

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 Mesebene 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 anzu-steuern. 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 zukunfts-fähig 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 hinarbeiten 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 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