



# Case Management im sozialpsychiatrischen Feld – Analyse ausgewählter europäischer Praxisbeispiele

**Ramona Regner**

Masterthese

Eingereicht zur Erlangung des Grades  
Master of Arts in Social Sciences  
an der Fachhochschule St. Pölten

Im Oktober 2011

Begutachter:

FH-Prof. Dr. Tom Schmid

FH-Prof. DSA Kurt Fellöcker, MA, MSc

## Abstract

Ramona Regner

### **Case Management im sozialpsychiatrischen Feld – Analyse ausgewählter europäischer Praxisbeispiele**

Masterthese, eingereicht an der Fachhochschule St.Pölten im Oktober 2011

Die Entwicklung einer Definition von Case Management, die Betrachtung von Funktionen und Ebenen des Case Managements sowie die Umsetzung in einem Case Management Regelkreis stellen vier Basiselemente zur Analyse von Praxisbeispielen zu Case Management im sozialpsychiatrischen Feld dar. Case Management als Handlungskonzept wird von ExpertInnen im theoretischen Diskurs und in der Bewertung von Praxisbeispielen dann als erfolgreich bewertet, wenn das gesamte Handlungskonzept umgesetzt, die Fall-Organisations- und Netzwerkebene in das Konzept eingeschlossen ist und insbesondere Grundprinzipien wie Klientenorientierung, Ressourcenorientierung, Empowerment und prozedurale Fairness eingehalten werden. Ein sozialarbeiterisches Case Management zeichnet sich u.a. durch diese Leitprinzipien aus und hebt sich dadurch von anderen Case Management Konzepten ab.

Die Analyse der Praxisbeispiele aus den Ländern Slowenien, Österreich und Deutschland zeigt auf, dass Case Management abhängig ist von sozialpolitischen Rahmenbedingungen und kein direktes Instrument der Sozialpolitik darstellt, allerdings Rückmeldungen an Verantwortungs- und Entscheidungsträger durch das Case Management erfolgen können um Versorgungslücken aufzuzeigen.

Im Rahmen dieser Arbeit wurden anhand der Darstellung von Bewertungskriterien von ExpertInnen aus dem theoretischen Diskurs und aus der Analyse der Praxisbeispiele Grundlagen für die Empfehlungen zur Verbesserung der extramuralen psychosozialen Versorgung in der Region NÖ West erarbeitet.

Schlagworte:

Case Management, psychosoziale extramurale Versorgung, Social Work Case Management

## **Abstract**

Ramona Regner

### **Case Management in the socio-psychiatric field – Analysis of selected European examples from practice**

Master's thesis, submitted to the University of Applied Sciences St.Pölten, Austria, in  
October 2011

The development of a definition of Case Management, the consideration of functions and levels of Case Management, as well as the implementation in a Case Management regulatory circuit represent four basic elements for analysing examples from practice in the socio-psychiatric field. Case Management as action concept is assessed as successful by experts in the theoretical discourse and in the assessment of examples from practice when the total action concept is implemented, the case, organisation and network level are included in the concept and in particular the basic principles such as client orientation, resources orientation, empowerment and procedural fairness are abided by.

Social work style Case Management is characterised, amongst other things, by these guiding principles and thereby sets itself apart from other Case Management concepts.

The analysis of the examples from practice from the countries of Slovenia, Austria and Germany shows that Case Management is dependent on socio-political parameters and does not represent a direct instrument of social policies, however also, that Case Management can take care of feedback to the persons responsible and the decision-makers to show up gaps in the provision of care.

Within the framework of this thesis, principles were elaborated for the recommendations to improve the extramural psycho-social care in the Region of Lower Austria (NÖ) West by means of the representation of assessment criteria from experts from the theoretical discourse, and from the analysis of the examples from practice.

#### **Key words:**

Case Management, psycho-social extramural care, Social Work Case Management

## **Inhaltsverzeichnis**

1. Einleitung .....	3
2. Forschungsfragen und Hypothesen .....	4
2.1. Hypothesen .....	5
2.2. Methoden .....	5
2.3. Begriffsbestimmungen .....	6
2.3.1. Case Management .....	6
2.3.2. Hilfe .....	7
2.3.3. Psychisch krank .....	7
2.3.4. Sozialpsychiatrisches Feld .....	7
2.3.5. ExpertInnen .....	9
3. Ausgangslage .....	10
3.1. Quellen zur Bearbeitung der Forschungsfrage .....	11
3.1.1. Projekte .....	11
3.1.2. Analyseraster .....	12
4. Case Management .....	13
4.1. Schritt 1: Case Management Definition .....	13
4.1.1. Ausgangsdefinition .....	13
4.1.2. Hilfe und Beziehung in der Definition von Case Management .....	14
4.1.3. Einsatzbereich und Profession .....	14
4.1.4. Übergang: Care – Case Management .....	15
4.2. Schritt 2: Case Management Funktionen .....	15
4.2.1. Sozialarbeiterisches Case Management .....	17
4.3. Schritt 3: Case Management - Ebenen .....	18
4.3.1. Konzept, Methode, Verfahren .....	18
4.3.2. Mikro-, Meso- und Makroebene .....	19
4.3.3. Soziale Arbeit: Einzelfallhilfe – Case Management .....	20



4.4.	Schritt 4: Case Management Regelkreis.....	21
5.	Zwischenergebnisse zu den Hypothesen .....	23
5.1.	Ergebnisse zu Hypothese 1 .....	23
5.2.	Ergebnisse zu Hypothese 2 .....	23
5.2.1.	KlientInnenorientierung und anwaltschaftliche Funktion.....	23
5.2.2.	Case Management auf Fall-, Organisations- und Netzwerkebene .....	24
5.2.3.	Phasenmodell .....	24
5.3.	Offene Fragen.....	24
6.	Praxisbeispiele.....	25
6.1.	Wohlfahrtsstaatlicher Rahmen der Praxisbeispiele.....	25
6.2.	Slowenien: Deinstitutionalisierung – Hrastovec .....	26
6.2.1.	Analyseraster: Deinstitutionalisierung - Hrastovec .....	27
6.2.2.	Zusammenfassung der Ergebnisse und Erkenntnisse .....	29
6.3.	Österreich: Intensives Case Management – Region Mostviertel .....	30
6.3.1.	Analyseraster: Intensives Case Management – Region Mostviertel .....	30
6.3.2.	Zusammenfassung der Ergebnisse und Erkenntnisse .....	32
6.4.	Deutschland: Psychiatrisches Case Management - München Süd.....	33
6.4.1.	Analyseraster: Psychiatrisches Case Management -München Süd .....	34
6.4.2.	Zusammenfassung der Ergebnisse und Erkenntnisse .....	36
7.	Schlussfolgerungen .....	38
7.1.	Case Management– Bedürfnisse psychisch kranker Menschen.....	38
7.1.1.	Grundprinzipien als Erfolgskriterien.....	39
7.1.2.	Grundlagen für Empfehlungen – Hypothese 3 .....	40
7.2.	Case Management als Empfehlung .....	40
8.	Ausblick .....	41
9.	Literatur .....	42

## 1. Einleitung

Die hier vorgelegte These steht im Zusammenhang mit dem Forschungsprojekt „**Case Management in der extramuralen psychosozialen Versorgung NÖ West**“, des Masterstudiengangs Soziale Arbeit, FH St. Pölten, unter der Leitung von Prof. Dr. Tom Schmid, in den Jahren 2009 bis 2011. Im Rahmen dieses Projekts wurden bzw. werden der genannten Thesis folgend von den KollegInnen diese Thesenarbeiten erstellt:

„Und des is a Punkt wos i brauchat“,

Bedürfnisse und Versorgungssituation psychisch kranker Menschen in NÖ West (Klinger/Schaubeder 2011).

Fallstudien zur Entwicklung der Psychiatriereform in Österreich und in Nord- und Südtirol (Bittersam/Haslauer 2011)

Im Rahmen meiner These werden das Handlungskonzept Case Management im sozialpsychiatrischen Feld sowie ausgewählte Praxisbeispiele bearbeitet um eine Grundlage aus der Theorie und Praxis für Empfehlungen für eine Umsetzung von Case Management in der extramuralen psychosozialen Versorgung NÖ West zu erarbeiten. Im folgenden Kapitel stelle ich meine Forschungsfragen und meine Hypothesen vor.

## **2. Forschungsfragen und Hypothesen**

Welche Bewertungskriterien nennen ExpertInnen in der Theorie zu Case Management und in Beschreibung von Praxisbeispielen zur Umsetzung von Case Management im Feld der sozialpsychiatrischen Versorgung?

Welche Erkenntnisse lassen sich für die Empfehlungen für die extramurale psychosoziale Versorgung NÖ West (Klinger/Schaubeder 2011:104-107) daraus gewinnen?

In der Auseinandersetzung mit der Entwicklung der sozialpsychiatrischen Versorgung, insbesondere vor dem Hintergrund der Entwicklung der Psychiatriereform, wurde von der oben genannten Forschungsgruppe (Franz Bittersam, Günther Haslauer, Sylvia Klinger, Astrid Schaubeder unter der Leitung von Tom Schmid) Case Management als mögliches Konzept in der psychosozialen Versorgung diskutiert. Es zeigte sich, dass sehr unterschiedliche praktische Erfahrungen mit Case Management (Case Management als Angebot von Sozialversicherungsträgern, ebenso wie Case Management als Begriff für Patiententransportkoordination in einer Klinik, u.v.m.) innerhalb unserer Arbeitsgruppe vorlagen. Die Mitglieder der Forschungsgruppe kamen auch zum Schluss, dass aus der Lehre zu Case Management ebenfalls kein einheitliches Verständnis und keine einheitliche Definition zu fassen war. Es schien, dass sich je nach Standpunkt, von dem aus das „Licht“ auf Case Management gerichtet wurde, ein spezifisches Verständnis und eine spezifische Definition von Case Management ergab. Eine Bewertung, ob es sich nun um ein „gutes“ Case Management handle, schien vom jeweiligen Standpunkt der Betrachtung abhängig. Ziel meiner Thesis ist es, aus Sicht der Sozialen Arbeit ein Licht auf Case Management zu werfen, nach Bewertungskriterien für ein „gutes“ Case Management zu suchen und daraus Erkenntnisse für eine mögliche Umsetzung in der extramuralen psychosozialen Versorgung NÖ West abzuleiten.

## 2.1. Hypothesen

Zur ersten Forschungsfrage formuliere ich zwei Hypothesen, die abgearbeitet werden:

**Hypothese 1:** Case Management als Handlungskonzept ist eingebunden in einem spezifischen sozialpolitischen Rahmen und richtet sich spezifisch danach aus. Es ist im Verfahren und in der Methode unabhängig. Die Ebene der Systemsteuerung und Netzwerkarbeit steht in einem Zusammenhang mit den sozialpolitischen Rahmenbedingungen. Case Management zielt auf Einzelfall, Netzwerk und Systemebene ab, ist jedoch kein direktes Instrument der Sozialpolitik.

**Hypothese 2:** Es lassen sich in der Literatur Erfolgskriterien markieren, anhand derer von ExpertInnen die Umsetzung von Case Management – in Theorie und in der Praxis - bewertet wird. Diese Bewertung bezieht sich auf vier Kernelemente des Case Managements: Definition, Funktion, Ebene und Regelkreis.

Zur zweiten Forschungsfrage soll folgende Hypothese abgearbeitet werden:

**Hypothese 3:** Aus den markierten Erfolgskriterien können Grundlagen für Empfehlungen der extramuralen psychosozialen Versorgung NÖ West abgeleitet werden.

## 2.2. Methoden

Die Bearbeitung der Forschungsfrage und der abgeleiteten Hypothesen erfolgt im Rahmen einer qualitativen Herangehensweise (vgl. Lamnek 2005:21-31). Ich werde eine Wirklichkeit einer (erfolgreichen) Case Management Umsetzung rekonstruieren (vgl. Lueger 2000:16-38). Leitlinie zur Rekonstruktion dieser Wirklichkeit sind meine Forschungsfrage und meine formulierten Hypothesen, die ich anhand von Literatur zu Theorie und Praxis von Case Management aufgrund des manifesten Textes durch inhaltliche Zusammenfassung überprüfe. Meine Hypothesen sind forschungsleitende Annahmen, die im Folgenden widerlegt oder bestätigt werden (Bohnsack 2008:13).

## 2.3. Begriffsbestimmungen

Im Folgenden werden die Hauptbegriffe der Forschungsfragen und hypothesenrelevanten Begriffe definiert:

### 2.3.1. Case Management

In Kapitel vier wird eine Annäherung an die Definition von Case Management vorgenommen und ist zugleich Analyseschritt und Arbeitsschritt in der Verifizierung bzw. Falsifizierung meiner Hypothesen sowie Grundlage für die Analyse der Praxisbeispiele. An dieser Stelle sollen einleitend die Grundbegriffe Case und Management bestimmt werden:

**Case** aus dem Englischen übersetzt verstanden als „Fall“ bezieht sich in meiner Thesis auf den Fallbegriff in der Sozialen Arbeit. Der Fall ist in Anlehnung an Pantucek (1998:108) die Situation vor der und in welcher der Case Manager steht, und die er bearbeiten muss. Der sozialarbeiterische Fall (siehe dazu Brandstetter 2011) zeichnet sich dadurch aus, dass stets SozialarbeiterIn und ihre Organisation wichtiger Teil des Falles sind, dass der Fall komplex und die vorfindliche Situation nicht auf eine einzige Ursache zurückzuführen ist und Lösungswege nicht eindeutig sind. Der Fall „entsteht“, wenn mindestens eine Problemformulierung vorliegt, eine Lösung erwartet wird und ein Prozess der Bearbeitung erfolgt, in dem Fachlichkeit beschrieben, beurteilt und diskutiert werden kann (siehe dazu: Pantucek 2006:238-243, Pantucek 2009, Ader 2011).

