

Inhalt aktualisiert veröffentlicht

Wien, Mai 2020

Standards für Social Work Case Management

Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft

„Case Management“ der

Österreichischen Gesellschaft

für Soziale Arbeit (ogsa)

Copyright und Veröffentlichung des Inhaltes 2020, ogsa
Copyright der Printveröffentlichung 2020, ogsa

ogsa ///// österreichische gesellschaft für soziale arbeit
1100 Wien, Favoritenstraße 226 ///// office@ogsa.at ///// www.ogsa.at

ZVR 443320751

Aktualisierte Auflage 1

Autor*innen / Karin Goger, Christian Tordy

Lektorat, Korrektorat / Birgit Groß

Herausgeber / Österreichische Gesellschaft für Soziale Arbeit (ogsa)

Weitere Mitwirkende / Beteiligte Personen sind im im Literaturverzeichnis angeführt

Layout Auflage 1 / Ben Pazdernik und Christian Tordy

Layout aktualisierte Auflage 1 / Gudrun Walter

*Im Zuge der Aktualisierung der ersten Auflage wurden folgende Änderungen vorgenommen:
Ergänzung von Inhaltsverzeichnis und Nachwort, Aktualisierung der Seitenzahlen, Aktualisierung
der Platzierung von Tabelle 2, Korrektur von Unterkapitel-Nummerierungen in den Kapiteln 5 und 6
sowie Korrektur einer Aufzählung in Kapitel 8.*

*Das Werk, einschließlich seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung der Herausgeberin und der Autor*innen unzulässig. Dies gilt insbesondere für die elektronische oder sonstige Vervielfältigung, Übersetzung, Verbreitung und öffentliche Zugänglichmachung.*

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
2. Begriffsklärungen	9
2.1. Case	9
2.2 Case Management	11
2.3 Care Management	14
2.4 Case Manager*in	16
2.5 Klient*in.....	17
2.6 Hilfe	19
2.6.1 Selbsthilfe und Selbstsorge.....	20
2.6.2 Soziale Unterstützung / Informelle (lebensweltliche) Hilfen.....	22
2.6.3 Formelle, professionelle Hilfen	23
3. Zentrale Funktionen von Social Work Case Manager*innen	25
3.1 Advocacy.....	25
3.2 Social Support.....	30
3.3 Broker/Makler	31
4. Handlungsleitende Prinzipien	32
4.1 Der Dreischritt im Social Work Case Management	32
4.2 Lebensweltorientierung	34
4.3 Empowerment	35
4.4 Stärken- und Ressourcenorientierung	37
4.5 Prozedurale Fairness	38
4.6 Informed consent / Informierte Zustimmung	39
4.7 Shared Decision-Making / Partizipative Entscheidungsfindung / Gemeinsame Entscheidungsfindung.....	40
4.8 Handeln nach Kontrakt.....	41
4.9 Effizienz und Effektivität.....	42
4.10 Das gelindeste Mittel	43
5. Fachliche Standards auf Ebene des Einzelfalls	45
5.1 Intake.....	45
5.1.1 Prozessorientierte Standards	45
5.1.2 Ergebnisorientierte Standards	47

5.2 Assessment	47
5.2.1 Prozessorientierte Standards	48
5.2.2 Ergebnisorientierte Standards	50
5.3 Planung (Ziel- und Hilfeplanung)	50
5.3.1 Vertiefende Information	52
5.3.2 Sonstige Forderungen an die Ziel- und Hilfeplanung.....	53
5.3.3 Prozessorientierte Standards	54
5.3.4 Ergebnisorientierte Standards	55
5.4 Intervention	56
5.4.1 Prozessorientierte Standards	59
5.4.2 Ergebnisorientierte Standards	59
5.5 Monitoring	60
5.5.1 Prozessorientierte Standards	62
5.5.2 Ergebnisorientierte Standards	63
5.6 Evaluation und Beendigung	63
5.6.1 Prozessorientierte Standards	68
5.6.2 Ergebnisorientierte Standards	69
6. Standards auf Ebene der Case-Management-Organisation	70
6.1 Schlüsselprozesse	71
6.2 Unterstützungsprozesse	73
6.2.1 Implementierung von Case Management.....	73
6.2.2 Partizipation	74
6.2.3 Personalmanagement und -entwicklung	74
6.2.4 Wissensmanagement und Lernen	75
6.2.5 Institutionelle Netzwerkarbeit.....	76
7. Standards auf Ebene der Case-Management-Netzwerke	78
8. Standards auf Makroebene – Steuerungsebene der Politik und Verwaltung	81
9. Nachwort	83
10. Quellenverzeichnis	84
11. Autor*innenhinweise	91
Notizen	94

1. Einleitung

Case Management ist ein Handlungskonzept, das von Sozialarbeiter*innen in den USA aus der Einzelfallhilfe aufgrund von Fallerfordernissen entwickelt und im Lauf der letzten Jahrzehnte in adaptierter Weise vom Gesundheits- und Versicherungswesen übernommen wurde.

Während sich in Deutschland seit Ende der 1990er-Jahre sowohl ein differenzierter Fachdiskurs als auch eine – mittlerweile auch gesetzlich fundierte – Verbreitung der Anwendung feststellen lassen, findet die Auseinandersetzung mit Case Management in Österreich hauptsächlich in Praxisfeldern des Versicherungs-, Gesundheits- und Sozialwesens statt.

Die Professionist*innen der Sozialen Arbeit stehen dem Verfahren ambivalent gegenüber: Auf der einen Seite wird anerkannt, dass es sich bei Case Management um ein methodisches Konzept handelt, und auf der anderen Seite wird kritisiert, dass es von Behörden und Politik als Instrument der Kostenreduktion verstanden und eingesetzt wird. Diese Ambivalenz spiegelt sich auch im Diskurs wider. In den deutschsprachigen Fachpublikationen zum Thema wird auf eine Vielzahl handlungsleitender Prinzipien der Sozialen Arbeit verwiesen. Doch diese Prinzipien werden selbst in den Empfehlungen zur Umsetzung nur rudimentär beachtet. Besonders deutlich ist dieser Unterschied am Beispiel ‚Systemebene‘ festzumachen. Sämtliche Autor*innen eint die Betonung der Wichtigkeit der Bearbeitung dieser Ebene. Auffallend ist aber das Fehlen von konkreten Hinweisen an umsetzende Organisationen. So werden Auftrag- und Geldgeber*innen sowie Entscheidungsträger*innen mit ihren Fragen an die Umsetzung allein gelassen. Sie bemühen sich dann, mit den ihnen bekannten Verfahren dieses neue ‚Projekt‘ in die Organisation einzuführen – und bilden Personal aus. Dass es dazu gewisser struktureller Voraussetzungen bedarf, wird dabei geflissentlich übersehen. Nicht auszuschließen ist, dass sich das Interesse an einer vollständigen Implementierung von Case Management bei den Verantwortlichen in Grenzen hält, hieße das doch, dass sich die Angebote und Strukturen des Sozial- und Gesundheitswesens an die Logiken der Fälle anpassen müssten.

Die Arbeitsgemeinschaft Case Management der Österreichischen Gesellschaft für Soziale Arbeit (OGSA) hat es sich zum Ziel gesetzt, diese Lücke zu schließen: Die vorliegenden Standards für ein konsequentes Social Work Case Management sollen Praktiker*innen und Entscheider*innen gleichermaßen als Anleitung dienen und Sicherheit bei der Umsetzung bieten. Bei der Erarbeitung dieser Prinzipien wurde auf die bestehenden Arbeiten der

Fachgesellschaften in den USA, in Deutschland und der Schweiz sowie auf den Fachdiskurs über Case Management innerhalb der Sozialen Arbeit Bezug genommen. In Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) wurden bestehende Positionen zu einem sozialarbeiterischen Case Management geschärft und erweitert: Während sich die Arbeitsgruppe der DGSA zum Ziel setzte, ein Themenheft in der Zeitschrift ‚Soziale Arbeit‘ zu produzieren, widmeten wir uns der Ausformulierung der vorliegenden Standards. Beide Produkte konnten im Herbst 2018 fertiggestellt werden.

Wenn wir in weiterer Folge von Social Work Case Management schreiben, so beziehen wir uns also auf die geteilte fachliche Positionierung der Case-Management-Community, auf die unter Kapitel 5 ‚Fachliche Standards auf Ebene des Einzelfalls‘ genauer verwiesen wird. Diese Übereinkünfte werden um Prinzipien, methodische Vorgehensweisen und Ansprüche, die aus der Sozialen Arbeit stammen, erweitert. Im Anschluss daran wird nicht mehr zwischen Case Management und Social Work Case Management unterschieden. Vielmehr fokussieren wir konsequent auf Standards, die ein Social Work Case Management auszeichnen.

Bei der Entwicklung der vorliegenden Standards orientierten wir uns an bestehenden Standards, Richtlinien und Empfehlungen, die in Teilen übernommen, inhaltlich geringfügig adaptiert und ergänzt wurden. Folgende Quellen wurden herangezogen:

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

National Association of Social Workers (2008) [1996]: Code of Ethics. <http://www.socialworkers.org/pubs/code/code.asp>, abgerufen am 16.08.2011.

National Association of Social Workers (2013): NASW Standards for Social Work Case Management. Washington.

Netzwerk Schweiz Case Management (2006): Definition Case Management. Standards Case Management. <http://www.netzwerk-cm.ch/index.php?id=55> sowie http://www.netzwerk-cm.ch/fileadmin/user_upload/pdf/Mitglieder/Definition_und_Standards_30_03_2006.pdf, abgerufen am 24.08.2008.

Netzwerk Schweiz Case Management (2014): Definition Case Management. http://www.netzwerk-cm.ch/sites/default/files/uploads/fachliche_standards_netzwerk_cm_-_version_1_0_-_definitiv_0.pdf, abgerufen am 02.01.2018.

Zingerle, Renate (2007): Konzept für die Durchführung von Case Management. http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/konzept_umsetzung_case-management_pasch_equal.pdf, abgerufen am 05.01.2013.

Die vorliegenden Standards

- erheben einen normativen Anspruch; sie gelten für alle, die Social Work Case Management betreiben (oder implementieren wollen);
- sollen Case-Management-Organisationen und ihren Expert*innen als Grundlage dienen, um ihnen die diskursive Einschätzung zu ermöglichen, ob und inwiefern Social Work Case Management gelebte Organisationspraxis ist;
- sollen den Case Manager*innen innerhalb ihrer Organisation und ihrer Handlungsfelder eine Argumentationshilfe an die Hand geben und sie bei der Begründung ihres fachlichen Vorgehens unterstützen;
- sollen als Orientierungshilfe für spezialisierte Fachkräfte, Nutzer*innen von Case Management und deren Angehörige dienen;
- Fachkräfte, Nutzer*innen von Case Management und deren Angehörige sollen mittels der vorliegenden Standards in die Lage versetzt werden, beurteilen zu können, ob und inwieweit das erhaltene ‚Case Management‘ den fachlichen Anforderungen an dieses Handlungskonzept gerecht wird;
- sollen die Klient*innen dabei unterstützen, für ihr Recht auf Selbstbestimmung, Vertraulichkeit, Zugang zu Unterstützungsleistungen und zu den dazugehörigen Ressourcen sowie auf eine angemessene Beteiligung an der Entscheidungsfindung ihr Wohlergehen betreffend einzutreten;¹
- sollen Lernprozesse bei Organisationen fördern; dabei ist Evaluation das Mittel der Wahl; Evaluation fokussiert auf Prozess- und Strukturqualität sowie auf Verfahren und Ergebnisse der organisationsübergreifenden Kooperation;
- wollen die Case-Management-Organisation stärken und ihre Bedeutung im (Case-Management-)Verfahren hervorheben;
- wollen Entscheidungsträger*innen, Auftraggeber*innen und Arbeitgeber*innen über Case Management als Aufgabengebiet der Sozialen Arbeit informieren;

¹ Vgl. NASW Standards, S. 13, übersetzt von Christian Tordy.

- wollen als Beitrag zur Professionsentwicklung bzw. zur Verfahrensentwicklung in Bezug auf die Produktion von Handlungs- und Interventionswissen verstanden werden.

Die Entwicklung dieses Papiers erfolgte ehrenamtlich, was Vor- und Nachteile mit sich bringt. Als Vorteil lässt sich anführen, dass die Standards aus einer rein fachlichen Perspektive heraus entwickelt wurden und diese Sichtweise folglich nicht von Loyalitäten zu Organisationen, AuftraggeberInnen o.a. eingeengt wurde. Als Nachteil ist auszuweisen, dass die Kapazitäten für die Entwicklung des Papiers begrenzt waren und es daher nicht möglich war, dem Anspruch an umfassende Partizipation gerecht zu werden. Die Entwürfe der vorliegenden Standards wurden an einen Personenkreis übermittelt, der mit Case Management befasst ist. Die Rückmeldungen fielen durchwegs positiv aus, einzelne Kolleg*innen nahmen im Sinn von Überarbeitung, Ergänzung und Korrektur der Standards konstruktive Änderungen vor.

Die Arbeitsgruppe wird sich in weiterer Folge dafür stark machen, dass Ressourcen für eine Beteiligung von Personen, die Case Management in Anspruch nehmen, lukriert werden. Angedacht sind bspw. Kooperationen mit Fachhochschulen und Case-Management-Organisationen, um ein entsprechendes Projekt umzusetzen.

2. Begriffsklärungen

2.1. Case

Der Begriff ‚Fall‘ im Case Management entstammt der Sozialen Arbeit. Unter Fall wird eine Person in ihrer Umwelt bzw. eine Person in einer konkreten Situation verstanden. Der Terminus ‚Person in Umwelt‘ verweist auf das biopsychosoziale Menschenbild der Sozialen Arbeit und auf ihren Gegenstand: die Arbeit an zwischenmenschlichen Beziehungen und an dem Verhältnis zwischen Person und Umwelt, respektive der ‚Gesellschaft‘. Entsprechend diesem sozialökologischen Verständnis sind sich Case Manager*innen der Tatsache bewusst, dass jede Person in einer Wechselbeziehung mit ihrer physischen und sozialen Umwelt steht und weder ihr psychisches Befinden noch ihr Verhalten unabhängig von den sozialen Kontextbedingungen verstanden werden kann.² Diese Perspektive erkennt an, dass Menschen oftmals mit Herausforderungen zu kämpfen haben, deren Ursachen in systemimmanenter Ungleichbehandlung und Benachteiligung zu suchen sind.³ Aus diesem Grund geben sich Case Manager*innen nicht damit zufrieden, bloß an den Haltungen, Einstellungen und Verhaltensweisen der Klient*innen zu arbeiten. Die Expert*innen sind verpflichtet Interventionen im Umfeld überall dort zu setzen, wo eine Anpassung der Umwelt an die spezifischen Bedürfnisse, Fähigkeiten und Interessen des*der Klient*in geboten scheint. Dies stellt den Anspruch der Sozialen Arbeit sicher, einen sozialen Wandel im Sinn sozialer Gerechtigkeit zu befördern. Fallarbeit meint demzufolge für eine verbesserte Person-Umwelt-Passung einzutreten. Dabei wird eine konkrete Person beraten und es werden Interventionen im Umfeld derselben Person gesetzt.

Die Wortfolge ‚Person in Situation‘ verweist auf die aktuelle Herausforderung, aufgrund derer die Person zum*zur Klient*in Sozialer Arbeit wird, sowie auf die gegenwärtige Verortung derselben Person in der sozialen Welt. Die Situation enthält dabei Bedingungen, die der Person gegeben sind, sowie Bedingungen, die von ihr selbst geschaffen wurden, und strukturiert die Handlungsmöglichkeiten.⁴

² Vgl. Richmond 1917, Hamilton 1951, Hollis 1977.

³ Vgl. NASW 2013:18.

⁴ Vgl. Pantucek 1998:70.

Eine ‚Person in Situation‘ wird durch die Perspektive der Sozialen Arbeit zu einem Fall. Das heißt zunächst, dass die Person Soziale Arbeit in Anspruch nimmt – und zwar unabhängig davon, ob die Initiative zur Kontaktaufnahme von ihr selbst oder von anderen ausgeht. Der Fallbegriff ist eine Konstruktion von Fachkräften und verweist sowohl auf einen Unterschied zwischen der Perspektive der hilfeschuchenden Person und jener der Sozialarbeiter*innen als auch auf eine Verschiedenheit in Bezug auf die Herangehensweise vonseiten der Professionen. So nimmt sich das Fallverständnis der Psychologie, Medizin, Pflege etc. jeweils anders aus – auch wenn diesen Professionen gemeinsam ist, dass sie einen biopsychosozialen Zugang zum Menschen für sich beanspruchen. Case Manager*innen, die nicht Sozialarbeiter*innen sind, sind also nötigenfalls gefordert ihr Fallverständnis entsprechend zu erweitern.

Fälle für die Soziale Arbeit stellen nicht unbedingt Fälle für das Case Management dar. Anders ausgedrückt ist Case Management eben kein Verfahren für alle Fälle. Monzer (2013:80ff) folgend stellen Fälle von komplexen und mehrdimensionalen Problemlagen bei gleichzeitig bestehenden Strukturbedingungen des Sozial- und Gesundheitswesens, die Lösungen erschweren, eine Indikation für Case Management dar. Case Management kann als Reaktion auf Probleme des Sozial- und Gesundheitswesens⁵ verstanden werden und setzt daher dort an, wo geeignete organisationale Angebote im Einzelfall fehlen oder unzureichend sind, wo sie exkludierend bzw. zu hochschwellig wirken oder unabgestimmt in Bezug auf die Anwendung ihre Wirkung verlieren.

Folgende Indikationskriterien können Orientierung für das Case Finding bzw. für die Definition der Zielgruppe des Case Managements bieten:

- mehrdimensionale und komplexe Problemlage des*der Klient*in, wie z.B. gleichzeitig bestehende materielle, physische und psychische Probleme sowie soziale Benachteiligung;
- wenig bzw. nicht genutzte Ressourcen im Klient*innensystem und in seinem*ihrem informellen Umfeld;
- Schwierigkeiten des*der Klient*in bei der Inanspruchnahme oder Auswahl von Angeboten des Sozial- und Gesundheitswesens;
- hohe Akteur*innendichte bei der (geplanten) Bearbeitung dieser Problemlagen;

5 Anlass für die Entwicklung des Case Managements waren insbesondere die nachteiligen Effekte der Spezialisierung von Angeboten (vgl. Ewers / Schaeffer 2000:7ff; Monzer 2013:9f, 37f).

- Regelangebote des Sozial- und Gesundheitswesens greifen nicht bzw. sind nicht aufeinander abgestimmt.⁶

Case Management ist dann indiziert, wenn bei den Klient*innen sowohl eine Multiproblemlage als auch Schwierigkeiten bei der Nutzung von Angeboten des Sozial- und Gesundheitswesens vorliegen.

Der Fall ist Ausgangspunkt des Handlungskonzepts und steht an oberster Stelle aller Dimensionen, Prozesse und Interventionen. Die Vision im Case Management zeigt sich darin, dass Hilfeleistungen fallbezogen gesetzt und entwickelt werden.⁷ Damit einher geht die Vorstellung, dass sich Organisationen und Sektoren an die Logiken der Fälle und Klient*innen anpassen. Damit sich Leistungen des Sozial- und Gesundheitswesens aber an den Klient*innen bzw. ihren Bedürfnissen, ihren Interessen und ihrem Alltag orientieren können, sind Veränderungen der Sektoren- und Ressortlogiken sowie der Strukturen und Prozesse der Organisationen unabdingbar. Die (vollständige) Implementierung von Case Management geht daher Hand in Hand mit einer umfassenden Organisations-, Netzwerk- und Strukturentwicklung.

2.2 Case Management

Case Management ist ein Handlungskonzept für die Arbeit mit Personen in komplexen und zeitlich andauernden Problemlagen zur Sicherstellung von abgestimmten, einrichtungs- sowie professionsübergreifenden und passgenauen professionellen Unterstützungen, die sich an den Förderungsbedarf von Personen in Multiproblemlagen anpassen. Damit Case Management als Handlungskonzept umgesetzt werden kann, bedarf es vonseiten der Case-Management-Organisation entsprechender Strukturen und Prozesse, die eine Orientierung an der Logik des Falls erlauben und unterstützen.

Case Management als Verfahren auf der Fallebene folgt einem Prozessablauf und gründet auf spezifischen Prinzipien: Gemeinsam mit dem*der Klient*in werden geeignete Unterstützungsangebote geplant, gesucht, gestaltet, entwickelt, überprüft und evaluiert. Personen in Multiproblemlagen sollen jene Hilfe erhalten, die sie benötigen (und nicht ausschließlich solche, die aktuell vorhanden sind) und als zweckmäßig für die Erreichung ihrer Ziele erachten. Aufgabe im Case Management ist es, eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Dafür sollen die einzelnen Interventionen und Aktionen so koordiniert werden,

⁶ Vgl. Monzer 2013:80f.

⁷ Vgl. DGCC 2015:3.

dass die Ziele des*der Klient*in bestmöglich verfolgt und dabei passgenaue Hilfen entwickelt und angeboten werden. Es wird ein fallbezogenes Unterstützungsteam gebildet, das gemeinsam mit dem*der Klient*in sowie kooperativ nach den Prinzipien des Case Managements vorgeht. Die Dauer der Fallbearbeitung durch den*die Case Manager*in ist vom Fall und nicht von programmatischen Vorgaben abhängig zu machen.

Der zentrale Unterschied zwischen dem Case Work, der Einzelfallhilfe bzw. der lebensweltorientierten Individualhilfe⁸ und dem Case Management ist die Verantwortung. Während Sozialarbeiter*innen in der Einzelfallhilfe fachliche Verantwortung für ihre unmittelbare eigene Unterstützungsleistung tragen, jedoch nur begrenzt Einfluss auf die Interventionen anderer Professionist*innen nehmen können, sind Case Manager*innen für die einrichtungs- und professionsübergreifende Koordination von Hilfen nicht bloß zuständig, sondern verantwortlich. Diese zeitlich andauernde Prozessverantwortung bildet ein unverzichtbares Wesenselement des Case Managements, weshalb kurzfristige Informations- und Beratungsangebote, wie sie im Entlassungsmanagement oder in reinen Broker-Modellen praktiziert werden, nicht als Case Management bezeichnet werden können.

Managen bedeutet Sorge dafür zu tragen, dass

- ein Unterstützungssystem aus informellen und professionellen Hilfen in effektiver Weise organisiert, koordiniert und begünstigt wird, das die Selbstsorge und das Wohlbefinden des*der Klient*in fördert⁹ und seine*ihre Autonomie stärkt¹⁰
- Klient*innen rechtzeitig und in angemessener Form jene Hilfen erhalten, die sie benötigen;¹¹
- professionelle Unterstützungsangebote und Versorgungssysteme auf die komplexe Hilfesituation des*der Klient*in ausgerichtet werden;¹²
- Schnittstellen zwischen Professionen, Einrichtungen und Sektoren der Versorgung überwunden werden;¹³

⁸ Vgl. Pantucek 1998.

⁹ Vgl. Moxley 1989:17.

¹⁰ Vgl. Löcherbach/Mennemann 2009:28.

¹¹ Vgl. Rubin 1987, zitiert in Wendt 2001:48.

¹² Vgl. DGCC 2015:3.

¹³ Vgl. DGCC 2015:3.

- Unterversorgung, unangemessene Unterstützungsleistungen und Doppelgleisigkeiten vermieden werden;
- ein Gleichgewicht zwischen den Stärken und Fähigkeiten des*der Klient*in und den Anforderungen der Umwelt angestrebt wird;¹⁴
- Hilfeleistungen klient*innenbezogen und nicht professions-, leistungsträger*innen-, kostenträger*innen- oder einrichtungsbezogen erbracht werden,¹⁵ also der Logik des Falls folgen und nicht der Logik der Organisationen oder/und deren Auftraggeber*innen und Financiers;
- fallübergreifende Netzwerke von (organisierten) Angeboten im Sozialraum initiiert und organisiert werden, die die Zusammenarbeit unterschiedlicher Unterstützungsbereiche befördern und erleichtern sollen;¹⁶

Versorgungssysteme ihre Unterstützungsleistungen und Schnittstellen dem Bedarf der Bürger*innen entsprechend entwickeln und gestalten.

Management im Sinn des Social Work Case Managements meint darüber hinaus

- auf sozialstrukturelle Gegebenheiten individueller Problemlagen aufmerksam zu machen;
- sich gegen Mechanismen struktureller Benachteiligung stark zu machen;
- sich bei relevanten Stellen zielgerichtet für soziale Gerechtigkeit einzusetzen;
- die Stimme zu erheben für ein gutes Leben für alle.

Das Handlungskonzept Case Management folgt einem Prozess, der mittlerweile in der Fachliteratur im Hinblick auf die Fallebene gut beschrieben ist. Ausgehend von einer Erhebung der Istsituation im Assessment soll eine umfassende Ziel- und Hilfeplanung erfolgen und in weiterer Folge die Umsetzung der Hilfen koordiniert (Intervention) und kontrolliert (Monitoring) werden, um schließlich am Ende des Prozesses die Ergebnisse und den Prozess zu evaluieren. Das Fokussieren auf diesen Prozess lädt zu Missverständnissen ein, da er aus dem Bereich Projektmanagement übernommen wurde und sich rein formal von anderen Prozessabläufen nicht abgrenzt. Erst der ‚Gegenstand‘ des Managements und die Prinzipi-

¹⁴ Vgl. Greene 1992, zitiert nach Ewers 2000:56f.

¹⁵ Vgl. DGCC 2015:3.

¹⁶ Vgl. Monzer 2013:1.

en des Case Managements machen den Unterschied, der einen Unterschied macht. Andernfalls besteht die Gefahr, dass Case Management als sozialtechnologisches Verfahren aufgefasst wird und damit seine Wirkung nicht entfalten kann.

2.3 Care Management

Ausgehend von den Entwicklungstraditionen des Case Managements in den USA und des Care Managements in Großbritannien wird in der deutschsprachigen Literatur zwischen Case und Care Management unterschieden. Dies ist insofern hilfreich, als damit auf einen unverzichtbaren Bestandteil des Case Managements verwiesen und so die Abweichung von herkömmlichen Betreuungskonzepten deutlich hervorgekehrt wird.¹⁷ Verwirrenderweise lädt die Unterscheidung allerdings dazu ein, Case und Care Management als zwei voneinan-

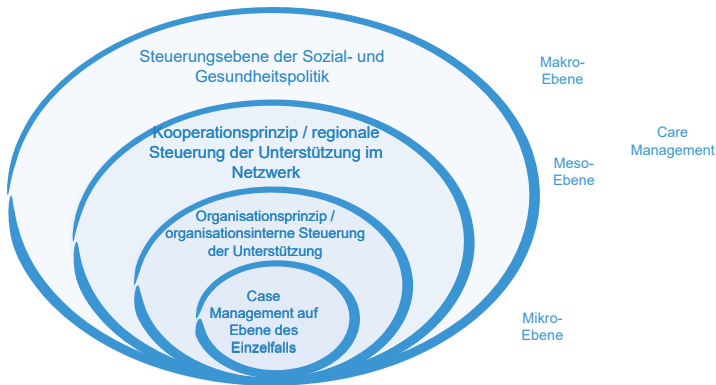


Abbildung 1: Dimensionen des Case Managements

der unabhängige Ansätze aufzufassen. In dem vorliegenden Papier wird Care Management als integraler Bestandteil des Case Managements verstanden. Die begriffliche Differenzierung dient lediglich dazu, die Dimensionen des Case Managements deutlich zu machen.

