

Der Case-Management-Handlungsansatz als Interventionsform Klinischer Sozialarbeit

Sebastian Ertl

Schriften zur psychosozialen Gesundheit

Sebastian Ertl

**Der Case-Management-Handlungsansatz
als Interventionsform Klinischer Sozialarbeit**

**Betrachtung der Passung des Case Management
im Kontext psycho-sozialer Behandlung**



Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Sebastian Ertl

Der Case-Management-Handlungsansatz als Interventionsform Klinischer Sozialarbeit.

Betrachtung der Passung des Case Management im Kontext psycho-sozialer Behandlung

Diese Arbeit erscheint im Rahmen der Reihe

„Schriften zur psychosozialen Gesundheit“

Herausgeber:

Prof. Dr. Frank Como-Zipfel

Dr. Gernot Hahn

Prof. Dr. Helmut Pauls

Coburg: ZKS-Verlag

Alle Rechte vorbehalten

© 2016 ZKS-Verlag

Cover-Design: Leon Reicherts

Technische Redaktion: Tony Hofmann

ISBN 978-3-934247-51-2

Der ZKS-Verlag ist eine Einrichtung der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)

UG (haftungsbeschränkt), HRB Nummer 5154

Geschäftsführer: Prof. Dr. Helmut Pauls und Dr. Gernot Hahn.

Anschrift:

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit

Mönchswiesenweg 12 A

96479 Weitramsdorf-Weidach

Kontakt:

info@zks-verlag.de

www.zks-verlag.de

Tel./Fax (09561) 33197

Gesellschafter der ZKS:

- IPSG-Institut für Psycho-Soziale Gesundheit (gGmbH) – Wissenschaftliche Einrichtung nach dem Bayerischen Hochschulgesetz an der Hochschule Coburg, Staatlich anerkannter freier Träger der Jugendhilfe, Mitglied im PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband. Amtsgericht Coburg. HRB 2927.

Geschäftsführer: Dipl.-Soz.päd.(FH) Stephanus Gabbert

- Dr. Gernot Hahn

- Prof. Dr. Helmut Pauls

Abstract

Vor dem Hintergrund theoretischer Bezüge Sozialer Arbeit und Klinischer Sozialarbeit im Besonderen wird der Frage nachgegangen, in welcher Art und Weise ein Case Management im Kontext Klinischer Sozialarbeit verortet werden kann. Ausgehend von einer Darstellung der historischen Bezüge des Case Management und seiner Dimensionen (Phasenstruktur, Funktionen, hilfesystemische Implementation) wird dessen theoretische Verortung im Theoriekontext Sozialer Arbeit skizziert. Anschließend werden Grundpositionen und zentrale Methoden Klinischer Sozialarbeit erläutert. Darauf aufbauend kann das Behandlungsverständnis Klinischer Sozialarbeit mit dem Case Management in Bezug gesetzt werden. Es zeigt sich, dass ein Case Management durch die Einbindung in einen Theoriekontext Klinischer Sozialarbeit spezifische Leitwerte aufweist die es als Klinisches Case Management spezifizieren.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	9
Tabellenverzeichnis.....	9
Einleitung.....	10
1. Entwicklungskontexte des Case Management	13
1.1 <i>Entwicklung des Case Managements im angloamerikanischen Raum</i>	14
1.2 <i>Etablierung des Case Managements im Bundesrepublikanischen Raum.....</i>	15
1.3 <i>Spiegelung der Paradigmen- und Methodenentwicklung Sozialer Arbeit im Rahmen des Case Managements</i>	16
2. Dimensionen des Case Management	19
2.1 <i>Phasen des Case Management.....</i>	22
2.1.1 Klärungsphase.....	23
2.1.2 Assessment.....	24
2.1.3 Serviceplanung.....	26
2.1.4 Linking.....	28
2.1.5 Monitoring	29
2.1.6 Evaluation	30
2.2 <i>Strukturelle Einbettung des Case Management</i>	32
2.2.1 Funktionen des Case Management	34
2.2.2 Steuerungskomponente des Case Management	37
2.2.3 Beziehung von Case Management und Care Management	40
2.2.4 Zusammenfassung.....	42
2.3 <i>Case Management auf organisationaler Ebene.....</i>	43
3. Case Management im Theoriekontext Sozialer Arbeit	47
3.1 <i>Case Management im Rahmen einer Handlungstheorie Sozialer Arbeit</i>	50
3.1.1 Struktur des SPSA und Metatheorie	50
3.1.2 Gegenstandsverständnis	51
3.1.3 Objekttheoretische Ebene – Menschen- und Gesellschaftsbild	52

3.1.4	Verhältnis von allgemeiner normativer und spezieller Handlungstheorie	54
3.1.5	Case Management im Rahmen des SPSA.....	56
3.2	<i>Das Systemische Case Management</i>	58
3.2.1	Theorierahmen	59
3.2.2	Konstruktivistisch-systemtheoretische Grundannahmen.....	59
3.2.3	Professions- und Gegenstandsverständnis	61
3.2.4	Konstruktivistisches Methodenverständnis.....	63
3.2.5	Die Struktur des Systemischen Case Management.....	64
3.2.6	Schritte des Systemischen Case Management	65
3.3	<i>Case Management im Rahmen des ökosozialen Ansatz</i>	67
3.3.1	Der ökosoziale Ansatz als Theorierahmen Sozialer Arbeit	67
3.3.2	Prinzip des Haushaltens	69
3.3.3	Soziales Handeln als Sorge-Beziehung.....	70
3.3.4	Theorie der Wohlfahrt – Soziale Arbeit als Wohlfahrtsproduktion.....	71
3.3.5	Case Management im ökosozialen Ansatz.....	73
3.4	<i>Gemeinsame Perspektiven eines an einer Theorie Sozialer Arbeit ausgerichteten Case Management</i>	75
4.	Grundpositionen Klinischer Sozialarbeit	79
4.1	<i>Annäherung an ein Gegenstandsverständnis Klinischer Sozialarbeit</i>	80
4.2	<i>Gesundheit und Krankheit unter biopsychosozialer Perspektive</i>	83
4.2.1	Salutogenetische Perspektive	86
4.2.2	Bedeutung von Stresskonzeptionen	87
4.2.3	Bedürfnistheoretische Begründung psychischer Störungen	90
4.3	<i>Behandlungsverständnis Klinischer Sozialarbeit</i>	94
4.3.1	Netzwerkorientierte Interventionen	96
4.3.2	Behandlung als kooperative, interdisziplinäre Aufgabe	99
4.3.3	Therapeutische Beziehungsgestaltung unter der	Perspektive sozialer
	Unterstützung.....	101
4.3.4	Psychotherapeutische Perspektiven und Theoriepositionen	105
4.4	<i>Formen psycho-sozialer Behandlung</i>	105
4.4.1	Psycho-soziale Diagnostik	107

4.4.2 Psycho-soziale Beratung	110
4.4.3 Soziale Therapie.....	114
4.4.4 Stellenwert des Case Management im Rahmen Klinischer Sozialarbeit	116
5. Klinisches Case Management	119
5.1 <i>Modelle des Klinischen Case Management</i>	121
5.2 <i>Impulse für eine Implementation eines klinisch ausgerichteten Case Management</i>	123
5.3 <i>Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit des (Klinischen) Case Management</i>	124
6. Klinisches Case Management als Handlungsansatz Klinischer Sozialarbeit.....	127
6.1 <i>Handlungstheoretische Fundierung methodischen Vorgehens im Kontext Klinischer Sozialarbeit</i>	127
6.1.1 Beschreibungs- und Erklärungswissen	128
6.1.2 Werte- und Zielwissen	130
6.1.3 Systematisierung einer bifokalen Behandlung im Rahmen Netzwerkorientierter Interventionen	131
6.1.4 Verknüpfung des Case Management mit einer Handlungstheorie Klinischer Sozialarbeit	
135	
6.2 <i>Klinisches Case Management als Konzeptualisierung Netzwerkorientierter Interventionen</i> 138	
6.2.1 Psycho-soziale Diagnostik im Rahmen des Assessment	140
6.2.2 Stellenwert einer psycho-sozialen Beratung im Klinischen Case Management.....	143
6.2.3 Impulse des Klinischen Case Management für eine Soziale Therapie	146
6.3 <i>Konklusion</i>	147
7. Abschließende Betrachtungen	151
Literaturverzeichnis	153

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Case-Management-Leistungsdreieck.....	33
Abbildung 2: Modell diagnostischen Fallverstehens	109
Abbildung 3: Koordinaten psycho-sozialer Diagnostik.....	110
Abbildung 4: Systematisierung der Methoden Klinischer Sozialarbeit unter der Perspektive Netzwerkorientierter Interventionen	139

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Case-Management-Orientierung in Anlehnung an Moxley.....	33
Tabelle 2: Schematische Darstellung der Wissensbestände Klinischer Sozialarbeit auf Basis einer allgemeinen normativen Handlungstheorie	134
Tabelle 3: Verbindung von allgemeiner normativer Handlungstheorie und Klinischen Case Management auf Ebene einer speziellen Handlungstheorie	137

Einleitung

Das Case Management steht in der Traditionslinie des Case Work Sozialer Arbeit und etablierte sich zunehmend aufgrund hilfesystemischer Anforderungen. Es schafft Zugang zu Hilfeleistungen und akzentuiert deren Vernetzung und Koordination entsprechend der Bedarfslagen der Klientel. Dabei ist es als Handlungskonzept zu verstehen, als solches es auf eine kontinuierliche Versorgung über institutionelle Grenzen hinweg abzielt. Der Hilfeverlauf strukturiert sich nach Phasen, wobei die empirische Ausgestaltung des Case Management eng mit seiner organisationalen und hilfesystemischen Implementation verbunden ist. Je nachdem, von welchem Akteur des Hilfesystems es betrieben wird, ergeben sich seine Zielsetzung und die damit verbundene Betonung seiner Funktionen.

Grundsätzlich zeigt sich das Case Management als „offen“ gegenüber den Leitwerten und Zielsetzungen, welche seine konzeptionelle Ausgestaltung determinieren. Dies zeigt sich u.a. dadurch, dass über die Soziale Arbeit hinaus unterschiedliche Berufsgruppen im Sozial- und Gesundheitswesen ihr professionelles Handeln nach Case-Management-Strategien ausrichten. Aus der Perspektive Sozialer Arbeit ergeben sich verschiedene Haltungen zum Case Management: Während Neuffer (2010, 2013a, 2013b) ebenso wie Kleve, Haye, Hampe-Grosser und Müller (2011) das Case Management aus der Sozialen Arbeit heraus definieren zu versuchen, begreifen Wendt (2010a) und Löcherbach (2009 z.n. Solèr, 2012, S. 21) Case Management als interdisziplinären Handlungsansatz durch den sich die Soziale Arbeit im Sozial- und Gesundheitswesen zentral positionieren kann. Mit der Frage, wie ein Case Management innerhalb der Sozialen Arbeit verortet werden kann, ist zugleich die Frage nach dessen Einordnung in den disziplinären Rahmen der Sozialarbeitswissenschaft verbunden. Hier zeigt sich, dass das Case Management in unterschiedliche theoretischen Bezugsrahmen Sozialer Arbeit gesetzt werden kann. Als Konsequenz ergeben sich spezifische konzeptuelle Akzentuierungen die die Art der Methodenintegration und -anwendung prägen.

Im Rahmen der Klinischen Sozialarbeit wird Case Management den umgebungsbezogenen Interventionsformen zugerechnet. Es ergänzt die Beratung – verstanden als direct-practice – um Strategien zur Etablierung sozialer Unterstützung und Optimierung sozialer Netzwerke. Ningel (2011, S. 9–10) sieht im Case Management ein zentrales Methodenkonzept für die Klinische Sozialarbeit, da sich seiner Meinung nach durch dieses deren Funktion am besten umsetzen lässt. Darüber hinaus, und hier entspricht die Argumentation von Ningel der von Wendt im Fall der generalistischen Sozialarbeit, könne sich die Klinische Sozialarbeit durch die Übernahme kooperativ-administrativer Aufgaben im Sinne des Case Management, gegenüber anderen Professionen des Gesundheitssystems positionieren.

Dabei scheint es bisher so zu sein, dass das Case Management „additiv“ in die Klinische Sozialarbeit übernommen wurde. Eine Integration im Sinne der Verschränkung des Case Management mit den Grundpositionen Klinischer Sozialarbeit hat bisher, zumindest theoriegleitet, nicht stattgefunden. Damit ist offen, welche Spezifizierungen ein Case Management im Rahmen Klinischer Sozialarbeit erfährt. Ebenso muss geklärt werden, wie sich ein Case Management in seiner klinischen Ausrichtung innerhalb der unterschiedlichen Interventionsformen positionieren lässt: Wo ergeben sich Schnittpunkte und Abgrenzungen?

In der Case-Management-Tradition selbst grenzte sich ein „Clinical Case Management“ von einem Case Management ab. Seine Prämissen haben bisher keinen eindeutigen Eingang in ein Case Management Klinischer Sozialarbeit gefunden. Für das Case Management im Allgemeinen zeigt sich, dass dieses wenig Rückbindung an einen Theoriekontext Sozialer Arbeit aufzeigt. Weder in der Case-Management--Literatur noch in der sozialarbeitswissenschaftlichen Literatur lässt sich bis dato eine differenzierte theoriegeleitete Auseinandersetzung mit „dem Case Management“ finden. Diese ist allerdings notwendig, da ein Case Management konzeptionell relativ offen gehalten ist. Um also seine spezifische Ausgestaltung mit Leitwerten Sozialer Arbeit zu erhalten muss es an deren theoretischen Kontext rückgekoppelt werden. Um die Forschungsfrage nach der Passung des Case Management im Kontext Klinischer Sozialarbeit näher untersuchen zu können, wird in der Arbeit nach folgender Struktur vorgegangen:

- a) Allgemeine Darstellung des konzeptuellen Rahmens des Case Management
- b) Betrachtung des Case Management unter der Perspektive sozialarbeitswissenschaftlicher Theorien

Damit ist zum einen das Case Management konzeptuell erläutert und zum anderen in einem disziplinären Rahmen Sozialer Arbeit – unter Beachtung des bisherigen sozialarbeitswissenschaftlichen Case-Management-Diskurses – verortet. Die

- c) Darstellung der Grundpositionen Klinischer Sozialarbeit, und die
- d) Darstellung des Klinischen Case Management

bilden die Voraussetzung um die Positionierung des Case Management im Kontext Klinischer Sozialer Arbeit theoriegeleitet diskutieren zu können. Dazu wird das Case Management mit dem Behandlungsverständnis Klinischer Sozialarbeit verbunden und durch den Bezug auf deren handlungstheoretische Wissensbestände als Klinisches Case Management spezifiziert. Es zeigt sich, dass sich durch die theoriegeleitete Rückbindung des Case Management Leitwerte etablieren, die auf dessen Ausge-

staltung über seine unterschiedlichen Dimensionen hinweg wirken. Die Anwendung klinisch sozialarbeiterischer Methodik wird entlang der Phasen des Case Management begründet. Ferner zeigen sich Schnittmengen zwischen Sozialer Therapie und klinisch ausgerichtetem Case Management.

In dieser Arbeit erfolgt die Einordnung des Case Management in den Rahmen Klinischer Sozialarbeit mittels sozialarbeitswissenschaftlicher Theorien. Auf disziplinärer Ebene Klinischer Sozialarbeit kann das Case Management als Klinisches Case Management spezifiziert werden. Dabei kann aufgezeigt werden, dass das Klinische Case Management das Behandlungsverständnis Klinischer Sozialarbeit konzeptualisiert. Auf praktischer Ebene geht damit die Konsequenz einher, dass ein Klinisches Case Management, will es den Ansprüchen Klinischer Sozialarbeit genügen, an Leitwerten orientiert ist, die bei dessen Implementation beachtet werden müssen. Als solches implementiert trägt es im Rahmen eines strukturierten Hilfeprozesses dazu bei, methodengleitet die doppelte Behandlungsperspektive Klinischer Sozialarbeit in die Praxis zu überführen.

Um dem Leser eine Orientierung in Bezug auf den strukturellen Aufbau der Arbeit zu geben, wurde vor jedes Kapitel eine kurze Erläuterung gestellt, in der erklärt wird, welcher Inhalt dem Leser wahrum erwartet.

Die abwechselnd gewählte männliche bzw. weibliche Form steht jeweils pars pro toto, wechselt je nach Kontext und stellt keine Bewertung des jeweils anderen Geschlechts dar.

Um den „konzeptionellen Charakter“ des Case Management nachvollziehbar zu machen, wird im ersten Kapitel auf historische Entwicklungsbezüge verwiesen. Dabei handelt es sich um keine erschöpfende Darstellung. Es soll lediglich auf für das Case-Management-Konzept wichtige historisch-sozialrechtliche Eckpunkte verwiesen werden. Nach einem allgemeinen Überblick der Case-Management-Entwicklung aus der Perspektive Sozialer Arbeit, werden hilfesystemische Veränderungen im anglo-amerikanischen Raum aufgezeigt die Maßgeblich zur Entwicklung eines Case Management beitragen. Anschließend wird auf die bundesrepublikanische Adaption des Konzepts unter der Begrifflichkeit des „Unterstützungsmanagement“ eingegangen. Schließlich werden sich im Case Management wiederspiegelnde paradigmatische und methodische Strömungen Sozialer Arbeit skizziert.

1. Entwicklungskontexte des Case Management

Wendt (2010a, S. 5) betont, dass das Case Management sich innerhalb der Sozialen Arbeit entwickelte. Die zunehmende Deinstitutionalisation und Enthospitalisierung in den USA in den 1970er Jahren ging mit dem Erfordernis einher, die klassische Soziale Einzelfallhilfe (Case Work) um eine effektive und effiziente Vernetzung und Koordination lebensweltlicher und hilfesystemischer Ressourcen zu erweitern. Aufgrund des Abbaus stationärer Versorgungseinrichtungen im Sozial- und Gesundheitssystem zugunsten einer ambulanten Versorgung, wurde der Zugang zu den Leistungen sowie deren Qualität für potentielle Klientinnen bzw. Nutzer komplex und teilweise unüberschaubar (Remmel-Faßbender, 2008, S. 27). Case Management soll hier Abhilfe schaffen indem durch dieses das Ziel verfolgt wird, informelle Ressourcen der Lebenswelt der Klientinnen und formelle Leistungen des Sozial- und Gesundheitssystems entsprechend der klientären Bedarfe zu mobilisieren, zu vernetzen und zu koordinieren. Es geht, so Kleve, Müller und Hampe-Grosser (2010, S. 22) um die

Analyse, Gestaltung und Aktivierung von:

- 1.) klienteneigenen (persönlichen) Ressourcen
- 2.) lebensweltlichen, informellen Netzwerken bzw. privaten sozialen Beziehungen,
- 3.) öffentlichen, formellen Netzwerken bzw. professionellen sozialen Beziehungen sowie
- 4.) [...] die Vermittlung, Verschränkung und Koordination von informeller und formellen Hilfen.

Case Management setzt als Vermittlungsarbeit somit auf eine Entsprechung von Leistungen des Versorgungssystems und den Bedarfen von Personen, bezogen auf den Einzelfall (Wendt, 2007, S. 543). Da Case Management, insbesondere im Rahmen Sozialer Arbeit, zuvorderst auf informelle Unterstützungs- und Hilfeangebote setzt und erst, wenn diese nicht mehr ausreichen, auf professionelle Hilfe zurückgreift, orientiert es sich an klientären Ressourcen (Meinhold, 2011, S. 641–642).

Neben der Sozialen Einzelfallhilfe zeigt sich nach Ewers (2005a, S. 41) eine weitere Traditionslinie des Case Managements in der Gemeinwesenarbeit des ausgehenden 19. Jhd. im Rahmen der US-amerikanischen Siedlerbewegung. Einwanderer wurden, nach der Ermittlung ihres Versorgungsbedarfs, an geeignete Leistungserbringer vermittelt oder neue Versorgungseinrichtungen wurden zur Bedarfsdeckung geschaffen. Unter methodischer Perspektive zeigt sich bereits hier eine Verschränkung der sozialen Einzelfallhilfe mit Aspekten der Gemeinwesenarbeit, da um die aus individuellen Problemlagen erwachsenden Bedarfe zu decken, Ressourcen des sozialen Raums herangezogen wurden (Kleve, 2011a, S. 45; Wendt, 2010b, S. 15–16).

1.1 Entwicklung des Case Managements im angloamerikanischen Raum

Aufgrund neokonservativer Reformpolitik in den USA und Großbritannien erhält Case Management in den 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts eine sozial- und gesundheitspolitische Dimension. „Die Versorgungseinrichtungen wurden in diesem Zeitraum, basierend auf einer markt- und wettbewerbsorientierten Philosophie [...] in einzelne Segmente zerlegt, nach Produktlinien geordnet und in übergeordnete Wirtschaftseinheiten gegliedert.“ (Ewers, 2005a, S. 37). Diese Veränderungen verstärkten den Selbstverantwortungs- und organisationsgrad von Einrichtungen eines in den USA traditionell von dezentraler Steuerung gekennzeichneten Sozial- und Gesundheitssektors. Prinzipien der Subsidiarität und Solidarität stehen, nach Meinung von Ewers (2005a, S. 34), in diesem hinter Wettbewerbs- und Konkurrenzvorstellungen. Durch die damit einhergehende Betonung eigener Interessen der Einrichtungen, arbeiteten diese eher autonom und ohne Koordination und Kooperation, was durch Deinstitutionalisierung und Privatisierung in diesem Sektor weiter vorangetrieben wurde. Case Management sollte hier Abhilfe schaffen, da durch dieses die Bedarfslagen (potentieller) Nutzer effizient und effektiv mit Hilfsangeboten in Übereinstimmung gebracht werden sollten (Hansen, 2006, S. 19). In den USA und Großbritannien führte die sozialpolitische Betonung von Case-Management-Strategien zu unterschiedlichen Konsequenzen in Bezug auf die Anwendung des Case Managements.

Vor dem Hintergrund gesetzlicher Grundlagen wurde in Großbritannien Case Management unter dem Begriff Care Management eingeführt. Es wurde sich für diese Begrifflichkeit entschieden, da „der Prozess der Versorgung und nicht die einzelne Person als ‚Fall‘ zu managen sei“ (Wendt, 2010b, S. 20). Zuständig für die Hilfeplanung und Bedarfsprüfung von Versorgungsbedürftigen ist die Care Managerin der lokalen Sozial- und Gesundheitsbehörde. Diese stellt für den Einzelfall das passende Leistungspaket zusammen. In dieser Funktion entscheidet sie über die Gewährung von Leistungen. Erbracht werden diese von einem Dienstleister der seine Leistungen auf einem „Markt der Sozial- und Gesundheitsdienste“ (ebd.) anbietet. Als Steuerungselement im System der humandienstlichen Versorgung trägt Case bzw. Care Management so zu einer Aufgabentrennung zwischen Kostenträger und Leistungserbringer sowie zu einer Förderung nichtstaatlicher Dienstleistungen bei. Da das Care Management den Prozess der partizipativen und kooperativen Bedarfsermittlung im Assessment betont welche, so Hansen (2006, S. 20), als Kernkompetenz der Sozialen Arbeit zu betrachten ist, ging die gesetzliche Verankerung von Care Management in Großbritannien seiner Meinung nach mit einer Stärkung der dortigen professionellen Sozialarbeit einher.

In den USA führten die Veränderungen im Gesundheitswesen zu einer Annahme des Case Managements durch die professionelle Krankenpflege. Insbesondere Managed-Care, mit dem „Systeme der gesundheitlichen Versorgung“ zu bezeichnen sind, „in denen die Finanzierung der Leistungen mit

ihrer effizienten Erstellung verbunden wird“ (Wendt, 2010b, S. 25), führte zu einem Aufschwung des Case Managements im pflegerischen und medizinischen Bereich. Case Management ist hier als Prozesslenkung zu verstehen, indem es den Zugang zu Leistungen für potentielle Nutzer gleichzeitig steuert und sicherstellt. In einem so verstandenen Case Management geht es zum einen um die Gestaltung eines optimalen Behandlungsverlaufs im stationären Bereich mit dem Ziel, die einzelnen Behandlungsmaßnahmen zu koordinieren und aufeinander abzustimmen. Zum anderen geht es um die Verbindung der Akutversorgung mit einer dieser nachfolgenden ambulanten Versorgung und Rehabilitation. Krankenschwestern oder Pfleger übernehmen hierbei die Rolle des Case Managers/der Case Managerin und stimmen die Behandlung „ihres Patienten“ mit allen Beteiligten ab (Wendt, 2010a, S. 5, 2010b, S. 22–25).

1.2 Etablierung des Case Managements im Bundesrepublikanischen Raum

Ewers und Schäffer (2005) betonen, dass die in Deutschland Anfang der 1990er Jahre unter dem Begriff Unterstützungsmanagement eingeführten Case-Management-Konzepte sich an angloamerikanischen Konzepten orientierten. Diese waren, wie beschrieben, durch Ökonomisierungstendenzen geprägt und konzentrierten sich stark auf die Seite des Versorgungssystems. Die Konzepte die um die Wende vom 19. zum 20. Jhd. entstanden und ihre Wurzeln in der Gemeinwesenarbeit und der Sozialen Einzelfallarbeit hatten, wurden weniger akzentuiert.

Der Begriff „Unterstützungsmanagement“ bezeichnet kein neues, in sich geschlossenes Case-Management-Konzept, vielmehr bündelt es in unterschiedlichen Kontexten in Reaktion auf jüngere sozial- und gesundheitspolitische Anreize geformte Konzeptbausteine und versucht diese von klassischen Formen des Case Management abzugrenzen. (Ewers & Schaeffer, 2005, S. 12)

Für Kusch und Kanth (2006) ist Case Management in das deutsche Gesundheitswesen vornehmlich mit der Intention eingegangen, „die Fragmentierung und Zersplitterung von Diensten von Leistungsangeboten zu überwinden, [sowie] die Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung zu steigern“ (S.13). Für Wendt (2010a) liegt der Grund für die zunehmende Etablierung von Case Management über professionelle Grenzen hinweg in der Ermöglichung einer „zielgerichteten, koordinierten und integrierten, rechenschafts- und abrechnungsfähigen und auf Partizipation von Nutzern ausgerichteten, mithin individualisierten Versorgung“ (S. 5), die in Anbetracht der Veränderungen im deutschen Sozial- und Gesundheitswesen zunehmend gefordert ist.

In einem mehrgliedrigen und wenig aufeinander abgestimmten bürokratischen Sozial- und Gesundheitssystem verspricht sich die Sozial- und Gesundheitspolitik von Case Management eine Steige-

rung der Effizienz- und Effektivität. Es soll durch die Zusammenführung der Leistungen verschiedener Versorgungssysteme und Professionen für eine ökonomische Fallführung sorgen, mit der Intention, ein mikro- und makroökonomisch ineffizientes und berufsständisch geprägtes Versorgungssystem auszugleichen. Zusätzlich soll die Patientenversorgung optimiert werden, da Case Management durch die Begleitung des Klienten innerhalb des Versorgungssystems dessen Selbststeuerung und damit dessen Souveränität betont (Brinkmann, 2010, S. 6–7).

Die hier beschriebene Betonung der Eigenverantwortlichkeit des Bürgers zeigt sich somit einerseits in der Reduzierung staatlicher Verantwortung für vormals gesetzlich verankerte Wohlfahrtsleistungen, andererseits im Prinzip des aktivierenden Sozialstaats, der der Prämisse „Fordern und Fördern“ folgt. Die Veränderungen spiegeln sich in der Gesetzgebung der Sozialgesetzbücher wieder (Remmel-Faßbender, 2007, S. 86). Als Beispiel hierfür lässt sich nach Gissel-Palkovich (2010a, S. 121–122) §14 SGB II anführen, da hier durch den Gesetzgeber ein Fallmanagement nahegelegt wird, für das sich ein Vorgehen nach Case-Management-Strategien besonders eignet.

1.3 Spiegelung der Paradigmen- und Methodenentwicklung Sozialer Arbeit im Rahmen des Case Managements

Es konnte aufgezeigt werden, dass das Case Management durch hilfesystemische Veränderungen und damit einhergehenden Anforderungen im Rahmen Sozialer Arbeit entstanden ist. Angestoßen durch gesundheits- und sozialpolitische Reformen hielt es Einzug in Berufsfelder über die Soziale Arbeit hinaus und stieß insbesondere im Bereich der medizinischen Versorgung auf Resonanz. Als Methode Sozialer Arbeit ist die Entwicklung des Case Managements vor dem Hintergrund der Paradigmen- und Methodenentwicklung, welche im Rahmen Sozialer Arbeit stattfand, zu betrachten. Wie oben beschrieben steht das Case Management in einer Traditionslinie zur Sozialen Einzelfallhilfe und der Gemeinwesenarbeit. In Deutschland orientierte sich die Einzelfallhilfe nach dem Zweiten Weltkrieg an Konzepten aus dem US-amerikanischen Raum. Diese waren vornehmlich psychoanalytisch geprägt, wodurch die Ich-Funktionen des Klienten im Fokus standen. Eine so orientierte Einzelfallhilfe sah klientäre Probleme vorwiegend im Individuum begründet (Meinhold, 2011, S. 638).

Das *Casework* [Hervorhebung im Original] in seiner sozusagen klassischen, psychoanalytisch fundierten, therapeutischen Ausprägung ist eine prinzipiell lineare Methode. [...]. Im Zentrum des Denkens und Handelns steht »der Klient« und die lineare Beziehung Sozialarbeiter-Klient [Hervorhebung im Original]. Die Casework-Theorie sieht zwar, dass die Probleme des Klienten sich dadurch manifestieren, dass der Klient in seiner »Umwelt«, in der praktischen Lebensbewältigung Schwierigkeiten hat.

Aber diese äusseren Probleme sind für das Casework in erster Linie Symptome einer inneren, psychischen Problematik des Klienten. (Lüssi, 2008, S. 59)

Das hier vorzufindende Ursache-Wirkungsdenken wurde von einer Systemsicht abgelöst, in der Probleme und Defizite einer Person nicht als in deren Eigenschaften begründet gesehen, sondern mit sozialen Strukturen in Verbindung gebracht werden. Probleme ergeben sich aus dieser Sicht durch die Selbstorganisation von Systemen. Um sie zu beheben müssen folglich die Strukturen innerhalb des Systems bearbeitet werden. Die Person wurde nun verstärkt in ihren biopsychosozialen Bezügen wahrgenommen. Es werden institutionelle Bedingungen berücksichtigt und in die Problemanalyse und -bearbeitung einbezogen. Vor allem durch die Verbreitung familientherapeutischer Modelle rückten Beziehungs- und Kommunikationsmuster im Rahmen der Einzelfallhilfe in den Fokus sowie der Umgang mit widersprüchlichen Zielen und mehrdimensionalen Problemen. Im Zuge sozialökologischen Denkens geriet der Blick zunehmend auf ökologische, ökonomische und soziale Bedingungen als überindividuelle Merkmale individueller Problemlagen. Aus dieser Perspektive heraus entstanden das Empowerment-Konzept und das Konzept der Sozialen Unterstützung. Ersteres betont die Fähigkeit einer Person zur Selbstständigkeit und Selbstorganisation, wodurch Problemen dadurch entgegnet wird, indem Möglichkeiten zur Entfaltung der eigenen Potentiale geschaffen werden. Soziale Unterstützung fokussiert Ressourcen, welche sich in den Beziehungsgeflechten einer Person befinden und nutzt diese für die Bearbeitung von Problemlagen (Ningel, 2011, S. 12–13). Beide Konzepte verweisen auf eine sozialräumlich orientierte Soziale Arbeit, die durch eine feldbezogene Arbeitsweise Anregungen im Sozialraum schafft und Ressourcen in diesem zu mobilisieren versucht, um individuellen Belastungen und Problemlagen entgegenzuwirken. Dabei baut sie auf Kooperationsstrukturen, die unabhängig vom einzelnen Fall etabliert werden und als informelle oder formelle Unterstützungsleistung für einen spezifischen Fall abgerufen werden können (Meinhold, 2011, S. 640–641).

Case Management ist vor dem Hintergrund des aufgezeigten Paradigmenwechsels als Hilfeform zu betrachten, welche über die Klient-Berater-Beziehung hinausgeht, indem unter Berücksichtigung des Kontextes der Lebenslagen von Menschen Probleme durch die Mobilisierung und Koordination informeller und formeller Netzwerke bearbeitet werden (Wendt, 2010a, S. 7). Als Methodenkonzept, wie Ningel (2011, S. 12–13) Case Management im Rahmen Sozialer Arbeit versteht, orientiert es sich an Konzepten wie Empowerment und Sozialer Unterstützung. Dabei zielt es „auf die Organisation der Hilfen, also auf die Art und Weise, wie Unterstützung organisiert, abgesprochen und durchgeführt wird“ (Ningel, 2011, S. 13) ab.

Nachdem historische Entwicklungsbezüge aufgezeigt wurden, wird das Case Management im folgenden Kapitel konturiert. Dies ist Voraussetzung um die Frage nach der Verortung des Case Management innerhalb der Sozialen Arbeit beleuchten zu können. Bei der Darstellung des Case Management wurde besonders darauf Wert gelegt, die Abhängigkeit der Ausgestaltung einer Case-Management-Konzeption von ihrer hilfesystemischen Einbettung aufzuzeigen.

2. Dimensionen des Case Management

Ewers (2005b, S. 54) beschreibt den Wesenskern – das Proprium des Case Management – trotz vielseitiger Case-Management-Konzepte als beständig. Die Leistungen eines hochgradig arbeitsteiligen Sozial- und Gesundheitssystem richten sich vorwiegend an organisatorischen Sachzwängen und hilfesystemischer Logik aus. Personelle Ressourcen der Patientinnen bzw. Klientinnen sowie Ressourcen der sozialen Umwelt werden wenig gesehen. Case Management hilft dabei, „formelle (professionelle) und informelle (privat-lebensweltliche) Hilfen zu initiieren und zu koordinieren“ (Kleve, 2011a, S. 46). Dabei steht es zwischen der Systemlogik der „Funktionssysteme der humandienstlichen Versorgung“ (Wendt, 2010d, S. 156) und der Kontingenz der Lebenswelt von Menschen. Probleme werden im Sinne der Hilfesysteme systemkonform wahrgenommen und bearbeitet. Hierbei etabliert sich ein Spannungsverhältnis zwischen hilfesystemischer Logik und Logik der individuellen Lebensführung, die Krisen, Belastungen und Konflikten vor dem Hintergrund subjektiv-individueller Erfahrungen begegnet. Case Management versucht hier eine Passung von „individuell nötiger Da-seinsvorsorge und unpersönlichen Versorgungsprozessen auf den Fall bezogen herzustellen.“ (Wendt, 2010d, S. 156). Es leistet Übersetzungsarbeit zwischen Bestrebungen und Strukturen von Personen und der Funktionsweise formeller Versorgung (Wendt, 2010d, S. 156–157).

Indem Case Management darauf ausgerichtet ist, langfristige Unterstützung zu etablieren, um die Bedarfe der Klienten über einen längeren Zeitraum zu decken, sowie verschiedene, teils unübersichtliche Dienstleistungsangebote bedarfsgerecht zu integrieren, berücksichtigt es die zeitliche und räumliche Dimension des Versorgungsgeschehens. Entlang eines gesamten Betreuungs- und Krankheitsverlaufs agiert Case Management quer zu den Grenzen von Versorgungseinrichtungen, Versorgungssektoren und unterschiedlichen Professionen (Ewers, 2005b, S. 54–55). Ziel ist es, durch eine bedarfsgerechte Koordination von informeller und formeller Hilfe „die Lebensqualität von Klienten oder Patienten zu verbessern“ (Bianco, Muhl & Palm Fiechter, 2007, S. 31).

Als Unterstützungsarbeit für Klienten mit Mehrfachbelastungen folgt es den Leitprinzipien der Ressourcen-, Lebenswelt- und Sozialraumorientierung. Ziel ist es, die Ressourcen der Umwelt der Klientinnen so zu aktivieren, dass diese für eine Lösung oder Minderung der Problemstellung nutzbar gemacht werden können. Dies geschieht auf Basis einer kooperativen Haltung, welche ihrerseits interdisziplinäres Denken voraussetzt. Case Management kommt damit die Funktion zu, Hilfeprozesse und Leistungen bedarfsgerecht zu planen und zu steuern, indem in enger Abstimmung mit dem Klienten bzw. dem Klientensystem entlang der individuellen Bedarfslagen gehandelt wird. Alle mit der Problemsituation befassten Akteure, seien sie informeller oder formeller Art, werden so koordiniert,

dass keine Brüche in der Versorgung entstehen und durch das Zusammenwirken eine bestmögliche Unterstützung erfolgt (Remmel-Faßbender, 2008, S. 26).

Case Management stellt als arbeitsintensiver und formalisierter Prozessablauf ein Verfahren für komplexe Problemlagen dar (Hansen, 2006, S. 28). Es ist ausgerichtet für Menschen mit einem umfassenden Unterstützungsbedarf, deren Situation vieldeutig und nicht sofort erfassbar ist. Zur Problembehandlung braucht es den Hinzuzug anderer Unterstützungsleister, woraus eine hohe (interprofessionelle) Akteursdichte im Hilfegeschehen erwächst (Gissel-Palkovich, 2010a, S. 124). Case Management hilft hier, da es sich nicht auf spezifische Beratungskonzepte beschränkt, sondern auf Grundlage einer Analyse der Lebenssituation verschiedene Hilfen entsprechend der Bedarfe vernetzt und aufeinander abstimmt. Voraussetzung dafür ist ein Hilfesystem auf das sich das Case Management stützen kann (Neuffer, 2013a, S. 9).

Case Management richtet den Blick sowohl auf den spezifischen Einzelfall wie auch auf die Case Management betreibende Organisation und das System der Versorgung. Indem im Rahmen des Case Management in Richtung des Klientensystems ebenso auf Kooperation gesetzt wird, wie in Richtung des Hilfesystems, steht es zwischen den Beziehungen der Leistungsträger, Leistungserbringer und Leistungsnehmer. Dabei wird das Ziel verfolgt, ein fallspezifisches Hilfesystem zu etablieren indem möglichst alle Akteure mit ihren Zielen und Absichten Berücksichtigung finden (Ewers, 2005b, S. 57; Wendt, 2010a, S. 6). So verstanden bringt Case Management den Klienten und Klientinnen die Gegebenheiten des sie betreffenden Hilfesystems näher und nimmt gleichzeitig ihre Belange im jeweiligen System wahr. Kennzeichnend ist hierbei eine Doppelrolle die sich systemseitig in der Koordination und Initiation von Unterstützungsleistungen im Umfeld einer Person oder Familie zeigt. Bezogen auf die Leistungsnehmer versucht es dahingehend zu wirken, ein auf die Wohlfahrt und Lebensqualität der Klienten gerichtetes Ziel zu erreichen. Im Sinne des Empowerments versucht Case Management diese zu befähigen, sich in für ihre Lebensführung relevanten Systemen zu bewegen. Um eine Partizipation am Hilfeprozess zu ermöglichen wird die lebensweltliche Semantik des Klientensystems mit der des Hilfesystems zusammengeführt (Wendt, 2008, S. 17–18).

Grundsätzlich muss im Case Management zwischen Fall- und Systemebene unterschieden werden. Während es „Nutzerseitig [...] die Gestaltung der individuellen Lebensführung und die Kooperation von Betroffenen und Beteiligten für Bewältigungs- und Besserungsabsichten in Anspruch nimmt“, zielt es auf das System bezogen auf „die Organisation des Leistungsgeschehens und die Kooperation und Vernetzung von Akteuren in ihm“ (Wendt, 2010a, S. 6) ab. Das Case Management unterscheidet sich auf Fallebene von der klassischen Einzelfallhilfe dadurch, dass es das Hilfesystem konsequent von den Erfordernissen des Falls heraus zu steuern versucht. Eine solche fallspezifische Steuerung

setzt eine fallübergreifende bzw. fallunspezifische Steuerung voraus (Faß, 2010, S. 68–69). Damit nimmt es Einfluss auf die Qualität der sozialen Infrastruktur und ist zugleich deren Nutzer. Die Angebots- und Versorgungsstruktur wird verbunden mit der Steuerung der Prozesse im Einzelfall. Die Case Managerin nimmt somit fall- und organisationsübergreifende Aufgaben war, indem sie mit und in regionalen Netzwerken arbeitet (Gissel-Palkovich, 2010a, S. 125–126). Da sich im Case Management Fall- und Systemebene gegenseitig beeinflussen und dessen Wirksamkeit determinieren ist die Verankerung des Case Managements in der Organisation notwendig. In diesem Rahmen bezieht sich dessen Systemsteuerungskomponente auf „alle Aktivitäten, die fallübergreifend, aber einrichtungsbezogen sind“ (Löcherbach, 2008, S. 30–31). Es kann „als ein Element im Spektrum anderer Handlungskonzepte der Organisation oder als strukturbildendes Element für die gesamte Organisations(einheit)“ (ebd.) implementiert werden. Auf Ebene der regionalen Netzwerke werden im Rahmen des Case Managements Hilfen so abgestimmt, dass eine effektive und effiziente Versorgung im Sinne einer optimalen Nutzung hilfesystemischer Ressourcen akzentuiert wird. In diesem Zusammenhang weist Neuffer (2013b, S. 12) darauf hin, dass Aktivitäten auf der Makroebene des Dienstleistungs- und Versorgungssystems, auch wenn sie im Case Management Beachtung finden müssen, über die Handlungsmöglichkeiten des einzelnen Case Managers hinausgehen und eher in das Aufgabenspektrum eines Care Managements fallen.