**Management** kann nach Schierenbeck und Wöhle (2008:113) als Institution und Funktion erläutert werden. Als Institution beinhaltet das Management alle Aufgaben- bzw. Funktionsträger, die Entscheidungs- oder Anordnungskompetenz haben. (Top Management, Middle Management und Lower Management). Als Funktion umfasst es alle zur Steuerung einer Unternehmung notwendigen Aufgaben. Entscheiden und Durchsetzen werden dabei als umfassendste Managementfunktion und Planen, Koordinieren sowie Führen als weitere Hauptfunktionen des Managements benannt (Schierenbeck/Wöhle 2008:113).



### **2.3.2. Hilfe**

Hilfe ist ein zentraler Begriff in der Auseinandersetzung mit Case Management. Hilfe meint eine (professionelle) Interaktion, bei der im Rahmen einer situativen Konstellation sichergestellt wird, dass ein Ereignis hilfefähig gemacht wird bzw. wurde (Brandstetter 2010:104 – 113). Der Prozess der Hilfe als gesellschaftliche und organisierte Beziehungsform (Faß 2010:73) unterliegt dem Aspekt der Koproduktion (Kleve 2006:42-42), d.h. der Prozess wird von allen Beteiligten bestimmt, und dabei ist nicht nur der Klient/die Klientin Koproduzent der Hilfe, sondern auch das Hilfesystem selbst (siehe dazu Müller 2006).

### **2.3.3. Psychisch krank**

Der Begriff psychisch krank bezieht sich auf Menschen, die an mindestens einer psychischen Störung und/oder Verhaltensstörung nach ICD 10, Gruppe F00 – F99 leiden (siehe dazu Klinger/Schaubeder 2011:8). Der Begriff psychisch krank wird im Rahmen dieser Thesis eingeschränkt auf erwachsene Menschen (siehe dazu Klinger/Schaubeder 2011:9), die in der Regel einen hohen Unterstützungsbedarf haben und/oder darüber hinaus häufig, bzw. jahre- oder jahrzehntelang in Kliniken oder anderen stationären Einrichtungen hospitalisiert wurden (Zimmermann/Lob-Hüdepohl 2007:289). Ein hoher Unterstützungsbedarf meint, dass eine komplexe Problemlage vorliegt und die Notwendigkeit gegeben ist, dass mehrere Akteure in einem kooperativem Prozess aufeinander abgestimmt agieren, um an der Lösung zu arbeiten (Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management, DGCC, 2009:12).

### **2.3.4. Sozialpsychiatrisches Feld**

Sozialpsychiatrisch meint, die psychische Erkrankung eines Menschen in seinen sozialen Lebenszusammenhängen zu sehen und eine soziale Perspektive einzunehmen, in Hinblick auf Entstehung, Verlauf und Folgen der Erkrankung für den psychisch Erkrankten und sein Umfeld (Zimmermann/Lob-Hüdepohl 2007:286). Das Feld grenze ich ein, als den Raum in dem durch Dienstleistungsanbieter in der extramuralen psychosozialen Versorgung KlientInnen mit schweren psychischen Erkrankungen versorgt werden.

Durch die Fragestellung in Bezug auf ein sozialpsychiatrisches Feld werden Dimensionen eines soziologischen Raumverständnisses (vgl. Löw 2000) angedeutet. Der Raum wird hier nicht wahrgenommen als naturgegebene physische Größe, sondern als soziologischer Bezugspunkt (vgl. Simmel 1992:687-736 und Bourdieu 1997:157 – 165). So kann ein Verwaltungsraum, z.B. der Staat, *eine* Form von sozialem Raum bilden, ebenso wie ein „sozialpsychiatrisches Feld“ als eine Form eines sozialen Raums betrachtet werden kann. Der Staat als Raum verfügt über eine absolute Ausschließlichkeit, d.h. es ist der alles beherrschende Verband und in dieser Form einzig in seiner Art (Simmel 1992:691). Dahingegen ist ein sozialer Raum, wie ein *sozialpsychiatrisches Feld* als ein Verband unter vielen zu betrachten und kann auch über Staatsgrenzen hinausgehen. Dort wo sich der Staat und das sozialpsychiatrische Feld treffen, entsteht ein Raum, in dem es zur Berührung bzw. Vereinigung von sonst einander unabhängigen Elementen (Simmel 1992:708) kommt. In Bezug auf die Forschungsfrage erscheint mir diesbezüglich relevant, dass die Fixierung, die der Raum seinen Inhalten ermöglicht, ihre Struktur beeinflusst. Der Raum platziert seine Inhalte, schafft ihnen einen Rahmen, durch den die innewohnende Struktur des Raumes beeinflusst wird (Simmel 1992:705). Mit dem sozialpsychiatrischen Feld wird ein Forschungsraum konstruiert. Experten befinden sich an bestimmten sozialen Positionen in diesem Feld und das Konzept Case Management ist in diesem Feld vorhandener Sinnhorizont. Die Begriffe Experte und Case Management stellen mögliche „Fixierungspunkte“ im Forschungsraum dar (vgl. Simmel 1992:706).

### 2.3.5. ExpertInnen

ExpertInnen sind in diesem Zusammenhang AkteurInnen in einem bestimmten Sozialraum an einem bestimmten Ort: „...ein **Sozialraum** wird durch die wechselseitige Ausschließung (oder Unterscheidung) der ihn bildenden Positionen definiert, d.h. als eine Aneinanderreihung von sozialen Positionen.“ (Bourdieu 1997:158 ).

**Experte/Expertin** beschreibt die spezifische Rolle als Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalte (Gläser/Laudel 2008:12). Eine Person wird im Rahmen eines Forschungszusammenhangs als Experte/Expertin angesprochen, weil angenommen werden kann, dass diese Person über ein Wissen verfügt, das sie zwar nicht notwendigerweise alleine besitzt, das aber doch nicht jedermann in dem interessierenden Handlungsfeld zugänglich ist (Gläser/Laudel 2009:37). Als Experte/Expertin verstehe ich wie bei Meuser/Nagel (2009:44) beschriebene Akteure, die aufgrund ihrer Tätigkeit – und nicht unbedingt durch ihre Ausbildung – ein Sonderwissen erwerben, weil sie über einen privilegierten Zugang zu Informationen verfügen. Experte/Expertin in meinem Forschungskontext sind daraus abgeleitete Personen, die über spezielle Verantwortung zur Problemlösung verfügen und konkret mit der Theorie oder Praxis von Case Management im sozialpsychiatrischen Feld betraut sind und/oder jemand, der/die aufgrund seiner/ihrer Position im Feld einen besonderen Zugang zu Information zur Problemlösung/Fragestellungen hat. Andererseits „...gibt es eine Art besonderes Wissen, über das eigentlich jeder von uns verfügt. Es ist das Wissen über die sozialen Kontexte, in denen man agiert....Nur die unmittelbar Beteiligten haben dieses Wissen, und jeder von ihnen hat aufgrund seiner individuellen Position und seiner persönlichen Beobachtung eine besondere Perspektive auf den jeweiligen Sachverhalt“. (Gläser/Laudel 2006:9).

In meinem Kontext nehme ich Bezug auf **ExpertInnen zu Theorie und Praxis von Case Management**. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass „jeder/jede“ ohne weiteres über spezielle Kenntnisse der Methode bzw. des Verfahrens und über die Implementierung verfügt. Dieses Wissen hat sich auch in einem bestimmten Sozialräumen etabliert und ist dort verortet. Auf der anderen Seite sind die **ExpertInnen der Lebenswelt** zu nennen, und das können aus meiner Sicht nur KlientInnen selbst sein. Die ExpertInnen der Lebenswelt sind nicht Inhalt dieser Arbeit. Ihre Sicht zur psychosozialen Versorgung wurde in der Arbeit von Klinger/Schaubeder (2011) dargestellt.

### **3. Ausgangslage**

In der Herangehensweise an meine Thesis musste ich in der Recherchephase feststellen, was Schmid und Schu in folgendem Zitat festhalten: „Gleichwohl ist der Forschungsstand zu Case Management unübersichtlich, uneinheitlich und letztlich unbefriedigend“ (Schmid/Schu 2006:287). Diese Aussage trifft meiner Ansicht nach insbesondere auf Case Management im sozialpsychiatrischen Feld zu. Anfragen an ExpertInnen und WissenschaftlerInnen (Quelle 1) im Feld um Literaturhinweise zu dokumentierten und bestenfalls evaluierten Praxisbeispielen im sozialpsychiatrischen Feld ergaben, dass kaum empirisches Material vorliegt. Recherche in den Datenbanken (Quelle 2) blieb ebenfalls ohne Erfolg sowie die Internetrecherche. Im Gegenteil, hier konnte ich z.B. auf einen Projektbericht, der im Fachbuch Psychiatrisches Case Management von Anja Martha Sälzer (2008) bearbeitet wurde, nicht mehr zugreifen, da die Seite gelöscht wurde (Quelle 3). Leider blieben auch direkte Anfragen an Case ManagerInnen in der Schweiz und in den Niederlanden - bis zum geplanten Ende der Recherchephase - unbeantwortet (Quelle 4).

Aus meiner Sicht ist dieser Datenmangel auch darauf zurückzuführen, dass es in der Praxis sehr unterschiedliche und spezifische Ausprägungen von Case Management gibt und kaum einheitliche bzw. vergleichbare Daten vorliegen. Gleichzeitig führt dieser Umstand dazu, dass ich im Rahmen dieser Thesis vorwiegend auf Fachliteratur zu Theorie und Praxis von Case Management zurückgreife und nur drei konkrete Praxisbeispiele im interessierenden Forschungsfeld der sozialpsychiatrischen Versorgung zu finden waren, die von ExpertInnen beschrieben und bewertet wurden.

Grundsätzlich betonen Schmid und Schu, dass Erfolgs- und Misserfolgsbedingungen bei entsprechend anspruchsvollen Forschungsdesigns überprüft werden könnten, wobei dabei die Organisationstrukturen, Case Managementprozesse, die Qualifikation der Fachkräfte und regionale Netzwerkorganisationen zu betrachten seien (Schmid/Schu 2006:295). Sie erläutern des Weiteren, dass Studien entsprechend aufwendig und somit teuer sind und begründen damit auch das Fehlen solcher Studien zu Case Management in der Sozialen Arbeit (Schmid/Schu 2006:290).

### **3.1. Quellen zur Bearbeitung der Forschungsfrage**

Im Rahmen meiner Thesis greife ich auf vorhandene Fachliteratur zu Theorie und Praxis von Case Management und auf Praxisbeispiele aus drei Ländern im Sozialpsychiatrischen Feld zurück:

#### **3.1.1. Projekte**

Folgende Projekte wurden von mir ausgewählt, da sie einerseits in schriftlicher Form zugänglich waren und andererseits in dem ausgewählten Forschungsfeld als konkrete Praxisbeispiele verortet sind. Ihnen gemeinsam sind die Ziele der Deinstitutionalisierung bzw. der Vermeidung von Institutionalisierung sowie das Vorgehen im Rahmen eines personenzentrierten Ansatzes.

- Erfahrungsbericht zur Deinstitutionalisierung in Hrastovec – Slowenien  
(Flaker 2007/2008 und 2011, Videmsek 2010a und 2010b, Quellen 5 und 6)
- Intensives Case Management in der personenzentrierten Wohnbetreuung im Psycho Sozialen Dienst der Caritas der Erzdiözese St. Pölten – Österreich  
(Korbel/Zauner 2008 und Zauner 2007)
- Modellprojekt Psychiatrisches Casemanagement, Sektorbezogene Untersuchung einer Gruppe von psychisch schwer und chronisch Kranken unter den Bedingungen einer koordinierten Betreuung und Behandlung im außerstationären Bereich – Deutschland  
(Schleuning/Welschehold 2000)



### **3.1.2. Analyseraster**

Ich habe in einem ersten Schritt die Fachliteratur gesichtet um in grober Anlehnung an Schmid und Schu (2006:295) nach Basiselementen zu suchen, die eine Betrachtung der Praxisbeispiele leiten könnten. Diese Basiselemente von Case Management leite ich aus den Ausführungen Ewers ab, der einen Wesenskern von Case Management erläutert und feststellt, dass dieser den unterschiedlichen Modellen und Konzepten des Case Managements zu Grunde liegt (Ewers 2005:54). Des Weiteren stellt er fest, dass „indes drei Kernfunktionen...in der einen oder anderen Form in allen Case-Management-Konzepten enthalten sind“ (Ewers 2005:63). Der Wesenskern soll untenstehend anhand der Definition von Case Management benannt werden und des Weiteren die Funktionen von Case Management betrachtet werden. Diese Elemente führen weiter zur Betrachtung der Ebenen von Case Management und der Darstellung des Regelkreises. Somit sind vier Betrachtungsmomente gegeben, die aus meiner Sicht allen verschiedenen Konzepten und Modellen (zu den Case Management Modellen siehe Schleuning/Welschehold 2000:1-8) zu Grunde gelegt werden können. Die Betrachtungsmomente sollen daher im nächsten Abschnitt näher ausgeführt werden, bevor sie einer Analyse der später folgenden Praxisbeispiele zu Grunde gelegt werden.

## 4. Case Management

Einerseits stellt Wendt in einem Vorwort (2001: X) fest: „Nicht immer ist, wo Case Management drauf steht, Case Management drin“. Andererseits weist z.B. Remmel-Faßbender (2005:74) darauf hin, dass es bis heute in der Bundesrepublik Deutschland unterschiedliche Definitionen von Case Management in der Theorie, in Projektveröffentlichungen und in der Praxis gebe. Die Wissenschaftlerinnen Goger und Brandstetter betonen „...dass von keiner einheitlichen Definition und keinem universell geteilten Verständnis von Prinzipien, Funktionen und Zielen des Case Management ausgegangen werden kann“ (Goger/Brandstetter 2010:19). Im Folgenden nehme ich eine schrittweise Annäherung an ein sozialarbeiterisches Verständnis von Case Management (Social Work Case Management) vor.

