der Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Universität Hamburg ist durch das Akkreditierungs- und Qualitätssicherungsinstitut ACQUIN akkreditiert worden. Der MBA Gesundheitsmanagement, der sich an im Gesundheitsbereich beschäftigte Hochschulabsolventinnen und -absolventen richtet, startet im kommenden Jahr den vierten Durchgang. Eine Informationsveranstaltung dazu findet am 18. Dezember 2007 um 18.30 Uhr in den Räumen der Universität Hamburg, Von-Melle-Park 9, 20146 Hamburg, statt. *Quelle: Pressemitteilung der Universität Hamburg, Institut für Weiterbildung, 10.2007*

Mediation in Wirtschaft und Arbeit. Vom 8. bis 10. Februar 2008 beginnt im Institut Triangel e.V. in Berlin die nächste Ausbildung zur Mediation in Wirtschaft und Arbeit. Sie dauert ein Jahr und wird in neun Wochenendmodulen abgehalten. Information: Institut Triangel e.V., Horstweg 35, 14059 Berlin, Tel.: 030/32 60 93-28, Fax: 030/32 60 93-29, E-Mail: info@Institut-Triangel.de

Tagungskalender

29.11.2007 Solingen. 2. Integrationskongress: Integration braucht Partner – Von der nachholenden zur vorausplanenden Integration. Information: Landesstelle für Aussiedler, Zuwanderer und ausländische Flüchtlinge in Nordrhein-Westfalen, Wellersbergplatz 1, 59427 Unna, Tel.: 023 03/954-301, Fax: 023 03/954-406

30.11.–1.12.2007 Berlin. 13. Kongress Armut und Gesundheit: Teilhabe stärken – Empowerment fördern – Gesundheitschancen verbessern! Information: Kongressbüro Gesundheit Berlin, Friedrichstraße 231, 10969 Berlin, Tel. 030/44 31 90-71, Fax: 030/44 31 90-63
E-Mail: kongress@gesundheitsberlin.de

4.12.2007 Stuttgart. Tagung: Gesundheitliche Chancengleichheit im Alter? Zugangswege aus der Praxis. Information: Regierungspräsidium Stuttgart, Landesgesundheitsamt, Ref. 94.2 Gesundheitsförderung, Nordbahnhofstraße 135, 70191 Stuttgart, Tel. 07 11/904-394 02
E-Mail: katja.schnell@rps.bwl.de

17.12.2007 Darmstadt. Tagung: Orte zum Leben – Orte zum Wachsen. Beziehungsgestaltung in der Arbeit mit Jugendlichen: Zur Aktualität Siegfried Bernfelds. Information: Evangelische Fachhochschule Darmstadt, Präsidialamt, Zweifalltorweg 12, 64293 Darmstadt, Tel.: 061 51/87 98-12, Fax: 061 51/87 98-58
E-Mail: praesidialamt@effh-darmstadt.de

12.-13.1.2008 Potsdam. Fortbildung: Die Nutzung des Körpers in der Verhaltenstherapie. Information: Akademie für Fortbildung in Psychotherapie, Bundesakademie, Postfach 13 43, 72003 Tübingen, Tel.: 07 00/23 72 37 00, Fax: 07 00/23 72 37 11, E-Mail: bundesakademie@afp-onfo.de

25.-27.1.2008 Bad Boll. Tagung: Alles peanuts oder was? Massenkriminalität im Jugendstrafrecht. Information: Evangelische Akademie Bad Boll, Akademieweg 11, 73087 Bad Boll, Tel.: 071 64-79-233, Fax: 071 64-79-52 33
E-Mail: gabriele.barnhill@ev-akademie-boll.de

29.2.-1.3.2008 Dresden. Tagung: „Da stimmt doch was nicht ...“. Logik, Praxis und Folgen vorgeburtlicher Diagnostik. Information: Journalistenbüro Dr. Harry Kunz, Kapellenstraße 16, 53925 Kall, Tel.: 024 41/61 49
E-Mail: PDN-Tagung2008@t-online.de

29.2.-4.3.2008 Berlin. 25. DGVT-Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung: Vernetzt(e) Psychotherapie! Jubiläumskongress 40 Jahre DGVT. Information: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V., Postfach 13 43, 72003 Tübingen, Tel.: 070 7194 34 94, Fax: 070 7194 34 35, E-Mail: kongress@dgvt.de

Bibliographie Zeitschriften

1.00 Sozialphilosophie/ Sozialgeschichte

Kühnel, Steffen: Islamophobie in der deutschen Bevölkerung – ein neues Phänomen oder nur ein neuer Name? Ergebnisse von Bevölkerungsumfragen zur gruppenbezogenen Menschenfeindlichkeit 2003 bis 2005. - In: Soziale Welt, Sonderband; Jg. 58, 2007, Nr. 17, S. 135-154. *DZI-0169s*

Rotmund, Chris: Als „asozial“ verfolgt: Mädchen im Jugendkonzentrationslager Uckermark. - In: Standpunkt: sozial; 2007, Nr. 1, S. 71-75. *DZI-2987*

Sammet, Kornelia: Religion oder Kultur? Positionierungen zum Islam in Gruppendiskussionen über Moscheebauten. - In: Soziale Welt, Sonderband; Jg. 58, 2007, Nr. 17, S. 179-198. *DZI-0169s*

Schröder, Peter: Ethische Kriterienberatung für Entscheidungsträger in Institutionen der öffentlichen Gesundheit zur Vorsorge einer Pandemie mit einem neuartigen Influenza A Virus. - In: Das Gesundheitswesen; Jg. 69, 2007, Nr. 6, S. 371-376. *DZI-0021z*

Westerhoff, Nikolas: Charles Darwin – der neue Star der Psychologie. - In: Psyche heute; Jg. 34, 2007, Nr. 9, S. 30-35. *DZI-2573*

2.01 Staat/Gesellschaft

Bussmann, Kai-D.: The control paradox and the impact of business ethics – a comparison of US and German companies. - In: Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform; Jg. 90, 2007, Nr. 2/3, S. 260-276. *DZI-0676*

Ezli, Özkan: Von der Identität zur Individuation: Gegen die Wand – eine Problematisierung kultureller Identitätszuschreibungen. - In: Soziale Welt, Sonderband; Jg. 58, 2007, Nr. 17, S. 283-301. *DZI-0169s*

Mauel, Herbert: Höhere Leistungen, mehr Qualitätsdruck: Pläne der Bundesregierung. - In: Altenheim; Jg. 46, 2007, Nr. 8, S. 38-41. *DZI-1449*

Nährlich, Stefan: Orientierungslos, mutlos, machtlos: Die Idee der Bürgergesellschaft hat es noch nicht zum gesellschaftlichen Leitbild geschafft – das liegt auch an uns selbst. - In: Blätter der Wohlfahrtspflege; Jg. 154, 2007, Nr. 4, S. 151-152. *DZI-0228*