Vor diesem Hintergrund ist Case Management als hochkomplexes Konzept zu betrachten, „das [...] hoch anspruchsvoll ist, weil es inner- und interorganisatorische Innovationen voraussetzt, die ‚nicht einfach mal so‘ realisiert werden können, die vielmehr komplexe Implementierungsprozesse und damit einhergehend strategische Klugheit voraussetzen“ (Kleve, 2009a, S. 62). Die Anwendung von Case Management im medizinischen, pflegerischen sowie dem sozialen Sektor verbunden mit einer Varianz hinsichtlich „Zielsetzung, der Funktion und Qualifikation des Case Managers, des Leistungsvolumens und der institutionellen Rahmenbedingungen“ (Ewers, 2005b, S. 53–54) führt zu einer breiten Palette von Case-Management-Programmen (Ewers, 2005b, S. 53–54; Löcherbach, 2003, S. 5–6). Sie reichen von „einer ausgeprägten Klientenbezogenheit (consumer driven) mit sehr hohem beraterischen Engagement [...] und Konzepten, deren zentraler Fokus die wirtschaftliche Patientensteuerung in Kliniken auf Organisationsebene ist“ (Remmel-Faßbender, 2008, S. 31). Die hohe Anpassungsfähigkeit des Case Managements an die Gegebenheiten zeigt sich als Schwäche, wenn es, befördert durch eine fehlende verbindliche und einheitliche Definition, ohne Beachtung theoretischer und ethischer Prinzipien unvollständig implementiert wird. „Erst wenn Case Management auch im organisatorischen und politischen Kontext implementiert ist, kann im Sozial- und Gesundheitswesen von einem vollständig implementierten Case Management gesprochen werden.“ (Bianco et al., 2007, S. 31) (Bianco, Muhl & Palm Fiechter, 2007, S. 31–33).

2.1 Phasen des Case Management

Wie aufgezeigt, kennzeichnet das Case Management trotz seiner Heterogenität im Hinblick auf sein empirisches Erscheinungsbild ein Paradigmenwechsel, der sich in Anlehnung an Ewers (2005b, S. 53–54) vornehmlich durch

- a) die Verbindung zwischen Einzelfallebene (einschließlich ihrer lebensweltlichen Unterstützungspotentiale),
- b) der Ebene der Organisation und
- c) der Ebene der institutionellen Netzwerke

zeigt. Alle drei Ebenen sind durch das Handlungskonzept miteinander verknüpft und aufeinander bezogen (Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. [DGCC], 2011, S. 4).

Obwohl hinter Case-Management-Programmen unterschiedliche Philosophien, Komponenten und Modelle stehen, kennzeichnet ein Case-Management-Regelkreis einen fachlich gebotenen Case-Management-Versorgungsablauf. Dieser entspricht mit seinen Phasen anderen Formen systematischen Handelns, z.B. dem Diagnose- und Therapieziel aus der Medizin. Im Wesentlichen besteht er aus verschiedenen Komponenten, die von unterschiedlichen Autoren verschieden betont und ausdifferenziert werden. Die Basis-Komponenten sind aber in jedem Case- Management-Konzept enthalten (Kusch & Kanth, 2006, S. 13–14).

In einem ersten Schritt werden die potentiellen Nutzer informiert, für welche Bedarfslagen das Verfahren vorgesehen ist, sowie welche Dienstleistungen in Anspruch genommen werden können. Danach erfolgt die Bedarfserhebung im Rahmen des Assessment. Auf dieses aufbauend werden Leistungspläne erstellt und die erforderlichen Dienstleistungen organisiert. Der Leistungsprozess wird kontrolliert und am Ende evaluiert. Im englischen wie auch im deutschen Sprachraum werden die Ablaufphasen unterschiedlich differenziert und benannt (Ewers, 2005b, S. 72–73; Hansen, 2006, S. 18).

Die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (2011, S. 4–6) charakterisiert das Case Management auf Einzelfallebene durch die zentralen Inhaltsbereiche Klärungsphase, Assessment, Serviceplanung, Linking, Monitoring und Evaluation. Die Phasen helfen die Komplexität der Problemstellung(en) eines Falles zu erfassen. Auf der anderen Seite tragen sie durch ein strukturiertes Vorgehen dazu bei, Problemkomplexität zu reduzieren. Die Phasen stehen in enger Wechselwirkung zueinander und setzen sich gegenseitig voraus. Gleichzeitig kann von einer „späteren“ Phase in eine „frühere“ gewechselt werden. Die Rekursivität der Phasen verdeutlicht den Prozesscharakter des Case Management. Als grundsätzlich heuristisches Modell gibt es Handlungsanweisungen über ver-

schiedene Klassen von Situationen des Hilfeprozesses. Schließlich ermöglicht ein rekursives Vorgehen die Anpassung der Hilfe an Veränderungen die u.U. auf den Hilfeprozess selbst zurückzuführen sind.

Die einzelnen Phasen werden im Folgenden beschrieben. Aufgrund der oben bereits erwähnten autorenabhängigen Variation in der Beschreibung der Phasen bzw. Inhaltsbereiche des Case Managements bilden die Rahmenempfehlungen zum Handlungskonzept Case Management (vgl. DGCC, 2011) die Grundlage der Ausführungen.

2.1.1 Klärungsphase

Die Klärungsphase zielt im Allgemeinen auf die Überprüfung ab, ob für die klientäre Problemkonstellation ein Case Management der Organisation, die dieses betreibt, in Frage kommt. Diese Entscheidung zwischen Case-Management-Stelle und Klienten ist unmittelbar gebunden an den Zugang (Access) zum jeweiligen Case Management und an organisationgebundene Kriterien der Klientenauswahl (Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. [DGCC], 2011, S. 15). Um auf Seiten der Organisation die Zielgruppe des Case Management festzulegen, braucht es eine Analyse der Bedarfe und Bedürfnisse potentieller Klientinnen und Klienten sowie Kenntnisse über das bestehende Hilfesystem vor Ort. Grundsätzlich geht es darum, für das Klientel, für das die Einrichtung inhaltlich-thematisch festgelegt ist, die Klientinnen und Klienten herauszufiltern die Case Management brauchen (Ningel, 2011, S. 106).

Dieser Arbeitsschritt besteht in der Auswahl von Klienten/Patienten, die spezifische psycho-soziale und/oder medizinisch-pflegerische Dienstleistungen benötigen oder in besonderer Weise von Case Management profitieren können. [...]. Der Case Manager prüft [...] zunächst die individuellen Zugangsvoraussetzungen und Anspruchsberechtigungen des Klienten/Patienten, bindet ihn bei positiven Bescheid in das jeweilige Case-Management-Programm ein (Bower 1992) und gewährt sodann Zugang zu den angebotenen Dienstleistungen. (Ewers, 2005b, S. 72–74)

Die Art und Weise, wie Menschen Zugang zu Case Management finden, ist mit Öffentlichkeitsarbeit für das Angebot verbunden. Kommt es zu einem Kontakt mit einer potentiellen Nutzerin, wird mit Hilfe eines Screenings überprüft, ob die Situation oder Berechtigung einer Person Leistungen in Anspruch zu nehmen mit der Dienstleistung der Einrichtung zusammen passt. Voraussetzung hierfür ist die Festlegung auf eine Zielpopulation auf Seiten der Case Management betreibenden Organisation. Diese kann Anhand unterschiedlicher Kategorien bestimmt werden, wie z.B. nach Art der Problematik oder der Berechtigung Leistungen, für die die Organisation zuständig ist, zu empfangen. Die Ein-

teilung nach Fallgruppen, in deren Rahmen nach sachlichen oder rechtlichen Kriterien eine Zuteilung erfolgt, unterstützt den Screening-Prozess (Wendt, 2010b, S. 131–135).

Grundsätzlich ist Case Management indiziert, wenn „Versorgungssysteme, in denen unterschiedliche Professionen tätig sind und die i.d.R. einrichtungsübergreifend fungieren, auf die komplexe Hilfesituation der Adressaten/Klienten der Hilfe ausgerichtet werden sollen“ (DGCC, 2011, S. 3). Auf Seiten der Klienten zeigt sich die Erfordernis eines Case Managements dann, wenn eine komplexe Bedarfslage vorliegt, die eine aufeinander abgestimmte Beteiligung mehrerer verschiedener Dienstleistungen notwendig macht. Zudem ist Case Management für Personen vorgesehen, auf deren Einzelfall bezogen Regelversorgungspfade nicht greifen und die Annahme professioneller Hilfe notwendig ist, da die potentiellen Nutzer über nicht ausreichend Ressourcen zur Problembewältigung verfügen. „Die Voraussetzung zur Anwendung von Case Management ist die Fähigkeit und [...] Bereitschaft des Adressaten-/Klientensystems, den Hilfeprozess mit zu gestalten und zu verantworten.“ (DGCC, 2011, S. 3) (DGCC, 2011, S. 3).

Während die Schritte des Zugangs und der Festlegung der Zielgruppe sich auf Entscheidungsprozesse auf Organisationsebene beziehen, bezieht sich das Intake auf die Klärung ob ein potentieller Nutzer die organisationalen Voraussetzungen für ein Case Management erfüllt. Es akzentuiert den interaktionellen Aspekt der Klärungsphase. Anhand von vorher festgelegten Kriterien erfolgt ein Eingang in den Dienst oder die Vermittlung an eine andere Stelle. Auf der anderen Seite wird der potentielle Nutzer über Aufgaben und Arbeitsweise der Case Management-treibenden Organisation aufgeklärt (Wendt, 2010b, S. 131–135). Ziel des Intakes ist „die Klärung der Eingangsbedingungen des Hilfe- bzw. Unterstützungsprozesses, in dem sich beide Seiten vergewissern, ob sie willens und in der Lage sind, erfolgreich zu kooperieren“ (Trube, 2005, S. 93).

2.1.2 Assessment

Findet eine Nutzerin Eingang in den Case-Management-Prozess, weil Case Management aufgrund der Versorgungs- und Lebenssituation grundsätzlich indiziert ist, stimmt sie diesem zu und erfüllt die organisationsspezifischen Voraussetzungen für dieses, folgt die Phase des Assessment. Dieses hat eine möglichst umfassende Erfassung und Bewertung der Situation einer Person durch Beschreibung, Analyse und Bewertung des Ist-Zustandes zum Ziel. Auf Grundlage der in diesem Prozess erhobenen Informationen und Daten lässt sich im weiteren Verlauf der Phase ein Bedarf an Unterstützung schlussfolgern (Wendt, 2010b, S. 137).

Neuffer (2009) verweist darauf, dass das Assessment „eine Analyse der Situation, eine Einschätzung und eine Prognose“ (S. 77) in sich vereint. Die Analyse bezieht sich auf individuelle, familiäre und

umweltbezogene Faktoren. Es geht hierbei um die Erhebung des bio-psycho-sozialen Status der Klientin. Neben der Analyse von Defiziten in Bezug auf die Selbstversorgung und den individuellen Versorgungsbedürfnissen des Klienten werden Ressourcen und Kompetenzen erhoben, die in der Person und/oder ihrem sozialen Umfeld liegen (Ewers, 2005b, S. 75–76; Neuffer, 2009, S. 78). Die Daten und Informationen des Assessment bilden die Voraussetzung und Grundlage für die Zielformulierungen in Bezug auf die Hilfe und die zu beteiligende Dienstleister. Sie werden auf der einen Seite aus Sicht der Klientin und des Klientensystems erhoben. Als solche geben sie Auskunft über den subjektiven Bedarf. Daneben werden Informationen zu klientären Ressourcen und Problemen aus fachlich-professioneller Sicht eingeholt. Hierbei wird Bezug auf das Versorgungssystem mit dem im Einzelfall beteiligten Diensten und Hilfemaßnahmen genommen. Diagnosen werden integriert oder deren fachliche Notwendigkeit durch das Assessment angeregt (DGCC, 2011, S. 17–20).

Für Wendt (2010b, S. 138–142) stellt das Assessment eine Situation dar, in der beruflich Tätige mit persönlich Betroffenen in Kontakt und Austausch treten, woraus sich unterschiedliche Interpretationen und Bewertungen der gegebenen Lage ergeben. Der Assessmentprozess steht für ihn daher in einem Spannungsverhältnis zwischen „objektiver“, fachlicher Bewertung und Einschätzung der klientären Lebenssituation und subjektiver, durch den Klienten. Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass ein (episodischer) Perspektivenwechsel von der Bewertung der Situation anhand fachlicher Kriterien hin zur Erkundung klientärer Selbsthilfepotentiale und Problembeschreibungen durch die Case Managerin das Gelingen eines Case-Management-Prozesses wahrscheinlicher werden lässt. Damit ist der Bezug auf Kriterien gemeint, mit denen der Klient selbst und das persönliche, soziale Umfeld sein Handlungsvermögen bewerten. Die systematische Erhebung von Informationen zur objektiven und subjektiven Lebenslage bildet ein Konglomerat aus äußerer Lebenssituation, innerer Situation sowie der Lebensgeschichte und Lebensperspektive. Hierbei stellt besonders die biographische Dimension der Lebens- und Familiengeschichte eine wichtige Rolle, da diese Aufschluss über subjektive Bewertungsschemata auf Klientenseite bietet. Auf diese Weise können „intersubjektiv - auch unter Einbeziehung von Dritten und der Umwelt - Potentiale und Barrieren des Hilfeprozesses eruiert und vergewissert werden“ (Trube, 2005, S. 93).

Die Informationen aus dem Prozess der Analyse werden auf Grundlage einer Gegenüberstellung bewertet und mit der Klientin kommuniziert. Die Kommunikation ermöglicht die Erhebung von Schnittmengen und Unterschieden über die subjektive und objektive Einschätzung in Bezug auf die Versorgungs- und Lebenssituation (DGCC, 2011, S. 17–20). Ziel ist die Identifikation von zu bearbeitenden Problemstellungen und deren aufrechterhaltenden und auslösenden Faktoren. Stimmen die Einschätzungen von Case Manager und Klientin nicht überein, müssen Konsequenzen dieser Unter-

schiedlichkeit herausgearbeitet werden. Wichtig ist, trotz Differenzen übereinstimmende Bereiche bezüglich eines Hilfebedarfs ermitteln zu können. Aus einer tragfähigen Definition der Hilfebedarfe lässt sich darauf schließen in welcher Reihenfolge welche Probleme angegangen werden. (Neuffer, 2009, S. 93).

Der Assessment-Prozess ist für das Case Management von zentraler Bedeutung, da die in systematischer Art und Weise gewonnenen und erhobenen Daten die Grundlage für einen individuellen und bedarfsorientierten Versorgungsplan bilden (Ewers, 2005b, S. 75–76). Neuffer (2009, S. 92) weist darauf hin, dass „der Prozess der Einschätzung [...] sich durch die gesamte Hilfestellung“ zieht. Grundsätzlich erfolgt das Assessment nach dem Intake zu Beginn des Case Management-Prozesses. Eine Wiederholung ist grundsätzlich in jeder anschließenden Phase des Case Managements möglich. Besonders wird es in der Phase des Monitoring und im Rahmen der Evaluation als Re-Assessment wiederholt (DGCC, 2011, S. 17–20).

Die systematische Bedarfsermittlung und deren -definition müssen die Gegebenheiten des Versorgungssystems berücksichtigen. Die Möglichkeiten mit denen Bedarfe gedeckt werden können werden im Assessment ebenso aufgezeigt. Daher geht es bei der Ermittlung der Bedarfe auch darum, „was überhaupt handhabbar und machbar (*manageable*) [Hervorhebung im Original] ist“ (Wendt, 2007, S. 557).

2.1.3 Serviceplanung

Auf Grundlage der Informationen des Assessment erfolgt in enger Abstimmung mit der Klientin und ihrem sozialen Umfeld die Entwicklung eines Service- oder Versorgungsplans. Im Serviceplan werden die Ziele der Hilfe und die zu deren Umsetzung notwendigen Unterstützungsleistungen festgehalten. Die Zielformulierung umfasst lang- und kurzfristige Ziele, die realisierbar und überprüfbar sein müssen. Zudem werden präventive und rehabilitative Aspekte der Gesundheitsförderung bei der Erstellung und Formulierung beachtet (Ewers, 2005b, S. 76–77). Da die Ziele dialogisch ausgehandelt werden, erhält der Serviceplan einen Vertragscharakter dessen Inhalte durch gegenseitige Einvernehmlichkeit gekennzeichnet sind. Der Serviceplan bildet die verbindlich vereinbarte Grundlage der Durchführung der Leistungen und Maßnahmen. Indem das Ineinandergreifen professioneller und informeller Hilfen berücksichtigt wird, folgt die Erstellung der Serviceplanung den Prinzipien des Empowerment mit dessen Betonung der Stärkung der klientären Kompetenzen unter Nutzung vorhandener personaler und systembezogener Ressourcen (DGCC, 2011, S. 21–24).

Grundlage der Serviceplanung bilden Zielformulierungen auf deren Basis die formelle und informelle Unterstützung, unter Berücksichtigung der Selbstsorge des Klienten, abgestimmt wird. Die formu-

lierten Ziele geben Aufschluss über die Aufgabenverteilung. Aus dieser ergeben sich Aufträge und Verantwortlichkeiten unterschiedlicher Akteure. Diese werden fixiert und schriftlich festgehalten (Wendt, 2010b, S. 150–152).

Ziele, als Beschreibung eines „erwünschten Zustand[es] oder eine[r] erwünschte[n] Handlungskompetenz in der Zukunft“ (Neuffer, 2009, S. 103), differenzieren sich in Reichweite und Zeit. Durch das Zusammenspiel unterschiedlicher Grade der Operationalisierung von Zielen, etabliert sich ein hierarchisch geordnetes Zielsystem mit verschiedenen Ebenen. Leitziele stellen grundsätzliche Orientierungen dar und liegen in weiter entfernter Zukunft als mittelfristige Teilziele. Diese beziehen sich auf zu verändernde Lebensbereiche und verbinden mehrere zeitlich kurzfristig ausgelegte Handlungsziele miteinander. Zeichnen sich Veränderungen im Zielsystem ab, werden diese von unten, aufgrund der zeitlich geringeren Reichweite der Handlungsziele, angeregt.

Leitziele beschreiben „ideale Zustände, Perspektiven und Werthaltungen [...] in einer weiter entfernten Zukunft“ (Neuffer, 2009, S. 104). Trotz ihrer langfristigen Orientierung stecken sie einen Rahmen und sollen Motivation für den Hilfeprozess ermöglichen. Teilziele bilden eine Scharnierfunktion zwischen Leit- und Handlungszielen. Da sie sich auf zu verändernde, belastende Lebensbereiche in Bezug auf die klientäre Ausgangssituation beziehen, strukturieren sie das Leitziel und regen zur Formulierung alternativer Handlungsziele an. Sie qualifizieren das Hilfegeschehen, da sie sich besonders für das Einbringen fachlicher Gesichtspunkte eignen. Handlungsziele beschreiben einen zu verändernden Zustand, der innerhalb kurzer Zeit erreicht werden soll. Sie charakterisieren sich durch eine Zeitangabe und das konkrete Benennen eines (operationalisierten) Zielzustandes in einem bestimmten (Problem-) Bereich. Sie lassen sich aufgrund ihrer Zeitkomponente und des Operationalisierungsgrads am besten messen und damit überprüfen (DGCC, 2011, S. 23; Neuffer, 2009, S. 103–107).

Aus der Zielformulierung erschließt sich die Benennung der beteiligten Dienste und Unterstützer aus informellen und formellen Netzwerken. Ebenso werden die Verantwortlichen für die Durchführung der jeweiligen Maßnahme benannt, genauso wie beteiligte Kostenträger. Ferner legen die Ziele die Reihenfolge und Stellung der Maßnahmen, also die zeitliche Planung des Hilfeprozesses fest. Wenn möglich werden im Serviceplan die Kosten der Maßnahmen benannt. Der Serviceplan wird einmal nach dem Assessment erstellt und den Erfordernissen des Hilfeprozesses, die sich im Linking und Monitoring zeigen, angepasst (DGCC, 2011, S. 21–24).

2.1.4 Linking

Das Linking betrifft die Umsetzung des Serviceplans. Die in ihm festgehaltenen Maßnahmen und Leistungen werden im Case-Management-Prozess mit der Absicht zusammengeführt, dass keine oder nur wenig Reibungsverluste im Rahmen des Hilfeprozesses entstehen. Das Ziel ist ein zweckdienliches Nutzbarmachen der Leistungen durch deren Individualisierung entsprechend der im Serviceplan vereinbarten Zielsetzungen. Das Linking bildet einen Zwischenschritt zwischen Hilfeplan und Ausführung der Maßnahmen. Es ist mit einem Kontraktmanagement verbunden. Für Ewers (2005b, S.77) stehen in dieser Phase des Case-Management-Regelkreises die „Verhandlung mit den Leistungsanbietern und Kostenträgern“ sowie die „Koordination des Leistungsgeschehens“ im Vordergrund.

Dazu werden im Prozess des Linking die richtigen Leistungsanbieter ermittelt und die Klientin im Hinblick auf die Kontaktaufnahme zum Angebot durch die Bereitstellung von Informationen vorbereitet. Sie wird bei der Inanspruchnahme der Leistungen von der Case Managerin begleitet und unterstützt. Durch den frühen Einbezug klientärer Erwartungen und Befürchtungen und deren Verbindung mit Ansprüchen der Anbieter wird die Voraussetzung geschaffen, Aufgaben an Dienstleister und informelle Unterstützer zu delegieren um die Leistungsnutzung zu stabilisieren. Die Klientin wird in dieser Phase auf das Versorgungsgeschehen vorbereitet, ebenso werden die Dienstleister auf die Gegebenheiten und Erwartungen der Nutzerin eingestellt (Wendt, 2010b, S. 155).

Hierbei muss die Case Managerin eine vermittelnde Position einnehmen, um die Qualität des Angebots hinsichtlich Zuständigkeit, Qualität und Individualisierung sicherzustellen. Insbesondere in der Kooperation bei parallel laufenden Hilfen unterschiedlicher informeller wie formeller Leistungserbringer, müssen die klientären Ziele durch gegenseitige Kommunikation und Transparenz Berücksichtigung erfahren. Die Position des Case Managers wird hier erleichtert, wenn er offiziell im Versorgungssystem dazu autorisiert ist, die Leistungen der unterschiedlichen Unterstützer zu vernetzen.

Das Linking findet pro Angebot einmalig statt, wobei hier berücksichtigt werden muss, dass im Case-Management-Prozess in der Regel verschiedene Angebote zu unterschiedlichen Zeiten benötigt werden. Dies macht eine aufeinander aufbauende Vermittlung nötig. Bei der Auswahl der Dienstleistungen ist auf die Relation zwischen Kosten und Nutzen zu achten. Die Aktivitäten werden dokumentiert und, sowie sich sozialplanerische Aufgaben ergeben, an entsprechende Stellen weitergeleitet. Ist aufgrund einer mangelnden Angebotsstruktur oder fehlenden Kooperationsbereitschaft der Leistungsanbieter eine Vermittlung und Vernetzung nicht möglich, ist ein systemsteuernder Eingriff in die Angebotsentwicklung auf Ebene der institutionellen Netzwerke nötig (DGCC, 2011, S. 26–28).

In der Phase des Linking wird in besonderer Weise die Rolle des Case Managers als Verbindungs- glied innerhalb der unterschiedlichen Systeme akzentuiert. Die Art und Weise wie diese Rolle wahrgenommen werden kann, ist auf hilfesystemischer Seite von der Legitimation des Case Management abhängig. Möglichkeiten und Grenzen bzgl. der Erfüllung der im Linking im Vordergrund stehenden Aufgabenstellungen sind Rückgebunden an die Positionierung des Case Management innerhalb der Organisation und des relevanten Hilfesystems (Ewers, 2005b, S. 77).

2.1.5 Monitoring

In der Phase des Monitoring findet die systematische Beobachtung des Hilfeverlaufs statt. Über diesen werden systematisch Daten erhoben und festgehalten. Durch das Monitoring soll die Sicherstellung der Leistungserbringung ebenso gewährleistet sein wie die Bewältigungsleistung des Klienten. Fortschritte werden registriert und dem weiteren Hilfeverlauf zugeführt (Wendt, 2010b, S. 155–156). Ziel ist es darüber hinaus, Abbrüche und Krisen zu vermeiden sowie auf „die Aufrechterhaltung der notwendigen Beziehungen und Netzwerke“ (DGCC, 2011, S. 30) hinzuarbeiten. Da im Monitoring überprüft wird, ob die im Assessment und der darauf aufbauenden Serviceplanung vereinbarten Ziele durch die Angebotsstruktur erreicht werden, steht es in direktem Bezug zu diesen Phasen (DGCC, 2011, S. 30–32).

Ewers (2005b, S. 77–78) betont in dieser Phase den Stellenwert des Re-Assessment. Für ihn geht es im Monitoring neben der Überwachung der Leistungen um die Erfassung sich möglicherweise wandelnder Bedarfe. Durch das Monitoring sollen Mängel in der Qualität der Leistungserbringung sowie durch veränderte Bedarfslagen unangebrachte Versorgungsangebote erkannt und verhindert werden. Das Re-Assessment macht es notwendig auf eine frühere Phase des Case-Management-Regelkreislaufs Bezug zu nehmen, indem Versorgungspläne neu erstellt, Versorgungsziele neu formuliert und evtl. Kontrakte mit anderen Leistungsanbietern geschlossen werden.

Für ein gelingendes Monitoring sind zuverlässige Kontakte zu den Klienten und Klientinnen sowie verbindliche Abmachungen über einen gegenseitigen Informationsaustausch mit formellen und informellen Unterstützern notwendig. Wie sich das Monitoring gestaltet ist von der Platzierung des Case Managements im System abhängig. Betreibt ein Leistungserbringer das Case Management, erfolgt eine Berichtserstattung an den Auftraggeber. Ist das Case Management beim Kostenträger selbst angesiedelt, verbinden die leistungserbringenden Dienstleister unter Umständen, durch dem im Monitoring enthaltenen Überprüfungsaspekt, mit dem Case Management eine ihre Leistungen kontrollierende Maßnahme. Dies kann zur Erschwerung der Kommunikation beitragen (Wendt, 2010b, S. 155–156).

Im Verlauf der Hilfe soll sich der Schwerpunkt des Monitoring von der Case Managerin zur Klientin hin verlagern. Diese soll selbst die Unterstützungsleistungen hinsichtlich der Ziele überprüfen und Korrekturen anregen. Grundsätzlich dauert das Monitoring solange wie ein spezifisches Angebot. Es durchzieht den gesamten Case-Management-Prozess. Die Informationen des Monitoring liefern wichtige Anreize in Richtung Systemsteuerung auf Ebene der institutionellen Netzwerke (DGCC, 2011, S. 30–32).

Systembezogen werden durch das Monitoring Informationen über das Versorgungssystem erhoben, die sich auf die Qualität und Quantität der tatsächlichen Leistungserbringung beziehen. Beiträge des formellen Versorgungssystems können auf ihr Passungsverhältnis mit lebensweltlichen Bewältigungsstrategien der Case-Management-Nutzer und ihres sozialen Umfeldes hin untersucht werden (Wendt, 2007, S. 557–558).

Dem Monitoring steht auf Ebene der Organisation das Controlling gegenüber. Dieses beobachtet die Abstimmung organisationaler Teilstufen im Hinblick auf die Funktionsweise des Gesamtsystems und meldet die Erkenntnisse an die Organisation zurück. In diesem Zusammenhang trägt ein Beschwerdemanagement dazu bei, Leistungsmängel des Hilfegeschehen und einzelner Hilfeleistungen offen zu legen und einer Bearbeitung durch die Organisation zuzuführen. Betreffen die Beschwerden eine Organisation, die Leistungen im Rahmen des Case-Management-Prozesses erbringt, geht die Beschwerde an die Fallführung. Betrifft die Beschwerde das Case Management selbst, richtet sie sich an die Case Management-treibende Organisation (Wendt, 2010b, S. 156–158).

2.1.6 Evaluation

Die Evaluation bezieht sich auf das Ende eines Case-Management-Prozesses. Sie findet statt, wenn die einzelnen Leistungen durchgeführt wurden oder wenn Leistungen von anderen Leistungsträgern und/oder Leistungserbringern verbindlich weiterverfolgt werden. Sie ist zudem bei vorzeitigem Abbruch des Case Managements auf Wunsch des Klienten oder aufgrund dessen mangelnder Kooperationsbereitschaft angezeigt. In diesem Fall nimmt die Case Managerin eine vermittelnde Position ein, aus dieser heraus sie die Gründe für den Abbruch unter Einbezug von Informationen des Klienten sowie anderer am Case Management Beteiligten evaluiert. Besteht weiterer Hilfebedarf, wirkt sie auf die Wiederaufnahme des Case Managements hin (DGCC, 2011, S. 34–35).

Eine Evaluation zielt auf die Auswertung des Einzelfalls ab und ist Nutzerbezogen ausgerichtet. Es geht darum, zu eruieren, was durch die Hilfe erreicht wurde und welche soziale Akzeptanz die Verhaltensänderung im sozialen Umfeld bewirkt. Ferner geht es um die Einschätzung der Klientin, wie sich die Hilfe auf ihre physische und psychische Verfassung ausgewirkt hat und welche Perspektiven

sich durch die Hilfe eröffnet haben bzw. welche Chancen genutzt oder nicht genutzt wurden. So verstanden dient die Evaluation einem Re-Assessment, mit dessen Hilfe die Situation der Klientin neu eingeschätzt wird. An dieses schließt, wenn möglich, „eine weitere Planung und Entscheidungsfindung an“ (Wendt, 2010b, S. 162) (Wendt2010b, S. 159–162).

In einem Re-Assessment werden Informationen über die klientäre Lebens- und Versorgungssituation nach den erbrachten Leistungen erhoben und den Informationen aus dem Assessment gegenübergestellt. Durch einen Abgleich mit den Zielen des Serviceplans lassen sich Veränderungen abbilden. Zusätzlich kann eine Fallkonferenz mit allen am Case-Management-Prozess beteiligten Leistungserbringern und der Klientin einberufen werden. In dieser können die erbrachten Leistungen aus der Perspektive unterschiedlicher Akteure ausgewertet und bewertet werden. Die im Serviceplan formulierten Ziele bilden die Grundlage der Reflexion und Bewertung von Einzelleistungen wie dem gesamten Case-Management-Prozesses.

Der Abschluss des Case-Management-Prozesses findet in gegenseitiger Übereinkunft aller am Case Management Beteiligten statt. Die Kontrakte der Zusammenarbeit in Richtung der Klientin und der Leistungserbringer werden aufgelöst. Die Arbeitsbeziehung zwischen Case Managerin und Klientin wird mit der Reflexion in Bezug auf die erreichten bzw. nicht-erreichten Ziele beendet. Bei nicht verwirklichten Zielen werden Gründe analysiert und weiterführende Lösungen erarbeitet wie z.B. eine Verlängerung des bestehenden Case-Management-Prozesses oder eine Weitervermittlung. Die Klientin wird ferner über ein Nachgespräch zum Zwecke der Nachhaltigkeit des Case-Management-Prozesses informiert sowie über Möglichkeiten der Kontaktaufnahme bei Krisen oder Fragen nach dem Abschluss aufgeklärt. Die Case Managerin erstellt eine Bilanz über die Effektivität und Effizienz des Case-Management-Prozesses unter Heranziehung aller vorhandenen Informationen. Sie fließen in das Qualitätsmanagement der Organisation sowie in deren Angebotsentwicklung ein (DGCC, 2011, S. 34–37).

Auf Ebene der Organisation gibt die Evaluation Auskunft hinsichtlich der Qualitätssicherung. Sie trägt, bezogen auf die erfolgten Interventionen, zum Erkennen von Schwächen und Stärken der Berufspraxis bei und gibt somit Informationen über weitere Notwendigkeiten der Qualifizierung der Fachkräfte sowie die Optimierung von organisationalen Abläufen und Strukturen. In ihrer Funktion der Rechenschaftslegung stellt die Evaluation Mikrodaten über individuelle Bedarfe, die Ziel- und Hilfeplanung sowie Erfahrungen in der Kooperation und Koordination bereit. Diese geben in Richtung des Versorgungssystems Auskunft über Erfordernisse sozialer Infrastrukturentwicklung. Mängel der Versorgung können auf dieser Grundlage offengelegt und neue, den Versorgungsbedarfen entsprechende Hilfeangebote, initiiert werden (Ewers, 2005b, S. 78–79; Wendt, 2007, S. 558).

2.2 Strukturelle Einbettung des Case Management

Case Management hilft dabei, die Ressourcen des Versorgungssystems durch die Ausrichtung an im Einzelfall angezeigten klientären Bedarfen effektiv und effizient zu nutzen. Eine vorwiegend sozial-rechtliche Ausrichtung des Versorgungssystems mit seinen unterschiedlichen Unterstützungsmöglichkeiten geht mit einer Differenzierung von medizinischer Behandlung, pflegerisch-rehabilitativer Betreuung und sozialen Hilfeangeboten einher. Diese werden ambulant teilstationär oder stationär erbracht, wobei laut Ewers und Schaeffer (2005, S. 8–10) gerade diese Sektionierung bei Übergängen zu Informations- und Ressourcenverlusten führt. Zusätzlich führt die Spezialisierung von Diensten im ambulanten Sektor zu Fragmentierung und Unübersichtlichkeit. Um den Problemlagen chronisch kranker, multimorbider Patienten und Patientinnen bzw. vielfach belasteter Klienten und Klientinnen gerecht zu werden, akzentuiert Case Management eine kontinuierliche Versorgung, die über eine auf die Bedarfsdeckung akuter Krankheits- oder Krisenepisoden ausgerichteten Angebotsstruktur hinausreicht. Die Planung einer Handlungsstrategie ist durch die Kooperation verschiedener Berufsgruppen und Akteure des Hilfesystems gekennzeichnet.

Gissel-Palkovich (2010a, S. 122) und Kusch und Kanth (2006, S. 14) stellen jedoch fest, dass eine Vielzahl von Case-Management-Konzeptionen mit je eigenen Akzentuierungen existieren. Da es sich beim Case Management um einen relativ offenen Ansatz handelt, ist dieses in unterschiedlichen Bereichen einsetzbar, womit eine vielfältige Ausgestaltungsmöglichkeit mit unterschiedlicher Zielsetzung und Reichweite einhergeht. Die unterschiedlichen Case-Management-Modelle sind eingebunden in sozial- und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen und der damit verbundenen Leistungsfinanzierung. Von dieser hängt nicht nur der Umgang mit Sozial- und Gesundheitsressourcen ab, sondern es werden auch unterschiedliche „konzeptionelle Leitlinien und handlungsleitende Prinzipien“ (Gissel-Palkovich, 2010a, S. 122) betont.

Wie im folgenden Schaubild von Klug (2005, S. 50) im Fall des Case Managements im US-amerikanischen Kontext zu sehen, positioniert sich ein spezifisches Case Management in einem Dreiecksverhältnis von Versicherung bzw. Leistungsträger, Leistungserbringer und Leistungsnehmer bzw. Nutzer/Klient. Die hier von Klug dargestellte Konstellation lässt sich auf deutsche Verhältnisse übertragen (vgl. Kohlhoff, 2012, S. 14).

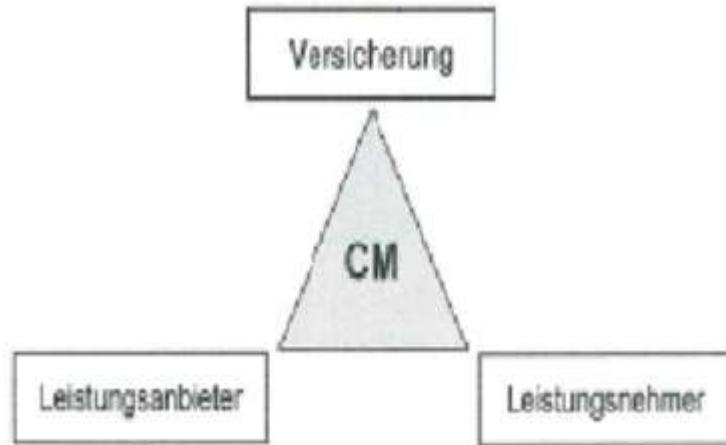


Abbildung 1: Case-Management-Leistungsdreieck (Klug, 2005, S. 50)

Wie sich ein Case Management gestaltet ist davon abhängig, welcher Akteur des Leistungsdreiecks dessen Auftraggeber ist und mit welcher Zielsetzung es im System verankert wird. Die Zielperspektive, also die Intention mit der Case Management von einem Akteur durchgeführt oder eine Case Management-treibende Organisation zur Durchführung beauftragt wird, bestimmt die Ausrichtung des Case Managements in Bezug auf das System und gegenüber den Klienten und Klientinnen. Von der Positionierung des Case Managements hängt ab, welche seiner Funktionen (besonders) betont werden (Ewers, 2005b, S. 71–72; Faß & Kleve, 2010, S. 23).

Grundsätzlich kann unterschieden werden zwischen einem system-driven-Case Management und einem consumer-driven-Case Management:

system-driven Case Management administrative Funktion	consumer-driven Case Management klientenorientierte Funktion
Kontrolle der Ressourcen	Bedürfnisse des Kunden stehen im Mittelpunkt
Case Manager bestimmt den Gang der Untersuchung	Klienten definieren ihre Bedürfnisse und werden bei deren Befriedigung unterstützt
Rationalisierung und Kostenmanagement	Anwaltschaft und verstärkendes Vertrauen
geteilte Loyalität des Case Managers	Loyalität gilt allein dem Klienten
Ziel ist eine optimale interorganisatorische Organisation (z.B. Vermeidung von Doppelbetreuung, Überbetreuung, unangemessener Betreuung)	Ziel ist erreicht, wenn Ziele des Klienten erreicht sind

Tabelle 1: Case-Management-Orientierung in Anlehnung an Moxley (1997, S. 53, zitiert nach Klug, 2005, S. 49)

In seiner administrativen Ausrichtung betont Case Management die Systemorientierung und Steuerung. Der Case Manager hat die Verantwortung für einen möglichst reibungslosen Ablauf des Case-Management-Prozesses, indem er die Ziele festlegt, Überschneidungen von Dienstleistungen verhin-

dert und versucht teure Angebote durch kostengünstigere zu ersetzen. Bei dieser Variante des Case Managements werden Nutzer und Nutzerinnen in der Form überwacht, ob sie durch ihr Verhalten höhere Kosten und Ineffizienz im Hilfegeschehen verursachen. Somit intendiert ein system-driven Case Management eine optimale Organisation von Abläufen innerhalb des Versorgungssystems mit dem Ziel der Ressourcen- und Kostenkontrolle.

Im consumer-driven Case Management stehen die Bedürfnisse der Klientin im Mittelpunkt. Der Case Manager setzt sich vorrangig für ihre Interessen ein, wodurch die Interessen des Hilfesystems, insbesondere der Leistungsträger, in den Hintergrund rücken. Diese Case-Management-Variante rückt durch die Akzentuierung des Empowerment-Gedanken die klientäre Selbstbestimmung in eine zentrale Rolle. Das Case Management ist hier an der Klientin, ihren Bedürfnissen und Interessen sowie deren Vertretung ausgerichtet (Klug, 2005, S. 48–50; Remmel-Faßbender, 2008, S. 27).