### 4.1. Schritt 1: Case Management Definition

#### 4.1.1. Ausgangsdefinition

Ewers (2005: 56 -58) erläutert, dass in den unterschiedlichen anglo-amerikanischen Ansätzen zur Definition und Methode Case Management folgender kleinster gemeinsamer Nenner zu finden sei:

*Case Management installiert ein Hilffssystem, das über den gesamten Betreuungsverlauf („over time“) und serviceübergreifend („across services“) angelegt ist. Ausgehend von einer ganzheitlichen Sicht auf die PatientInnen- oder KlientInnenproblematik handelt es sich um einen auf Kooperation angelegten dynamischen Prozess (mit Beginn und Ende) in den mehrere Akteure involviert sind und sich zu einem integrierten Hilffssystem verbinden (Ewers 2005:57).*

Wesentlicher Aspekt des Case Managements ist demnach die Koordination der Hilfen, damit definierte Probleme einer überprüfbaren Lösung zugeführt werden können. Des Weiteren gibt Ewers an, dass ein „jüngerer“ Bestandteil des Case Managements auch die Qualitätsentwicklung und Sicherung der Versorgung sei (Ewers 2005: 57). Case Management wird nach der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC 2008:14) auf der Basis eines Qualitätsmanagements durchgeführt, wobei u.a. Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätsstandards benannt sein sollten (siehe dazu auch Remmel-Faßbender 2005:81).

#### **4.1.2. Hilfe und Beziehung in der Definition von Case Management**

In Bezug auf die Art und Weise der Umsetzung der Dienstleistung „across services“ und „over time“ durch Case ManagerInnen streicht Neuffer (2007:424) hervor: „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 in Frage kommenden professionellen Dienstleistenden, den einzubindenden Unterstützenden aus dem Umfeld und durch eine Beteiligung an der Planung und Organisation von Dienstleistungen.“ Wendt meint: „Während der Arbeit am Problem mag sich auch eine gute persönliche Beziehung zwischen dem Klienten und seinem Helfer oder Behandler ergeben; sie ist aber keine Voraussetzung für die Kooperation“ (Wendt 2001:36) und betont die funktionale und organisierende Arbeit des Case Managers. Kleve meint dazu: „Case Management ist weniger Hilfe durch psychosoziale direkte Beziehungsarbeit sondern sucht übergeordnet Lösungen für konkrete Problemlagen in dem passende Hilfen gefunden, organisiert, geplant, kontrolliert und evaluiert werden.“ (Kleve 2006:55)

#### **4.1.3. Einsatzbereich und Profession**

Ewers fasst die Einsatzmöglichkeit von Case Management zusammen: „Sein Proprium, seine Kernfunktionen, der Regelkreis oder auch die mit ihm verbundenen Ergebnisorientierung lassen sich diskret in das Versorgungshandeln aller Gesundheitsprofessionen integrieren und zum ständigen Handlungsrepertoire von Mediziner\*innen, Pflegekräften und Sozialarbeitern erheben“ (Ewers 2005:84). Auch Wendt betont, „Die Neutralität des Konzepts gegenüber der Spezifik persönlicher, sozialer und gesundheitlicher Probleme bringt mit sich, dass ein Case Management grundsätzlich in allen humandienstlichen Bereichen erfolgen kann“ (Wendt 2005: 25). Die Implementierung selbst ist jedoch strukturabhängig, d.h. abhängig von institutionellen und dienstlichen Kontexten (Wendt 2005:39). „Wir können, ..., die erreichte und erreichbare Kunstfertigkeit des Handelns im Case Management als state of the art nicht isolieren von den herrschenden Zuständen, dem state of affairs in den Anwendungsbereichen von Case Management“ (Wendt 2006:26).

An dieser Stelle ist der Übergang von Case und Care Management erreicht und soll im nächsten Abschnitt näher betrachtet werden.

#### **4.1.4. Übergang: Care – Case Management**

Mit Care Management ist nach Wendt (2006:9) die Steuerung der institutionalisierten Bedarfsdeckung – also die Steuerung der Versorgung - gemeint. Care Management gestaltet das Versorgungsangebot und ist aus seiner Sicht, das „state of affairs“, also ein Rahmen für das Case Management. Case Management sei für den personen- und situationsbezogenen Zuschnitt (dieser Versorgung) zuständig. Faß führt aus, dass der Begriff des Care Managements dort zutrifft, wo es um Strukturierung von Handlungsabläufen aus dem Fokus der Versorgung geht, während Case Management primär den Fall strukturiert und von ihm aus (sekundär) die Versorgung (Faß 2006:44). Er betont, dass in seiner Definition von Case Management Fall- und Systemsteuerung jedenfalls miteinander verknüpft sind. (Faß 2006: 45). Die deutsche Gesellschaft für Case und Care Management (DGCC 2011) bezeichnet den Übergang zwischen Systemsteuerung und Care Management als fließend. Aus den unterschiedlichen Betrachtungsweisen zu den Grenzen bzw. Übergängen zwischen Case und Care Management orientiere ich mich an der Perspektive von Löcherbach. Er gibt an, dass zum Case Management die Fallsteuerung im Einzelfall und die Systemsteuerung auf Ebene der Organisationen gehören. Das Care Management hat hingegen die Aufgabe, das System auf Ebene der Versorgung zu steuern (Löcherbach 2006: 208). Diese Perspektive entspricht aus meiner Sicht der Logik der Sozialen Arbeit, wonach in der Definition von Erler (1997:13), Soziale Arbeit Instrument moderner Gesellschaften und damit Teil deren sozialpolitisch-administrativen Handlungsapparats ist und die Methoden Sozialer Arbeit zur Gestaltung von Hilfeprozessen in diesem Rahmen umgesetzt werden (Galuske 2001:28).

In dieser theoretischen Entwicklung der Definition von Case Management zeichnen sich Funktionen des Case Managements ab, die im nächsten Schritt erläutert werden sollen, um das Wesen des Case Managements hervor zu streichen:

#### **4.2. Schritt 2: Case Management Funktionen**

Ewers (2005:63) meint, dass sich drei Kernfunktionen von Case Management in allen Konzepten, unterschiedlich stark ausgeprägt, identifizieren ließen: Advocacy-, Broker- und Gate-Keeper-Funktion (siehe dazu Ewers 2005:63-72 und Galuske 2007:411-412).

**Advocacy Funktion:** die anwaltschaftliche Funktion des Case Managements beschreibt die parteiische Intervention für KlientInnen oder KlientInnengruppen. Es geht um Interessensvertretung und Durchsetzung der Interessen der KlientInnen oder KlientInnengruppen bzw. deren Befähigung dazu. Ansprüche, Leistungen und Ressourcen sollen durch diese Funktion des Case Managements gesichert, erweitert und Lücken im Versorgungssystem aufgedeckt und diese Information in angemessener Form an die entsprechenden Verantwortungs- und EntscheidungsträgerInnen kommuniziert werden. (Goger 2007, Ewers 2005:63-66)

**Broker Funktion:** Case Management soll eine neutrale Vermittlung zwischen den Nutzern und den Anbietern von Dienstleistungen bieten, d.h. Case ManagerInnen haben ein Wissen über die „Marktlage der Angebotsseite“ und verbinden diese ausgehend von individuellen Versorgungsbedürfnissen zu einer optimalen Versorgungslösung. Der Broker ist der Vermittler von passenden Hilfsangeboten innerhalb eines vorgegebenen Rahmens. (Goger 2007, Ewers 2005:66-69)

**Gate Keeper Funktion:** Zwischen KlientInnen und dem Versorgungssystem ist Case Management in Funktion des Gate Keepers in einer selektierenden Weise tätig, indem Zugangssteuerung und Selektion für allgemein finanzierte Leistungen erfolgt. Gate Keeper hat aber auch die Aufgabe, die für eine Versorgung notwendigen Mittel bei den diversen Kostenträgern zu akquirieren und anschließend eine ausgabenorientierte Steuerung des gesamten Versorgungssystems vorzunehmen. Gate Keeper üben Kontrolle aus, mit dem Ziel, den Zugang zu aus Steuermitteln finanzierten Versorgungsleistungen einzuschränken. (Goger 2007, Ewers 2005:69-72)



#### 4.2.1. Sozialarbeiterisches Case Management

Es haben sich unterschiedliche Case Management Konzepte in unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen und in den unterschiedlichen Dienstleistungsarten entwickelt (siehe dazu Ewers 2005:58-63). Je nach Konzept unterscheiden sich auch die Ziele von Case Management. Das sozialarbeiterische Case Management findet nach Pantucek (2007) und Goger (2006, 2007) „consumer-driven“ – also klientInnenorientiert - statt und soll Unterstützungsleistungen individuell und passgenau installieren. Relevant erscheint mir die Frage, *wie* die Orientierung an den KlientInnen erfolgt. In der Arbeit von Klinger/Schaubeder, wird ersichtlich, dass Bedürfnisse aus Sicht der Betroffenen formuliert oder aus Sicht des Hilfesystems aus Expertensicht zugeschrieben bzw. benannt werden können (Klinger/Schaubeder 2011:13-18 und 30-67). Klinger/Schaubeder haben in ihrer Thesis den Begriff Bedürfnis (an dieser Stelle sehr verkürzt zusammengefasst als subjektiver Mangel) und den Begriff Bedarf (Kategorie für Art um Umfang von Dienstleistung) umfassend erläutert (Klinger/Schaubeder 2011:14-17). Sie haben auch festgestellt, dass psychisch schwer kranke Menschen aufgrund ihrer Erkrankung kaum in der Lage sind, Hilfe zu suchen und anzunehmen (Klinger/Schaubeder 2011:8). Goger (2006) hält fest, dass im sozialarbeiterischen Case Management ausgehend von durch KlientInnen definierten Bedürfnissen und Zielen, mit ihm/ihr der Hilfeplan erarbeitet wird und das Case Management für seine/ihre Interessen eintritt. Es scheint mir daher erforderlich, die Artikulation von Bedürfnissen bzw. Hilfewünschen durch KlientInnen zu ermöglichen. Forschung, wie von Klinger/Schaubeder durchgeführt, kann aus meiner Sicht diesen Beitrag leisten. Wenn Versorgungsstrukturen nicht den Bedürfnissen der Betroffenen entsprechen, bietet Case Management eine Möglichkeit diese Versorgungslücken aufzudecken und die Versorgung zu verbessern (Klinger/Schaubeder 2011:102-108).

Die Prinzipien des sozialarbeiterischen Case Management sind des Weiteren Ressourcenorientierung, Empowerment und prozedurale Fairness (siehe dazu Goger 2006). Sozialarbeiterisches Case Management ist aus meiner Sicht vorrangig der anwaltschaftlichen Funktion verpflichtet. Es zeichnet sich durch diese Funktion aus und hebt sich dadurch von anderen Funktionen bzw. system-driven Case Management - wie z.B. bei Sozialversicherungsträgern (Czypionka u.a. 2008) - ab. Wenngleich sich sozialarbeiterisches Case Management auch in einem Spannungsfeld zwischen Empowerment und Advocacy bewegt.

### **4.3. Schritt 3: Case Management - Ebenen**

Bei der Betrachtung der Definition und der Funktionen des Case Managements wird deutlich, dass Case Management sich auf unterschiedlichen Ebenen bezieht. Wendt (2005:14) meint, es müsse zwischen Case Management als methodischem Konzept auf der personalen Handlungsebene und Case Management als Organisations- oder Systemkonzept in administrativer Funktion unterschieden werden und gibt an, dass es bei beidem um Handhabung und Gestaltung von Prozessen gehe (Wendt 2005:14).

#### **4.3.1. Konzept, Methode, Verfahren**

Kleve führt aus, dass Case Management zugleich ein formales Verfahren in Organisationen, ein Methodenpool und drittens als professionelle Haltung definiert werden kann (Kleve, 2009:1) und erläutert (2010:23), dass sich die methodischen Ebenen auf Fallarbeit und Netzwerkarbeit (-und Betrachtung) beziehen. Auf organisatorischer Ebene liegen Flexibilisierung der Organisationen Sozialer Arbeit und die raumbezogene Steuerung (Kleve 2010:23). Brinkmann benennt Case Management als Methode und Konzept (Brinkmann 2010:10). Ich entscheide mich für die Zugangsweise der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC 2009:1) die Case Management als organisationsgestaltendes Handlungskonzept sieht, dass auf Fall-, Organisations- und institutionelle Netzwerkwerkebene Bezug nimmt und wirkt. Mit der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management komme ich zum Schluss:

„Das Besondere des Handlungskonzeptes Case Management liegt darin, dass drei Ebenen aufeinander bezogen sind: die Einzelfall-, die Organisation- und die institutionelle Netzwerkebene.“ (DGCC 2009:4)

Unter einem Konzept ist nach Galuske (2001:23) ein Modell von Handlungen zu verstehen, in dem Ziele, Inhalte, Methoden und Verfahren in einen sinnhaften Zusammenhang gebracht werden. Methoden sind (vgl. Kleve 2009:2, Galuske 2001:21-32) theoriefundierte, zielgerichtete Handlungsplanung und Mittel der Umsetzung. Verfahren definiert Kleve (2009:2) als formale inner- oder zwischenorganisatorischer Strukturen, in denen soziale Prozesse nach bestimmten Mustern ablaufen (Kleve 2009:2).

Die Ebenen des Handlungskonzeptes Case Management sollen nun im Folgenden betrachtet werden.