Unter Care Management wird die Steuerung der fallübergreifenden Versorgung und des Versorgungssystems verstanden. Der Begriff subsumiert all jene Tätigkeiten, die über den unmittelbaren Einzelfall hinausgehen und auf die Qualitäten der Unterstützungsangebote und -netzwerke fokussieren. Care Management zielt auf die „reibunglose, integrierte Ablauforganisation von Versorgungsleistungen durch den Aufbau und die Etablierung von

¹⁷ Vgl. Monzer 2013:51.

fallübergreifenden, regionalen, organisationsinternen und -übergreifenden Netzwerken¹⁸ sowie auf die Entwicklung von Versorgungs- und Unterstützungsleistungen, die den Bedarfen und Lebenswelten der Adressat*innen entsprechen, ab. Care Management obliegt der öffentlichen Verwaltung. Im Idealfall übernimmt die Sozial- bzw. Gesundheitspolitik auf Ebene des Landes und/oder des Bundes Verantwortung für Care Management und unterstützt die Verwaltung mit ihren Vorgaben bei der Etablierung der notwendigen Strukturen und Prozesse.¹⁹

Die Case-Management-Organisation stellt Gestaltungs- und Handlungsspielräume für Case Manager*innen sicher. Standardisierte Prozesse, Informations-, Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen unterstützen die Fallbearbeitung (und behindern diese nicht). Im Einzelfall kann und soll von den Routinen und Strukturen abgewichen werden. Strukturen und Prozesse innerhalb der Organisation sowie Kooperationsstrukturen mit den relevanten Umwelten – wie z.B. mit anderen Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens, institutionellen Netzwerken, Fördergeber*innen, Institutionen der Verwaltung und Politik – werden kontinuierlich evaluiert und entsprechend den Anforderungen aus der konkreten Fallarbeit adaptiert. Die Case-Management-Organisation ist bestrebt sich in bestehenden Netzwerken des Sozial- und Gesundheitswesens (im Sozialraum) zu engagieren oder diese zu initiieren und zu organisieren.

Case Management in der Netzwerkarbeit setzt Kooperationsbedingungen voraus, die eine bedürfnis- und bedarfsorientierte Ausgestaltung der Unterstützungen im Einzelfall fördern. Sind solche Kooperationsvoraussetzungen nicht vorhanden, müssen sie etabliert werden. Diese Forderung inkludiert das Bekenntnis der Organisationen zur Zusammenarbeit sowie das Ausgestalten von Schnittstellen. Die abverlangte Gemeinschaftsarbeit findet unter den gegebenen Konkurrenzbedingungen statt. Sie ermöglicht den Organisationen ein gemeinsames Lernen am Fall.

Vonseiten der Case-Management-Organisation und der organisationalen Netzwerke erfolgt die Weitergabe von Wissen an Verwaltung und Politik und es wird erforderlichenfalls Beratung angeboten. Damit soll die Wahrscheinlichkeit erhöht werden, dass die Sozial- und Gesundheitsplanung entsprechend den Erkenntnissen aus der Fallarbeit erfolgt und solche Programme entwickelt werden, die den (fachlichen) Anforderungen der Fälle gerecht werden. Wird Case Management als Programm oder gesetzliche Anforderung beauftragt, gilt es, den Auftrag hinsichtlich seiner Übereinstimmung mit den fachlichen Ansprüchen des Handlungskonzepts zu überprüfen und nötigenfalls bei den Auftraggeber*innen für die

¹⁸ Monzer 2013:52.

¹⁹ Vgl. Monzer 2013:52.

Sicherstellung fachlicher Prinzipien und Standards zu werben.

Der Begriff Care Management verweist darüber hinaus auf einen weiteren Bedeutungshorizont: jenen der Sorge im Sinn von Sorgsamkeit und Achtsamkeit. Im Case Management werden die Sorgen der Klient*innen wie auch die Nöte der Angehörigen des sozialen Umfelds aufgegriffen. Social Work Case Manager*innen nehmen diese Befürchtungen ernst. Sie gehen auf die individuellen Sichtweisen und Lebenswelten der Sorge äussernden Personen ein und orientieren sich nicht an ‚objektivierten Bedarfslagen‘ und an daran adaptierter Vermittlung von Leistungen des Sozial- und Gesundheitswesens. Neben der geschilderten Besorgnis werden auch die ‚Sorgeleistungen‘ des*der Klient*in (Selbstsorge) selbst wie auch seiner An- und Zugehörigen (soziale Unterstützung) in den Blick genommen. Die Integration des*der Klient*in in seinen*ihreren sozialen Netzwerken wird gewürdigt und es werden nur solche professionellen Unterstützungen eingesetzt, die die bestehende soziale Unterstützung durch An- und Zugehörige nicht gefährden.

„Tatsächlich benötigt Case Management eine Haltung im fürsorglichen Sinne, um der Organisationslogik eine andere Realität gegenüberzustellen. Ohne ein Wahrnehmen und Verstehen der individuellen Sorgen und Nöte, ohne den Anschluss der Lebenswelten an die formellen Angebote riskieren die Dienste, die Fähigkeit der Betroffenen zur Eigensorge außer Acht zu lassen.“²⁰

2.4 Case Manager*in

Bei der Bezeichnung ‚Case Manager*in‘ dreht es sich um die Benennung einer spezifischen Funktion. Anders als in den USA handelt es sich in Österreich nicht um eine Berufsbezeichnung. Case Manager*innen sind also zunächst nur Personen, die Case Management umsetzen. Die Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management (ÖGCC) formuliert Voraussetzungen, unter denen sich Case Manager*innen als von der ÖGCC zertifizierte Case Manager*innen bezeichnen dürfen.²¹ Zu diesen Voraussetzungen zählen eine Hochschulqualifikation oder eine einschlägige Qualifikation im Sozial- und Gesundheitswesen, nachgewiesene Kompetenzen in den Bereichen Gesprächsführung, Recht und Selbstreflexion sowie das Absolvieren eines ÖGCC-zertifizierten Case-Management-Fortbildungslehrgangs.

Immer wieder werden wir gefragt, wo der Unterschied zwischen Sozialer Arbeit und Case Management liege. Unsere Antwort darauf lautet stets: Sozialarbeit ist eine Profession und (wenn auch noch umstrittene) Disziplin, während Case Management ein Verfahren bzw.

²⁰ Monzer 2013:53.

²¹ Siehe Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management 2017.

Handlungskonzept darstellt. Sozialarbeiter*innen verfügen über ein umfangreiches Repertoire an Methoden und Handlungskonzepten, wie Einzelfallhilfe / Lebensweltorientierte Individualhilfe, Gruppenarbeit, Gemeinwesenarbeit, Streetwork, Konfliktvermittlung und eben auch Case Management u.v.a.m. Sie können folglich u.a. als Berater*innen, Gruppenarbeiter*innen, Gemeinwesenarbeiter*innen, Streetworker*innen, Case Manager*innen tätig werden. Nicht alle Case Manager*innen sind Sozialarbeiter*innen, vielmehr wird dieses Verfahren auch von diplomierten Pflegefachkräften, (Sozial-)Pädagog*innen und Psycholog*innen herangezogen. Für ein Social Work Case Management sind Sozialarbeiter*innen mit einschlägigem Case-Management-Wissen und entsprechenden -Kompetenzen am besten qualifiziert.

Case Manager*innen sorgen für eine umfassende Erhebung der zu bearbeitenden Problemlagen, der Stärken und Ressourcen der Klient*innen(systeme), um darauf basierend in Kooperation mit den Klient*innen(systemen) und deren sozialem Umfeld passgenaue Unterstützungen zu planen und zu organisieren. Case Manager*innen treten anwaltschaftlich für die Bedürfnisse und Ziele ihrer Klient*innen(systeme) ein und kontrollieren professionelle Dienste und Einrichtungen zum Wohl der Klient*innen(systeme). Case Manager*innen fungieren dabei über die Grenzen von Einrichtungen und zeitlich befristeten Programmen hinweg und stehen ihren Klient*innen(systemen) solange zur Verfügung, wie es aus einstimmiger Sicht von Klient*in und Case Manager*in für notwendig erachtet wird.

2.5 Klient*in

Für eine Person, die Case Management in Anspruch nimmt, wird im Folgenden der Begriff Klient*in gewählt. Vom Klient*innensystem sprechen wir dann, wenn beispielsweise eine Familie mittels Case Management unterstützt wird.

Der Terminus ‚Klient*in‘ wurde von der Sozialen Arbeit dem juristischen Sprachgebrauch entlehnt und verweist auf zwei juristische ‚Denkfiguren‘, die eng miteinander verbunden sind: jene des Sich-anwaltschaftlich-Einsetzens und jene, die eine Vorbedingung des Sich-Einsetzens verkörpert, nämlich den Kontrakt zur Zusammenarbeit. Die miteinander verwobene Bedingtheit des kontraktbezogenen anwaltschaftlichen Tätigwerdens dient als Schlüssel zum Verständnis des sozialarbeiterischen Case Managements.

Der rechtlich begründete Wortzugang ist der Bezeichnung Adressat*in vorzuziehen, der der Verweis auf eine Vereinbarung zur Zusammenarbeit fehlt, und erweist sich auch gegenüber

dem Begriff Konsument*in, der die Konnotation einer passiven Inanspruchnahme in sich trägt und dem darüber hinaus der Hinweis auf die Advocacy-Funktion fehlt, als passender.

Den Ausdruck ‚Nutzer*in‘ verwenden wir überall dort, wo nicht der Unterstützungsprozess als solcher im Vordergrund der unten stehenden Standards steht. Wenn Personen, die Case Management in Anspruch genommen haben, um Rückmeldungen in Bezug auf ihre Erfahrungen mit diesem Verfahren ersucht werden und/oder dazu eingeladen werden, bei der Ausgestaltung von Angeboten und Programmen des Sozial- und Gesundheitswesens mitzuwirken, vermittelt der Nutzer*innenbegriff diese Rolle(nerwartung) adäquater als der Klient*innenbegriff.

Die Bezeichnung ‚Kund*in‘ ist zumindest aus zwei Gründen für das Beziehungsverständnis im Social Work Case Management nicht geeignet: Zum einen besteht in der Sozialen Arbeit in aller Regel ein unechtes Tauschverhältnis bzw. eine nicht schlüssige Tauschbeziehung. Das heißt, die Person, die professionelle Hilfe in Anspruch nimmt, ist nicht ident mit jenem*jener Akteur*in, der*die für diese Unterstützung zahlt. Eine Person erhält also eine Leistung, für deren Kosten die ‚öffentliche Hand‘ aufkommt. Diese Finanzierungslogik bedingt, dass die professionelle Unterstützung von Personen in Problemlagen zu einer beauftragten Leistung wird, mit der jedoch vonseiten der Geldgeber*innen eine Erwartungshaltung verknüpft ist. Dieses unechte Tauschverhältnis bedingt eine komplexe Auftragslage²² für Sozialarbeiter*innen (und alle anderen Professionen im Sozial- und Gesundheitswesen).

Den zweiten Grund liefert Steve de Shazers Auffassung, der drei typische Auftragsmuster von Klient*innen in der systemischen Beratung unterscheidet, und zwar die Auftragsart ‚Kund*innen‘, die Auftragsart ‚Klagende / Sich Beklagende‘ und zuletzt die Auftragsart ‚Besucher*innen‘.²³ Als Auftragsstyp ‚Kund*in‘ betitelt der Autor den Auftrag einer Person, die eine konkrete Anweisung sowie Ziele benennen kann, zu deren Erreichen die Beratung beitragen soll, und die sich darüber hinaus bewusst ist, dass die nötigen Schritte dafür von ihr selbst zu setzen sind. Das Auftragsmuster ‚Besucher*in‘ zeichnet sich durch eine fremdinitiierte Kontaktaufnahme und einen fehlenden Auftrag an den*die Berater*in seitens des*der Klient*in aus. ‚Besucher*innen‘ leisten einer Auflage oder Empfehlung Folge, nicht weil sie aus eigenem Antrieb Unterstützung suchen, sondern weil sie den Erwartungen Dritter entsprechen wollen. Zumindest führen sie diesen Umstand zunächst an. ‚Klagende‘ wiederum sehen die Verantwortung für ihre Problemlage wie auch für deren Lösung im Handeln anderer. Soziale Arbeit ist häufig mit Personen befasst, deren Lebenslage und/oder Verhalten von anderen proble-

²² Und damit einhergehende Spannungsfelder.

²³ Vgl. de Shazer 2006:102ff.

matisiert wird und denen Hilfe ‚verordnet wird‘, damit sie den Anforderungen vonseiten ihrer Umwelt, wie z.B. gesellschaftlicher Funktionssysteme, entsprechen. Klient*innen der Sozialen Arbeit zeigen also auch Auftragsmuster von ‚Besucher*innen‘ und ‚Klagenden‘. Der*Die Case Manager*in ist möglicherweise – und insbesondere im Kontext der sog. unfreiwilligen Zusammenarbeit – auch für die Unterstützung von Klient*innen mit diesen Auftragsarten verantwortlich. In diesen Fällen kann es ein Ziel des*der Case Manager*in sein, die Klient*in als Kund*in (im Sinn von de Shazer) für die Zusammenarbeit zu gewinnen, also eine ursprünglich nicht aus freien Stücken gekommene Person ins Boot kooperativer und konstruktiver freiwilliger Zusammenarbeit zu holen. Klient*innen können also Kund*innen im Verständnis von de Shazer sein, sind es aber nicht immer.

2.6 Hilfe

Der Begriff der Hilfe(n) erfährt seine Anwendung je nach Einbettung in den jeweiligen Kontext: Zum einen verstehen wir unter Hilfe einen Interaktionsprozess zwischen mindestens zwei Beteiligten, wobei diesem Interaktionsprozess der Zweck zugeschrieben wird, wenigstens einem*einer Beteiligten die Bewältigung von Problemen zu ermöglichen.^{24 25} Zum anderen verwenden wir den Begriff der Hilfen synonym zu den materiellen, sozialen und institutionellen Ressourcen, die für die Fallbearbeitung eingesetzt werden. Wir sprechen in weiterer Folge von informellen und professionellen Hilfen und meinen damit soziale Unterstützung durch An- und Zugehörige des*der Klient*in, Angebote von ehrenamtlich Tätigen sowie von Vereinen ebenso wie professionalisierte Dienstleistungen des Sozial- und Gesundheitswesens.²⁶

Nicht zuletzt gehen wir davon aus, dass Menschen unterschiedliche Rollen einnehmen und innere Anteile in sich tragen. Durch intrasubjektiven Austausch befähigen diese Elemente Individuen damit auch zur Selbsthilfe.²⁷

²⁴ Vgl. Schefold 2011:3.

²⁵ In der Sozialen Arbeit werden Interaktionsprozesse mit Klient*innen in der Regel als ‚Hilfe‘ bezeichnet, und zwar oft unabhängig davon, ob sie von den Klient*innen auch als Hilfe erlebt bzw. wahrgenommen werden. Insofern gilt es, gemeinsam mit den Klient*innen kritisch zu reflektieren, ob die intendierte Hilfe auch als gelingende Hilfe beurteilt werden kann.

²⁶ Auch für diese gilt, dass die Hilfe in einem Interaktionsprozess (ko)produziert wird und dass nicht jede intendierte Unterstützung auch zur gelingenden Hilfe wird.

²⁷ Vgl. hierzu die Rollentheorie von J.L. Moreno 1973, die Ausführungen von Goffman 1997 sowie von Mead 1934, aber auch davon abgeleitete Konzepte, wie etwa „das innere Team“ von Schultz von Thun 1998, die Ego-State-Therapy von Watkins / Watkins 1997 oder Fritzsche / Hartman 2014.

2.6.1 Selbsthilfe und Selbstsorge

Im Social Work Case Management wird das Ziel verfolgt, Klient*innen mittels zielorientierter Interventionen durch Dritte dabei zu unterstützen, ihren Alltag so weit aus Eigenem zu bewältigen, wie es die Stärken, Fähigkeiten und Ressourcen der Klient*innen erlauben. Jede professionelle Intervention im Kontext Sozialer Arbeit zielt also darauf ab, sich selbst möglichst überflüssig zu machen, es wird ‚Hilfe‘ für zukünftige ‚Nichtilfe‘ geleistet. Dieses Prinzip gilt auch dort, wo die eingeschränkte Funktionsfähigkeit der Klient*innen eine von professioneller Hilfe unabhängige bzw. völlig autonome Lebensführung nicht zulässt. Selbst in Lebenslagen und -situationen, in denen die autonome Handlungsfähigkeit eingeschränkt ist, verwandelt sich die betroffene Person zu ihrer eigenen primären HelferIn.

Ihr Wille ist ausfindig zu machen und als solcher anzuerkennen, und zwar immer dann, wenn es um Veränderung von Alltags- und/oder Lebensroutinen geht.

Unter ‚Wille‘ verstehen wir einen handlungswirksam gewordenen Wunsch. Er konstituiert sich aus vorbewussten und unbewussten Prozessen²⁸ und ist Ergebnis eines Entscheidungsprozesses, der Handlungen in Richtung des gewünschten Erlebenszustands anstößt. Der Wille wird vom Impuls des Sorgens, in der Wortbedeutung des englischen ‚Care‘, genährt.²⁹ In diesem Sinn kann der Wille als das aufgefasst werden, „was dem Menschen wichtig ist“.³⁰ Dieses Sich-um-das-Wichtige-Sorgen ist zu unterscheiden von allfälligen „Meinungen, Normen, Urteilen oder Wünschen“.³¹

Als hilfreich kann sich eine Begegnungsstrategie erweisen, die sich für die Vorstellungen vom guten und gelingenden Leben bzw. vom gewünschten Sein im Sinn von Fühlen, Denken und Handeln des Gegenübers interessiert: eine Strategie also, die danach fragt, was dem Gegenüber wichtig ist, welche Person das Gegenüber sein möchte, wie das Gegenüber leben mag usw.³² So betrachtet ist der Wille um nichts mehr als die Antwort auf die Frage nach einer

28 Zu den Vorbedingungen von Entscheidungsprozessen sei verwiesen auf die Arbeiten von Heckhausen, Heinz / Gollwitzer, Peter M. (1987); Heckhausen, Heinz / Gollwitzer, Peter / Weinert, Franz E. (1987); Storch, Maja / Krause, Frank (2006); Storch, Maja / Krause, Frank (2011); ebenso auf die Ergebnisse der Embodiment-Forschung, siehe etwa Damasio, Antonio (1999); Bechara, Antoine / Damasio, Hanna / Damasio, Antonio R. (2000) und Arbeiten zum ‚Flow‘ von Csikszentmihalyi, Mihaly / Charpentier, Annette (2007).

29 Vgl. Frankfurt 2001:7–9.

30 Frankfurt 2001:9.

31 Raspel, Julia 2014:78.

32 Systemische Fragen können die Erkundung der Vorstellungen vom gewünschten Leben und Sein unterstützen. Im Kinderschutz könnte eine mögliche Frage bspw. wie folgt lauten: „Auf einer Skala von 0 – 10, wobei 10 bedeutet, dass Sie die Mutter (oder der Vater) für Ihre Kinder sein können, die Sie schon immer sein wollten, und 0 bedeutet, dass die Dinge eben für Ihre Familie am schlimmsten stehen, wo würden Sie sagen, dass die Dinge gerade jetzt stehen? (und wie schaut Ihre 10 aus?)“ (vgl. Parker 2015:33).

‚gewünschten Zukunft‘, für die es sich lohnt, Anstrengungen in Kauf zu nehmen, Entbehrungen zu ertragen, dem Impuls des Sorge-Tragens („caring“) zu folgen. Der Prozess dieser Willenserforschung erfolgt diskursiv und bietet dem*der Klient*in Zeit.

Wir sind uns in diesem Zusammenhang der Herausforderungen für Case Manager*innen sowie des Spannungsfelds bewusst, in dem sich diese bewegen. Wir nehmen Rücksicht auf solche Lebenssituationen, in denen die Willens- und Handlungsfreiheit aufgrund innerer Zwänge (wie jene aufgrund von Suchtmittelabhängigkeiten) eingeschränkt ist, und bemühen uns darum, gemeinsam mit den Klient*innen herauszufinden, was deren ‚wahrer Wille‘ ist. Wir anerkennen auch, dass Menschen keine ‚gedanklichen Inseln‘ sind und auch nicht von einer Art Hochsitz aus einen ‚inneren Umbau‘ des Lebensentwurfs anstreben, sondern dass dieser Umbau in einem sozialen Kontext erfolgt.³³ So berücksichtigen wir auch die Legitimität von äußerem Zwang bzw. normativen Vorgaben wie bspw. im Rahmen des Kinder- und Gewaltschutzes, wenn die berechtigte Sorge besteht, dass Menschen anderen Menschen (weiter) Schaden zufügen.³⁴ Zu vermeiden ist aber, dass diese Vorgaben und Zwänge den Klient*innen mehr oder weniger subtil als deren Wollen untergeschoben werden.³⁵

Wir distanzieren uns auch von der Vorstellung und/oder dem Anspruch, ermitteln zu können, was Klient*innen ‚brauchen‘ oder ‚brauchen könnten‘. Professionelle Interventionen im Social Work Case Management richten sich stets an den Stärken und Ressourcen der Klient*innen aus; sie werden in Aushandlung mit den Klient*innen(systemen) und entsprechend ihren Selbstsorgefähigkeiten nach dem Motto ‚So wenig wie möglich, so viel wie nötig‘ gesetzt. Klient*innen werden dabei unterstützt, ihre Selbstsorgekapazitäten zu erhöhen und ihre Handlungsmöglichkeiten zu erweitern. Beim Gewähren von Hilfen ist zu prüfen, ob diese die gewünschte Wirkung zeitigen und den beiden genannten Prinzipien genügen (Steigerung der Selbstsorgefähigkeit und ‚so wenig wie möglich, so viel wie nötig‘). Dabei ist gleichzeitig der Balanceakt zu bewerkstelligen, weder Hilfen zu verwehren, die aufgrund der Problemlagen der Klient*innen als notwendig erachtet werden, noch Hilfen in minderer Qualität zu erbringen, die zwar eine Versorgung der Grundbedürfnisse beinhalten, aber keine nachhal-

³³ Vgl. Bieri 2007:3.

³⁴ Zur Kritik am normativen Gehalt Sozialer Arbeit vgl. etwa Otto / Scherr / Ziegler 2010 oder Bossong 2011.

³⁵ Dies könnte man bspw. immer dann annehmen, wenn „der professionelle, gut gemeinte und sicherlich engagier- te, aber häufig (vom) Helfersystem gesteuerte Beitrag bei der Hilfeproduktion höher lag als der der Adressat/innen“ (Hinze 2007:106).

tige Verbesserung der Lebenslagen ermöglichen.³⁶

2.6.2 Soziale Unterstützung / Informelle (lebensweltliche) Hilfen

Die Aktivierung des lebensweltlichen Umfelds des*der Klient*in hat Vorrang vor dem Einsatz organisierter und professionalisierter Hilfen. Ausgehend von einer sozialökologischen Perspektive wird das soziale Umfeld der Klient*innen während des gesamten Case-Management-Prozesses mitbedacht und gegebenenfalls mitberücksichtigt. In Abstimmung mit den Klient*innen wird es je nach den Zielen und Interessen der Klient*innen involviert. Es werden jene Personen(kreise) aus dem klientischen Umfeld angesprochen, die einen Beitrag zum ‚guten Leben‘ des*der Klient*in leisten können. Aus diesem lebensweltlichen ‚Supportpool‘ lässt sich bei Bedarf wertvolle Hilfe schöpfen.³⁷

Informelle Hilfen sind folglich gleichzusetzen mit nichtprofessionalisierten und nichtinstitutionalisierten Unterstützungen, die im sozialen und sozialräumlichen Umfeld der Klient*innen verfügbar sind. Informelle Helfer*innen können in Form von Familienangehörigen, Verwandten, Partner*innen, Freund*innen, Bekannten, Nachbar*innen, Schul-, Ausbildungs-, Arbeitskolleg*innen, aber auch Vereinskolleg*innen Präsenz zeigen. Personen, mit denen Klient*innen ausschließlich aufgrund deren professioneller Rolle in Beziehung stehen, wie Lehrer*innen, Ärzt*innen, Therapeut*innen, Sozialarbeiter*innen etc., zählen nicht zu den informellen Helfer*innen.³⁸

Case Manager*innen erheben das soziale Umfeld des*der Klient*in; fragen nach möglicher Unterstützung durch das soziale Umfeld bei der Alltags- und Problembewältigung; coachen die Klient*innen bei ihrer Gestaltung von Beziehungen im sozialen Umfeld; setzen netzwerkfördernde Interventionen; involvieren bei entsprechendem Auftrag der Klient*innen Angehörige des sozialen Umfelds in Assessment, Planung und Umsetzung von Hilfen;

*36 Ein Beispiel dafür ist die Errichtung von Notquartieren der Wohnungslosenhilfe bei gleichzeitigem Fehlen von leistbarem Wohnraum für armutsbetroffene Personen. Ein weiteres Beispiel sind niedrigschwellige Angebote der Suchthilfe im Sinn der Harm Reduction und eine Medikalisierung der Suchtbehandlung bei gleichzeitiger Reduktion von langfristigen (psycho)therapeutischen Behandlungen von suchtmittelabhängigen Personen. Oder auch das ‚Abstellen‘ von Personen mit psychischen Belastungen in der Invaliditätspension anstatt der Etablierung entsprechender Arbeitsplätze, die die psychische Gesundheit von Arbeitnehmer*innen nicht gefährden.*

37 Informelle Hilfen sind generalistisch, sie orientieren sich an dem, was zu tun ist, und – anders als bei organisierten Hilfen – nicht an dem, wofür formale Kompetenzen und Zuständigkeiten vorliegen. Sie begründen sich durch emotionale Verbundenheit, Nähe und Vertrauen, sind ‚alltäglich‘ und daher oftmals rascher und unmittelbarer verfügbar als formalisierte Hilfe, die zunächst gesucht bzw. beantragt und über die entlang eines standardisierten Prozederes entschieden werden muss. Lebensweltliche Hilfen gehen einher mit Reziprozitätserwartungen, sodass die Wahrscheinlichkeit, dass die betreffende Person in die Rolle einer abhängigen und passiven ‚Fürsorgeempfängerin‘ gerät, geringer ausfällt als bei professionalisierten Hilfen (vgl. Früchtel / Roth 2017:63ff).

38 Moxley 1989:108f unterscheidet in diesem Zusammenhang ‚educational activities‘, ‚second order support activities‘ und ‚alternative support system activities‘.

befragen die informellen Helfer*innen nach Anliegen, Bedingungen für die Hilfe und deren Unterstützungsbedarf in der Rolle der Unterstützer*innen und organisieren nötigenfalls Rückendeckung für die informellen Helfer*innen.

Der Zweck dieser Vorgangsweise liegt auch darin, die Wahrscheinlichkeit einer Abhängigkeit der Klient*innen von professionalisierter Hilfe zu verringern, ohne die informellen Netzwerke zu überfordern.³⁹

Wenn der Zusatz ‚Professionalität‘ für gute oder hohe Qualität einer Hilfeleistung stehen soll, vermag auch lebensweltliche Hilfe diesem Anspruch gerecht zu werden. Im Unterschied zu formeller, professioneller Hilfe erfolgt sie jedoch außerhalb einer beruflichen Rolle bzw. organisierten Dienstleistung.