2.2.1 Funktionen des Case Management

Wegen der Grundintention des Case Managements einer möglichst effektiven und effizienten Koordination von formellen und informellen Hilfen über einen längeren Zeitraum hinweg und quer zu Versorgungssektoren, Einrichtungen und Professionen ergeben sich in Anlehnung an Ewers (2005b, S. 55) drei Grundfunktionen:

- a) Die Gate-Keeper-Funktion
- b) die Broker-Funktion und
- c) die Advocacy-Funktion.

Die drei Funktionen sind in jedem Case-Management-Konzept enthalten. Je nachdem wer Auftraggeber des Case Managements ist und welche Aufgabe es in Bezug auf das Versorgungssystem von diesem zugeschrieben bekommt, erhalten bestimmte Funktionen besondere inhaltliche Gewichtung.

Die Gate-Keeper-Funktion des Case Managements zielt darauf ab, den Zugang zum gemeinschaftlich finanzierten Versorgungssystem zu überwachen. Durch gezielte administrative Kontrolle des Zugangs zum Versorgungssystem soll ein Nutzwert für das Gesamtsystem hergestellt werden. Das Case Management ist in dieser Funktion der Allgemeinheit verpflichtet. Die Case Managerin entscheidet weder ausschließlich im Sinne der Patienten/Klienten, noch im Sinne der Dienstleistungsanbieter. Die Ergebnisse des Intake und des Assessment entscheiden über die Zugangsberechtigung der Klientin zum Case Management selbst sowie zu bestimmten Versorgungsleistungen. So würde die Gate-Keeper-Funktion besonders in einem Case Management angesprochen sein, das nach dem Vorbild des britischen Care Managements (siehe Kapitel 1) installiert wird.

Die Broker-Funktion bezeichnet mit der Überwindung von Desintegration und Diskontinuität die einfachste Funktion des Case Managements. Sie zeichnet sich primär durch einen Organisations- und Institutionsbezug aus. Die Erbringung der Hilfeleistung mit anderen Dienstleistern steht dabei im Mittelpunkt. Die Case Managerin tritt wie eine Maklerin oder Vermittlerin mit dem Ziel der neutralen Vermittlung von sozial- und gesundheitsrelevanten Dienstleistungen auf. In einem festgelegten Rahmen schnürt sie für die Belange des Klienten dessen Versorgungspaket unter Kenntnis des aktuellen Marktangebots der Dienstleistungsunternehmen. Zur Wahrung der Unabhängigkeit ist die Case Managerin nicht bei einem Leistungserbringer angesiedelt. Wettbewerbsverzerrungen und eine einseitige Bevorzugung eines Anbieters soll so entgegengewirkt werden. Darauf hinaus ist es die Aufgabe Versorgungsleistungen sachlogisch und effektiv so zu kombinieren, dass sie zu den Klientenbedarfen passen. Der zusammen mit dem Klienten im Assessment ermittelte Bedarf wird mit Versorgungsangeboten des Systems in Verbindung gebracht. Dabei umfasst die Broker-Funktion auch das Begleiten von Klienten und Klientinnen über einen längeren Zeitraum hinweg (Klug, 2005, S. 50–63).

Das Ziel von Case Management ist primär die Koordination von Hilfemaßnahmen, woraus sich seine Verknüpfungsaufgabe herleitet. In der Akzentuierung der Advocacy-Funktion befähigt Case Management die Klienten, durch die Aktivierung eigener Ressourcen dazu, Hilfeangebote in Anspruch zu nehmen. So verstanden setzt es im Sinne des Empowerment an den Selbstheilungskräften des Klientensystems an. Die Klientin wird hierzu in Entscheidungen einbezogen und bei der Umsetzung der Hilfemaßnahmen vom Case Manager anwaltschaftlich vertreten (Ningel, 2011, S. 98). Auf Grundlage eines demokratischen Aushandlungsprozesses sollen die Klienten befähigt werden, ihre Bedürfnisse und individuellen Bedarfslagen gegenüber politisch-institutionellen Instanzen zu vertreten. Voraussetzung hierfür ist ein einführendes Fallverständnis der Case Managerin, wodurch drohende Krisen vermieden oder deren Auswirkungen gelindert werden. Unter dieser Perspektive ist Case Management, ähnlich der Sozialen Einzelfallhilfe, auf Unterstützung und kontinuierliches und individuelles Wachstum entlang einer helfenden Beziehung zwischen Case Managerin und Klienten ausgerichtet (Ewers, 2005b, S. 63–67).

Klug (2005, S. 45) weist darauf hin, dass die Advocacy-Funktion des Case Management, über die Parteinahme für den Klienten in der Koordination der Dienste hinausgeht. Zwar ist und bleibt dies das Hauptziel, um es umzusetzen müssen aber folgende Aspekte beachtet werden:

- a) Die Case Managerin muss sich auf die Bedürfnisse des Klienten beziehen. Schlüssel hierzu ist die geduldige Unterstützung in der Suche nach Problemdefinitionen des Klienten. Fachli-

che, die Hilfe legitimierende Maßstäbe, sollen in diesem Prozess mit dem klientären Welt- und Lebensbild in annähernde Übereinstimmung gebracht werden.

- b) Das initiieren unterstützender Bündnisse zur Stärkung des sozialen Netzes des Klienten.
- c) Den Einbezug der Ressourcen des Gemeinwesens, so dass die Unterstützung um neue Ressourcenquellen ausgedehnt wird.

Die Kernfunktionen des Case Management stehen untereinander in einem Konkurrenzverhältnis und werden im Sinne der Zielsetzung durch den Auftraggeber miteinander kombiniert. Daraus ergibt sich eine unterschiedliche Gewichtung, die das jeweilige Case-Management-Konzept prägt. Beispielsweise liegt bei einem Case Management, das auf benachteiligte Bevölkerungsgruppen ausgelegt ist, der Fokus eher auf der anwaltschaftlichen Funktion, während bei einem Case Management, das auf den Zugang zu Dienstleistungen und den Abbau von Diskontinuitäten im Versorgungssystem ausgerichtet ist, die Gate-Keeper-Funktion eine herausragende Rolle spielt (Ewers, 2005b, S. 71–72).

Durch die spezifische Kombination der Funktionen, die das jeweilige Case-Management-Konzept auszeichnen, lässt sich dieses als eher system- oder kundenbezogen kategorisieren. Die beiden Pole stehen zueinander in einem Spannungsverhältnis und führen zu Zielkonflikten die sich in einer Doppelrolle der Case Managerin/des Case Managers zeigen. Auf der einen Seite steht die Rolle der anwaltschaftlichen Vertretung. In diesem Rahmen werden die Dienstleistungsnutzer in dem Sinne vertreten, dass das Hilfearrangement ihren Bedarfen entspricht. Auf der anderen Seite sieht sich der Case Manager/die Case Managerin mit der Aufgabe konfrontiert, gegenüber dem Leistungsfinanzier möglichst kostengünstig zu arbeiten (Hansen, 2006, S. 19–20; Klug, 2005, S. 48–50).

Zu betonen ist allerdings, dass die Advocacy-Funktion im Rahmen der Sozialen Arbeit eine herausragende Stellung einnimmt. Aus ihr heraus ist es möglich, Erkenntnisprozesse unter der Berücksichtigung verschiedener Rahmenbedingungen zu initiieren (Neuffer, 2013a, S. 10–11).

Brinkmann (2010, S. 11–12) zeigt zudem auf, dass ein kundenbezogenes Case Management durchaus im Sinne der Leistungsträger ist. Ein auf Freiwilligkeit gründender, offener und die Individualität der klientären Situation akzeptierender Case-Management-Prozess ermöglicht eine gemeinsame Zielbildung zwischen Klientin und Case Managerin. Die Zielvereinbarungen, deren Umsetzung über den Verlauf des Hilfegeschehens bestimmen, weisen eine höhere Verbindlichkeit auf, da sie an den klientären Bedarfen anknüpfen. Ein korrigierendes Eingreifen, welches mit hohen Transaktionskosten verbunden ist, ist daher weniger notwendig. Das auf die Zielvereinbarungen aufbauende individualisierte Hilfeprofil ermöglicht einen zielgenauen Einsatz von Ressourcen, wodurch Mittel des Systems geschont werden bei gleichzeitigem Erzielen des größten Nutzens. Die kooperative Arbeitsbeziehung ermöglicht, falls nötig, ein schnelles Nachsteuern, wobei aufgrund der fallunspezifischen

Systemsteuerungskomponente im Case Management passende professionelle und nicht-professionelle Hilfemöglichkeiten zeitnah akquiriert werden können.

2.2.2 Steuerungskomponente des Case Management

Faß¹ (2010, S. 40 ff.) regt in Bezug auf die Steuerungskomponente des Case Management eine differenzierte Betrachtung an. In Anlehnung an Reis et al. (2007) unterscheidet er zwischen einer fallspezifischen Steuerung und der Steuerung des Systems. Die fallbezogene Steuerung wohnt dem Case Management aufgrund seiner Grundintention, der Initiation bzw. Akquirierung und Koordination passgenauer formaler und informaler Unterstützung, inne. Es wirkt auf das Hilfesystem in der Form ein, dass durch den in Anlehnung an die Bedarfe des Falls formulierten Hilfeplan Leistungen des Systems genutzt oder nicht genutzt werden. Bestehende Hilfeleistungen werden an die Erfordernisse des Falls angepasst sowie unter Umständen neue Vernetzungen unter Leistungserbringern initiiert. Der Klient mit seinen individuellen Bedarfen, die sich aufgrund seiner spezifischen Situation ergeben, steht hier im Mittelpunkt der Überlegungen eines passgenauen Hilfearrangements.

Ob aus der Steuerung des Einzelfalls eine Steuerung des Systems erwächst, ist abhängig von der Bewertung, ob die durch den Einzelfall initiierten Veränderungen im Hilfesystem über diesen hinaus wirken. Unter Systemsteuerung ist dieser Argumentation zu Folge ein fallübergreifendes Einwirken auf das Hilfesystem zu verstehen. Damit sind zielgerichtete Veränderungen im Hilfesystem angesprochen die aus dem Einzelfall heraus initiiert werden und über diesen hinaus wirken. Die Handlungen erfolgen hinsichtlich der fallübergreifenden Wirkung beabsichtigt und zielgerichtet und berücksichtigen die Folgen der durch sie angestrebten hilfesystemischen Veränderungen. Inwiefern die Möglichkeit einer gezielten Steuerung des Systems durch ein Case Management besteht ist maßgeblich davon abhängig, wie dieses initiiert ist. Die Steuerungsmacht, worunter die Art und Weise des Hineinwirkens auf das Hilfesystem verstanden wird, ist „stets in Abhängigkeit von der Position des Initiators und Betreibers von Case Management zu sehen“ (Faß, 2010, S. 60).

Grundsätzlich kann das Case Managements von jedem Akteur des Leistungsdreiecks (siehe Abbildung 1) initiiert und betrieben werden. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass eine Case-Management-treibende Organisation, die vom Kostenträger zur Durchführung eines Case Managements beauftragt wird, in diesem Kontext als dessen Vertreter zu sehen ist. Ein so verankertes Case Management ist

¹ Faß nimmt in seinen Überlegungen zur Systemsteuerung im Case Management Bezug auf Kraus (2003). Davon ausgehend entwirft er ein Modell über die Steuerungsmöglichkeiten im Rahmen des Case Management in Abhängigkeit seiner Initiierung. Für eine kritische Auseinandersetzung mit der Komponente der Systemsteuerung aus systemtheoretisch-konstruktivistischer Sicht siehe Faß und Kleve (2010).

daher identisch mit einem Case Management durch den Kostenträger selbst². Da die Trägerschaft eines Case Management durch den Klienten bzw. einem Zusammenschluss von Klienten eine eher unwahrscheinliche Konstellation abbildet, wird diese im Folgenden nicht berücksichtigt.

Ist das Case Management direkt bei dem Kostenträger angesiedelt oder bei einem Dritten, der in seinem Auftrag handelt, besteht die größte Möglichkeit der Systemsteuerung im oben genannten Sinn. Es ist hier im Rahmen des Case Management möglich die Organisationen des Hilfesystems, die zu ihrer Reproduktion in der Regel von Geld abhängig sind, über dieses indirekt zu steuern. Es kann zwar wenig Einfluss darauf genommen werden, in welche Richtung die Organisation, die beeinflusst werden soll, sich durch monetäre Maßnahmen beeinflussen lässt. Aber durch die Bestimmung von Bedingungen unter denen die Zuteilung von Geld stattfindet, wird ein Rahmen geschaffen, der ein Bewegen des Steuerungsadressaten in die durch die Maßnahme intendierte Richtung wahrscheinlich macht. Eine Steuerung ist weiterhin möglich, indem dem Steuerungsadressaten Informationen oder Güter (z.B. Beauftragungen), die er für die zu seiner Reproduktion nötigen Handlungen benötigt, vorenthalten werden. Des Weiteren ist aus dieser Position heraus ein eher kooperatives Vorgehen denkbar, indem der zu beeinflussenden Organisation Vorschläge und Handlungsmöglichkeiten geboten werden, die an deren Sinnkonstruktionen anknüpfen und Handlungen dieser im intendierten Sinn wahrscheinlicher machen.

„Im Falle der Initiierung von Case Management [...] durch Hilfeanbieter selbst vernetzt sich das Hilfesystem untereinander und bietet daraus Case Management als aus der Vernetzung heraus entspringende Dienstleistung an.“ (Faß, 2010, S. 63). Die einzelnen Organisationen erhoffen sich durch das Case Management ein effektiveres und effizienteres Arbeiten, verfolgen aber weiterhin ihre eigenen Interessen. Eine Steuerung baut hier besonders auf Kooperation. Zwar ist eine Steuerung möglich indem bei Verletzungen von Qualitätsstandards in der Leistungserbringung die betreffenden Leistungen einer Organisation nicht mehr genutzt werden. Allerdings zieht dies mit hoher Wahrscheinlichkeit negative Konsequenzen auf das Case Management initiierende Hilfesystem nach sich.

Initiiieren Case Manager bzw. Case Managerinnen Case Management selbst, „können diese die Inanspruchnahme von Leistungen des Hilfesystems zwar regeln, haben aber, [...] erkennbare Restriktionen im Umfang der ihnen möglichen Steuerungen“ (Faß, 2010, S. 62). Voraussetzung ist in diesem Fall der Zusammenschluss mehrerer im gleichen Feld tätiger Professioneller, die als Gemeinschaft gegenüber Hilfeanbieter auftreten. Da aus Sicht der Hilfeanbieter jedoch nur mit einer sporadischen

² Durch die Ansiedlung eines Case Management beim Leistungsträger oder einer Organisation, die diesen vertritt, ist die Ausrichtung des Case Management nicht von Vornherein einseitig systemorientiert. Auch wenn dies, aufgrund der hohen Steuerungsmacht sehr wahrscheinlich ist, kann ein so verankertes Case Management durchaus nutzerorientiert sein.

Nutzung ihrer Dienstleistungen zu rechnen ist, werden diese wenig motiviert sein ihre organisationalen Abläufe den Fallanforderungen entsprechend anzupassen. Generell kann davon ausgegangen werden, dass die Case Manager abhängiger von den Hilfeanbietern sind, als umgekehrt. Das Entziehen von Beauftragungen oder die mangelnde Weitergabe von Informationen stößt bei den hilfeanbietenden Organisationen mit hoher Wahrscheinlichkeit wenig Veränderung in die intendierte Richtung an. Eine Steuerung in diesem Rahmen baut damit mit hoher Wahrscheinlichkeit ausschließlich auf eine gelingende Kooperationsstruktur.

Da Case Management zur Leistungserbringung auf Kooperation in Richtung Klienten wie auch in Richtung Versorgungssystem baut, sei im Zusammenhang der Steuerung auf diese besonders verwiesen. Eine Steuerung auf Basis eines kooperativen Vorgehens ist grundsätzlich aus jeder der genannten Formen der Initiation des Case Managements möglich. Die Bereitschaft zu dieser wird gesteigert, wenn entsprechend dem ökonomischen Prinzip menschlichen Zusammenlebens gehandelt wird. Damit sind reziproke Austauschprozesse angesprochen, indem der eine etwas bietet, was der andere braucht und umgekehrt. Steuerungsversuche sind in diesem Fall dadurch gekennzeichnet, dass der zu beeinflussenden Organisation Vorschläge und Handlungsmöglichkeiten geboten werden, die an deren Sinnkonstruktionen anschlussfähig sind (Kleve, 2009a, S. 65).

Ein weiteres Kriterium einer kooperativen Leistungserbringung, ist aus Sicht des Case Management die Strukturierung von Verfahrensabläufen in Bezug auf die Hilfegestaltung. Ziel ist durch die Entwicklung von Standards und klar geregelten Zuständigkeiten die Fallarbeit zu strukturieren und klar zu definieren. Hierbei muss das Mandat des spezifischen Case Management festgelegt werden (Faß, 2010, S. 22). Case Management geht damit mit der Etablierung neuer kooperativer Strukturen und Kulturen zwischen Organisationen auf der Grundlage eines horizontalen Kontraktmanagements einher. Dieses meint verbindliche fallunspezifische Absprachen und Vereinbarungen bezüglich der Leistungserbringung und fördert neue Formen einer organisationsübergreifenden Zusammenarbeit (Wendt, 2010b, S. 86). Hierbei muss beachtet werden, dass mit den Steuerungsaufgaben des Case Managements auch Kontrollaufgaben einhergehen, indem z.B. in der Phase des Monitoring die Aufgabenerfüllung eines Leistungserbringens im Sinne der Hilfeziele vom Case Manager überwacht wird (Gissel-Palkovich, 2010a, S. 125–135).

Klug (2005, S. 62–63) betont in Bezug auf die Kooperation informelle, auf Freiwilligkeit basierende Kontrakte der Leistungserbringung, durch formale zu ersetzen. Dies ermögliche in letzter Konsequenz eine Advocacy-Strategie, da durch die entstehende Verbindlichkeit eine Verbesserung der Qualität der Hilfe und der Koordination angestrebt werden kann. Bestehen keine formalen Vereinbarungen sind dem Case Manager die Hände gebunden, da er sich auf keine Verbindlichkeiten in der

Kooperation mit anderen Diensten berufen kann. Auch die DGCC verweist in ihren Rahmenempfehlungen zum Handlungskonzept Case Management (DGCC, 2011, S. 11) auf die Etablierung standardisierter Kooperations- und Koordinationsstrukturen im lokalen Versorgungsgefüge. Diese werden durch Verträge oder verbindliche, schriftlich dokumentierte Vereinbarungen fixiert. Für die Case-Management-treibende Organisation erwächst daraus die Legitimation, die Dienstleitungen auf den Einzelfall hin zu koordinieren.

Für Hansen (2006, S. 27) muss Case Management um die Steuerungskomponente erfüllen zu können, an Schnittstellen der Finanzierung und Leistungsvermittlung angesiedelt werden. Auch Neuffer (2013a, S. 11) plädiert für eine Initiierung eines Case Management an Schnittstellen, wo es ohne dieses durch die komplexen Problemlagen der Klienten zu Kompetenzgerangel und Konkurrenz kommen würde. An Schnittstellen ist Case Management einzurichten, um die Kooperation und Koordination von Hilfe entsprechend seiner Intention zu übernehmen. Voraussetzung hierfür ist die Einwilligung der einzelnen Akteure entsprechend ihrer Befugnisse, Kompetenzen und des rechtlichen Status.

2.2.3 Beziehung von Case Management und Care Management

Bereits in der Bezugnahme auf die Inhaltsbereiche (Phasen) des Case Management wurde deutlich, dass Case Management durch sein spezifisches Vorgehen im Einzelfall Einfluss auf die Ebene des Versorgungssystems nimmt und gleichzeitig von diesem determiniert wird. Durch die Verbindung der Steuerung von Prozessen des Einzelfalls mit der Angebots- und Versorgungsstruktur beeinflusst es dessen Qualität.

Mit der Ausrichtung des Leistungsprozesses auf die Ziele, welche gleichzeitig als Indikatoren zur Überprüfung der Leistungserbringung herangezogen werden können, wirkt sich das Case Management auf die Sozialplanung aus. Diese findet im Rahmen der kommunalen Administration statt und ist auf die (Weiter-)Entwicklung der sozialen Infrastruktur, welche den Versorgungserfordernissen gerecht werden soll, ausgerichtet. Sie kann effektiv gestaltet werden, wenn die Selbstsorge und die persönlichen Vorhaben der Menschen in ihr Berücksichtigung finden, indem ihre Strukturen „aufgaben- und zielgruppenspezifisch der Lebensführung und Lebensplanung derer entsprechen, die sie nutzen“ (Wendt, 2007, S. 543–545). Da soziales Planen sich an Bedarfen orientiert, muss die Versorgung auf diese hin zugeschnitten werden. Dies geschieht top down durch Sozialstrukturindikatoren.

Ein angebotsorientiertes Vorgehen aus der Makroperspektive heraus berücksichtigt aber nicht die individuelle Bedarfslage der Menschen. Diese zeigt sich in der direkten Interaktion mit ihnen. Case

Management kann hier vermitteln, indem es die Bedarfslagen seiner Nutzer an das System der Versorgung rückmeldet. Der Einsatz der Mittel des Sozialleistungssystems wirkt sich insofern auf dieses aus, indem das Case Management durch dessen Nutzung bzw. Nicht-Nutzung im Einzelfall Auskunft über die Versorgung gibt. Es bildet durch die Rückmeldung der Erfahrungen im Einzelfall die Erkenntnisgrundlage und Reflexionsbasis für die Infrastrukturentwicklung auf Systemebene (Wendt, 2007, S. 543–545; 2010d, S. 158).

Während die gezielte Steuerung des Hilfesystems über den Einzelfall hinaus von der Positionierung und dem Auftrag des Case Managements im Versorgungssystem abhängt, ist die Beeinflussung des Hilfesystems bezogen auf die Sozialplanung von seiner Positionierung unabhängig. In diesem Prozess kommt es zu einem Ineinandergreifen von Care Management und Case Management.

Case Management zielt auf eine Prozessoptimierung der Versorgungssteuerung. Es wirkt in einer vertikalen Dimension von unten nach oben, indem eine Übersetzungsarbeit zwischen der Ebene der Einzelfälle und der Sozialpolitik und Sozialplanung geleistet wird. Im Rahmen des Case Management wird nach einem bedarfsgerechten Arrangement der Hilfe durch die Nutzung von Leistungen des Versorgungssystems gesucht. Hierbei lassen sich Lücken, Hindernisse und Mängel aber auch Stärken des Versorgungssystems aufdecken. Case Management meldet durch die im Kontraktmanagement fixierten Kriterien der Leistungserbringung an die Sozialpolitik und die Versorgungsebene (Makroebene) zurück, wie das Versorgungssystem optimiert werden kann. In diesem Sinne ver schränkt es sich mit Care Management, das sich auf das Versorgungssystem bezieht (Wendt, 2008, S. 23).

Ein Care Management bezieht sich „auf die rationale Organisation und die Optimierung von Versorgungsprozessen“, indem es sich „den institutionalisierten Prozessen der Versorgung und der für sie nötigen Zusammenarbeit“ (Wendt, 2010d, S. 155) widmet. So verstanden gestaltet Care Management das Versorgungsangebot, wohingegen Case Management für die personen- und situationsbezogene Nutzung der Hilfeangebote zuständig ist (Wendt, 2010d, S. 155).

Die begriffliche Nähe von Care und Case Management sorgt nach Meinung von Faß (2010, S. 43–44) für Verwirrung und Unklarheit. Seiner Meinung nach ist der Begriff Care Management eng mit Programmen einer strukturierten medizinischen Versorgung verbunden. Diese laufen der Intention von Case Management, nämlich der Ausrichtung der Versorgung bzw. eines Hilfearrangements entlang der Bedarfe des Klienten entgegen, indem durch sie auf Grundlage von Durchschnittsfällen Versorgungsabläufe optimiert werden. Care Management bezieht sich seiner Meinung nach daher auf Konzeptionen, die ihre Handlungsabläufe vom Fokus der Versorgung aus strukturieren.

Nach diesem Verständnis können sowohl Strategien der Versorgung in einem bestimmten Versorgungsraum, wie auch Steuerungsvorgänge, mit denen eine Optimierung von Faktoreinsätzen in der Behandlung oder anderweitiger Hilfestellungen angestrebt werden, als Care Management bezeichnet werden. Case Management hingegen, nutzt die im Care Management arrangierten Strukturen in der Organisation der Versorgung aus der Perspektive des Einzelfalls heraus (Wendt, 2010d, S. 155–156).

2.2.4 Zusammenfassung

Es wurde deutlich, dass die Ausgestaltung eines Case Management mit seinen Zielperspektiven und konzeptionellen Leitlinien maßgeblich von der Art und Weise seiner strukturellen Verankerung innerhalb des Dienstleistungs- und Versorgungssystems abhängt. Wie die Gate-Keeper-, die Broker- und die Advocacy-Funktion in einem jeweiligen Arrangement betont werden ist davon beeinflusst, welcher Akteur mit welcher Zielsetzung (Leistungsträger, Leistungserbringer, Leistungsnehmer) Auftraggeber des Case Managements ist, also wem gegenüber aus Sicht des Case Management Rechenschaft abgelegt werden muss.

Der fallübergreifende, intentionale und zielgerichtete Einfluss eines Case Management auf das System ist ebenfalls von dessen Initiierung abhängig. Hier zeigt sich, dass ein Case Management das bei einem Leistungsträger oder bei einer in seinem Auftrag tätigen Case-Management-treibenden Organisation am meisten Steuerungsmacht besitzt. Grundsätzlich ist eine Systemsteuerung im Kontext der Kooperation von jeder Positionierung des Case Managements aus möglich. Notwendige Bedingung hierfür ist die Anknüpfungsfähigkeit der Steuerungsintention an den Sinnstrukturen des Kooperationspartners. Jedoch stehen aufgrund des Einsatzes des Mediums Geld und dem Entzug von Beauftragungen im Rahmen einer Verankerung beim Leistungsträger einem so gestalteten Case Management unmittelbare Steuerungsoptionen zur Verfügung. Da Case Management einzelfallbezogen auf Kooperationsstrukturen zurückgreift, sind diese fallspezifisch zu etablieren. Zur Absicherung der Qualität und Sicherstellung der Verfügbarkeit der Leistungen im Einzelfall empfehlen sich vertragliche Vereinbarungen mit Kooperationspartnern. Durch diese wird das Vorgehen des Case Managers im Einzelfall legitimiert.

Unabhängig von einer fallübergreifenden, gezielten Steuerungsintention, wirkt Case Management durch die Nutzung bzw. Nicht-Nutzung von Leistungen des Versorgungssystems sowie durch Rechenschaftslegung auf das System der Versorgung. Hier verschränkt es sich mit dem Care Management, welches auf der Makroebene das Dienstleistungs- und Versorgungssystem strukturiert.

2.3 Case Management auf organisationaler Ebene

Auf Ebene der Organisation bildet das methodische Vorgehen im Case Management ein formales Verfahren ab. Es etabliert sich als ein an den Inhaltsbereichen des Case Management ausgerichteter Prozessablauf, der im Qualitätsmanagement der Organisation festgeschrieben ist (DGCC, 2011, S. 6 ff.). Formal so gefasst, beschreibt ein Case Management formale Strukturen zwischen und in Organisationen. Die Handlungsschritte bezüglich der Fallarbeit, die Hilfesystemsteuerung in und zwischen Organisationen sowie die Etablierung und Mobilisierung formaler und informeller Netzwerke verbinden sich unter dieser Perspektive. Durch die Implementation als Verfahren erlangen die Entscheidungen, die im Verlauf eines Case-Management-Prozesses getroffen werden, ihre Legitimation (Kleve, 2009a, S. 58–61). Als innerorganisatorischer Prozess kann Case Management als spezialisierte Funktion oder als Teilaufgabe eines bestimmten Aufgabenfeldes verortet werden (Gissel-Palkovich, 2010a, S. 135).

Kleve (2009a, S. 58–61) weist ebenso wie Löcherbach (2003, S. 3–5) auf die unterschiedlichen Möglichkeiten der Implementierung von Case Management hin. Dieses kann als Methodenkonzept sowie als Organisations- und Systemkonzept, als solches es administrative Funktionen wahrnimmt, in eine Organisation eingeführt werden. Bezogen auf die Fallebene bedeutet Case Management ein Vorgehen in der Fallbearbeitung entsprechend der Case-Management-Systematik. In dieser Funktion, in der es vorwiegend unter der Perspektive der Ergänzung vorhandener fallbezogener Unterstützungsprozesse mit dem Ziel der Verbesserung dieser eingeführt wird, ist die grundsätzliche Notwendigkeit seiner konzeptionellen Verankerung in internen Organisationsabläufen nicht berücksichtigt. Durch die fehlende konzeptionelle Verankerung in der Organisation fehlt die Verbindung von Fall- und Systemebene, welche das Case Management charakterisiert. Vollständig in der Organisation implementiert, richten sich die direkte Klientenarbeit wie auch die Netzwerkarbeit mit relevanten Diensten, nach den Prinzipien des Case Management. Eine vollständige Implementierung von Case Management geht durch die Einführung neuer Standards über die Modifizierung der Fallarbeit hinaus, da das Element der Systemebene welches auf inner- und interorganisatorische Abstimmungsprozesse verweist, berücksichtigt wird.

Für Bianco, Muhl und Palm Fiechter (2007, S. 33) zeichnet sich ein in einer Organisation vollständig implementiertes Case Management dadurch aus, dass alle methodischen Schritte des Case Management in jeder Fallbearbeitung Berücksichtigung finden. Die Fallarbeit ist gekennzeichnet durch die Anwendung standardisierter Dokumentationsinstrumente, die Transparenz und Nachvollziehbarkeit hinsichtlich der systematischen Zusammenarbeit mit allen Kooperationspartnern ermöglichen. Des

Weiteren sind die Handlungen ausgerichtet an ethischen Prinzipien. Der Case-Management-Prozess gründet auf Freiwilligkeit. Die Selbstbestimmung der Klientin wird beachtet.

Die Anregung zur Implementierung eines Case Management innerhalb einer Organisation kann von zwei Richtungen her erfolgen. Von unten nach oben (bottom-up) oder von oben nach unten (top-down). Erster Typ wird angestoßen durch Fachkräfte, die sich durch ein Case Management eine Verbesserung der Handlungsvollzüge versprechen. Sie treiben ein Case Management auf Organisations- sowie Regionalebene voran. Auf der anderen Seite wird eine Initiierung von Case Management von oben durch veränderte Rahmenbedingungen angestoßen. In der Praxis überschneiden sich beide Vorgehensweisen der Implementation, wodurch sie sich gegenseitig bedingen und beeinflussen (Löcherbach, 2008, S. 32–34). Um einer unzureichenden Fallbearbeitung durch die Ausblendung von Komplexität entgegenzuwirken, ist bei der Implementierung von Case Management auf dessen Zielgruppenspezifischen Zuschnitt zu achten. In konzeptioneller Hinsicht geht es dabei um die Frage, welcher Handlungsbedarf in Bezug auf eine Personengruppe eines Gebiets der sozialen und gesundheitlichen Versorgung durch das Case Management gedeckt werden soll. Die Kriterien der Zielsetzung und Reichweite, welche über den Zugang zu einem Case Management entscheiden, müssen sich gegenseitig entsprechen (Gissel-Palkovich, 2010a, S. 135; Wendt, 2010d, S. 159).

Bei der Initiierung von Case Management in einer Organisation kommt den Führungskräften eine zentrale Verantwortung zu. Begreift man Case Management als organisationsweite Aufgabe ist die Entscheidung dieses zu betreiben sowie dessen Akzeptanz über die gesamte Organisation hinweg notwendig. Die Führungskräfte können dazu beitragen, indem sie die organisationalen Strukturen und Abläufe einem Vorgehen nach Case-Management-Prinzipien anpassen. Dies bedeutet ein Ablassen von traditionellen, hierarchischen Verhaltensweisen und Führungsstilen. Überprüfungssysteme wie Zielvereinbarungen und Qualitätssicherung ersetzen tradierte Machthierarchien. Da ein Case Management mit Planungs- und Koordinationsaufgaben einhergeht, ist aus Perspektive der Organisationsentwicklung bei dessen Implementation festzulegen, wie viel Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum einer Case-Management-Fachkraft zugestanden wird. Die Schaffung eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen der Autonomie der Fachkraft und der Kontrolle seitens der Organisation durch deren Führungskräfte stellt eine hohe Anforderung dar.

So verstanden ergeben sich mit der Implementation von Case Management auf organisationaler Ebene Verbindungen zu dem Konzept einer lernenden Organisation. Dieses bezieht sich auf organisationale Lernprozesse, die institutionell verankert sind und mit bestimmter Regelmäßigkeit stattfinden. Die Organisation wird durch ein Case Management angeregt sich strategischen Veränderungsprozes-

sen, die sich auf die Organisationskultur, das Leitbild sowie die Konzepte und Akteure beziehen, hinzuwenden (Gissel-Palkovich, 2010a, S. 136–141).

Die Ausrichtung des Case Managements an den Interessen, Bedürfnissen und Problemlagen der Klienten erfordert von der Organisation eine Veränderung von der Angebotsorientierung hin zu einer Nutzerorientierung. Diese fordert die Organisation dazu auf, sich mit ihren strukturellen Prozessen den individuellen Bedarfslagen der Klienten anzupassen. Eine solche Flexibilisierung geht neben einer Nachfrageorientierung einher mit der Gestaltung und Entwicklung unterschiedlichster Lösungen aus einer Hand die vor Ort, das heißt in der unmittelbaren Lebenswelt des Klienten verankert sind. Die Organisationen müssen ihre internen Prozesse und Strukturen so ausrichten, dass sie an den Ressourcen der Gemeinde anzuknüpfen. Dazu braucht es die Etablierung einer Kultur, die Routineabläufe hinterfragt, und Führungskräfte, die diese Kultur fördern (Kleve, Müller & Hampe-Grosser, 2010, S. 24–25).

Solche organisationalen Veränderungsprozesse verweisen auf eine Organisationsentwicklung im Sinne der Sozialraumorientierung. Standardisierte Hilfearrangements werden durch eine konsequente Ausrichtung am Einzelfall ersetzt. Eine Flexibilisierung von Hilfen würde vor diesem Hintergrund bedeuten, dass „jede individuelle Hilfeplanung über eine Organisationsentwicklung zu individuellen Arrangements“ (Budde & Früchtel, 2010, S. 10) führt. Die Umwelt bietet dabei Ressourcen, die für die Lösung individueller Probleme nutzbar gemacht werden. Dies geht mit einer fallunspezifischen Arbeit einher, da die Potentiale des Stadtteils die dann in einem Einzelfall zum Tragen kommen, von der Fachkraft im Vorfeld des Einzelfalls erkundet oder aufgebaut werden müssen. Anders als in der Fallarbeit, in der Hilfen bezogen auf die Unterstützungsbedarfe geleistet und vermittelt werden, geht es in der fallunspezifischen Arbeit um die Akquirierung von Ressourcen, die für den einzelnen Fall zu einem späteren Zeitpunkt nutzbar gemacht werden. Fallunspezifische Arbeit setzt also vor dem individuellen Einzelfall ein, jedoch mit Blick auf die Fallarbeit (Budde & Früchtel, 2010, S. 9).

Mit Verweis auf die Prozesse der Deinstitutionalisierung und den damit einhergehenden Strukturwandel im angelsächsischen Raum hebt Wendt (2010d, S. 153–154) die Bedeutung der gemeindena-
hen Versorgung im Case Management hervor. Neben der Akquirierung und Koordination formeller Dienstleistungsangebote rückten unter diesem Fokus Freiwilligenarbeit und informelle, familiäre Hilfe ins Zentrum. Dem Case Management kommt dabei die Aufgabe zu, formelle und informelle Unterstützung untereinander und zueinander zu koordinieren.

Wie beschrieben braucht Case Management eine adressaten- bzw. klientenorientierte Organisations-
gestaltung. Die Einräumung eines bestimmten, für das Case Management funktionalen Entschei-
dungsspielraums einer Fachkraft geht mit der Autorisierung dieser einher, organisationsintern sowie

organisationsextern bestimmte Prozesse im Sinne des Einzelfalls aufeinander abzustimmen (DGCC, 2011, S. 12). Dies setzt im Rahmen der internen Zusammenarbeit wie in der Kooperation nach außen hin transparente Strukturen voraus. Diese müssen geschaffen werden indem sich darauf geeinigt wird, wer die koordinierende, moderierende und kontrollierende Funktion des Case Management übernimmt. Dabei werden Machthierarchien ebenso in Frage gestellt wie tradierte Verhältnisse und Strukturen. Dies stellt eine Hürde bei der Implementation dar, wenn es aus einer bottom-up Implementierungsstrategie dazu führt, dass Organisationsstrukturen nicht im durch ein Case Management intendierten Sinne umgestellt werden. Ebenso Gerät eine Case-Management-Implementation aus einer top-down Richtung ins Stocken, wenn die strukturellen und organisationalen Bedingungen für ein Case Management geschaffen werden, es aber auf der Ebene des Einzelfalls aufgrund mangelnder Mitarbeiterqualifikation entsprechend der Case-Management-Standards der DGCC nicht adäquat umgesetzt wird (Kleve et al., 2010, S. 24–25; Löcherbach, 2008, S. 34–35).

Interorganisatorisch können unterschiedliche Strukturen der kooperierenden Organisationen und ein auf ihrer Seite angesiedeltes Denken der funktionalen Abgrenzung die Zusammenarbeit erschweren. Insbesondere die Kontrollfunktion im Rahmen der Steuerungsaufgaben des Case Management kann unter Umständen zu Ressentiments bei Leistungserbringern hinsichtlich der im Kontext der Kooperation nötigen Transparenz führen. In diesem Zusammenhang ist ein bei einem Leistungsträger, oder einer diesen vertretenden Organisation, angesiedeltes Case Management kritisch zu hinterfragen (Gissel-Palkovich, 2010a, S. 131–132).

Es konnte aufgezeigt werden, dass das empirische Erscheinungsbild eines Case Management von auf unterschiedlichen Dimensionen wirkenden Faktoren abhängig ist. Hieraus resultiert die Frage nach der Art und Weise der Verortung des Case Management innerhalb der Sozialen Arbeit, welche nun in Kapitel 3 näher beleuchtet wird. Die allgemeine Soziale Arbeit stellt im Verhältnis zur Klinischen Sozialarbeit die „größere Einheit“ dar. Damit bilden sozialarbeitswissenschaftliche Theorien die Reflexionsbasis für die Spezifizierung des Case Management im Rahmen einer allgemeinen Sozialen Arbeit sowie für dessen – in dieser Arbeit zu analysierenden – klinischen Ausrichtung.

3. Case Management im Theoriekontext Sozialer Arbeit

Das Case Management charakterisiert eine Mehrebenenstrategie, die sich durch eine Lenkungs- und Gestaltungsweise auszeichnet, wodurch sich Organisation und Methode miteinander verbinden (Wendt, 2010b). Verstanden als Konzept weist das Case Management eine hohe „arbeitsfeld- und professionsübergreifende Anschlussfähigkeit“ (Gissel-Palkovich, 2010b, S. 132) auf. Die konzeptuelle Offenheit und Neutralität stellt sich dabei nicht nur als Vorteilhaft heraus. Leitwerte und Schwerpunkte sind aufgrund der multidisziplinären Ausrichtung nicht eindeutig definiert. Doch gerade im Fall der Sozialen Arbeit, deren Professionalität stark mit berufsethischen Werten verbunden ist, müssen Inhalte und Zielsetzungen eines Case-Management-Konzepts an deren professionellen Standards ausgerichtet und dahingehend überprüft werden (Obrecht, 2005, S. 161).

Die Forderung einer sozialarbeitswissenschaftlichen Fundierung des Case Management wird besonders durch die Betrachtung des Verhältnisses von Methode und Konzept deutlich.

Konzepte sind gekennzeichnet durch ihre programmatische Ausrichtung, aus der sich Prinzipien und Zielsetzungen ableiten lassen. Sie stehen im Zusammenhang mit gesellschaftlichen Veränderungen und Entwicklungen, aus denen spezifische Anforderungen an eine Profession erwachsen. Als Handlungsmodelle, die ein sinnhaftes Arrangement von Zielen, Inhalten, Methoden und Verfahren darstellen, sind Konzepte in ihrem gesellschaftlichen und historischen Entstehungs- und Anwendungszusammenhang zu sehen. Ihren Entstehungszusammenhang kennzeichnet ein zirkulärer Prozess: Gesellschaftliche Normen und Werte verbinden sich in Konzepten mit Elementen, die aus einer wissenschaftlichen Theorie abgeleitet werden, sowie Werten und Normen, die sich auf fachliche Standards zurückführen lassen. Durch Methoden und Techniken werden die sich aus der programmatischen Ausrichtung ergebenden Prinzipien und Ziele umgesetzt (Krauß, 2006, S. 121–122; Michel-Schwartze, 2007, S. 11). Löcherbach (2009 zitiert nach Solèr, 2012, S. 19) betrachtet das Case Management vor diesem Hintergrund als Programm, das vielfältige konzeptuelle Gestaltungsmöglichkeiten zulässt bzw. in der Praxis aufweist.