Nasheri, Hedihe: The breadth and dynamics of illegal internet drug sales: The emergence of an ill-defined market-

place and the case of the United States. - In: Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform; Jg. 90, 2007, Nr. 2/3, S. 175-190. *DZI-0676*

Paulitz, Harald: Mediengewalt und Jugendliche Amokläufer: ein kausaler Zusammenhang? - In: Zeitschrift für Kinderschutzrecht und Jugendhilfe; 2007, Nr. 7/8, S. 284-289. *DZI-3026z*

Rauh, Bernhard: Der Einsatz Neuer Medien im Förderschwerpunkt Lernen: Rahmenbedingungen, Forschungsergebnisse, Perspektiven für Lehre und Forschung. - In: Zeitschrift für Heilpädagogik; Jg. 58, 2007, Nr. 9, S. 331-337. *DZI-0200*

Schiffauer, Werner: Der unheimliche Muslim – Staatsbürgerschaft und zivilgesellschaftliche Ängste. - In: Soziale Welt, Sonderband; Jg. 58, 2007, Nr. 17, S. 111-133. *DZI-0169s*

Wohlrab-Sahr, Monika: Die Sinnstruktur von Weltansichten und die Haltung gegenüber muslimischen Migranten. - In: Soziale Welt, Sonderband; Jg. 58, 2007, Nr. 17, S. 155-178. *DZI-0169s*

2.02 Sozialpolitik

Dünkel, Frieder: Stand der Gesetzgebung zum Jugendstrafvollzug und erste Einschätzungen. - In: Neue Kriminalpolitik; Jg. 19, 2007, Nr. 2, S. 55-67. *DZI-2990*

Dyllick, Joachim: ARGE – Irrungen und Wirrungen. - In: ZFSH/SGB; Jg. 46, 2007, Nr. 7, S. 397-400. *DZI-1450z*

Gerlach, Florian: Therapeutische Hilfen für junge Menschen – problematische Schnittstellen zwischen SGB V; SGB VIII und SFB XII: Teil 1 – grundsätzliche Begriffe, Leistungen und Abgrenzungen. - In: ZFSH/SGB; Jg. 46, 2007, Nr. 7, S. 387-396. *DZI-1450z*

Kirchner, Simone: Das Dorf als Sinnbild fürs Team: Supervision im Mischsystem. - In: Deutsche Hebammen-Zeitschrift; 2007, Nr. 8, S. 23-26. *DZI-0608*

Koenig, Matthias: Europäisierung von Religionspolitik. Zur institutionellen Umwelt der Anerkennungskämpfe muslimischer Migranten. - In: Soziale Welt, Sonderband; Jg. 58, 2007, Nr. 17, S. 347-368. *DZI-0169s*

Wiesner, Reinhard: Was will das SGB VIII? Und was sieht das SGB II für junge Volljährige vor? - In: Sozial extra; Jg. 31, 2007, Nr. 7/8, S. 18-21. *DZI-2599z*

2.03 Leben/Arbeit/Beruf

Heichel, Reinhard: Leistung objektiv messen und honorieren: leistungsorientierte Bezahlung. - In: Altenheim; Jg. 46, 2007, Nr. 7, S. 48-51. *DZI-1449*

Kalter, Frank: Ethische Kapitalien und der Arbeitsmarkterfolg Jugendlicher türkischer Herkunft. - In: Soziale Welt,

Sonderband; Jg. 58, 2007, Nr. 17, S. 393-417. *DZI-0169s*

Kämmer, Karla: Wege zum Glück. - In: Altenpflege; Jg. 32, 2007, Nr. 8, S. 37-39. *DZI-2594*

Lenz, Albert: Freunde in der Not: Die Bedeutung sozialer Netzwerke bei Krisenvorbeugung und Krisenbewältigung. - In: Blätter der Wohlfahrtspflege; Jg. 154, 2007, Nr. 4, S. 130-133. *DZI-0228*

Matzerath, Margret: Coaching für KindergartenleiterInnen: dreiSicht – Team für Coaching, Supervision und Training. - In: Unsere Kinder; Jg. 62, 2007, Nr. 4, S. 32-33. *DZI-2181*

Pegel, Juliane: Studieren mit Kind als hochschulpolitische Herausforderung. - In: Zeitschrift für Frauenforschung & Geschlechterstudien; Jg. 25, 2007, Nr. 1, S. 110-123. *DZI-2988z*

Peter, Gerd: „Nur Transparenz schafft Vertrauen“: Münchenstift GmbH. - In: Altenheim; Jg. 46, 2007, Nr. 7, S. 26-27. *DZI-1449*

3.00 Institutionen und Träger sozialer Maßnahmen

Baumberger, Petra: Prävention von Rauschtrinken in Jugendgruppen. - In: Suchtmagazin; Jg. 33, 2007, Nr. 4, S. 24-26. *DZI-3040*

Crefeld, Wolf: Psychosoziale Krisendienste in Deutschland: Die bestehende ambulante Gesundheitsversorgung ist überfordert – es fehlt ein aufeinander abgestimmtes System integrierter psychosozialer Notfallhilfe. - In: Blätter der Wohlfahrtspflege; Jg. 154, 2007, Nr. 4, S. 123-126. *DZI-0228*

Girke, Gabriele: Braucht der Osten eine andere Soziale Arbeit? Wohlfahrtsverbände als Kristallisationskerne der Sozialen Kultur im Osten Deutschlands. - In: Sozial extra; Jg. 31, 2007, Nr. 7/8, S. 35-37. *DZI-2599z*

Gragert, Nicola: Bedingungen und Voraussetzungen für eine beteiligungsorientierte Hilfeplanerstellung: Ergebnisse einer bundesweiten Erhebung bei Jugendämtern. - In: Zeitschrift für Kinderschutzrecht und Jugendhilfe; 2007, Nr. 7/8, S. 277-281. *DZI-3026z*

Kalthoff, Jörg: Ambulant vor stationär: Sozialpsychiatrische Krisenprävention und Krisenhilfe – Beispiel Bochum. - In: Blätter der Wohlfahrtspflege; Jg. 154, 2007, Nr. 4, S. 134-136. *DZI-0228*

Knake-Werner, Heidi: Pflicht zur Transparenz? Prüfergebnisse veröffentlichen. - In: Altenheim; Jg. 46, 2007, Nr. 7, S. 18-20. *DZI-1449*

Kristen, Cornelia: Schulwahlentscheidungen und ethnische Schulsegregation – Grundschohwahl in türkischen Familien. - In: Soziale Welt, Sonderband; Jg. 58, 2007, Nr. 17, S. 419-445. *DZI-0169s*

Müller, Torsten: Der Weg vom Verein zur Konzernstruktur: Konzernrechnungs-wesen. - In: *Altenheim* ; Jg. 46, 2007, Nr. 8, S. 42-45. *DZI-1449*

Roth, Niko: Caritas und Befähigung: konkrete Anforderungen an die Unter-nehmen der Caritas. - In: *Krankendienst* ; Jg. 80, 2007, Nr. 8, S. 245-248. *DZI-0334*