2.6.3 Formelle, professionelle Hilfen

Unter dem Begriff ‚formelle‘ oder ‚professionelle Hilfen‘ lassen sich sämtliche Arten beruflicher bzw. professionalisierter Unterstützungs-, Beratungs-, Behandlungs- und Versorgungsleistungen zusammenfassen, unabhängig davon, ob diese von Organisationen oder (niedergelassenen) Einzelpersonen bzw. Einzelunternehmer*innen erbracht werden. Weiters zählen zu den professionellen Helfer*innen auch solche Akteur*innen, die ausschließlich aufgrund ihrer professionellen Rolle mit dem*der Klient*in in Beziehung stehen, also beispielsweise Lehrer*innen, Ausbilder*innen, Therapeut*innen (Psycho-, Ergo-, Physiotherapeut*innen), aber auch Fußpfleger*innen, Hausverwalter*innen etc.

Im Social Work Case Management werden entsprechend dem individuellen Unterstützungsbedarf professionelle (oder besser organisierte bzw. professionalisierte) Hilfen dann organisiert und koordiniert, wenn eine Versorgungslücke entdeckt wurde, die sich nicht durch Selbstorgemaßnahmen vonseiten des*der Klient*in und/oder durch das informelle Netzwerk schließen lässt. Case Manager*innen organisieren und koordinieren alle drei angeführten Unterstützungsformen⁴⁰, sodass ein fallbezogenes Unterstützungssystem etabliert wird. In diesem Prozess der Koordination und Organisation von Hilfen leisten Case

39 Ein Beispiel für den Bereich der Kinder- und Jugendwohlfahrt stammt aus den USA, konkret aus Maine. Hier wurden Mitte der 1990er-Jahre ‚The Community Partnerships for Protecting Children (CPPC)‘ gegründet. CPPC bieten Peer Support für Eltern an, die bereits Erfahrungen mit dem Child Protection Service (CPC) gemacht haben. Darüber hinaus besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem CPC. Der Support ist umfassend. Für weitere Informationen: Community Partnerships for Protecting Children (o.J.).

*40 1. Selbstsorge und Selbsthilfe der Klient*innen, 2. soziale Unterstützung durch das Umfeld der Klient*innen, 3. formelle, professionelle Unterstützung.*

Manager*innen benötigen Übersetzungshilfe zwischen den Akteur*innen und unterstützen Klient*innen dabei, für ihren Willen und ihre Interessen gegenüber Fachkräften einzustehen. Case Manager*innen achten darauf, dass Fachkräfte ihre Interventionen an die individuellen Bedürfnisse, Interessen und Alltagslogiken der Klient*innen anpassen. Im Prozess der Koordination und Abstimmung der Hilfen übernehmen Case Manager*innen das Informations- und Kommunikationsmanagement. So stellen sie sicher, dass die Hilfen bestmöglich ineinandergreifen und sich die Fachkräfte auf ihre spezialisierte Aufgabe und Expertise konzentrieren können.

3. Zentrale Funktionen von Social Work Case Manager*innen

In der deutschsprachigen Fachliteratur werden folgende Funktionen von Case Manager*innen unterschieden: Advocacy, Broker, Gatekeeper, Social Support.⁴¹ Darüber hinaus führen manche Autor*innen⁴² die Wesenselemente des Case Managements, wie die Koordination der Hilfen, das Linking/Connecting sowie die Gestaltung sozialer Netzwerke, als Funktionen an.

Aus der Perspektive des Social Work Case Managements besteht zwischen den Funktionen keine Gleichrangigkeit. Vielmehr sticht die anwaltschaftliche Funktion (Advocacy) zentral hervor und beeinflusst die Ausgestaltung der anderen Funktionen. Die Gatekeeper-Funktion⁴³ steht im Widerspruch zu den Prinzipien eines Social Work Case Managements. Wiewohl Sozialarbeiter*innen in Gatekeeper-Modellen eingesetzt werden, handelt es sich bei letzteren nicht um Social-Work-Case-Management-Programme. Daher wird diese Funktion in den vorliegenden Standards nicht weiter behandelt.

3.1 Advocacy

Anwaltschaftlichkeit bildet sowohl einen zentralen Wert der Sozialen Arbeit wie auch ein gezieltes methodisches Vorgehen ab. Diese Funktion unterscheidet sich von den anderen insofern, als sie eine notwendige und unverzichtbare Voraussetzung des Social Work Case Managements abgibt.⁴⁴

Social Work Case Manager*innen setzen sich für die Rechte, Entscheidungen, Stärken und Bedürfnisse der Klient*innen ein. Sie engagieren sich für den Zugang der Klient*innen zu Ressourcen, Unterstützungsleistungen und Diensten.⁴⁵ Die National Association of Social Workers in den USA hat umfassend erläutert, was unter Advocacy zu verstehen ist, weshalb im Folgenden der amerikanische Standard für Social Work Case Management vorgestellt wird:

⁴¹ Vgl. Ewers 2000, Wendt 2001, Monzer 2013.

⁴² Vgl. Moxley 1989.

⁴³ Von Gatekeeping wird dann gesprochen, wenn Case Manager*innen für die möglichst gerechte Zuteilung begrenzter Ressourcen eingesetzt werden. Beauftragt werden sie dazu von den kostentragenden Stellen.

⁴⁴ Vgl. Monzer 2013b:19; Moxley 1997:145.

⁴⁵ Vgl. NASW 2013:38.

„Effektives Advocacy besteht darin, Klient*innen dabei zu unterstützen, ihre Stärken, Bedürfnisse und Ziele zu identifizieren und diese Bedürfnisse und Ziele gegenüber Dienstleistungserbringer*innen und Entscheidungsträger*innen zu vertreten. Sozialarbeiter*innen sind bestrebt, nicht nur die Selbstvertretung („self-advocacy“) der Klient*innen zu fördern, sondern auch die Fähigkeit der Gemeinschaft, die biopsychosoziale Lebensqualität der Klient*innen zu unterstützen. [. . .] Advocacy durch den*die Case Manager*in ist oftmals notwendig, um sicherzustellen, dass Organisationen und Hilfs- bzw. Versorgungssysteme die Stärken und Bedürfnisse der Klient*innen (an)erkennen, ihre Angebote zugänglich machen, ihre Angebote in einer den Lebensumständen der Klient*innen angemessenen, effektiven und zeitgerechten Weise erbringen, ihre Dienstleistungen in einer angemessenen Dauer sicherstellen und die Klient*innen, ihre An- und Zugehörigen und andere Dienste auf Übergänge vorbereiten, wenn die Hilfen eingestellt oder übertragen werden.“⁴⁶

In Anlehnung an Moxley⁴⁷ gilt für das Social Work Case Management insbesondere in der Arbeit mit benachteiligten und stigmatisierten Klient*innen, die an einer Beeinträchtigung von Selbstwert und Selbstwirksamkeitserleben leiden, Folgendes: Advocacy basiert auf einer Beziehung zwischen dem*der Klient*in und dem*der anwaltschaftlichen Case Manager*in. In dieser Beziehung gerät die Weltsicht des*der Klient*in zur Perspektive für die Definition der inakzeptablen Situation. Advokat*innen unterstützen die Klient*innen bei der Veränderung dieser Situation auf dem Weg hin zu deren individuellem Zufriedenheitsniveau. Die angestrebte Veränderung zielt dabei auf die (gesellschaftliche) Struktur und/oder Umwelt.

Dieser anwaltschaftliche Zugang setzt ein hohes Maß an Professionalität und professioneller Reflexion voraus. Es gilt, die Selbstbestimmung des*der Klient*in zu unterstützen und zu fördern. Daher betonen wir an dieser Stelle, dass anwaltschaftliches Handeln nur dort angezeigt ist, wo Klient*innen (noch) nicht in der Lage sind, ihre Interessen selbstständig zu artikulieren und zu vertreten.⁴⁸

Advocacy kann insbesondere dann notwendig sein, wenn deutlich ungleiche Machtverhältnisse zwischen dem*der Klient*in und einer Institution oder Einrichtung bestehen, die zu einer strukturellen Benachteiligung oder gar Gewalt führen. Personen ohne spezifisches Wissen über Logiken von Organisationen und Institutionen fehlen oftmals die geeigneten Worte, um sich in asymmetrischen Machtverhältnissen zu behaupten. Social Work Case Manager*innen setzen sich für die Idee der sozialen Gerechtigkeit ein und sind daher gefordert, nötigenfalls – und möglichst ohne Klient*innen zu bevormunden – ihr Wissen und ihre Kompeten-

⁴⁶ NASW 2013:38f, freie Übersetzung durch Christian Tordy.

⁴⁷ Vgl. Moxley 1997:149, freie Übersetzung durch Christian Tordy.

⁴⁸ Wir denken hier insbesondere an Kinder, schwer demente Personen und Personen in akuten psychischen Krisen.

zen gegenüber Entscheidungsträger*innen und zum Wohl der Klient*innen einzubringen.

Die anwaltschaftliche Funktion der Case Manager*innen wird auf der Mikro-, der Meso- und der Makroebene ausgeübt.

Auf der Mikroebene, also im Fallgeschehen, umfasst die anwaltschaftliche Funktion nachstehende Aufgaben:

- Die Klient*innen werden umfassend über ihre Rechte aufgeklärt. Es ist sicherzustellen, dass sie über alle Informationen verfügen, die sie für eine autonome Entscheidung betreffend ihre eigenen Angelegenheiten benötigen, einschließlich jener über mögliche Hilfearten (Beratung, Behandlung, Betreuung etc.).
- Der*Die Case Manager*in macht sich dafür stark, dass den Prinzipien des Social Work Case Managements im Assessment Rechnung getragen wird. Er*Sie setzt sich dafür ein, dass eine Stärken- und Ressourcenperspektive eingenommen wird und so weit wie möglich von defizitorientierten und stigmatisierenden Einschätzungen Abstand genommen wird.
- Hilfeplanung findet in einem kooperativen Aushandlungsprozess mit den Klient*innen statt. Ihnen werden Wahlmöglichkeiten hinsichtlich der Art der Programme/ Maßnahmen bzw. der jeweiligen Anbieter*innen angeboten.
- Alle Interventionen werden mit den Klient*innen geplant und kooperativ entschieden. Es werden keine die Klient*innen betreffenden Entscheidungen ohne die Klient*innen selbst bzw. ohne ihre gesetzlichen Vertreter*innen getroffen. Letzteres erfährt beispielsweise Anwendung, wenn Klient*innen aufgrund ihres Alters (z.B. Säuglinge) oder ihrer Funktionseinschränkungen (z.B. schwere geistige Behinderung, fortgeschrittene Demenz) nicht in der Lage sind, Entscheidungen für sich selbst zu treffen bzw. zu artikulieren. In jedem Fall ist sicherzustellen, dass ihre mutmaßlichen Bedürfnisse und ihr mutmaßlicher Wille in fachlich angemessener Weise erhoben wurden.
- Die Klient*innen werden in die Evaluierung des Case-Management-Prozesses und seiner Ergebnisse involviert. Ihre Sicht und ihre Erfahrungen mit den eingesetzten Hilfen dienen als Grundlage für das (organisationale) Lernen aus Fällen.
- Wenn Klient*innen selbst (noch) nicht (oder nicht mehr) in der Lage sind, ihre Bedürfnisse, ihren Willen und ihre Ziele gegenüber den Anbieter*innen professionalisierter Hilfe zu artikulieren, bzw. wenn die Dienstleister*innen dieser Thematisierung

nicht Rechnung tragen, so engagieren sich Case Manager*innen stellvertretend für die Bedürfnisse, den Willen und die Ziele ihrer Klient*innen.

- Case Manager*innen setzen sich für Klient*innenorientierung, Transparenz, Qualität und Kommunikation vonseiten der fallinvolvierten spezialisierten Fachkräfte gegenüber den Klient*innen ein. Dafür wählen sie ihre Strategien entsprechend dem Einzelfall und der Situation. Die Interventionspalette reicht dabei von gering invasiven Formen bis hin zur Involvierung von Gerichten. Zu den gering invasiven Formen zählen das Werben und Verhandeln; zu den invasiven Formen gehören das Verfassen formaler Beschwerden gegenüber Dritten, das Anrufen von Vorgesetzten, Beschwerdestellen, Gerichten etc.⁴⁹
- Case Manager*innen setzen sich dafür ein, dass vonseiten der professionellen Helfer*innen überall dort die Kontinuität der Versorgung gewährleistet wird, wo der Fall dies notwendig macht. Tendenzen von Professionist*innen, auf die eigene Überforderung mit dem Verweis an andere Dienste, mit dem Dazuschalten von weiteren spezialisierten Angeboten und mit der Beendigung der eigenen Unterstützung mithilfe des Arguments der ‚schwierigen, unkooperativen, nicht beziehungsfähigen‘ Klient*innen zu reagieren, sind als Problem der Fachkräfte bzw. ihrer Organisationen (und nicht der Klient*innen) anzuerkennen und zu würdigen. Bei Bedarf und bestehender Bereitschaft der Fachkräfte und Organisationen werden diese über mögliche Unterstützungsangebote beraten.

Auf der Meso- und der Makroebene kann das Advocacy folgende Aktivitäten umfassen:

- Klient*innen werden eingeladen und ermutigt, als Berater*innen für die Anbieter*innen professioneller Hilfeleistungen aufzutreten. In geeigneter Weise sollen die Klient*innen an der Konzeptionierung von Programmen, Angeboten bzw. Angebotspaletten der Organisation(en) beteiligt werden.
- Selbstvertretungsorganisationen werden wertgeschätzt und Klient*innen werden über deren Vorhandensein, Angebote und Funktionen aufgeklärt. Selbstvertretungen werden als wesentliche zivilgesellschaftliche Gruppe anerkannt und als Kooperationspartner*innen bei der Lobbyarbeit angesehen.

⁴⁹ Ausführliche Hinweise zu Interventionsstrategien im Advocacy finden sich bei Monzer 2013b, Ballew / Mink 1996, Moxley 1989 und unter dem Begriff ‚partisan advocacy‘ bei Moxley 1997.

- Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens, politische Entscheidungsträger*innen, Wirtschaftstreibende und andere Öffentlichkeiten werden über die Stärken und Bedürfnisse der Zielgruppe aufgeklärt.
- Benachteiligungen und Diskriminierungen von Zielgruppen werden gegenüber Entscheidungsträger*innen und der Öffentlichkeit offengelegt und problematisiert. Für die Entwicklung von Strategien und Maßnahmen zur Beseitigung von Benachteiligung und Diskriminierung steht die eigene fachliche Expertise bereit.
- Versorgungslücken, Barrieren bei der Inanspruchnahme der Angebote, Fragmentierungen, Diskontinuitäten der Versorgung und Schnittstellenproblematiken werden gegenüber den betreffenden Organisationen und nötigenfalls weiteren Entscheidungsträger*innen kommuniziert. Die Case Manager*innen stellen ihre Ressourcen im Sinn der kontinuierlichen Verbesserung klient*innenorientierter und passgenauer Hilfesysteme zur Verfügung.
- Im Sinn des sozialökologischen Fallverständnisses erfolgen das Eintreten für die Erhebung der Stärken und Bedürfnisse des Sozialraums (Gemeinwesens) sowie die Mitwirkung an Programmen, die dessen Ressourcen erheben, nutzen und fördern. Case Manager*innen sorgen für die nötige Expertise, damit die Ressourcen des Sozialraums für seine Bewohner*innen nutzbar gemacht werden und ihre Lebensqualität steigt.
- Die Case-Management-Organisation tritt für die Sicherstellung der Finanzierung solcher Case-Management-Programme und -Leistungen ein, die den fachlichen Standards entsprechen.

3.2 Social Support

Social Work Case Manager*innen stehen ihren Klient*innen und deren informellem Umfeld beratend und unterstützend zur Seite. Case Manager*innen halten sich für ihre Klient*innen(systeme) zeitlich unbegrenzt und so lange zur Verfügung, wie diese der Case-Management-Leistungen bedürfen. Die Entscheidung zur Beendigung des Social Work Case Managements erfolgt auf Basis fachlicher Kriterien. Beziehungskontinuität wird gesichert, im Idealfall sowohl vonseiten der Case-Management-Organisation als auch vonseiten des*der Case Manager*in. Die Case Manager*innen identifizieren die Hilfebedarfe des*der Klient*in wie auch ihrer informellen Helfer*innen und sorgen für die Abdeckung dieser Bedarfe.

Case Manager*innen leisten emotionale Unterstützung und fachliche Beratung abhängig vom individuellen Bedarf der Klient*innen bzw. des Klient*innensystems und jenem der informellen Helfer*innen. Die Beziehungsintensität ist gekoppelt mit der Rollenverteilung im Unterstützungssystem. Finden sich in diesem System lediglich kurzfristige problembezogene Unterstützungsleistungen und besteht gleichzeitig ein Bedarf an kontinuierlicher Auseinandersetzung mit der eigenen Persönlichkeitsentwicklung, so können sich die Social Work Case Manager*innen (möglicherweise zeitlich befristet) als psychosoziale Betreuer*innen einbringen. Sind jedoch kontinuierliche Bezugspersonen auszumachen, die Vertrauenspersonen des*der Klient*in verkörpern und mit denen sie wichtige Aspekte ihres Lebens bearbeiten können, fokussiert der*die Case Manager*in auf eine vertrauensvolle und sachorientierte Arbeitsbeziehung und verzichtet auf eine psychosoziale Ausrichtung der Begegnung.

Bei chronischen Hilfebedarfen soll sichergestellt werden, dass dem*die Klient*in eine kontinuierliche Bezugsperson an die Seite gestellt wird. Beziehungsabbrüche und ungeplante Beendigungen von Unterstützung sind zu vermeiden. Es ist empfehlenswert, allfällige Konflikte mit Klient*innen konstruktiv zu bearbeiten, um die Zielerreichung der Klient*innen zu befördern.

Es obliegt den Klient*innen zu entscheiden, ob sie mit dem*der jeweiligen Case Manager*in zusammenarbeiten können und dies auch wollen. Bestehen Vorbehalte der Klient*innen gegenüber der Person des*der Case Manager*in und lassen sich diese Bedenken trotz Aushandlung, Metakommunikation etc. nicht aus dem Weg räumen, so ist ein Wechsel des*der Case Manager*in zu ermöglichen. Ähnliches gilt auch umgekehrt: Sind Case Manager*innen trotz Selbstreflexion, Unterstützung durch Dritte etc. nicht in der Lage, dem*der Klient*in wertschätzend und unvoreingenommen zu begegnen, so obliegt ihnen die Aufgabe, einen Wechsel zu anderen Case Manager*innen in die Wege zu leiten, um die Wahrscheinlichkeit

auf eine erfolgreiche Zusammenarbeit im Beratungssystem zu erhöhen.

Für die Unterstützung der informellen Helfer*innen gilt: Reicht die Weitergabe von Information und Wissen aus, so erbringt der*die Case Manager*in selbst diese Leistung. Tritt bei den An- und Zugehörigen ein komplexerer Hilfebedarf zutage, sei es in Form von Schulungen, Selbsthilfegruppen, Angehörigenberatung, Entlastungsangeboten o.Ä., so organisiert der*die Case Manager*in entsprechende Optionen. Ergibt sich bei den An- und Zugehörigen ein von ihrer Rolle als Unterstützer*innen unabhängiger Hilfebedarf, so beraten die Case Manager*innen über geeignete Unterstützungsangebote und vermitteln nötigenfalls an diese. Ob An- oder Zugehörige selbst zu Klient*innen des*der Case Manager*in werden können, ist fall- und situationsabhängig zu entscheiden.

3.3 Broker/Makler

In der Broker- bzw. Maklerfunktion informieren Case Manager*innen ihre Klient*innen über deren sozialstaatliche Rechtsansprüche und über Angebote des Sozial- und Gesundheitswesens. Sie beraten über Zugangsvoraussetzungen, Verfügbarkeiten, Inhalte und Qualität der Angebote und unterstützen je nach individuellem Bedarf bei der Erschließung des Zugangs. Dabei nehmen sie Bedacht auf die Bedürfnisse, (alltäglichen) Anforderungen und Präferenzen der Klient*innen und achten darauf, dem*der Klient*in stets Wahlmöglichkeiten zu präsentieren. Klient*innen sollen mittels Information, Aufklärung und Beratung in die Lage versetzt werden, eine Entscheidung für jene Angebote zu treffen, die ihren Bedürfnissen und Zielen am besten entsprechen und die (überwiegend) positive Effekte auf ihr Wohlbefinden und ihre Lebensqualität zeigen.

Eine Reduktion von Case-Management-Programmen auf diese Funktion führt, wie auch die Beendigung eines sog. Case Managements nach Vermittlung an spezialisierte Dienste, zu einer Verkürzung des Handlungskonzepts auf fachliche Beratung. Sogenannte reine Brokermodelle, wie sie in einer Vielzahl von Praxisanwendungen⁵⁰ festzustellen sind, können aus fachlicher Sicht nicht als Case-Management-Programme bezeichnet werden.

50 Beispielhaft genannt seien Fit2Work oder das Case Management der Krankenkassen basierend auf dem Sozialrechtsänderungsgesetz 2012.

4. Handlungsleitende Prinzipien

4.1 Der Dreischritt im Social Work Case Management

Wir beziehen uns bei der Darstellung des Case-Management-Prozesses auf David Moxley, der den dreifachen Fokus ins Zentrum des Regelkreises stellt. Der Autor führt in diesem Zusammenhang aus, dass im Case Management die Selbstsorge der Klient*innen mit professionellen und informellen Hilfen verknüpft wird, um so ein an den Bedürfnissen, der Funktionsfähigkeit und den Zielen des*der Klient*in bzw. des Klient*innensystems ausgerichtetes Unterstützungsnetzwerk zu etablieren.

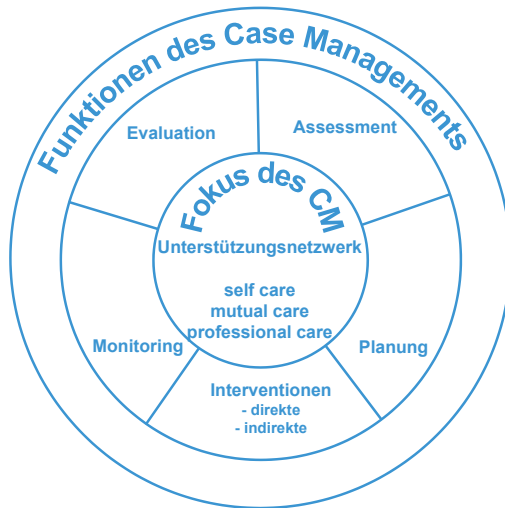


Abbildung 2: Der Regelkreislauf oder „A Multi-Functional Framework of Case Management Practice“, Moxley 1989:18, adaptiert

In Weiterführung dieser Überlegungen ist folgende Reihenfolge in Bezug auf professionelle Interventionen des*der Case Manager*in geboten:

1. An erster Stelle stehen die Klient*innen selbst. Ihre Sicht auf die eigene Lebenslage sowie das Erleben ihrer Situation, weiters ihre Ziele und Vorstellungen von geeigneter Unterstützung wie auch ihre Erfahrungen mit der Hilfe Dritter befinden sich im

Zentrum. In jedem einzelnen Prozessschritt ist es der*die Klient*in, der*die zuerst gehört wird und mit dem*der nicht nur die Ausrichtung der Hilfen, sondern auch die einzelnen Interventionen ausverhandelt werden.

2. Die Beziehungen der Klient*innen zu ihrem sozialen Umfeld und die Akteur*innen ebendort belegen die zweite Stelle. Gemeinsam mit dem*der Klient*in wird überlegt und entschieden, wer in welcher Weise in den Unterstützungsprozess einbezogen wird. Die Beiträge des Umfelds sind aufgrund ihrer Alltagsnähe und in Bezug auf die Unmittelbarkeit ihrer Wirkung auf die Klient*innen zumindest als gleichwertig zu den Perspektiven der Fachkräfte anzusehen. Hilfen aus dem sozialen Umfeld werden aus Sicht des*der Case Manager*in immer dann gegenüber professionellen Hilfen bevorzugt, wenn erstere in Einklang mit den Bedürfnissen und Zielen der Klient*innen stehen und deren Einbeziehung eine Vermeidung bzw. Reduktion der Abhängigkeit von professioneller Hilfe bewirkt. Interventionen im sozialen Umfeld zielen darauf ab, die Beziehungen zwischen der Klient*innen und ihren An- bzw. Zugehörigen zu unterstützen und Ressourcen des sozialen Umfelds für den*die Klient*in verfügbar zu machen. Der*Die Case Manager*in konsolidiert das Umfeld so, dass dieses den*die Klient*in wirkmächtig unterstützen kann.
3. Erst an dritter Stelle sind die professionellen Hilfen anzuführen. Professionelle Helfer*innen werden für jene Unterstützungsleistungen herangezogen, die von dem*der Klient*in selbst und von seinem*ihrem sozialen Umfeld (noch) nicht (oder nicht mehr) erbracht werden können. Insbesondere bei alltagsnahen Hilfen ist darauf zu achten, dass (semi)professionelle Dienstleister*innen die vorhandenen Fähigkeiten bzw. sozialen Ressourcen erweitern und mehren (nicht aber ersetzen bzw. mindern). Der Einsatz von professionellen Helfer*innen soll ausschließlich dort erfolgen, wo es einer spezifischen Expertise und Fachkompetenz bedarf. Ihre Einbeziehung ist unter bestimmten Umständen auch dann anzudenken, wenn evidenzbasierte Hinweise nahelegen, dass sie besser (rascher, nachhaltiger) wirken als nichtprofessionalisierte Hilfeformen. In diesem Fall ist der momentane Nutzen (und/oder Zeitgewinn) gegen die Gefahr einer mittel- oder langfristigen Schädigung der Selbsthilfekompetenz des Klient*innensystems gründlich abzuwägen. Case Manager*innen empfehlen ausschließlich anerkannte und wissenschaftsbasierte Hilfeformen.⁵¹ Diagnosen von Fachkräften werden als das behandelt, was sie sind:

*51 Angebote von ‚Energetiker*innen‘ werden bspw. nicht beworben. Sollten sich Klient*innen dazu entscheiden, solche in Anspruch zu nehmen, wird dies selbstverständlich respektiert. Die Case Manager*innen klären die Klient*innen aber jedenfalls über mögliche Nicht- und Nebenwirkungen dieser Arten von Hilfen auf und thematisieren die Auswirkungen der Präferenz von nichtwissenschaftsbasierten gegenüber wissenschaftlich anerkannten Behandlungsformen.*

eine komplexitätsreduzierende Interpretation von Phänomenen, also Konstrukte aus einer professionellen Perspektive. Dies gilt vor allem für psychologische, psychiatrische, psychosoziale und soziale Diagnosen. Unterschiede in den Einschätzungen zwischen Klient*innen, ihrem informellen Umfeld und Professionist*innen werden als solche anerkannt und einem diskursiven Aushandlungsprozess unterzogen. Ein Ziel besteht darin, eine übereinstimmende Vorstellung über die Ausgangssituation zu entwickeln, von der aus in Richtung des gewünschten Sollzustands gearbeitet wird. Darüber hinaus soll eine gemeinsame Vision von geeigneten Formen der Unterstützungen, Behandlungen und Versorgungen skizziert werden.