Hieraus folgt, dass zur Umsetzung von Case Management auf unterschiedliche Methoden zurückgegriffen wird, die durch die konzeptuelle Anwendung eine spezifische Funktion im Hinblick auf den Hilfeprozess erfüllen.

Methoden haben die Funktion zwischen der Einzigartigkeit des Einzelfalls und wissenschaftlich fundierten Gesetzmäßigkeiten, die sich in Regelmäßigkeit, Vorhersagbarkeit und Berechenbarkeit ausdrücken, zu vermitteln. Indem Methoden Wiederholbarkeit konstruieren, helfen sie Komplexität zu reduzieren. Sie stehen in einem theoretischen Kontext, lassen sich von Theorien ableiten oder be-

stimmten theoretischen Grundannahmen zuordnen. Indem Methoden Handlungsanweisungen enthalten, helfen sie Prinzipien von Konzepten ebenso wie theoretische Grundsätze in die Praxis zu transformieren (Michel-Schwartze, 2007, S. 12). Als Bindeglied zwischen Theorie und Praxis lassen sich durch Methoden Hilfeprozesse im Rahmen Sozialer Arbeit so strukturieren, dass Menschen ihre sozialen Probleme lösen können. Sie sind wissenschaftlich begründet und in ihrer Anwendung wirksam (Kleve, 2011b, S. 11).

Als systematische Handlungsformen strukturieren Methoden einen zielgerichteten und prozesshaften Umgang mit sozialen Problemen. Indem sie für einen bestimmten Einsatzbereich gültig sind, sind sie für die Bearbeitung bestimmter Probleme sozialarbeiterischer Praxis ausgelegt. Das Vorgehen entlang einer bestimmten Methode entscheidet darüber, wie Probleme erkannt und bearbeitet werden. Die Auswahl der Methode ist dabei von der Problemstellung und der Personengruppe abhängig. Es gibt keine omnipotente Methode, die zur Bearbeitung aller Probleme, mit denen es Soziale Arbeit zu tun hat, pauschal eingesetzt werden könnte. Methoden ermöglichen ferner ein reflektiertes Handeln. Sie knüpfen an sozial- und humanwissenschaftliche Erkenntnisse an, gründen auf professioneller Ethik und geben reflektierter Berufserfahrung Raum geben (Krauß, 2006, S. 121).

Obrecht (2009b, S. 117–118) kritisiert die mangelnde Abgrenzung des Methodenbegriffs von einer allgemeinen normativen Handlungstheorie sowie anderen handlungstheoretischen Operationen. Damit sind Denkmethoden angesprochen, die sich auf die Organisation und die Ordnung von Denkprozessen beziehen und dem eigentlichen Handeln voraus gehen. Sie beziehen sich auf die Auswahl und Gestaltung der zur Anwendung kommenden Ziel-Mittel-Technologien, welche als Handlungsmethoden, Methoden im engeren Sinn darstellen und die bezogen auf bestimmte Probleme und Situationen zum Einsatz kommen (Possehl, 2009, S. 27). Michel-Schwarzte (2007, S. 11) weist zudem darauf hin, dass aufgrund der Schnittmenge die Begriffe Konzept und Methode bilden, diese nicht immer eindeutig voneinander abzugrenzen sind.

Vor diesem Hintergrund kann das Case Management vorerst als Konzept³ aufgefasst werden als solches es verschiedene Methoden integriert. Hierbei ist festzuhalten, dass in Bezug auf die Verankerung des Case Management in einen Theorierahmen Sozialer Arbeit „diverse Fragen offen bleiben“, da „Ausführungen zum metatheoretischen Hintergrund von Case Management selten sind“ (Solèr, 2012, S. 20). Ningel (2011, S. 92) fordert in diesem Zusammenhang die Methoden der Sozialen Arbeit, und hier explizit das Case Management, in den Rahmen einer Handlungstheorie zu stellen. Die-

³ Das Case Management in einem ersten Schritt als Konzept aufzufassen bietet sich m.E. deshalb an, da so eine weitgehend theorie-neutrale Semantik gewählt werden kann, ohne zu vernachlässigen, dass das Case Management nicht auf eine Methode oder ein methodisches Vorgehen reduziert wird.

se stellt Wissen, Begrifflichkeiten und Leitlinien für das praktische Handeln sowie dessen Reflexion bereit. Dabei geht es um die Frage nach dem hinter dem Konzept stehenden Wirklichkeits- und Wissenschaftsverständnis und dem damit verbundenen Gesellschafts- und Menschenbild. Zudem muss das Beschreibungs-, Erklärungs- und Veränderungswissen des jeweiligen theoretischen Rahmens in Bezug auf das Case Management benannt sein, um ein Passungsverhältnis zwischen Methode bzw. Konzept und Problem herzustellen.

Eine Verortung des Case Management im Rahmen der Sozialarbeitswissenschaft ist daher aus zwei Perspektiven her notwendig: Zum einen um die Leitwerte und Ziele innerhalb des Konzepts im Sinn der Profession der Sozialen Arbeit zu definieren und zum anderen zu bestimmen, für welche Art sozialer Probleme ein Case Management als geeignete Handlungsform der Problemlösung grundsätzlich angezeigt ist. Daraus erschließt sich die Wahl der geeigneten Methoden, mit denen die Problemstellungen im Sinne der Prinzipien und Zielsetzungen des Case Managements bearbeitet werden. Hier zeigt sich die oben angesprochene Zirkularität in der Entwicklung und Etablierung von Konzepten: Zum einen ist das Case Management aufgrund gesellschaftlicher Anforderungen, denen die Soziale Arbeit (Spezialisierung von Hilfeeinrichtungen und Hilfeangeboten, Effizienz und Effektivität der Hilfemaßnahmen) gerecht werden muss notwendig, damit diese gegenüber ihrer Klientel, unter Beachtung ihrer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe, Hilfe zur Linderung und Bewältigung sozialer Probleme leisten kann. Zum anderen beeinflussen ihre professionellen Werte und Theorieentwürfe die Ausgestaltung eines Case Management.

Das Case Management wird innerhalb der Sozialen Arbeit in unterschiedlichen theoretischen Bezugssystemen verortet. Die jeweiligen Verortungen und Konzeptionsentwürfe weisen Unterschiede in der Tiefe ihrer theoretischen Verankerung auf. Die im Folgenden aufgeführten Case-Management-Konzeptionen basieren auf systemischen Theorien Sozialer Arbeit, die jedoch „in ihrer spezifischen sozialarbeitstheoretischen [...] Ausgestaltung deutliche Unterschiede und thematische Fokussierungen“ (Westhofen, 2012, S. 20–21) aufweisen. Solèr (2012, S. 21) nennt verschiedene Versuche das Case Management im Rahmen Sozialer Arbeit metatheoretisch zu fassen und bezieht sich dabei auf die Case-Management-Konzeption von Neuffer (2009, 2013b) und Wendt (Wendt, 2010b). Neben den beiden genannten Konzeptionen ist in diesem Zusammenhang auch auf das Systemische Case Management von Kleve, Haye, Hampe-Grosser und Müller (2011) einzugehen. Dieses lässt sich ebenso wie die beiden zuvor genannten Konzeptionen in ein metatheoretisches Bezugssystem Sozialer Arbeit einordnen.

Die Integration des Case Management in einen sozialarbeiterischen Theoriekontext ist bisher nur ansatzweise erfolgt. Ebenso ist die Relevanz der mit den Konzepten verbundenen theoretischen Ein-

bindung für den Hilfeprozess nicht immer klar ersichtlich (Gissel-Palkovich, 2010a, S. 132–134). Die folgenden Ausführungen skizzieren lediglich die mit der jeweiligen theoretischen Verankerung einhergehenden Implikationen auf ein Case Management. Unterschiede in der Ausgestaltung der Case-Management-Konzeptionen werden dadurch ebenso offenbar wie noch zu leistende theoretische Verknüpfungen und Bezüge.

3.1 Case Management im Rahmen einer Handlungstheorie Sozialer Arbeit

Neuffer (2010, S. 117–119) grenzt sich von neutralen, arbeitsfeldunabhängigen und eher managerial geprägten Case-Management-Konzeptionen ab, indem er seine Case-Management-Konzeption in den Rahmen einer als Handlungswissenschaft zu verstehenden Theorie Sozialer Arbeit stellt. Trotz der theoretischen Verortung und einem sich an den berufsethischen Prinzipien der Sozialen Arbeit orientierenden Case-Management-Konzept ist die „spezielle Funktion des Verfahrens Case Management in der Bearbeitung von multikomplexen Situationen im Sinne einer eigenen speziellen Handlungstheorie herauszuarbeiten“ (Neuffer, 2010, S. 119). Hiermit ist bereits das Systemtheoretische Paradigma Sozialer Arbeit (im Folgenden mit SPSA abgekürzt) als theoretischer Bezugspunkt für eine Verortung des Case Management im Rahmen der Sozialarbeitswissenschaft angedeutet.

Das hier vorgestellte Konzept von Case Management im Rahmen Sozialer Arbeit [...] orientiert sich an der Systemtheorie, konkreter am kritischen Konstruktivismus oder Systemismus, wie ihn Silvia Staub-Bernasconi, Werner Obrecht und in diesem Kontext für eine qualifizierte Problem- und Resourcenanalyse von Kaspar Geiser für die Soziale Arbeit formuliert haben, angelehnt an das metatheoretische Paradigma von Mario Bunge. (Neuffer, 2013b, S. 13)

Unter dem SPSA ist ein genereller, transdisziplinärer und handlungswissenschaftlicher Bezugsrahmen, der eine Wissensintegration auf verschiedenen Ebenen zulässt, zu verstehen. Als disziplinäre Matrix beinhaltet es die Theoriekomponenten Metatheorie, Objekttheorie, Handlungstheorie und Methodologie, die zirkulär verbunden sind.

3.1.1 Struktur des SPSA und Metatheorie

Wissenschafts- und Erkenntnistheoretisch ist das SPSA geprägt von einer systemistischen und materiellen Ontologie, in der „von der Wissbarkeit und Erkennbarkeit beobachterunabhängiger (Arte-)Fakte“ (Westhofen, 2012, S. 29) ausgegangen wird. Es wird die These des wissenschaftlichen Realismus vertreten, nach dem es eine „vom Menschen unabhängige Welt und Wirklichkeit geben würde“ (Westhofen, 2012, S. 29) (Westhofen, 2012, S. 27–29). Das SPSA, auf dessen Basis die Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft definiert wird, differenziert sich in fünf Stufen. Es spezifiziert sich

durch den Bezug auf ein praktisches Problem (Stufe V), durch welches sich die Soziale Arbeit von anderen Handlungswissenschaften unterscheidet. Mit diesen werden die verschiedenen Metatheorien (Stufe I) und die Allgemeine Handlungstheorie (Stufe III) geteilt. Unterschied besteht bezüglich der Objekttheorien (Stufe II) und der Methoden (Stufe VI) (Obrecht, 2009a, S. 65).

Aufgrund der im SPSA vertretenden naturalistischen, emergentistischen Wirklichkeitstheorie (Ontologie) besteht die Wirklichkeit aus konkreten Systemen bzw. Elementen von diesen. Sie existieren als materielle Entitäten beobachterunabhängig. Wirklichkeit ist unter diesem Gesichtspunkt die „Gesamtheit aller konkreten Dinge, wie sie sich als physikalische, chemische, biologische, psychische und sozialkulturelle Systeme im Laufe der Evolution heraus gebildet haben und aufgrund heutiger Erkenntnis bestehen.“ (Geiser, 2009, S. 43). Entsprechend der Annahme von Emergenz⁴ etablieren sich verschiedene Wirklichkeitsbereiche, die als ontologische Niveaus bezeichnet werden. Um Prozesse und Eigenschaften von Systemen und Komponenten zueinander und untereinander zu erklären, interessieren die Gesetzmäßigkeiten zwischen ihnen. Diese nicht veränderlichen Beziehungen zwischen den Komponenten von Systemen zu entdecken, ist Aufgabe der Forschung bzw. Theoriebildung (Geiser, 2009, S. 43).

3.1.2 Gegenstandsverständnis

Soziale Probleme, die als Gegenstand professioneller Sozialer Arbeit als praktische Probleme verstanden werden, werden nach dem Theorieverständnis des SPSA auf „eine nicht angemessene Bedürfnisbefriedigung oder einen nicht angemessenen Bedürfnisausgleich zurückgeführt“ (Schlittmaier, 2009, S. 324). Ein soziales Problem entsteht bzw. wird aufrechterhalten durch die Interaktion verschiedener ontologischer Niveaus. Es kann erklärt werden, wenn auf der einen Seite die biologischen, psychischen und sozialen Merkmale eines Individuums beachtet werden. Auf der anderen Seite müssen die strukturell übergeordneten sozialen Systeme, in die das Individuum eingebettet ist, analysiert werden. Vor dem Hintergrund der im SPSA vertretenen Theorie sozialer Systeme und eines sich im Psychobiologischen Erkenntnis- und Handlungsmodell manifestierenden naturwissenschaftlichen Menschbildes, sind soziale Probleme in Verbindung mit einer Theorie menschlicher Bedürfnisse, als Struktur-Akteur-Struktur-Probleme zu verstehen. Sie zeigen sich darin, dass ein Individuum nicht über die individuellen (intrapsychischen) sowie sozialen (interpsychischen) Ressourcen verfügt, die Diskrepanz zwischen einem bedürfnistheoretisch begründeten Ist- und einem Soll-

⁴ „Als emergent werden Eigenschaften von Systemen bezeichnet, die ihren Komponenten nicht zukommen; die emergenten Eigenschaften sind das Ergebnis von Interaktionen zwischen den Komponenten bzw. das Ergebnis der neuen Strukturbildung.“ (Geiser, 2009, S. 45).

Wert zu beheben⁵. Das Individuum hat keinen oder nur begrenzten Zugang zu Ressourcen, die bedürfnisrelevant sind, und hat aufgrund der mit seiner Position verbundenen Interaktionsstruktur innerhalb eines sozialen Systems nur begrenzt die Möglichkeit auf soziale Beziehungen im Sinne der Bedürfnisbefriedigung Einfluss zu nehmen. Soziale Probleme sind daher eng mit den Handlungsmöglichkeiten des von ihnen betroffenen Individuums verbunden. Die Handlungen eines Individuums finden unter bestimmten Verhältnissen statt, welche wiederum Ergebnis der jeweiligen Struktur der sozialen Systeme sind. Innerhalb des Systems nimmt das Individuum eine bestimmte Position ein, von der aus es Möglichkeiten der Ressourcennutzung zur Bedürfnisbefriedigung besitzt. „Je nach sozialer Position und sozialer Integration bestimmen Individuen über die Angemessenheit sozialer Normen mit, die erforderlich sind, um diejenigen Werte immer wieder von Neuem zu realisieren, die das soziale System wie seine Mitglieder stabilisieren.“ (Geiser, 2009, S. 56–57). Die soziale Struktur wird dabei als emergente Eigenschaft sozialer Systeme verstanden, die Position von Individuen in sozialen Systemen als emergente Eigenschaft der sozialen Struktur (Geiser, 2009, S. 53–61).

3.1.3 Objekttheoretische Ebene – Menschen- und Gesellschaftsbild

Soziale Systeme zeichnen sich durch ihre Interaktionsstruktur aus, die sich aufgrund rekursiver Prozesse zwischen mindestens zwei Individuen bilden. Aus der Interaktionsstruktur etabliert sich eine Positionsstruktur, die sich durch Rollen und mit diesen verbundenen Rechten und Pflichten kennzeichnet. Soziale Systeme stabilisieren sich durch kulturelle Eigenschaften, die sich in Wertvorstellungen und Normen zeigen, welche in Bezug auf die Interaktionen in und zwischen Systemen eine regulierende Funktion einnehmen. Sie erlauben soziale Kontrolle und Sanktionen. Werte und Normen werden durch die Mitglieder legitimiert, wenn sie den Zielen des sozialen Systems entsprechen und Bedürfnisbefriedigung ermöglichen. Soziale Integration bezeichnet die Möglichkeit der mit der Position verbundenen Einflussnahme durch direkte Interaktionen biopsychosoziale Bedürfnisse zu befriedigen. Voraussetzung ist, dass das Individuum die Werte und Normen, welche die Struktur und Kultur des Systems bestimmen, anerkennt. Dies bedeutet, die Individuen müssen ihren Beitrag zur Integration leisten. Bildung, Beschäftigung und Einkommen bestimmen über soziale Integrationschancen und bilden gleichzeitig Ausschlussrisiken (Geiser, 2009, S. 50–51).

⁵ Bedürfnisse werden als Spannungszustände innerhalb des Nervensystems verstanden. Sie werden als Indikatoren für biologische, psychische und soziale Werte gesehen. Ihre Nicht-Befriedigung wird vom Organismus als Spannungszustand erlebt. Bedürfnisse weisen hinsichtlich ihrer Befriedigung unterschiedliche Elastizität auf. Ressourcen zur Bedürfnisbefriedigung werden zu Quellen von Macht, wobei illegitime Machtverhältnisse sowie die fehlende oder willkürliche Realisierung von Wertvorstellungen in der Gestalt Auswirkung haben, dass Bedürfnisse nicht angemessen befriedigt werden können. Die Quellen der Nichtbefriedigung sind mit sozialen Problemen gleichzusetzen, wodurch die Verletzung von Menschen und Grundrechten bzw. deren Beseitigung eng mit dem professionellen Handeln sozialer Arbeit verbunden ist (Geiser 2009, S.57–58).

Im SPSA wird der Mensch als selbstwissensfähiges und soziales bio-psychisches System verstanden. Als solches ist er in soziale Systeme integriert, die Raum für Anregungen und Lernen bieten und dadurch soziokulturelle Entwicklung ermöglichen. Lernen, Erkennen, Sprache und Kommunizieren werden als Eigenschaften betrachtet, die sich in Folge der Evolution des zentralen Nervensystems entwickelten bzw. auf diese zurückzuführen sind. Das Individuum entwickelt im komplexen Austausch mit der Umwelt Bilder über sich und seine Umwelt. Diese ermöglichen eine Beschreibung, Erklärung, Prognose, Bewertung Planung und Handlung. Sie sind Voraussetzung für ein Individuum mit seiner Umwelt in Beziehung zu treten (Westhofen, 2012, S. 51–53).

Menschen, verstanden als biopsychosoziale Lebewesen, sind neugierig, aktiv und beziehungs- und mitgliedschaftsorientiert sowie lern-, sprach- und selbstwissensfähig. Die Dispositionen ihrer Eigenschaften sind begründet in der Konstitution ihres Nervensystems. Der ökologische und soziale Raum bietet ihnen Handlungsräume, in denen, auf Grundlage ihrer Dispositionen, Lernprozesse angeregt werden, wodurch sich ihre kognitiven Systeme entwickeln und sie Teil zahlreicher Sozialsysteme werden (Obrecht, 2005, S. 117).

Das auf einem Psychobiologischen Erkenntnis- und Handlungsmodell (im Folgenden mit PsybiEHM abgekürzt) gründende Menschenbild verdeutlicht die ontische Grundausrichtung des SPSA, durch welches sich dieses von einem naiven Realismus abgrenzt. Reize aus der Umwelt treffen auf Rezeptoren des Nervensystems und werden zum Zentralnervensystem geleitet. In dessen assoziativen Bereich sind Erfahrungen und Wissen gespeichert, die durch Lernen ergänzt und verändert werden. Sie bilden die Basis für kognitive und kulturelle Codes, mit denen die Wahrnehmung codiert wird. Das Ergebnis sind Bilder über das Selbst und die Umwelt. Je nach affektiver Besetzung in Zusammenspiel mit Kognitionen, Bedürfnissen (als Werte verstanden) und Affekten ergeben sich unterschiedliche Motivationen. Diese steuern das äußere Verhalten und Handeln (Geiser, 2009, S. 54–55).

In Anlehnung an Bunge wird im SPSA eine agthonistische Ethik vertreten. Damit wird von der Existenz moralischer Tatsachen ausgegangen. Es geht darum, das eigene Wohlbefinden sowie das anderer zu fördern, wodurch sich Rechte und Pflichten erschließen. Generell sollen soziale Systeme die Möglichkeit bieten, dass ihre Mitglieder ihre legitimen Bedürfnisse befriedigen können. Ferner sind sie darauf ausgerichtet, das Wohlbefinden ihrer Komponenten sowie das anderer Systeme zu unterstützen. Soziale Probleme werden im SPSA auf negative Bedürfnisspannungen und die mangelnde Möglichkeit ihres Abbaus durch die Individuen zurückgeführt. Ziel der Sozialen Arbeit ist es daher, die Befriedigung von Bedürfnissen für die Individuen sozialer Systeme, unter Beachtung der soziokulturellen Bedingungen und gesellschaftlichen (sich durch Werte und Normen äußernden) Anforderungen, zu ermöglichen. Wohlbefinden wird hier als bevorzugter Zustand gesehen und steht

im Zentrum eines ethisch-moralisch reflektierten Handelns Sozialer Arbeit. Um die Autonomie der Klientin zu wahren sowie gesetzte Ziele schnell und effektiv zu erreichen, sind die betroffenen Menschen an der Problemlösung zu beteiligen (Westhofen, 2012, S. 51–53).

3.1.4 Verhältnis von allgemeiner normativer und spezieller Handlungstheorie

Die allgemeine normative Handlungstheorie stellt eine Brücke zwischen basiswissenschaftlichen Beschreibungs- und Erklärungswissen und Verfahrenswissen, welches als handlungswissenschaftliches Wissens zu verstehen ist, dar. Beschreibungs- und Erklärungstheorien fungieren hierbei als „Quelle der Entwicklung von professionellem Verfahrenswissen beziehungsweise Methoden“ (Obrecht, 2005, S. 149). Grundlage der allgemeinen normativen Handlungstheorie bildet das biopsychosoziale Erkenntnis- und Handlungsmodell und die mit diesem verbundene Theorie des Wissens. Dieses bildet, gekoppelt mit soziologischen Struktur-Akteur-Struktur Hypothesen, die theoretische Grundlage für die Systemische Denkfigur (vgl. Geiser 2009) als Methode zur Erzeugung systematischer Bilder von der Situation von Klienten. Vor diesem Hintergrund zeichnet sich ein methodisches Vorgehen im Rahmen des SPSA dadurch aus, dass auf Grundlage von Theorien, die integrierte Gegenwarts- und Zukunftsbilder generieren, eine systematische Fallbeschreibung prozessiert wird, die in einem nächsten Schritt gezieltes und systematisiertes Handeln ermöglicht (Obrecht, 2005, S. 149–153).

Die allgemeine normative Handlungstheorie ermöglicht im Rahmen der Theoriematrix des SPSA eine theoretisch begründete und geleitete Methodenanwendung in Abhängigkeit zum Problem. Possehl (2009, S. 27) verweist dabei darauf, dass die allgemeine normative Handlungstheorie selbst eine Methode im Sinne einer Methode zur Wahl der richtigen speziellen Methode darstellt. Sie ist nach diesem Verständnis eine Methode allgemeiner Art mit der Funktion der Bearbeitung kognitiver Probleme.

Um die allgemeine normative Handlungstheorie in ihrer Funktion greifbarer zu machen, ist in einem ersten Schritt der Blick auf die Funktion der speziellen Handlungstheorie (Niveau IV des SPSA), in deren Rahmen die professionelle Methode anzusiedeln ist, zu erörtern. Professionelles Handeln zeichnet sich durch eine konkrete Abfolge kognitiv-motorischer Prozesse aus. Eine Methode „als konsistentes Set von wissenschaftlich fundierten Verfahrensregeln und Handlungsmaximen zur Lösung praktischer bzw. sozialer Probleme“ (Westhofen, 2012, S. 50) stellt hierbei kognitive Ressourcen zu Verfügung. Die Verbindung von Methode und allgemeiner normativer Handlungstheorie kann als Kern einer Handlungswissenschaft begriffen werden. Die allgemeine normative Handlungstheorie bezieht sich auf die Beschreibung, Erklärung, Prognose, Bewertung und Formulierung eines prak-

tischen Problems. Sie ist als Reihe kognitiver Operationen zu verstehen, die einer Methodenanwendung vorausgehen oder nachfolgen (Obrecht, 2009a, S. 116–117).

Zuvorderst muss eine Beschreibung eines problematischen Zustandes eines Systems oder eines in ihm oder zwischen ihm und anderer Dinge (Systeme) ablaufender Prozesse stattfinden. Im Anschluss an die Beschreibung erfolgt eine Erklärung der beschriebenen Fakten. Dies geschieht unter Bezugnahme auf Termini⁶ einer den Aufbau und das Verhalten der beschriebenen Objekte erklärenden wissenschaftlichen Theorie. Prognosen, die an eine Erklärung anschließen, stützen sich auf die im Rahmen der Beschreibung und Erklärung herangezogenen Termini wissenschaftlicher Theorien. In ihrem Rahmen werden Aussagen über den mutmaßlichen Zustand eines Dings (Systems) zu einem späteren Zeitpunkt getroffen. Da es in einer Handlungswissenschaft nicht nur darum geht, Fakten wertfrei zu generieren und diese zu erklären, sondern auch im Rahmen einer normativen Dimension zu klären, was warum als problematisch bewertet wird, wird innerhalb der Prognose das zu bearbeitende Problem auf Basis von Werten der beteiligten Akteure formuliert. Die Formulierung basiert auf der Analyse der Eigenschaften sozialer Systeme, die zu einer Nicht-Befriedigung von Bedürfnissen führen sowie die Möglichkeiten zu deren Veränderung. Hieran knüpft die Zielformulierung, als Beschreibung eines zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Zukunft liegenden Zustands, an. Danach werden Handlungspläne entworfen, die hier als Bilder künftiger zielbezogener Handlungen zu verstehen sind. Die Entscheidung für einen Handlungsplan basiert auf der Heranziehung fachlicher, ökonomischer und moralischer Kriterien. Die Sequenzen kognitiver Operationen gehen dann in eine Realisierung des Handlungsplanes über, indem die im Sinne der Pläne passende Methode gewählt wird (Obrecht, 2009b, S. 65–66; Schlittmaier, 2009, S. 324–325).

Die allgemeine normative Handlungstheorie hilft nomologische Aussagen über nomopragmatische Aussagen in normative zu überführen, wodurch ein System von Handlungsanweisungen entsteht. Auf ihrem Niveau ist die Ebene des methodischen Handelns außen vor. Es handelt sich hier um die Integration der verschiedenen Wissensformen des I. und II. Niveaus des SPSA in Bezug auf den Gegenstand Sozialer Arbeit. Zum einen wird hier das Ziel der Beschreibung, Erklärung und Prognose von gezielten kognitiven und motorischen Abläufen und Prozessen auf der Basis von Grundlagentheorien und Objekttheorien verfolgt. Auf der anderen Seite erfolgt die normative Bewertung dieser

⁶ Professionelles Handeln wird hier vor dem Hintergrund des PsybiEHM gesehen. Es unterscheidet sich durch Alltagshandeln in der Verwendung einer Terminologie, die als professioneller Code zu verstehen ist. Die Termini bilden Komponenten von Theorien, die wiederum selbst begriffliche Systeme darstellen. Auf ihrer Grundlage basieren professionelle Bilder, welche die Grundlage des Handelns bilden (Geiser, 2009, S. 35).

Handlungen und Handlungssituationen. Zielgerichtetes, rationales und normatives Handeln wird hier durch die produktive Vernetzung verschiedener Wissensformen begründet (Westhofen, 2012, S. 39).

3.1.5 Case Management im Rahmen des SPSA

Das Case Management wird von Neuffer (2013a, S. 11) auf Ebene einer speziellen Handlungstheorie angesiedelt. Staub-Bernasconi (2007, S. 271–273) benennt auf dieser Ebene des SPSA verschiedene problembezogene Arbeitsweisen die als Arbeitshypothesen zu verstehen sind. Da „Inhalte und Probleme die Wahl der Verfahren bestimmen“ (Staub-Bernasconi, 2007, S. 271) wird sich im Rahmen der hier vertretenen Systemtheorie auf einen allgemeintheoretischen Bezugsrahmen in Form einer allgemeinen normativen Handlungstheorie gestützt, von dem aus gegenstandspezifisch Arbeitsweisen entwickelt, eingesetzt und miteinander kombiniert werden. In Arbeitsweisen verbinden sich Problem, Ziele, verfügbare Mittel und berufliche Qualifikation. Sie lassen Aussagen darüber zu, dass bei einem bestimmten Problem, unter Berücksichtigung des zur Verfügung stehenden Wissens und dem Einsatz der Arbeitsweisen entsprechenden Mittel und Methoden (verstanden als konsistentes Set von Regeln und Handlungsanweisungen) es wahrscheinlicher wird, ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Die von Staub-Bernasconi benannten Arbeitsweisen stellen somit einen Ordnungsversuch dar, verschiedene Methoden „die sich auf die Bearbeitung desselben Problembereichs beziehen, zu bündeln“ (Geiser, 2009, S. 299).

Wird das Case Management in den Kontext des SPSA gestellt, sticht eine seine sich durch die Phasenstruktur ergebende systematische Fallführung hervor. Possehl (2009, S. 122–125) vergleicht eine Reihe verschiedener Vorschläge und Ansätze, in deren Rahmen sich methodisches Handeln in Form von Phasenmodellen beschreiben lässt und hebt in einer vergleichenden Übersicht deren grundsätzliche Ähnlichkeit hervor. In einem nächsten Schritt werden relevante Phasen, der zuvor aufgeführten Modelle zusammenfasst und mit den unterschiedlichen Wissensformen eines normativ-rationalen Handlungsverständnisses verbunden. Dabei wird deutlich, dass sich die Phasen des Case Management den Wissensformen der allgemeinen normativen Handlungstheorie zuordnen lassen. Sie verlaufen auf Ebene einer speziellen Handlungstheorie, mit dem Ziel der Lösung praktischer Probleme, parallel zur allgemeinen normativen Handlungstheorie. Die in dieser formulierten beschreibenden und erklärenden Theorien bilden hierbei die Grundlage des Handelns. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt Westhofen (2012, S. 50), wenn er darauf hinweist, dass professionelles Handeln sich entsprechend einem Handlungsverständnis des SPSA, in neun Schritte der systematischen Problemlösung gliedern lässt. Dieses sich explizit an den Wissensformen bzw. W-Fragen einer allgemeinen normativen Handlungstheorie orientierende Handlungsschema zeigt seiner Meinung nach, deutliche Paral-

lelen „mit der im Case Management verbreiteten Interventions- und Planungssystematik“ (Westhofen, 2012, S. 50) auf.

Setzt man das Case Management in Bezug zu einer sich auf das SPSA gründenden Handlungswissenschaft Sozialer Arbeit, ergibt sich für die praktische Anwendung das moralische Gebot der Beteiligung der Klienten. Die Inanspruchnahme von Hilfe ist vor dem Hintergrund des hier vertretenen Menschenbildes und Verständnisses sozialer Systeme ein Zeichen, dass die Autonomie eines Individuums eingeschränkt ist. Dies geht mit Statusverlust innerhalb der Positionsstruktur sozialer Systeme einher. Soziale Arbeit bearbeitet den Autonomieverlust. Sie tut dies durch die Ermöglichung der Partizipation des Klienten bei der Suche und Durchführung von Problemlösungen. Klientäre Entscheidungen bzw. die Befähigung zu diesen erhalten dadurch ein besonderes Gewicht im Hilfeprozess. Beteiligung ist aber nicht nur ein moralisches Gebot im Sinne der Vermeidung von Kränkung oder Maximierung der Autonomie, sondern auch in Bezug auf die Effektivität und Effizienz der Hilfe gegeben. Eine Partizipation, so die Annahme, erhöht die Möglichkeit der Entwicklung geeigneter Lösungen ebenso wie die Wahrscheinlichkeit, dass die Wege, die zur Lösung notwendig sind, vom Klienten mitgetragen werden und das Erreichte durch ihn bzw. sein Verhalten gesichert wird (Obrecht, 2005, S. 160).

Vor diesem Hintergrund betont Neuffer (2013a, S. 10–11) die anwaltschaftliche Funktion im Rahmen des Case Managements. Aus einer klientenorientierten Perspektive heraus bedeutet Case Management für ihn die „unmittelbare Arbeit mit den Klient/innen, mit ihrem Umfeld im Sinne von fallspezifischer Netzwerkarbeit und der Beteiligung an der fallunspezifischen Netzwerkarbeit in einem zielgruppen- oder quartiersbezogenen Dienstleistungssystem“ (Neuffer, 2009, S. 61). Die Klientinnen Sozialer Arbeit befinden sich in multikomplexen Problemlagen aus diesen heraus sie ihre Handlungsspielräume nicht nutzen können oder aber diese nicht kennen. Daher benötigen sie eine „parteiliche, anwaltschaftliche Vertretung die sie in Auftrag geben müssen“ (Neuffer, 2009, S. 62).

Die hier vertretene Case-Management-Konzeption orientiert sich an den klassischen Phasen des Case Managements. Hierbei wird der Bezug zum SPSA besonders in der Phase des Assessments deutlich. Für diese favorisiert Neuffer (2009; 2013b) die Systemische Denkfigur von Geiser (2009). Diese bildet metaphorisch gesprochen den „kognitiven Fahrplan“ des Assessment. Ein Vorgehen im Rahmen der Systemischen Denkfigur eignet sich nach seiner Auffassung besonders für eine systematische Problem- und Ressourcenanalyse eines Individuums mit seinen Einbettungen und Beziehungen in sozialen Systemen. Basis jeglicher Hilfestellung im Rahmen des Case Managements bildet eine tragfähige Beziehung zwischen Case Managerin und Klientin. „In allen Phasen des Case Management wird die Bedeutung der Beziehungsarbeit relevant“ (Neuffer, 2009, S. 28). Sie ist konstitutiv,

um im Case Management planen, koordinieren und begleiten zu können. Hierbei handelt es sich um eine tragfähige Arbeitsbeziehung, die sich auf Grundlage einer entsprechenden Gesprächsführung, die den Klienten Verständnis und Würdigung signalisiert, etabliert. Sie grenzt sich von einer therapeutischen Beziehung ab (Neuffer, 2010, S. 120, 2013a, S. 9).

Um ein Vertrauensverhältnis zu begründen, braucht es die Schlüsselqualifikationen der Beratung, Krisenintervention, Mediation und der Netzwerkarbeit. Sie stellen „unverzichtbare Arbeitsformen im Case Management dar, deren Grundkonzepte auf die jeweiligen Anforderungen übertragen werden müssen“ (Neuffer, 2009, S. 155). Neuffer (2013a, S. 11) kritisiert dabei, dass in verschiedenen Case-Management-Konzepten die Vorgehensweisen und Techniken der Beratung vernachlässigt werden. Die Systemische Beratung wie auch die Lebensweltorientierte Beratung stellen hier für ihn wichtige Bezugspunkte dar. „Im Case Management wird eine beratende Tätigkeit durchgehend den Prozess der Hilfestellung mit gestalten, insofern sind Beratungskonzepte für diese Aufgabe nützlich“ (Neuffer, 2009, S. 155). Konzepte der systemischen Beratung werden von Neuffer (2009; 2013b) insbesondere deshalb favorisiert, weil sie sich ähnlich wie Case Management in Phasen aufteilen. Dies erlaubt es seiner Meinung nach dem Case Manager, entsprechend der Notwendigkeiten und Anforderungen der Situationen innerhalb des Case-Management-Prozesses, auf bestimmte Phasen oder Vorgehensweisen der jeweiligen Konzepte systemischer Beratung zuzugreifen.

3.2 Das Systemische Case Management

Im Systemischen Case Management (im Folgenden als SCM abgekürzt) von Kleve, Haye, Hampe-Grosser und Müller (2011) wird das klassische Case Management mit Methoden und Verfahren der systemischen Beratung und Sozialarbeit verknüpft. Das SCM ist gekoppelt an Grundannahmen einer systemischen Theorie und daraus resultierender Konzepte, die von Autopoiesis, Selbstreferenz, Komplexität und Kontingenz ausgehen. Daraus folgt eine Skepsis gegenüber der Annahme, psychische und soziale Systeme seien zielgerichtet durch Einflüsse ihrer Umwelt zu steuern. Vielmehr wird hier die Ansicht vertreten, dass Soziale Arbeit (wie auch Therapie) lediglich die Rahmenbedingungen der Entwicklung von Personen und sozialen Systemen schaffen kann. Das SCM weist eine hohe methodische Variation auf, wodurch es sich für eine Anwendung bei einer hohen Organisations- und Akteursdichte empfiehlt. Die für das Case Management konstituierende Verknüpfung von Fall- und Systemebene bleibt im SCM erhalten. Im SCM wird das Linking als zentraler Schritt des Case-Management-Prozesses gesehen, da hier die Verknüpfung von Fall- und Strukturebene am deutlichsten akzentuiert wird. Auf das Linking hin sind alle anderen Schritte ausgerichtet (Kleve, Müller & Hampe-Grosser 2010, S. 31).

3.2.1 Theorierahmen

Das SCM steht in Bezug zu einer konstruktivistisch-postmodernen Theorie Sozialer Arbeit nach dem Entwurf von Kleve (2007). Hierbei handelt es sich um eine Reflexionstheorie, die Soziale Arbeit in ihrer disziplinären und professionellen Bandbreite metatheoretisch und analytisch universell zu erfassen versucht. Ambivalenzen und Differenzen bilden das Zentrum der Begründung einer postmodernen Theorie Sozialer Arbeit. Postmoderne ist hier nicht als Epochenbezeichnung zu verstehen, sondern als Denk- und Reflexionsstil. Es wird davon ausgegangen, dass es durch gesellschaftliche Transformationsprozesse „keine objektive, beobachter- und sprachspielunabhängige Wirklichkeit gäbe, die als fester Referenzpunkt für das Navigieren, Entscheiden und Handeln in Wissenschaft und Praxis dienen könnte“ (Westhofen, 2012, S. 246). Kleve verbindet in seiner Reflexion Sozialer Arbeit konstruktivistische mit systemtheoretischen und postmodernen Denkansätzen und Diskurspositionen. Die „kulturtheoretische Kategorie der Ambivalenz“ (Westhofen, 2012, S. 241) spielt dabei als Begründungs- und Reflexionsfigur eine herausragende Rolle. Sie beschreibt das Widersprüchliche und Zerrissene sowie Mehrdeutige und Kontingente von kulturellen, menschlichen Phänomenen. Die Kategorie der Ambivalenz passe, so die Argumentation Kleves, deshalb gut zur Sozialen Arbeit, weil gerade sie sich in einer durch Widersprüchlichkeit und Selbstbezogenheit kennzeichnenden Lebenswelt ihrer Adressaten bewegt (Westhofen, 2012, S. 241–249).

3.2.2 Konstruktivistisch-systemtheoretische Grundannahmen

Die in diesem Theoriekonstrukt rezipierte Systemtheorie ist als Differenztheorie zu betrachten. Systeme, als aus Elementen bestehende Einheiten, definieren sich demnach durch ihre Grenze zur Umwelt. Die Systemgrenze wird von dem System zurechenbaren Operationen oder Elementen markiert. Die Elemente sind miteinander in Beziehung und grenzen sich durch diese von anderen Elementen, die zur Umwelt gehören, ab. Welche Elemente bzw. welche Beziehung der Elemente zueinander als System beobachtet und beschrieben werden, wird von einem Beobachter (auch das System selbst kann dieser Beobachter sein) festgelegt. Der Beobachter entscheidet aufgrund welcher (selbstreferentieller) Kriterien er die Unterscheidung System/Umwelt trifft. Systeme sind im Rahmen einer konstruktivistisch unterfütterten Systemtheorie daher Ergebnis einer beobachterabhängigen Konstruktionsleistung. Grundsätzlich werden technische, biologische, psychische und soziale Systeme unterschieden. Grundlage der Unterscheidung bilden die Operationen, die den einzelnen Systemen zugeschrieben werden und wodurch sie sich gegenseitig voneinander abgrenzen. Es handelt sich daher um operational geschlossene Systeme, die zueinander Umwelten darstellen. Gleichzeitig sind sie aufeinander bezogen und setzen sich gegenseitig voraus. Biologische Systeme zeichnen sich durch Stoffwechsel, psychische durch Gedanken und soziale durch Kommunikation aus. Sie repro-

duzieren sich durch ihre jeweiligen Operationen und verarbeiten Informationen aus der Umwelt auf Grundlage selbstreferenzieller, zirkulärer Prozesse (Kleve, 2009b, S. 149; Westhofen, 2012, S. 248).