#### 4.3.2. Mikro-, Meso- und Makroebene

**Mikroebene:** Auf der ersten Ebene, der Mikroebene, liegt der Fall der Sozialen Arbeit. Er wird im Case Management (siehe dazu Wendt 2001:32-33 und Wendt 2006:21-23) ressourcenorientiert und in Bezug zu seinem Umfeld bearbeitet – dabei besteht jedoch keine Festlegung auf oder Forderung nach einer bestimmten Profession, allerdings die Forderung nach entsprechender Kompetenz. (Wendt 2006:25-37, Löcherbach 2008:36-39).

Ich stimme Neuffer (2006:50) zu, welcher meint, dass die Gemeinsamkeiten und Leitideen der fallorientierten Sozialen Arbeit die Verbindung zum Konzept Case Management herstellen würden. Diese Gemeinsamkeiten und Leitideen würden eine Verankerung von Case Management in der Sozialen Arbeit begründen und zugleich den eigenständigen Ansatz verdeutlichen. Auf der Mikroebene erfolgt am Fall die Umsetzung eines bedarfsorientierten und –gerechten Hilfeprozesses (siehe dazu Löcherbach 2008:30). Hier wird nach Faß (2010:63) das Case Management als Verfahren angewendet.

**Mesoebene:** Auf dieser Ebene ist Kooperation, Verbindung und Kontrolle der installierten formellen und informellen Netzwerke der Akteure anzusiedeln (DGCC:2010:5). Gleichzeitig ist das auch die Ebene der Case Management umsetzenden Organisation (siehe dazu Gissel-Palkovich 2010:121-149, Kleve 2009: 299-315), die diese Aktivitäten fallübergreifend, aber einrichtungsbezogen übernimmt (Löcherbach 2008:31).

**Makroebene:** Auf dieser geht es um vom Einzelfall losgelöste und im Netzwerk durchgeführte Versorgungsplanung- und –Steuerung (Löcherbach 2008:31). Diese Ebene bezieht sich auf die Planung von regionalen Versorgungsstrukturen (DGCC 2010:5) und ist aus meiner Sicht der Schnittpunkt zum Rahmen von Case Management – der Sozialpolitik.

#### 4.3.3. Soziale Arbeit: Einzelfallhilfe – Case Management

Mit der Betrachtung der Mikro, Makro und Mesoebene ist aus meiner Sicht Weiterentwicklung von Einzelfallhilfe zu Case Management aufgezeigt. Case Management kann als Ausweitung der Sozialen Einzelfallhilfe verstanden werden, da es über die Betrachtung und Bearbeitung der individuellen Problemlage hinaus auf die Meso- und Makroebene geht und zugleich das Spannungsfeld des „doppelten Mandats“ (Pantucek 1998:85, vgl. zum Thema Mandate der Sozialen Arbeit: Röh 2006:442-443) im Case Management immanent ist, da es der Forderung informelle (nicht-professionelle, lebensweltliche) und formelle (professionelle) Hilfen so effektiv und effizient wie möglich zu verkoppeln und nachhaltige Hilfssysteme für die KlientInnen des Case Managements zu schaffen, auf einer strukturellen, über den Einzelfall hinausgehenden Ebene, nachkommt. Case Management auf der Mesoebene bedeutet, dass organisatorische Anpassungen erfolgen, die sich auf „alle Fälle“ der Organisation beziehen, d.h. fallübergreifend sind und darüber hinaus auf der Makroebene im regionalen Netzwerk eine Abstimmung und Steuerung der Hilfen zu ermöglichen. Systemsteuerung definiere ich hier anhand von Faß (2010:69) als das Handeln in das System hinein, das fallübergreifend Veränderungen bewirkt.

Neuffer (2002:418) erläutert: „Die Grundelemente des Case Managements, einerseits in komplexen Problemlagen individuelle Unterstützung zu geben und andererseits das Hilfssystem auf die Bedarfe Einzelner oder einer Zielgruppe abzustellen, finden wir in der Sozialen Arbeit seit Beginn der Berufsgeschichte.“ Das innovative Element von Case Management liegt nach Gissel-Palkovich in der „...Verknüpfung von (eher) sozialarbeiterischen/sozialpädagogischen mit managerialen/steuernden Elementen in der Fallbearbeitung und über die Einzelfallebene hinaus“ (Gissel-Palkovich 2010:130). Wendt (2005:16) betont ebenfalls, dass ein wesentlicher Fortschritt im Verständnis und der Anwendung von Case Management in der Abstimmung dieser Ebenen zu sehen sei. Nach Kleve bildet diese Verbindung der Ebenen auch eine Antwort auf die Frage von „Vereinbarkeit“ der Forderung nach Effizienz und Effektivität in der Sozialen Arbeit und Lebensweltorientierung (siehe dazu auch Kleve/Müller/Hampe-Grosser 2010:55). Etwas kritischer meint Galuske (2007:415): „...die sozialpolitischen Koordination würden rasant in Richtung auf ein (neo-) liberales Modell umgepolt und das Case Management sei mit seinen Rationalitätsversprechen zur sozialpädagogischen Methode der Wahl geworden.“

Das methodische Vorgehen im Case Management als Handlungskonzept ist nach Ewers (2005:72) „weitgehend unabhängig von dem jeweiligen Kontext...“ ein „...Phasenmodell von einzelnen, logisch aufeinander aufbauenden Arbeitsschritten“. Diese Schritte sollen als nächstes anhand eines Regelkreises dargestellt werden:

### 4.4. Schritt 4: Case Management Regelkreis

Im Lehrbuch Sozialarbeit und Sozialpädagogik in der Psychiatrie (Bossard u.a. 1999:336-340) werden Assessment, Planning, Intervention, Monitoring und Evaluation als die fünf Phasen des Case Managements dargestellt, die sich von der Beschreibung des Ablaufs zusammengefasst bei z.B. Galuske (2001:198-199) und z.B. Ewers (2005:73) vor allem insofern unterscheiden, als zu Beginn eine Phase des case findings – der Identifikation von PatientInnen/KlientInnen steht. Kleve (2002:41 - 52) wiederum beschreibt sechs Schritte helfender Kommunikation und führt gemeinsam mit Müller und Hampe Grosser (2011:31 – 35) in das Systemische Case Management ein. Ich erachte diese unterschiedlichen Modelle grundsätzlich als gleichwertig, da sie alle vorab definieren, was anschließend in einem Regelkreislauf umgesetzt werden soll und sich alle beschriebenen Modelle jeweils auf die dargestellten Ebenen von Case Management beziehen. Wesentlich erscheint mir in Anbetracht der unterschiedlichen Modelle, die Frage, ob jeweils alle benannten Phasen im Case Management umgesetzt werden. Für das Handlungskonzept Case Management bildet die DGCC mit der Benennung sieben Phasen im Case Management Ablauf aus meiner Sicht eine zusammenführende Klammer über die unterschiedlichen Darstellungen zum möglichen Regelkreislauf des Case Management. Daher fasse ich einen Regelkreislauf auf Basis der Ausführungen der DGCC (2008:15-42) zusammen:

**Clearing:** Hier erfolgt der Zugang und die Kontaktaufnahme (access) zu KlientInnen, die Auswahl von Adressaten/KlientInnen (Case Finding) anhand festgelegter Kriterien und eine Entscheidung, dass es zum Case Management kommt (Intaking).

**Assessment:** In dieser Phase erfolge ein umfassende Erhebung, Bewertung und Dokumentation des subjektiven und objektiven Bedarfs. Das Assessment soll die individuellen sowie objektivierenden Ressourcen- und Probleme klären, Bedarf feststellen und darlegen. Es ist die Grundlage für die weitere Phase.



**Serviceplanung:** Hier werden Ziele und Unterstützungsleistungen, Verantwortliche und Maßnahmen-/Leistungsträger, zeitliche Planung sowie Kosten und Kostenträger für den Einzelfall festgelegt und im Serviceplan festgehalten.

**Linking:** In dieser Phase kommt es zur Vermittlung der passenden formellen und informellen Angebote, der Case Manager übernimmt in dieser Phase die Fallsteuerung, damit die Ziele erreicht werden können.

**Monitoring:** Diese Phase dient der Sicherung, Prüfung und Bewertung der Unterstützungsangebote und gleichzeitig auch der Fallsteuerung, sodass der Hilfeprozess, die notwendigen Beziehungen und Netzwerke kontinuierlich erhalten bleiben können.

**Evaluation:** Diese Phase steht am Ende des Case Management Prozesses, und bewertet ob und wie die im Prozess geschlossenen Kontrakte umgesetzt und erreicht wurden. Diese Phase dient der Überwachung und Bewertung der Ergebnisse der Einzelleistungen und des gesamten Prozesses. Remmel-Faßbender fasst die drei Qualitätsdimensionen - Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität - nach Donabedian bzw. Wendt - für das Case Management zusammen (Remmel-Faßbender: 2005:77). Die DGCC (2009:14) nennt ebenfalls u.a. diese drei Dimensionen (Struktur, Prozess, Ergebnis) als Qualitätsmerkmale für Case Management.

**Netzwerkaufbau und Netzwerkpflege:** Diese Phase ist im Grunde ein kontinuierlicher, fortlaufender Prozess, der dazu dient, Netzwerke von professionellen und freiwilligen Akteuren vor Ort aufzubauen, abzustimmen, zu standardisieren und abzustimmen. Einerseits geht es hier um ein Systemmanagement aber auch um die Weiterentwicklung des Netzwerkes (Systementwicklung) für den Fall auf der Mikro als auch die Gesamtheit der Fälle auf der Mesoebene (vgl. DGCC 2009:15-41).

## **5. Zwischenergebnisse zu den Hypothesen**

### **5.1. Ergebnisse zu Hypothese 1**

Case Management kann im Rahmen der Netzwerkarbeit Versorgungslücken aufzeigen und an die jeweiligen Handlungs- und Entscheidungsträger kommunizieren – ist jedoch aus meiner Sicht nicht in der Lage, diese Rahmenbedingungen, z.B. durch Gesetzgebung, zu verändern. Die Rahmenbedingungen, unter denen Case Management stattfindet, ist die Kommunal-, Landes-, Bundes- und EU-Politik (Faß 2010: 63). Case Management kann auf sozialpolitischer Ebenen dazu verhelfen, bestehende Sozialrechte wahrzunehmen (Wendt 2010: 157) und hat eine entdeckende Funktion, wenn es darum geht, durch Evaluation und Berichterstattung im Verlauf aufzuzeigen, wo und wie Versorgung erfolgreich oder mangelhaft ist (Wendt 2010:158). Somit ist aus dem bisher Gesagten meine erste Hypothese, dass Case Management nur im Verfahren und in der Methode unabhängig ist, die Ebene der Systemsteuerung und Netzwerkarbeit in einem Zusammenhang mit den sozialpolitischen Rahmenbedingungen steht, bestätigt.

### **5.2. Ergebnisse zu Hypothese 2**

#### **5.2.1. KlientInnenorientierung und anwaltschaftliche Funktion**

ExpertInnen für Soziale Arbeit, wie Pantucek und Goger, fordern für ein Case Management, das in einem sozialarbeiterischen Verständnis erfolgt, eine anwaltschaftliche Funktion und Umsetzung in Form eines „consumer-driven“ Case Managements. An dieser Stelle wird von diesen Experten für Soziale Arbeit und Case Management ein erstes Bewertungskriterium für Case Management genannt, nämlich die Funktion und die Ausführungsart. Mit Remmel –Faßbender fasse ich zusammen: „Case Management wurde in humandienstlichen Arbeitsfeldern für die individuelle, bedarfsgerechte Unterstützung von Menschen mit einer komplexen Problemsituation entwickelt. Das muss durch klare Grenzen zu anderen primär systemsteuernden Verfahren erkennbar sein“ (Remmel-Faßbender 2008:176). Ewers (2005: 85) betont, dass Case Management seinen Sinn und Wirkung verfehle, wenn nicht PatientInnen- bzw. KlientInnenorientierung und –Partizipation im Fokus der Bemühungen stünden.

### **5.2.2. Case Management auf Fall-, Organisations- und Netzwerkebene**

Ein weiteres Bewertungskriterium findet sich bei der Betrachtung der Ebenen in Zusammenhang mit Case Management: Ein Case Management nur auf der Fallebene zu implementieren erscheint unzureichend, wenn keine Voraussetzungen (organisatorisch, regionale Netzwerke) geschaffen werden (Löcherbach 2008: 35, Kleve u.a. 2006: 22). Für einen wirkungsvollen Einsatz von Case Management seien nach Ehlers „...Strukturen auf der System- und Organisationsebene so zu gestalten, dass eine optimale Steuerung der Patientenversorgung auf der Fallebene möglich ist.“ (Ehlers 2008:54)

### **5.2.3. Phasenmodell**

Das dritte und letzte Bewertungskriterium umfasst die Frage, ob ein logisches, aufeinander abgestimmtes und aufbauendes Phasenmodell zur Anwendung kommt. Hier ist festzuhalten, „...hat man mit Case Management nicht richtig begonnen, wird es auch nicht richtig fortgesetzt werden können.“ (Wendt 2001:137) Essentiell in der Durchführung des Case Managements sei nach Wendt (2006:7) die Einhaltung der Schritte des Case Managements. Es finden sich in der Forschung auch Hinweise, dass die Wirkung von Case Management davon abhängt, ob der Handlungsansatz ganz oder nur teilweise umgesetzt wird (Schmid/Schu 2006:292). Remmel-Faßbender (2005:81) fasst zusammen, dass von Case Management nur dann die Rede sein kann, wenn das Gesamtkonzept umgesetzt ist.

Die zweite Hypothese ist insofern bestätigt, als sich Bewertungskriterien markieren ließen und sich diese auf die vier Kernelemente des Case Managements (Definition, Funktion, Ebene und Regelkreis) beziehen.

Die dritte Hypothese soll in Zusammenschau aus dem bisher Ausgeführten und der zusammenfassenden Betrachtung der Praxisbeispiele abgearbeitet werden.