4.2 Lebensweltorientierung

Case Manager*innen geben sich überzeugt davon, dass Menschen entsprechend ihren Fähigkeiten und Lebensumständen selbstverantwortlich entscheiden können. Die subjektiven Wirklichkeiten und Lebensentwürfe der Klient*innen erfahren Akzeptanz und, im Sinn des Advocacys, dienen als Ausgangspunkt für die Planung und Umsetzung aller Interventionen. Klient*innen sind Expert*innen in eigener Sache und Souverän*innen des Unterstützungsprozesses. (Professionelle) Hilfen werden entsprechend den Logiken des Alltags der Klient*innen geplant und umgesetzt, sie sollen dazu geeignet sein, eine autonome Lebensführung und einen gelingenden Alltag zu fördern.

Case Manager*innen zeigen sich skeptisch gegenüber „institutionellen und professionellen Entwicklungen, insofern sie durch Selbstreferenzialität bestimmt sind“.⁵² Sie hinterfragen normative Vorgaben dahingehend, ob diese für unterschiedliche Lebenssituationen und -entwürfe Gültigkeit beanspruchen können. Nötigenfalls machen sie sich für eine Aushandlung dieser Vorgaben gegenüber den Entscheidungsträger*innen stark.

„Wenn Lebenswelt nämlich die Bühne ist, auf der die Menschen vorgegebene gesellschaftliche Muster agieren, können lebensweltliche Verhältnisse nicht nur aus sich selbst bewältigt und verändert werden, sondern sind immer auch geprägt durch strukturelle Rahmenbedingungen.“⁵³

⁵² Grunwald / Thiersch 2004:22.

⁵³ Grunwald / Thiersch 2004:23.

4.3 Empowerment

Herriger versteht unter Empowerment „Selbstbefähigung und Selbstbemächtigung, die Stärkung von Eigenmacht, Autonomie und Selbstverfügung“:

„Empowerment beschreibt mutmachende Prozesse der Selbstbemächtigung, in denen Menschen in Situationen des Mangels, der Benachteiligung oder der gesellschaftlichen Ausgrenzungen beginnen, ihre Angelegenheiten selbst in die Hand zu nehmen, in denen sie sich ihrer Fähigkeiten bewußt werden, eigene Kräfte entwickeln und ihre individuellen und kollektiven Ressourcen zu einer selbstbestimmten Lebensführung nutzen lernen. Empowerment – auf eine kurze Formel gebracht – zielt auf die (Wieder-)Herstellung von Selbstbestimmung über die Umstände des eigenen Alltags.“⁵⁴

Case Manager*innen unterstützen die Selbstbefähigungs- und Selbstbemächtigungsprozesse ihrer Klient*innen. Dazu setzen sie u.a. auf folgende Interventionsstrategien⁵⁵:

- Informations- und Wissensweitergabe
- Unterstützung beim Zugang zu Informationen und Ressourcen
- Ermutigung, eigene Entscheidungen zu treffen
- Sicherstellung der Selbstbestimmung bei allen die Klient*innen betreffenden Angelegenheiten
- ‚Partizipation und Teilhabe‘ im Sinn von Lenz⁵⁶:
„Ausgehend von ihren individuellen Bedürfnissen, Problemen und spezifischen Ressourcen übernehmen [...] die Betroffenen, entsprechend ihren Fertigkeiten und Kompetenzen, von Anfang an Verantwortung für das weitere Vorgehen. Sie wägen ab und entwickeln, unter Einbeziehung außenstehender Vorschläge und Perspektiven, eigene Lösungswege und Bewältigungsstrategien für ihre spezifischen Probleme.“
- Vertrauen in die personalen Ressourcen (Stärken, Kompetenzen, Grundüberzeugungen) zeigen, zuschreiben und vermitteln
- konsequente Orientierung an den Stärken, Kompetenzen, Ressourcen

⁵⁴ Herriger 2006:20.

⁵⁵ Lenz 2002, Theunissen 2002, Herriger 2006.

⁵⁶ Lenz 2002:19; Herriger 2006.

- Hinweise in den Erzählungen der Klient*innen auf regenerative, selbstheilende Kräfte/Widerstandskräfte/Resilienz wahrnehmen und rückmelden⁵⁷
- Fokussierung auf den ‚Gesundungsprozess‘ im Sinn des Recovery-Ansatzes
- Lösungsorientierung
- Erarbeitung von Handlungsalternativen und Wahlmöglichkeiten
- Anbieten solcher Möglichkeiten, die den Handlungsspielraum erweitern
- Wut (an)erkennen und einen Raum zur Äußerung der Wut schaffen
- Aufklärung über (Menschen-)Rechte
- Förderung sozialer Beziehungen und solidarischer Netzwerke
- Vermittlung an (Interessens-, Peer-)Gruppen
- Vernetzung mit sozialräumlichen Ressourcen
- Netzwerkaktivierung und -förderung
- Vermittlung an Selbstvertretungsorganisationen
- Unterstützung bei der Initiierung von Selbstvertretungsgruppen.

⁵⁷ Vgl. Herriger 2012.

4.4 Stärken- und Ressourcenorientierung

Auch wenn es sich um Problemstellungen handelt, die zur Inanspruchnahme von professioneller Hilfe im Allgemeinen und von Case Management im Speziellen führen, so fokussieren Case Manager*innen vorrangig auf gelingende Aspekte der Lebensführung, Stärken und Ressourcen ihrer Klient*innen.

Wir verstehen Stärken als persönliche Kraftquellen von Individuen – wie Träume, Hoffnungen, Ziele, Überzeugungen – sowie als deren spezifische Fähigkeiten und Kompetenzen.⁵⁸

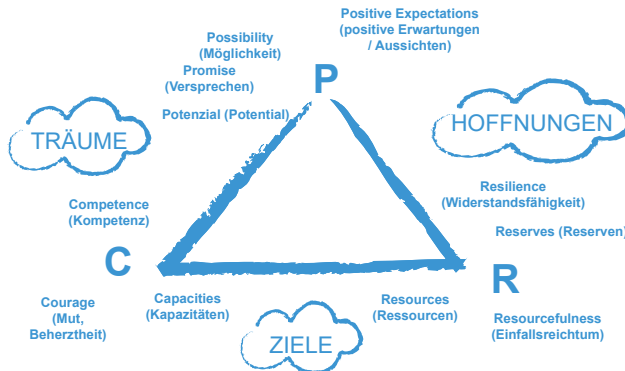


Abbildung 3: Stärkenmodell nach Saleebey, zitiert in Ehlers / Müller / Schuster 2017:43, eigene Darstellung

Fähigkeiten beziehen sich auf Praxen und umfassen, was eine Person zu denken, fühlen, wollen und tun imstande ist. Kompetenz verweist auf den Gebrauch von Fähigkeiten in bestimmten Situationen, damit konkrete Aufgaben in einer für die Umwelt akzeptablen Art und Weise bewältigbar sind.⁵⁹

Ressourcen betreffen:

„jene positiven Personenpotentiale („personale Ressourcen“) und Umweltpotentiale („soziale Ressourcen“) [. . .], die von der Person (1) zur Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse, (2) zur Bewältigung altersspezifischer Entwicklungsaufgaben, (3) zur gelingenden Bearbeitung von belastenden Alltagsanforderungen sowie (4) zur Realisierung von langfristigen Identitätszielen genutzt

⁵⁸ Vgl. Saleebey 2012, Ehlers / Müller / Schuster 2017:42ff.

⁵⁹ Vgl. Cassée 2010:30.

werden können und damit zur Sicherung ihrer psychischen Integrität, zur Kontrolle von Selbst und Umwelt sowie zu einem umfassenden biopsychosozialen Wohlbefinden beitragen“.⁶⁰

Case Manager*innen treten stärken- und ressourcensensibel auf, verknüpfen Stärken/ Personenressourcen mit Lebensweltressourcen und versuchen mithilfe ihrer Interventionen (weiteren) Ressourcenverlust zu verhindern.⁶¹

4.5 Prozedurale Fairness

Während des gesamten Case-Management-Prozesses achten die Case Manager*innen darauf, dass Klient*innen eigenmächtig über Angelegenheiten bestimmen, die ihr Leben betreffen, und bei Interventionen der Helfer*innen über ein Mitspracherecht verfügen. Es werden keine fachlichen Entscheidungen ohne Einbezug der Klient*innen getroffen, vielmehr wird eine gemeinsame, kooperative Entscheidung sichergestellt. Klient*innen haben das Recht, „den Gang der Dinge zu bestimmen“⁶². Dazu wird eine für die Klient*innen verständliche Sprache gewählt, schriftliche Materialien werden nötigenfalls in einfacher Sprache entwickelt, um zu gewährleisten, dass die Klient*innen gleichberechtigt am Entscheidungsprozess teilnehmen können. Sofern der Inanspruchnahme von professionellen Diensten Stolpersteine im Weg stehen,⁶³ werden barrierefreie Angebote gewählt und wird für Barrierefreiheit bei allen Angeboten geworben.

Zwei miteinander eng verbundene Ansätze sollen zur Anwendung kommen: das Vorgehen mittels ‚Gemeinsamer Entscheidungsfindung‘ (shared decision-making) und – als dessen Ergebnis – die ‚Informierte Zustimmung‘ (informed consent).⁶⁴ Die Verschränkung dieser beiden Ansätze stellt sicher, dass nur solche Entscheidungen getroffen werden, die dem Willen der Klient*innen entsprechen. Darüber hinaus wird der Prozess der Entscheidungs-

⁶⁰ Herriger 2006:89.

⁶¹ Vgl. Nestmann 2004:77ff.

⁶² Wendt 2001:69.

⁶³ Barrierefreiheit ist nicht nur Menschen mit Behinderungen zu ermöglichen, sondern auch Eltern (mit Kinderwägen), mobilitätseingeschränkten, kurzsichtigen, schwerhörigen Menschen wie auch Personen, Menschen, die nicht (sinnverstandend) lesen und schreiben können, etc.

⁶⁴ Sowohl die Informierte Zustimmung als auch das Geteilte-Entscheidungen-Treffen stammen aus dem Bereich der Medizin. Sie dienen dazu, Patient*innen zu ermächtigen, weitreichende Entscheidungen in medizinischen Angelegenheiten zu treffen. Dazu müssen die Patient*innen zuerst in einer für sie verständlichen Sprache über ihre Krankheit und krankheitswertigen Symptome aufgeklärt werden; danach über Behandlungsmöglichkeiten, deren Besonderheiten und Risiken sowie allfällige Behandlungsalternativen. Schlussendlich sollen sich die Patient*innen aus der Fülle der ‚gesättigten Informationen‘ auf eine Behandlung festlegen (können). Diese Prozesse der Informationsaufbereitung und -vermittlung sowie der Entscheidungsfindung sollen in einer für Dritte nachvollziehbaren Weise ablaufen.

findung in einer für Dritte nachvollziehbaren Weise gestaltet.

4.6 Informed consent / Informierte Zustimmung

Minimalanforderung an das Schließen von Kontrakten ist die ‚informierte Zustimmung‘. Diese beinhaltet eine umfassende Aufklärung der Klient*innen über

- die fachliche Kompetenz von professionellen Helfer*innen, ihre Aus- und Weiterbildungen, ihre fachlich-theoretischen Bezüge und ihr Menschenbild, ihre Wertvorstellungen und die von ihnen angewandten Methoden und Arbeitsformen;
- den Ablauf der Beratung, Behandlung, Therapie und über das Setting;
- die Vertraulichkeit, (gesetzliche) Verschwiegenheitsregelungen sowie deren Grenzen und Ausnahmen (z.B. Melde- und Mitteilungspflichten);
- die Erhebung, Dokumentation und Verwertung von personenbezogenen Daten;
- die Ziele des Hilfeangebots und mögliche realisierbare Ergebnisse;
- mögliche Nebenwirkungen, (emotionale) Belastungen und Konflikte;
- Alternativen zum Angebot;
- das Recht, die Beratung, Behandlung oder Therapie zu beenden und erteilte Zustimmungen zurückzuziehen.

Case Manager*innen gewährleisten umfassende Aufklärung über das Case Management sowie über ihre Funktionen und Rollen im Prozess bzw. im jeweils aktuellen Teilschritt des Prozesses. Darüber hinaus machen sie sich bei den fallbeteiligten Akteur*innen für die Einhaltung dieses Prinzips stark und klären Klient*innen darüber auf, wenn bei Kooperationspartner*innen ein anderer Kommunikationsstil gepflegt wird.

4.7 Shared Decision-Making / Partizipative Entscheidungsfindung / Gemeinsame Entscheidungsfindung

In Erweiterung des Prinzips der informierten Zustimmung bemühen sich Social Work Case Manager*innen grundsätzlich um kooperative und gemeinsame Entscheidungsfindungen mit den Klient*innen. Diese kooperativen Beschlussfassungen betreffen die Gestaltung des gesamten Prozesses, die Ausgestaltung und Planung aller Teilschritte und die Nachvollziehbarkeit aller Aktivitäten. Social Work Case Manager*innen passen dabei ihre Strategien an die Entscheidungsfähigkeit ihrer Klient*innen an. Es soll beispielsweise vermieden werden, Kinder mit Entscheidungen zu überfordern; bei schwer demenzkranken Personen können Vertrauenspersonen hinzugezogen werden, um den mutmaßlichen Willen der Patient*innen zu erforschen; bei einer akuten psychotischen Phase eines*iner Klient*in sind nachhaltige Entscheidungen zu verschieben; bei geistig schwerst behinderten Menschen sind im Sinn der unterstützten Entscheidungsfindung geeignete nonverbale Techniken zum Erkunden ihrer Bedürfnisse und Stimmungen heranzuziehen etc.

Um eine gemeinsame Entscheidung zu erwirken, wird detaillierte Aufklärung über (so vorhanden – evidenzbasierte) Wirkungen und Nebenwirkungen der mit dem Case Management einhergehenden Veränderungsprozesse und anderer allfällig zu treffenden Entscheidungen geboten. Es werden verschiedene, im besten Fall gleichwertige Optionen aufgezeigt und anhand zusätzlicher schriftlicher Informationen erläutert. Die Klient*innen werden befragt, ob die gebotenen Informationen in verständlicher Form aufbereitet wurden und ob Bedarf an weiterführenden, spezifischeren Auskünften besteht. Der*Die Case Manager*in erfragt die Präferenzen der Klient*innen und legt seine*ihre fachliche Einschätzung offen. Entscheidungsmöglichkeiten werden ausgehandelt und eine partizipative oder aber eine einseitige Entscheidung des*der Klient*in wird getroffen. Dabei steht den Klient*innen so viel Zeit zur Verfügung, wie sie benötigen, um zu einem für sie passenden Entschluss zu gelangen.

Falls rasche Entscheidungen zur Gewährleistung der Sicherheit von Klient*innen notwendig sind (wie z.B. im Fall einer Kindeswohlgefährdung), wird dies den Klient*innen deutlich zur Kenntnis gebracht, dabei werden die Konsequenzen einer Nicht- oder einer einseitigen Entscheidung transparent gemacht. Auch in solchen Fällen sind jedenfalls Alternativen zur Inanspruchnahme professioneller Hilfen anzubieten bzw. darzulegen.

Case Manager*innen machen sich bei den fallbeteiligten professionellen Diensten dafür stark, dass das Prinzip des Shared Decision-Makings praktiziert wird.

4.8 Handeln nach Kontrakt

Die Zusammenarbeit zwischen allen am Case Management beteiligten Akteur*innen beruht auf Kontrakten. Dies gilt sowohl für die Arbeitsbeziehung zwischen Case Manager*in und Klient*in als auch für die An- und Zugehörigen der Klient*innen und ebenso für die involvierten professionellen Helfer*innen.

Der Kontrakt mit dem*der Klient*in wird wenn möglich schriftlich geschlossen, und zwar in einer für die Klient*innen verständlichen Form. Zu diesem Zweck hat sich der Einsatz von Visualisierungsformen bewährt.⁶⁵ Der Kontrakt enthält neben den Inhalten und Bedingungen der Zusammenarbeit jedenfalls auch eine Aufklärung über die Rechte des*der Klient*in. Der Umgang mit Verschwiegenheit wird besprochen, vereinbart und fixiert. Dabei ist deutlich zu machen, dass keine generelle Entbindung von der Verschwiegenheit bzw. Vertraulichkeit vorgenommen wird (und auch nicht vorgenommen werden kann), sondern dass jeder Austausch zwischen Fachkräften einer ausdrücklichen Einwilligung des*der Klient*in bedarf und situationsspezifische Vereinbarungen über Zweck und Inhalte der professions- und einrichtungsübergreifenden Kommunikation bestehen. Der Austausch zwischen Fachkräften dient den Zielen und Interessen der Klient*innen, der Abstimmung der zu erbringenden Leistungen sowie der Qualitätssicherung. Er ist je nach Anlass und Zweck angemessen zu gestalten, jedenfalls aber wertschätzend dem*der Klient*in gegenüber, und ist fokussiert auf die klientischen Ressourcen auszurichten.

Falls schriftliche Vereinbarungen den Klient*innen und ihren lebensweltlichen Helfer*innen (z.B. aufgrund einer negativen Zuschreibung zu Verträgen) nicht angemessen scheinen, werden mündliche Kontrakte geschlossen.

Übereinkünfte solcher Art werden auch dann besiegelt, wenn die Verschriftlichung im Widerspruch zu zeitgerechter und unbürokratischer Unterstützung steht.

Kontrakte und Vereinbarungen sind in angemessener Weise und im Sinn der Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Prozesses fortlaufend zu dokumentieren und sicher (und trotzdem zugänglich) aufzubewahren.

⁶⁵ Wie zum Beispiel in Form ‚unterstützter Kommunikation‘ oder mittels des Einsatzes von ‚Words and Pictures‘; vgl. dazu Turnell / Andrew (2012):59-64.

4.9 Effizienz und Effektivität

Wie bereits mehrfach ausgeführt setzen sich Case Manager*innen für möglichst gering invasive Hilfeformen im Sinn der autonomen Lebensführung der Klient*innen ein. Entscheidungskriterium ist dabei eine klient*innenbezogene Aufwand-Nutzen-Rechnung: Alle Aufwände, die ein*e Klient*in erbringen muss, um den Nutzen der Inanspruchnahme von Hilfen (etwa in Bezug auf Wohlbefinden und Lebensqualität) lukrieren zu können, wird allfällig nachteiligen Auswirkungen auf Alltagsgestaltung und autonome Lebensführung gegenübergestellt. Dabei wird, soweit verfügbar, auf evidenzbasierte Wirkungen professioneller Hilfe zurückgegriffen.

Case-Management-Organisationen treten dafür ein, dass professionelle Hilfen im Hinblick auf ihre Beiträge zur Zielerreichung, Lebenszufriedenheit und zum Wohlbefinden der Klient*innen evaluiert werden und Daten über Kosten-Wirkungs-Verhältnisse erhoben und zur Unterstützung der eigenen Tätigkeit bereitgestellt werden. Darüber hinaus werben sie für und unterstützen selbst (Wirk-)Studien zu Case-Management-Modellen und -Programmen. Sie engagieren sich für kooperative und mehrperspektivische Evaluierungen der erzielten Wirkungen sowie deren Verhältnis zu den Ressourcenaufwänden und monetären Kosten. Darüber hinaus werben sie für die Evaluation von Folgekosten und von der nachteiligen Wirkung fehlender Angebote.

Ein schonender Umgang mit den Ressourcen des Sozial- und Gesundheitswesens wird von den Case Manager*innen befürwortet. Eine solche Vorgehensweise steht in Einklang mit den Zielen der Klient*innen, etwa in Bezug auf die Steigerung deren Wohlbefindens und Lebensqualität. Darüber hinaus ist eine schonende Handhabung von Ressourcen auch mit den Zielen der Gesellschaft kompatibel, etwa in Bezug auf sozialen Ausgleich und soziale Gerechtigkeit.

Der*Die Klient*in wird grundsätzlich darin bestärkt, solche Ressourcen, Unterstützung und Leistungen in Anspruch zu nehmen, die seinen*ihren individuellen Präferenzen entsprechen. Sollten eingeschränkte Angebotsressourcen dies verhindern, wird zunächst mit dem*der Klient*in über zweitbeste Möglichkeiten und deren Kosten-Nutzen-Verhältnis beratschlagt. Führt der Mangel an einem Angebot zu nachteiligen Auswirkungen in der klientischen Alltagsführung und Zielerreichung, wird mit den Anbieter*innen im Sinn des Advocacys verhandelt. Darüber hinaus regt der*die Case Manager*in einen organisationalen Wandel an und unterstützt diesen nötigenfalls.⁶⁶ Bestehen Hinweise darauf, dass Angebote bestimmten Zielgrup-

⁶⁶ Vgl. NASW 2013:21f.

pen aufgrund struktureller Benachteiligung vorenthalten werden, werden entsprechende Befunde innerhalb der Case-Management-Organisation gesammelt und an verantwortliche Stellen weitergeleitet sowie nötigenfalls Öffentlichkeitsarbeit betrieben.⁶⁷

4.10 Das gelindeste Mittel

Case Manager*innen suchen nach den gelindesten Interventionsformen. Dabei handelt es sich um solche, die für größtmögliche Autonomie, auch in der Entscheidungsfindung, beim klientischen Gegenüber bürgen. Social Work Case Manager*innen sekundieren ihren Klient*innen bei der Übernahme der Regie über die eigene Alltags- und Lebensführung.

Abweichungen von diesem Prinzip werden nur dann toleriert, wenn dies aufgrund des Alters oder der eingeschränkten Funktionsfähigkeit der Klient*innen zur Sicherung ihres Wohls unabdinglich ist. Dabei werden nur solche Interventionen gesetzt, die die Klient*innen bzw. ihr informelles Umfeld nicht selbst erbringen können.⁶⁸

Der*Die Case Manager*in ist in Bezug auf eigene Achtsamkeit, auf Verhandlungsgeschick und Beibehalten einer konsequenten Funktions- und Rollenklarheit gefordert. Er*Sie hat die Aufgabe, in diskursiven Aushandlungsprozessen Sinn zu stiften, an das (Meta-)Ziel zu erinnern und Auswirkungen von Verhaltensweisen, Inszenierungen, Aktivitäten etc. einer Besprechung zugänglich zu machen. Ziel dieser Bemühungen ist es, zu einer gemeinsam getragenen Entscheidung über zu setzende Interventionen zu gelangen. Darüber hinaus soll der*die Case Manager*in gewährleisten, dass Klient*innen mit ihren Bedürfnissen und Problemlagen nicht allein gelassen werden oder keine (weiteren) Scheitererfahrungen machen. Überversorgung (im Sinn eines ‚All-inclusive-Service‘), Bevormundung und Unterversorgung sind zu vermeiden.

67 Klient*innendaten werden dabei selbstverständlich anonymisiert.

68 Dieser Anspruch kann dann herausfordernd wirken, wenn Autonomie für den*die Klient*in (scheinbar) keinen Wert hat oder kein Anliegen ist und er*sie sich (aus welchen Gründen immer) als ‚passiv-abhängiger Fürsorgefall‘ beschreibt. Ähnliches gilt für die Zusammenarbeit mit den informellen und professionellen Helfer*innen. Hier überwiegen bisher solche Vorstellungen, Modelle und Handlungen in Richtung Hilfestellung, die den Prinzipien des Empowerments sowie der Stärken- und Ressourcenorientierung nur vordergründig entsprechen. Theunissen spricht in diesem Zusammenhang von Belehrungs-, Kompensations-, Rehabilitations- und (paternalistischen) Wohltätermodellen. Auch die Medikalisierung im Fall angeführter Problemstellungen sowie eine Logik des Versorgens und Besorgens, statt des Stärkens und Ermutigens, tragen in ihrer Wirkung (nicht in ihrer Absicht!) zu einer Fortsetzung der erlernten Hilflosigkeit und der Inszenierung als passive*r Konsument*in von Hilfeleistungen bei.

Social Work Case Manager*innen greifen dabei auf ein breites Spektrum an Interventionen zurück. Ihnen wird von der Case-Management-Organisation jener Gestaltungsraum eingeräumt, der für die im Fall angemessene Tätigkeit notwendig ist.⁶⁹

⁶⁹ Detaillierte Hinweise zu den Interventionsspektren der einzelnen Aufgaben finden sich bei Ballew / Mink 1996; Moxley 1998; Rapp / Goscha 2006; Monzer 2013b.

5. Fachliche Standards auf Ebene des Einzelfalls

Der Case-Management-Prozess soll die strukturierte Arbeitsweise aller beteiligten Akteur*innen unterstützen und die laufende Reflexion und Qualitätssicherung sowie das organisationale Lernen befördern. Dabei ist der Prozess nicht linear zu verstehen – er passt sich an die spezifischen Fallgegebenheiten an und folgt einem „rhizomatischen“⁷⁰ Verlauf: Prozessphasen können sich gleichzeitig vollziehen und innerhalb des Prozessablaufs besteht die Möglichkeit des Auftretens von Wiederaufnahmen bereits beendeter Phasen. Als Beispiel sei hier das Reassessment genannt, das aufgrund von Monitoring-Ergebnissen angezeigt sein kann.

Für die nachfolgenden Ausführungen wird die oben vorgestellte Prozessdarstellung von Moxley um die Phase des Intakes ergänzt, die dem Case-Management-Prozess vorgelagert ist.

5.1 Intake

Das Intake stellt die erste Phase der Zusammenarbeit zwischen dem*der potenziellen Klient*in und dem*der Case Manager*in dar. Es beinhaltet die Klärung der Indikation für Case Management, die Aufklärung über das Handlungskonzept Case Management sowie gegebenenfalls die Vereinbarung über die weitere Zusammenarbeit. Die Dauer des Intakes ist abhängig davon, wie viel Zeit sich der*die Klient*in für eine Entscheidung zur denkbaren Kooperation nehmen will.

5.1.1 Prozessorientierte Standards

- Es wird geklärt, ob sich die Person an die richtige Stelle gewandt hat und ob Case Management indiziert ist.
- Erste Informationen zur Lebenslage und -situation des*der Klient*in sowie zu seinen*ihren Stärken und Ressourcen werden erhoben.
- Der*Die Klient*in erhält all jene Informationen, die er*sie benötigt, um sich für oder gegen eine Bearbeitung seiner*ihrer Situation mittels Case Management zu entschei-

⁷⁰ Hays / Kleve 2006:124.

den (siehe ‚informed consent‘ und ‚shared decision-making‘).

- Der*Die Klient*in wird dazu ermutigt, seine*ihre Erwartungen an das Case Management und an dessen Wirkungen zu formulieren, anschließend wird verhandelt, inwieweit diese als erfüllbar einzustufen sind.
- Der*die Case Manager*in und der*die Klient*in verständigen sich über Inhalte und Setting der Zusammenarbeit und klären die jeweiligen Rollen, Aufgaben, Verantwortlichkeiten sowie Rechte und Pflichten.
- Der Prozess der Datenerhebung sowie die Dokumentation werden den Klient*innen in einer für sie sowohl sprachlich als auch inhaltlich nachvollziehbaren Weise verdeutlicht. Es wird auf gesetzliche Rahmenbedingungen und geltende Standards hingewiesen, ebenso auf allfällige Probleme der Organisation bei der Einhaltung dieser Standards.⁷¹
- Die organisationale Verortung sowie allfällige Abhängigkeiten von Auftraggeber*innen und deren Bedeutung für die Zusammenarbeit werden offengelegt.
- Falls eine Zusammenarbeit im Sinn von Case Management ausscheidet, wird nach anderen passenden Angeboten gesucht.
- Personen, die keinen Bedarf an Case Management zeigen, werden entsprechend ihrer Problemlage und ihren Anliegen über geeignete Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens unterrichtet und nötigenfalls bei der Inanspruchnahme entsprechender Angebote unterstützt.⁷²
- Inhalte und Ergebnisse des Intakes werden (zumindest anonymisiert) zur Bedarfsfeststellung im Sozialraum dokumentiert.