Das zentrale Organisationsprinzip von lebenden Systemen wird durch das Modell der Autopoiesis abgebildet. Systeme erzeugen sich durch ihre Operationen selbst, wobei „diese Operationen immer nur an andere Operationen gleichen Typs anschließen können, die permanent neu hervorgebracht werden müssen, damit sich die Systeme kontinuieren können“ (Kleve, 2007, S. 123–124). Daraus ergibt sich ihre operationale Geschlossenheit, aus dieser sich das Phänomen der Selbstreferenz (Selbstbezüglichkeit) erschließt. Da lebende Systeme als autopoietische Systeme nur mit ihren eigenen Zuständen operieren können, ist das was beobachtet wird, vom Beobachter vor dem Hintergrund seiner eigenen Operationen konstruiert (Kleve, 2009b, S. 19). Damit ist bezeichnet, dass Phänomene der Umwelt vom beobachtenden System nach dessen selbstreferenziellen Sinnzusammenhängen beobachtet werden. „Die Erkenntnis der Umweltphänomene [ist] immer nur relativ zu den inneren, autopoietischen Operationen und Wirklichkeitskonstruktionen des jeweiligen beobachtenden Systems“ (Westhofen, 2012, S. 252). Die Welt kann demnach nicht objektiv und unmittelbar erfahren werden. Das beobachtende System bildet Unterscheidungen auf Grundlage seiner eigenen Sinnkonstruktionen, mit denen es die Umwelt beobachtet und beschreibt. Wirklichkeit ist somit das Endprodukt von Differenzsetzungen eines Systems (Westhofen, 2012, S. 252).

Autopoiesis gibt noch keine Auskunft über die Ausgestaltung der Systeme. In welcher Art und Weise sich Systeme strukturieren und in welcher Art und Weise sie sich Umweltveränderungen anpassen, ist von ihrer Struktur abhängig. Indem die Operationen von Systemen aneinander anknüpfen, ergibt sich ein Raum der Veränderungen bzw. Anpassungen zulässt. Auch wenn Systeme autopoietisch und selbstreferentiell operieren, sind sie offen für Informationen aus der Umwelt. Ihr augenblicklicher Zustand entscheidet über die Art und Weise wie sie sich in ihrer Struktur verändern, je nachdem welchen Sinn⁷ sie den Impulsen von außen aufgrund ihrer Selbstreferenzen zuschreiben. Weil dieses Prinzip auch für den Beobachter gilt, ist es für den Beobachtungs- und Beschreibungsprozess selbst ebenso gültig. Der Prozess der Beobachtung und Beschreibung (welcher als sprachliche Mitteilung und Reflexion der Beobachtung verstanden wird) schließt an vorherige selbstreferenzielle Prozesse der Beobachtung und Beschreibung an (Kleve, 2009b, S. 157–164). Vor diesem Hintergrund ist der Beobachtungsprozess als Selektionsprozess zu reflektieren, der unter anderen psychologischen, sozialen sowie kulturellen und theoretischen Voraussetzungen anders ausfallen würde. Beobachtungen

⁷ Während biologische Systeme Materie und Energie verarbeiten, zeichnen sich psychische und soziale Systeme durch die Produktion von Sinn aus. Dieser wird im Rahmen psychischer Systeme durch Bewusstseinszustände (re-)produziert und im Rahmen sozialer Systeme durch Kommunikation. Damit ist von einer engen strukturellen Kopplung psychischer und sozialer Systeme auszugehen.

basieren daher auf enormer Komplexität, wodurch das, was und wie beobachtet wird, auch immer anders beobachtet werden könnte. Unter anderen zeitlichen, kognitiven und kommunikativen Deutungen könnte daher anders ausgewählt und selegiert werden. Dieser als Kontingenz bezeichneter Umstand charakterisiert zusammen mit dem Begriff der Ambivalenz die konstruktivistisch-postmoderne Theorie Sozialer Arbeit (Kleve, 2007, S. 27 ff.).

3.2.3 Professions- und Gegenstandsverständnis

Ausgehend von den hier dargestellten konstruktivistisch-systemtheoretischen Grundannahmen in Verbindung mit einer Theorie einer funktional differenzierten Gesellschaft entwirft Kleve (2007) ein postmodernes Professionsverständnis Sozialer Arbeit.

Soziale Systeme unterteilen sich in die Ebenen Gesellschaft, Organisationen und Interaktionen. Die Ebene der Gesellschaft umfasst dabei verschiedene Funktionssysteme (Teilsysteme). Jedes Funktionssystem erfüllt im Hinblick auf das gesamtgesellschaftliche Zusammenspiel der unterschiedlichen Funktionssysteme eine spezifische Aufgabe, die nur von ihm erfüllt werden kann. Die Funktionssysteme sind voneinander abhängig, da sie Leistungen gegenseitig zur Verfügung stellen, die sie selbstreferenziell verarbeiten und zur Erfüllung ihrer Funktion benötigen. Die Systeme stellen zueinander Umwelten dar und beobachten und beschreiben Phänomene auf Grundlage ihres binären Codes. Dieser bestimmt die Eigenlogik des Systems und eröffnet Perspektiven auf ein Phänomen. Funktionssysteme können daher als Kontexte verstanden werden, in denen auf Grundlage ihres binären Codes Wirklichkeit generiert wird (Kleve, 2007, S. 124, 2009b, S. 27–29).

Soziale Arbeit wird als „sekundäres Funktionssystem sozialer Hilfe“ (Kleve, 2007, S. 163) gesehen, dessen Systemlogik durch den Code Hilfe/Nicht-Hilfe generiert wird. Sie wird tätig, wenn Menschen durch primäre sozialstaatliche Sicherungssysteme nicht oder nicht ausreichend aufgefangen werden. Damit nimmt die Soziale Arbeit die Funktion einer stellvertretenden Inklusion ein, indem sie die Folgeprobleme der funktionalen Differenzierung der Gesellschaft bearbeitet. Diese zeigen sich in einer nicht ausreichenden Inklusion oder durch Exklusion aus (für das Individuum wichtigen) gesellschaftlichen Funktionssystemen. „Inklusion heißt in diesem Zusammenhang: Einbezug aller Individuen der Gesamtbevölkerung, aber nur mit den jeweils funktionsrelevanten Ausschnitten der Lebensführung [Hervorhebung im Original].“ (Merten, 2005, S. 44).

Die Annahme einer funktional differenzierten Gesellschaft wirkt sich auf das Menschenbild im postmodernistischen Theorieentwurf Sozialer Arbeit aus. Strenggenommen wird hier nicht mehr vom Menschen an sich ausgegangen, sondern vielmehr von selbstreferentiellen, operational geschlossenen Systemen, die ihre Umwelt vor dem Hintergrund ihrer eigenen Systemlogik betrachten. Das Indivi-

duum tritt für ein gesellschaftliches Funktionssystem bzw. einer ihm zuzurechnenden Organisation⁸ nicht mehr als Gesamtheit in Erscheinung. Es spielt lediglich der Teil der Person, mit dem diese im Sinne der selbstreferenziellen, autopoietischen Wahrnehmung des jeweiligen Systems relevant ist, eine Rolle. Der Mensch wird nicht mehr als Individuum, sondern als Dividuum wahrgenommen (Westhofen, 2012, S. 263–264). Vor diesem Hintergrund muss eine Person, um an der funktionssystemischen Kommunikation partizipieren zu können, die systemspezifischen Regeln des jeweiligen Systems anerkennen und dessen Verhaltenserwartungen erfüllen. Verfügt das Individuum nicht über ausreichend Möglichkeiten den „Teilnahmebedingungen an den funktionssystemischen Abläufen spezifischer Systeme“ (Westhofen, 2012, S. 254) zu entsprechen, zeigt sich dies in Exklusion. Soziale Arbeit versucht individuelle und soziale Systeme dahingehend zu mobilisieren, dass diese an gesellschaftlicher bzw. funktionssystemischer Kommunikation teilnehmen können. Erst Exklusion, die in der Person des Klienten offenbar wird, veranlasst das Tätigwerden Sozialer Arbeit entsprechend ihrem funktionssystemischen Code der Hilfe/Nicht-Hilfe. Dieser wird auf Ebene der Organisation in bedürftig/nicht-bedürftig transformiert, wobei Bedürftigkeit als Auslösemoment der Hilfe gedeutet wird. Ob eine Bedürftigkeit vorliegt, entscheidet die Organisation auf Basis des ihr zugrunde liegenden Programms. Auf Ebene der Interaktion wird die Bedürftigkeit in Fall/Nicht-Fall transformiert, um eine Bearbeitung im Sinne der Organisation zu ermöglichen.

Kleve (2007, S. 147–152; 2009b, S. 25–29) verweist in Bezug auf die Gegenstandsproblematik Sozialer Arbeit auf deren Konfrontation mit einer Vielzahl komplexer sozialer Phänomene, die er als soziale Probleme definiert. Die funktionale gesellschaftliche Ausdifferenzierung führt zu einer Vielzahl nebeneinander und sich unterscheidender Systemrationalitäten. Es entstehen viele individuelle Wirklichkeiten mit entsprechenden Normen und Orientierungen und damit einhergehender Erwartungen an das Verhalten⁹ von Individuen. Es kann daher nicht von einer allgemeingültigen Norm als Referenzpunkt ausgegangen werden, von wo aus soziale Probleme als Ausdruck drohender oder tatsächlicher Exklusion definiert werden können. Lediglich gesetzlich kodifizierte Regeln bieten einen Ansatzpunkt für Problembenennungen. Sie bilden den Kontext für die programmatische Ausrichtung von Organisationen, auf deren Ebene Soziale Arbeit stattfindet. Hier ist zu beachten, dass die Programme das Handeln der Sozialarbeiterin nicht bestimmen, sondern einzig der Unterscheidung und Bezeichnung sozialer Problemkategorien (bedürftig/nicht-bedürftig) dienen, indem durch sie die Zielgruppe eingegrenzt wird. Auf Ebene der Interaktion beginnt der eigentliche Problemlöseprozess.

⁸ Organisationen als Ebene sozialer Systeme spielen insofern eine entscheidende Rolle, da sich die gesellschaftliche Inklusion oder Exklusion eines Individuums empirisch in der Teilnahme an organisatorischen Kommunikationsprozessen in Form von Mitgliedschaften oder dem Bezug von Leistungen, für die die Organisation zuständig ist, zeigt.

⁹ Verhalten wird in diesem Theoriekontext als Kommunikation verstanden

Hier werden gesellschaftlich und organisationsprogrammatisch definierte Probleme einer Lösung zugeführt. Was das Problem im Einzelnen ist, ist Thema der direkten Sozialarbeiter-Klienten-Interaktion. Soziale Probleme werden vor diesem Hintergrund nicht als ontische Größen begriffen. Sie werden auf Grundlage der jeweiligen Systemlogik entlang der Ebenen sozialer Systeme konstruiert bzw. transformiert, indem vom jeweiligen gesellschaftlichen, organisatorischen oder interaktionalem System eine Abweichung von einem Ist- und einem Soll-Wert bezüglich der kommunikativen Teilnahmebedingungen beobachtet wird.

Soziale Arbeit beobachtet aufgrund welcher Modi die Gesellschaft Inklusion und Exklusion prozessieren. Als ethisch reflektierende Praxis beobachtet, beschreibt, bewertet und erklärt Soziale Arbeit Exklusion, kann diese aber nicht gänzlich beseitigen, da jedes Funktionssystem aufgrund seiner eigenen Logik darüber entscheidet, wer an seiner systemspezifischen Kommunikation teilnimmt. Sie tritt als stellvertretende Inklusion Exklusion entgegen, indem sie auf interaktioneller Ebene „versucht bisher nicht beachtete, bisher ausgeschlossene Optionen (z.B. klientäre Persönlichkeitsanteile, Deutungs- und Handlungsweisen etc.) bei der Problemlösung als funktionale Äquivalente zu beachten, diese in die Problemlösung einzuschließen“ (Kleve, 2007, S. 248). Das Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe wird vor diesem Hintergrund als ethisches¹⁰ Prinzip des Systems der Hilfe gesehen. (Kleve, 2007, S. 248–249).

3.2.4 Konstruktivistisches Methodenverständnis

Die Methodik in der Sozialen Arbeit hat einen Transfer zwischen Theorie und Praxis zum Ziel. Sie soll Orientierung hinsichtlich Handlungen und Reflexion ermöglichen. Methoden gehen über das reflektierende Beschreiben und Analysieren hinaus, indem in ihrem Rahmen Vorschläge gemacht werden, wie interveniert werden kann. Kleve (2007, S. 110–113) weist darauf hin, dass Methoden und ihre Anwendung vor dem Hintergrund des Kontextes, indem sie zum Einsatz kommen, Sinn machen müssen. Nach konstruktivistischem Methodenverständnis ist die Wahl der Methode von ihrer situativen Brauchbarkeit abhängig. Der Anwendung auch sich teilweise widersprechender Handlungs- und Reflexionskonzepte steht nach konstruktivistischem Verständnis nichts im Wege. Gerade darin spiegeln sich die Ambivalenzen, denen sich die Soziale Arbeit insgesamt ausgesetzt sieht wieder. Der Methodenpluralismus ist nach konstruktivistisch-postmodernem Verständnis Ausdruck ei-

¹⁰ Luhmann, dessen soziologische Systemtheorie einer der entscheidenden Referenzpunkte im Theoriekonstrukt von Kleve einnimmt, versteht Ethik als Reflexionstheorie der Moral, welche er als Kommunikation der Unterscheidung gut/böse versteht. Ethik setzt sich nach diesem Verständnis damit auseinander ob die Einführung einer Moral in einem bestimmten Kontext als sinnvoll zu erachten ist. Ethik ist „als eine Beobachtung zweiter Ordnung, die die moralische Qualität von Verständigungsprozessen zwischen Sozialen Systemen in deskriptiver und normativer Hinsicht untersucht“ (Westhofen, 2012, S. 261) zu sehen (Schlittmaier 2009, S. 323–324).

nes professionellen Umgangs mit den ambivalenten Dynamiken des Handlungsfeldes der Sozialen Arbeit. Vor diesem Hintergrund kann die Brauchbarkeit von Methoden nicht im Vorfeld deduziert, sondern lediglich in der praktischen Situation reflektiert werden.

Entsprechend eins professionstheoretisch begründeten differenzsensiblen und ambivalenzorientierten Handlungsmodells werden der Sozialen Arbeit verschiedene Methoden zugeordnet. Die Handlungsansätze des Methodenrepertoires sind systemisch, postmodernistisch inspiriert. Besonders nennt Kleve das SCM, die Mediation und den sozialraumorientierten Ansatz als Methoden, die einem postmodernen Professionsverständnis am ehesten entsprechen und besondere Leistungsfähigkeit im Umgang mit Differenz und Ambivalenz ermöglichen. Durch sie können demnach die Differenzen der klientären Lebens- und Wirklichkeitsentwürfe in ihrem jeweiligen sozialen Kontext anerkannt werden. Das Case Management wird unter den genannten Methoden besonders betont, da es die Methode ist, die auf konstruktive Weise hilft mit den Ambivalenzen Sozialer Arbeit umzugehen. Da das SCM flexibel und multiperspektiv angelegt ist, gelingt es gerahmt durch ein standardisiertes, sechs-schrittiges Ablaufschema die lebensweltlichen, durch Ambivalenzen gekennzeichneten klientären Probleme, zu bearbeiten. Ziel ist es grundsätzlich auf Basis bedürfnis- und personenorientierter Hilfepläne, unter Berücksichtigung vorhandener Ressourcen, privat-lebensweltliche und professionelle Hilfe so zu arrangieren, dass die in Koproduktion mit dem Klienten festgelegten Ziele effektiv und effizient verfolgt werden können (Westhofen, 2012, S. 259–261).

3.2.5 Die Struktur des Systemischen Case Management

Soziale Arbeit steht grundsätzlich vor dem Problem ihr Vorgehen in der Praxis strukturieren zu müssen. Dabei bietet der klassische aus der Medizin stammende Dreischritt aus Anamnese, Diagnose und Behandlung eine Orientierung. Dieses Vorgehen erlaubt ein methodisch kontrolliertes und wissenschaftlich ausgerichtetes Vorgehen, da sich die Fragestellungen auf ein phänomenales, kausales und aktionalen Erkenntnisinteresse ausrichten, welche parallel auch in der Wissenschaft erkenntnisleitende Fragestellungen abbilden. Das SCM gründet auf diesen drei Fragestellungen, wird aber für die Falleinschätzung und Hilfeplanung des Case Management in sechs Schritte differenziert. Da nach Meinung von Kleve und Haye (2011) die Lösungsidee immer im Klientensystem liegt und die Aufgabe der Professionellen darin besteht diese in der Kommunikation hervorzubringen, sind die sechs Schritte des SCM als kommunikative Schritte zu verstehen. Da Soziale Arbeit in Kommunikation verläuft, die sich auf sich stets ändernde Situationen und Fakten bezieht, bildet das SCM eine rhizomatische Struktur. Diese verweist auf die Verwobenheit der einzelnen Schritte untereinander, die sich entlang eines Zeitpfeils gliedern. Resultat ist ein Netz, in dem jeder Punkt mit jedem anderen verbunden ist. Die Struktur wird somit den Unsicherheiten und Ambivalenzen, mit denen sich Sozia-

le Arbeit in der Praxis konfrontiert sieht, in dem Sinn gerecht, dass sich das strukturierte und prozesshafte Vorgehen auf Prozesse in bio-psycho-sozialen Systemen bezieht, die ständiger Wandlung unterliegen (Kleve & Haye, 2005, S. 77–79).

Neben der rhizomatischen Struktur zeichnet sich das SCM durch die Anwendung systemischer Methoden aus, die eine kontingente und ambivalente Haltung der Case Managerin unterstützen. Dies ist daher entscheidend, da parallel zum postmodernen Verständnis Sozialer Arbeit im Case-Management-Prozess mit Ungewissheiten, Unvorhersehbarkeiten und Ergebnisoffenheit umgegangen werden muss. Eine kontingente Haltung zeigt sich hier in dem Sinne, dass zum einen am Steuerungsgedanken festgehalten wird und gleichzeitig dessen Unmöglichkeit angenommen wird.

Es gilt also, an dem Anspruch zu steuern festzuhalten, bei einer gleichzeitigen Gelassenheit, die sich auf die diesbezügliche Kontingenz einstellt – eben darauf, dass das, was kommt, wahrscheinlich anders sein wird als es ausgehend von den Steuerungsintentionen erhofft oder erwartet wird. (Kleve, 2009a, S. 70)

So verstanden lehnt sich das SCM an ein postheroisches Management an, welches ein dialogisch-kooperatives Steuern akzentuiert (Kleve, 2009a, S. 69–71).

3.2.6 Schritte des Systemischen Case Management

Die Kontextualisierung als erster Schritt im Ablauf des SCM nimmt insofern eine besondere Stellung ein, indem hier auf die Person-in-Environment-Perspektive Bezug genommen wird. Ausgehend vom grundsätzlich systemischen Verständnis des SCM können bio-psycho-soziale Probleme der Klienten nur gelöst werden, wenn sie in ihrem Kontext d.h. im Rahmen in dem sie auftreten verstanden und erklärt werden. Soziale Kontexte bilden den Rahmen, in dem Verhalten, verstanden als Kommunikation von Informationen, seinen spezifischen Sinn erlangt. Im Fokus stehen hier der lebensweltlich-familiäre Kontext, der sozio-ökonomische Kontext und der Hilfesystem-Kontext. Der familiäre-lebensweltliche Kontext bezieht sich auf den Integrationsbereich, in welchem die Person, anders als in Organisationen, als ganze Person in Erscheinung tritt und relevant ist. Von Interesse sind hier sogenannte Intimbeziehungen wie Familien- oder Paarbeziehungen oder auch Freundschaftsbeziehungen, in deren Rahmen gemeinsame Werte und Normen geteilt werden. Der sozio-ökonomische Kontext nimmt vor dem Hintergrund der theoretischen Annahme einer funktional differenzierten Gesellschaft insofern eine wichtige Rolle ein, da hier der Inklusionsbereich einer Person angesprochen ist. In diesem tritt ein Individuum teilweise und ausschnitthaft als Rollenträger auf. Es sind nur die Persönlichkeitsanteile relevant, die sich aufgrund kommunikativer Erfordernisse ergeben. Ebenfalls zum

Inklusionsbereich zählt der Kontext des Hilfesystems. Hier geht es um die Fragestellung, welche Bedeutung andere Hilfesysteme bisher hatten bzw. welche aktuell existieren. Die diesbezüglich generierten Informationen sind für den weiteren Case-Management-Prozess dahingehend aufschlussreich, da ehemalige und aktuelle Hilfesysteme mit ihren jeweiligen Zielen erfasst und kommuniziert werden. Auf diese Weise können gegenseitige Behinderungen und Doppelbetreuungen vermieden werden (Kleve & Haye, 2005, S. 80). Im Rahmen der Kontextualisierung kann bereits eruiert werden, welche Personen und Organisationen bezüglich der klientären Problematik involviert sind bzw. wo sich Vernetzungsaufgaben ergeben. Erste Hypothesen über effektive und effiziente Kooperationen können angestellt sowie die Vielzahl an Aufträgen und Rollen des Case-Managements-Prozesses aufgezeigt werden.

Die Beschreibung und Analyse der Probleme und Ressourcen ist aufgrund der Annahme, dass Probleme sozial konstruierte Phänomene sind, von besonderer Bedeutung für den weiteren Hilfeprozess. Soziale Probleme werden als beziehungsgeleitete Botschaften verstanden und weisen dadurch eine hohe Beobachterabhängigkeit auf. Es geht daher in dieser Phase darum, Unterschiede in der Problembeschreibung der unterschiedlichen Akteure zu filtern sowie ihre Bewertung durch die Beteiligten und ihre relevanten Umwelten. Bei der Exploration der Ressourcen ist eine „wertschätzende, respektvolle und positive Grundhaltung der Case Manager“ (Kleve et al., 2010, S. 32) Voraussetzung (Kleve & Haye, 2005, S. 84; Kleve et al., 2010, S. 32).

Aufbauend auf die Problem- und Ressourcenanalyse erfolgt die Hypothesenbildung. Mit Hypothesen sind handlungsleitende Ideen gemeint, die grundsätzlich kommunikativen und dialogischen Charakter aufweisen. Da vor dem Hintergrund einer nicht existierenden beobachterunabhängigen Realität die wahren Gründe für ein Problem letztlich nicht ermittelt werden können, beschreiben sie Sinn und Funktion des Verhaltens in den jeweiligen Kontexten (Kleve & Haye, 2005, S. 91).

Die Zielvereinbarungen bilden das Zentrum des Case-Management-Prozesses, da sie die Basis der strukturellen Anordnung des Hilfesystems bilden. Die Etablierung der Struktur des Netzwerkes verweist auf die zentrale Phase des Linking. Hier werden Netzwerke im Sinne der Ziele definiert, um- oder neugestaltet. Basis dieser Gestaltung bildet der dialogische Organisationsprozess in Richtung Klienten- wie Hilfesystem. In dieser Phase treten die Steuerungsaufgaben des Case Managers in den Vordergrund da die bestmögliche Synchronisation von Hilfen hergestellt werden soll (Kleve et al., 2010, S. 34).

Die Hilfeplanung folgt der Ethik der Hilfe zu Selbsthilfe. Dies bedeutet, der Sozialarbeiter bzw. Case Manager bietet seine Hilfe mit dem Ziel an sich selbst überflüssig zu machen. Die Hilfe braucht, damit sie erfolgreich sein kann, eine tragfähige Beziehung die auf gegenseitiger Wertschätzung auf-
66

baut und durch diese strukturiert wird. Gleichzeitig muss verdeutlicht werden, dass es sich hier nur um eine Beziehung auf Zeit handelt, die nach dem Erreichen der Ziele beendet wird. Systemische Interventionen regen zu neuen Denk- und Handlungsmöglichkeiten an und sollen aktivieren sowie motivieren. Dazu ist eine Beziehung notwendig, die durch hohe Wertschätzung und gegenseitigem Interesse gekennzeichnet ist. Nur wenn die Beziehungsebene aus Klienten- und Helperperspektive geklärt ist, können auf der Inhaltsebene herausfordernde Interventionen angeregt werden. Interventionen bauen ferner auf den Ressourcen der Klienten auf, womit deren Selbstbestimmung erhöht wird. Das SCM schließt mit der Evaluation des Hilfeprozesses ab (Kleve & Haye, 2005, S. 95).

3.3 Case Management im Rahmen des ökosozialen Ansatz

Case Management wird von Wendt (2010b, 2010c) als sozio-ökologisches Konzept verstanden. Im Zentrum stehen die „Analyse der Wechselwirkungen und der Strukturen sozialer Bereiche und Organisationen“ sowie das „Nutzbarmachen dieser Erkenntnis für die Klient/-innen über eine Vernetzung sozialer Dienstleistungen“ (Neuffer, 2009, S. 234–235). Die Interventionen sind demnach ausgerichtet an einer unterstützenden Funktion sowie der Etablierung eines qualifizierten Netzes von Dienstleistungen. Grundsätze des öko-sozialen Ansatzes lassen sich nach Einschätzung von Neuffer (2009, S. 234–235) im SPSA aufdecken. Auf der Mikroebene entspricht für Wendt (2010c, S. 170) die Philosophie des Case Management den Prinzipien des ökosozialen Ansatzes.

3.3.1 Der ökosoziale Ansatz als Theorierahmen Sozialer Arbeit

Als Metatheorie bezieht sich die Ökotheorie im Bezugsrahmen Sozialer Arbeit auf Zusammenhänge „gelingender oder misslingender individueller und gemeinsamer Lebensführung und Lebensgestaltung“ (Wendt, 2010c, S. 11). Der ökosoziale Ansatz ist ein breiter Bezugsrahmen, der sich auf natürliche wie gesellschaftliche Lebenszusammenhänge erstreckt. In seinem Rahmen lassen sich der Handlungsbereich sowie die Aufgabenstellung Sozialer Arbeit benennen. Im ökosozialen Paradigma entsteht Soziales aufgrund eines dynamischen Prozesses durch die Partizipation von Individuen an überindividuellen Produktions- und Sozialverhältnissen. Als Produzenten ihrer Sozialverhältnisse sind Menschen für eine bewusste Gestaltung dieser verantwortlich (Solèr, 2012, S. 21).

Der Mensch als lebenden Systemen, organisiert sich intern und steht mit seiner Umwelt in Wechselwirkung. Durch Austauschprozesse nehmen Personen an sie übergreifenden Systemen teil, beeinflussen diese und werden gleichzeitig von diesen beeinflusst. Auf diese Weise gedeihen und erhalten sie sich. Nach diesem Prinzip stehen Menschen in einem Verhältnis zur Natur und Gesellschaft, wodurch sie sich in Situationen und Beziehungsgeflechten befinden, die sie physisch, psychisch und sozial beanspruchen. Dem Individuum, als ein aus komplexen physischen Teilsystemen bestehendes

Wesen, kommt die natürliche Aufgabe zu, sich selbst zu erhalten. Daher ist es die Aufgabe einer Person die eigenen Zustände zu pflegen, was einschließt sie zu ändern. Da jeder Mensch zur alltäglichen Daseinssorge von Natur aus aufgefordert ist, ist dieser für seine Lebensführung in seinem räumlichen Umfeld und in einem zeitlichen Ablauf verantwortlich. Lebensführung ist vor diesem Hintergrund als persönliche Arbeit zu begreifen, für deren gelingen „die Beziehungen und die Transaktionen“ (Wendt, 2010c, S. 11) in Ordnung zu halten sind. Hierfür steht der Begriff des Haushaltens. Er gibt darüber Auskunft wie sozial zurechtzukommen ist (Wendt, 2010c, S. 11).

Der ökosoziale Ansatz von Wendt steht in Bezug zum Person-in-Environment-Paradigma, welches Krieger (2010, S. 141) als „frühe systemtheoretische Denkrichtung der Sozialen Arbeit“ klassifiziert. Hier spiegeln sich ökologische und transaktionale Sichtweisen wieder, wobei eine funktionalistische Sichtweise vertreten wird, die auf „einer zu optimierenden Anpassung zwischen Person und Umwelt“ (ebd.) abzielt. Die normative Grundlage vor deren Hintergrund das Handeln bzw. Eingreifen Sozialer Arbeit im Rahmen dieser Theorie reflektiert wird, stellen Störungen des komplexen Wirkungszusammenhangs zwischen Mensch und sozialen, ökonomischen, kulturellen und natürlichen Umweltaspekten dar. Eine Antwort darauf, was als Störung begriffen wird und was woraufhin verändert werden soll, wird begründet durch eine Theorie der Wohlfahrt. Begriffe wie Haushalt und Lebensführung geben Auskunft über normative Zustände der Mensch-Umwelt-Transaktion (Schlittmaier, 2009, S: 325).

Ökosoziales Denken knüpft an die allgemeine Systemtheorie, welche der Biologie, der Informati onswissenschaft und der Kybernetik ab Mitte des 20. Jahrhunderts zuzurechnen ist, an. Basis des Denkens ist das komplexe interne „Zusammenspiel von Komponenten eines Ganzen“ (Wendt, 2010c, S. 56).

Ein ‚Humanökosystem‘ besteht auf einer materiellen Basis aus aktiven Komponenten (Einzelpersonen und Gruppen), die in Austauschprozessen verschiedener Art zirkulär aufeinander angewiesen sind und gemeinsam durch interne Regulation und Reproduktion, mit Einflüssen und Macht ein differenziert funktionierendes Ganzes bilden: [...]. (Wendt, 2010c, S. 56–57)

Auf dieser Basis hilft das systemische Denken der ökosozialen Theorie die komplexen und komplizierten, weil aus vielschichtigen Zusammenhängen bestehenden, individuellen und gesellschaftlichen Verhältnisse zu analysieren und darauf aufbauend zu bearbeiten (Wendt, 2010c, S. 56).

3.3.2 Prinzip des Haushaltens

Die Beschreibung der Person-Umwelt-Transaktionsprozesse erfolgt im ökosozialen Theorierahmen mit der begrifflichen Kategorie des Haushaltens. Mit dieser wird beschrieben, dass Menschen fortwährend so Handeln dass sie ihr Sein unterhalten und dessen Fortkommen sichern, indem sie über die Art und Weise des Einsatzes verfügbarer Mittel und Möglichkeiten entscheiden. Der ökosoziale Ansatz basiert daher grundsätzlich auf einer Ressourcenökonomik. Das Individuum als autonomes Wesen bestimmt über sich selbst und die Art und Weise seines Lebens, indem es Ressourcen für die Lebensführung heranzieht und verwertet. Gleichzeitig stellt es eine Ressource für andere Individuen sowie für das Gemeinwesen dar.

Haushalten bezieht sich auf die Herstellung von Ordnung in einem zeitlichen, räumlichen, natürlichen und sozialen Geschehen. Ein gutes Haushalten kennzeichnet sich durch eine Verwaltung, die faktisch und normativ eine Ordnung erzeugt, die es erlaubt den Bedarfen aller Beteiligten gerecht zu werden und zwar so, dass sich die Mitglieder des Haushalts dieser Ordnung fügen können. Gemeinsames wie individuelles Leben zeigt sich als gelungen, wenn es als sinnvoll erlebt wird. Dabei wirkt der zu erzeugenden Ordnung eine natürliche Entropie entgegen. Das sich durch Ordnung ausdrückende Haushalten muss gegenüber äußeren und inneren Einflüssen der Unordnung durchgesetzt werden. Daher bedeutet Haushalten neben verantwortlichen Handeln auch ein Handeln „in dem Sinne, dass ein Geschehen und das interdependente Verhalten der an ihm Beteiligten mit ordnender Hand gelenkt werden“ (Wendt, 2010c, S. 104).

Damit ist der wirtschaftende Umgang mit Werten angesprochen. Ein Wert wird hier als bevorzugte Qualität eines materialen oder formalen Gutes gesehen. Verantwortungsvolles Haushalten bezieht sich auf die „Erörterung des ganzen Musters der Werte, welche die Lebensführung bestimmen“ (Wendt, 2010c, S. 56). Das hier angesprochene Prinzip des Wirtschaftens mit Werten meint ein Ressourcenmanagement, das ausgerichtet ist auf eine komplexe Bedarfsdeckung welche „die Lenkung und Gestaltung von Versorgungsprozessen im Haushalt [...] der befriedigenden Besorgung einzelner Aufgaben im Alltag“ (ebd., S. 108) überordnet.

Die alltägliche Lebensführung basiert auf bewussten, rationalen sowie unbewussten und irrationalen Entscheidungen der Ressourcenallokation unter der die Zuweisung „von Kraft und Zeit und anderen verfügbaren Mitteln auf Zwecke“ (Wendt, 2010c, S. 105) zu verstehen ist. Die Mittel stammen aus eigens erwirtschafteten Einkommen, dem öffentlichen Raum oder aus sozialer Alimentation. Ökologische Beziehungen drücken sich hier, in auf ökonomischen Entscheidungen basierenden Handlungen, aus. Über die Begrifflichkeit des Haushaltens verbindet sich daher sozialökologisches mit ökonomischen Denken. Wirtschaften heißt in diesem Zusammenhang ein umsichtiger, sparsamer und

nachhaltiger Umgang mit Mitteln und Möglichkeiten von Personen oder Gemeinschaften. Die Akteure verschiedener Handlungsfelder verfügen über Mittel bzw. Ressourcen natürlicher oder beschaffter oder hergestellter Art. Diese können sie zur eigenen Versorgung sowie zur Lebensgestaltung heranziehen. „Wofür die Mittel eingesetzt werden, ergibt sich aus Notwendigkeiten des Lebensunterhalts und aus Präferenzen, insoweit ein Akteur frei wählen kann.“ (Wendt, 2010c, S. 102) (Wendt, 2009, S. 227, 2010c, S. 102–106).

Ein Haushalt manifestiert sich auf verschiedenen Ebenen, wobei Einzelhaushalte größeren Haushalten angehören. Ihre Disposition bildet die Grundlage für die lokalen und kategorialen Verfügungen. „Im sozialen Kontext unterscheiden wir den Haushalt von Personen, Familien und anderen personalen Bedarfsgemeinschaften, den Haushalt von Organisationen und Kommunen und den Staatshaushalt. Es gibt einen globalen Haushalt.“ (Wendt, 2010c, S. 111).

3.3.3 Soziales Handeln als Sorge-Beziehung

Soziales Handeln kann als Sorge-Beziehung in Produktionsverhältnisse eingeordnet werden. Sorge bezeichnet Selbstsorge ebenso wie Mitsorge und Fürsorge, die auf den Unterhalt und die Pflege gemeinsamen Wohls ausgerichtet ist. Sorge setzt einen Mangel voraus, auf dem die Sorge gerichtet ist, und durch den dieser abgemildert oder beseitigt werden soll. Dabei ist der Sorge-Empfangende im privat-informellen Bereich unter Umständen in einer Abhängigkeit gegenüber dem Sorge-Gebenden. Im Gemeinschaftsbezug wird diese Abhängigkeit aufgehoben durch eine auf die Gemeinschaft gerichtete Versorgung. Versorgung bedeutet in diesem Zusammenhang eine institutionalisierte Leistung, die von Professionellen in personenbezogenen Diensten erbracht wird. Der Sorge-Begriff erlaubt es aufgrund seiner Vieldeutigkeit, institutionalisierte Sorge mit der Eigensorge von Personen zu verbinden. Das Ziel der sozialen und gesundheitlichen Versorgung liegt in der Herstellung von individuellem Wohlergehen. Dies rückt die „Selbstsorge und Selbsthilfe der Empfänger sozialer und gesundheitlicher Dienstleistungen“ (Wendt, 2010d, S. 154) in den Mittelpunkt. Sie werden in der Versorgung ebenso wie Leistungserbringer als Partner angesehen, als solche sie in Kooperation mit anderen Leistungserbringern die Rolle des Koproduzenten der Hilfe einnehmen (Wendt, 2010d, S. 152–155).

Der soziale Handlungsraum auf dem die private Fürsorge sowie die öffentlich eingerichtete Versorgung ausgerichtet sind, deckt sich mit einem ökonomischen Handlungsraum. Dies ist damit zu begründen, dass Menschen zusammen leben und aufeinander angewiesen sind. Das aufeinander angewiesen sein und die daraus resultierenden Austauschprozesse finden in kleineren wie größerem Ausmaß statt und münden schließlich im globalen Gemeinwesen (Wendt, 2009, S. 228, 2010c, S. 15–16).

3.3.4 Theorie der Wohlfahrt – Soziale Arbeit als Wohlfahrtsproduktion

Da soziales Ergehen geprägt ist von Wechselwirkungen und Abhängigkeiten, kann von einer „*Ökologie* [Hervorhebung im Original] des sozialen und individuellen Zurechtkommens“ (Wendt, 2009, S. 226) gesprochen werden. Soziale Arbeit bezieht sich im ökosozialen Handlungsrahmen auf Probleme von Menschen, die sich in ihrem direkten Lebensfeld offenbaren. In diesem lassen sie sich bewältigen oder lösen. Es interessiert in diesem Zusammenhang die Art und Weise mit der Menschen für ihr materielles wie immaterielles Auskommen sorgen bzw. wie sie dahingehende Schwierigkeiten bewältigen. Das Handeln Sozialer Arbeit bezieht sich somit auf das „Ergehen und Zurechtkommen (auf ein ‚gutes Leben‘) von Menschen in ihren und den allgemeinen Verhältnissen“ (Wendt, 2009, S. 220). Dort wo der Haushalt von Menschen in Unordnung gerät bzw. nicht genug Ressourcen für ein Haushalten im Sinne des Wohlergehens mobilisiert werden können, wird Soziale Arbeit tätig. Ihr Tätigwerden ist auf Werte bezogen. Eine Abweichung von diesen Werten begründet ihr Handeln. Diese Abweichung zeigt sich in sozialen Problemen, die sich in und durch gesellschaftliche Lebenszusammenhänge und in Lebensverhältnissen manifestieren. Das was als soziales Problem kategorisiert wird, ist Ergebnis einer „fortwährenden gesellschaftlichen und sozialpolitischen Diskussion“ (Wendt, 2009, S. 221). Soziale Arbeit ist demnach als Arbeit „in und an der Gesellschaft mit dem Ziel, Probleme zu lösen, die ihre Angehörigen in gegebenen gesellschaftlichen Zuständen haben“ (Wendt, 2010c, S. 20) zu verstehen. Demnach bezieht sich Soziale Arbeit ebenso auf die Arbeit am Menschen wie auf die Arbeit mit Menschen, die sich in einer bestimmten Situation aus komplexen Austauschprozessen zwischen Lebensumständen und individuellen Faktoren befinden. Die interaktionelle Befassung mit individuellen Problemen ist auf ein individuelles und gemeinsames Wohlergehen gerichtet. Daher ist das Professionsverständnis Sozialer Arbeit im Rahmen des ökosozialen Ansatzes eng mit der Theorie der Wohlfahrt geknüpft.

Sie dient der Erörterung des Gegenstands und des Ziels der Handlungen Sozialer Arbeit. In einem ersten Schritt ist auszumachen, „welches Handeln und Verhalten zum Wohlergehen beiträgt oder ihm zuträglich ist und welche Gegebenheiten im abträglich sind“ (Wendt, 2010c, S. 35). Eine objektive Bestimmung dieser Kriterien gibt Auskunft darüber, „wo professionell anzusetzen ist“ (ebd.). Soziale Arbeit bezieht sich vom Grundsatz her auf die Besserung von Problemen in der Lebensführung von Menschen. Gleichzeitig stellen die Probleme des Einzelnen gemäß der transaktionalen Annahme reziproker Austauschprozesse und Abhängigkeiten auch Probleme dar, die das Gemeinwesen belasten. Problembehandlung in sozialen, psychischen und physischen Belangen ist grundsätzlich Teil des Alltagshandelns von Individuen, Familien und gesellschaftlichen Gruppen. „Mischt sich professionelle Soziale Arbeit in dieses Handeln ein oder übernimmt sie die Aufgabe komplementär und kom-

pensatorisch" (Wendt, 2010c, S. 36) ist zu bestimmen, wohin das Handeln geht. Es geht also hierbei um die Frage des Ausgleichs eines defizitären Ist-Zustandes auf der Grundlage eines Soll-Zustands. Indem dieser über subjektives Befinden hinausgeht, weist Wohlfahrt einen normativen Charakter auf. Sie ist bezogen auf einen Wert, der in einer Theorie der Wohlfahrt in seinen subjektiven und objektiven Gehalten erklärt wird (Wendt, 2009, S. 220–226, 2010c, S. 18–36).