### **5.3. Offene Fragen**

Für mich ist an dieser Stelle offen, wie der anwaltschaftlichen Funktion auf Ebene der Systemsteuerung nachgekommen wird, wenn wie oben beschrieben eine Rückmeldung an das System erfolgt oder erfolgen soll. Es stellt sich auch die Frage, welche Konsequenz eine Aufdeckung bzw. Kommunikation von Versorgungslücken hat. Diesen Fragen möchte ich bei der Betrachtung der Praxisbeispiele weiter nachgehen.

## **6. Praxisbeispiele**

### **6.1. Wohlfahrtsstaatlicher Rahmen der Praxisbeispiele**

Die ausgewählten Praxisbeispiele sind in Deutschland, Österreich und Slowenien verortet. Nach Esping-Anderson (Esping-Anderson 1998) sind die ausgewählten Praxisbeispiele aus Slowenien, Österreich und Deutschland den korporistischen Wohlfahrtsstaatsregimen zuzuordnen. In diesen Regimen wird Verantwortung im Rahmen des Subsidiaritätsprinzips delegiert, d.h. möglichst alle Aufgaben sind von den kleinsten Einheiten (Familie, Nachbarschaft, Gemeinde) zu lösen, nur jene Aufgaben, die hier nicht befriedigend gelöst werden können, sollen von der nächst höheren Eben gelöst werden (Land, Bund, EU). Zugleich bedeutet dieses Prinzip auch, dass der Staat dann eingreift, wenn sonst keine Selbsthilfefähigkeit vorhanden ist. Der Markt ist stark staatlich oder sozialpartnerschaftlich reguliert. Einkommens- und beitragszeitabhängige Versicherungssysteme erhalten Statusunterschiede bzw. führen zu statusbezogenen Versicherungsleistungen. In diesen Staaten liegt eine mittlere Rate der Dekommodifizierung vor. Dekommodifizierung bedeutet, alternative bzw. nicht marktförmige Mittel zur Verfügung zu stellen, um das Wohlergehen von Menschen zu sichern, die in einer auf Märkte bezogenen Gesellschaft nicht in der Lage sind, ihre Arbeitskraft oder ihre Arbeit am Markt zu verkaufen (Schmid 2010b:127). Kennzeichnend für das österreichische, korporistische Wohlfahrtsstaatsregime ist die tragende Rolle der Sozialpartnerschaftsorganisationen. Schmid führt aus, dass Slowenien zu den Staaten mit zentraleuropäischen Modellen zu rechnen sei (Schmid 2010b:132). Nach Schmid (2010b:131) sind diese Modelle durch einen Mix aus staatlichen Geldleistungen, Sachleistungen der Gebietskörperschaften und von Wohlfahrtsträgern sowie Angeboten marktorientierter Organisationen gekennzeichnet.

## **6.2. Slowenien: Deinstitutionalisierung – Hrastovec**

Grundlage für die Entscheidung den Prozess der Deinstitutionalisierung in Slowenien in diese Arbeit aufzunehmen, waren die Ausführungen und die fachliche Diskussion mit Petra Videmsek zu diesem Thema beim Gastvortrag in der Forschungsgruppe an der FH St. Pölten, 2010. Die Einschätzung der Projektgruppe war zu diesem Zeitpunkt, dass die Umsetzung der Deinstitutionalisierung eine inhaltliche Nähe zu Case Management aufweise und die slowenischen Erfahrungen für die Region Mostviertel von Interesse sein könnten. Zum Prozess der Deinstitutionalisierung in Slowenien liegen mir eine PowerPoint Präsentation und der zugehörige Fachbeitrag von Petra Videmsek (2010a und 2010b), ein (noch) unveröffentlichter Artikel (Flaker et.al. 2011) sowie im Internet veröffentlichte Fachbeiträge von Vito Flaker (2007/2008) vor. Ebenfalls ziehe ich zur Analyse meine Mitschrift zum Gastvortrag von Petra Videmsek (Quelle 5) und die Mitschrift zum Erfahrungsbericht (Quelle 6) von Tom Schmid, der u.a. als Gastreferent vor Ort eingeladen war, zur Analyse hinzu. Die Betrachtungen werden zeitlich auf die Jahre 2001 bis 2008, räumlich auf die Umsetzung der Deinstitutionalisierung in Hrastovec eingeschränkt.

Hrastovec ist das größte psychiatrische Pflegeheim in Slowenien, in dem 2001 rund 1400 Patientinnen lebten (Quelle 6). Die Menschen haben in dieser Einrichtung durchschnittlichen 18 Jahre lang gelebt. Manche wurden bereits 30 Jahre oder länger dort verwahrt (Quelle 6) bis dort der Prozess der Deinstitutionalisierung einsetzte (Flaker et al. 2011:9). Es wurden im Rahmen der Deinstitutionalisierung 21 Wohngemeinschaften gegründet und begleitend angestrebt, PatientInnen in „substitute families“ unterzubringen. Mittlerweise wurden 200 PatientInnen außerhalb des Pflegeheims untergebracht (Flaker et al. 2011:9).

### **6.2.1. Analyseraster: Deinstitutionalisierung - Hrastovec**

Meine Analyse der vorliegenden Materialien zur Deinstitutionalisierungsprozess in Hrastovec leiten die Basiselemente zu Case Management: Definition, Funktion, Ebenen und Regelkreis.

#### **Definition**

Deinstitutionalisierung wird von den ExpertInnen Flaker und Videmsek nicht als ein Handlungskonzept Case Management definiert. Es ist aus den Ausführungen von Flaker und der Schilderungen von Videmsek jedoch ableitbar, dass die Inhalte der unterschiedlichen Arbeitsschritte und –weisen der Definition von Case Management bei Ewers (2005:56-58) entsprechen. „...it's not only a way of connecting knowledge, skills and understanding, but also the actors, initiatives, practices, activities, events, things and arrangements in this area.” (Flaker 2007/2008)

#### **Funktion**

Die Funktion der Deinstitutionalisierung drückt sich aus meiner Sicht über die beschriebene anwaltschaftliche Haltung und Verpflichtung an Prinzipien wie Ressourcenorientierung, KlientInnenorientierung und Empowerment (Videmsek 2010) aus und entspricht somit einem sozialarbeiterischen Verständnis von Case Management. „...activities of community mental health have a strong emancipatory note, either in terms of the emancipation of people in mental distress or of the phenomenon itself.” (Flaker 2007/2008) „...from seemingly objective and objectifying to subjectifying, from seemingly passive and counterproductive to active and productive.” (Flaker 2007/2008)

#### **Ebenen**

“... the national plan required the providers of services to make action plans on their local levels. This has spurred innovations in special social care homes; especially in the social care home Hrastovec, and later also in other special institutions.” (Flaker et al. 2011:8)



Videmsek (Quelle 5) hat ausgeführt, dass im Rahmen des Deinstitutionalisierungsprojekts individuelle Hilfspläne auf der Einzelfallebene ausverhandelt und ausgearbeitet wurden. Die Umsetzung erfolgte in den regionalen Netzwerken, in denen formelle und informelle Hilfen aufgebaut wurden. Sie berichtete, dass die Hilfe im Rahmen der vorgegeben sozialrechtlichen Rahmenbedingungen umgesetzt werden konnte. Aus ihrer Sicht wurden hier auch die Grenzen einer „wirklichen“ Deinstitutionalisierung aufgezeigt, da die Mehrzahl der ehemaligen PatientInnen in Group Homes untergebracht waren und blieben, da entweder keine Finanzierung weiterer notwendiger Unterstützungsformen für ein selbständiges Wohnen und/oder keine entsprechenden Dienstleistungen zur Verfügung standen. Viele Menschen waren über dreißig Jahre hospitalisiert und konnten vorerst auch keine höhere Selbständigkeit erlangen, als in einer betreuten Wohnform zu leben. Group Homes, Wohngemeinschaften von acht bis zwölf Menschen (Quelle 6), bewertete Videmsek (Quelle 5) als eine - zwar veränderte - Form von institutioneller Versorgung. (siehe dazu Videmsek 2010a). Schmid (Quelle 6) hebt hervor, dass nicht nur die PatientInnen sondern auch das Personal aus dem Pflegeheim ausgegliedert wurden. Dieses Personal war nun auch für diese Wohngemeinschaften zuständig (Quelle 6). Flaker kommt zur Einschätzung: *“On the network level, a more geographical distribution is necessary, stationary capacities must decrease, and open structures must be established.”* (Flaker et al. 2011:15)

### **Regelkreis**

Videmsek hat als Schritte in der Begleitung der PatientInnen bzw. KlientInnen Assessment, Care Planing, Linking und Coordinating genannt und die Personen, die den Hilfeplan mit den KlientInnen erstellt hat als Anwalt/Anwältin im Prozess bezeichnet (Quelle 5). Ein Regelkreis, wie es im Handlungskonzept Case Management nach Ausführungen der Deutschen Gesellschaft für Case und Care Management (DGCC 2009:5) beschrieben ist, wurde nicht eingeführt.

### **6.2.2. Zusammenfassung der Ergebnisse und Erkenntnisse**

“The deinstitutionalisation of the long-stay services is on its way...” (Flaker et al. 2011:14). Politische Entscheidungen bestimmen u.a. sozialrechtliche Rahmenbedingungen. Diese Rahmenbedingungen haben lt. Einschätzung von Videmsek eine tatsächliche Deinstitutionalisierung bisher nicht ermöglicht (Videmsek 2010a, Quelle 5). Es fehlt an finanziellen Mitteln und/oder entsprechenden Dienstleistungsanbietern, insbesondere fehlen Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten für Einzelne (Quelle 5).

#### **Zu Hypothese 1**

Die Einschätzungen von Flaker und Videmsek zur Praxis der Deinstitutionalisierung bestätigen meine erste Hypothese, dass Verfahren und Methoden grundsätzlich unabhängig sind, eine Systemsteuerung jedoch in Abhängigkeit ist von sozialrechtlichen Rahmenbedingungen auf die nicht direkt und unmittelbar Einfluss genommen werden kann. Schmid (Quelle 6) berichtet, dass es ein Bekenntnis der Regierungen und des Staatspräsidenten zum Prozess der Deinstitutionalisierung gegeben hat. Die Ausgestaltung dieses Prozesses, ist jedoch laut den Schilderungen von Videmsek (Quelle 5) nicht gelungen. Flaker hält fest: „The Long-term Care Act is on its way with prospects of providing individual and direct funding and thus enabling people to organise care for themselves.” (Flaker et al. 2011:14)

#### **Zu Hypothese 2**

Zur meiner zweiten Hypothese ist festzustellen, dass sich aus den Ausführungen von Videmsek und Flaker Ressourcen – im weitesten Sinne – als Erfolgskriterium ableiten lassen. Damit Deinstitutionalisierung tatsächlich klientInnenorientiert umgesetzt werden kann, bedarf es insbesondere finanzieller Ressourcen und Ressourcen an Dienstleistungsangeboten.

### **6.3. Österreich: Intensives Case Management – Region Mostviertel**

Grundlage für die Entscheidung, dieses Projekt in die Analyse der Praxisbeispiele aufzunehmen, war zum einen die Bereitschaft von Martin Zauner, mir Unterlagen zu einem Projekt – das kein Bestandteil unserer Projektarbeit war - zur Verfügung zu stellen. Zum anderen war der Umstand ausschlaggebend, dass es sich um ein als Case Management definiertes Projekt in der interessierenden Zielregion handelt. Das Modell des Intensiven Case Managements wurde von 2005 bis 2006 im Psychosozialen Dienst, als Projektpartner in der Umsetzung des Niederösterreichischen Psychiatrieplans, erprobt (Korbel/Zauner 2008). Dabei wurden psychisch kranke Menschen (29 PatientInnen im Alter von 27 bis 72 Jahren) mit dem Ziel der Verhinderung/Vorbeugung von Institutionalisierung und Reduzierung von stationären Aufenthaltstagen durch ein im Team durchgeführtes Intensiv Case Management Modell im Rahmen der personenzentrierten Wohnbetreuung betreut. (Korbel/Zauner 2008, Zauner 2007).

#### **6.3.1. Analyseraster: Intensives Case Management – Region Mostviertel**

Anhand der zur Verfügung stehenden Dokumente von Martin Zauner (Korbel/Zauner 2008, Zauner 2007) und des im Internet veröffentlichten Referats von Karin Goger zur Case Management Diskussion im PSD Mostviertel (Goger 2006) wird für dieses Projekt der Analyseraster zu Case Management anhand von Definition, Funktion, Ebenen und Regelkreis angewandt und daraus zu Ergebnissen zu den Hypothesen zu kommen.

#### **Definition**

Case Management wurde in diesem Projekt als Methode angewandt und in Form des Assertive Community Treatments Modells umgesetzt (Zauner 2007, Goger 2006). Goger (2006) kommt zur Einschätzung, dass diese Form des Case Management Modells eine zeitlich unbefristete Unterstützung („across time“) ermöglicht, jedoch die Dienstleistungen vom Team selbst erbracht und nicht auf weitere Unterstützungsmöglichkeiten zurückgegriffen würde. Aus den Projektbeschreibungen leite ich ab, dass dieses Case Management Modell nicht den Fokus auf Installierung von Hilfesystemen „across services“ legt. Im Rahmen des Assertive Community Treatment wurde auch eine Vernetzung mit PartnerInnen in der sozialpsychiatrischen Versorgung und Einbindung von Angehörigen umgesetzt (Korbel/Zauner 2008), wesentliche Betreuungsleistungen jedoch durch das Team selbst abgedeckt (Korbel/Zauner 2008).