71 Die im Mai 2018 in Kraft getretene Datenschutz-Grundverordnung trifft Einrichtungen der biopsychosozialen Versorgung von Menschen besonders. Die Auswirkungen sind zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Standards noch nicht im Detail absehbar.

*72 Wenn Case Management innerhalb der Organisation für eine klar umrissene Zielgruppe vorgesehen ist und der*die potenzielle Klient*in dieser Zielgruppe nicht angehört, erfolgt die Zuweisung an alternative Case-Management-Angebote.*

5.1.2 Ergebnisorientierte Standards

- Die Zuständigkeit für die Fallverantwortung ist geklärt.
- Ein erstes Bild über die Lage des*der Klient*in ist gewonnen.
- Eine Vereinbarung über die Zusammenarbeit besteht.
- Inhalte und Ergebnisse des Intakes sind dokumentiert.

5.2 Assessment

Das biopsychosoziale Assessment ist ein Mittel zum Zweck. Zweck ist die Gewinnung einer ausreichenden (Daten-)Grundlage, um auf dieser Basis zielgerichtete Interventionen planen zu können. Das Vorgehen im Assessment muss den angeführten Prinzipien genügen. Im Assessment wird die Sichtweise der Klient*innen auf ihre Lebenslage und -situation erhoben. Darüber hinaus werden die klientischen Bedürfnisse ergründet, ebenso die zu bearbeitenden Problemstellungen, bisherige Lösungsversuche sowie Stärken und Ressourcen. Die Einwilligung des*der Klient*in bzw. des Klient*innensystems vorausgesetzt, werden die Sichtweisen des sozialen Umfelds sowie bereits involvierter oder am Assessment zu beteiligender Professionist*innen herangezogen. Der*Die Case Manager*in organisiert und koordiniert das interdisziplinäre Assessment und ergänzt nötigenfalls die Erhebungen insbesondere um ein Stärken- und Ressourcenassessment. Die Ergebnisse werden in nachvollziehbarer Weise dokumentiert.

Beim Assessment handelt es sich um eine fortlaufende Tätigkeit, ergänzende Informationen werden dokumentiert und in der Ausgestaltung der Interventionsphase berücksichtigt. Sollte es zu grundlegenden Veränderungen der klientischen Lebenslage und -situation kommen, kann ein Reassessment notwendig werden. Dabei wird in einem kooperativen Prozess zwischen Case Manager*in, Klient*in sowie nötigenfalls Angehörigen des sozialen Umfelds und professionellen Helfer*innen überprüft, ob und inwiefern sich die klientischen Bedürfnisse verändert haben, ob Ziele erreicht, Stärken und Ressourcen ausgebaut werden konnten und ob die Selbstsorgekompetenz des*der Klient*in gestiegen ist. Das Reassessment hat sowohl die Funktion der Kontrolle und Überwachung (Monitoring) der gesetzten Interventionen wie auch die Aufgabe der Bewertung (Evaluation). Es soll dem*der Klient*in und dem*der Case Manager*in als Grundlage für eine Einschätzung dienen, welche Handlungen des*der Klient*in, welche Aktionen des sozialen Umfelds und welche Interventionen

der professionellen Helfer*innen tatsächlich Wirksamkeit dabei entfaltet haben, die Ziele des*der Klient*in zu erreichen. Auf Grundlage eines solchen Reassessments sollen Klient*in und Case Manager*in entscheiden können, welche der bereits vereinbarten Ziele zu überarbeiten sind und ob bzw. inwiefern Adaptierungen des Hilfeplans angezeigt scheinen.

5.2.1 Prozessorientierte Standards

- Das Assessment erfolgt in dialogischer Kooperation zwischen Case Manager*in und Klient*in.
- Je nach klientischer Präferenz finden Assessmentgespräche zwischen Case Manager*in und Klient*in in der Einrichtung des*der Case Manager*in oder im lebensweltlichen Umfeld des*der Klient*in statt.
- Klient*innen werden im Assessment dabei unterstützt, eigene Erklärungen für ihre Lage und Wirklichkeitskonstruktion zu finden.
- Die Datenerhebung erfolgt systematisch und fachlich fundiert. Es wird gewährleistet, dass alle für das Erreichen der klientischen Ziele relevanten Lebensbereiche erhoben werden.
- Der*Die Case Manager*in stellt sicher, dass Stärken und Ressourcen der Klient*innen in detaillierter Weise erhoben und dokumentiert werden.
- Innere und äußere Hindernisse beim Erreichen des von Klient*innen erstrebten Befindens sowie in Bezug auf die aktuelle Lebenslage werden erhoben.
- Personen aus dem lebensweltlichen Umfeld des*der Klient*in werden unter der Bedingung der Einwilligung des*der Klient*in und in angemessener Weise in das Assessment involviert. Dabei wird darauf geachtet, dass nachteilige Auswirkungen auf den*die Klient*in vermieden werden (,Outing‘ als hilfsbedürftige Person, Stigmatisierung etc.).
- Die Einschätzungen und Diagnosen bereits involvierter Fachkräfte werden im Fall der Genehmigung des*der Klient*in für eine mehrperspektivische Einschätzung seiner*ihrer Lebenssituation herangezogen. Die Urteile dieser Expert*innen sind hinsichtlich Nachvollziehbarkeit, Glaubwürdigkeit, Gültigkeit und Relevanz mit dem*der Klient*in zu besprechen.

- Sofern Fragestellungen auftauchen, die mittels bestehender aktueller fachlicher Einschätzungen und/oder Befunde nicht beantwortet werden können, veranlasst, organisiert und koordiniert der*die Case Manager*in allfällige ergänzende ‚Untersuchungen‘.
- Wenn keine aktuellen sozialen Diagnosen vorliegen, wirkt der*die Social Work Case Manager*in als Diagnostiker*in. Er*Sie benutzt solche Instrumente, die der Stärken- und Ressourcenorientierung Rechnung tragen und eine ausreichend umfassende Einschätzung des aktuellen Inklusionsgrads erlauben.
- Dissense in der Einschätzung der beteiligten Akteur*innen werden benannt und gegebenenfalls dokumentiert. Sofern Konsens für eine abgestimmte Ziel- und Hilfeplanung notwendig ist, werden Kontroversen einer kooperativen Aushandlung unterzogen. Dabei unterstützt der*die Case Manager*in die Klient*innen dabei, ihre Sichtweisen gegenüber anderen Akteur*innen zu vertreten, moderiert nötigenfalls entsprechende Verhandlungsgespräche und, sofern die Klient*innen dazu selbst nicht in der Lage sind, bietet sich als Repräsentant*in/Advokat*in der Klient*innen an. Dabei sind Case Manager*innen den Wirklichkeitskonstruktionen ihrer Klient*innen verpflichtet und diesen gegenüber loyal.⁷³ Case Manager*innen treten für ihre Klient*innen anwaltschaftlich gegenüber den beteiligten Akteuer*innen auf und werben dabei um die Übernahme dieser Zugangsweise als Ausgangspunkt für die Planung weiterer Interventionen vonseiten aller Beteiligten im System.
- Bei der Erhebung der Daten gilt der Grundsatz ‚So viel wie nötig und so wenig wie möglich‘. Das Assessment dient ausschließlich der fachgerechten Fallbearbeitung. Eine Datensammlung zum Wohl und im Auftrag Dritter soll unterlassen werden, ebenso das Sammeln von Daten als Selbstzweck.
- Den aktuellen körperlichen, psychischen und sozialen Belastungen der Klient*innen wird insofern Rechnung getragen, als ihnen nur solche Erhebungen zugemutet werden, die für die weitere Ziel- und Hilfeplanung wichtig scheinen.
- Der Prozess der Datenerhebung sowie die Dokumentation werden den Klient*innen in einer für sie sowohl sprachlich als auch inhaltlich nachvollziehbaren Weise verdeutlicht. Es wird auf gesetzliche Rahmenbedingungen und geltende Standards

⁷³ *Dort, wo Wirklichkeitskonstruktionen in ihren manifesten Inhalten nicht intersubjektiv nachvollziehbar sind (z.B. „meine Nachbarin will mich vergiften“), werden die dahinter liegenden Bedürfnisse, Probleme und Sorgen in einem kooperativen Prozess erkannt und explizit gemacht (z.B. „ich fühle mich einsam und wünsche mir Kontakt mit der Nachbarin“).*

hingewiesen, ebenso auf allfällige Probleme der Organisation bei der Einhaltung dieser Standards.

- Die Daten sowie deren Interpretation werden in für Dritte nachvollziehbarer Weise verschriftlicht.
- Die Ergebnisse des Assessments werden gemeinsam mit dem*der Klient*in zusammengefasst und hinsichtlich ihrer Relevanz für die Ziele und die einzusetzenden Hilfen bewertet.
- Das Assessment wird in verständlicher Weise kontinuierlich fortgeschrieben.
- Die Ergebnisse des Assessments, die Befunde und Gutachten Dritter werden dem*der Klient*in auf Wunsch ausgehändigt.

5.2.2 Ergebnisorientierte Standards

- Alle zur Einschätzung der individuellen Problem-, Bedürfnis-, Stärken- und Ressourcenlage notwendigen Informationen sind erhoben und in nachvollziehbarer Weise dokumentiert.
- Die Ergebnisse des Assessments sind mit dem*der Klient*in besprochen und hinsichtlich ihrer Relevanz für die Hilfeplanung eingeschätzt.
- Veränderungs- und Interventionsbedarfe sind festgelegt und begründet.

5.3 Planung (Ziel- und Hilfeplanung)

Die Ziel- und Hilfeplanung ist ein Mittel zum Zweck. Zweck ist es, passgenaue Hilfen zu entwickeln, die den Prinzipien im Social Work Case Management genügen. Den Ausgangspunkt für diese Planung bildet das ‚Datenmaterial‘ aus dem biopsychosozialen Assessment. Aus diesem Material werden Ziele destilliert, die in weiterer Folge durch Planung, Einsatz und Koordination von Hilfen (Interventionen) erreicht werden sollen.

Klient*in und Case Manager*in erarbeiten eine geteilte Vorstellung über die zu verfolgenden Ziele, die beide teilen, und können diese Dritten gegenüber kommunizieren. Die Ziele werden operationalisiert, indem Indikatoren für deren Erreichen festgemacht werden.

In einem kooperativen Prozess erfolgt die Priorisierung der Ziele des*der Klient*in, sodass

eine Unterscheidung zwischen dringlichen (kurzfristigen) und langfristigen Zielen vorgenommen werden kann.

Angehörige des sozialen klientischen Umfelds werden abhängig von ihrem Entwicklungsstand und ihrer aktuellen Funktionsfähigkeit sowie natürlich vom Wunsch des*der Klient*in in die Zieleentwicklung eingebunden.

Bei einem Klient*innensystem (z.B. Familie) handelt der*die Case Manager*in die Ziele mit sämtlichen Systemmitgliedern aus. Betreffen einzelne Ziele nur bestimmte Mitglieder, wird dies im Hilfeplan kenntlich gemacht.

Ziele sind der Ausgangspunkt für die Hilfeplanung und die Auftragsklärung der involvierten Fachkräfte mit den Klient*innen. Die zwischen dem*der Case Manager*in und den Klient*innen erarbeiteten und ausgehandelten Ziele sind daher zum einen konkret genug, um den Beteiligten Orientierung für ihre Unterstützungshandlungen und -interventionen zu bieten. Zum anderen eröffnen sie den Fachkräften wie auch den Klient*innen ausreichend Spielraum für die Detailplanung bzw. die Entwicklung von kurzfristigen Handlungszielen auf der eher perspektivisch ausgerichteten Zielgeraden im Hilfeplanverfahren.

Insbesondere Ergebnisziele (auch Rahmenziele, Bereichsziele, mittelfristige Ziele, Teilziele)⁷⁴ stehen in komplexen Multiproblemlagen miteinander in Zusammenhang wie auch in einer Wechselwirkung, worauf bei der Planung der eingesetzten Hilfen Rücksicht zu nehmen ist.

Ausgehend von den Zielen des*der Klient*in erfolgt die Hilfeplanung in einem kooperativen Prozess zwischen den Fallbeteiligten. Dazu ist es zunächst erforderlich, mit dem*der Klient*in abzuklären, welche Handlungen/Aktionen sie selbst setzen kann und auch wird. Anschließend gilt es festzustellen und zu vereinbaren, welche informellen Helfer*innen in welcher Weise zur Zielerreichung beitragen. Schließlich gilt es, den*die Klient*in über geeignete professionelle Unterstützung zu beraten und mit ihm*ihr zu vereinbaren, welche Professionist*innen in die Hilfeplanung miteinzubeziehen sind. Ist dieses Case-Management-System identifiziert, werden die zu beteiligenden Akteur*innen in die Hilfeplanung involviert (Linking). Dazu wird nötigenfalls eine Hilfeplankonferenz einberufen, um eine inhaltlich und zeitlich abgestimmte Hilfeplanung zu gewährleisten. Der*Die Case Manager*in koordiniert sowie organisiert den Prozess der Hilfeplanentwicklung und stellt sicher, dass der vereinbarte Hilfeplan allen Beteiligten Orientierung bietet und ein Bewusstsein über die

⁷⁴ Es empfiehlt sich Ergebnisziele im Präsens – als erreichte Zustände in der Zukunft – und aus Sicht der betreffenden Person zu formulieren, wie z.B. „Ich verfüge über eine eigene Wohnung. (Oder: In zwei Jahren verfüge ich über eine eigene Wohnung); Ich stehe in einem unbefristeten Dienstverhältnis (Oder: Ab Sommer 2019 stehe ich in einem dauerhaften Dienstverhältnis); Ich habe ein geregeltes Einkommen.“

Wechselwirkungen der individuellen Aufgaben herrscht. Die einzelnen Beiträge der informellen und professionellen Helfer*innen arbeiten darauf hin, die Stärken der Klient*innen zu fördern, deren Wohlergehen voranzutreiben und die Klient*innen beim Erreichen ihrer Ziele zu unterstützen.

Der Hilfeplan enthält die Ziele des*der Klient*in, eine Benennung der zu setzenden Aktionen, Leistungen, Interventionen sowie die Anführung der für die Aufgaben jeweils zuständigen Personen. Er wird verschriftlicht und ebnet den Weg zum Kontrakt über die Zusammenarbeit mit allen Beteiligten. Darüber hinaus wird verankert, worin die Aufgaben des*der Case Manager*in selbst bestehen sowie wann und in welcher Weise das Monitoring (Überprüfung) des Plans erfolgt. Der Hilfeplan wird allen beteiligten Akteur*innen übermittelt und dient als Grundlage sowohl für das Monitoring als auch für die Evaluation.

5.3.1 Vertiefende Information

Case Management ist ein Handlungskonzept, das Klient*innen in Multiproblemlagen beim Erreichen ihrer Ziele durch individuelle, lebensweltliche und professionelle Unterstützungspakete zur Seite stehen soll. Die Case Manager*innen und die Beteiligten im Case-Management-System verpflichten sich, an den Zielen der Klient*innen mitzuarbeiten. Insbesondere die Identifikation und Erarbeitung von Zielen lässt sich zeitlich kaum von der Assessmentphase abgrenzen.

Case Manager*innen orientieren sich beim Prozess der Zieleplanung an den Bedürfnissen und Fähigkeiten der Klient*in sowie an deren aktueller Lebenslage. Dabei wird zwischen einer statischen und einer flexiblen Zieleplanung unterschieden.

Case Manager*innen wissen um die Unterschiede zwischen Wunsch, Wille, Ziel und Auftrag, sind mit unterschiedlichen Strategien der Zielearbeit vertraut und kennen die verschiedenen Zieltypen. Sie setzen gezielt jene Techniken ein, die der Lebenslage der Klient*innen, deren Bedürfnissen und Problemen sowie Stärken und Ressourcen entsprechen. Dabei erhalten die Case Manager*innen jenen Gestaltungsspielraum, der notwendig ist, um Case Management nicht zu einem bis ins Detail standardisierten sozialtechnologischen Verfahren geraten zu lassen.

Ziele sind konkret und operationalisierbar zu formulieren. Als Orientierungshilfe sind die

aktuell gut untersuchten Wenn-dann-Formulierungen, aber auch SMARTe⁷⁵ Ausdrücke erste Wahl. Wenn es um die Beschreibung von innerem Erleben und Seinszuständen geht, bieten sich Techniken aus der Verhaltens- oder Hypnotherapie an, z.B. die von Storch entwickelten ‚Motto-Ziele‘.

statische Zielplanung	flexible Zielplanung
<ul style="list-style-type: none"> • gut strukturierte und motivierte Klient*innen • übersichtliche Lebenslage und Lebenssituation • Konsens im Vorgehen • klarer Auftrag • Erreichbarkeit der Ziele 	<ul style="list-style-type: none"> • instabile Befindlichkeit des*der Klient*in • Multiproblemlagen und wechselseitige Abhängigkeiten der Problemlagen • „erlernte“ Hilflosigkeit, eingeschränkte(s) Selbstwirksamkeit(erleben) • dynamische Veränderungen der Lebenslage und -situation • äußere Faktoren, die Zielerreichung erschweren • Zielplanung läuft parallel zu Unterstützungsprozess • fortlaufende Zielüberprüfung und -anpassung • vage Grundsatzziele zur Orientierung • laufende, kurzfristige Definition von Rahmenzielen • „Schritt für Schritt“

Tabelle 1: statische versus flexible Hilfeplanung⁷⁶

5.3.2 Sonstige Forderungen an die Ziel- und Hilfeplanung

Fallabhängig kann es zielführend sein, wenn im Zuge der Hilfeplanung auch ein Prozedere für Krisensituationen bereit liegt.

Für den Hilfeplan existiert in der Case-Management-Organisation eine Formularvorgabe, die fallübergreifende Vergleiche und Evaluationen vereinfacht.

Wird festgestellt, dass im Einzelfall notwendige Angebote bzw. Leistungen in der Region fehlen oder es an der Kooperationsbereitschaft von Anbieter*innen/Akteur*innen mangelt,

⁷⁵ SMART steht für spezifisch, messbar (überprüfbar), attraktiv, realisierbar, terminisiert.

⁷⁶ Siehe dazu Storch 2009, Meier / Storch 2013.

wird fallbezogen nach der zweitbesten Lösung gesucht. Angebotslücke und Kooperationsproblematik werden dokumentiert und an Entscheidungsträger*innen innerhalb und/oder außerhalb der Case-Management-Organisation kommuniziert.

5.3.3 Prozessorientierte Standards

- Ziele werden in einem kooperativen Prozess mit dem*der Klient*in und allenfalls mit Angehörigen seines*ihres sozialen Umfelds ermittelt.
- Sowohl die eingesetzten Techniken der Zielarbeit als auch die Zieleformulierungen orientieren sich an den Bedürfnissen, Problemen, Stärken und Ressourcen des*der Klient*in.
- Die Ziele werden priorisiert und Indikatoren für die Zielerreichung benannt.
- Der Hilfeplan wird von den fallbeteiligten Akteur*innen gemeinsam entwickelt und vereinbart. Der*Die Case Manager*in fördert aktiv die Kommunikation und Vernetzung zwischen allen am Fallgeschehen beteiligten Personen sowie Institutionen und stellt sicher, dass der Plan in einer dem Fall angemessenen Weise entwickelt wird. Er*Sie ist für die Koordination und/oder Organisation und Umsetzung einer Hilfeplankonferenz verantwortlich.
- Bei der Hilfeplanung wird Sorge dafür getragen, dass die Maßnahmen die Bedürfnisse, Stärken und Ressourcen des*der Klient*in berücksichtigen und dessen*deren Stärken und Ressourcen fördern. Die Aktionen sind in Hinblick auf die Zielerreichung zweckmäßig, wirksam, ressourcenschonend sowie von dem*der Klient*in gewünscht und die Umsetzung den informellen Helfer*innen zumutbar.
- Die Ergebnisse der Hilfeplanaushandlung werden im Plan schriftlich fixiert. Dieser enthält die Ziele des*der Klient*in, die vereinbarten Aufgaben/Maßnahmen/Interventionen und die jeweils dafür Verantwortlichen sowie Angaben zur zeitlichen Dimension der Umsetzung. Darüber hinaus werden Indikatoren der Zielerreichung festgeschrieben. Der Hilfeplan wird soweit möglich von allen Fallbeteiligten unterschrieben und gilt als verbindlicher Kontrakt.
- Die Kriterien für eine Beendigung einzelner Leistungen werden identifiziert.
- Der*Die Case Manager*in macht den Beteiligten deutlich, dass die Beendigung von

professionellen Hilfen einerseits Ziel ist / sein kann, dennoch aber eine kontinuierliche Zusammenarbeit dort, wo es notwendig ist, sichergestellt werden soll.

- Die Aufgaben des*der Case Manager*in während der Interventionsphase werden offengelegt, ausgehandelt und vereinbart.
- Der*Die Case Manager*in trägt Sorge dafür, dass Informations- und Kommunikationswege zwischen den Fallbeteiligten festgelegt werden.
- Gegebenenfalls wird ein Vorgehen im Fall von Krisen verankert.
- Der*Die Case Manager stellt sicher, dass Zeitpunkt und Modus der ersten Überprüfung und allfälligen Fortschreibung des Hilfeplans festgemacht werden.
- Einrichtungen, die in die Erstellung des Hilfeplans miteinzubeziehen sind, werden über die Grundzüge und Prinzipien des Case Managements sowie die Funktion der Case Manager*innen und deren Funktion als Kooperationspartner*innen aufgeklärt.

5.3.4 Ergebnisorientierte Standards

- Die Zielformulierungen bieten den Fallbeteiligten Orientierung für ihre jeweiligen Beiträge.
- Die Fallbeteiligten haben sich zur Unterstützung des*der Klient*in beim Erreichen seiner*ihrer Ziele verpflichtet.
- Die Maßnahmen zur Unterstützung der Zielerreichung zwischen dem*der Klient*in, den jeweils zuständigen informellen Helfer*innen und den verantwortlichen professionellen Helfer*innen sowie dem*der Case Manager*in sind verbindlich festgehalten.
- Der schriftliche Hilfeplan enthält zumindest Ziele und Aufgaben (Handlungen, Maßnahmen, Leistungen, Interventionen etc.), nennt die dafür verantwortlichen Personen, gibt Hinweise zu Beginn sowie zum geplanten Ende der Interventionen und führt Indikatoren der Zielerreichung an.
- Die Form der Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Akteur*innen wie auch Informations- und Kommunikationswege sind vereinbart und dokumentiert.
- Benötigte, jedoch aktuell nicht verfügbare Angebote sind aufgelistet.
- Falls notwendig und sinnvoll liegt ein mit den fallbeteiligten Akteur*innen verein-

barter Krisen(interventions)plan auf.

5.4 Intervention

Die Intervention (bzw. die Summe der Interventionen) sind Mittel zum Zweck. Der Zweck ist die möglichst vollständige Teilhabe des*der Klient*in am gesellschaftlichen Leben aus dem eigenen Vermögen heraus. In der Interventionsphase werden die im Ziel- und Hilfeplanungsprozess vereinbarten Ziele unter Beteiligung der ausgehandelten Hilfen verfolgt.

Kurzum: Unter ‚Intervention‘ wird die Umsetzung des Hilfeplans verstanden. Diese Phase ist zeitlich betrachtet die längste und in einem Social Work Case Management unverzichtbar. Dem*Der Case Manager*in kommen in der genannten Phase folgende Aufgaben zu:

- Implementierung des Hilfeplans
- Linking
- Koordination der interdisziplinären Teams
- Advocacy gegenüber professionellen Diensten
- Beratung und Unterstützung/ Social Support der Klient*innen und ihrer Angehörigen
- Moderation und Konfliktvermittlung

Der*Die Case Manager*in achtet in der ersten Zeit der Interventionsphase vor allem auf die Implementierung des Hilfeplans und stellt sicher, dass die vereinbarten Maßnahmen tatsächlich einsetzen. Insbesondere bei Übergängen⁷⁷ trägt er*sie Sorge für eine möglichst friktionsfreie Kontinuität der Unterstützung. Dazu steht der*die Case Manager*in in engem Austausch mit dem*der Klient*in und den anderen Helfer*innen.

Der*Die sozialarbeiterische Case Manager*in nimmt eine wesentliche Rolle bei der Förderung, Aufrechterhaltung und Stärkung von Kooperationspartner*innenschaften im Namen von Klient*innen ein.

Das bereits in der Planungsphase begonnene Errichten von Verbindungen zwischen dem*der Klient*in und professionellen Hilfen wird während der Interventionsphase fortgesetzt. Der*Die Case Manager*in stellt durch Kommunikation, Aushandlung und Advocacy sicher,

77 Bspw. wenn eine Patientin vom Krankenhaus in ambulante Versorgung entlassen wird; wenn ein Kind einer Pflegefamilie übergeben wird; wenn ein Klient von vollbetreutem Wohnen in teilbetreutes Wohnen überwechselt.

dass Klient*innen jene Leistungen in Anspruch nehmen und nutzen können, die sie für das Erreichen ihrer Ziele benötigen. Die Interventionen sind klient*innen- und fallangemessen zu wählen und reichen vom einfachen Nachfragen über Begleitung bei Terminen bis hin zu gemeinsamen Gesprächen mit Klient*in und professionellen Helfer*innen und/oder dem Abhalten von Helfer*innenkonferenzen.

Der*Die Social Work Case Manager*in setzt Schritte, die dazu beitragen, dass sich Klient*innen, lebensweltliche Helfer*innen sowie Professionist*innen unterschiedlicher Einrichtungen als Team verstehen, das gemeinsam das Erreichen der Ziele der Klient*innen vorantreibt. Er*Sie stellt diesem interdisziplinären Team eigene, von den Perspektiven, Werten und Interventionen der anderen Berufsgruppen unterscheidbare Beiträge zur Verfügung und tritt dafür ein, dass den Klient*innen und deren Perspektive eine zentrale Rolle in der Teamkommunikation, der Serviceplanung und -ausgestaltung bei den spezialisierten Diensten zukommt.

Stellt sich heraus, dass die professionellen Interventionen einer defizitorientierten Sichtweise folgen und die Stärken sowie Ressourcen der Klient*innen eben nicht fördern, so wird für die Perspektive des*der Klient*in geworben und erfolgt das beherzte Eintreten für eine stärken-, ressourcen- und zielorientierte Fallbearbeitung. Auch die Advocacy-Initiativen folgen dabei dem Prinzip, zunächst die gelindesten Interventionen zu setzen, nötigenfalls aber auch dem Beschwerdemanagement zu folgen oder gar auf Wunsch und in Absprache mit dem*der Klient*in eine Beendigung nicht wirksamer bzw. problemverstärkender Maßnahmen zu veranlassen.