Schiel, Sabine: Hilfe im Verbund: die Arbeit des Berliner Krisendienstes. - In: *Blätter der Wohlfahrtspflege* ; Jg. 154, 2007, Nr. 4, S. 137-139. *DZI-0228*

Stövesand, Sabine: Preisgekrönter Storch: „Adebar“ – Unterstützung für junge Familien in St. Pauli/Altona-Alt-stadt. - In: *Standpunkt: sozial* ; 2007, Nr. 1, S. 64-67. *DZI-2987*

Uhlig, Steffen: Wollen Sie in Ihrem Ber-uf glücklich sein? Gründen Sie ein so-ziales Unternehmen! - In: *Sozial extra* ; Jg. 31, 2007, Nr. 7/8, S. 45-48. *DZI-2599z*

Zaubauer, Anna C.M.: Schulleistun-gen monolingual und immersiv unter-richteter Kinder am Ende des ersten Schuljahres. - In: *Zeitschrift für Entwick-lungspsychologie und Pädagogische Psychologie* ; Jg. 39, 2007, Nr. 3, S. 141-153. *DZI-2534*

4.00 Sozialberufe / Soziale Tätigkeit

Bride, Brian E.: Prevalence of secon-dary traumatic stress among social workers. - In: *Social Work* ; Jg. 52, 2007, Nr. 1, S. 63-70. *DZI-1220*

Dickhäuser, Oliver: Das zeigt doch nur, dass ich's nicht kann: Zielorientierung und Einstellung gegenüber Hilfe bei Lehramtsanwärtern. - In: *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädago-gische Psychologie* ; Jg. 39, 2007, Nr. 3, S. 120-126. *DZI-2534*

Gensch, K.: Veränderte Berufsentschei-dungen junger Ärzte und mögliche Kon-sequenzen für das zukünftige ärztliche Versorgungsangebot: Ergebnisse einer anonymen Befragung. - In: *Das Gesund-heitswesen* ; Jg. 69, 2007, Nr. 6, S. 359-370. *DZI-0021z*

Mayrhofer, Hemma: Kompetenzprofile von SozialarbeiterInnen: (Selbst-)Beob-achtungen der österreichischen Berufs-praxis. - In: *Sozial extra* ; Jg. 31, 2007, Nr. 7/8, S. 6-9. *DZI-2599z*

Swoboda, Beate: Spezialwissen ge-fragt. - In: *Altenpflege* ; Jg. 32, 2007, Nr. 8, S. 44-45. *DZI-2594*

5.01 Sozialwissenschaft und Sozialforschung

Busch, Susanne: Evaluationsforschung im Sozial-, Gesundheits- und Bildungs-bereich: Effekte für Nutzerinnen und Nutzer. - In: *Standpunkt: sozial* ; 2007, Nr. 1, S. 5-8. *DZI-2987*

Grünig, Eberhard: Diagnostik der Selbstregulation emotionaler Prozesse bei Schülern mit geistiger Behinderung. - In: *Heilpädagogische Forschung* ; Jg. 33, 2007, Nr. 2, S. 77-87. *DZI-1904*

Korsell, Lars: Mechanismus of regu-lation, selection, and sanctioning: a theory of selection in the response to economic crime. - In: *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* ; Jg. 90, 2007, Nr. 2/3, S. 140-157. *DZI-0676*

5.02 Medizin/Psychiatrie

Brüggenjürgen, Bernd: Inanspruchnah-me von medizinischen Leistungen bei Schmerzpatienten unter Opioid-Thera-pie in der ambulanten Versorgung. - In: *Das Gesundheitswesen* ; Jg. 69, 2007, Nr. 6, S. 353-358. *DZI-0021z*

Ciffone, Jerry: Suicide prevention – an analysis and replication of a curricu-lum-based high school program. - In: *Social Work* ; Jg. 52, 2007, Nr. 1, S. 41-49. *DZI-1220*

Graß, Hildegard: Gewalt und Geschlecht – rechtsmedizinische Anmerkungen. - In: *Zeitschrift für Frauenforschung & Geschlechterstudien* ; Jg. 25, 2007, Nr. 1, S. 36-43. *DZI-2988z*

Höfer, Silvia: Screenings in der Schwan-gerenvorsorge, Teil 1: Chlamydien Teil I. - In: *Deutsche Hebammen-Zeitschrift* ; 2007, Nr. 8, S. 61-64. *DZI-0608*

Knuf, Andreas: Die Recovery-Bewe-gung – Hoffnung, Sinn, Gesundheit. - In: *Psychologie heute* ; Jg. 34, 2007, Nr. 9, S. 42-45. *DZI-2573*

Lamotte, Annick de: Belgien – ein Ku-riosum. - In: *Deutsche Hebammen-Zeit-schrift* ; 2007, Nr. 8, S. 68-70. *DZI-0608*

Schaffer, Wolfgang: Selbstbestimmung des Menschen am Lebensende. - In: *Be-treuungsrechtliche Praxis* ; Jg. 16, 2007, Nr. 4, S. 157-163. *DZI-3018*

5.03 Psychologie

Avery, Alison: America's changing atti-tudes toward homosexuality, civil unions, and same-gender marriage - 1977-2004. - In: *Social Work* ; Jg. 52, 2007, Nr. 1, S. 71-79. *DZI-1220*

Bammann, Kai: Kunst und Kreativität in Haft: Folgerungen aus einer Umfra-ge. - In: *Neue Kriminalpolitik* ; Jg. 19, 2007, Nr. 2, S. 42-46. *DZI-2990*

Becker, Wolfgang: Zufriedenheit mit stationären Pflegeeinrichtungen: Ergeb-nisse einer Untersuchung in Hamburger Pflegeeinrichtungen. - In: *Standpunkt: sozial* ; 2007, Nr. 1, S. 14-20. *DZI-2987*

Biermann, Adrienne: Gestützte Kom-munikation ‚FC‘ (facilitated communi-cation) und ihre fatalen Auswirkungen. - In: *Heilpädagogische Forschung* ; Jg. 33, 2007, Nr. 2, S. 97-101. *DZI-1904*

Büttig, Sabine: Pubertäres Timing bei Mädchen und Folgen in der späten Ado-leszenz. - In: *Zeitschrift für Entwicklungs-psychologie und Pädagogische Psycho-logie* ; Jg. 39, 2007, Nr. 3, S. 111-119. *DZI-2534*

Paulus, Jochen: Verhaltenstherapie – der kurze Weg zur Problemlösung. - In: *Psychologie heute* ; Jg. 34, 2007, Nr. 9, S. 74-79. *DZI-2573*

Seyrl, Monika: Hundert Sprachen hat das Kind: Dokumentation in der Reggio-Pädagogik. - In: *Unsere Kinder* ; Jg. 62, 2007, Nr. 4, S. 26-29. *DZI-2181*