## **Funktion**

Das Assertive Community Treatment Modell unterscheidet sich von anderen Modellen insbesondere dadurch, dass ein multiprofessionelles Team – und keine Einzelperson – das Case Management übernimmt (Goger 2006, Schleuning/ Welschehold 2000:3). Ich leite aus den Projektbeschreibungen ab, dass diese Funktion durch das multiprofessionelle Team (SozialarbeiterInnen, Fachärztin für Psychiatrie, Ergotherapeutinnen, psychiatrische Pflegekräfte) personenzentriert übernommen wurde (Korbel/Zauner 2008). Eine Gate-Keeper bzw. Broker-Funktion kann aus meiner Sicht aus den vorliegenden Beschreibungen nicht abgeleitet werden. Die genannten Methoden der Arbeit des Psycho Sozialen Dienstes lassen meiner Ansicht nach einen Rückschluss auf einen Schwerpunkt der anwaltschaftlichen Funktion zu: „Aufgrund seiner langjährigen Erfahrung in der Betreuung von schwer und chronisch psychisch kranken Menschen mit den Methoden der nachgehenden Arbeit, des Empowerments, der Ressourcenorientierung sowie der Angehörigenberatung wird der PSD als optimaler Partner für die Umsetzung des NÖ Psychiatrieplans gesehen.“ (zit. Nach Korbel/Zauner 2008)

## **Ebenen**

Die personenzentrierte Dienstleistung findet auf Ebene des Einzelfalles statt. Das Case Management Team ist mit regionalen NetzwerkpartnerInnen vernetzt (Korbel/Zauner 2008). Es sind regelmäßige Besprechungen mit den AuftraggeberInnen, sowie ein begleitender Regionalbeirat genannt (Korbel/Zauner 2008). Eine weiterführende Frage leitet sich ab, nämlich wie sich die Kommunikation mit dem AuftraggeberInnen gestaltet und welche Konsequenzen sich wie ergeben haben.

## **Regelkreis**

Das Assertive Community Treatment Modell ist hier als Methode eingesetzt, um im täglichen Leben alltagsnahe Unterstützung zu geben. Zauner (2007) beschreibt ein methodisches Vorgehen auf Basis des Assertive Community Treatment Modells. Die Umsetzung des Regelkreises des Handlungskonzepts Case Management lässt sich nicht aus den vorliegenden Dokumenten nachweisen. Als Arbeitsinstrument ist der integrierende Hilfeplan (Korbel/Zauner 2008) beschrieben.

### **6.3.2. Zusammenfassung der Ergebnisse und Erkenntnisse**

#### **Zu Hypothese 1**

Der Case Management im PsychoSozialen Dienst Mostviertel wurde auf Grund der politischen Entscheidung zur Umsetzung des Niederösterreichischen Psychiatrieplans, mit den Grundaussagen Personenzentrierung und Dezentralisierung in der psychiatrischen Versorgung, implementiert (Zauner 2007). Sozialpolitische Rahmenbedingungen, konkret eine Beauftragung durch das Land NÖ, haben eine methodische Umsetzung ermöglicht. Daraus leite ich zu meiner Hypothese ab, dass die Methode und das Verfahren im Rahmen des Assertive Community Treatment Modells grundsätzlich unabhängig sind, jedoch die Möglichkeiten der praktischen Umsetzung durch das Team und innerhalb des regionalen Netzwerkes abhängig sind von Rahmenbedingungen, die durch sozialpolitische Entscheidungen beeinflusst werden. Aufgrund der Quellenlage bleibt offen, wie und in wie weit die Kommunikation zwischen AuftraggeberInnen und AuftragnehmerInnen Einfluss auf diese Entscheidungen hatte oder haben kann.

#### **Zu Hypothese 2**

Zusammenfassend für das Projekt wurde festgestellt, dass Institutionalisierung vorgebeugt und stationäre Aufenthaltstage reduziert werden konnten (Korbel/Zauner 2008). Bewertungskriterien wurden einerseits von der Politik - durch den NÖ Psychiatrieplan (siehe dazu Klinger/Schaubeder 2011:17) - vorgegeben und andererseits anhand der beschriebenen Zielerreichung durch die durchführenden Experten übernommen bzw. weitergeführt. Sie können markiert werden als Personenzentrierung, Verringerung von stationären Aufenthaltstagen und die Vorbeugung bzw. Vermeidung von Institutionalisierung.

#### **6.4. Deutschland: Psychiatrisches Case Management - München Süd**

Das wissenschaftlich begleitete „Modellprojekt Psychiatrisches Case Management, sektorbezogene Untersuchung einer Gruppe von psychisch schwer und chronisch Kranken unter den Bedingungen einer koordinierten Betreuung und Behandlung im außerstationären Bereich“, von Schleuning und Welschehold (2000), herausgegeben vom Bundesministerium für Gesundheit (Deutschland), ist der bis zum Abschluss der Recherchephase mir einzig vorliegende deutschsprachige veröffentlichte empirische Befund zu einer konkreten und (erfolgreichen) Umsetzung von Case Management in dem eingangs definierten Forschungsfeld der sozialpsychiatrischen Versorgung. Aus dem Befund werden die wesentlichen Inhalte zusammengefasst, um sie den Basiselementen Definition, Funktion, Ebenen und Regelkreis zuzuführen um eine Annäherung an meine Hypothesen zu ermöglichen.

Im Zeitraum von 1995 bis 1998 wurde Case Management im Versorgungssektor München Süd für 29 Patienten mit schwer und chronisch verlaufenden schizophrenen Erkrankungen und komplexen Hilfebedarf in wissenschaftlicher Begleitung (im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit) installiert (Schleuning/Welschehold 2000:23). Die übergeordnete Zielsetzung war die Verbesserung der Behandlung der oben genannten Gruppe von psychisch kranken PatientInnen (Schleuning/Welschehold 2000:17) durch Einführung der neuen Funktion Case Management (Schleuning/Welschehold 2000:23). Die PatientInnen wurden von den beteiligten Case Managementeinrichtungen - zwei Kliniken (Ambulanz, Tagesklinik, weiterführende Stationen) und extramurale Beratungs- und Betreuungseinrichtungen - rekrutiert (Schleuning/Welschehold 2000:30-32).



#### **6.4.1. Analyseraster: Psychiatrisches Case Management -München Süd**

##### **Definition**

Dass ein klinisches Case Management mit Assertive Community Treatment- (ACT) und Intensiv Casemenagement Modell- (ICM) Elementen als Behandlungsmodell zur Anwendung kam (Schleuning/Welschehold 2000:35), wurde im Projektverlauf schrittweise erarbeitet. Zentrale Merkmale des Produkts Case Management, Leistungsprofil, Arbeitsweise, Qualifikation der Case ManagerInnen, usw. wurden von und mit den TeilnehmerInnen und KooperationspartnerInnen im Projekt entwickelt (Schleuning/Welschehold 2000:27). Eine Übertragbarkeit des Begriffs inklusive eines Handlungskonzepts war nach Schleuning/Welschehold (2000:85) nicht möglich. Es wurde ein Behandlungsmodell im Verbund ausgearbeitet, jedoch kein Handlungskonzept übernommen (siehe dazu Schleuning/Welschehold 200:86-87). Einen auf den Einzelfall koordinierten Hilfeprozesses „across services“ (Koordination der Einzelleistungen zu Komplexleistungsprogramm) und „across time“ (settingübergreifende Betreuungskontinuität) zu installieren, war ebenfalls Inhalt dieses Vorgehens (Schleuning/Welschehold 2000:28 und 77-84).

##### **Funktion**

Die Funktion des Case Managements als eine patientenbezogene Vorgehensweise anhand von Leitlinien innerhalb der Case Managementbetreuung (personenzentrierte, individuelle Behandlungsplanung, Koordination der Einzelleistungen zu einem Komplexleistungsprogramm, laufende Anpassung der benötigten Hilfen nach Art, Umfang und Dauer, Ressourcenorientierung, settingübergreifende Betreuungskontinuität, Normalisierung, Multiprofessionelle Gestaltung der Hilfen, explizite Einbeziehung der PatientInnenansicht, Stärkung des Selbsthilfepotentials) ist aus meiner Sicht am ehesten einer anwaltschaftlichen Funktion von Case Management zuzuordnen.

## **Ebenen**

Die Mitarbeiterinnen im Case Management Team waren einerseits im Basisteam ihrer Organisation als auch dem einrichtungsübergreifenden Case Managementteam zugehörig (Schleuning/Welschehold 2000:76). Eine Kooperation im Rahmen des Case Managements erfolgt einzelfall-, organisations- und einrichtungs- und verbundbezogen (Schleuning/Welschehold 2000:76 -82). Die einzelfallbezogenen Erfahrungen wurden als sektorbezogene Bestands- und Bedarfserhebung eingebettet in die Entwicklung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes des Sektors (Schleuning/Welschehold 2000:82). Somit bezieht sich diese Form von Case Management auf die Einzelfall- Organisation und regionale Netzwerksebene.

## **Regelkreis**

Ein Regelkreis wie im Handlungskonzept Case Management angeführt ist nicht beschrieben, jedoch sind Hilfebedarfserhebung, Planung, Organisation, Bereitstellung, Vermittlung von Leistungen, Überprüfung bzw. Gewährleistung der Erbringung bzw. Inanspruchnahme der vereinbarten Leistungen sowie ein Monitoring als Überprüfung von Ist- und Soll Zustand und ggf. Adaptierung der Versorgungsleistungen als aufeinander bezogene Teilschritte im Prozess beschrieben (Schleuning/Welschehold 2000:32-34). Strukturelle Voraussetzungen zur Leistungserbringung wurden im Netzwerk der beteiligten Organisationen geschaffen. Es erfolgte eine Einbindung in die Entwicklung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes, womit aus meiner Sicht auch der siebte Schritt im Regelkreis, die kontinuierliche Netzwerkarbeit, durchgeführt wurde.

#### **6.4.2. Zusammenfassung der Ergebnisse und Erkenntnisse**

Die Autorinnen haben patientenbezogene, tätigkeitsbezogene, kooperations-bezogene sowie projektbezogene Ergebnisse dargestellt. Aus diesen Ausführungen fasse ich Kernaussagen in Bezug auf meine Hypothesen exemplarisch zusammen um in Verbindung mit dem oben angewandten Analyseraster meine Hypothesen zu verifizieren bzw. falsifizieren.

##### **Zu Hypothese 1**

Im Bericht ist angeführt, dass Fallkonferenzen zur Aufdeckung von Versorgungslücken beitrugen. Ausgehend von individuellen Bedarfslagen war man bemüht, konkrete Lösungen für einzelne PatientInnen zu finden. Die Fallkonferenzen waren in diesem Kontext Impulsgeber für als notwendig erkannte Angebotsveränderungen auf der Ebene der Versorgungspraxis des Sektors bzw. des Gemeindespsychiatrischen Verbundes (Schleuning/Welschehold 2000:97). Durch methodische Schritte in der Projektarbeit wurde u.a. eine Rückmeldung an politisch verantwortliche Systeme ermöglicht (Schleuning/Welschehold 2000:82-83). Es wurden im Rahmen dieses Projekts ebenfalls Informationen an Verantwortungs- und EntscheidungsträgerInnen kommuniziert. Offen bleibt für mich, welche Konsequenzen konkret wie daraus abgeleitet wurden. Für mich bestätigt sich auch anhand dieser Modellbeschreibung meine Hypothese, dass Case Management kein sozialpolitisches Instrument an sich ist, sondern in Abhängigkeit steht zu politisch entschiedenen Rahmenbedingungen.

##### **Zu Hypothese 2**

Bewertungskriterium für Case Management im Rahmen dieses Projektes war die „Verbesserung der Behandlung“ (Schleuning/Welschehold 2000:17) von schwer und chronisch psychisch kranken Menschen im Versorgungssektor. Die „Verbesserung der Behandlung“ wurde im Rahmen des Projekts als Behandlungsqualität definiert, „...die aus einem komplexen Gefüge von Parametern, die verschiedenen Ebenen (z.B. Patient, Versorgungseinrichtung, Versorgungsnetz), Kategorien (Struktur, Prozess, Ergebnisse) und Dimensionen (Versorgungsbereiche, Versorgungsinhalte, Kosten ect.)“ (Schleuning/Welschehold 2000:18) zusammensetzt ist. Qualitativ wurde festgestellt, „...dass die Eigenverantwortung, Mitgestaltung und Selbsthilfepotential der PatientInnen gefördert wurde“ und quantitativ konnte beobachtet werden, dass die stationäre Behandlungszeiten verkürzt wurden (Schleuning/Welschehold 2000:91) sowie die

Kooperation im Verbund umgesetzt und erreicht wurde (Schleuning/Welschehold 2000:84). Zwar wird ein Grad der Kooperation im Verbund nicht explizit als Bewertungskriterium für Case Management genannt jedoch betont, dass ohne Akzeptanz im Versorgungsgefüge und gegen den Widerstand wichtiger Versorgungspartner Case Management nicht möglich sei. Zugleich wird festgehalten, dass Case Management einer fachlichen Qualifikation und Anleitung bedarf (Schleuning/Welschehold 2000:88). Somit beziehen sich die markierten Bewertungskriterien sowohl auf eine theoretische und praktische Definition von Case Management und auf die Funktion von Case Management in der Praxis. Die Fall-, Organisations- und Netzwerkebene sind explizite Betrachtungsmomente der begleitenden Pilotstudie (Schleuning/Welschehold 2000:43-99) auch wenn hier Case Management als Methode und nicht als Handlungskonzept entwickelt wurde.