Das Konzept der Wohlfahrtsproduktion bezieht sich darauf, dass in einer modernen Gesellschaft Defizite bezüglich des sozialen und gesundheitlichen Wohlergehens durch den Einsatz von Ressourcen behoben werden. Durch den Ressourceneinsatz wird erwartet, dass die Beteiligten im Sinne der intendierten Wohlfahrt in einem überlegten Verfahren zusammenwirken. Nach diesem Konzept erfolgt Wohlfahrt durch eine Kombination des Einsatzes verschiedener Mittel und anderer Faktoren. Sie wird gemeinsam produziert durch das Zusammenwirken von Professionellen, Kapital und Gebrauchsgütern sowie persönlichen Eigenschaften der Klienten und Faktoren ihrer sozialen Umgebung. Direkt geschieht Wohlfahrtsproduktion, indem eine Person oder Familie formelle oder informelle soziale Unterstützung erhält, die dazu führt, dass es ihr besser geht, so dass sie in ihren Lebensverhältnissen zurechtkommt. Das Vorhandensein von Diensten und Einrichtungen, die Wohlfahrt direkt produzieren, stellt wiederum für das Gemeinwesen eine Sicherheit dar (Wendt, 2010b, S. 91–92).

Vor diesem Hintergrund bildet Wohlfahrt die normative Kategorie Sozialer Arbeit. Sie ist unter der Perspektive der Lebensqualität zu sehen, welche objektive wie subjektive Gehalte beinhaltet, indem sie materielle und immaterielle Seiten der Lebenslage und Lebensgestaltung in Bezug mit von intrasubjektiven Bewertungsprozessen abhängigen subjektiven Einschätzungen und Zufriedenheitsangaben setzt. Da Wohlfahrtsproduktion im Rahmen Sozialer Arbeit sich auf das Interaktionsgeschehen von Familien und Einzelpersonen in ihren Haushalten bezieht, werden Ressourcen transformiert. Mit der (subsidiären) Art und Weise der Mittelverwendung ist eine „rationale Bewirtschaftung persönlichen und gemeinschaftlichen Wohlergehens“ (Wendt, 2009, S. 223) angesprochen. Wohlfahrt richtet sich daher nicht nur auf subjektive Befindlichkeiten, sondern zieht zur Bestimmung der Ziele und Zwecke professionellen Handelns überindividuelle Kriterien heran. Soziale Arbeit sieht sich in ihrem Handeln daher einem Spannungsverhältnis von individuellen und allgemeinen Wohlergehen ausgesetzt. „Die Differenz von individuellem Ergehen und sozialem Wohl bestimmt die besondere Art und Weise des Umgangs mit Problemen, die der sozialen Profession eigen ist.“ (Wendt, 2009, S. 222) (Wendt, 2009, S. 223–224).

Da Soziale Arbeit durch Ressourcenallokation hilft, stellen Handlungen in ihrem Rahmen ein wirtschaftliches Handeln dar. Soziale Arbeit wird als organisierte Sorge als Produktionsprozess gesehen,

in dem Ressourcen auf die Bedarfe des Einzelfalls gerichtet werden. Der Produktionsprozess ist dabei eingebunden in eine Struktur der gesellschaftlichen Versorgung sowie gekoppelt mit Prozessen der eigenen Sorge von Menschen, die auf das „eigene und gemeinsame Ergehen, um Lebensbewältigung und Problemlösungen“ (Wendt, 2009, S. 227) gerichtet ist. Nach diesem Verständnis entspricht der Wohlfahrtsaspekt des ökosozialen Ansatzes der Montrealer Definition Sozialer Arbeit, welche die subjektive und objektive Lebensqualität von Menschen in den Mittelpunkt stellt (Solèr, 2012, S. 22; Wendt, 2009, S. 227).

Wendt (2010b, S. 100; 2010c, S. 174) betont, dass sich Soziale Arbeit im Bezugsrahmen einer ökosozialen Theorie auf eine unterstützende Ressourcenallokation im Sinne des Haushaltens bezieht. Damit gründet ihr Selbstverständnis weniger auf den persönlichen Einsatz einer einzelnen Person als vielmehr auf das Zusammenwirken von formell und informell Beteiligten im Sinne eines Managements. Damit Sorge auf institutioneller Seite erbracht werden kann, müssen Strukturen gestaltet und Prozesse der Leistungserbringung gesteuert werden. Im Rahmen humaner Dienstleistungen ist sicherzustellen, dass die Nutzer entsprechend ihrer Bedarfe durch die Bereitstellung und Nutzung der zur Verfügung stehenden Ressourcen versorgt werden. Die Bereitstellung sowie die Nutzung von Ressourcen beeinflussen sich gegenseitig, woraus sich das Gebot der Wirtschaftlichkeit ergibt. Wirtschaftlichkeit auf Ebene der Institution ist abhängig von Wirtschaftlichkeit im Einzelfall und umgekehrt.

3.3.5 Case Management im ökosozialen Ansatz

Case Management wird, indem es Organisation und Methode verbindet, als Schlüssel für die Soziale Arbeit gesehen, ihrer managerialen Aufgabe nachzukommen. Individuelle und gemeinsame Sorge um die Lebensführung findet in einem komplexen Geflecht aus vertikalen und horizontalen Abhängigkeiten sowie einer Vielzahl sich unterscheidender Lebensführungen statt. Daher sind „geschicktes Handeln und strategisches Vorgehen“ (Wendt, 2010c, S. 170) in der Lebensführung gefragt, insbesondere dann, wenn für andere in sozialer Sorge gehandelt wird. Wird Management als zweckmäßiger Gebrauch von Mitteln verstanden ergibt sich daraus, dass in der professionellen Sorge ebenfalls die im Gemeinwesen vorhandenen Ressourcen durch strategische Transformationsprozesse entsprechend den Zwecken des Handelns eingesetzt werden. Im Case Management kann dies geleistet werden, da hier eine Verbindung von Versorgungsgestaltung und Lebensgestaltung stattfindet (Wendt, 2010c, S. 170–174).

Wendt (2008, S. 15–16) versteht die Vermittlungs- und Übersetzungsarbeit zwischen den Gegebenheiten der Welt und ihren Systemen und den Gegebenheiten des Selbst und dem eigenen Leben als manageriale Aufgabe. Indem Case Management zwischen System und individueller Lebensführung

fungiert, kommt ihm eine intermediäre Funktion zu. Es vermittelt zwischen den Dispositionen im System und dem Verhalten und Verhältnissen eines Menschen. Das Versorgungssystem mit seiner fachlichen und administrativen Struktur trifft auf der personalen Handlungsebene auf „Probleme, die das Leben von Menschen belasten und von ihnen alleine nicht zu bewältigen sind“ (Wendt, 2007, S. 445). Die durch die Kontingenz der Lebenswelt von Menschen gekennzeichnete subjektive Wohlfahrt, die sich an subjektiven Erfahrungen der Bewältigung von Krisen und Belastungen orientiert, entspricht nicht der Wahrnehmungsstruktur der Versorgungssysteme. Indem das Case Management auf einen Prozess der Abstimmung, Verständigung und Kooperation abzielt, sorgt es für beiderseitige Anschlussfähigkeit. Entsprechend dieser Logik wird im Case Management die Selbstverantwortung von Einzelnen und/oder Familien betont. Da mit den Klienten kooperiert wird, wird ihnen die Problembewältigung nicht abgenommen. Sie ist von ihnen selbst unter Unterstützung zu leisten. Das System muss sich dabei auf sie einstellen und nicht umgekehrt. Folglich sind die Klienten oder Nutzer des Case Managements als Koproduzenten der Hilfe anzusehen. Sie werden als Produzenten ihrer eigenen Wohlfahrt verstanden als solche sie die Art und Weise ihres sozialen Ergehens und ihrer Gesundheit verantworten. Dieses Prinzip bleibt während der Unterstützung erhalten (Wendt, 2007, S. 545–546, 2010a, S. 6, 2010b, S. 92).

Case Management bezieht sich auf einen Fall und die Sorge um die herum Organisation nötig ist. Es leistet die Sorge und besorgt den Fall, mit dem die problematische Situation eines Menschen gemeint ist und nicht dieser selbst (Wendt, 2010d, S. 151). Dementsprechend weist die Beziehungsgestaltung im Case Management eine sachliche Orientierung auf. Wendt (2010b, S. 48–49) plädiert daher für eine Arbeitsbeziehung, die in der Regel auf freiwilliger Basis eingegangen wird, auf die sich aber prinzipiell auch in Zwangskontexten verständigt werden kann. Bezugspunkt der gemeinsamen Arbeit von Klientin und Professionellen ist im Rahmen des Case Management die klientäre Situation. Sie stellt den Gegenstand der Beziehung dar und erschließt sich im Rahmen der Kommunikation, wodurch der Charakter der Beziehung offen bleibt. Zwar mag sich, so Wendt (2010b), „während der Arbeit am Problem [...] eine gute, sich emotional ausprägende persönliche Beziehung zwischen dem Klienten und seinem Helfer oder Behandler ergeben; sie ist aber keine Voraussetzung für eine Kooperation.“ (S. 49). Die im Case Management vereinbarte Aufgabe bzw. Veranlassung bildet den Bezugspunkt der Beziehung. Die Case Managerin kann daher ihrer sachverwaltenden Rolle gerecht werden.

Die Frage der Beziehungsgestaltung ist vor diesem Hintergrund eng mit einer ethischen Orientierung innerhalb des Case Management verbunden. Im Prozess des Case Management wird Wohlfahrt produziert. Da individuelle Sorge mit professioneller Sorge im Rahmen der Versorgung im Case Mana-

gement aufeinander treffen, ist sich „in der Einschätzung der Lage, in der Hilfeplanung und in der gemeinsamen Evaluation“ (Wendt, 2010b, S. 52) darüber zu verständigen, wohin das Handeln führen soll. Dabei treffen Normen und Werte der Lebensführung derjenigen Menschen die Case Management nutzen auf gesellschaftliche Werte und Normen, die durch die Case Managerin vertreten werden. Hier zeigt sich sodann ein ethisches Dilemma, indem „die Position des Case Managers an der Schnittstelle zum Dienstleistungssystem“ (Wendt, 2010b, S. 52) geprägt ist davon, auf der einen Seite den persönlichen Bedürfnissen nachzukommen und auf der anderen Seite eine effiziente Ausrichtung des Hilfeprozesses im Blick haben zu müssen (Wendt, 2010b, S. 51–52).

Beratung, als „durgängige Funktion in der individuellen Fallführung“ (Wendt, 2010b, S. 81), ist auf die Abstimmung von Prozessen formeller Versorgung mit der individuellen Sorge der Klienten und ihrer sozialen Umwelt ausgerichtet. Sie wird als Sorgeberatung begriffen, in deren Rahmen subjektive Sorgen und objektive Bedarfe erörtert werden. Sie ist parallel zur Beziehungsgestaltung aufgaben- und lösungsorientiert und zeichnet sich durch eine non-direktive Gesprächsführung aus, die sich durch Wertschätzung, Empathie und Kongruenz kennzeichnet. Ziel der Beratung ist eine Exploration über „die Zusammenhänge einer Problemlage und die Ressourcen und Kompetenzen, die vorhanden sind oder herangezogen werden können, um die Situation zu bewältigen und eine angemessene Lösung zu erreichen“ (Wendt, 2010b, S. 82). Die Case Managerin nimmt in der Beratung insofern eine doppelte Funktion wahr, indem sie sich auf den „Erfahrungshorizont von Ratsuchenden“ (Wendt, 2010b, S. 83) einlässt und dabei subjektive und objektive Bezüge einer Problematik vor dem Hintergrund „des Systems sozialer Leistungen und der Strukturen [...] [der] Versorgung“ (Wendt, 2010b, S. 83) sondiert. Grundsätzlich ermöglicht die Beratung eine aktive Teilnahme der Nutzerin des Case Managements an den Prozessen des Leistungsgeschehens (Wendt, 2010b, S. 81–83).

3.4 Gemeinsame Perspektiven eines an einer Theorie Sozialer Arbeit ausgerichteten Case Management

Auch wenn ein Case Management im Rahmen Sozialer Arbeit in sich unterscheidende theoretische Bezugssysteme gestellt werden kann, zeigen sich zentrale Leitwerte die ein sozialarbeiterisch ausgerichtetes Case Management aufweist. Zwar werden diese vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen theoretischen Bezüge abgeleitet und methodisch unterschiedlich akzentuiert, sie stellen aber elementare Größen bei der Ausgestaltung eines Case Management im Rahmen Sozialer Arbeit dar.

Eine erste Gemeinsamkeit offenbart sich bezüglich der Strukturierung des Fallgeschehens durch das Case Management. Das Systemische Case Management strukturiert ein Fallgeschehen nach einem rhizomatisch, zirkulären Ablauf. Grundlage bildet der aus der Medizin stammende Dreischritt der

Anamnese, Diagnose und Behandlung, der weiter ausdifferenziert wird. Possehl (2009), der sich im Theorierahmen des SPSA bewegt, hebt das Case Management besonders hervor, da dieses „als übergeordneter Handlungsansatz [...] explizit nach einem Phasenmodell“ (S. 123) vorgehe.

Als Unterstützungsarbeit für Klienten mit Mehrfachbelastungen folgt das Case Management den Leitprinzipien der Ressourcen-, Lebenswelt- und Sozialraumorientierung und ist auf kooperatives, interdisziplinäres Denken ausgerichtet. Ziel ist es die Ressourcen der Umwelt der Klienten so zu aktivieren, dass sie für eine Lösung oder Minderung der Problemstellung nutzbar gemacht werden können. Dem Case Management kommt damit die Funktion zu, Hilfeprozesse und Leistungen bedarfsgerecht zu Planen und zu Steuern indem in enger Abstimmung mit dem Klienten bzw. dem Klientensystem entlang den individuellen Bedarfen gehandelt wird. Alle mit der Problemsituation befassten Akteure, seien sie informeller oder formeller Art, werden so koordiniert dass keine Brüche in der Versorgung entstehen und durch das Zusammenwirken eine bestmögliche Unterstützung erfolgt (Remmel-Faßbender, 2008, S. 26).

Case Management arbeitet so verstanden nach den Prinzipien des Empowerment. Es zielt auf die Selbstbefähigung von Menschen indem es (verschüttete) Ressourcen ermittelt und aufgreift. Diese werden aktiviert und stabilisiert, was mit einer stärkenden und ermutigenden Beratung, Information und Motivation einhergeht. Die Nutzerin eines Case Management soll dahingehend motiviert werden, Leistungsangebote für sich einzufordern bzw. daran teilzunehmen (Gissel-Palkovich, 2010a, S. 126). Vor diesem Hintergrund erhält eine wissenschaftlich und berufsethisch fundierte Beratung als Grundkonzept und zentrale Handlungskompetenz Sozialer Arbeit eine besondere Gewichtung. Als Form unterstützender Interaktion mit dem Ziel der Aktivierung von Menschen dahingehend, dass diese ihre Problemlösungs- und Selbststeuerungsfähigkeit (wieder-) erlangen, stellt Beratung gerade im Unterstützungsprozess weniger „privilegierter Menschen mit Vielfachbelastungen und komplexen, lang andauernden Problemlagen“ (Remmel-Faßbender, 2007, S. 86) ein zentrales methodisches Element in der Ausgestaltung eines Case Management dar. Daher ist Beratung im Rahmen des Case Management als Grundkompetenz zu verstehen durch die es möglich wird, konstruktiv, motivierend und nahe an der Lebenswelt der Klienten zu agieren. Sie wird im Case Management genutzt um tragfähige Arbeitsbündnisse herzustellen, auf deren Grundlage Menschen zu eigenverantwortlichen Handeln motiviert werden (Remmel-Faßbender, 2007, S. 86; Remmel-Faßbender & Tafel, 2010, S. 64).

Das Case Management ist in Verbindung einer Beratung, mehr als „nur“ die Abfolge von Phasen, da es mit Leitprinzipien wie Kunden- und Dienstleistungsorientierung oder Empowerment angereichert, die Möglichkeit für die Klientin enthält, als Koproduzentin das Hilfegeschehen selbst zu beeinflussen

und zu gestalten. Dies schließt mit ein, dass wenn die Voraussetzung der eigenen Entscheidungsfähigkeit nicht vorliegt der Klient zu dieser befähigt wird. Um Partizipation zu ermöglichen wird die Asymmetrie in der Beratung durch den Informationsvorsprung des Beraters ausgeglichen, indem dem zu Beratenden die zur Problemlösung nötigen Informationen zur Verfügung gestellt werden (Bohrke-Petrovic, 2007, S. 90).

Trotz der hier aufgeführten gemeinsamen Leitwerte und methodischen Schwerpunkte eines Case Management im Rahmen Sozialer Arbeit, zeigen sich aufgrund der theoretischen Bezüge der verschiedenen Case-Management-Konzeptionen Unterschiede in deren Ausgestaltung. So ist davon auszugehen, dass in Neuffers Case-Management-Konzeption, Modelle und Konzepte Systemischer Beratung mit konstruktivistisch-systemtheoretischem Hintergrund, weniger akzentuiert werden als im Systemischen Case Management von Kleve et al., in dem sich deren Anwendung unmittelbar aus dem (meta-)theoretischen Zusammenhang erschließt. In beiden Konzeptionen bildet eine tragfähige Beziehung zwischen Case Managerin und Klientin die Voraussetzung für die inhaltliche Gestaltung des Case-Management-Prozesses. Wendt hingegen distanziert sich von der Notwendigkeit einer emotional tragfähigen Beziehung zwischen Case Manager und Klienten, indem er die Beziehungsgestaltung im Rahmen des Case Management auf die klientäre Situation bezieht. Darauf aufbauend ist die Komponente der Beratung in seiner Konzeption, im Unterschied zu Neuffer und Kleve et al., eher durch ein manageriales Handeln geprägt. Die Case Managerin nimmt die Rolle der Sachverwalterin ein, aus dieser heraus sie wertschätzend, empathisch und kongruent zwischen individueller Lebensführung und Versorgungssystem, dessen Vertreterin sie ist, vermittelt.

Eine weitere Unterschiedlichkeit der hier näher erläuterten Case-Management-Konzepte im Rahmen Sozialer Arbeit, ergibt sich über eine Betrachtung der Gegenstandsbestimmung. In den hinter den genannten Case-Management-Konzepten stehenden Theoriepositionen erschließt sich die Legitimation des Handelns Sozialer Arbeit durch ihre Bezogenheit auf soziale Probleme.

Im Kontext des Systemischen Case Management ergeben sich diese im Zusammenhang drohender oder tatsächlich prozessierter Exklusion aus gesellschaftlichen Funktionssystemen. Diese wird von der Sozialen Arbeit auf Ebene der Organisation im Rahmen ihrer programmatischen Ausrichtung bearbeitet. Der Schwerpunkt eines so verorteten Case Managements liegt in der Exploration und Vermittlung zwischen den unterschiedlichen Problem- und Ressourcenbeschreibungen der unterschiedlichen Akteure. Darauf aufbauend werden dann die entsprechenden Hilfen bereitgestellt bzw. die Klientin dazu befähigt, diese in Anspruch zu nehmen.

Im Theorierahmen des ökosozialen Ansatzes begründet sich die Bezogenheit Sozialer Arbeit, welche als institutionalisierte Hilfe Teil der Sozialwirtschaft ist, auf soziale Probleme aus einer Theorie der

Wohlfahrt heraus. Unter Rückgriff auf die Kategorien des Haushaltens und der Lebensführung gibt diese Auskunft, woraufhin verändert werden soll. Soziale Arbeit wird hier als Sachverwalter gesellschaftlicher Ressourcen sowie als Vermittler zwischen professioneller und informeller Hilfe gesehen. Vor dem Hintergrund einer Ressourcenökonomik, agiert sie zwischen objektiven und subjektiven Bedarfen bezüglich der Einschätzung der Lebensqualität. Diese ist sowohl ausgerichtet auf individuelles sowie gesellschaftliches Wohlergehen. Soziale Probleme ergeben sich demnach dort, wo der Haushalt von Personen in Unordnung geraten ist. Sie manifestieren sich in gesellschaftlichen Lebenszusammenhängen und Lebensverhältnissen, weshalb sie gesellschaftlich definiert sind. Aufgabe der Sozialen Arbeit ist es im Rahmen des Case Management von sozialen Problemen Betroffenen privat-lebensweltliche und institutionalisierte Ressourcen zur Verfügung zu stellen und diese auf effiziente und effektive Weise miteinander zu vernetzen.

Im Theoriekontext des SPSA werden soziale Probleme bedürfnistheoretisch begründet. Die im Case Management ermittelten Hilfebedarfe werden vor dem Hintergrund einer Problem- und Ressourcenanalyse auf Basis der Systemischen Denkfigur ermittelt und benannt. Da gerade eine auf die Problem- und Ressourcenanalyse aufbauende Zielformulierung das Vorgehen im Case Management strukturiert, wohnt diesem eine bedürfnistheoretische Legitimation inne. Es findet eine Problemformulierung hinsichtlich der Diskrepanz von Ist- und Soll-Zustand vor dem Hintergrund einer Bedürfnistheorie statt. Diese ergibt sich wiederum aus einer Theorie sozialer Systeme und einem Psychobiologischen Erkenntnis- und Handlungsmodells des Menschen. Probleme und Ressourcen werden auf dieser Grundlage benannt und bewertet. Die Bewertung gibt wiederum Aufschluss woraufhin verändert werden soll und welche Mittel hierzu herangezogen werden bzw. welche Methoden Anwendung finden. Aus dieser Logik erschließt sich eine Konnotation des Hilfegeschehens auf Basis einer Handlungstheorie Sozialer Arbeit.

Voraussetzung einer theoriegeleiteten Positionierung des Case Management innerhalb der Klinischen Sozialarbeit ist die Erläuterung ihrer Grundpositionen und des daraus resultierenden Gegenstands- und Behandlungsverständnisses. Nachdem das Case Management im Rahmen Sozialer Arbeit verortet wurde, wird nun die Klinische Sozialarbeit als „Teilmenge“ einer allgemeinen Sozialen Arbeit spezifiziert, sie wird im Folgenden als Fachsozialarbeit betrachtet.

4. Grundpositionen Klinischer Sozialarbeit

Klinische Sozialarbeit befasst sich mit der Heilung, Linderung oder Besserung von psycho-sozialen Störungen und Behinderungen. Ziel ist es, die psycho-soziale Passung von Klienten bzw. des Klientensystems und der Umwelt zu verbessern, wobei sich die Zielgruppe durch eine Klientel auszeichnet, das sich in Multiproblemsituationen befindet. Unter Bezugnahme auf eine ökosystemische Perspektive, welche die Person-Umwelt-Transaktionen ins Zentrum rückt, folgt Klinische Sozialarbeit der historisch gewachsenen Bemühung Sozialer Arbeit, Hilfe für den Einzelnen unter besonderer Beachtung der Lebensbedingungen zu bieten. Vor diesem Hintergrund bezieht sie sich auf „gesundheitsrelevantes abweichendes Verhalten [...], das durch psycho-soziale Problemlagen, sozialstrukturelle Lebensbedingungen mit ihren Ausgrenzungen und Benachteiligungen, psycho-soziale Defizitentwicklungen, Belastungen und Konflikte, körperliche und geistige Behinderungen verursacht und/oder aufrecht erhalten wird.“ (Pauls, 2011, S. 19) Indem im Sinne eines doppelten Fokus weder die psychologische Innenwelt noch die äußere soziale und materielle Welt gesondert betrachtet werden, grenzt sich Klinische Sozialarbeit von einer „primär auf innerpsychische Störungen und Resourcen“ (Pauls, 2011, S. 20) fokussierten Psychotherapie ab (Pauls, 2011, S. 16–20).

Als beratende und behandelnde Sozialarbeit wird Klinische Sozialarbeit in unterschiedlichen Settings geleistet. Der Begriff „Klinisch“ bezieht sich dabei auf die direkte Arbeit mit Kranken im Sinne einer Behandlung. Klinische Sozialarbeit bedeutet vor diesem Hintergrund ein konkretes fallbezogenes Handeln und Behandeln in direkter Interaktion mit Klienten. Hierfür steht der Begriff direct-practice. Er gibt dem methodischen Ansatz Klinischer Sozialarbeit Kontur, „greift aber in der wissenschaftstheoretischen Diskussion zu kurz und vermag keine Abgrenzung zu anderen Professionen herzustellen“ (Geißler-Piltz & Pauls, 2005, S. 11). Als Praxeologie und Handlungslehre einer psycho-sozialen Fallarbeit geht Klinische Sozialarbeit daher über die Begrifflichkeit der direct-practice hinaus, indem sie „Theorien und Methoden der Prävention, Beratung und Behandlung von Störungen und Erkrankungen“ (Geißler-Piltz & Pauls, 2005, S. 12) umfasst. Zentrales Störungs- und Behandlungsverständnis Klinischer Sozialarbeit bildet das biopsychosoziale Paradigma unter dessen Perspektive die Entstehung, der Verlauf und die Bewältigung von Krankheit ganzheitlich begriffen werden. Insbesondere vor dem Hintergrund der berufspolitischen Situation der Sozialen Arbeit soll die Begrifflichkeit der Klinischen Sozialarbeit an „die international anerkannten wissenschaftlichen und berufspolitischen Standards der Clinical Social Work in den USA anknüpfen“ (ebd.) und dadurch die Soziale Arbeit in Deutschland im Geflecht der Professionen aufwerten (Geißler-Piltz & Pauls, 2005, S. 11–12; Pauls & Hahn, 2008, S. 22).

Klinische Sozialarbeit ist als Fachsozialarbeit zu verstehen, die „auf die Förderung, Verbesserung und den Erhalt der biopsychosozialen Gesundheit und damit auf die soziale Funktionsfähigkeit von Einzelnen, Familien und Gruppen“ (Pauls & Hahn, 2008, S. 22) abzielt. Im Sinne einer sozialen (Mit-) Behandlung geht es bei Interventionen im Rahmen Klinischer Sozialarbeit um die Einwirkung auf das soziodynamische Gleichgewicht durch die Beeinflussung gesundheitsrelevanten Verhaltens mit direkt personen- und kontextbezogenen Maßnahmen. Durch ein auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhenden und professionell angewandten methodischen Vorgehen werden „sowohl die gesundheitliche und die soziale Situation der Klienten“ (Geißler-Piltz & Pauls, 2005, S. 22) verbessert (Pauls & Hahn, 2008, S. 35).

Im Sinne dieser Funktionsbestimmung bezieht sich Klinische Sozialarbeit, wie auch eine generalistische Soziale Arbeit, auf die Beeinflussung sozioökonomischer Beeinträchtigungen und ihren sozialen Folgen. Gleichzeitig geht sie über diese Aufgabenstellung einer gesundheitsbezogenen generalistisch geprägten Sozialen Arbeit hinaus. Eine Ausdifferenzierung dieser wurde aufgrund der differenzierten Aufgabenstellungen und der Komplexität der Anforderungen, denen Soziale Arbeit gegenübersteht, notwendig. Zu deren Bewältigung braucht es eine in Theorie und Methodik fundierte sozialtherapeutisch angelegte Fachsozialarbeit, die auf die „Förderung, Befähigung und Verbesserung der individuellen Gesundheitskompetenzen bei besonders schwierigen Aufgabenstellungen und Fällen (Pauls & Mühlum, 2005), auf die Verringerung konkreter gesundheitlicher Belastungen sowie die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung“ (Pauls, 2012, S. 4) ausgerichtet ist. Klinische Sozialarbeit basiert auf einer biopsychosozialen Vulnerabilitäts-Perspektive, die interdisziplinär als Grundlage für die Genese von Krankheit herangezogen wird. Sie widmet sich der Behandlung sozialer Effekte auf die Gesundheit indem sie den von psycho-sozialen Belastungen betroffenen oder bereits erkrankten oder behinderten Menschen in seiner Welt begreift. Kennzeichnend hierfür ist die Person-in-Environment-Perspektive, welche individuelle Lebensweise und Lebenslage in ein Passungsverhältnis zueinander setzt (Pauls, 2012, S. 4–5).

4.1 Annäherung an ein Gegenstandsverständnis Klinischer Sozialarbeit

Die Frage nach dem Gegenstand (Klinischer) Sozialer Arbeit bezieht sich auf das Objekt, auf welches ihre Handlungen mit dem dahinterstehenden Wissensbezug gerichtet sind. Während sich die Wissenschaft Sozialer Arbeit mit der Lösung kognitiver Probleme in Form der Entwicklung von Beschreibungs-, Erklärungs- und Handlungstheorien widmet, bezieht sich die Gegenstandsbeschreibung der Praxis der Sozialen Arbeit auf a) *Individuen als Komponenten* sozialer Systeme sowie auf b) *soziale Systeme* mit Individuen als Komponenten. Deren Probleme manifestieren sich (gleichzeitig) in physikalisch-chemischer, biologischer, psychischer und sozialer Form. (Klinische) Soziale Arbeit

akzentuiert dabei letztere in Form von Status- und Positionsproblemen sowie Interaktions- bzw. Mitgliedschafts- oder Beziehungsproblemen, die in der Regel mit ökonomischen, juristischen, ökologischen und kulturellen Problemen einhergehen (Geiser, 2009, S. 64–66).

Ortmann (2006, S. 23) sieht den Gegenstand Klinischer Sozialarbeit ebenso wie Rüegger (2012) in der sozialen Dimension biopsychosozialer Problemlagen. Krankheit und Störung werden, vor diesem Hintergrund, eingebettet in die Verwobenheit von sozialen Kontexten und biographischen Erfahrungen gesehen (Geißler-Piltz & Pauls, 2005, S. 22).

Im Falle Klinischer Sozialarbeit interessiert besonders das Beschreibungs-, Erklärungs- und Handlungswissen in Bezug auf die Verschränkung sozialer Probleme mit psychischen Störungen und körperlichen Erkrankungen. Um diese zu beschreiben eignet sich der auf das Menschenbild der Person-in-Environment bezugnehmende sozialwissenschaftliche Systemismus¹¹, in dessen Rahmen der Mensch als sozial-lebendes Lebewesen gesehen wird. Als solches ist er beziehungs- und mitgliedschaftsorientiert sowie selbstwissensfähig. Er ist Teil sozialer Gebilde und weist ein soziales Leben auf. Als halboffenes Biosystem ist er auf fortlaufende Austauschprozesse mit der physikalisch-chemischen, biologischen, sozialen und kulturellen Umwelt angewiesen. Da Menschen dazu tendieren in bestimmten Zuständen zu sein, sind sie fortwährend darauf angewiesen, diese zu erhalten. Abweichungen von diesen zeigen sich in Bedürfnissen, die als Spannungszustände erlebt werden und Handlungen motivieren (Rüegger, 2012, S. 18–30).

Obrecht (2005, S. 108 ff.) weist darauf hin, dass soziale Systeme sich auf Grundlage von Handlungen, welche wiederum gegenseitige menschliche Bindungen begründen, strukturieren. Individuen wirken mit ihren Handlungen auf soziale Systeme ein und verändern diese, gleichzeitig werden sie durch soziale Systeme und ihre Handlungen in diesen, selbst modifiziert. Durch wiederholte Handlungen bilden sich Positions- und Interaktionsstrukturen als emergente Eigenschaften sozialer Systeme. Positions- und Interaktionsstruktur sind somit zurückzuführen auf Bindungen in Form sozialer Handlungen zwischen Menschen als Komponenten sozialer Systeme. Der Rollen-Status, den ein Individuum in einem sozialen System einnimmt, strukturiert dabei dessen Handeln. Für die soziale Integration zeigen sich besonders mit der Arbeitswelt korrespondierende und untereinander verbundene Status-Subsysteme der Bildung, der beruflichen Stellung und des Einkommens als entschei-

¹¹ Staub-Bernasconi (2011) weist darauf hin, dass sich der sozialwissenschaftliche Systemismus für die Soziale Arbeit und ihren Gegenstand der sozialen Probleme besonders deshalb anbietet, weil es in seinem Rahmen gelingt die Annahmen des subjekt- oder individuumorientierten Paradigmas und des soziozentrierten Paradigmas miteinander zu verbinden. Die Verbindung beider Paradigmen nimmt aufgrund der im Folgenden deutlich werdenden biofokalen Orientierung Klinischer Sozialarbeit eine besondere Stellung ein.

dend. Hierbei bildet insbesondere das Einkommen aufgrund der Möglichkeit mit diesem lebenswichtige Ressourcen zu akquirieren, bei seiner gleichzeitig hohen ungleichen Verteilung, ein besonders machtvolles Gut. Dementsprechend wirkt es sich auf die vertikale Positionsstruktur und die damit verbundene Rolle eines Individuums besonders aus.

Die Eingebundenheit bzw. Integration eines Individuums in die Positions- und Interaktionsstruktur eines sozialen Systems determiniert die Möglichkeiten der Bedürfnisbefriedigung, auf die dessen Handlungen ausgerichtet sind. Ikonische und begriffliche Bilder¹² bzw. deren Bewertung erzeugen eine Orientierung hinsichtlich der Person über sich selbst sowie ihrer Situation in der ökologischen und kulturellen Umwelt. Ausgehend von bewerteten Bildern, die sich auf die Handlungssituationen beziehen, in Kombination mit impliziten Routinelösungen oder expliziten Regelwissen, kommt es zu einer Abfolge vom Individuum als zielführend erachteten Handlungen. Diese zielen wie beschrieben indirekt oder direkt auf die Befriedigung von Bedürfnissen.

Probleme entstehen, wenn die durch die Handlungen angestrebten Ziele der Bedürfnisbefriedigung, nicht erreicht werden. Inwiefern Möglichkeiten zur Bedürfnisbefriedigung vorhanden sind, ist abhängig vom Grad der sozialen Integration. Der Grad der Integration zeigt sich im Mitgliedschaftsstatus und der Akzeptanz der dominanten Kultur (Bilder und Codes) durch das Individuum. Ein hoher Grad der Integration geht mit einer hohen Wahrscheinlichkeit der Möglichkeit der Bedürfnisbefriedigung durch das Individuum einher.

Vor diesem Hintergrund werden soziale Probleme sowohl als Probleme des Individuums wie auch als Probleme einer Sozialstruktur gesehen. Zwischen Individuum und sozialen Systemen etabliert sich in Form von Mustern, durch die sich der Systembildungsprozess organisiert, ein dynamisches und komplexes Zusammenwirken. Der Mensch als bio-psycho-soziales Wesen „ist die eine Seite eines Lebensführungssystems und die konkreten Handlungssysteme die andere, womit beide Seiten über Interaktionen miteinander verknüpft sind“ (Rüegger, 2012, S.26). Das Lebensführungssystem bildet sich dabei als konkretes, sich selbst organisierendes System, in dem ein Individuum sein Leben auf eine bestimmte Art und Weise führt. Die Art und Weise der Lebensführung ist wiederum biographisch vermittelt durch die mit der Integration verbundenen Erfahrungen in den Handlungssystemen. Da die Lebensführung mit bestimmten Aufgaben der Lebensbewältigung einhergeht, ist das

¹² Das Individuum hat zu einem bestimmten Zeitpunkt ein Bild oder inneres Modell von einem oder mehreren singulären Dingen oder Systemen sowie über sich selbst. Bilder sind deskriptiv und beziehen sich auf Dinge, von denen das Subjekt annimmt, dass es sie gibt. Im Unterschied zu auf die Wahrnehmung wahrnehmbarer Dinge beschränkter Bilder, bestehen begriffliche Bilder aus Aussagen über Fakten, wodurch sie über die Wahrnehmung hinaus Begriffs- und Aussagesysteme begründen. Diese werden als kognitive Codes beschrieben, welche interne Modelle darstellen.

Individuum zu einer ständigen Anpassung aufgefordert. Schwierigkeiten der Lebensbewältigung wirken auf die Integration in die Handlungsfelder zurück, wodurch sich ein zirkulärer Ablauf von sich gegenseitig bedingenden Wechselwirkungen etabliert.

Die Art und Weise bzw. der Grad der Integration nimmt dabei Einfluss auf die (psychische) Gesundheit. Das Individuum verfügt über biologische, psychische und soziale (sozioökonomische, sozioökologische und soziokulturellen) Dimensionen der individuellen Ausstattung. Die Ausstattungsmerkmale eines Individuums entscheiden über die Potentiale innerhalb der Austauschbeziehungen mit der (sozialen) Umwelt. Diese strukturiert sich in horizontale und vertikale Austauschbeziehungen. In ihnen drückt sich die Positions- und Interaktionsstruktur aus, die über die Möglichkeiten eines Individuums entscheiden, welche Ressourcen zur Bedürfnisbefriedigung herangezogen werden können. Soziale Probleme können vor diesem Hintergrund auf die Art und Weise der Eingebundenheit eines Individuums in soziale Systeme, die sich über Position und Interaktion zeigt, zurückgeführt werden. Damit umfassen soziale Probleme Merkmale auf der Ebene des Individuums (Ausstattung) und auf Ebene sozialer Systeme sowie lebenslauf- und biographiebezogene Merkmale (Geiser, 2009; Rüegger, 2012, S. 31 ff.).

4.2 Gesundheit und Krankheit unter biopsychosozialer Perspektive

Die Entwicklung des biopsychosozialen Modells als „Philosophie“ klinischer Behandlung“ (Pauls, 2013, S. 16) hat seine Ursprünge in der epidemiologischen Risikofaktorenforschung der 1950er Jahre. In ihrem Rahmen wurde die Wirkung von psychischen und sozialen Risikofaktoren auf das Entstehen, Aufrechterhalten und den Verlauf einer körperlichen oder psychischen Erkrankung untersucht. Ebenso beeinflusste die Allgemeine Systemtheorie, die im Rahmen der Biologie und den Sozialwissenschaften entstand, die Formulierung eines biopsychosozialen Modells. Dieses bedeutete einen paradigmatischen Wechsel der Perspektive von kausalen Ursache-Wirkungszusammenhängen hin zu der Erforschung komplexer wechselseitiger Beziehungen der Elemente von Systemen. Die Identifikation des allgemeinen Adaptionssyndroms „als eine unspezifische physiologische Antwort des Organismus auf eine Vielzahl von Stress auslösenden Reizen“ (Pauls, 2013, S. 17) stellte einen weiteren Bezugspunkt bei der Entwicklung des biopsychosozialen Modells dar.

Grundannahme ist das dynamische Wechselspiel von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren bei der Entstehung und dem Verlauf von Krankheit. Das biopsychosoziale Modell steht im Gegensatz zu materialistisch-reduktionistischen biomedizinischen Modellen, indem es die Interaktion psychischer und sozialer Faktoren als grundsätzlich kausal bei der Entstehung von Krankheit in Betracht zieht. Der Mensch wird hier als Teil umfassender Systeme gesehen, wobei er „selbst wiederum

ein System aus vielen Subsystemen bis hinab zur molekularen Ebene" (Pauls, 2013, S. 18) darstellt (Pauls, 2013, S. 16–18).

Die hinter dem biopsychosozialen Modell stehende Systemtheorie macht eine Beschreibung von Systemen unterschiedlicher Komplexität nach einheitlichen Prinzipien möglich. Systeme werden als Einheiten von Elementen gesehen, unter denen eine Beziehung besteht. Im Falle lebender Systeme tauschen sie Materie, Energie und Information mit ihrer Umwelt aus. Die Natur wird als hierarchisch geordnetes System mit einer Vielzahl von Subsystemen begriffen, von denen die größeren und komplexeren Einheiten auf den niedrigeren, weniger komplexen aufbauen. Ein System zeichnet sich durch bestimmte Qualitäten und Beziehungen aus, die für dieses typisch sind und durch die es sich von anderen Systemen unterscheidet und abgrenzt. Die verschiedenen Organisationsniveaus sind in auf- und absteigender Richtung miteinander verbunden, wodurch keine Ebene isoliert von den anderen existiert. Alles ist mit allem verbunden, was dazu führt, dass Veränderungen auf einer Ebene mit Veränderungen auf allen anderen Ebenen, insbesondere den unmittelbar angrenzenden einhergehen. Da ein Ereignis aufgrund der vertikalen und horizontalen Vernetzung in unterschiedlicher Ausprägung gleichzeitig auf unterschiedlichen Dimensionen abläuft, vergleicht Egger (2005, S. 4–5) diesen Vorgang mit dem technischen Prinzip der parallelen Verschaltung.