Spitzczok von Brisinski, Ingo: Familien-therapie bei Enkopresis. - In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychia-trie* ; g. 56, 2007, Nr. 6, S. 549-564. *DZI-0521*

Stein, Roland: Burnout und berufliches Selbstverständnis bei Lehrern für Son-derpädagogik: empirische Befunde und mögliche Konsequenzen. - In: *Zeitschrift für Heilpädagogik* ; Jg. 58, 2007, Nr. 9, S. 345-357. *DZI-0200*

5.04 Erziehungswissenschaft

Köpcke-Duttler, Arnold: Verfassungs-rechtliche Fragen in der Elementar-Pä-dagogik. - In: *Zeitschrift für Kindschaf-tsrecht und Jugendhilfe* ; 2007, Nr. 7/8, S. 269-273. *DZI-3026z*

Moosecker, Jürgen: Das didaktische Prinzip „wiederaufnehmender Lern-schleifen“: Reaktivierung als Katalysa-tor für langfristig verbesserte Lernlei-stungen der Schüler. - In: *Zeitschrift für Heilpädagogik* ; Jg. 58, 2007, Nr. 9, S. 322-330. *DZI-0200*

Schiefele, Ulrich: Aussteigen oder Durchhalten: Was unterscheidet Stu-dienabbrecher von anderen Studieren-den? - In: *Zeitschrift für Entwicklungs-psychologie und Pädagogische Psycho-logie* ; Jg. 39, 2007, Nr. 3, S. 127-140. *DZI-2534*

Schmid, Sonja: Durchblicke – Einblicke: die Welt durch Kinderaugen. - In: *Unse-re Kinder* ; Jg. 62, 2007, Nr. 4, S. 30-31. *DZI-2181*

Vock, Elisabeth: Ein rotes Klemmbrett muss man einfach haben! Systemati-sche Beobachtung im Übungskinder-garten der BAKIP Wien-Kenyongasse. - In: *Unsere Kinder* ; Jg. 62, 2007, Nr. 4, S. 2-7. *DZI-2181*

5.05 Soziologie

Geißler, Karlheinz: Leben ohne Zeitver-lust? Eine Gewinnwarnung. - In: *Psy-chologie heute* ; Jg. 34, 2007, Nr. 9, S. 20-25. *DZI-2573*

Schmidt, Klaus: Streitende Paare – die Identitätsproblematik der betroffenen Subjekte. - In: *Zeitschrift für Kindschaf-tsrecht und Jugendhilfe* ; 2007, Nr. 7/8, S. 289-292. *DZI-3026z*

5.06 Recht

Bromberger, René: Gemeinnützige Arbeit ... und sie wissen nicht, was sie tun. - In: Neue Kriminalpolitik ; Jg. 19, 2007, Nr. 2, S. 75-77. *DZI-2990*

Denzler, Erwin: Arbeit nach Bedarf. - In: Altenpflege ; Jg. 32, 2007, Nr. 8, S. 48-49. *DZI-2594*

Eusterholz, Edelinde: Neuregelungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes für Vorsorge und Rehabilitation: entscheidend ist, was am Ende herauskommt. - In: Die Ersatzkasse ; Jg. 87, 2007, Nr. 2, S. 276-278. *DZI-0199*

Gröning, Katharina: Theoretische Probleme, sozialpolitische Dilemmata und lebensweltliche Konflikte in der familien Pflege. - In: Zeitschrift für Frauenforschung & Geschlechterstudien ; Jg. 25, 2007, Nr. 1, S. 62-73. *DZI-2988z*

Heinz, Dirk: Der Berufsschadensausgleich des sozialen Entschädigungsrechts. - In: Zentralblatt für Sozialversicherung, Sozialhilfe und Versorgung ; Jg. 61, 2007, Nr. 6, S. 161-174. *DZI-0077*

Hoffmann, Birgit: Pflicht von Arzt und Betreuer: Aufklärung/Information einwilligungsunfähiger Patienten vor ärztlichen Maßnahmen. - In: Betreuungsrechtliche Praxis ; Jg. 16, 2007, Nr. 4, S. 143-148. *DZI-3018*

Rockel-Loenhoff, Anna: Der individuelle Belegvertrag. - In: Deutsche Hebammen-Zeitschrift ; 2007, Nr. 8, S. 27-29. *DZI-0608*

Roll, Sigmar: Erziehungsbeauftragte Personen – ein Plädoyer für kreative Gelassenheit. - In: Kind, Jugend, Gesellschaft ; Jg. 52, 2007, Nr. 3, S. 84-87. *DZI-0989z*

Sandermann, Philipp: Unter Druck und Zwang: zur staatlichen Existenzgefährdung junger Volljähriger. - In: Sozial extra ; Jg. 31, 2007, Nr. 7/8, S. 12-17. *DZI-2599z*

Weth, Hans-Ulrich: Rechtsfragen der Rückzahlung von Mietkautionsdarlehen im SGB II. - In: Informationen zum Arbeitslosenrecht und Sozialhilferecht ; Jg. 25, 2007, Nr. 3, S. 104-106. *DZI-2907*

Wulf, Rüdiger: Kindeswohlprognose: ein kriminologischer und viktimologischer Beitrag. - In: Zeitschrift für Kinderschutzrecht und Jugendhilfe ; 2007, Nr. 7/8, S. 266-268. *DZI-3026z*

6.00 Theorie der Sozialen Arbeit

Halves, Edith: Evaluation als Vorgehen in den Handlungswissenschaften: eine Annäherung. - In: Standpunkt: sozial ; 2007, Nr. 1, S. 47-53. *DZI-2987*

Wöhrle, Armin: Synergielösungen für Sozialräume: Plädoyer für Fusionen kleiner Träger. - In: Blätter der Wohlfahrtspflege ; Jg. 154, 2007, Nr. 4, S. 153-155. *DZI-0228*

6.01 Methoden der Sozialen Arbeit

Eigenstetter, Monika: Commitment and counterproductive work behavior as correlates of ethical climate in organizations. - In: Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform ; Jg. 90, 2007, Nr. 2/3, S. 224-244. *DZI-0676*

Großkopf, Volker: Konflikte austragen. - In: Altenpflege ; Jg. 32, 2007, Nr. 8, Beilage S. E3-E5. *DZI-2594*

Klein, Olaf Georg: Wie lang ist die Gegenwart? Ein Gespräch mit dem Autor Olaf Georg Klein über die Zeitstrukturen in unserem Kopf, über vergebliches Zeitmanagement und das Ideal der Zeitsouveränität. - In: Psychologie heute ; Jg. 34, 2007, Nr. 9, S. 26-29. *DZI-2573*

Maykus, Stephan: Lokale Bildungslandschaften: Entwicklungs- und Umsetzungsfragen eines (noch) offenen Projektes. - In: Zeitschrift für Kinderschutz und Jugendhilfe ; 2007, Nr. 7/8, S. 294-303. *DZI-3026z*