## **7. Schlussfolgerungen**

Innerhalb des Staates, der Länder und der Kommunen sind es gesetzliche Regelungen die sozialpolitische Aufgaben, die u.a. Dienstleistungsorganisationen der Sozialen Arbeit ausgeführt werden, regeln (siehe dazu Schmid 2010a:16). Dieser Rahmen wirkt in die Struktur und Inhalte des sozialpsychiatrischen Versorgungsfeldes. Ein Handlungskonzept Case Management ist in diesem Rahmen verortet und steht meiner Meinung nach auf Ebene der Netzwerk- und Systemsteuerung in Abhängigkeit zu diesem Rahmen. Die Analyseschritte im Rahmen dieser Arbeit haben gezeigt, dass Kommunikation im regionalen Netzwerk das zentrale Moment der Berührung zu politischen Verantwortungs- und Entscheidungsträgern ist. Die Frage der Beeinflussungsmöglichkeiten, einer zu diskutierenden Mandatierung zu dieser Aufgabe ist aus dieser Arbeit nicht beantwortet. Insbesondere die Frage, wie Kommunikationsprozesse in regionalen Netzwerken stattfinden und auf welche Art und Weise sie politische Entscheidungen beeinflussen können, sind in dieser Arbeit unbeantwortete Fragen.

### **7.1. Case Management– Bedürfnisse psychisch kranker Menschen**

Zum Case Management im sozialpsychiatrischen Feld hat sich gezeigt, dass sich das Handlungskonzept in einem spezifischen sozialpolitischen Rahmen entfaltet. Es wurden auch Erfolgskriterien von ExpertInnen zu Case Management gefunden, anhand derer Case Management in seiner Umsetzung bewertet wird. Im Folgenden wird ausgeführt, wie die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit eine Brücke zu der Forschungsarbeit Arbeit von Klinger/Schaubeder (2011), Bedürfnissen und Versorgungssituation von psychisch kranken Menschen der Region NÖ West, bilden. An dieser Stelle soll der zweiten Forschungsfrage, der möglichen Erkenntnisse für die Empfehlungen zur psychosozialen Versorgung in der Region NÖ West, nachgegangen werden. Die Annahme, dass aus markierten Erfolgskriterien Grundlagen für Empfehlungen zu finden wären, sollen nun überprüft werden.

### **7.1.1. Grundprinzipien als Erfolgskriterien**

Aus der Analyse der Theorie und der Praxisbeispiele ziehe ich den Schluss, dass Case Management einer klaren und theoretisch fundierten Definition bedarf, was jeweils „Inhalt“ zu dieser Überschrift sein soll. Bei den Praxisbeispielen wurde ersichtlich, dass sich die Möglichkeit ergibt, die Definition als Prozessschritt bei einer Implementierung zu berücksichtigen, in dem das Verständnis von Case Management in der Case Management ausführenden Organisationen und bestenfalls auch dem regionalen Netzwerk (theoretisch abgesichert) im Prozess ausgehandelt wird. Jedenfalls muss sich Case Management, um es von Einzelfallarbeit abzugrenzen, auf die Fall-, Organisations- und Netzwerkeben bezogen sein und als Handlungskonzept voll und nicht nur teilweise oder ausschnittshaft umgesetzt sein. Es lassen sich folgende Grundprinzipien von Case Management aus den Bewertungen der Praxisbeispiele durch die ExpertInnen ableiten:

1. „consumer-driven“ Case Management - KlientInnenorientierung
2. Case Management in einer anwaltschaftlichen Funktion
3. Empowerment
4. Ressourcenorientierung
5. Vermeidung und Verhinderung von Institutionalisierung

Aus der Annäherung an ein sozialarbeiterisches Verständnis von Case Management, (siehe dazu Kapitel vier) wurde deutlich, dass ExpertInnen im theoretischen Diskurs ebenfalls u.a. diese zentralen Grundprinzipien für ein erfolgreiches Case Management nennen. Die hier aus der Perspektive von ExpertInnen gefundenen Grundprinzipien spiegeln sich in den Ergebnissen zur Erhebung der Bedürfnisse von psychisch kranken Menschen in der Region NÖ West wider. Die Autorinnen nennen Bedürfnisorientierung als Arbeitsweise, Personenzentrierung, ethische Reflexion, Reflexion auf Einhaltung der Menschenrechte und Empowerment als Leitprinzipien für die Empfehlungen für die extramurale psychosoziale Versorgung in NÖ West (Kinger/Schaubeder 2011:105).



### **7.1.2. Grundlagen für Empfehlungen – Hypothese 3**

Die Annahme, dass Grundlagen für die Empfehlungen abgeleitet werden können, (Hypothese 3) sehe ich bestätigt. Es konnten von ExpertInnen benannte Erfolgskriterien und Grundprinzipien für Case Management in der extramuralen psychosozialen Versorgung im Rahmen dieser Arbeit aufgezeigt und benannt werden. Die vorliegende Arbeit bietet eine Auseinandersetzung mit dem theoretischen Verständnis von Case Management und einer daraus abgeleiteten Analyse von Praxisbeispielen. Aus meiner Sicht können diese Ausführungen Grundlagen zu den formulierten Empfehlungen von Klinger und Schaubeder (2011:104-107) bilden, da sie aus einer anderen Perspektive das „Licht“ auf Case Management werfen. Von diesem Standpunkt aus wurden Leitprinzipien erarbeitet, die mit den Empfehlungen, die von Klinger und Schaubeder aus der Bedürfnis- und Versorgungsanalyse abgeleitet wurden, übereinstimmen.

### **7.2. Case Management als Empfehlung**

Case Management steht in Abhängigkeit von (sozial-)politischer Entscheidung. Gissel-Palkovich (2010:128) hält fest, dass Widersprüche zwischen originären fachlichen Prinzipien und Zielen Sozialer Arbeit und sozialpolitischen Anforderungen ausgelotet, reflektiert und in das Handeln und Entscheiden einbezogen werden müssten. Remmel-Faßbender (2005:86) meint, Case Management sei keine Wunderwaffe, könne aber unter optimalen Systemvoraussetzungen Menschen ihren individuellen Bedürfnissen entsprechend zu einer möglichst befriedigenden, selbständigen Lebensführung begleiten.

Die Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Region NÖ West wurden von Schaubeder (Klinger/Schaubeder 2011:30 - 66) erhoben, sowie die Systemvoraussetzungen von Klinger (Klinger/Schaubeder 2011:68-99) erforscht und ausgehend von der Lebens- und Versorgungssituation psychisch kranker Menschen in NÖ West (Klinger/Schaubeder 2011:102-104) konkrete Empfehlungen für die sozialpsychiatrische Versorgung in der Region abgeleitet (Klinger/Schaubeder 2011:104-109). Die beiden AutorInnen sprechen die Empfehlung aus, Case Management als Handlungskonzept auf Fall- und Organisationsebene einzuführen und zu einer Hilfsangebotserweiterung zu nutzen (Klinger/Schaubeder 2011:106-107). Diese Arbeit untermauert diese Empfehlungen durch Auseinandersetzung mit Theorie zu Case Management und Analyse von Praxisbeispielen im sozialpsychiatrischen Feld.

## 8. Ausblick

Löcherbach (2008:39) kommt zur Einschätzung, dass eine Ausdifferenzierung von Case Management in unterschiedlichen Handlungsfeldern kontinuierlich erfolgt und meint (2008:30), dass in der Praxis noch längst nicht angekommen sei, was in der Theorie „State of the Art“ ist. Soziale Arbeit hat in diesem Kontext aus meiner Sicht einen relevanten Stellenwert, da wie Neuffer (2006:46) angibt, Case Management zum einen eindeutig als Weiterführung der Sozialen Einzelfallhilfe verstanden werden kann und zum anderen Case Management einen sozialarbeiterischen Anspruch hat. Der Masterlehrgang für Soziale Arbeit an der FH St. Pölten, mit dem Studienschwerpunkt Case Management, kann aus meiner Sicht über Forschungsprojekte einen Beitrag dazu leisten, dass ein Transfer zwischen Theorie und Praxis stattfindet und Soziale Arbeit die Entwicklung des Handlungskonzepts Case Management in den unterschiedlichen Handlungsfeldern mitgestaltet.

Aufgabe der Sozialen Arbeit scheint mir in diesem Zusammenhang, die Klientenorientierung im Case Management konsequent zu fordern und zu vertreten. Klinger und Schaubeder haben Bedürfnisse Betroffener und die Angebotslage in einer bestimmten Region erhoben und Versorgungslücken festgestellt. Es erscheint mir wesentlich, dass die Forschung Sozialer Arbeit vor allem die Perspektive der Betroffenen einholt, ihre Bedürfnisse aufzeigt und markiert, wo Angebote nicht entsprechend gestaltet sind.

Case Management ist kein direktes Instrument der Sozialpolitik. An dieser Stelle bleibt daher die Frage, nach der Art und Weise von Mitgestaltungsmöglichkeit im Rahmen von Case Management zu „optimalen Systemvoraussetzungen“ auf sozialpolitischer Ebene, die über eine bloße Rückmeldung hinaus geht, offen. Folgende Fragen könnten weiterführende Forschung leiten: Wie können Netzwerke beeinflusst, Kommunikation gestaltet werden, um auf politische Entscheidungen Einfluss zu nehmen, selbst dann, wenn Soziale Arbeit kein direktes Instrument der Sozialpolitik ist?

## 9. Literatur

Bogner, Alexander / Littig, Beate / Menz, Wolfgang (Hg.) (2009) Experteninterviews, Theorien, Methoden, Anwendungsfelder, 3.Auflage, Wiesbaden.

Bohnsack, Ralf (2008) Rekonstruktive Sozialforschung, Einführung in qualitative Methoden, 7.Auflage, Opladen.

Bourdieu, Pierre (1997): Ortseffekte. In: Bourdieu, Pierre. et. al: Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen des allgemeinen Leidens an der Gesellschaft. Konstanz, 157-165.

Brandstetter, Manuela (2010): Die Soziologie des Helfens, Benefit für eine Theoriebildung Sozialer Arbeit? In: Brandstetter, Manuela / Vyslouzil Monika (Hg.) (2010): Soziale Arbeit im Wissenschaftssystem, Von der Fürsorgeschule zum Lehrstuhl, Wiesbaden, 104 – 121.

Brandstetter, Manuela / Goger, Karin (2010): Ein Begriff – viele Bilder. Eine Analyse der Sichtweisen von Case Management in der pro mente OÖ. In: Gumpinger, Marianne (Hg.) (2010): Sozialarbeitsforschung Projekte 2010 (II), Schriften zur Sozialen Arbeit, Band 18, Linz, 9-77.

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V., DGCC, (Hg.) (2009): Rahmenempfehlungen zum Handlungskonzept Case Management, Heidelberg.

Esping-Andersson, Gosta (1998): Die drei Welten des Wohlfahrtskapitalismus. Zur Politischen Ökonomie des Wohlfahrtsstaates. In: Lessenich, Stephan / Ostern, Ilona (Hg.) (1998): Welten des Wohlfahrtskapitalismus, Der Sozialstaat in vergleichender Perspektive, Frankfurt/Main, New York, 19-59.

Ewers, Michael (2005): Das anglo-amerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen. In: Ewers, Michael / Schaeffer, Doris (Hg.) (2005): Case Management in Theorie und Praxis, 2. Auflage, Bern, 53-91.

Faß, Reinald (2010): Systemsteuerung im Case Management, in: Brinkman, Volker (Hg.) (2010): Case Management, Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen, 2. Auflage, Wiesbaden, 39-70.

Flick, Uwe (2009): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen, Ein Überblick für BA Studiengänge, Reinbeck bei Hamburg.

Galuske, Michael (2001): Methoden der Sozialen Arbeit, Eine Einführung. 3. Auflage, Verlag Weinheim und München.

Gissel-Palkovich, Ingrid (2010): Case Management. Chancen und Risiken für die Soziale Arbeit und Aspekte seiner Implementierung in soziale Organisationen. In Brinkmann, Volker (Hg.) (2010): Case Management, Organisationsentwicklung und Change Management , in Gesundheits- und Sozialunternehmen, 2. Auflage, Wiesbaden, 121-148.

Gläser, Jochen / Laudel Grit (2006): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 2. Auflage, Wiesbaden.

Kleve, Heiko (2006): Case Management. Eine methodische Perspektive zwischen Lebensweltorientierung und Ökonomisierung Sozialer Arbeit. In: Kleve, Heiko / Haye, Britta / Hampe-Grosser, Andreas/ Müller, Matthias (Hg.) (2006): Systemisches Case-Management. Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit, Heidelberg, 40-56.

Kleve, Heiko (2009): Die Organisation von Veränderung in der Sozialen Arbeit, Implementierung neuer Konzepte im Kontext nicht-trivialer Systeme. In: Wetzel, Ralf / Aderhold, Jens / Rückert-John, Jana (Hg.) (2009): Die Organisation in unruhigen Zeiten. Über die Folgen von Strukturwandel, Veränderungsdruck und Funktionsverschiebung, Heidelberg, 299-315.

Kleve, Heiko / Müller, Matthias / Hampe-Grosser, Andreas (2010) Der Fall im System – die Organisation des Systemischen Case Management. In: Brinkmann, Volker (Hg.)

(2010): Case Management, Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen, 2. Auflage, Wiesbaden, 21-39.

Löcherbach, Peter (2006): Standards gesucht, Qualität gefragt. In:

Wendt, Wolf Rainer / Löcherbach, Peter (Hg.) (2006): Case Management in der Entwicklung, Stand und Perspektiven in der Praxis, Heidelberg, 299-319.

Löcherbach, Peter (2008): Generelle Aspekte zum Case Management. In:

Müller, Matthias / Ehlers, Corinna (Hg.) (2008): Case Management als Brücke, Praxis, Theorie, Innovation. Berliner Beiträge zu Bildung, Gesundheit und Sozialer Arbeit, Band 4, Berlin, 29-43.

Löw, Martina (2000): Raumsoziologie, 6.Auflage, Frankfurt am Main.

Lueger, Manfred (2000): Grundlagen qualitativer Feldforschung, Wien.

Meuser, Michael / Nagel, Ulrike (1997): Das Experteninterview – Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In:

Friebertshäuser, Barbara/ Prengel, Annedore (Hg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft, Weinheim/ Basel, 481-491.