Als Koordinator*in stellt der*die Case Manager*in unter Gewährleistung der Vertraulichkeit und im Auftrag der Klient*innen sicher, dass alle fallbeteiligten Akteur*innen laufend jene Informationen erhalten, die sie für eine zielführende Umsetzung ihrer spezifischen Aufgaben benötigen. Im Sinn einer akkordierten und zielorientierten Fallbearbeitung sorgt er*sie für angemessene Kommunikationswege und Foren der gemeinsamen Reflexion des Fallgeschehens sowie für die Abstimmung der weiteren Vorgehensweise. Dabei kommuniziert er*sie die Angelegenheiten der Klient*innen und deren An- und Zugehöriger bzw. des Klient*innensystems in einer respektvollen und sachlichen Art und Weise. Der*Die Case Manager*in hält sich an die getroffenen Vereinbarungen betreffend Diskretion und Datenschutz: Es wird so wenig wie möglich, aber so viel wie nötig an sensiblen klientischen Informationen weitergegeben. Es wird konsequent mit dem*der Klient*in besprochen und vereinbart, wer welche Daten in welchem Ausmaß benötigt, welche Informationen der*die Klient*in selbst weitergibt und was von dem*der Case Manager*in an wen kommuniziert werden muss und soll.

Klient*innen sowie Angehörigen des sozialen Umfelds steht der*die Case Manager*in als Berater*in zur Verfügung. In dieser Social-Support-Funktion unterstützt er*sie die Klient*innen bei der Inanspruchnahme der Hilfen, bei neu auftretenden Problemlagen sowie bei der Beziehungsgestaltung mit deren persönlichem Umfeld. Bei Bedarf kümmert er*sie sich um den Zugang / die Organisation von Unterstützungsleistungen für die informellen Helfer*innen.

Case Manager*innen koordinieren und organisieren anlassbezogene Helfer*innen-konferenzen und stellen eine ergebnisorientierte Moderation sicher. Je nach Fallkonstellation und den Rollen, die dem*der Case Manager*in im Prozess zukommen, moderiert er*sie die Konferenz selbst oder organisiert eine*n (externe*n) Moderator*in. Die Ergebnisse der Helfer*innenkonferenzen werden protokolliert, möglichst als Kontrakt vereinbart und allen Beteiligten übermittelt.

Helfer*innenkonferenzen finden nicht ohne Klient*in und möglichst unter Einbeziehung informeller Helfer*innen statt. Sollte es für Klient*innen aufgrund ihres Alters (Säuglinge, Kleinkinder) oder ihres aktuellen kognitiven Status (schwere Demenz) ausgeschlossen sein, an der (gesamten) Helfer*innenkonferenz teilzunehmen, so werden sie durch geeignete Stellvertreter*innen repräsentiert. Helfer*innenkonferenzen sind deutlich von Fallkonferenzen, in denen sich Professionist*innen über ihre Fragestellungen zu einem Fall und über ihre diesbezüglichen Herausforderungen austauschen, abzugrenzen.

Der*Die Case Manager*in bietet sich im Fall von Konflikten zwischen beteiligten Akteur*innen als Vermittler*in an. Er*Sie moderiert Aushandlungsgespräche im kleineren oder größeren Rahmen und gewährleistet dabei, dass die getroffenen Vereinbarungen die Bedürfnisse der Klient*innen abdecken und diese beim Erreichen ihrer Ziele unterstützen. In Konfliktfällen ist eine besondere Rollenklarheit vonseiten der Case Manager*innen geboten und es liegt an ihnen zu entscheiden, wie sehr ihre anwaltschaftliche Rolle der Einnahme einer allparteilichen Haltung entgegensteht. Je nachdem, was den Ergebnissen der Konfliktvermittlungskinterventionen am zuträglichsten scheint, delegieren Case Manager*innen eine ihrer Rollenaufgaben (so kann es hilfreich sein, wenn den Klient*innen eine Vertrauensperson als anwaltschaftliche Verstärkung an die Seite gestellt oder ein*e externe*r Mediator*in beigezogen wird).

5.4.1 Prozessorientierte Standards

- Dem*Der Klient*in wird der Zugang zu den benötigten Angeboten und Unterstützungen ermöglicht.
- Case Manager*innen beraten die Klient*innen bei der Inanspruchnahme von professionellen Angeboten.
- Der*Die Case Manager*in assistiert informellen Helfer*innen bei der Bewältigung ihrer Unterstützungsangebote.
- Beim Auftreten von Hilfeübergängen gewährleistet der*die Case Manager*in Versorgungskontinuität.
- Case Manager*innen stellen den Informationsfluss im Zusammenhang mit den Bedürfnissen, Interessen und Zielen des*der Klient*in sicher.
- Der*Die Case Manager*in tritt wann immer notwendig in seiner*ihrer anwaltschaftlichen Funktion auf. Case Manager*innen organisieren und koordinieren Helfer*innenkonferenzen sowie im Bedarfsfall Konfliktvermittlungsgespräche.
- Angebotslücken und Ressourcenmängel werden von den Beteiligten identifiziert, offengelegt, dokumentiert und einer weiteren Bearbeitung (in und durch die beteiligten Organisationen) zugänglich gemacht.

5.4.2 Ergebnisorientierte Standards

- Die benötigte Unterstützung wird bedürfnis-, stärken-, ressourcen- und zielorientiert erbracht.
- Die beteiligten Akteur*innen verfügen über solche Informationen, die sie für die Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen.
- Beteiligte erhalten jene Unterstützung, derer sie bedürfen, um ihre Aufgaben zu bewältigen.
- Die Kommunikation zwischen den Akteur*innen erlaubt inhaltlich und zeitlich abgestimmte Maßnahmen, die geeignet sind, die Stärken und Ressourcen des*der Klient*in zu fördern und ihn*sie bei der Erreichung seiner*ihrer Ziele zu unterstützen.

5.5 Monitoring

Das Monitoring ist Mittel zum Zweck. Zweck ist es sicherzustellen, dass die angebotenen Hilfen (Interventionen) den gewünschten (und vereinbarten) Ergebnissen dienlich sind. Weiters wird im Monitoring überprüft, ob der Hilfeplan und dessen Umsetzung im Metaziel aller sozialarbeiterischen Hilfe – Teilhabe des*der Klient*in am gesellschaftlichen Leben aus eigenem Vermögen heraus – angelangt ist. Darüber hinaus werden Abweichungen vom vereinbarten Hilfeplan zutage gefördert und allfällige Korrekturen am Hilfeplan (aus welchen Gründen immer) angeregt. Schlussendlich dienen die Monitoring-Tätigkeiten sowohl dem organisationalen Lernen wie auch der Verbesserung der Systemleistungen.

Das Monitoring erfolgt parallel zur Interventionsphase. Es dient der kontinuierlichen Prozessreflexion und soll das Lernen aller Beteiligten aus dem Fall befördern sowie Informationen für die Systemsteuerung liefern. Inhalte, Form und Konsequenzen des Monitorings werden allen Beteiligten gegenüber dargelegt.

Der Monitoring-Fokus ist auf vier Aspekte gerichtet:

1. Selbstsorge des*der Klient*in: Gefragt wird, inwieweit der*die Klient*in in der Lage ist, seine*ihre Bedürfnisse selbst zu befriedigen und seine*ihre Ziele aus Eigenem zu erreichen.
2. Beitrag der informellen Helfer*innen: Zum einen wird überprüft, ob die Hilfdienste zur Zielerreichung beitragen. Zum anderen wird bewertet, inwieweit das soziale Umfeld des*der Klient*in gestärkt wurde, sodass professionelle Hilfeleistungen reduziert oder beendet werden können.
3. Beitrag der professionellen Helfer*innen: Eingeschätzt und bewertet werden das Engagement, die Angemessenheit, die Qualität und das Ergebnis:⁷⁸
4. Beitrag der Case Manager*innen: Der*Die Case Manager*in holt laufend Feedback von den fallbeteiligten Akteur*innen ein. Er*Sie überprüft damit, ob und inwieweit er*sie ihre Aufgaben zur Zufriedenheit der Beteiligten erfüllt und inwiefern ihre*seine spezifischen Koordinationsleistungen noch vonnöten sind.

⁷⁸ Vgl. Moxley 1989:116; DGCC 2015:27.

Einschätzungskriterien für professionelle Hilfen	Fragestellungen
Engagement	Inwieweit unterstützen die Helfer*innen die Zielerreichung der Klient*innen? Inwieweit setzen sie Helfer*innen die geplanten und vereinbarten Interventionen um? Inwieweit kommen sie ihren Verantwortlichkeiten nach? Inwieweit halten sie sich an Vereinbarungen und Zeitpläne?
Angemessenheit	Sind der Hilfeplan und die darin enthaltenen Maßnahmen geeignet, den individuellen Bedürfnissen des*der Klient*in gerecht zu werden? Inwieweit wird auf die Interessen und Präferenzen des*der Klient*in Bedacht genommen? Werden die Angebote in inhaltlich und zeitlich ausreichendem Maß umgesetzt? Sind die Angebote für den*die Klient*in erreichbar bzw. werden nötigenfalls aufsuchende Hilfen gewährleistet?
Qualität	In welcher Qualität werden die Maßnahmen erbracht? Sind die Hilfeleister*innen für ihre Aufgaben hinreichend qualifiziert? Sind die Prinzipien des Social Work Case Managements gelebte Praxis in den Diensten? Werden die Hilfeleister*innen mittels qualitätssichernder Maßnahmen bei ihren Aufgaben unterstützt?
Ergebnisse	Sind der Hilfeplan bzw. einzelne Maßnahmen erfolgreich oder produzieren sie gar nachteilige Folgen für den*die Klient*in?

Tabelle 2: Bewertungskriterien im Monitoring

Darüber hinaus wird der Entwicklung des*der Klient*in und seiner*ihrer Lebenslage und -situation die gebotene Aufmerksamkeit geschenkt, sodass der Hilfeplan an etwaige Veränderungen der klientischen Bedürfnislage und Ziele angepasst werden kann.

Die Instrumente des Monitorings lassen sich fallspezifisch aus einer Palette zur Verfügung stehender standardisierter, teilstandardisierter und offener Verfahren wählen.⁷⁹

Monitoring-Tätigkeiten des*der Case Manager*in sollen eine Organisations- und Netzwerkstruktur vorantreiben, die ein effektives (nachhaltiges) und aufeinander abgestimmtes Unterstützungsangebot für Case-Management-Klient*innen gewährleistet. Nicht zuletzt sollen diese Monitoring-Tätigkeiten dazu beitragen, eine Organisations- und Netzwerkkultur zu fördern, die von Stärken- und Ressourcenorientierung geprägt ist und in der kooperatives Lernen im Dienst der Klient*innen den Vorrang vor Wettbewerb und Konkurrenz erhält.

Identifizierte Angebotslücken, unzureichende Angebote oder Angebote minderer Qualität werden dokumentiert und einer weiteren Bearbeitung zugänglich gemacht. Die Professionist*innen weisen klar auf die Grenzen ihres Angebots hin, wie z.B. auf fehlende Qualifikation des Personals, unzureichende Personalkapazität und damit einhergehende Rationierungsstrategien, unsichere Finanzierung etc. Die Auswirkungen dieser Ressourcenmängel auf das Fallgeschehen werden beobachtet, systematisch erhoben und an geeignete Entschei-

⁷⁹ Das Monitoring kann beispielsweise mittels telefonischer Nachfrage bei den Klient*innen und/oder den informellen sowie professionellen Helfer*innen erfolgen; darüber hinaus bieten sich Reflexionsgespräche mit dem*der Klient*in und/oder auch Helfer*innenkonferenzen an; selbst der Einsatz von Fragebögen mit Einschätzungsskalen u.Ä.m. ist anzudenken.

dungsträger*innen weitergeleitet. Es wird für eine solche Angebots- und Versorgungslandschaft in der Region geworben, die dem Wohlergehen der Bürger*innen zuträglich ist.⁸⁰

Die Ergebnisse des Monitorings werden in nachvollziehbarer Weise dokumentiert. Mit ihrer Verschriftlichung wird eine fallübergreifende Evaluation ermöglicht.

Bei Veränderungen der Bedürfnis- und Lebenslage sowie bei Mutation(en) der Ziele des*der Klient*in werden ein Reassessment sowie eine Anpassung des Hilfeplans veranlasst und organisiert. Je nach Grad dieser Veränderungen und der diesbezüglich eruierten Auswirkungen auf den bestehenden Hilfeplan werden einzelne Maßnahmen adaptiert, Hilfen beendet und/oder ergänzt oder der gesamte Hilfeplan verändert. Zugunsten von Effektivität kann es zielführend sein, eine Hilfeplankonferenz einzuberufen.

Werden einzelne Hilfen beendet, das Case Management jedoch fortgeführt, ist eine Evaluation der betreffenden Unterstützungsleistung in die Wege zu leiten. In diesem Kontext wird auf die unter ‚Evaluation‘ beschriebenen Standards verwiesen.

5.5.1 Prozessorientierte Standards

- Die vereinbarte Durchführung der Maßnahmen wird kontinuierlich reflektiert und überprüft.
- Die Beiträge aller beteiligten Akteur*innen werden einer Einschätzung und Überprüfung unterzogen.
- Die Sichtweisen aller am Fall beteiligten Akteur*innen werden erhoben.
- Einschätzungen und Beurteilungen der einzelnen Interventionen, Angebote und des Case-Management-Prozesses vonseiten des*der Klient*in genießen Vorrang vor den Einschätzungen der professionellen Anbieter*innen.
- Im Fall relevanter Veränderungen der Situation des*der Klient*in erfolgen ein

*80 Wir folgen dabei Peter F. Drucker und seiner Forderung an Manager*innen und Organisationen, sich wie eine ‚gute Nachbarin‘ zu verhalten. Denn, so der Verfasser, weder Rentabilität, noch Gewinnmaximierung seien Zweck der Unternehmenstätigkeit. Der Zweck müsse seines Erachtens außerhalb des eigenen Unternehmens und in der Gesellschaft liegen, da jedes Unternehmen Organ der Gesellschaft sei (vgl. Drucker 2007:35f). Der Autor argumentiert weiter, dass Organisationen (und ihr Management) gehalten sind, für dieses Gemeinwesen Leistungen zu erbringen, die mehr darstellen als lediglich die Kompensation für den Verbrauch von Ressourcen, für das Binden von Arbeitskräften oder für die Verschmutzung der Natur (vgl. Drucker 2007:73). „Ein gesundes Unternehmen, eine gesunde Universität oder ein gesundes Krankenhaus können nicht in einer kranken Gesellschaft existieren. Eine gesunde Gesellschaft liegt somit im Eigeninteresse der Unternehmensführung, selbst wenn diese nichts mit den Ursachen der gesellschaftlichen Krankheit zu tun hat“ (Drucker 2007:74).*

Reassessment und eine Anpassung des Hilfeplans.

- Beendete Hilfen werden evaluiert.
- Die Monitoring-Aktivitäten und deren Ergebnisse werden dokumentiert.

5.5.2 Ergebnisorientierte Standards

- Eine dem Fall angemessene Monitoring-Strategie ist entwickelt.
- Der Fallverlauf wird beobachtet und bewertet.
- Es liegen ausreichende Informationen vor, um die Fallsteuerung zu gewährleisten.
- Die Ergebnisse des Monitorings ermöglichen ein Lernen aus dem Fall.
- Resultate des Monitorings können als relevante Informationen für die Systemsteuerung dienen (z.B. indem Angebotsschwächen und -lücken offengelegt werden).

5.6 Evaluation und Beendigung

Die Evaluation im Case Management ist ein Mittel zum Zweck. Der Zweck ist das Lernen aller unmittelbar und mittelbar beteiligten Personen und Systeme aus der gemeinsamen Arbeit am Fall. Das Lerninteresse dieser Beteiligten tritt unterschiedlich zutage. Personen trachten möglicherweise danach, ihre konkreten Handlungen zu reflektieren, um daraus gewonnene Erfahrungen anschließend in Handlungswissen umzusetzen. Organisationen und politische Institutionen vermögen hingegen aus dem Succus der Erfahrungen Hinweise und Maßnahmen für ihre jeweiligen Steuerungszwecke abzuleiten.

Evaluation bezeichnet die abschließende Bewertung des Fallverlaufs bei Beendigung des Case-Management-Prozesses. In dieser Phase erfolgen eine zusammenfassende Beurteilung der Qualität und Ergebnisse der erbrachten Leistungen sowie eine Einschätzung der aktuellen Lebenslage und -situation des*der Klient*in.

Die Beurteilung der Praxis verfolgt den Zweck, herauszufinden, ob die erbrachten Leistungen die Klient*innen beim Erreichen ihrer Ziele angemessen, effektiv und zeitgerecht vorangetrieben haben. Erkenntnisse der Evaluation sollen einem Lernprozess aus dem spezifischen Fallverlauf für zukünftige Fallbearbeitungen den Weg ebnen. Darüber hinaus lassen sich diese Ergebnisse für die Einschätzung des Personalbedarfs, die Leistungsüberprüfung,

die Entwicklung und Anpassung von Praxisstandards, das Risikomanagement, die Überprüfung der Auslastung sowie für Forschungsbemühungen nutzen. Ebenso bieten sie wertvolle Hinweise darauf, an welchen Stellen es struktureller Nachjustierungen der Schnittstellen, der Angebotslandschaft, des Versorgungssystems und der Qualität der Leistungen des (regionalen) Sozial- und Gesundheitssystems bedarf.

Die Sichtweise des*der Klient*in wird auch in der Evaluation vorrangig behandelt: Im Rahmen eines Reassessments werden Lebenslage, Bedürfnisse, Stärken und Ressourcen des*der Klient*in in einer dem ersten Assessment vergleichbaren Weise erhoben und gemeinsam mit dem*der Klient*in einer Einschätzung zugeführt.

Reflektierende Gespräche ermutigen den*die Klient*in dazu, den Hilfeplan im Gesamten sowie die einzelnen Unterstützungsmaßnahmen und deren Beitrag zur Erreichung klientischer Ziele zu beurteilen. Die Zufriedenheit des*der Klient*in mit den in Anspruch genommenen professionellen Angeboten wird evaluiert; daran anknüpfend erhält er*sie die Einladung, in der Rolle des*der Berater*in Empfehlungen an die Professionist*innen für die künftige Ausgestaltung der Hilfen auszusprechen.

Die Sichtweise der informellen Helfer*innen über die Entwicklung der Lebenssituation des*der Klient*in, über die errungenen Ziele und den Beitrag der professionellen Helfer*innen wird in einer den Fähigkeiten und Lebenslagen der informellen Helfer*innen angemessenen Weise erhoben.

Gleichermaßen werden die Beiträge der professionell Hilfeleistenden zum Erfolg der gemeinsamen Arbeit evaluiert. Basis dafür bilden die Monitoring-Ergebnisse, die fortlaufende Falldokumentation, die Einschätzungen des*der Klient*in und seiner*ihrer informellen Helfer*innen sowie die Beurteilung der professionellen Helfer*innen selbst.

Sämtliche Bewertungen der informellen sowie der professionellen Helfer*innen werden vor den Klient*innen ausgerollt.

Gegebenenfalls findet eine Reflexion und Beurteilung des Fallverlaufs in einer Evaluationskonferenz statt, an der alle fallbeteiligten Akteur*innen teilnehmen. Die Erkenntnisse der Konferenz werden protokolliert und den Beteiligten übermittelt.

Es wird sichergestellt, dass der*die Klient*in auch die Rollen und Aufgaben des*der Case Manager*in kritisch betrachtet. In diesem Zusammenhang wird abgefragt, inwiefern die Tätigkeiten des*der Case Manager*in einen Beitrag beim Erreichen der Ziele und bei der Förderung der klientischen Stärken und Ressourcen geleistet haben. Empfehlungen an

den*die Case Manager*in werden eingeholt. Je nach Beziehung zwischen Klient*in und Case Manager*in erfolgt diese Evaluation im Zuge eines gemeinsamen Reflexionsgesprächs oder mittels einer Befragung durch externe Personen. Fragebogen ersetzen eine solche persönliche Erhebung nur im Fall einer hohen Chance, dass sie aussagekräftige Erkenntnisse im Sinn des (organisationalen) Lernens zutage fördern.

Die inhaltlichen Fragestellungen der Evaluation orientieren sich an den unter ‚Monitoring‘ beschriebenen Fragen. Hinzu kommen beispielsweise die Angabe einer differenzierten Beurteilung des Zielerreichungsgrads, eine Einschätzung der Relevanz der gesetzten Maßnahmen für die Zielerreichung sowie eine Gesamtschau auf den Hilfeplan, dessen Wechselwirkungen und eine Bewertung desselben. Des Weiteren wird abgefragt, ob womöglich nicht geplante Ziele erreicht wurden und inwiefern die gesetzten Maßnahmen zur Förderung der Stärken und Ressourcen des*der Klient*in sowie zur Erhöhung seiner*ihrer Lebensqualität beigetragen haben.

Der*Die Klient*in wird darum ersucht, etwa sechs Monate nach Beendigung der Zusammenarbeit für ein Nachgespräch zur Überprüfung der Nachhaltigkeit des Case Managements zur Verfügung zu stehen.

Die Instrumente der Evaluation sind zum einen den Fallanforderungen angepasst und zum anderen so weit standardisiert, dass sie sich als Grundlage für fallübergreifende Beurteilungen eignen. Case Manager*innen sind in den Methoden der sozialwissenschaftlichen Datenerhebung und -auswertung versiert, sodass sie eine Fallevaluation unter Verwendung der von der Case-Management-Organisation bereitgestellten Instrumente eigenständig umzusetzen vermögen.

Grundsätzlich gilt, dass dem Case-Management-Prozess so viel Zeit zur Verfügung gestellt wird, wie für eine angemessene Fallbearbeitung benötigt wird. In dieses Zeitkontingent werden auch all jene Aufwände einbezogen, die sich für die Organisation der notwendigen Unterstützung (durch Dritte) ergeben. Die programmatische Befristung von Case-Management-Prozessen widerspricht den Prinzipien und Standards eines klient*innenorientierten Case Managements. Sie ist allen Beteiligten als Mittel der Restriktion bewusst zu machen und dient als Anlass für Lobbyarbeit auf Strukturebene – dies deswegen, weil Case Management als Reaktion auf Diskontinuitäten und Fragmentierungen im Sozial- und Gesundheitswesen entwickelt wurde.

Die Beendigung des Case Managements wird so weit wie möglich gemeinsam mit dem*der Klient*in beschlossen und vorbereitet. Zu unterscheiden ist zum einen das Vorgehen bei

geplanter Beendigung, zum anderen bei inhaltlich begründetem Ende und letztlich bei (ungeplanten) Abbrüchen.

Unterschiedliche Anlässe besiegeln das planmäßige Ende des Case Managements:

- Die Ziele des*der Klient*in sind erreicht und seine*ihre Stärken und Ressourcen sind in einem Ausmaß ausgebaut, das weitere professionelle Hilfe erübrigt.
- Teilziele des*der Klient*in sind erreicht, seine*ihre Stärken und Ressourcen sind in einer Ausprägung verfügbar, die eine deutliche Reduktion professioneller Hilfen erlaubt, sodass kein weiterer Bedarf an der Koordination der Hilfen durch eine*n Case Manager*in besteht.
- Der*Die Klient*in und seine*ihre Angehörigen befinden sich in der Lage, die notwendigen Hilfen selbst zu organisieren und soweit zu koordinieren, dass die Kontinuität der Unterstützung gewährleistet wird. Es besteht kein Bedarf mehr an den spezifischen Leistungen des*der Case Manager*in.

Spezialisierte Hilfen wie auch der Case-Management-Prozess können selbst zu einem Zeitpunkt eingestellt werden, an dem die Ziele noch nicht oder nicht zur Gänze erreicht wurden. Da sich Ziele von Aufträgen abgrenzen, gibt sich der Hilfebedarf nicht unmittelbar an das Ziel gekoppelt. Das Kriterium für die Beendigung der Hilfe besteht darin, dass der*die Klient*in keine professionelle Unterstützung mehr bei der Erreichung seiner*ihrer Ziele benötigt oder dass er*sie diese Ziele aus Eigenem und/oder mit Unterstützung der informellen Helfer*innen zu erreichen imstande ist. Der*Die Case Manager*in ist angehalten, diese Frage laufend zu stellen, um der Entwicklung von Abhängigkeit vonseiten der Klient*innen vorzubeugen. Weiters soll das Festhalten an Hilfeleistungen aus Eigeninteresse (etwa aufgrund der entsprechenden Finanzierungslogiken) der Organisationen oder aufgrund eines patriarchal-versorgenden Betreuungsstils verhindert werden.

Die Gestaltung des Abschlusses wird maßgeblich von der Qualität der Beziehung zwischen Case Manager*in und Klient*in beeinflusst. Es werden Abschiedsrituale verwirklicht, die der Beziehung sowie dem persönlichen Stil beider Parteien Rechnung tragen. Schlussendlich wird die Arbeitsbeziehung gelöst (Entpflichtung) und erfolgt die Aushändigung relevanter Unterlagen (z.B. Abschlussberichte, Bestätigungen, Ergebnisse des Reassessments und/oder der Evaluation etc.) an das Gegenüber. Der*Die Klient*in wird über den weiteren Umgang mit den erhobenen Daten unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen (Anonymisierung, anonymisierte Verwertung oder Vernichtung der Datensätze) aufgeklärt. Es wird

besprochen und vereinbart, in welchen Situationen und unter welchen Bedingungen eine Wiederaufnahme des*der Klient*in in das Case Management erfolgen kann.

Eine inhaltlich begründete, möglicherweise aber ungeplante Beendigung des Case Managements ergibt sich beispielsweise durch folgende Anlässe:

- Der*Die Klient*in übersiedelt in eine Region außerhalb des Aktionsradius des*der jeweiligen Case Manager*in. In diesem Fall sorgt der*die Case Manager*in bei weiterbestehendem Unterstützungs- und Case-Management-Bedarf in Abstimmung mit dem*der Klient*in für eine möglichst friktionsfreie Übergabe an die regional zuständigen Dienste.
- Der*Die Klient*in wird inhaftiert und aufgrund gesetzlicher Regelungen ist es dem*der Case Manager*in verunmöglicht, die begonnene Tätigkeit weiterzuführen. In diesem Fall wird – soweit es die Situation erlaubt – dafür Sorge getragen, dass der Soziale Dienst der Justizanstalt jene Informationen erhält, die für eine Fortsetzung der Unterstützung notwendig sind. Nach Möglichkeit wird eine Fortführung der Zusammenarbeit mit dem*der Case Manager*in nach Beendigung der Haft angeboten.
- Der*Die Klient*in ist verstorben. In diesem Fall unterstützt der*die Case Manager*in die Hinterbliebenen bei der Bewältigung der in Zusammenhang mit einem Sterbefall anstehenden Aufgaben und ist so lange Ansprechperson, wie dies für die Angehörigen erforderlich ist.

Abbrüche sind im Case Management möglichst zu vermeiden. Sie bieten jedenfalls Hinweise auf misslungene Unterstützungsversuche und werden als Einladung zur Reflexion und zum Lernen aus dem Fall aufgefasst. Wenn Klient*innen die Zusammenarbeit trotz entsprechender Bemühungen um Konfliktlösung und um Beziehungskontinuität abbrechen, findet eine retrospektive Fallbesprechung⁸¹ statt. Ziel dieses Vorgehens ist, Anhaltspunkte für mögliche Lernfelder des*der Case Manager*in zu erhalten. Ebenso können Indikatoren für eventuelle Verbesserungen der Kooperation zwischen den beteiligten Organisationen und Professionist*innen und/oder Anregungen für eine Anpassung der (und an die) strukturellen Rahmenbedingungen gewonnen werden.