Pressel, Christine: Tiefenpsychologisch fundierte stationäre Psychotherapie eines 12-jährigen Jungen mit sekundärer Enkopresis. - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie ; Jg. 56, 2007, Nr. 6, S. 511-519. *DZI-0521*

Schlabs, Susanne: Schuldnerberatung in Ostdeutschland: ein unerforschtes Handlungsfeld? - In: Sozial extra ; Jg. 31, 2007, Nr. 7/8, S. 42-44. *DZI-2599z*

6.02 Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit

Dürmann, Peter: Gute Planung zahlt sich aus: Pflegeoase Holle – Konzept und Umsetzung. - In: Altenheim ; Jg. 46, 2007, Nr. 8, S. 20-23. *DZI-1449*

Jahncke-Lattek, Änne-Dörte: Ambulant vor stationär – nun auch in der Behindertenhilfe! Evaluationsforschung am Beispiel der Ambulantisierung von Wohnformen. - In: Standpunkt: sozial ; 2007, Nr. 1, S. 9-13. *DZI-2987*

Klawe, Willy: Hamburger Verhältnisse: Kinder- und Jugendarbeit im Spannungsfeld zwischen Auftrag und Realität (1). - In: Standpunkt: sozial ; 2007, Nr. 1, S. 58-63. *DZI-2987*

Meyenburg, Almut: Einfühlen und mitgehen. - In: Altenpflege ; Jg. 32, 2007, Nr. 8, S. 40-41. *DZI-2594*

6.04 Jugendhilfe

Estermann, Tamara: Rauschtrinkende Jugend: das Bundesamt für Gesundheit setzt auf die Stärkung des Jugendschutzes. - In: Suchtmagazin ; Jg. 33, 2007, Nr. 4, S. 12-15. *DZI-3040*

Lustig, Marlene: Portfolio-Arbeit zwischen Anspruch und Wirklichkeit. - In: Unsere Kinder ; Jg. 62, 2007, Nr. 4, S. 8-11. *DZI-2181*

Lüttringhaus, Maria: Kinderschutz in der Jugendhilfe: wie man Auflagen und

Aufträge richtig formuliert. - In: Blätter der Wohlfahrtspflege ; Jg. 154, 2007, Nr. 4, S. 145-150. *DZI-0228*

Rätz-Heinisch, Regina: Junge Volljährige brauchen Leistungen der Jugendhilfe: zur Entgrenzung von Jugend in moderner Gesellschaft und dem Verlust sozialer Gerechtigkeit. - In: Sozial extra ; Jg. 31, 2007, Nr. 7/8, S. 22-25. *DZI-2599z*

Richter, Ingo: SGB VIII – Kommentare vor den Herausforderungen der Kinder- und Jugendhilfepolitik. - In: Recht der Jugend und des Bildungswesens ; Jg. 55, 2007, Nr. 2, S. 230-240. *DZI-0740*

Schneider, Sven: Zigaretten und Jugendschutz. - In: Kind, Jugend, Gesellschaft ; Jg. 52, 2007, Nr. 3, S. 67-73. *DZI-0989z*

Strehmel, Petra: Forschung als Lernprozess: Evaluation und Weiterentwicklung der Praxis in Kindertageseinrichtungen. - In: Standpunkt: sozial ; 2007, Nr. 1, S. 42-46. *DZI-2987*

6.05 Gesundheitshilfe

Mense, Lisa: Gesunde Ernährung im Kontext von Lebensstilen und Geschlecht. - In: Zeitschrift für Frauenforschung & Geschlechterstudien ; Jg. 25, 2007, Nr. 1, S. 23-35. *DZI-2988z*

Nowotny, Gunilla: Passivrauch – für Kinder ganz besonders schädlich! - In: Kind, Jugend, Gesellschaft ; Jg. 52, 2007, Nr. 3, S. 74-76. *DZI-0989z*

Röh, Dieter: Mehr Gesundheit im Betrieb?! Innerbetriebliche Rehabilitation am Beispiel eines biopsychosozialen Modells. - In: Standpunkt: sozial ; 2007, Nr. 1, S. 27-30. *DZI-2987*

7.01 Kinder

Hansen, Berit: Verhaltenstherapie bei Enkopresis am Beispiel einer Patientin mit chronischem „Toiletten-Verweigerungssyndrom“. - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie ; Jg. 56, 2007, Nr. 6, S. 535-548. *DZI-0521*

Nössing-Obkircher, Christa: Ein Bild vor Augen, eine Geschichte im Ohr: die Lernchance Bilderbuch und Bilderbuchkino. - In: Unsere Kinder ; Jg. 62, 2007, Nr. 4, S. 14-16. *DZI-2181*

Rohde, Anke: Neugeborenenentötung durch die Mutter – wirken Babyklappen und anonyme Geburt präventiv? - In: Zeitschrift für Frauenforschung & Geschlechterstudien ; Jg. 25, 2007, Nr. 1, S. 44-50. *DZI-2988z*

Wentzel, Wenka: Die Berufsorientierung von Schülerinnen in der Altersentwicklung. - In: Zeitschrift für Frauenforschung & Geschlechterstudien ; Jg. 25, 2007, Nr. 1, S. 88-109. *DZI-2988z*

7.02 Jugendliche

Engelke, Ernst: Befähigung und Evangelium: Talente entdecken und fördern

– das Evangelium, die Unternehmen und benachteiligte Jugendliche. - In: Krankendienst ; Jg. 80, 2007, Nr. 8, S. 233-237. *DZI-0334*

Klausch, Irma: Krisenhilfen für junge Menschen: Beispiel – der Kinder- und Jugendnotdienst Nürnberg. - In: Blätter der Wohlfahrtspflege ; Jg. 154, 2007, Nr. 4, S. 141-144. *DZI-0228*

Langenfeld, Christine: Maßnahmen des Nachteilsausgleichs und des besonderen Schutzes für Schüler und Schülerinnen mit Legasthenie an allgemeinbildenden Schulen. - In: Recht der Jugend und des Bildungswesens ; Jg. 55, 2007, Nr. 2, S. 211-229. *DZI-0740*

7.03 Frauen

Heitmann, C.: Der Einfluss publizierter Studien und Stellungnahmen auf die Verordnung der peri- und postmenopausalen Hormontherapie. - In: Das Gesundheitswesen ; Jg. 69, 2007, Nr. 7, S. 379-384. *DZI-0021z*

Looman, Marijke: Auf dem Gipfel der Macht? Partizipation von Frauen in Parteien, Parlamenten und Regierungen der Bundesrepublik Deutschland – eine Bestandsaufnahme. - In: Zeitschrift für Frauenforschung & Geschlechterstudien ; Jg. 25, 2007, Nr. 1, S. 74-87. *DZI-2988z*

7.04 Ehe/Familie/ Partnerbeziehung

Beinkinstadt, Joachim: „Vater werden ist nicht schwer“: Entwurf eines Gesetzes zur Ergänzung des Rechts zur Anfechtung der Vaterschaft. - In: Das Jugendamt ; Jg. 80, 2007, Nr. 7/8, S. 342-347. *DZI-0110z*