Die durch die Interaktion der Ebenen entstehende Komplexität der gegenseitigen Voraussetzung und Bedingtheit der einzelnen Ebenen, sowie ihre ständige gegenseitige Anpassung aufgrund von Wechselwirkungen, kann am deutlichsten mit der emergentiven „Verkettung von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren“ (Pauls, 2011, S.39) erklärt werden. Das Konzept der Emergenz geht von einer kommunikativen Verschränkung der physiologischen, psychologischen und sozialen Systemebenen aus. Gesundheit und Krankheit wird demzufolge als das Ergebnis des Zusammenspiels der verschiedenen Ebenen gesehen.

Trotz des Emergenzprinzips als Erklärungsgrundlage der Wechselwirkungen der unterschiedlichen Niveaus ist das biopsychosoziale Modell aufgrund fehlenden empirischen Wissens über die Gesetzmäßigkeiten der Wechselwirkungen als Meta-Theorie zu verstehen. Es stellt diesbezüglich eine Black-Box dar. Die einzelnen miteinander in Beziehung stehenden Ebenen werden daher (noch) isoliert betrachtet. Für die Weiterentwicklung des biopsychosozialen Modells braucht es, so Pauls (2013, S. 24), eine „Verständigung über den eigentlichen Gegenstand und die empirische Überprüfbarkeit von Theorien *und* [Hervorhebung im Original] ihre Anschlussfähigkeit und Kompatibilität mit wissenschaftlichen Modellen und Methoden auf den jeweiligen Integrationsebenen“.

Vor dem Hintergrund der Frage wie psychische und soziale Phänomene in physikalischen Begriffen erklärt werden können, verweist Pauls (2013, S. 24) auf den von Mahner & Bunge (2004) vertrete-84

nen emergentistisch-systemisch-materialistischen Ansatz. Dieser zeichnet sich durch einen ontologischen Reduktionismus aus, der „ohne die Existenz immaterieller bzw. geistiger Dinge bzw. ‚Substanzen‘ auskommt, ohne die psychische und soziale Integrationsebene zu ‚eliminieren‘, [...] ihnen aber eine neue Bedeutung gibt“ (Pauls, 2013, S. 24). Das psychische wird als Eigenschaft materieller Systeme gesehen ohne Psychologie oder Neurobiologie bzw. beides auf ihre Physik zu reduzieren. Psychische Phänomene sind determiniert durch die Struktur des neurobiologischen Systems und zugleich als dessen emergente Eigenschaften zu verstehen. Der Mensch als geschichtliches und soziales Wesen wird in eine sozial strukturierte Lebenswelt geboren, die sich, bestätigt durch die Epigenetik, auf die biologische Ebene menschlicher Existenz auswirkt und diese prägt. Indem jedem Individuum soziale Erfahrungen und soziale Vorgänge voraus gehen, kann davon ausgegangen werden, dass Subjektivität „sich nur über die intersubjektiven Beziehungen zu anderen entwickeln“ (Pauls, 2011, S. 35) kann. Letztlich bilden sich psychische Vorgänge in körperlichen ab, ohne dass ihre Ergebnisse völlig auf diese reduziert werden können. Gleichzeitig werden psychische Vorgänge von sozialen und biologischen Faktoren beeinflusst, auf die sie ebenso einwirken. Durch die Selbstorganisation der Dinge sind neue höhere Qualitäten entstanden und entstehen weiterhin. Menschliche Individuen mit ihren Gehirnen und ihren sozialen Systemen bringen Geist hervor, der wiederum die biologischen und sozialen Integrationsebenen verändert (Pauls, 2011, S. 35–39; 2013, S. 19–26).

Mit dem biopsychosozialen Modell als Referenztheorie ist Krankheit als fehlende Kompetenz des Systems Mensch verstehen, autoregulativ Störungen auf den verschiedenen Ebenen zu bewältigen bzw. die Störungen einer Bewältigung zu zuführen. Dies geht mit einer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit relevanter Regelkreise einher, die sich aufgrund der parallelen Verschaltung dieser auf alle anderen Ebenen auswirkt. Gesundheit ist im Gegenzug die Fähigkeit des Systems Mensch, Störungen auf den unterschiedlichen Ebenen autoregulativ zu bewältigen. Vor diesem Hintergrund ist Krankheit „das Ergebnis einer Störung des Zusammenspiels von sozialem Zusammenleben [...] mit dem individuellen (psychologischen) Erleben und Verhalten und der leiblichen (biologischen) Existenz“ (Pauls, 2011, 32). Erkrankungen und psychische Störungen sind das Ergebnis der komplexen Interaktionen der biologischen, psychischen und sozialen Ebene, indem genetische und Umgebungs faktoren, die psychisch vermittelt werden, miteinander korrespondieren. Damit hebt Klinische Sozialarbeit das dynamische Zusammenspiel der drei Ebenen hervor und kommt damit der Forderung der WHO nach, die künstliche Trennung von „biologischen, psychischen und sozialen Faktoren bei Fragen der Entstehung, Behandlung und Prävention von Erkrankungen“ (Pauls, 2011, S. 33) zu überwinden. Psychische Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten und körperliche Erkrankungen können aufgrund neuerer Forschungsergebnisse nicht ohne die soziale Ebene erklärt oder behandelt werden. Das Gehirn als plastisches Organ reagiert auf Veränderungen in der sozialen Umgebung eines Men-

schen bzw. wird von dieser ständig in seinen Strukturen verändert, da „jede Lernerfahrung des Organismus zu einer physischen Veränderung des Gehirns führt“ (ebd., S. 34). Mit dem biopsychosozialen Modell ist ein Krankheits- und Gesundheitsdenken verbunden, das die Interaktion der verschiedenen Manifestationsebenen bei der Entstehung wie Linderung und Heilung von Krankheit und Störung ins Zentrum der Betrachtungen rückt. Damit erscheinen soziale Faktoren ebenso kausal bei der Entstehung von Krankheit als psychische oder biologische Faktoren (Egger, 2005, S. 5–6; Pauls, 2011, S. 97–107).

4.2.1 Salutogenetische Perspektive

Krankheit im Sinne des biopsychosozialen Modells wird als Passungsstörung der unterschiedlichen Ebenen zueinander begriffen. Sie werden verstanden als Störungen eines ausgeglichenen Verhältnisses zwischen Ressourcen und Anforderungen innerhalb der Interaktionen des Organismus sowie des Organismus mit seiner Umwelt. Da die verschiedenen Ebenen miteinander kommunizieren und untrennbar miteinander verbunden sind, führen Passungsstörungen auf der einen Ebene, wenn sie dort nicht adäquat kompensiert werden können, zu Passungsstörungen auf der nächst höheren oder auch darunter liegenden Ebene. Grund hierfür ist, dass das Gesamtsystem angesichts einer natürlichen Entropie fortwährend bestrebt ist Stabilität zu erreichen. Der Entropie muss durch ständige Akkommodation und Assimilation auf allen Ebenen entgegengewirkt werden. Reicht auf einer Ebene das Potential zur Anpassung an die Veränderungen der Umgebung oder im Organismus nicht aus, kommt es zu Passungsstörungen. Demnach ist nach dem biopsychosozialen Modell sozialen Faktoren in der Entstehung und Aufrechterhaltung sowie der Bewältigung von Krankheit die gleiche Bedeutung zuzumessen wie biologischen oder psychischen Faktoren.

Die Annahme einer natürlichen Entropie, die den Organismus intern wie extern zur Anpassung an die situativen Gegebenheiten auffordert, akzentuiert besonders eine salutogenetische Sicht auf Krankheit und Gesundheit. Vor diesem Hintergrund bewegen sich Krankheit und Gesundheit auf einem Kontinuum, wodurch Krankheit nicht mehr als Abweichung von einer Norm, die als Gesundheit definiert wird, zu sehen ist, sondern als natürlicher Zustand. Da Gesundheit als Herstellen von Ordnung einen aktiven Prozess darstellt, drückt sich diese weniger Anhand objektiver Werte, als vielmehr durch ein Kohärenzgefühl aus. Mit diesem wird ein globales und dynamisches Vertrauen bezeichnet mit Stressoren und Spannungszuständen umzugehen. Mit ihm ist ein Gefühl der Verstehbarkeit, der Beherrschbarkeit und der Sinnhaftigkeit verbunden. Dies bedeutet, dass das Individuum Ereignissen Sinn zuordnen und in ein individuelles Erfahrungssystem einordnen kann. Ebenso zeichnet es sich durch einen situations- und belastungsdäquaten Umgang mit Stress aus (Binner & Ortmann, 2008, S. 74–75; Pauls, 2011, S. 103–107).

Deloie (2011, S. 153–161) sieht in der Pathogenese und der Salutogenese zwei sich komplementär ergänzende Paradigmen. Die salutogenetische Perspektive auf Krankheit und Gesundheit ergänzt seiner Meinung nach eine biopsychosoziale Krankheitsätiologie, welche eine strukturfunktionalistische Sichtweise von Krankheit und Gesundheit ebenso vernachlässigt wie die Berücksichtigung der Lebenslagenperspektive bei der Genese persönlichkeitsbedingter pathogener Faktoren. Beide, Pathogenese und Saltuogenese, sind für die Klinische Sozialarbeit unerlässlich. Diese benötigt im Rahmen psycho-sozialer Diagnostik und Intervention Beschreibungs- und Erklärungsmodelle der Ätiologie von Krankheit und Störung ergänzt durch eine salutogenetisch-ressourcenorientierte Sichtweise. Sie erweitert die klinisch-sozialarbeiterische Perspektive um das Wissen, dass Krankheit einen Teil des Lebens bildet und gesunde Anteile auch bei akuten Krankheitsphasen vorhanden sind. Mit ihrer Fokussierung der Gesundheit, ohne Krankheit zu leugnen, ermöglicht es eine salutogenetische Haltung, neben krankmachenden Belastungen und Defiziten, auch Ressourcen und Stärken des Klienten bzw. Klientensystem und der sozialen und materiellen Umwelt im Blick zu haben und diese für die Intervention zu nutzen.

Die mit einer salutogenetischen Perspektive verbundene Akzentuierung von Ressourcen lenkt den Blick auf das Konzept der Resilienz und den mit ihr in Zusammenhang stehenden protektiven Faktoren. Fröhlich-Gildhoff, Beuter, Fischer und Böse (2010, S. 42–44) weisen darauf hin, dass Resilienz, unter der ganz allgemein die psychische Widerstandsfähigkeit zu verstehen ist, keine statische Eigenschaft einer Person darstellt. Vielmehr entwickelt sie sich in einem dynamischen und flexiblen Zusammenspiel mit Risiko- und Schutzfaktoren und zeigt sich in der Fähigkeit eines Menschen, sich trotz Belastungen und schwieriger Lebensumstände positiv zu entwickeln. Dabei spielen Erfahrungen der Kindheit eine wichtige Rolle, vor deren Hintergrund eine Person erfahren hat, Aufgaben und Anforderungen erfolgreich bewältigen zu können. Voraussetzung für diese Erfahrungen ist ein moderates Stresslevel. Hier wirken protektive Faktoren als Moderatorvariable gegenüber Risikofaktoren, indem sie es möglich machen, Bewältigungsfähigkeiten und -strategien im Umgang mit schwierigen Bedingungen und Krisen auszubilden. Resilienz ist somit zu einem hohen Maße von „Erziehung, Bildung und Familie sowie von sozialen Netzwerken“ (Fröhlich-Gildhoff et al., 2010, S. 43) beeinflusst. Gleichzeitig wirkt Resilienz selbst als Schutzfaktor „bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben, Krisen und Belastungen“ (ebd.).

4.2.2 Bedeutung von Stresskonzeptionen

Aus einer biopsychosozialen Perspektive Klinischer Sozialarbeit ergibt sich deren theoretische wie praktische Orientierung am Person-in-Environment-Ansatz. Daraus folgt eine breite systemische Ausrichtung unter der es gelingt, die bio-psycho-sozialen Ebenen in Diagnostik wie Behandlung zu

integrieren. Das Handeln und Verhalten von Menschen wird in Bezug gesetzt zu den sie umgebenden sozialen Systemen, weshalb die Person mit ihrem Erleben und Verhalten in ihren Verhältnissen betrachtet wird (Pauls, 2011, S. 64–65).

Hiebinger (2005, S. 42 ff.) verweist darauf, dass sich die mit der Konzeption der Person-in-Environment verbundene sozialökologische Perspektive für die Soziale Arbeit deshalb empfiehlt, da mit ihr über Beziehungs- und Kommunikationsprobleme hinaus die Person-Umwelt-Transaktionen fokussiert werden. Es interessieren die gegenseitigen Austauschprozesse zwischen Person und Umwelt, wodurch eine gelungene Lebensbewältigung nicht als Folge individueller Kompetenzen gesehen wird, sondern als „Ausdruck der Möglichkeiten, die dem Individuum in seiner Umwelt zur Verfügung stehen und zugleich Ausdruck, wie das Individuum sie wahrnimmt und nutzt“ (Hiebinger, 2005, S. 42). Der (klinisch-) sozialarbeiterische Blick richtet sich daher auf ständig ablaufende gegenseitige Anpassungsprozesse, die dann gelungen sind, wenn sie aufeinander abgestimmt sind. Dabei ist Anpassung als aktiver Prozess zu verstehen den Anforderungen der Umwelt durch persönliche Veränderung und Entwicklung zu entsprechen und die in der Umwelt enthaltenen Möglichkeiten zu nutzen. Dies schließt ein Einwirken auf die Umwelt mit dem Ziel, diese im Sinne der Befriedigung von Bedürfnissen und der Verwirklichung von Zielen zu verändern, ein. Anpassung bedeutet vor diesem Hintergrund eine Leistung die vom Individuum gleichermaßen erbracht wird wie von seiner Umwelt, unter der Perspektive der Qualität des gegenseitigen Passungsverhältnisses. Zentrales Anliegen (Klinischer) Sozialer Arbeit liegt darin, das Anpassungspotential und die Umweltbeschaffenheit(en) von Menschen so aufeinander zu beziehen, dass Transaktionen auf Wachstum und Entwicklung ausgelegt sind. In diesem Sinn zielt das Handeln Sozialer Arbeit auf die Verbesserung der Kompetenzen zur Lebensbewältigung sowie auf die Verbesserung der Lebensqualität ab.

Der biofokale Fokus Klinischer Sozialarbeit zeigt sich vor diesem Hintergrund in der Konzentration auf den Überschneidungsbereich von Person und (sozialer) Umwelt. Weder psychische Probleme der Person, noch gesellschaftliche Sachverhalte für sich alleine sind, wie unter Kapitel 4.1 bereits näher beschrieben, Gegenstand Klinischer Sozialarbeit. Das Individuum ist auf der einen Seite ein Objekt seiner Lebensverhältnisse (Interaktions- und Positionsstruktur) und zugleich als Subjekt (individuelle bio-physiologische und psychologische Ausstattung) an diesen in unterschiedlichem Maß (mit-)verantwortlich. Diese Mitverantwortung bildet für die Klinische Soziale Arbeit den Ansatzpunkt sowie auch die Berechtigung innere und äußere Hemmnisse abzubauen (Müller & Gehrman, 2005, S. 86–87).

Es stellt sich nun die Frage, wie die Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheit und Störung, als Störung des Passungsverhältnisses der unterschiedlichen bio-psycho-sozialen Niveaus, näher er-

klärt werden kann. Hierbei bilden Stresstheorien einen zentralen Ansatzpunkt. Psycho-sozialer Stress etabliert sich in Folge von „Diskrepanzen zwischen Bedürfnissen und Anpassungspotential einerseits und Umweltbeschaffenheiten andererseits“ (Hiebinger, 2005, S. 49).

Pauls (2011, S. 72–76) weist darauf hin, dass der Umgang mit Belastungssituationen ein zentrales Merkmal psycho-sozialer Gesundheit darstellt. Wie Stress auf den Organismus wirkt, beschreibt Selye (1986, zitiert nach Pauls, 2011, S. 73), durch das allgemeine Adaptionssyndrom. Danach wirkt jeder stressauslösende Reiz aus der Umwelt auf den Organismus in Form einer hormonell gesteuerten Erregung. Durch diese werden Veränderungen im Körper angeregt, die dazu führen, die Überlebenschancen des Organismus zu erhöhen. Somit führt ein als Stressor bewerteter Reiz aus der Umwelt zur Aktivierung von Abwehrsystemen des Organismus. Deren Funktion ist die Mobilisierung des Organismus im Sinne einer Anpassungsreaktion auf Anforderungen der Umwelt. Im Sinne der transaktionalen Stresskonzeption von Lazarus, Kanner und Folman (1980, zitiert nach Pauls, 2011, S. 75) stehen weniger objektive Umgebungsfaktoren im Zentrum der ursächlichen Erklärung eines Stresserlebens als vielmehr subjektive Bewertungs- und Bewältigungsprozesse des Individuums. Die Person nimmt hier eine aktive Rolle in der Bewertung von Umweltreizen als Stressoren ein. Sie reagiert auf Anforderungen aus der Umwelt mit bisherigen, in der Vergangenheit als wirksam erlebten Verhaltensmustern. Sind die bisherigen Mittel nicht mehr ausreichend, d.h. kann die zu einem inneren wie äußeren Ungleichgewicht führende Beanspruchung durch diese nicht abgebaut oder beseitigt werden, wird die Anforderung als zunehmend belastend erlebt, wodurch es zu Stresserleben kommt. Gelingt es dem Individuum durch innerpsychische Aktivitäten in Verbindung mit oder ohne instrumentellen Verhalten ein Gleichgewicht herzustellen, gilt das Stresserleben als bewältigt.

Stress entsteht demnach dann, „wenn in der subjektiven Einschätzung von Betroffenen ein Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und Bewältigungsmöglichkeiten besteht“ (Dehmel, 2008, S. 25). Die Dimension der Einschätzung und Bewertung einer Situation durch die Person hat der transaktionalen Stresskonzeption zu Folge maßgeblichen Anteil am Stresserleben. Ob eine Situation oder ein Ereignis als stressauslösend bewertet wird, ist wiederum abhängig von der Einschätzung der eigenen Handlungs- und Bewältigungskompetenz in Bezug auf die Situation sowie der Einschätzung in Bezug auf die Inanspruchnahme Sozialer Unterstützung.

Die transaktionale Stresskonzeption bietet eine Hintergrundfolie mit der die Entstehung von Krankheit und Störung mit Hilfe des Diathese-Stress-Modells erklärt werden kann. Dieses betont das Zusammenspiel zwischen der biologischen (genetischen) Prädisposition einer Person und den Umweltbedingungen auf Basis individueller Lebenserfahrungen. Vor dem Hintergrund der Wechselwirkungen zwischen einer genetischen und durch die Biographie vermittelten individuellen Ausstattung

einer Person und den Gegebenheiten der Umwelt entwickelt sich eine vulnerable Persönlichkeitsstruktur. Diese ist gekennzeichnet durch eine erhöhte Stressanfälligkeit in Folge kognitiver und afektiv-kognitiver Störungen. Folglich muss Klinische Sozialarbeit sowohl die Ebene der Wahrnehmung von Stress durch kognitiv-emotionale Bewertungsstrukturen im Blick haben wie auch Merkmale der objektiven Situation (Pauls, 2011, S. 77–88).

4.2.3 Bedürfnistheoretische Begründung psychischer Störungen

Mit dem allgemeinen Adaptionssyndrom in Verbindung mit der transaktionalen Stresskonzeption und dem Diathese-Stress Modell können wechselseitige Verschränkungen der bio-psycho-sozialen Systemniveaus als Erklärung für Störungen und Krankheiten herangezogen werden. Es wird deutlich, dass Stresserleben in Abhängigkeit zu intrapsychischen Bewertungsprozessen steht und als Stressoren bewertete Reize physiologischen Stress auslösen. Dieser wirkt, wenn er über längere Zeit bestehen bleibt, krankheitsauslösend bzw. erhält eine Erkrankung aufrecht. Im Falle der Klinischen Sozialarbeit, in deren Rahmen besonders das Zusammenspiel von psychischer und sozialer Systemebene interessiert, stellt sich die Frage, welche Rolle die soziale Ebene bei der Ausbildung und Aufrechterhaltung der Bewertungsschemata spielt. Aufbauend auf der Argumentation von Rüegger (2012) wird im Folgenden der Versuch unternommen, das komplexe Wechselspiel der bio-psycho-sozialen Systemebenen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störung(en) zu skizzieren. Hierbei wird Bezug auf bedürfnistheoretische Konzeptionen unter Berücksichtigung der Ergebnisse neurobiologischer Forschungen genommen.

Obrecht, (2005, S. 134 ff.) der psychische Probleme als praktische Probleme besonderer Art kategorisiert, führt eine psychische Störung auf ein Ungleichgewicht zwischen sozialen Problemen und individueller Problemlösefähigkeit zurück. Folge davon ist die Einengung des persönlichen und sozialen Handlungsräums, weil soziale Probleme als faktisch emotional-kognitive Zustände des Nervensystems, das subjektive Erleben beeinträchtigen und sich auf die Handlungs- und Problemlösefähigkeiten auswirken.

In Anlehnung an die sozial-ökologische Konzeption psychischer Krankheit von Fuchs (2009, 2011) schlägt Rüegger (2012, S. 58–67) vor, eine vom Organismus her gedachte innere (vertikale) und äußere (horizontale) zirkuläre Kausalität anzunehmen. Das Gehirn wird dabei als Beziehungsorgan verstanden, welches zwischen Organismus und Umwelt eingebettet ist. Psychische Krankheit ist auf Störungen der vertikalen zirkulären Kausalität, mit der zirkuläre Beziehungen innerhalb des Organismus beschrieben werden, zurückzuführen. Teilprozesse und ihre Wechselwirkungen des Organismus sind im Falle einer psychischen Störung in ihrer Funktion gestört. Da es einer Person aufgrund der Störungen nicht möglich ist, in einer flexiblen und selbstbestimmten Weise auf die Erfor-

dernisse und Angebote der sozialen Umwelt zu reagieren, wirkt sich eine psychische Störung auf diese aus. Sie psychische stellen damit eine Störung in den Beziehungen von Menschen zu ihrer sozialen Umwelt dar. Als solche Störungen der interaktionalen Beziehungen wirken sie als Störungen innerhalb der horizontalen zirkulären Kausalität, mit der Rückkopplungsprozesse zwischen dem Organismus und seiner sozialen Umwelt beschrieben werden. Psychische Krankheiten lassen sich somit als Störungen vertikaler und horizontaler Regelkreise in Folge objektiver Belastungssituationen sowie der subjektiven Wahrnehmung und Bewertung einer sozialen Situation begreifen.

Das Zusammenspiel von horizontalen und vertikalen Regelkreisläufen kann dabei vor dem Hintergrund eines Psychobiologischen Erkenntnis- und Handlungsmodell des Menschen wie folgt beschrieben werden: Das Individuum entwickelt im komplexen Austausch mit der Umwelt Bilder, die Teil eines umfassenderen mentalen Systems sind. Als mentale Repräsentationen kognitiver Schemata bilden die Bilder die Wirklichkeit nicht ab, sondern werden in Qualität und Quantität durch Codes gedeutet. Als Codes werden individuelle und intersubjektiv mehr oder minder variable Systeme von Begriffen und Aussagen auf Grundlage lebenslanger Analysen von Wahrnehmungen in Form von Klassifizierungen und Hypothesenbildung verstanden. Sie bilden die Grundlage der Interpretation aktueller Wahrnehmungen. Auf der anderen Seite beeinflusst die aktuelle Wahrnehmung bestehende Codes bzw. werden durch sie neue generiert (Geiser, 2009, S. 53–54; Obrecht, 2005, S. 122; Westhofen, 2012, S. 52–53). Durch dieses Zusammenspiel etabliert das Individuum fortwährend Bilder von sich selbst und seiner Umwelt, was sich in der Bewertung von Situationen und Ressourcen niederschlägt. Kriterium der Bewertung ist die Möglichkeit der Bedürfnisbefriedigung.

Sommerfeld, Hollenstein und Calzaferri (2011, S. 274 ff.) beschreiben die Rückkopplungsprozesse im Rahmen eines Lebensführungssystems. Dieses gliedert sich in zwei Ebenen¹³. Die soziale Ebene konstituiert sich durch konkrete Handlungssysteme, in die ein Akteur integriert ist und die er durch seine Interaktionen, die wiederum beeinflusst werden von der Art und Weise der Integration, beeinflusst. Die zweite Ebene bilden individuelle Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster der psychischen Potentiallandschaft eines Individuums.

Soziale wie psychische Ebene zeichnen sich durch selbstorganisierende Ordnungsbildung aus. Ausgangspunkt ist dabei ein Verständnis des Gehirns als soziales Organ. Als solches ermöglicht es menschliche Sozialität. Gleichzeitig ist das Gehirn bei seiner Ausbildung und strukturellen Organisation auf die soziale Welt angewiesen. Die Dynamik zwischen sozialer Ebene und Ebene des Indivi-

¹³ Die Autoren konstruieren durch die Differenzierung der psychischen Potentiallandschaft, die das Individuum charakterisiert, ein Integrationsmodell, das drei Ebenen umfasst. Da auf die psychische Potentiallandschaft gesondert eingegangen wird, reicht es für ein besseres Verständnis zunächst aus von zwei Ebenen zu sprechen.

duums wird mit dem Konstrukt der zirkulären Kausalität beschrieben. Unter dieser sind zirkuläre Prozesse zu verstehen, die parallel auf beiden Ebenen miteinander strukturell gekoppelte Formen hervorbringen. Die Formen zeichnen sich durch konkret beobachtbare Eigenschaften aus.

Die strukturelle Kopplung der sozialen und der intrapsychischen Ebene ist darauf zurückzuführen, dass Menschen darauf angewiesen sind, soziale Beziehungen einzugehen um ihr Leben zu bewältigen. Auf sozialer Ebene etablieren sich so konkrete Handlungssysteme, die sich durch eine für sie spezifische Ordnungsstruktur kennzeichnen. Die Ordnungsstruktur ist auf die Interaktionen der Akteure zurückzuführen. Durch die Interaktionen etablieren sich Muster, die sich in einer Positionsstruktur ausdrücken. Indem Akteure fortwährend in Beziehung treten, reproduzieren sich die sozialen Systeme durch die spezifische (sinnhafte) Form der Interaktions- und Positionsstruktur. In diese ist ein Akteur aufgrund der Position die er im jeweiligen Handlungssystem einnimmt integriert. Zum anderen integriert er sich durch die Interaktionen die über die Zeit hinweg von dieser Position aus realisiert werden selbst. Position und Interaktion bestimmten somit über die Art und Weise der Eingebundenheit eines Individuums in ein soziales System. Dabei sind Interaktion und Position gekennzeichnet und verknüpft durch sozialen Sinn, der die Handlungssysteme auszeichnet und durch den sie sich voneinander abgrenzen. „Immer dann, wenn sich also ein Handlungssystem bildet, indem menschliche Wesen sinnbezogen integriert werden, und dadurch zu ‚Akteuren‘ werden, integriert sich dieses System, das heißt es finden spontane Ordnungsbildungsprozesse statt.“ (Sommerfeld et al., 2011, S. 277).

Die andere Seite der strukturellen Kopplung bildet das Individuum mit seiner psychischen Potentiallandschaft. „Diese setzt sich aus einem Set von dieses Individuum charakterisierenden ‚Kognitions-Emotions-Verhaltensmustern‘ [KEV] zusammen“ (Sommerfeld et al., 2011, S. 277). Mit der psychischen Potentiallandschaft werden selbstorganisierende Ordnungsmuster auf der biologisch-psychischen Ebene beschrieben. Die Ordnungsstrukturbildung wird von Sommerfeld et al. (2011) durch eine Bottom-up-top-down (vertikale) Kreiskausalität beschrieben. Die Befriedigung von Bedürfnissen wird als Motivation für ein Individuum gesehen, mit seiner sozialen Umwelt in Austausch zu treten. Zusammen mit Obrecht (2005; 2009b) und Staub-Bernasconi (2007), auf die sich Sommerfeld et al. (2011) beziehen¹⁴, ist menschliches Handeln durch Bedürfnissspannungen motiviert. Die Handlungen zielen darauf ab, diese zu beseitigen oder abzubauen.

¹⁴ Die Autoren verstehen unter Bedürfnissen systeminterne Kontrollparameter die ein System energetisieren. Sie haben die Funktion die Reproduktion des Organismus sicher zu stellen.

Im Rahmen der Konsistenztheorie von Grawe (2004, S. 183 ff.) kann davon ausgegangen werden, dass menschliches Handeln und Verhalten auf die Befriedigung psychischer Grundbedürfnisse¹⁵ ausgerichtet ist. Die ausreichende Befriedigung der Grundbedürfnisse ist die Grundlage für psychische Gesundheit, wobei der Organismus nach Konsistenz strebt. Konsistenz bezieht sich auf die „Regulation intrapsychischer Prozesse und Zustände untereinander“ (Grawe, 2004, S. 186) und stellt das grundlegende Prinzip der innerorganismischen Regulation dar. Zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse oder zum Schutz vor Verletzung bildet das Individuum im Laufe seines Lebens motivationale Schemata aus. Diese dienen als Mittel der Konsistenzregulation. Sie differenzieren sich in Annäherungsschemata, mit dem Ziel bedürfnisbefriedigende Erfahrungen zu erzeugen, oder Vermeidungsschemata, die dem Schutz vor bedürfnisverletzenden Erfahrungen dienen. Im Bestreben des Organismus konsistente Wahrnehmungen im Sinne der aktivierten motivationalen Ziele zu machen, kommt es zu Konstellationen, die mit Inkonsistenzen¹⁶ verbunden sind. Inkongruenz als spezifische Form der Inkonsistenz, kennzeichnet sich dadurch, dass „gleichzeitig miteinander unvereinbare psychische Prozesse, nämliche Ziele, Erwartungen und reale Wahrnehmungen aktiviert sind“ (Grawe, 2004, S. 191). Länger anhaltende Inkongruenz zwischen motivationalen Zielen und realen Wahrnehmungen führt dazu, dass eine wirksame Auseinandersetzung des Organismus mit der Umwelt beeinträchtigt wird. Die sich gegenseitig in ihrem Ablauf behindernden psychischen Prozesse führen wiederum dazu, dass motivationale Ziele nicht verwirklicht werden können. Dieser Zustand ist nach Grawe als komplexer Stresszustand zu betrachten, weil die andauernde oder kontinuierliche Verfehlung von Annäherungs- oder Vermeidungsschemata mit einem erhöhten Pegel negativer Emotionen einhergeht. Diese Zustände werden daher vom Organismus vermieden.

Psychische Störungen entstehen als Ergebnis sich neu bildender Ordnungsmuster der psychischen Aktivität in Folge von andauernden inkonsistenten Zuständen innerhalb des psychischen Geschehens. Die Ordnungsmuster führen langfristig zur Verletzung von Grundbedürfnissen, was zur Ausbildung neuer Mechanismen der kurzfristigen Herabregulierung von Inkonsistenz führt, die selbst wiederum zu einer Quelle von Inkonsistenz werden.

¹⁵ Grawe (2004, S.185) bezieht sich auf Grundbedürfnisse die seiner Auffassung nach „bei allen Menschen vorhanden sind und deren Verletzung oder dauerhafte Nichtbefriedigung zu Schädigungen der psychischen Gesundheit und es Wohlbefindens führen“. Ausgangspunkt seiner Theorieentwicklung bilden die im Rahmen von Epsteins „Cognitive-Experiential Self-Theory“ benannten Grundbedürfnisse.

¹⁶ Grawe (2004, S. 339) beschreibt verschiedene Formen von Inkonsistenzen von denen er besonders die Inkongruenz zwischen motivationalen Zielen und Wahrnehmung eines Individuums hinsichtlich dieser hervorhebt. Er betrachtet diese Form der Inkongruenz als „Sammelbecken der Folgen aller anderen Formen von Inkonsistenz“ (Grawe 2004, S. 339).

Die Ausführungen machen deutlich, dass psychische Krankheit und Gesundheit maßgeblich mit den Integrationsbedingungen eines Individuums verbunden sind. Die Positions- und Interaktionsstruktur bildet dabei den Raum für die Bedürfnisbefriedigung. Hierbei rücken Prozesse der äußeren zirkulären Kausalität in den Mittelpunkt. Das Individuum mit seinen Kognitions-Emotions-Verhaltensmustern agiert im Sinne der Bedürfnisbefriedigung (motivationale Schemata) im jeweiligen Handlungssystem mit seinen entsprechend der Selbstorganisation etablierten dominanten Mustern, die auf das Individuum zurückwirken. Die äußere zirkuläre Kausalität wirkt dabei auf die innere, indem die Bedingungen der sozialen Welt über die Befriedigung von Bedürfnissen entscheiden. Psychische Störungen entwickeln sich auf der Grundlage innerorganismischer Spannungszuständen aufgrund negativer Emotionen in Folge von Inkongruenzen in Bezug auf die dominierenden motivationalen Schemata. Diese sind wiederum lebensgeschichtlich, also durch Erfahrungen der Bedürfnisbefriedigung in der (sozialen) Welt erworben und wirken auf aktuelle problematische Formen der Lebensführung (Rüegger, 2012, S. 82–102).

4.3 Behandlungsverständnis Klinischer Sozialarbeit

Sozialepidemiologische und gesundheitswissenschaftliche Forschung bringen empirische Belege vor, nach denen die Morbidität und Mortalität der Bevölkerung von sozialer Integration und der damit verbundenen sozialen Unterstützung beeinflusst wird. Systeme sozialer Unterstützung wirken als eine Art „soziales Immunsystem“ (Nestmann, 1988, S. 79 zitiert nach Dehmel, S.17) positiv auf die physische und psychische Gesundheit. Binner und Ortmann (2008, S. 75–76) sehen im Konzept der sozialen Unterstützung und der damit verbundenen Perspektive auf soziale Netzwerke einen zentralen Bezugspunkt zum biopsychosozialen Modell, „weil Gesundheit und Krankheit in ihnen gelebt werden und sie eine Vielzahl unterschiedlicher Ressourcen für Gesundheit und Gesundung beinhaltet“.

Soziale Unterstützung stellt den funktionalen Aspekt sozialer Beziehungen innerhalb eines sozialen Netzwerks einer Person dar. Sie ist eingebettet in alltäglicher Interaktion bzw. resultiert aus der Beziehungsgestaltung. Zu unterscheiden sind verschiedene Dimensionen sozialer Unterstützung. Sie reichen von materieller und informeller Unterstützung über Vermittlung von Anerkennung hin zu Regulation von Emotionen. Letztere Form sozialer Unterstützung findet sich besonders in partnerschaftlichen und familiären Beziehungen wieder (Dehmel, 2008, S. 17–20). Über die emotionale Unterstützung hinaus bezieht sich soziale Unterstützung ebenso auf positiven sozialen Kontakt, der mit dem Zugang zu für die Lebensführung wichtigen Ressourcen verbunden ist, wie auch instrumentelle Unterstützung (Pauls, 2011, S. 80–82).

Petermann (2005, S. 181 ff.) verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass soziale Unterstützung spezialisiert oder multiplex sein kann. Das heißt Beziehungen können danach differenziert werden, ob in ihnen uniplexe, also bestimmte spezialisierte Unterstützungsleistungen erbracht werden wie z.B. „nur“ instrumentelle Hilfe oder multiplexe Unterstützungsleistungen. Diese drücken sich darin aus, dass eine Person durch eine Beziehung ihres persönlichen Netzwerks mehrere Dimensionen sozialer Unterstützung erhält. Grundsätzlich fördert Multiplexität den Zusammenhalt. Auf der anderen Seite impliziert sie aber auch Abhängigkeit und Verpflichtungen für die einzelnen Personen gegenüber ihrem sozialen Netzwerk. Sie erzeugt größeren „sozialen Druck und normative Kontrolle“ und ist daher „mit höheren Anforderungen an die Beziehungspartner verbunden“ (Petermann, 2005, S. 186).

Unabhängig vom Vorhandensein einer belastenden oder krisenhaften Situation hat die Integration in ein Netz sozialer Beziehungen positive Wirkungen auf die Gesundheit. Die Aufnahme von Beziehungen gründet im „menschlichen Bedürfnis nach Kommunikation und Interaktion sowie Rückmeldung und Zuwendung und Akzeptanz“ (Dehmel, 2008, S. 26). Sie ist zunächst nicht durch einen Problemanlass motiviert. Soziale Unterstützung wirkt hier in positiver Weise auf das Wohlbefinden durch die Integration in ein soziales Netzwerk, durch welches Zuversicht und das Gefühl der Zugehörigkeit vermittelt wird. Diese direkt wirkenden Einflüsse sozialer Unterstützung werden als Haupteffekte sozialer Unterstützung beschrieben. Soziale Unterstützung wirkt in diesem Fall generell positiv auf das Wohlbefinden und den Gesundheitszustand von Menschen. Situationsbezogen weist soziale Unterstützung Puffereffekte auf, die sich positiv auf die kognitive Bewertung eines als Stressor bewerteten Ereignisses, sowie auf die Bewertung eigener Coping-Kompetenzen in Bezug auf eine bestehende Stresssituation auswirken. Eine bereits als stressauslösend klassifizierte Situation wird in ihrer Intensität des Stresserlebens gedämpft, da durch die erfahrene soziale Unterstützung die Handlungskompetenz in Bezug auf das belastende Ereignis erhöht wird. Ebenso werden aufkommende Frustration durch Anteilnahme und Mitgefühl sowie instrumentelle Hilfe moderiert. Da soziale Unterstützung in umfassende soziale Beziehungen eingebettet ist und in ihrer Wirkung von der subjektiven Wahrnehmung des Hilfeempfängers ebenso abhängig ist wie von der Reziprozität zwischen diesen und dem Helfenden, müssen besonders die interaktionellen Prozesse der Einschätzung und Bewertung sozialer Unterstützung durch das Individuum berücksichtigt werden (Dehmel, 2008, S. 25–26; Pauls, 2011, S. 84–86).

Nestmann (2005, S. 132–133) verweist mit Blick auf eine differenziertere Empirie und darauf aufbauenden Modell- und Wirkungsvorstellungen darauf, die Effekte sozialer Unterstützung nicht ausschließlich unter ihren positiven Aspekten zu sehen. Er plädiert für eine positiv kritische Würdigung ihrer Potentiale, indem auch ihre Grenzen anerkannt und beachtet werden. Wichtig ist es daher die

Quelle der Unterstützung und die Qualität der Beziehung der Betroffenen im Auge zu haben (Pauls, 2011, S. 326).

Bezogen auf die Klinische Sozialarbeit sieht Dehmel (2008, S. 29–30) im Konzept sozialer Unterstützung ein Handlungsmodell, indem es als „Verstehensrahmen komplexer individueller sozialer Wirklichkeit“ (Dehmel, 2008, S. 30) den Ausgangspunkt klinisch-sozialarbeiterischen Denkens und Handelns bildet. Die Interventionen sind vor dem Hintergrund des Wissens um die Effekte sozialer Unterstützung auf das soziale Netzwerk gerichtet. Fokussiert wird der Aufbau tragfähiger sozialer Netze, wobei der Qualität der Beziehungsgestaltung besondere Aufmerksamkeit erfährt. Für Pauls (2011, S. 85) wirkt das Konzept der sozialen Unterstützung in der Gestalt auf die Richtung der Intervention Klinischer Sozialarbeit, dass die Qualität und Quantität sozialer Unterstützung ebenso in den Blick genommen werden muss, wie die Bereitschaft und die Fähigkeit einer Person diese wahrzunehmen. Daher ist in der Praxis Klinischer Sozialarbeit zu klären, ob ein Klient „aufgrund mangelnder sozialer Unterstützung verzerrt wahrnimmt und dadurch viele objektiv neutrale Stimuli als Stressoren bewertet“ (Pauls, 2011, S. 85). Ebenso ist zu prüfen, inwiefern das generelle subjektive Wohlbefinden durch (mangelnde) soziale Unterstützung beeinflusst wird und ob aufgrund nicht vorhandener sozialer Unterstützung eine Person nicht in der Lage ist, die in ihrem Leben natürlich vorkommenden Stressoren konstruktiv zu bewältigen. Ein Vorgehen im Rahmen des Konzepts schließt Interventionen auf unterschiedlichen sozialökologischen Ebenen mit ein, indem die praktische Arbeit sich „im individuellen Einzelkontakt mit Klienten, durch die Einbeziehung von Bezugspersonen, durch soziale Gruppenarbeit bis hin zu tertiären Netzwerken wie Organisationen oder Institutionen“ (Dehmel, 2008, S. 30) vollzieht (Dehmel, 2008, S. 30).