Aus Basis sämtlicher Informationen erstellt der*die Case Manager*in in allen Fällen einen standardisierten und anonymisierten fallbezogenen Evaluationsbericht, der eine Beurteilung der Effektivität des Case Managements und des Hilfeplans enthält. Dieser Bericht wird

⁸¹ Vgl. Monzer 2013b:295.

von den dafür Verantwortlichen in der Case-Management-Organisation für die Planung qualitätssichernder Maßnahmen, für die Angebotsentwicklung und für fallübergreifende Anhaltspunkte für externe Entscheidungsträger*innen des Sozial- und Gesundheitswesens herangezogen.

5.6.1 Prozessorientierte Standards

- Die Entscheidung über die Beendigung des Case Managements wird gemeinsam mit dem*der Klient*in getroffen.
- Die Fälle werden nach einheitlichen Kriterien evaluiert.
- Der*Die Case Manager*in beurteilt gemeinsam mit dem*der Klient*in, den informellen Helfer*innen sowie den professionellen Helfer*innen die Erreichung der Ziele, die Gewichtung der Einzelschritte auf dem Weg dorthin, die Wirkung der Interventionen auf die Stärken und Ressourcen des*der Klient*in sowie auf seine*ihre Lebensqualität.
- Die Wechselwirkungen zwischen den gesetzten Maßnahmen und die Effektivität des Hilfeplans als Gesamtes werden evaluiert.
- Die Zufriedenheit des*der Klient*in mit den angewandten Methoden wird erhoben und Empfehlungen vonseiten des*der Klient*in an die beteiligten Dienste werden erfragt.
- Es erfolgt eine kritische Beurteilung der vonseiten des*der Case Manager*in initiierten Aktivitäten durch alle fallbeteiligten Akteur*innen.
- Bei einem Wechsel der Zuständigkeit des*der Case Manager*in wird der Übergang organisiert und begleitet.
- Fallabbrüche sind als Lernmöglichkeit zu interpretieren.
- Es erfolgt eine angekündigte Nachbefragung des*der Klient*in nach Abschluss des Case Managements durch den*die Case Manager*in (oder andere Vertreter*innen der Organisation).
- Die Zusammenarbeit zwischen Klient*in und Case Manager*in wird ausdrücklich beendet.
- Es wird besprochen und vereinbart, unter welchen Bedingungen eine Wiederaufnahme in das Case Management erfolgen kann.

5.6.2 Ergebnisorientierte Standards

- Die erreichten Ziele sind einer Überprüfung unterzogen.
- Lebenslage, Lebenssituation, Bedürfnisse, Stärken und Ressourcen des*der Klient*in zum Zeitpunkt der Beendigung des Case Managements sind erhoben und dokumentiert.
- Die Ergebnisse und Qualitäten der einzelnen Maßnahmen sind bewertet.
- Die Wirkung des Hilfeplans ist einer Beurteilung zugeführt.
- Die Leistungen des*der Case Manager*in sind evaluiert.
- Es liegt ein schriftlicher fallbezogener Evaluationsbericht vor.

6. Standards auf Ebene der Case-Management-Organisation

Standards auf Ebene der Case-Management-Organisation sind ein Mittel zum Zweck. Sie unterstützen Unternehmen dabei, sich fachlich und fachgerecht als Case-Management-Organisation am Markt und unter den Mitbewerber*innen zu positionieren. Die Standards stehen der jeweiligen Einrichtung gegenüber ihren Auftraggeber*innen zur Argumentation ihrer organisationalen Vorgehensweise helfend zur Seite. Vorliegende Standards sollen auch Klient*innen, An- und Zugehörigen der Klient*innen, Kund*innen, Nachbar*innen und Auftraggeber*innen bei ihrer Einschätzung unterstützen, ob die damit geprüfte Organisation eine Case-Management-Organisation ist.

Ein Case-Management-Unternehmen wird daher seine Aufbau- und Ablauforganisation so ausgestalten, dass sie sowohl den Anforderungen an einen „guten Nachbarn“⁸² als auch den Ansprüchen vonseiten der Profession genügt. Die nachfolgenden Standards unterstützen die Entscheidungsträger*innen und Expert*innen in diesen Organisationen beim Abgleich der fachlichen Anforderungen mit ihren jeweiligen Gestaltungsmöglichkeiten.

Case Management verkörpert ein Handlungskonzept, das spezifische Anforderungen an die erbringende Einrichtung stellt. Die Case-Management-Organisation ist gefordert, Rahmenbedingungen zu gewährleisten, die den Case Manager*innen die Einhaltung jener fachlichen Standards erlauben, die zur Ausübung ihrer Tätigkeit erforderlich sind. Gleichfalls sollen solche Standards entwickelt und eingehalten werden, die organisationales Lernen befördern. Die Implementierung von Case Management geht einher mit einer Organisations- und Netzwerkentwicklung.⁸³ Dieses Vorgehen ist als kontinuierlicher Prozess anzulegen.

Mit ihren fallübergreifenden und fallunspezifischen Aktivitäten trägt die Case-Management-Organisation dazu bei, die Vision des Case Managements – professionelle Hilfen und Strukturen des Sozial- und Gesundheitswesens an die Logiken der Fälle anzupassen – gelebte Praxis werden zu lassen. Dazu übernimmt sie Verantwortung für die Gestaltung sozialräumlicher und/oder institutioneller Netzwerke sowie die Anbindung an die Strukturebene des Sozial- und Gesundheitswesens. Dort, wo Care-Management-Strukturen etabliert sind, liefert sie jene Daten und Informationen, die für kontinuierliche Verbesserungsprozesse notwendig

⁸² Vgl. Drucker, 2007:73ff

⁸³ Zur Implementierung von Case Management siehe auch Ehlers / Müller 2013; Gissel-Palkovich 2006; Kleve 2014; Monzer 2013a.

sind. Wo hingegen (noch) keine entsprechenden Strukturen vorhanden sind und/oder der politische Wille fehlt, übermittelt sie ihre Erkenntnisse, Erfahrungen und Empfehlungen an geeignete Stellen. Wenn Care-Management-Programme oder Strukturen des Sozial- und Gesundheitswesens den Prinzipien des Social Work Case Managements widersprechen, benennt und problematisiert sie dies. Dazu nutzt sie nötigenfalls (fachliche) Allianzen und die Kooperation mit Lobbynetzwerken. Die Case-Management-Organisation beteiligt sich am fachlichen Diskurs und trägt zur Weiterentwicklung des Case Managements bei.

In weiterer Folge werden Standards definiert, die vonseiten der Case-Management-Organisation zu beachten sind. An dieser Stelle können lediglich Vorgaben der Strukturqualität beschrieben werden. Zur Entwicklung von (Teil-)Prozessen wird darüber hinaus auf oben ausgeführte Standards auf Fallebene verwiesen.

6.1 Schlüsselprozesse

Neben der Sicherstellung der Einhaltung oben ausgeführter Prinzipien und Standards auf Fallebene werden in den Prozessen der Fallbearbeitung folgende Richtlinien befolgt:

- Die Case-Management-Organisation verfügt über ein verbindliches Konzept/Organisationshandbuch, in dem die Vorgehensweise im Case Management sowie die handlungsleitenden Prinzipien definiert werden.
- Es wird festgehalten, was die Organisation unter ‚Multiproblemlagen‘ versteht. Kriterien für die Aufnahme ins Case Management sind fixiert. Case Management wird dabei jenen Personen zur Verfügung gestellt, deren aktuelle Lage die Anwendung dieses spezifischen Handlungskonzepts erforderlich macht. Innerhalb der Einrichtung herrscht Bewusstsein darüber, dass es sich bei Case Management um ein Verfahren für besondere Fälle handelt.⁸⁴
- Die Case-Management-Organisation stellt den barrierefreien und zielgruppengerechten Zugang zu ihren Leistungen sicher.

⁸⁴ Schätzungen aus der Praxis gehen von 3 bis max. 10 % Case-Management-Fällen von allen Fällen in der Sozialen Arbeit aus.

- Die Ablehnung des Case-Management-Angebots durch den*die Klient*in zieht keine Sanktionen oder Benachteiligungen durch die Case-Management-Organisation nach sich.
- Die Case-Management-Organisation definiert, welche Ziele mit dem Case Management fallübergreifend und fallunspezifisch erreicht werden sollen, und unterzieht den Grad der Zielerreichung einer regelmäßigen Bewertung.
- Arbeitsinstrumente für alle Prozessphasen sowie die für ihre effiziente Handhabung notwendigen EDV-Programme werden bereitgestellt und erfahrungsbasiert in der praktischen Anwendung weiterentwickelt.
- Sämtliche Case-Management-relevanten Dokumente (Formulare, Arbeitshilfen, Vorlagen, Checklisten etc.) werden im Sinn des Qualitätsmanagements ‚gelenkt‘. Es wird sichergestellt, dass die Case Manager*innen die jeweils gültigen Dokumentversionen verwenden.
- Die Dokumentation erfolgt in einer nachvollziehbaren Art. Mindestanforderungen an die Verlaufsdocumentation bestehen in Angaben zu Datum, Ort und Dauer der Interventionen, zu Art und Inhalt der gesetzten Maßnahmen sowie zu getroffenen Vereinbarungen. Dabei wird sichergestellt, dass in der Falldokumentation konsequent zwischen Daten/Fakten, Beobachtungen und Interpretationen unterschieden wird. Den Case Manager*innen werden solche Hilfsmittel zur Verfügung gestellt, die eine effiziente und effektive Dokumentation erlauben (wie z.B. datenbankbasierte Dokumentationssysteme).
- Die Dokumentation und Verwendung klient*innenbezogener Daten erfolgt gemäß den geltenden gesetzlichen Bestimmungen.
- Die Case-Management-Organisation stellt sicher, dass die für Soziale Arbeit und Case Management geltenden Ethikstandards allen Mitarbeiter*innen bekannt sind und von diesen eingehalten werden. Das Unternehmen stellt Foren zur Verfügung, die einer Auseinandersetzung der Case Manager*innen sowie der fallbeteiligten Akteur*innen mit Spannungsfeldern und ethischen Fragestellungen zugutekommen.
- Das Beschwerdemanagement steht sämtlichen fallbeteiligten Akteur*innen offen und gewährt einen niedrigschwelligen Zugang.

- Der Umgang mit Fehlern wird geregelt und befördert eine Lernkultur. Notwendige Korrekturen werden vorgenommen und Vorbeugemaßnahmen abgeleitet sowie umgesetzt.
- Die Handhabung sog. Katastrophenfälle und Beinahezwischenfälle wird geregelt. Diese Fälle werden kritisch und differenziert evaluiert, die Ergebnisse der Analyse werden zur Verbesserung der Fallarbeit und/oder anderer organisationaler Prozesse und Strukturen genutzt.
- Erfolgreiche Fallverläufe werden in Hinblick auf förderliche und begünstigende Faktoren analysiert und für die Verbesserung und Weiterentwicklung des Case Managements herangezogen.

6.2 Unterstützungsprozesse

Die Unterstützungsprozesse sind an die Anforderungen des Schlüsselverfahrens ‚Case Management‘ angepasst. Bestehende (Detail-)Prozesse und Organisationsstrukturen werden regelmäßig überprüft. Insbesondere wird hinterfragt, ob sie eine effektive und effiziente Tätigkeit des*der Case Manager*in katalysieren.

6.2.1 Implementierung von Case Management

- Bei der Implementierung des Case Managements wird die größtmögliche Beteiligung der Stakeholder*innen gewährleistet.
- Die Organisation stellt sicher, dass nur solche Mitarbeiter*innen als Case Manager*innen eingesetzt werden, die über die dafür notwendigen Qualifikationen⁸⁵ und Kompetenzen verfügen.
- Die Organisation stellt sicher, dass potenziell am Case Management beteiligte Mitarbeiter*innen (die selbst keine Case Manager*innen sind) über die Prinzipien des Case Managements und Case Management als Handlungskonzept adäquat eingeschult werden.

⁸⁵ Zu den Qualifikationsrichtlinien der Fachgesellschaften siehe ÖGCC 2017 sowie DGCC 2015.

- Der Grad der Implementierung des Case Managements wird regelmäßig überprüft und Maßnahmen zur vollständigen Implementierung des Case Managements auf Fall- und Systemebene werden abgeleitet und umgesetzt.

6.2.2 Partizipation

- Klient*innen werden dazu ermutigt, an der Ausgestaltung der Angebote der Organisation auf Basis eigener Expertise und Erfahrungen mitzuwirken.
- Es werden niederschwellige Strukturen und Prozesse etabliert, die der Beteiligung der Klient*innen an der (Weiter-)Entwicklung der Organisation zugutekommen.
- Selbstvertretungen der Klient*innen werden mittels Bereitstellen von Betriebsmitteln der Einrichtung (z.B. Räume, Infrastruktur) in ihrem Wirken flankiert.
- Selbstvertretungsorganisationen werden auf ihren Wunsch hin mit weiteren Ressourcen der Organisation (z.B. Netzwerkkontakte, Wissen) versorgt.

6.2.3 Personalmanagement und -entwicklung

- Die Organisation verfügt über Prozesse des Personalmanagements und der Personalentwicklung: Sie definiert, über welche Qualifikationen und Kompetenzen Case Manager*innen verfügen müssen und wie diese Fertigkeiten bei der Personalauswahl überprüft werden. Die Einrichtung führt die Einschulung neuer Mitarbeiter*innen durch und unterstützt die Kompetenzerweiterung ihrer Case Manager*innen durch geeignete Formen des Lernens. Die Case Manager*innen melden Aus- und Fortbildungsbedarfe an die für Personalentwicklung zuständigen Personen und/oder Abteilungen.
- Fachliches Wissen wird einer laufenden Aktualisierung unterzogen.
- Die Stellenbeschreibung bzw. Funktion der Case Manager*innen wird so gestaltet, dass diese über größtmöglichen Gestaltungs- und Entscheidungsspielraum in ihren fallbezogenen Aufgaben verfügen.
- Die maximale Fallbelastung der Case Manager*innen ist vorgegeben. Ein*e vollzeitbeschäftigte*r Case Manager*in, der*die ausschließlich mit Case Management befasst ist, ist für maximal 25 Klient*innen(systeme) zuständig. Je nach Fallintensität wird

die individuelle Fallbelastung reduziert. Dasselbe gilt, wenn Case Manager*innen mit anderen Formen der Fallarbeit beschäftigt sind oder für andere organisationale Aufgaben eingesetzt werden.⁸⁶

6.2.4 Wissensmanagement und Lernen

- Information und Wissen für Mitarbeiter*innen, die in das Case Management involviert sind, werden in leicht verfügbarer und erweiterbarer Weise aufbereitet und zur Verfügung gestellt.
- Das Informations- und Wissensmanagement beschränkt sich nicht auf rein technische Strategien. Der Nutzen des persönlichen fachlichen Austauschs wird erkannt.
- Qualitätssichernde Maßnahmen unterstützen die laufende Reflexion und das Lernen der Case Manager*innen sowie der Gesamtorganisation.
- Es wird sichergestellt, dass die Erkenntnisse aus der Fallarbeit allen Case Manager*innen zugänglich gemacht werden.
- Die Case-Management-Organisation nimmt an fallübergreifenden Evaluationsprojekten teil. Im Rahmen ihrer Möglichkeiten führt sie fallübergreifende Selbstevaluationen durch und führt dabei ihre Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität einer eingehenden Betrachtung zu.
- Die Case-Management-Organisation beteiligt sich an fachlichen Netzwerken und trägt mit ihren Erfahrungen dazu bei, Case Management als Verfahren weiterzuentwickeln.
- Versorgungslücken, Überversorgung und Qualitätsmängel im Sinn von Ineffizienz und/oder Ineffektivität werden fallübergreifend aufgedeckt und mit den relevanten Stellen der Strukturebene erörtert.
- Bedarfe der Zielgruppe, die aus der Fallarbeit abgeleitet werden, werden den relevanten Stellen der Strukturebenen zur Kenntnis gebracht.

86 Bei einer 50:50-Unterteilung der Arbeitszeit in Case Management und telefonische Beratung/Erstauskunft sind dies bspw. 12 Case-Management-Fälle und so viele Fälle, wie in der verbleibenden Zeit am Telefon gut bearbeitet werden können.

- Im Sinn der anwaltschaftlichen Vertretung der Zielgruppe wird Lobbyarbeit geleistet.
- Die Case-Management-Organisation trägt zur Weiterentwicklung des Berufsstands bei: Sie berät Ausbildungs- und Fortbildungsträger*innen sowie Fachgesellschaften beim Ausbau ihrer Angebote, Curricula und Standards. Sie bietet Auszubildenden Möglichkeiten an, aus der Case-Management-Praxis zu lernen (z.B. Praktika, Mentoring, Hospitationen, Job-Shadowing⁸⁷ etc.).
- Die Prinzipien des Social Work Case Managements sind in der Fallarbeit handlungsleitend, werden von allen Organisationsmitgliedern ‚gelebt‘ und färben die Organisationskultur.
- Foren für die Beteiligung der Klient*innen an der Strategieentwicklung und Angebotsgestaltung sind etabliert. Die Klient*innen werden dazu eingeladen und aktiv ermutigt, an der Organisationsentwicklung mitzuwirken. Rückmeldungen und Beiträge der Klient*innen werden wertgeschätzt und fließen in die Strategieentwicklung und Angebotsgestaltung ein. Es wird den Klient*innen (jenen, die als Berater*innen für die Organisation auftreten, wie auch allen anderen) transparent aufgezeigt, wie mit ihren Beiträgen in weiterer Folge verfahren wird.

6.2.5 Institutionelle Netzwerkarbeit

- Zuständigkeiten für die sozialräumliche und/oder institutionelle, fallübergreifende und fallunabhängige Netzwerkarbeit sind geklärt. Den zuständigen Personen werden ausreichend Ressourcen zur Verfügung gestellt, um Netzwerke zu analysieren, aufzubauen, zu pflegen und/oder zu koordinieren.
- Die Organisation sorgt dafür, dass die für die sozialräumliche und/oder institutionelle Netzwerkarbeit zuständigen Mitarbeiter*innen über die dazu notwendigen Kompetenzen verfügen. Die Einrichtung unterstützt die Verantwortlichen in ihrer Weiterentwicklung durch geeignete Formen des Lernens.

87 Job-Shadowing versteht sich als Hospitation am Arbeitsplatz, bei der eine Person eine andere wie ein ‚Schatten‘ begleitet und bei ihren (typischen) Arbeitsaufgaben beobachtet.

- Es wird gewährleistet, dass die Netzwerkarbeit zur Verbesserung der institutionellen und sozialräumlichen Fallarbeit beiträgt. Kooperationsvereinbarungen, Schnittstelleninstrumente und Foren des Lernens werden etabliert und institutionell abgesichert.

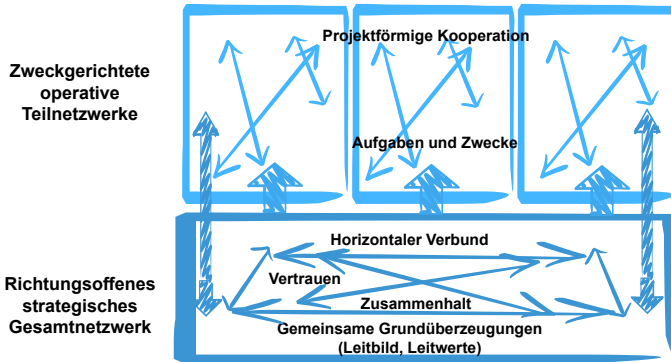


Abbildung 4: Dimensionen von Netzwerken nach Schubert 2005:86

7. Standards auf Ebene der Case-Management-Netzwerke

Standards auf Ebene der Case-Management-Netzwerke sind ein Mittel zum Zweck. Der Zweck ist, die Soziale Arbeit bei der Erfüllung ihres gesellschaftlichen Auftrags zu unterstützen. Der Auftrag lautet: Verhindern von Exklusion; Befördern solcher Strukturen und Verfahren, die einem gelingenden Leben aller Mitglieder der Gesellschaft den Weg freimachen; Unterstützung der Politik bei der Identifikation inklusionsfördernder (Rahmen-)Bedingungen.

Für dieses Vorhaben bedient sich die Soziale Arbeit des Verfahrens des Case Managements. Damit Case Management seine Wirkung entfalten kann, braucht es ein entsprechendes Case-Management-System. Ein solches System umfasst mehr als definierte Case Manager*innen in einer Organisation. Es beinhaltet auch mehr als die Zusammenarbeit von Case Manager*innen in einer Organisation. Selbst eine Einrichtung macht noch kein Case-Management-System. Diese Systeme entstehen erst durch Kopplung(en).

Wie bereits oben angeführt, bedarf es (organisationaler) Netzwerke, die in kooperativer Weise Unterstützungsangebote und -strukturen für eine angemessene Fallbearbeitung etablieren. Solche Verbindungen zeichnen sich durch die lose Kopplung zwischen den Akteur*innen, durch kooperative Selbstorganisation, dezentralisierte Organisationsstrukturen der Verhandlung und durch Teilautonomie der Akteur*innen aus.⁸⁸ Case-Management-Netzwerke belassen es nicht bei reinem Informationsaustausch. Als Produktionsnetzwerke gestalten sie miteinander Schnittstellen und Kooperationsstrukturen bis hin zu einrichtungsübergreifenden Angeboten, um dem Bedarf ihrer Nutzer*innen gerecht zu werden. Case-Management-Organisationen im großstädtischen Raum sind aufgrund der Fülle an bestehenden (spezialisierten) Einrichtungen gefordert, sich in unterschiedlichen Netzwerken zu engagieren bzw. unterschiedliche Arten von Kooperationsbeziehungen ins Leben zu rufen. In ländlichen Gefilden empfiehlt es sich, sozialräumliche, ressortübergreifende Netzwerke zu etablieren. Generell kann aber auf die Empfehlungen von Herbert Schubert (2005, 2008) verwiesen werden, wenn es um Standards organisationaler Netzwerkarbeit geht.

- Case-Management-Netzwerke sind als richtungsoffene, strategische Netzwerke angelegt, innerhalb derer zweckgerichtete Teilnetzwerke operieren.
- Im strategischen Gesamtnetzwerk bekennen sich die Führungskräfte der teilnehmen-

⁸⁸ Vgl. Schubert 2005:77.

den Organisationen zur Kooperation (trotz möglicherweise bestehender Konkurrenzverhältnisse). Die Akteur*innen sind im Sinn der ‚Koopkurrenz‘⁸⁹ um eine Balance zwischen der Loyalität zur eigenen Organisation und der Treue zum Netzwerk bemüht.

- Im strategischen Gesamtnetzwerk werden von Entscheidungsträger*innen der teilnehmenden Organisationen Zwecke und Ziele des Netzwerks, Aufgaben und Kooperationsstrukturen definiert.
- Die teilnehmenden Organisationen stellen personelle und infrastrukturelle Ressourcen für Netzwerkaktivitäten sicher. Soweit ihnen dies möglich ist, garantieren sie die kontinuierliche personelle Beteiligung, sodass der Entstehung stabiler Akteur*innenkonstellationen im Netzwerk der Weg geebnet wird.
- Die Verwaltung und/oder die teilnehmenden Organisationen stellen Ressourcen für die Koordination des Netzwerks bereit.
- Diese Koordinationsebene übernimmt organisatorische Entwicklungsaufgaben, inhaltliche Moderations- und unterstützende Servicefunktionen.⁹⁰ Die sogenannte Geschäftsstelle sichert das Prozess- und Projektmanagement ab, organisiert die Vernetzung des strategischen Gesamtnetzwerks, kreiert Teilnetzwerke und dirigiert den Rückfluss von derart gewonnenen Ergebnissen in das Gesamtnetzwerk.
- In operativen Teilnetzwerken werden von dazu beauftragten Vertreter*innen der Organisationen ergebnisorientiert spezifische Aufgaben in Angriff genommen. Idealerweise findet an diesem Punkt die regionale Vernetzung von Mitarbeiter*innen statt, denen die Arbeit mit Klient*innen/Patient*innen vertraut ist. Als Aufgaben von Teilnetzwerken sind die Entwicklung von Prozessen der Fallübergaben, die Gestaltung von Schnitt- zu Nahtstellen, die Erarbeitung von fallbezogenen Evaluationsstrategien, die Konzeptionierung neuer Angebote in der Region u.Ä.m. anzuführen.
- Teilnetzwerke bestehen aus einer überschaubaren Anzahl an Personen, die eine gehaltvolle Face-to-face-Interaktion sicherstellen soll.
- Akteur*innen im Netzwerk repräsentieren die Organisationen und verfügen über die Macht wie auch die Kompetenz, im Netzwerk Positionen zu beziehen und Entscheidungen zu treffen sowie diese Entscheidungen auch in den eigenen Reihen durchzusetzen.

⁸⁹ Corsten 2001.

⁹⁰ Vgl. Schubert 2005:93f.

- Netzwerkteilnehmer*innen teilen ihr Wissen über die Problem- und Ressourcenlagen ihrer Klientel sowie über geeignete Strategien und Strukturen der Unterstützung.
- Das Netzwerk stellt den Entscheidungsträger*innen aus Verwaltung und Politik Wissen über die Problem- und Ressourcenlagen der Klient*innen sowie über geeignete Unterstützungsformen zur Verfügung.
- Es berät Entscheidungsträger*innen aus Verwaltung und Politik anwaltschaftlich im Sinn der Nutzer*innen.
- Im Netzwerk werden Machtasymmetrien der beteiligten Akteur*innen benannt und wird der Umgang mit diesen Machtverhältnissen geregelt.
- Zwischen Netzwerkagierenden bestehende Konflikte, die die Tätigkeit des Netzwerks beeinträchtigen, werden thematisiert und bearbeitet. Nötigenfalls wird Verstärkung in Form von (externer) Konfliktvermittlung und/oder Organisationsberatung angefordert.

8. Standards auf Makroebene – Steuerungsebene der Politik und Verwaltung

Wir verstehen uns als Fachexpert*innen im Bereich Social Work Case Management, die für die Einhaltung der oben beschriebenen Prinzipien und Standards werben. Um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass Case-Management-Organisationen und Case Manager*innen den gestellten Anforderungen gerecht werden, braucht es entsprechende Rahmenbedingungen vonseiten der Auftraggeber*innen und Geldgeber*innen. In diesem Sinn sprechen wir uns für die Orientierung an folgenden Standards für die Steuerungsebene der Politik und Verwaltung aus.

1. Die Sozial- und Gesundheitspolitik stellt auf Grundlage empirischen Erfahrungswissens von Fachkräften und basierend auf Forschungsarbeiten solche Programme bereit, die die Ursachen von sozialen Problemlagen bekämpfen. Sie widmet sich gesellschaftlichen Ungleichheitsverhältnissen und Benachteiligungen, die in spezialisierten Programmen und Angeboten des Sozial- und Gesundheitswesens ausgeblendet werden. Statt mittels spezialisierter Beratungs-, Versorgungs- und Betreuungskonzepte lediglich die Symptome von gesellschaftlicher Ungleichheit zu behandeln, werden Rahmenbedingungen gewährleistet, die sich vorteilhaft auf autonome Lebensführung und Gesundheit im Sinn der Optimierung von Lebensqualität und Wohlbefinden auswirken. Das langfristige Ziel der Sozial- und Gesundheitspolitik besteht darin, die Prävalenz von Multiproblemlagen zu reduzieren und damit das Handlungskonzept Case Management obsolet zu machen.
2. Solange dieses Ziel nicht in Angriff genommen wurde, geschweige denn erreicht ist, bedarf es folgender Rahmenbedingungen, damit Case Management seine volle Wirkung entfalten kann:
 - a. Die Sozial- und Gesundheitspolitik sichert Finanzbedingungen, die Bestbieter*innen vor Billigstbieter*innen reihen und der Effektivität auf Fallebene den Vorzug gegenüber betriebswirtschaftlichen Effizienzüberlegungen geben.