Eckert, Andreas: Der FBEBK (Fragebogen zur Bedürfnislage von Eltern behinderter Kinder): Konstruktion und Erprobung eines Instrumentes zur Erfassung elterlicher Bedürfnisse in Bezug auf personelle und institutionelle Unterstützung. - In: Heilpädagogische Forschung ; Jg. 33, 2007, Nr. 2, S. 50-63. *DZI-1904*

Schwonberg, Alexander: Das Bundesverfassungsgericht zum heimlichen Vaterschaftstest und der Referentenentwurf zur Vaterschaftsklärung. - In: Zeitschrift für das Fürsorgewesen ; Jg. 59, 2007, Nr. 8, S. 177-180. *DZI-0167*

7.06 Arbeitslose

Dahme, Heinz-Jürgen: Im Osten nichts Neues? Berufsstartschwierigkeiten und Jugendarbeitslosigkeit – ein sich verhärtendes Problem. - In: Sozial extra ; Jg. 31, 2007, Nr. 7/8, S. 38-41. *DZI-2599z*

Schlaeger, Tobias: Der Antrag auf Bewerbungs- und Reisekosten (§ 45 ff. SGB III). - In: Informationen zum Arbeitslosenrecht und Sozialhilferecht ; Jg. 25, 2007, Nr. 3, S. 99-103. *DZI-2907*

7.07 Straffällige/ Straftatlassene

Karstedt, Susanne: Economic crime and society, state, and politics: from the crimes of the powerful to the crimes of power - an uncomfortable situation. - In: Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform ; Jg. 90, 2007, Nr. 2/3, S. 78-90. *DZI-0676*

Kinzig, Jörg: Entwicklung, Stand und Perspektiven einer Sicherungsverwahrung für Jugendliche und Heranwachsende. - In: Recht der Jugend und des Bildungswesens ; Jg. 55, 2007, Nr. 2, S. 155-167. *DZI-0740*

Sonnen, Bernd-R.: Fördern, Fordern, Fallen lassen. - In: Neue Kriminalpolitik ; Jg. 19, 2007, Nr. 2, S. 50-54. *DZI-2990*

Sonnen, Bernd-Rüdiger: Stand und Entwicklung des Jugendkriminalrechts. - In: Recht der Jugend und des Bildungswesens ; Jg. 55, 2007, Nr. 2, S. 128-140. *DZI-0740*

7.08 Weitere Zielgruppen

Simon, Titus: Ein Aufriss: Wohnungslosigkeit und Wohnungslosenhilfe in Ostdeutschland. - In: Sozial extra ; Jg. 31, 2007, Nr. 7/8, S. 48-50. *DZI-2599z*

7.10 Behinderte/ kranke Menschen

Busch, Susanne: Psychisch krank und überschuldet – wer kann da noch helfen? Ergebnisse einer vergleichenden Evaluationsstudie (1). - In: Standpunkt: sozial ; 2007, Nr. 1, S. 31-41. *DZI-2987*

Dumeier, Klaus: Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsverfahrens. - In: Die Ersatzkasse ; Jg. 87, 2007, Nr. 2, S. 267-269. *DZI-0199*

Gärtner, Claudia: Herzinsuffizienz – kardiovaskuläre Erkrankungen im Diskurs zwischen ÄrztInnen und PatientInnen. - In: Zeitschrift für Frauenforschung & Geschlechterstudien ; Jg. 25, 2007, Nr. 1, S. 51-61. *DZI-2988z*

Heiss, H. Wolfgang: Erhebung zur Identifizierung und Versorgung geriatrischer Patienten im Akutkrankenhaus unter DRG-Aspekten. - In: Das Gesundheitswesen ; Jg. 69, 2007, Nr. 6, S. 336-344. *DZI-0021z*

Jaritz-Tschinkel, Gertrude: Seh-Kraft: Wie leben Kinder mit Sehbeeinträchtigungen? - In: Unsere Kinder ; Jg. 62, 2007, Nr. 4, S. 21-25. *DZI-2181*

Oberlinner, Christoph: Prävention von Übergewicht und Adipositas am Arbeitsplatz: BASF-Gesundheitsaktion „Weg mit dem Speck“ – abnehmen mit Vernunft. - In: Das Gesundheitswesen ; Jg. 69, 2007, Nr. 7, S. 385-392. *DZI-0021z*

Simon, Alfred: Orientierung und Positionsbestimmung: Kommentar zu den Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei

der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis. - In: Betreuungsrechtliche Praxis ; Jg. 16, 2007, Nr. 4, S. 154-157. *DZI-3018*

Zietemann, Vera: Soziale Kontakte und Depression bei geriatrischen Patienten: Gibt es einen Einfluss von Geschlecht? - In: Das Gesundheitswesen ; Jg. 69, 2007, Nr. 6, S. 345-352. *DZI-0021z*

7.11 Abhängige/ Süchtige

Settertobulte, Wolfgang: Warum rauchen Jugendliche? - In: Kind, Jugend, Gesellschaft ; Jg. 52, 2007, Nr. 3, S. 63-66. *DZI-0989z*

Zeller, Matthias: Alkoholpolitische Massnahmen als Teil einer ganzheitlichen Prävention. - In: Suchtmagazin ; Jg. 33, 2007, Nr. 4, S. 16-20. *DZI-3040*

7.13 Alte Menschen

Hasseler, Martina: Mobil bleiben – Mobilität erhalten und fördern: Pflegesprechstunden bei älteren und hochaltrigen multimorbiden Menschen. - In: Standpunkt: sozial ; 2007, Nr. 1, S. 21-26. *DZI-2987*

8.02 Länder/ Gebietsbezeichnungen

Buskotte, Nicola: Gut kombiniert: ein innovatives Modellprojekt der Caritas in Nordrhein-Westfalen zum Kombi-lohn. - In: Krankendienst ; Jg. 80, 2007, Nr. 8, S. 249-252. *DZI-0334*

Bütow, Birgit: Zwischen Thematisierung und De-Thematisierung: Soziale Arbeit und ihre Bedingungen im Osten Deutschlands. - In: Sozial extra ; Jg. 31, 2007, Nr. 7/8, S. 31-34. *DZI-2599z*

Haverkamp, Rita: Neuere Entwicklungen im Jugendstrafrecht in Schweden und Finnland. - In: Recht der Jugend und des Bildungswesens ; Jg. 55, 2007, Nr. 2, S. 167-190. *DZI-0740*

Klaiber, Madlene: Das Projekt „Ninos del Fortín“: Soziale Arbeit in León, Nicaragua. - In: Standpunkt: sozial ; 2007, Nr. 1, S. 85-92. *DZI-2987*

Ligeti, Katalin: Grundfragen der Neu-regelung des ungarischen Jugendstrafrechts. - In: Recht der Jugend und des Bildungswesens ; Jg. 55, 2007, Nr. 2, S. 190-201. *DZI-0740*