Meuser, Michael / Nagel, Ulrike (2009): Experteninterview und der Wandel der Wissensproduktion. In: Bogner, Alexander / Littig, Beate / Menz, Wolfgang (Hg.): Experteninterviews, Theorien, Methoden, Anwendungsfelder, 2009 3.Auflage, Wiesbaden.

Müller, Wolfgang (2006): Wie Helfen zum Beruf wurde. Eine Methodengeschichte der Sozialen Arbeit, Weinheim und München.

Neuffer, Manfred (2006): Case Management in der Sozialen Arbeit. In:

Wendt, Wolf Rainer / Löcherbach, Peter (Hg.) (2006): Case Management in der Entwicklung, Stand und Perspektiven in der Praxis, Heidelberg, 43-55.

Pantucek, Peter (2006): Fallstudien als „Königsdisziplin“ sozialarbeitswissenschaftlichen Forschens. In: Flaker, Vito / Schmid, Tom (Hg.) (2006): Von der Idee zur Forschungsarbeit, Forschen in Sozialarbeit und Sozialwissenschaft, Wien, 237-261.

Pantucek, Peter (2009): Soziale Diagnostik, Verfahren für die Praxis sozialer Arbeit, 2. Auflage, Wien.

Remmel-Faßbender, Ruth (2005): Case Management als Methodenkonzept der Sozialen Arbeit. In: Löcherbach, Peter / Klug, Wolfgang / Remmel-Faßbender, Ruth / Wendt, Wolf Rainer (Hg.) (2005): Case Management. Fall und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit, 3. Auflage, München, 67-88.

Remmel-Faßbender, Ruth (2008): Case Management: Zertifizierte Weiterbildungen auf gutem Weg! In: Müller, Matthias / Ehlers, Corinna (Hg.) (2008): Case Management als Brücke, Praxis, Theorie, Innovation. Berliner Beiträge zu Bildung, Gesundheit und Sozialer Arbeit, Band 4, Berlin. 162-178.

Sälzer, Anja Martha (2008): Psychiatrisches Case Management, Eine Form der psychiatrischen Versorgung für chronisch psychisch kranke Menschen durch personenzentrierte und koordinierte Betreuung, Saarbrücken.

Schierenbeck, Henner / Wöhler, Claudia (2008): Grundzüge der Betriebswirtschaftslehre, Studienausgabe, 17. Auflage, München.

Schleuning, Gabriele / Welschehold, Michael (2000) In: Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2000): Modellprojekt Psychiatrisches Casemanagement. Sektorbezogene Untersuchung einer Gruppe von psychisch schwer und chronisch Kranken unter den Bedingungen einer koordinierten Betreuung und Behandlung außerstationären Bereich, Band 133, Baden-Baden.

Schmid, Martin / Schu, Martina (2006): Forschung zu Case Management: Stand und Perspektiven, in: Wendt, Wolf Rainer / Löcherbach, Peter (Hg.) (2006): Case Management in der Entwicklung, Stand und Perspektiven in der Praxis, Heidelberg, 285-299.



Simmel, Georg (1903/1992): Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung. Der Raum und räumliche Ordnungen, Frankfurt/Main.

Wendt, Wolf Rainer (2001): Case Management im Soziale und Gesundheitswesen, Eine Einführung, 3.Auflage, Freiburg.

Wendt, Wolf Rainer (2005): Case Management, Stand und Positionen in der Bundesrepublik. In: Löcherbach, Peter / Klug, Wolfgang / Remmel-Faßbender, Ruth / Wendt, Wolf Rainer (Hg.) (2005): Case Management. Fall und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit, 3. Auflage, München, 14-40.

Wendt, Wolf Rainer (2006): State of the art: Das entwickelte Case Management. In: Wendt, Wolf Rainer / Löcherbach, Peter (Hg.) (2006): Case Management in der Entwicklung, Stand und Perspektiven in der Praxis, Heidelberg, 1-43.

Zimmermann, Ralf-Bruno / Lob-Hüdepohl, Andreas (2007): Ethik Sozialer Arbeit. In der Sozialpsychiatrie in: Lob-Hüdepohl, Andreas / Lesch, Walter (Hg.) (2007): Ethik Sozialer Arbeit, Ein Handbuch, Paderborn, 286-311.

**Hochschulschrift:**

Klinger, Sylvia / Schaubeder, Astrid (2011): „Und des is a Punkt wo s i brauchat“, Bedürfnisse und Versorgungssituation psychisch kranker Menschen in NÖ West, Masterthesis im Studiengang Soziale Arbeit an FH St. Pölten, St. Pölten.

**Fachzeitschriften:**

Galuske, Michael (2007): Case Management und aktivierender Sozialstaat. Kritische Anmerkungen zu einer Erfolgsgeschichte. In: Soziale Arbeit. Zeitschrift für soziale und sozialverwandte Gebiete. 11-12.2007, 56. Jahrgang: Diskurs zum Case Management in der Sozialen Arbeit. Eigenverlag Deutsches Zentralinstitut für soziale Fragen, 409-417.

Hinte, Wolfgang (2007): Wer beteiligt wen? Willen und Wünsche im Case Management, in: Soziale Arbeit. Zeitschrift für soziale und sozialverwandte Gebiete. 11-12.2007, 56. Jahrgang: Diskurs zum Case Management in der Sozialen Arbeit. Eigenverlag Deutsches Zentralinstitut für soziale Fragen, 425-432.

Kleve, Heiko/ Hays Britta (2002): Die sechs Schritte helfender Kommunikation. Eine Handreichung für die Praxis und Ausbildung Sozialer Arbeit. In: Sozialmagazin, Heft 12/2002, 41- 52.

Neuffer, Manfred (2007): Beziehungsarbeit im Case Management. In: Soziale Arbeit. Zeitschrift für soziale und sozialverwandte Gebiete. 11-12.2007, 56. Jahrgang: Diskurs zum Case Management in der Sozialen Arbeit. Eigenverlag Deutsches Zentralinstitut für soziale Fragen, 417-424.

Röh, Dieter (2006): Die Mandate der Sozialen Arbeit, In wessen Auftrag arbeiten wir? In: Soziale Arbeit, 55. Jahrgang, Dezember 2006, Berlin, 442-443

**Internetquellen:**

Czypionka, Thomas/ Kraus, Markus/ Röhrling, Gerald/ Straka, Heidemarie (2008): Case Management in Österreich und Europa, Gesundheitsökonomische Evaluation, politische Implikationen und nutzentheoretischer Outcome, in:  
Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherung, Beilage zur Zeitschrift Soziale Sicherheit, I Frühjahr 2008, erstellt durch das Institut für Höhere Studien IHS Health, Econ, Health System Watch,  
[http://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw08\\_1d.pdf](http://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw08_1d.pdf),  
abgerufen am 17. Juli 2007.

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management, DGCC:  
<http://www.dgcc.de/wasistcm.html>, abgerufen am 19.01.2010.

Flaker, Vito (2003/2004): Examining the basic and necessary skills and procedures in social work practice. Website von IUC, Journal of Social Work Theory and practice (2001), Journal Issue 7,  
[http://www.bemidjstate.edu/academics/publications/social\\_work\\_journal/issue07/articles/Examining Basic Skills.html](http://www.bemidjstate.edu/academics/publications/social_work_journal/issue07/articles/Examining%20Basic%20Skills.html), abgerufen am 03.08.2011.

Flaker, Vito (2007/2008): From institutional logic to common knowledge: Power, action and reflexion. Website von IUC, Journal of Social Work Theory and Practice (2001), Journal Issue 15  
[http://www.bemidjstate.edu/academics/publications/social\\_work\\_journal/issue15/articles/flaker.htm](http://www.bemidjstate.edu/academics/publications/social_work_journal/issue15/articles/flaker.htm), abgerufen am 03.08.2011.

Goger, Karin (2006): Case Management Modelle im Vergleich,  
<http://www.karingoger.at/index.php?id=53>, abgerufen am 17. Juli 2011.

Goger, Karin (2007): Case Management, Das große Netzwerk,  
[http://www.pantucek.com/texte/200703cm\\_campuswien/goger\\_referat.pdf](http://www.pantucek.com/texte/200703cm_campuswien/goger_referat.pdf), abgerufen am 17. Juli 2011.

Maier, Marcel/ Herdt, Jörg/ Kuhl Christian (2006): Case Management für die Psychiatrie in der Schweiz, Bedarf, Nutzen und Herausforderungen, in Managed Care. Nr. 5, 2006, 25 – 27,

[http://www.fmc.ch/uploads/tx\\_userzsarchiv/12-case\\_management.avec.pdf](http://www.fmc.ch/uploads/tx_userzsarchiv/12-case_management.avec.pdf), abgerufen am 17. Juli 2011, abgerufen am 17. Juli 2011.

Pantucek, Peter (2007): Social Work Case Management als Systemmanagement, Referat, "Case Management das große Netzwerk?"

[http://www.pantucek.com/texte/200703cm\\_campuswien/pp\\_systemmanagement.html](http://www.pantucek.com/texte/200703cm_campuswien/pp_systemmanagement.html), abgerufen am 02. August 2011.

Schmid, Tom (2010a): Zukunft solidarischer Gesellschaften, auf der Website des österreichischen Komitees für Soziale Arbeit, ÖKSA (2010),

<http://www.oeksa.at/files/publikationen/broschuereLangzeitpflege.pdf>, 11-17, abgerufen am 05.08.2011.

Schmid, Tom (2010b): Pflege im internationalen Vergleich, 125- 134

auf der Website des österreichischen Komitees für Soziale Arbeit, ÖKSA (2010),

<http://www.oeksa.at/files/publikationen/broschuereLangzeitpflege.pdf>, 125 -134 abgerufen am 05.08.2011.

**Graue Literatur:**

Ader, Sabine (2011): Wie wird ein Fall ein Fall, Skriptum 2010/2011, 4MFA2 UE mso09, FH St. Pölten.

Brandstetter, Manuela (2011): Methodenoptimierung und Innovation in der Sozialen Arbeit, Power Point Präsentation, 4MFA1 VO mso09, FH St. Pölten.

Flaker, Vito/ Mali, Jana/ Urek, Mojca (2011): Deinstitutional process in long term mental health institutions in Slovenia, Artikel erhalten als Email Attachment am 30.07.2011.

Kleve, Heiko (2009): Dreidimensionales Case Management: Verfahren, Methode, Haltung, Eine systemische Perspektive, Skriptum, 1GCM2 ILV mso09, FH St. Pölten.

Korbel, Christian/ Zauner, Martin (2008): Power Point Präsentation zur Verfügung gestellt von Zauner Martin, Dokument per Email erhalten am 08.07.2011.

Redelsteiner, Christoph (2011): Skriptum: Anleitung SWOT Analyse, 3LUM2 SE mso09, FH St. Pölten.

Videmsek, Petra (2010a): Power Point Präsentation, Dokument erhalten per Email am 16.06.2010.

Videmsek, Petra (2010b): Community Services on the field of mental health in Slovenia, pdf-Datei, erhalten per Email am 16.06.2010.

Zauner, Martin (2007): Implementierung von Case Management, Kilb, Dokument per Email erhalten am 08.07.2011.

**Eigene Erhebungen:**

Quelle 1: eigener Email Verkehr

mit Manuela Brandstetter (März 2010/Mai 2011), Karin Goger (Mai 2011), Heiko Kleve (03.05.2011), Manfred Cramer (02.05.2011).

Quelle 2: eigene Datenbank und Internetrecherche

Datenbankrecherche an der FH St. Pölten – Datenbank: WISO, 11.10.2010,

Datenbankrecherche an der HM München - Datenbanken WISO und SCOPUS,

20.06.2011, Internetrecherche, Google / Google Scholar, 2010- 07.2011

Schlagwörter: („Case Management“) with psych\* / („Case Management“) with impl\* / Case Management Implementierung / Case Management Sozialpsychiatrie.

Quelle 3: eigene Internetrecherche zu

Anja Martha Sälzer (2008): Psychiatrisches Case Management. Eine Form der psychiatrischen Versorgung für chronisch kranke Menschen durch personenzentrierte und koordinierte Betreuung, Berlin, Literaturverzeichnis,

<http://www.berlin.de/imperia/md/content/bareinickendorf/planundleit/31pdf> -

Seite konnte nicht aufgerufen werden, 21.06.2011.

Quelle 4: spezifische Projektanfrage zu Case Management per Email:

an: [casemanagement@ipw.zh.ch](mailto:casemanagement@ipw.zh.ch), abgerufen von:

[http://www.ipw.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/ipw/de/angebote\\_fachbereiche/weitere\\_angebote/case\\_management.html](http://www.ipw.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/ipw/de/angebote_fachbereiche/weitere_angebote/case_management.html), 17.07.2011 – unbeantwortet

und Email Verkehr mit: Yvonne Berntsen (17.6.- 15.07.2011) und Email Anfrage Frits Bovenberg (15.07.2011), letztere unbeantwortet.

Quelle 5: Mitschrift, Gastvortrag Petra Videmsek, 12.06.2010, FH St. Pölten.

Quelle 6: Erfahrungsbericht zum Deinstitutionalisierungsprozess in Hrastovec, Mitschrift zum telefonischen Interview mit Tom Schmid, 08.08.2011.



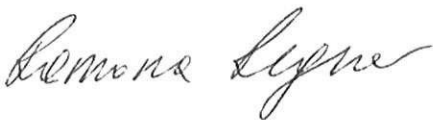


## Eidesstattliche Erklärung

Ich, Ramona Regner, geboren am 29.12.1977 in Scheibbs, erkläre,

1. dass ich die in dieser Masterthesis mit meinem Namen gekennzeichneten Teile selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich diesen Text bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

München, am 16.September 2011

A handwritten signature in cursive script, appearing to read 'Ramona Regner'.

Unterschrift