- b. Politik und Verwaltung evaluieren ihre Förderbedingungen hinsichtlich des Kosten-Nutzen-Verhältnisses. Es wird solchen Finanzierungsmodellen Vorrang gewährt, die nachweislich dazu geeignet sind, einen möglichst hohen Anteil der finanziellen Ressourcen auch den Klient*innen⁹¹ (bzw. den Leistungen mit und für die Klient*innen) zukommen zu lassen.⁹² Darüber hinaus wird Sorge dafür getragen, dass die Finanzierungslogiken eine klient*innenzentrierte (und inklusionsfördernde) Arbeitsweise erlauben. Zu verhindern ist jedenfalls die Schaffung und Verfestigung jener Bedingungen, die vor allem das Fortbestehen ‚befreundeter‘ Organisationen absichern sollen.
- c. Bei ihren Förderrichtlinien achten Politik und Verwaltung darauf, dass Fachkräfte mit der Arbeit rund um ihr Klientel befasst sind und administrative Aufgaben einen unmittelbaren Nutzen für die Kernpflichten der Organisation zeitigen. Die Erfüllung administrativer Förderrichtlinien soll jedenfalls nicht mehr Ressourcen binden als die Kernleistungen der Organisationen. Auch hier erfährt der Grundsatz ‚so viel wie nötig, so wenig wie möglich‘ Anwendung.
- d. Organisationen werden in ihrem Bemühen um Qualitätssicherung unterstützt. Es werden bevorzugt solche Einrichtungen mit der Umsetzung von Beratungs-, Unterstützungs-, Behandlungs- und Versorgungsleistungen beauftragt, die der Bedeutung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität Rechnung tragen, diese evaluieren und kontinuierlich verbessern.
- e. Die Sozial- und Gesundheitspolitik schafft den (gesetzlichen und finanziellen) Rahmen für die fallbezogene, fallübergreifende und fallunabhängige Kooperation von Institutionen, Organisationen, Netzwerken, Professionen, Initiativen etc. Sie unterstützt regionale, bundeslandweite, bundesweite und internationale Netzwerkarbeit.
- f. Sozial- und Gesundheitspolitik fördert den (experimentellen) Lernprozess von Organisationen und Netzwerken im Sinn der Entwicklung passgenauer Unterstützungsleistungen im Einzelfall.

*91 Wir denken hier an finanzielle Mittel, die Klient*innen die eigenständige Inanspruchnahme von Unterstützung ermöglichen, wie z.B. das Pflegegeld, das persönliche Budget u.Ä.*

*92 Wir gehen davon aus, dass sich die Umstellung von Subventions- auf Leistungs- oder Subjektförderungslogik nicht in erhöhten Kapazitäten für Klient*innenleistungen niederschlägt. Im Gegenteil: Wir sind überzeugt davon, dass der administrative Aufwand für die Finanzierungsgebarung sowohl in den beauftragten Organisationen als auch bei den Fördergeber*innen deutlich gestiegen ist. Der personelle Anstieg im Sozialbereich bedeutet also nicht automatisch, dass auch die Kapazitäten für die Kernaufgaben von Organisationen der Sozialen Arbeit aufgestockt wurden.*

- g. Bei der Entwicklung von Programmen zur Beseitigung sozialer Ungleichheit und Benachteiligung, bei der Gestaltung von Angeboten des Sozial- und Gesundheitswesens, von Förderrichtlinien und Strategien zur Evaluierung der Effektivität dieser Hilfeangebote werden Expert*innen, Nutzer*innen und Selbstvertretungsorganisationen zu Rate gezogen.

9. Nachwort

Die vorliegenden Standards stellen einen Beitrag der AG Case Management zum bislang kaum vorhandenen Case-Management-Diskurs in Österreich dar. Wir sind uns des Umstands bewusst, dass wohl einige der Standards bei der Leser*innenschaft auf Kritik stoßen werden, anderes wiederum womöglich als fehlend vermerkt wird. Wir verstehen dieses Papier als vorläufig und haben uns auf die Fahnen geschrieben, es zumindest alle zwei Jahre einer kritischen Würdigung und allenfalls einer Überarbeitung zu unterziehen. Rückmeldungen von Case Manager*innen, von anderen Fachkräften des Sozial- und Gesundheitswesens, von Case-Management-Ausbildner*innen, Forscher*innen und vor allem von Personen, die Case Management selbst in Anspruch genommen haben (oder gar nehmen mussten), sind äußerst willkommen und dem Weiterbringen unserer Positionen in höchstem Maß förderlich. In diesem Sinn sehen wir zahlreichen Zuschriften und persönlichen Gesprächen mit Vorfreude entgegen.

✉ **Kontakt:** casemanagement@ogsa.at

10. Quellenverzeichnis

Ballew, Julius R. / Mink, George (1996): Case Management in Social Work. Developing the Professional Skills Needed for Work with Multiproblem Clients. Second Edition, Springfield.

Bechara, Antoine / Damasio, Hanna / Damasio, Antonio R. (2000): Emotion, Decision Making and the Orbitofrontal Cortex. *Cerebral Cortex*, Volume 10, Issue 3, 1 March 2000, 295–307. <https://doi.org/10.1093/cercor/10.3.295>, abgerufen am 30.09.2018.

Bieri, Peter (2007): Wie wollen wir leben? <https://www.zeit.de/2007/24/Peter-Bieri/komplet-tansicht>, abgerufen am 30.09.2018.

Bossong, Horst (2011): Wohl-Wollen, Staatsauftrag und professionelles Eigeninteresse. Eine Kritik aktueller fachdisziplinärer Maßstäbe in der Sozialen Arbeit. In: *Neue Praxis* 6/2011, 591–617.

Case Management Society of America (o.J.): Definition von Case Management. <http://www.cmsa.org/Consumer/tabid/61/Default.aspx>, abgerufen am 05.08.2012.

Cassée, Kitty (2010): Kompetenzorientierung. Eine Methodik für die Kinder- und Jugendhilfe. 2., überarbeitete Auflage. Bern, Stuttgart, Wien.

Csikszentmihalyi, Mihaly / Charpentier, Annette (2007): Flow: das Geheimnis des Glücks. 13. Auflage, Stuttgart.

Damasio, Antonio (1999): The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness. London.

Community Partnership for Protecting Children: <https://www.cppcmaine.org>; abgerufen am 28.08.2018.

Corsten, Hans (Hrsg.) (2001): Unternehmensnetzwerke: Formen unternehmensübergreifender Zusammenarbeit (Lehr- und Handbücher der Betriebswirtschaftslehre). Oldenbourg.

Demir, Songül (2009): Was heißt es, einen Willen zu haben? Dissertation im Fach Philosophie an der Freien Universität Berlin. Berlin. https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/2579/Dissertation_von_Songuel_Demir.pdf?sequence=1, abgerufen am 10.08.2018.

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

Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (o.J.): Ethik in der Sozialen Arbeit. <https://www.dbsh.de/beruf/berufsethik.html>, abgerufen am 01.01.2017.

Drucker, Peter (2007): Was ist Management? Das Beste aus 50 Jahren. 5. Auflage. Berlin – Ullstein.

Edwards, Adrian / Elwyn, Glyn (2009): Shared Decision Making in Health Care. Achieving Evidence-Based Patient Choice. Oxford.

Ehlers, Corinna / Müller, Matthias (2013): Implementierung von Case Management (CM) in Organisationen des Sozial- und Gesundheitswesens. In: Ehlers, Corinna / Broer, Wicher (Hrsg.): Case Management in der Sozialen Arbeit. Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit, Band 7. Opladen, Berlin und Toronto, 107–125.

Ehlers, Corinna / Müller, Matthias / Schuster, Frank (2017): Stärkenorientiertes Case Management. Komplexe Fälle in fünf Schritten bearbeiten. Opladen, Berlin und Toronto.

Ewers, Michael (2000): Das anglo-amerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen. In: Ewers, Michael / Schaeffer, Doris (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. Bern, 53–90.

Ewers, Michael / Schaeffer, Doris (2000): Einleitung: Case Management als Innovation im deutschen Sozial- und Gesundheitswesen. In: Ewers, Michael / Schaeffer, Doris (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. Bern, 7–27.

Gissel-Palkovich, Ingrid (2006): Case Management. Chancen und Risiken für die Soziale Arbeit und Aspekte seiner Implementierung in soziale Organisationen. In: Brinkmann, Volker (Hrsg.) (2006): Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen. Wiesbaden, 90–116.

Frankfurt, Harry (2001): Freiheit und Selbstbestimmung. Berlin.

Fritzsche, Kai / Hartman, Woltemade (2014): Einführung in die Ego-State-Therapie. 2. Auflage, Heidelberg.

Früchtel, Frank / Roth, Erzsébet (2017): Familienrat und inklusive, versammelnde Methoden des Helfens. Heidelberg.

Goffman, Erving (1997): Wir alle spielen Theater. Frankfurt am Main.

Grunwald, Klaus / Thiersch, Hans (Hrsg.) (2004): Praxis Lebensweltorientierter Sozialer

Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Weinheim und München.

Hamilton, Gordon (1951): *Theory and practise of social case work*. 2nd Edition, New York.

Haye, Brigitta / Kleve, Heiko (2006): *Systemische Schritte helfender Kommunikation*. Kleve, Heiko / Haye, Britta / Hampe-Grosser, Andreas / Müller, Matthias (2006): *Systemisches Case Management. Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit*. Heidelberg, 103–125.

Heckhausen, Heinz / Gollwitzer, Peter M. (1987): *Thought Contents and Cognitive Functioning in Motivational versus Volitional States of Mind*. In: *Motivation and Emotion*, Band 11, Nr. 2, 101–120.

Heckhausen, Heinz / Gollwitzer, Peter Max / Weinert, Franz Emanuel (Hrsg.) (1987): *Jenseits des Rubikon*. Berlin, Heidelberg.

Hinte, Wolfgang (2007): *Das Fachkonzept Sozialraumorientierung*. In: Haller, Dieter / Hinte, Wolfgang / Kummer, Bernhard (Hrsg.) (2004): *Jenseits von Tradition und Postmoderne. Sozialraumorientierung in der Schweiz, Österreich und Deutschland*. Weinheim und München, 98–115.

Hinterhuber, Hartmann (2012): *Wie frei ist der Wille? Neurowissenschaftliche und philosophische Aspekte von Motivation und Entscheidung*. In: *Neuropsychiatrie*, 26/2, 49–54.

Hollis, Florence (1964): *Casework. A psychosocial therapy*. New York.

International Association of Social Workers (IFSW) und International Association of Schools of Social Work (IASSW) (2004): *Ethik in der Sozialen Arbeit*. In: *Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (o.J.): Grundlagen für die Arbeit des DBSH e.V.*, 1–3.

Kleve, Heiko (2014): *Vom Kapitän zum Lotsen. Implementierung von Case Management in der öffentlichen Verwaltung*. In: *Case Management*, 2014/2, Heidelberg, 86–91.

Lenz, Albert / Stark, Wolfgang (Hrsg.) (2002): *Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation*. Tübingen.

Lenz, Albert (2002): *Empowerment und Ressourcenaktivierung – Perspektiven für die psychosoziale Praxis*. In: Lenz, Albert / Stark, Wolfgang (Hrsg.) (2002): *Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation*. Tübingen, 13–54.

Löcherbach, Peter / Mennemann, Hugo (2009): *Theoretische Überlegungen: Case Manage-*

ment und Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII. In: Löcherbach, Peter / Mennemann, Hugo / Hermsen, Thomas (Hrsg.): Case Management in der Jugendhilfe. München, Basel, 26–83.

Löcherbach, Peter / Wissert, Michael / Rimmel-Faßbender, Ruth / Mennemann, Hugo / Baur, Waltraud / Podeswik, Andreas / Monzer, Michael / Wissmann, Peter / Wendt, Wolf Rainer (2015): Standards und Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management e.V. für die Weiterbildung: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen und in der Beschäftigungsförderung. In: Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (Hrsg.) (2015): Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen. Heidelberg, 75–82.

Mead, George Herbert (1934): *Mind, Self & Society*. Chicago.

Meier, Renè / Storch, Maja (2013): Coaching mit dem Zürcher Ressourcen-Modell. In: Lippmann, Eric: *Coaching. Angewandte Psychologie für die Beratungspraxis*. 3. Auflage, Berlin, Heidelberg, 74–86.

Mennemann, Hugo / Kanth, Eva / Monzer, Michael / Podeswik, Andreas (2015): Rahmenempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management e.V. zum Handlungskonzept Case Management. In: Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (Hrsg.) (2015): *Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen*. Heidelberg, 1–35.

Mennemann, Hugo / Götzmann, Thomas / Kanth, Eva / Köddewig, Sandra / Monzer, Michael / Peloso, Claudio (2015): Ethische Grundlagen der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management e.V. zum Handlungskonzept Case Management. In: Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (Hrsg.) (2015): *Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen*. Heidelberg, 37–55.

Monzer, Michael (2013a): Zehn Möglichkeiten, eine Case Managementimplementation in den Sand zu setzen. In: *Case Management*, 2013/3, Heidelberg, 120–126.

Monzer, Michael (2013b): *Case Management Grundlagen*. Heidelberg.

Moreno, Jacob L. (1973): *Gruppenpsychotherapie und Psychodrama: Einführung in die Theorie und Praxis*. Stuttgart.

Moxley, David P. (1989): *The Practise of Case Management*. Newbury Park, California.

Moxley, David P. (1997): *Advocacy and Case Management Practice*. In: Moxley, David P. (Editor): *Case Management by Design. Reflections on Principles and Practices*. Chicago, 145–161.

Müller, Matthias (2018): *Zur Begründung des sozialarbeiterischen Case Managements /*

Social Work Case Management. In: Soziale Arbeit, Zeitschrift für soziale und sozialverwandte Gebiete: Sozialarbeiterisches Case Management. 67. Jg, September-Oktober 2018, 332–347.

National Association of Social Workers (2008) [1996]: Code of Ethics. <http://www.socialworkers.org/pubs/code/code.asp>, abgerufen am 16.08.2011.

National Association of Social Workers (2013): NASW Standards for Social Work Case Management. Washington.

Netzwerk Schweiz Case Management (2006): Definition Case Management. Standards Case Management. <http://www.netzwerk-cm.ch/index.php?id=55> sowie http://www.netzwerk-cm.ch/fileadmin/user_upload/pdf/Mitglieder/Definition_und_Standards_30_03_2006.pdf, abgerufen am 24.08.2008.

Netzwerk Case Management Schweiz (2012): Ethik im Case Management: Personen. http://www.netzwerk-cm.ch/sites/default/files/uploads/pers_ethik_def_neu.pdf, abgerufen am 04.12.2013.

Netzwerk Case Management Schweiz (2012): Ethik im Case Management: Organisationen. http://www.netzwerkcm.ch/sites/default/files/uploads/org_ethik_def_neu.pdf, abgerufen am 04.12.2013.

Netzwerk Schweiz Case Management (2014): Definition Case Management. http://www.netzwerk-cm.ch/sites/default/files/uploads/fachliche_standards_netzwerk_cm_-_version_1_0_-_definitiv_0.pdf, abgerufen am 02.01.2018.

Otto, Hans-Uwe / Scherr, Albert / Ziegler, Holger (2010): Wieviel und welche Normativität benötigt die Soziale Arbeit? In: Neue Praxis, 2/2010, 137–163.

Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management (2017): Teil A Richtlinien für Weiterbildungen mit dem Abschluss „zertifizierte Case Managerin (ÖGCC) / zertifizierter Case Manager (ÖGCC)“ und Teil B Richtlinien zur Erlangung des Titels „zertifizierte Case Management Ausbilderin (ÖGCC) / zertifizierter Case Management Ausbilder (ÖGCC)“. <http://oegcc.at/wp-content/uploads/2013/11/1.1-%C3%96GCC-Richtlinien.pdf>, abgerufen am 04.01.2018.

Pantuček, Peter (1998): Lebensweltorientierte Individualhilfe. Eine Einführung für soziale Berufe. Freiburg im Breisgau.

Rapp, Charles A. / Goscha, Richard J. (2006): The Strengths Model. Case Management with People with Psychiatric Disabilities. Second Edition, New York.

Raspel, Julia (2014): Können Menschen wollen? Philosophische und neurologische Grundlagen für die Debatte in der Sozialen Arbeit. In: Fürst, Roland / Hinte, Wolfgang (2014): Sozialraumorientierung. Ein Studienbuch zu fachlichen, institutionellen und finanziellen Aspekten. Wien, 67–84.

Richmond, Mary (1917): Social Diagnosis. New York.

Saleebey, Dennis (2013): Strengths Perspective in Social Work. 6th Edition.

Schefold, Werner (2011): Hilfe als Grundkategorie Sozialer Arbeit. In: Soziale Passagen. Journal für Empirie und Theorie Sozialer Arbeit (2011). Volume 3, Issue 1. Kassel, Heidelberg, 11–27.

Schubert, Herbert (2005): Das Management von Akteursnetzwerken im Sozialraum. In: Bauer, Petra / Otto, Ulrich (2005): Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Band II: Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Koordinationsperspektive. Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung, Band 12. Tübingen: dgvt-Verlag, 73–103.

Schubert, Herbert (Hrsg.) (2008): Netzwerkmanagement. Koordination von professionellen Vernetzungen. Grundlagen und Beispiele. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Schubert, Herbert (2008): Netzwerkkooperation – Organisation und Koordination von professionellen Vernetzungen. In: Schubert, Herbert (Hrsg.) (2008): Netzwerkmanagement. Koordination von professionellen Vernetzungen. Grundlagen und Beispiele. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 9–105.

Schulz von Thun, Friedemann (1998): Miteinander reden – Das „innere Team“ und situationgerechte Kommunikation. Reinbek.

Soziale Arbeit, Zeitschrift für soziale und sozialverwandte Gebiete (2018): Sozialarbeiterisches Case Management. 67. Jg, September-Oktober 2018.

Storch, Maja (2009): Motto-Ziele, S.M.A.R.T.-Ziele und Motivation. In: Birgmeier, Bernd (2009): Coachingwissen. Denn sie wissen nicht, was sie tun? Wiesbaden, 183–205.

Storch, Maja / Krause, Frank (2006): Ressourcenorientiert coachen mit dem Zürcher Ressourcen Modell – ZRM. In: Berufsverband Österreichischer PsychologInnen (2006): Psychologie in Österreich, 1/2006, Wien. <http://www.frankkrause.net/media/PIOEcoach.pdf>, abgerufen am 29.09.2018.

Storch, Maja / Krause, Frank (2011): Selbstmanagement – ressourcenorientiert: Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell, ZRM. Nachdruck

der 4., vollständig überarbeiteten und erweiterten Auflage. Bern.

Theunissen, Georg (2002): Stärken-Perspektive und Empowerment. Impulse für die Behindertenarbeit. In: Lenz, Albert / Stark, Wolfgang (Hrsg.) (2002): Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation. Tübingen, 139–154.

Theunissen, Georg (2009): Empowerment und Inklusion behinderter Menschen. Eine Einführung in Heilpädagogik und Soziale Arbeit. 2., veränderte Auflage, Freiburg im Breisgau.

Turnell, Andrew (2012): Signs of Safety. Workbook. www.signsofsafety.net, abgerufen am 07.03.2018

Watkins, John G. / Watkins, Helen H. (1997): Ego States. Theory and Therapy. 1st edition. New York.

Wendt, Wolf Rainer (2001): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. 3., ergänzte Auflage, Freiburg im Breisgau.

Wendt, Wolf Rainer/ Löcherbach, Peter (Hrsg.) (2009): Standards und Fachlichkeit im Case Management. Heidelberg.

Zingerle, Renate (2007): Konzept für die Durchführung von Case Management. http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/konzept_umsetzung_case-management_pasch_equal.pdf, abgerufen am 05.01.2013.

11. Autor*innenhinweise

DSain Mag.a Karin Goger, MSc MSc: Sozialarbeiterin, Soziologin, (Systemische) Supervisorin und Organisationsberaterin (ÖVS), Psychotherapeutin (Psychodrama), Case Manager / Case-Management-Ausbildnerin (DGCC); Dozentin an der Fachhochschule St. Pölten, Department Soziales; Leiterin von und Referentin in Case-Management-Lehrgängen; Organisationsberaterin mit dem Schwerpunkt Implementierung von Fachkonzepten; Supervisorin; Psychotherapeutin in freier Praxis

Christian Tordy, MAS MSc: Sozialarbeiter, Sozialmanager, Psychotherapeut (Psychodrama), (Systemischer) Supervisor und Organisationsberater (ÖVS), Case Manager / Case-Management-Ausbildner (DGCC); Leiter von und Referent in Case-Management-Lehrgängen; Organisationsberater; Supervisor; Psychotherapeut in freier Praxis

Mit Unterstützung von:

Mag.a FH Christina Engel-Unterberger: Sozialarbeiterin, Supervisorin und Organisationsberaterin (ÖAGG); Dozentin an der Fachhochschule St. Pölten, Department Soziales; Ilse Artl Institut für Soziale Inklusionsforschung

Birgit Groß: Lektorin und Korrektorin mit Schwerpunkt Jus, Psychologie, Medizin, Sozialarbeit, Case Management und Sport

DSain Mag.a Astrid Jakob: Sozialarbeiterin und Pädagogin, Gender- und Diversitätstrainerin; Senior Lecturer sowie Fachbereichsleiterin Institution und Organisation an der FH Salzburg, Soziales

Claus Clemens Lichtenthäler, BEd MA: Pädagoge und Sozialarbeiter; Trainer im Bereich Basisbildung, Jugendarbeit und Migration

Mag.a Renate Zingerle: Psychologin, Case Managerin / Case-Management-Ausbildnerin (DGCC), Familienratskoordinatorin; Sozialwissenschaftlerin mit den Schwerpunkten Konzeptentwicklung, Evaluation und Case Management; Leiterin von und Referentin in Case-Management-Lehrgängen; Mitglied des Vorstands und der Anerkennungskommission für Case-Management-Weiterbildungen der ÖGCC

Mit Zustimmung von:

DSA Ing. Gerlinde Blemenschitz-Kramer, MA: Diplomsozialarbeiterin, Sozialmanagerin; Supervisorin, Coach; selbstständige betriebliche Sozialarbeiterin; Vereinsfachwallerin; Lehrbeauftragte für Case Management an der Fachhochschule Campus Wien, Department Soziales

Mag.a Irene Bisenberger-Raml: Psychologin, Mediatorin, Case Managerin (DGCC und ÖGCC); Case Managerin und Projektleiterin ‚Case Management für BezieherInnen der Bedarfsorientierten Mindestsicherung‘ des FAB Oberösterreich; Referentin in Case-Management-Lehrgängen

Prof. Dr. Corinna Ehlers, MPH: Diplom Sozialarbeiterin / Sozialpädagogin, Magistra und Doktorin der Gesundheitswissenschaften / Public Health, Case-Management-Ausbildnerin (DGCC), Lösungsorientierte Beraterin; Professorin für ‚Theorien und Methoden Sozialer Arbeit mit dem Schwerpunkt Case Management‘ an der Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit der HAWK in Hildesheim; stellvertretende Vorsitzende der DGCC; gemeinsam mit Prof. Matthias Müller Leiterin der Fachgruppe ‚Case Management in der Sozialen Arbeit‘ der DGCC sowie der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA)

Mag. Gregor Hoffmann, MSc MBA: Pädagoge/ Erziehungs- und Bildungswissenschaftler, Supervisor, Coach und Organisationsentwickler, Sozialmanager; Geschäftsführer von PSN Psychosoziales Netzwerk gemn. GmbH, Sera Soziale Dienste gGmbH und syn:logos e.U.; Erwachsenenbildner; Supervisor, Coach und Organisationsentwickler mit Fokus auf NPO

René Grabner, MA: Sozialarbeiter, Case Manager (DGCC); Sozialarbeiter in der Suchthilfe, Referent für Case Management

Brigitte Grünsteidl, MA: Sozialarbeiterin, Case Managerin (DGCC); ehrenamtliche Erwachsenenvertreterin und Bewährungshelferin; Direktorin der Pflege- und Betreuungseinrichtungen Raabs an der Thaya und Eggenburg (ab 01.12.2018)

DSA Wolfgang Kramer, MSc: Diplomsozialarbeiter, Trainer, Supervisor, Coach und Organisationsberater (ÖVS); stellvertretender Geschäftsführer einer ambulanten Suchthilfeeinrichtung; Vereinsfachwaller; Referent für Case Management und soziale Diagnostik; Lehrbeauftragter an der Fachhochschule St. Pölten, Department Soziales

Prof. Dr. phil. Matthias Müller: Diplom-Sozialarbeiter/-Sozialpädagoge, Soziologe, Case Manager / Case-Management-Ausbildner (DGCC), zertifizierter systemisch-lösungsorientierter Coach und Supervisor (SG), Dialogischer Qualitätsentwickler (KK); Professor für Pädagogik, Sozialpädagogik und Hilfen zur Erziehung sowie Studiengangsleiter des BA Studiengangs Berufspädagogik an der Hochschule Neubrandenburg; zusammen mit Prof. Dr. Corinna Ehlers Sprecher der Fachgruppe „Case Management in der Sozialen Arbeit“ der DGCC und der DGSA

Prof. Dr. Peter Pantuček-Eisenbacher: Sozialarbeiter, Soziologe, Supervisor, Case-Management-Ausbildner (DGCC); lehrt und forscht zu Theorie und Methodik Sozialer Arbeit; Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Soziale Arbeit (ogsa), Rektor der Bertha von Suttner Privatuniversität St. Pölten

DSA Mag. Alois Pölzl: Pädagoge und Sozialarbeiter, Vorsitzender des österreichischen Berufsverbands der Sozialen Arbeit (obds); Fachlicher Leiter Case Management für BMS-Bezieher*innen

Georg Resnik, BA: Sozialarbeiter in der Medizinischen Rehabilitation (AUVA-Rehabilitationsklinik Tobelbad)

DSain Mag.a Susanne Schaidinger: Diplomsozialarbeiterin, Romanistin; Leiterin einer Beratungseinrichtung für Asyl- und subsidiär Schutzberechtigte der Stadt Wien, Entwicklung und Durchführung der Case-Management-Prozesse für die Sozial- und Wohnberatung dieser Beratungseinrichtung; Referentin in der Erwachsenenbildung

DSA Harald Voitl, MSM: Diplomsozialarbeiter, Sozialmanager, Case Manager (ÖGCC); Verantwortlicher für das erste Pilotprojekt zur Betrieblichen Wiedereingliederung im ÖBB Konzern, Strategische Leitung und Koordination der Betrieblichen Wiedereingliederung bis Ende 2017

Verabschiedet vom Vorstand der ogsa im Jänner 2019.

Notizen