Roth, Maria: Europa: die Ausbildung für soziale Berufe. - In: Sozial extra ; Jg. 31, 2007, Nr. 7/8, S. 56-57. *DZI-2599z*

Die Zeitschriftenbibliographie ist ein aktueller Ausschnitt unserer monatlichen Literaturdokumentation. Die Bibliothek des DZI kann Ihnen die ausgewiesenen Artikel zur Verfügung stellen: Tel.: 030/ 83 90 01-13, Fax: 030/831 47 50 E-Mail: bibliothek@dzi.de

Non Profit Law Yearbook 2005. Hrsg. W. Rainer Walz und andere. Carl Heymanns Verlag. Köln 2006, 351 S., EUR 98,- *DZI-D-9723*

Das Non Profit Law Yearbook bietet in jährlicher Folge ein Diskussionsforum für aktuelle Fragen des Rechts der gemeinnützigen Organisationen. Neben grundsätzlichen Abhandlungen enthält es Rechtsprechungs- und Gesetzgebungsübersichten sowie eine Bibliographie des jeweiligen Jahres. Die einzelnen Beiträge der vorliegenden Ausgabe sind nach den Rechtsgebieten geordnet, denen sie zugehören: Öffentliches Recht, Europarecht, Steuerrecht, Zivilrecht und Strafrecht. Thematisiert werden unter anderem das Stiftungsrecht (im Hinblick auf religiöse Stiftungen), rechtliche Handlungsbeschränkungen von Non-Profit-Organisationen (zum Beispiel Untreue bei Stiftungen), das Steuerrecht, das Gemeinnützigkeits- und Spendenrecht, Zivilrechtsfragen des Spendens und die Realien des Fundraisings. Alle Beiträge sind mit Zusammenfassungen in englischer Sprache versehen.

Pädagogik der frühen Kindheit im Kontext von Migration – Theoretische Grundlagen und erzieherische Praxis. Die Sicherung des Theorie-Praxis-Transfers dargelegt am Beispiel der kommunalen Kindertageseinrichtungen in München. Von Claudia M. Ueffing. IKO – Verlag für Interkulturelle Kommunikation. Frankfurt am Main 2007, 317 S., EUR 21,90 *DZI-D-8079*

Seit geraumer Zeit, vor allem seit den Ergebnissen der schulischen Vergleichsstudien (PISA, IGLU), sind die geringeren Bildungschancen für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund Gegenstand der öffentlichen Diskussion. Das Postulat der Chancengleichheit resultiert aus der Erkenntnis, dass eine Gesellschaft mit kontinuierlichem Geburtenrückgang es sich nicht leisten kann, Einzelne aufzugeben. Der Pädagogik der frühen Kindheit kommt in diesem Zusammenhang insofern besondere Bedeutung zu, als hier die Basis für jeden weiteren Bildungsverlauf geschaffen wird. Die Autorin legt anhand einer Untersuchung Münchner Kindertageseinrichtungen die Möglichkeiten der Übertragung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse auf die erzieherische Praxis dar. Neben intensiver Personalentwicklung in den Kindertagesstätten beschreibt sie aus Sicht der Praxis die Erziehungspartnerschaft zwischen Eltern und Fachkräften als einen sinnvollen und effektiven Lösungsansatz.

Hospizbewegung in Deutschland und den Niederlanden. Palliativversorgung und Selbstbestimmung am Lebensende. Von Isabella Jordan. Campus Verlag. Frankfurt am Main 2007, 255 S., EUR 29,90 *DZI-D-8080*

Seit den 1970er-Jahren wird in einigen europäischen Staaten eine gesellschaftliche Debatte über medizinische und soziale Handlungsweisen am Lebensende geführt. So wurde im Anschluss an die niederländische Liberalisierung der Euthanasie auch in Deutschland eine Diskussion über die

medizinisch assistierte Tötung oder Sterbehilfe angeregt. Der Umgang mit diesem Thema hat sich in Deutschland und den Niederlanden jedoch unterschiedlich entwickelt. Das liegt einerseits an den jeweiligen Gesundheitssystemen und an den verschiedenen rechtlichen und sozialpolitischen Grundlagen, andererseits an unterschiedlichen Einstellungen zur Sterbehilfe, die nicht zuletzt auch auf die nationalsozialistische Vergangenheit Deutschlands zurückzuführen sind. Die Autorin gibt einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zum Thema und beschreibt Anfänge und Entwicklungen der deutschen Hospizbewegung und der niederländischen Palliative-Care-Bewegung mit Blick auf die jeweilige länderinterne Relation zwischen Palliative Care und Euthanasie.

Kunst als Medium für Begegnungen. Ein Handbuch für die Praxis. Von Gertraude Lowien. Ikarus-Verlag. Tann 2007, 220 S., EUR 29,75 *DZI-D-8083*

Die Autorin dieses Buches war jahrzehntelang an der Hochschule Fulda als Professorin für Medien in der Sozialpädagogik und Sozialarbeit tätig. Viele ihrer Erfahrungen hat sie in diesem Handbuch für die Praxis zusammengefasst. Sie beschreibt mit zahlreichen detaillierten Beispielen Anlage, Verlauf und Auswertung von gestalterischen Prozessen. Äußerst genau und in großer Vielfalt zeigt Gertraude Lowien, wie zum Beispiel mit graphischen Übungen, Druckverfahren, Papierarbeiten, Malen, plastischem Gestalten, Zeichnen, Formen von Masken, Formen mit Ton und dergleichen interaktive Prozesse initiiert und gefördert werden können. Es geht um die Ermöglichung von Kommunikation mit Menschen, die oftmals „sprachlos“ sind und die durch die hier aufgezeigten „Wege zum Menschen“ eher ihren Gefühlen, Wahrnehmungen und Erlebnisweisen Ausdruck verleihen können. Dadurch wird es leichter, für das innere Erleben Worte zu finden und sich mit Sprache auszudrücken. Die allein oder gemeinsam erstellten Werke dienen dann quasi als Mittler, um „zu verstehen“ und verstanden zu werden. Die Beschreibung der vielfältigen künstlerischen Handlungsverfahren erstaunt durch klare, präzise Darstellungen und Erklärungen; jeder einzelne Schritt wird kommentiert, wodurch sich auch für den „nicht künstlerischen“ Menschen mögliche Intentionen und Rollen von Kunstwerken erschließen. Kunst wird hier zum Medium, das Begegnungen ermöglicht, Begegnungen mit darstellerischen Vorgängen und gleichzeitig mit dem eigenen Ich und mit anderen. Das Werk versteht sich als Handbuch und Praxisanleitung für alle, die sich mit Kunst-, Freizeit-, Sozial- und Kommunikationspädagogik befassen: Studierende, Lehrende und Fachkräfte in Berufen, in denen es um „Wege zum Menschen“ geht. Darüber hinaus finden auch alle, die an künstlerischen Gestaltungsprozessen im Allgemeinen interessiert sind, wertvolle Anregungen. *Irmhild Poulsen*

Fachlexikon der sozialen Arbeit. Sechste völlig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Hrsg. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. Nomos Verlag. Baden-Baden 2007, 1195 S., EUR 44,- *DZI-D-8078*

Die neueste, inzwischen sechste Ausgabe des Fachlexikons berücksichtigt wesentliche Änderungen und aktuelle Entwicklungen in der Gesetzgebung (im Bereich des Kinder- und Jugendhilferechts durch Sozialgesetzbuch II und XII), der Rechtsprechung, in den Methoden und der Konzep-

tion der Sozialen Arbeit sowie in den Prozessen der Verwaltungs- und Organisationsreform. Die einzelnen Erläuterungen spiegeln die gegenwärtige Diskussion um eine Reform des Sozialstaats und der sozialen Sicherungssysteme wider. Auch aktuelle Diskussionen um das bürgerschaftliche Engagement, die sozialen Berufe und die europäische Einigung fanden Eingang in das Fachlexikon. Ein Verweissystem ermöglicht schnelle Orientierung und gründliche Recherche in dem jetzt über 1 600 Stichwörter umfassenden Lexikon. Das umfangreiche Literaturverzeichnis erschließt zudem weitere Quellen.

Handbuch Familie. Hrsg. Jutta Ecarius. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden 2007, 701 S., EUR 59,90 *DZI-D-8061*

Die Erziehungswissenschaft hat das Thema Familie erst in den letzten Jahren als einen eigenen Gegenstand empirischer und theoretischer Forschung entdeckt. Die Feststellung, dass die Familie sich gewandelt hat, hat eine neuartige Auseinandersetzung aus erziehungswissenschaftlicher Sicht evoziert. Dieses Handbuch repräsentiert den heutigen Stand der Familienforschung. Aus interdisziplinärer Sicht wird ein Überblick über theoretische Ansätze und systematische Felder der Familienforschung gegeben. Das Buch gliedert sich in fünf große Themenbereiche: Familienstrukturen und -formen, Familie und Bildungsinstitutionen, differenzielle Felder und sozialpädagogische Arbeitsfelder. Integriert sind aktuelle Erkenntnisse aus Soziologie und Psychologie, Jugend- und Familienrecht, Sozialpädagogik, Philosophie und Geschichte sowie aus der sozialen Ungleichheitsforschung. Die Bildungs- und Erziehungswissenschaft ist dabei die zentrale Bezugsdisziplin, mit der das Feld Familie theoretisch und empirisch vorgestellt wird. Die über 40 Einzelbeiträge geben einen differenzierten Einblick für Studierende, Lehrende, Forschende und Berufstätige im Bereich der Erziehungs- und Sozialwissenschaft sowie der Psychologie.

International social work. Social problems, cultural issues and social work education. Hrsg. Stefan Borrmann und andere. Barbara Budrich Publishers. Opladen 2007, 189 S., EUR 16,90 *DZI-D-8064*

Das Verständnis über Soziale Arbeit variiert von Gesellschaft zu Gesellschaft, denn sie muss sich an das jeweilige Umfeld anpassen, um den verschiedenen lokalen Ansprüchen gerecht werden zu können. Die Globalisierung und ihre Auswirkungen auf alle Lebensbereiche indes haben die in der Sozialarbeit Tätigen dazu veranlasst, geographische und politische Grenzen zu überschreiten. Das vorliegende Buch stellt drei Kernbereiche der internationalen Sozialen Arbeit vor: internationale Dimensionen sozialer Probleme in der Praxis der Sozialen Arbeit; kulturelle Gesichtspunkte, die bei der praktischen Arbeit, in der Lehre und in der Entwicklung der Sozialen Arbeit auf internationaler Ebene berücksichtigt werden müssen sowie Aspekte der internationalen Annäherung im Bereich der Ausbildung für die Soziale Arbeit. Die Autorinnen und Autoren sind in verschiedenen Ländern in Praxis und Lehre der Sozialen Arbeit tätig und verfügen dank ihres persönlichen Hintergrunds und ihres Bildungsstandes auf dem Gebiet der internationalen Sozialen Arbeit über fundierte Erfahrungen. Sie schreiben somit nicht nur über, sondern auch aus einer internationalen Perspektive.

Herausgeber: Deutsches Zentralinstitut für soziale Fragen und Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales des Landes Berlin

Redaktion: Burkhard Wilke (verantwortlich) Tel.: 030/83 90 01-11, Heidi Koschwitz Tel.: 030/83 90 01-23, E-Mail: koschwitz@dzi.de, Hartmut Herb, Carola Schuler (alle DZI), unter Mitwirkung von Prof. Dr. Horst Seibert, Frankfurt am Main; Prof. Dr. Antonin Wagner, Zürich; Dr. Johannes Vollauffer, Wien

Redaktionsbeirat: Prof. Dr. Hans-Jochen Brauns, Berlin; Hartmut Brocke (Sozialpädagogisches Institut Berlin); Franz-Heinrich Fischler (Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V.); Sibylle Kraus (Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.); Elke Krüger (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, LV Berlin e.V.); Prof. Dr. Christine Labonté-Roset (Alice-Salomon-Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Berlin); Dr. Manfred Leve, Nürnberg; Prof. Dr. Andreas Lob-Hüdepohl (Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin); Prof. Dr. Ruth Mattheis, Berlin; Manfred Omankowsky (Bürgermeister-Reuter-Stiftung); Helga Schneider-Schelte (Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.); Ute Schönherr (Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung); Heiner Stocksclaeder (Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales); Dr. Peter Zeman (Deutsches Zentrum für Altersfragen)

Verlag/Redaktion: DZI, Bernadottestr. 94, 14195 Berlin, Tel.: 030/83 90 01-0, Fax: 030/831 47 50, Internet: www.dzi.de, E-Mail: verlag@dzi.de

Erscheinungsweise: 11-mal jährlich mit einer Doppelnummer. Bezugspreis pro Jahr EUR 61,50; Studentenabonnement EUR 46,50; Einzelheft EUR 6,50; Doppelheft EUR 10,80 (inkl. 7% MwSt. und Versandkosten, Inland) Kündigung bestehender Abonnements jeweils schriftlich drei Monate vor Jahresende.

Die Redaktion identifiziert sich nicht in jedem Falle mit den abgedruckten Meinungen. Namentlich gekennzeichnete Beiträge stellen die Meinung der Verfasserinnen und Verfasser dar, die auch die Verantwortung für den Inhalt tragen. Für unverlangt eingesandte Manuskripte wird keine Haftung übernommen. Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck und Vervielfältigung, auch auszugsweise, müssen schriftlich vom Verlag genehmigt werden.

Layout/Satz: GrafikBüro, Stresemannstr. 27, 10963 Berlin
Druck: druckmuck@digital e.K., Großbeerenstr. 2-10, 12107 Berlin

ISSN 0490-1606