4.3.1 Netzwerkorientierte Interventionen

Im Zusammenhang klinisch-gesundheitspolitischen Denkens werden unter netzwerkorientierten Interventionen Maßnahmen verstanden, die auf die Modifikation struktureller, relationaler sowie funktionaler Merkmale (soziale Unterstützung) sozialer Netzwerke abzielen. Sie verfolgen das Ziel, pathogene Zustände zu vermeiden oder abzubauen, wobei in Bezug auf die Gesundheitsförderung besonders das Konzept der sozialen Unterstützung in den Fokus rückt. Unter dieser Perspektive zielen netzwerkorientierte Interventionen darauf ab, Hilfepotentiale in einem Netzwerk einer oder mehrerer Personen zu evozieren (Röhrle & Sommer, 1998, S. 15–16). Sie sind damit auf die „Optimierung der individuellen Unterstützungssituation [gerichtet] und können an verschiedenen Ankerpunkten ansetzen, die sich aus der Netzwerkmetapher und dem Unterstützungskonzept ableiten lassen“ (Klauer & Winkeler, 2005, S. 170).

Röhrle und Sommer (1998, S. 17 ff.) verweisen darauf, dass Gegenstand und Konzept netzwerkorientierter Interventionen auf unterschiedlichen Paradigmen beruhen. Je nachdem welches Paradigma zugrunde liegt, haben sie das Individuum oder ein soziales System zum Gegenstandsbereich. Sie lassen sich darüber hinaus durch die Art des Vorgehens differenzieren. Auf der einen Seite stehen kognitiv geprägte Interventionen, die sich durch einen lenkend-führenden Charakter auszeichnen, während emotional orientierte Maßnahmen, einen fördernd-stützenden Schwerpunkt aufweisen. Im Hinblick auf die Art der Beeinflussung sozialer Netzwerke durch professionelle Helfer wird zwischen koordinativen, kollegialen oder direktiven Interventionsstrategien unterschieden. Von besonderer Bedeutung sind im Rahmen netzwerkorientierter Interventionen die Ebenen, auf die sich diese beziehen. Auf individueller Ebene beziehen sich die Interventionen auf die Befähigung eines Individuums, die Merkmale der Beziehungen sozialer Netzwerke und insbesondere die in ihnen vorhandenen Ressourcen, wahrzunehmen und zu nutzen. Ferner gilt es eine Person dabei zu unterstützen, Potentiale im sozialen Netzwerk aufzubauen und zu pflegen. Methodisch rücken hier übende, edukative und kognitiv-restrukturierende Ansätze in den Mittelpunkt. Mikrosoziale netzwerkorientierte Interventionen beziehen sich auf Dyaden, Familien und soziale Unterstützungsgruppen. Unter der Perspektive, dass mindestens eines der Merkmale sozialer Netzwerke verändert werden muss, können daher paar- und familientherapeutische Maßnahmen als netzwerkorientierte Interventionen gelten. Diese setzen, je nach Orientierung familienorientierter (systemischer) Interventionen, unterschiedliche Schwerpunkte, wobei die Neustrukturierung von Beziehungen durch Meta-Kommunikation eines der Hauptmerkmale der Interventionen bildet. Verknüpfungen von familientherapeutischen Maßnahmen mit Ansätzen professionell geleisteter praktischer Unterstützung, gehen hierbei über die Primärfamilie hinaus, indem sie ebenso auf den Aufbau und die Modifikation extrafamiliärer Kontaktstrukturen gerichtet sind. Auf Ebene der Gemeinde lassen sich netzwerkorientierte Interventionen bezogen auf physikalische Arrangements, auf deren Grundlage Kontaktmuster gestaltet werden, identifizieren. Allerdings erfährt die Begrifflichkeit hier wenig Konturierung, da die Eingrenzung der Interventionen, die sich direkt auf definitorische Merkmale des Netzwerkkonzepts (Dichte, Kontakthäufigkeit und soziale Unterstützung) beziehen, schwierig ist.

Nestmann (2005, S. 141–151) weist darauf hin, dass unabhängig von der Ebene und dem der Intervention zugrunde liegenden Paradigma, soziale Netzwerkinterventionen bestimmten Prinzipien folgen. Sie basieren auf Freiwilligkeit und Partizipation der Betroffenen. Ein transparentes Vorgehen schafft für ihn die funktionalen und strukturellen Voraussetzungen für alle an einer Intervention Beteiligten. Des Weiteren müssen die Interventionen so gestaltet werden, dass sie im Stande sind, das Spannungsverhältnis zwischen sozial regulierenden und kontrollierenden Elementen sozialer Unterstützung, mit deren stressmoderierenden Funktionen auszubalancieren. Besonders muss hierbei der

Aspekt der Reziprozität beachtet werden. Dieser ist als zentrales Merkmal sozialer Netzwerke und Bindungen zu begreifen und bezieht sich auf „die gegenseitige Verpflichtung von Geben und Nehmen auch über gesellschaftliche Normierungen“ (Nestmann, 2005, S. 144) hinweg. Reziprozität ist innerhalb von Beziehungen unterschiedlich ausgeprägt und dehnt sich über längere oder kürzere Zeiträume aus. Sie bildet die „Voraussetzung für gelingende Unterstützungsbeziehungen und deren allseitige positive Beurteilung und Aufrechterhaltung“ (ebd.). Des Weiteren sollten alle Dimensionen sozialer Unterstützung in einem Passungsverhältnis stehen.

Bezüglich des Methodenverständnisses netzwerkorientierter Interventionen plädiert Nestmann (ebd.) für ein offenes und eklektisches Methodenverständnis. Eine in diesem Zusammenhang geforderte aufgaben- und zielabhängige Methodenoffenheit gründet neben Transparenz und Partizipation, auf „eine umfassende und differenzierte formative Analyse und Diagnostik“ (Nestmann, 2005, S. 148). Diese kann Elemente einer herkömmlichen Problemdiagnostik ebenso aufweisen, wie eine soziale und kontextuelle Bedürfnis- und Ressourcenanalyse. In die Interventionsprozesse können personen-spezifische „Methoden und Strategien der Beratung und der Psychotherapie“ (Nestmann, 2005, S. 148) integriert werden. Besonders bieten sich jedoch aufgrund der naturgemäßen Ausrichtung der Interventionen auf die Beeinflussung von Netzwerksektoren oder ganze Netzwerke, systemisch orientierte Verfahren an.

Für eine affektiv-motivationale Anpassung an eine Belastungssituation, stellen die funktionalen Aspekte sozialer Netzwerke, worunter soziale Unterstützung in Form materieller-instrumenteller, informeller und emotionaler Unterstützung zu verstehen ist, entscheidende Faktoren dar. Klauer und Winkeler (2005, S. 157 ff.) betonen in diesem Zusammenhang die Mobilisierung sozialer Unterstützung als Bewältigungsverhalten im Sinne des Coping. Es zeichnet sich durch Handlungen aus, die zum Ziel haben, Potentiale des sozialen Netzwerks für Unterstützungsleistungen hinsichtlich einer Krisen- oder Belastungssituation zu evozieren. Unter Mobilisierungsverhalten werden alle von außen beobachtbaren Verhaltensweisen verstanden, mit denen eine von einem belastenden Lebensereignis betroffene Person das latente Hilfepotential in sozialen Netzwerken zu aktivieren versucht. Als Teilprozess interpersonaler Austauschprozesse umfasst es indirekt-nonverbale Verhaltensweisen ebenso wie aktiv geäußerte Appelle der Notwendigkeit sozialer Unterstützung. Das Mobilisierungsverhalten wird als Funktion des generellen Bewältigungsverhaltens betrachtet. Es steht in Abhängigkeit zu bestimmten Persönlichkeitsvariablen. Dabei haben besonders im Kindesalter erworbene Bindungsschemata, als interpersonelle Dispositionen des Mobilisierungsverhaltens, Auswirkungen auf dieses. Unter dieser Perspektive „wird ein Mobilisierungsverhalten als eine Weiterentwicklung der kindlichen Suche nach Nähe zur Bindungsfigur interpretiert und zum anderen die Wahrnehmung erhalte-

ner Unterstützung mit dem Gefühl der Sicherheit gleichgesetzt" (Klauer & Winkeler, 2005, S. 160). Die Typen der Erfahrungen, die sich in sozial-kognitiven Schemata (Bindungsstilen) niederschlagen, formen die Art und Weise der Gestaltung des Mobilisierungsverhaltens einer Person. Während sicher gebundene Personen ein autonomes Hilfesuchverhalten zeigen, indem sie Unterstützung nur dann nachfragen, wenn diese für eine Problembewältigung notwendig ist, tendieren Personen mit unsicheren Bindungsstilen zu einem verminderten (unsicher-vermeidender Bindungsstil) oder übersteigerten (unsicher-ambivalenter Bindungsstil) Hilfesuchverhalten. Ebenso steuert die Selbstwertregulation das Mobilisierungsverhalten.

4.3.2 Behandlung als kooperative, interdisziplinäre Aufgabe

Schubert (2005, S. 76 ff.) unterscheidet zwischen natürlichen und künstlichen Netzwerken. Natürliche Netzwerke können hinsichtlich der in ihnen etablierten Beziehungsqualität in primäre und sekundäre natürliche Netzwerke unterschieden werden. Primäre Beziehungssysteme sind nicht organisiert und weisen einen informellen Charakter auf. In ihnen „werden überwiegend soziale Ressourcen gebündelt“ (Schubert, 2005, S. 79). Sekundäre Netzwerke zeichnen sich durch schwache Bindungen der Akteure untereinander aus. Die „schwachen“ Beziehungen resultierenden in einer größeren Beziehungsflexibilität, aufgrund derer ein vielfältiger Zugang zu sozialen Ressourcen des sozialen Umfeldes möglich wird. Sie etablieren sich aufgrund von Zugehörigkeit oder formaler Mitgliedschaft. Von den natürlichen Netzwerken zu unterscheiden sind künstliche Netzwerke. In ihnen agieren professionelle Akteure miteinander. Sie entstehen vor dem Hintergrund der Bündelung professioneller Ressourcen, mit dem Ziel Koalitionen einzugehen oder Aktivitäten zu koordinieren.

Mit dieser Unterscheidung wird deutlich, dass Netzwerkinterventionen sich neben primären und sekundären Netzwerken, auch auf künstliche (tertiäre) Netzwerke beziehen. Miller (2005, S. 109–110) unterscheidet verschiedene Ebenen institutionalisierter Netzwerke, die über die Adressaten-Ebene hinausgehen, und die fachliche Ebene ebenso umfassen wie die Ebene der Organisation und des Gemeinwesens.

Tertiäre Netzwerke des dritten Sektors weisen durch ihre Beschaffenheit einen besonderen Charakter auf. Anders als Wirtschaftscluster im Bereich marktbasierter tertiärer Netzwerke, gibt es im Bereich der Organisationsentwicklung im Dritten Sektor, wenig Erfahrungen hinsichtlich netzwerkbezogener Interventionen. Es ist hier, aufgrund einer polyzentrischen Netzwerkstruktur von einer komplexen Ausgangslage auszugehen. Netzwerke sind im intermediären Bereich heterarchisch, um mehrere Zentren strukturiert, wodurch „fließende, redundante Überlappungen in der Beziehungsverflechtung zwischen den Akteuren als teilautonome Einheiten“ (Schubert, 2005, S. 84) bestehen.

Um tertiäre Netzwerke vor diesem Hintergrund erfassen zu können, ist deren Differenzierung in richtungsoffene Gesamtnetzwerke und zweckgerichtete Teilnetzwerke sinnvoll. Hierbei bildet die Ebene der richtungsoffenen Vernetzungen die Basis zweckgerichteter Netzwerke, deren Ziel „die Bildung kohärenter korporativer Gemeinschaften“ (Schubert, 2005, S. 86) ist. Ein wachsendes Vertrauen untereinander sowie gemeinsame Grundüberzeugungen tragen zur Etablierung eines gemeinsamen Zusammenhalts bei. Darauf aufbauend etablieren sich zweckgerichtete Netzwerke, die sich durch die Verfolgung klar definierter Ziele und Aufgaben auszeichnen und sich damit von richtungsoffenen Netzwerken unterscheiden. Eine Kooperation der unterschiedlichen Akteure gründet auf der Erfordernis, dass eine zu bewältigende Aufgabe zu komplex ist, so dass sie ein Akteur alleine nicht bewältigen kann. Durch die Kooperation werden Synergieeffekte in der Form angestrebt, dass ein Akteur von den Eigenschaften eines anderen Akteurs profitiert.

Aufgrund der unterschiedlichen Teilsysteme eines Gesamtnetzwerks entstehen strukturelle Löcher. Ziel eines Netzwerkmanagements ist die Aktivierung von Akteuren mit Brückenfunktion. Diese modifizieren die strukturellen Löcher, indem Schnittpunkte der gegenseitigen Unterschiedlichkeiten betont und zusammengeführt werden. Gleichzeitig darf in der Steuerung von Systemen, neben der Aufgabenorientierung, die Beziehungsorientierung nicht vernachlässigt werden. „Für die konsensuale Einigung und kooperative Problemlösungen sind nicht strategische Interaktionsformen notwendig, wie z.B. emotionales Ausdrucksverhalten und die kommunikative Erzeugung von gegenseitiger Verlässlichkeit.“ (Schubert, 2005, S. 97). Es geht in diesem Zusammenhang darum, auf Basis vertrauensbildender Maßnahmen, soziales Kapital auszubilden das eine Bindung zwischen den Akteuren entstehen lässt. Soziales Kapital entsteht als emergente Eigenschaft der Interaktionen der Akteure. Es gründet auf ihren Beziehungen und den in ihnen existierenden reziproken Austauschbeziehungen. Ihr Nebenprodukt sind gegenseitige Abhängigkeiten die analog zum Finanzmarkt Gutschriften, auf die sich die Akteure gegenseitig berufen können, entstehen lassen.

Die hier von Schubert konstatierten Prinzipien von Netzwerkinterventionen im Sinne eines Netzwerkmanagements im tertiären, intermediären Sektor sozialer Netzwerke, besitzen für die Klinische Sozialarbeit insofern Relevanz, da deren Behandlungsverständnis eine interdisziplinäre Kooperation erfordert. Es erfolgt eine Perspektiverweiterung um Netzwerke auf Organisationsebene sowie auf fachlicher Ebene. Während Netzwerke auf Organisationsebene sich aus Akteuren zusammensetzen, die der gleichen Organisation angehören und damit einem gleichen Leitbild und den allgemeinen Zielsetzungen der Organisation verpflichtet sind, beziehen sich Netzwerke auf fachlicher Ebene auf die interne und externe Vernetzung Professioneller untereinander. Ziel dieser Vernetzungen ist die

gemeinsame Nutzung vorhandener Informationen und Wissensbestände sowie die Erarbeitung von Konzepten und Problemlösungen (Miller, 2005, S. 110).

Für Pauls (2011, S. 111–114) impliziert ein biopsychosoziales Krankheits- und Gesundheitsverständnis eine Synchronisation der Professionen die auf der jeweiligen Ebene den Behandlungsprimat inne hat. Dies lässt Integrationsbereiche entstehen die über die reine Kumulation einzelner Behandlungsperspektiven hinausgehen. Ein integriertes, synchronisiertes Behandlungsgeschehen muss dabei, in der interdisziplinären Kooperation und in Bezug auf Zuständigkeiten einzelner Professionen, klaren Regeln folgen. Diese ergeben sich aus der logischen Konsequenz der hierarchischen Ordnung der Systemebenen.

Ebenso wie Pauls sieht auch Schaub (2008, S. 72–73) die Kooperation unterschiedlicher Disziplinen und die Koordination formeller Hilfeleistungen als Notwendigkeit einer an einem biopsychosozialen Menschenbild ausgerichteten Behandlung. Besonders betont er hierbei die Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams. Um in diesen die Synergieeffekte der Kooperation nutzen zu können, ist es wichtig, zu verstehen wie in Teams gearbeitet wird und welche Strukturen eine gelingende Teamarbeit voraussetzt.

Neben der Erfordernis einer kooperativen und interdisziplinären Behandlungsperspektive aus einem biopsychosozialen Behandlungsverständnis heraus, verweist Ningel (2011, S. 74) auf die strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen, die eine Kooperation unterschiedlicher Professionen und Disziplinen erfordern. Unter dieser Perspektive stehen der Klient und die gemeinsame Aufgabe, die sich aus seiner Lebenssituation ergibt, im Zentrum professioneller Bemühungen. Daher werden gemeinsame berufsübergreifende Strategien zunehmend zum Standard, ebenso der aktive Einbezug der Klientin in professionelle Hilfeprozesse bzw. deren Koppelung mit informellen. Im Wissen um Synergieeffekte der Zusammenarbeit gilt „nicht das Separieren und Verteidigen eigener Standpunkte [...] als professionell, sondern die Bereitschaft zur Vernetzung und die Offenheit für problemorientierte Maßnahmenkombinationen. Man macht was dem Klienten hilft“ (Ningel, 2011, S. 74).

4.3.3 Therapeutische Beziehungsgestaltung unter der Perspektive sozialer Unterstützung

Pauls (2011, S. 80–82) betont die Beratungsbeziehung als besondere Art sozialer Unterstützung. Da Situationen und Ereignisse von Individuen entsprechend ihren mentalen und kognitiven Repräsentationen bewertet werden, hilft eine Bewertungs- und Einschätzungsunterstützung dabei, bisherige Muster der Bewertung durch Alternative zu ersetzen. Werden Konzepte sozialer Unterstützung und sozialer Netzwerke in Beziehung zu einem psychotherapeutischen Kontext gesetzt, kann die thera-

apeutische Beziehung unter dieser Perspektive, als Unterstützungsbeziehung betrachtet werden. Trotz unterschiedlicher konzeptioneller Hintergründe, können neben Unterschiedlichkeiten beider Beziehungsformen, Überlappungen und Parallelen festgestellt werden. Im Sinne einer verwandtschaftsartigen emotionalen Bindung, weist die therapeutische Beziehung Ähnlichkeiten zu emotionalen Unterstützungsformen auf (Herrle, 1998, S. 61).

Laireiter (2009, S. 125 ff.), sieht eine funktionale Äquivalenz zwischen informeller Hilfe, als soziale Unterstützungsleistung und Psychotherapie, als formeller Hilfeleistung. Die Effekte informeller und formeller Hilfen, werden partiell durch ähnliche oder vergleichbare Faktoren vermittelt. In einem ersten Schritt ist davon auszugehen, dass informelle und formelle Hilfen sich gleiche Rahmenbedingungen teilen. Ausgangspunkt der Inanspruchnahme beider Hilfeformen, ist die Existenz eines oder mehrerer Probleme, die mit dem Individuum zur Verfügung stehenden Ressourcen nicht bewältigt werden können. Zudem etabliert sich durch das Hilfegeschehen eine hierarchisch geordnete, asymmetrische Beziehungskonstellation aufgrund des Ungleichgewichts von Geben und Nehmen. Durch das Hilfesuchverhalten einer Person wird beim Helfenden ein Hilfeverhalten ausgelöst, welches als evolutionär geprägtes Verhaltensmuster „die Basis sowohl natürlicher/informeller Hilfe und Unterstützung wie auch professioneller“ (Laireiter, 2009, S. 139) bildet. Die asymmetrische Austauschsituation geht mit einer „Schuldigkeit“ des Hilfeempfängers einher. Diese wird in professionellen, formellen Hilfesystemen durch das Honorar abgegolten. In informellen Beziehungen hingegen, findet gemäß dem Reziprozitätsprinzip, eine Intensivierung der Beziehung statt, indem der Hilfeempfänger dem Hilfegeber verstärkt persönliche Wertschätzung und Dankbarkeit zeigt.

Die Qualität der Beziehungsgestaltung zeichnet sich in der Psychotherapie wie auch im Rahmen sozialer Unterstützung durch annähernd gleiche Merkmale aus (u.a. intensive und emotional positive Beziehung, gegenseitiger Respekt und Feinfühligkeit, gegenseitiges Vertrauen und emotionale Resonanz). Diese Entsprechung der Helperbeziehung hinsichtlich beider Formen von Hilfe ist deshalb hervorzuheben, da die Varianz psychotherapeutischer Effekte zu ca. einem Drittel aufgrund der Therapeut-Klienten-Beziehung generiert wird. Diese Effekte wirken, folgt man der Argumentation von Laireiter, auch bei informellen Hilfequellen in Form sozialer Unterstützung, wobei bisher aufgrund mangelnder tiefergehender Forschung lediglich Indizien und inhaltliche Argumente für diese These sprechen.

Trotz der Existenz kommunaler Effekte zwischen Therapeuten- und Unterstützerverhalten, zeigen sich Unterschiede in beiden Hilfearrangements. Die Beziehungsgestaltung in sozialen Netzwerken gründet sich auf persönlichen Kontakt- und Bindungsbedürfnissen und ihre Strukturierung beruht auf sozialen Rollenvorgaben. Die Beziehungen werden um ihrer selbst willen aufrechterhalten, da sie

von den Eigenschaften und Bedürfnissen der daran Beteiligten bestimmt werden. Im Falle der Beziehungsgestaltung im Rahmen der Psychotherapie, handelt es sich im Gegensatz hierzu um eine hierarchisch strukturierte Beziehung. Sie wird aus dem Bedürfnis nach Hilfe und Problembewältigung auf Seiten der Patientin eingegangen. Die Beziehung hat daher die Qualität einer Arbeitsbeziehung „zum Zwecke der Behandlung von persönlichen Leidenszuständen, psychischen Belastungen und Störungen sowie der Erreichung von Gesundheit und Wohlbefinden“ (Laireiter, 2009, S. 173–174). Während zwischenmenschliche Beziehungen eher egalitärer Natur sind, zeichnet sich die Beziehung innerhalb des therapeutischen Arbeitsbündnisses durch ein Beziehungsskript aus, das „stärker einer Eltern-Kind-Beziehung entspricht“ (Laireiter, 2009, S. 173–174). Zudem ist die therapeutische Arbeitsbeziehung frei von gegenseitigen Verpflichtungen. Weiteres Unterscheidungsmerkmal hinsichtlich der funktionalen Struktur informeller Hilfebeziehungen und therapeutischer Beziehungsgestaltung, ist deren uniplexer Charakter. Dies bedeutet, die Therapeut-Klient-Beziehung ist auf einige wenige Funktionen beschränkt. Natürliche Beziehungen hingegen zeichnen sich durch ihre multiple Struktur aus.

Neben Unterschieden in Qualität der Beziehungsgestaltung zeigen sich im Vergleich informeller Hilfe mit formellen Hilfeleistungen strukturelle Unterschiede. Im Gegensatz zu professioneller Hilfe, erfolgt informelle in unregelmäßiger Frequenz, in punktuellen, immer wieder zu vereinbarenden Kontakten. Besteht über längere Zeit ein Bedarf an Unterstützung und Hilfe, besteht die Gefahr der Instrumentalisierung der Beziehung, wodurch diese gefährdet wird. Zudem verfolgt soziale Unterstützung allgemeine Ziele und erfolgt weniger systematisiert wie professionelle Hilfe. Kern sozialer Unterstützungsleistungen bilden psychologische und instrumentelle Hilfeleistungen, wobei diese auf Alltagstheorien der Betroffenen beruhen und sich wenig reflektiert und systematisiert vollziehen.

Haskamp (2012, S. 20 ff.) charakterisiert Beziehungen in professionellen Hilfekontexten als von kulturell bestimmten Rollenerwartungen geleitet. Aufgrund ihrer Problem- und Zielorientiertheit sowie des Kompetenzvorsprungs des Professionellen, sind sie asymmetrisch strukturiert. Die Interaktionspartner werden aufgrund des Rahmens der Interaktion als Rollenträger wahrgenommen. Diese Wahrnehmung strukturiert die Interaktionsmuster, auf deren Basis sich entsprechende Beziehungs-schemata relativ stabil etablieren. Mit fortschreitender Dauer der Rollenbeziehung gewinnen persönliche Eigenschaften der Interaktionspartner sowie Ereignisse der gegenseitigen Interaktionsgeschichte an Bedeutung. Die Beziehungen gewinnen dadurch an dyadentypischen Charakter. Eine Mischung aus Rollenerwartung und persönlichkeitspezifischen Faktoren innerhalb der Unterstützungsbeziehung kann angenommen werden.

Konsequenz dieses Prozesses ist eine zunehmende Beanspruchung der Beziehungsschemata der Interaktionspartner. Diese setzen sich aus dem Selbstbild der jeweiligen Person, dem Bild über die Bezugsperson sowie aus Interaktionsskripten zusammen. Aufgrund der affektiven Besetzung der drei genannten Komponenten eines Beziehungsschemata kommt im Rahmen einer professionell-helfenden Beziehung, psychologischen Beziehungsparametern eine besondere Bedeutung zu. Eine auf ihren Grundlagen etablierte helfende Beziehung bildet nicht nur die Voraussetzung für die zu leistende Hilfe, sondern kann mit Verweis auf therapieübergreifende Wirkprinzipien von Psychotherapie, als eines der zentralen Wirkprinzipien eines Unterstützungsprozesses aufgefasst werden.

Wie jede Art von Beziehung wird auch eine professionelle Beziehung von Elementen der Persönlichkeit determiniert. Gahleitner (2007, S. 4–5) betont in diesem Zusammenhang die Bedeutung von Mustern gelingender Interaktion vor dem Hintergrund der Bindungstheorie. Diese bietet ihrer Meinung nach das theoretische Rüstzeug für das komplexe Phänomen der Beziehungsgestaltung. Die auf den Bindungserfahrungen eines Menschen beruhenden internen Arbeitsmodelle prägen dessen Beziehungsverhalten. Ein therapeutisches Handeln entlang den Annahmen der Bindungstheorie hilft, so Gahleitner, bei der Etablierung einer therapeutischen Arbeitsbeziehung.

Vor diesem Hintergrund kann die therapeutische Beziehung als Bindungsziehung begriffen werden. Sie fungiert als sichere Basis für das Explorationsverhalten der Klientin und bietet „die Möglichkeit der Reflexion innerer Bindungsrepräsentationen“ (Gahleitner, 2007, S. 5). Wird die helfende Beziehung zwischen Sozialarbeiterin und Klientin nach dem Konzept der Feinfühligkeit gestaltet, ergeben sich für die Klientin Räume, in denen neue Erfahrungen gemacht und Entwicklungen angeregt werden. Hierbei muss ein Passungsverhältnis von Nähe und Distanz situationsspezifisch etabliert werden, wobei zu beachten ist, dass „eine systematische Einschätzung des optimalen Niveaus von Nähe und Distanz für die professionelle Beziehungsgestaltung [...] nicht möglich [ist], dieses muss vom Professionellen individuell und situativ flexibel gestaltet werden“ (Haskamp, 2012, S. 24). Determinanten dieser Einschätzung bilden die fachlichen und persönlichen Eigenschaften der professionellen sowie persönliche Eigenschaften der Klienten (Haskamp, 2012, S. 24).

Die elementare Bedeutung der therapeutischen Beziehung für therapeutische Maßnahmen hebt Fröhlich-Gildhoff (2007, S. 9–10) hervor, wenn er sie als Hintergrundfolie einer jeden therapeutischen Intervention beschreibt. Um im Beratungs- bzw. Therapieprozess emotional korrigierende Erfahrungen auf Klientenseite anzustoßen, muss die Beziehungsgestaltung entlang der klientären Bedürfnisse verlaufen. Im Rahmen einer komplementären und motivierenden Beziehungsgestaltung geht es daher um das Verstehen von hinter dem Klientenverhalten liegenden Motiven und das Ableiten daraus

resultierender Therapiepläne. Dies setzt auf Seiten der Fachkraft eine hohe Reflexivität des eigenen Selbst und der eigenen Handlungen voraus (Großmaß, 2007, S. 7–8).

4.3.4 Psychotherapeutische Perspektiven und Theoriepositionen

Mobilisierungsverhaltens als Teil des Bewältigungsverhaltens einer Person und seine Abhängigkeit von personenbezogenen Merkmalen, verweist auf die Wechselbeziehung zwischen sozialer Unterstützung und der psychischen Struktur einer Person. Konsequenterweise müssen Netzwerkinterventionen daher, neben dem Systembezug, immer auch die individuelle Ebene und mit dieser verbunden, intrapsychische Prozesse der Wahrnehmung und Bewertung im Blick und zum Gegenstand der Intervention haben.

Da psychotherapeutische Sicht- und Vorgehensweisen Grundkenntnisse über innerpsychische Vorgänge einer Person ebenso beinhalten wie Methodenkompetenz, bilden sie einen wichtigen Teil psycho-sozialer Behandlung¹⁷. Die unterschiedlichen Therapieschulen und ihre Paradigmen, bilden über die „reine Gesprächsführung“ hinaus wichtige Bezugspunkte klinisch-sozialarbeiterischer Methodik und Theoriebildung. Daher muss das Kompetenzprofil Klinischer Sozialarbeit neben einer Systemorientierung, psychotherapeutische Methodenkompetenz aufweisen. Klinische Sozialarbeit orientiert sich bezüglich dieser an den wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren. Diese sind: Tiefenpsychologisch orientierte Ansätze, Verhaltensorientierte Ansätze, Humanistische Verfahren und Systemische Ansätze. (Pauls, 2011, S. 126–127; Pauls & Hahn, 2008, S. 32).

Auf eine Darstellung der unterschiedlichen Ansätze wird im Folgenden verzichtet. Für einen einführenden Überblick sei u.a. auf Kriz (2007) und McLeod (2004) verwiesen.

4.4 Formen psycho-sozialer Behandlung

Ein auf dem biopsychosozialen Modell gründendes Gesundheits- und Krankheitsverständnis regt zu einem dialogischen und patientenorientierten Vorgehen an. Im Kontext der Klinischen Sozialarbeit werden in Bezug auf die Beschreibung, Erklärung und Behandlung psychischer Störungen mit dem „anthropologischen Entwurf der ‚person-in-environment‘“ die Bedürfnisse einer Person nach Selbstwert und Selbstregulation“ mit ihren „sozial-emotionalen Beziehungen und sozialen Unterstützungen sowie der jeweiligen sozialen Chancenstruktur“ (Pauls, 2013, S. 18) in Zusammenhang gebracht.

¹⁷ Pauls (2011, S. 126–127) verweist in Anlehnung an Hey (2000) darauf, dass an dieser Stelle zwischen dem funktionalen Aspekt von Psychotherapie und ihrem methodischen unterschieden werden muss. Unter funktionaler Perspektive meint Psychotherapie die Behandlung einer durch ein medizinisch-psychotherapeutisches Klassifikationsschema diagnostizierten psychischen Störung. In ihrem methodischen Aspekt bietet Psychotherapie wissenschaftlich begründete Methoden in Bezug auf systemisierte Formen personaler Interaktion und Kommunikation.

Diagnostik und Intervention beziehen sich dabei sowohl auf die Erfassung und Veränderung sozial-kommunikativer Strukturen wie auch auf die Beeinflussung von Bewusstseinszuständen in Kooperation mit anderen Professionen.

Folgt man der Argumentation von Egger (2005, S. 19), bedarf die diagnostische und therapeutische Arbeit, neben der Betrachtung der physiologischen und psychischen Ebene, eine Ergänzung um die dem Organismus und seinen Subsystemen hierarchisch übergeordneten Systeme. Damit rückt unter der Annahme emergenter Eigenschaften der unterschiedlichen bio-psycho-sozialen Systemniveaus eine biopsychosoziale Gesamtkonzeption in den Fokus der Behandlung.

Die Behandlungsperspektive Klinischer Sozialarbeit charakterisiert sich vor diesem Hintergrund durch eine biofokale Orientierung. Umwelt und Individuum bzw. deren Interaktionen stehen gleichermaßen im Zentrum der Behandlung. Die Interventionsstrategien zeichnen sich durch ein Spannungsverhältnis zwischen Individual- und Sozialsystemorientierung aus. Um Individual- und Sozialsystemorientierung gerecht zu werden, umfasst psycho-soziale Behandlung verschiedene Methoden um Veränderungen der Lebensweise und Lebenslage in Richtung mehr Unabhängigkeit und Integration des Individuums zu initiieren (Pauls, 2011, S. 177–192). Ziel unter dieser Behandlungsperspektive ist es, „einerseits die Verbesserung der psychosozialen Passung in den verschiedenen Dimensionen des menschlichen Lebens im Blick zu haben und andererseits die strukturelle soziale Chancenstruktur“ (Gahleitner & Vogt, 2010, S. 9).

Im Rahmen einer psycho-sozialen Behandlung müssen subjektiv-erfahrungsmäßige sowie objektiv-situative Aspekte als zwei sich gegenüberstehende Pole der Behandlungsperspektive in Theorie und Praxis integriert werden. Hintergrund der Behandlungsmethodik Klinischer Sozialarbeit bilden Interventionstechniken, die in human- und sozialwissenschaftlichen Theorien und Modellen verankert sind. Dabei ist psychotherapeutisches Bedingungs- und Handlungswissen von besonderer Bedeutung. Dieses kann jedoch nicht unreflektiert übernommen werden, sondern muss sachgerecht in den Rahmen Klinischer Sozialarbeit gesetzt werden. Im Sinne eines eigenen sozialtherapeutischen Ansatzes zielt Klinische Sozialarbeit, unter der Beachtung der Soziogenese von Belastungen, Störungen und Erkrankungen, auf die Initiation einer sozialsituativen Verbesserung „bezüglich der Teilnahme von Personen an sozialer Kommunikation“ (Pauls & Hahn, 2008, S. 32). In einer direkten Beratungs- und Unterstützungsarbeit geht es darum, die Klientin zu befähigen, innere und äußere Bedingungszusammenhänge ihrer Problematik zu verstehen und „neue emotionale und kognitive Zusammenhänge sowie Verhaltensmöglichkeiten in der schwierigen Lebenssituation zu finden und zu erproben“ (Pauls, 2011, S. 18–19). Hierbei grenzt sich Klinische Sozialarbeit durch einen intensiven Einbezug der Umgebung durch soziale Netzwerkarbeit und professionelle soziale Unterstützung von einer

vorwiegend personenzentrierten und auf intrapsychische Prozesse fokussierten Psychotherapie ab (Geißler-Piltz & Pauls, 2005, S. 23; Pauls, 2011).

Entsprechend den klassischen Arbeitsformen Sozialer Arbeit, lässt sich klinisch-sozialarbeiterische Behandlung in personen- und individuumsbezogene, beziehungsbezogene und umgebungsbezogene Interventionen differenzieren. Personen- und individuumsbezogene Behandlungsstrategien beziehen sich unmittelbar auf die Person. Die Anwendung beratend-therapeutischer Methoden, die z.B. Gesprächsführungstechniken beinhalten, stehen dabei zentral. Im beziehungsbezogenen Behandlungsfeld rückt die systemische Perspektive aufgrund der Betonung interpersonaler Zusammenhänge in den Vordergrund. Die Interventionen zielen auf die „Veränderung von Beziehungen und Interaktions- sowie Kommunikationsmustern“ (Pauls, 2011, S. 181). Sie beschränken sich nicht „nur“ auf die Familie sondern auf alle Beziehungen mit bedeutsamen anderen Menschen. Umgebungsbezogene Interventionen zielen auf die funktionale Erweiterung des Netzwerks sowie die Aktivierung und Nutzung ökosozialer Ressourcen in der Gemeinde ab. Des Weiteren sollen sozialstrukturelle Begebenheiten in Richtung Funktionalität verändert werden. Interventionen finden sowohl im sozialen Netzwerk der betroffenen Personen wie auch auf Ebene der Gemeinde statt (Pauls, 2011, S. 180–182).

4.4.1 Psycho-soziale Diagnostik

Die psycho-soziale Diagnostik hat in der Klinischen Sozialarbeit die Funktion die Schnittstellen zwischen sozialen, psychischen und physischen Dimensionen eines psycho-sozialen Fallgeschehens in ihrer alltagssituativen Spezifik zu beleuchten. Neben der Dynamik personeller und interpersoneller Faktoren spielen hierbei auch institutionelle Rahmenbedingungen und kulturelle Gegebenheiten eine Rolle. Um einer durch das dynamische Zusammenspiel der biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen entstehenden Komplexität gerecht zu werden, versucht eine psycho-soziale Diagnostik, Einzelsachverhalte sowohl zu kategorisieren wie auch mit Hilfe fallverstehender Verfahren die Logik des Einzelfalls zu berücksichtigen. Sie bildet die Voraussetzung für die Interventionsplanung. Internale und externe Störungen des Erlebens und Verhaltens werden im Rahmen einer psycho-sozialen Diagnose in Bezug zu den Kontextbedingungen gesetzt. Neben individuellen Faktoren werden Störungen bedingende und beeinflussende soziale Zusammenhänge in den Blick genommen bei gleichzeitiger Beachtung der in ihnen für die Heilung verfügbaren Ressourcen (Gahleitner & Pauls, 2013, S. 61–65; Pauls & Hahn, 2008, S. 26–27).

Pauls (2011, S. 198 ff.) sieht die psycho-soziale Diagnostik als unverzichtbares Element über alle Phasen der psycho-sozialen Intervention hinweg. Durch sie wird zu Beginn, im Verlauf und am Ende des Hilfeprozesses bestimmt, was der Fall ist. Aufgrund des bifokalen Fokus Klinischer Sozialarbeit

ist eine psycho-soziale Diagnostik multidimensional angelegt, indem sie sich auf die psychische sowie die soziale Dimensionen eines Fallgeschehens bezieht. Sie ist grundsätzlich dialogisch und prozessual ausgerichtet und zielt darauf ab, „die fallspezifische Komplexität zu erfassen, [zu] strukturieren und der Bearbeitung sowie der Evaluation zugänglich zu machen“ (Pauls, 2011, S. 198). Durch sie werden zu bearbeitende Aufgaben identifiziert und ein einzelfallspezifisches Interventionsmodell begründet.

Röh (2008, S. 35 ff.), der eine sozialarbeiterische Diagnose als sozialkommunikativen Prozess versteht, hebt besonders ihren dialogischen Charakter hervor. Verstanden als Prozess weist eine psycho-soziale Diagnose eine partizipative und reflexive Orientierung auf, wodurch sie sich den Bedingungen des Hilfeprozesses anpasst und Veränderungen zu integrieren versucht. Indem subjektive Bewertungen der Klientin erfasst und mit objektiven Bewertungen des Hilfesystems verknüpft werden, findet fortwährend ein Aushandlungsprozess über die Definition des Problems und seine Bedingungen auf partizipativer Ebene statt.

Der Klient bildet das personale Zentrum des diagnostischen Prozesses, wobei der analytische Fokus auf das komplexe Zusammenspiel reziproker Austauschprozesse zwischen Individuum und Umwelt gelegt wird. Daher umfasst eine psycho-soziale Diagnose über die Person des Klienten hinweg die gegenseitigen Verpflichtungen und Beziehungen bezüglich relevanter Personen aus dem „familiären, nachbarschaftlichen und institutionellen Umfeld“ (Pantucek, 2006, S. 5). Da menschliches Verhalten als Ergebnis der Interdependenzen des Individuums mit seinen Kontextbedingungen gesehen wird, ist unter einer psycho-sozialen Diagnostik eine Mehrebenen-Diagnostik zu verstehen, die Defizite und Belastungen gleichermaßen berücksichtigt wie Ressourcen und Kompetenzen der Klientin und ihres Systems (Pauls, 2011, S. 205–206).

Um Phänomene über eine Kategorisierung hinaus in ihren Sinngehalt zu verstehen bietet sich eine dialogisch orientierte Gestaltdiagnostik an. Sie eröffnet grundsätzlich eine fallverstehende Perspektive, indem sie subjekt- und situationsnah konzipiert ist. Der Diagnostikprozess beginnt mit einer klassifikatorisch angelegten Zuweisungsdiagnostik. Mit Hilfe psychopathologisch-psychiatrisch orientierter Abklärungsinstrumente werden Risikokonstellationen erfasst und eine Orientierung hinsichtlich weiterer Hilfeentscheidungen und Vorgehensweisen möglich. Phänomene werden dabei reduktionistisch bestimmten Kategorien zugeordnet. Die Reduktion ist notwendig, um durch die Klassifikation erste Suchrichtungen festzulegen. Somit kann eine medizinisch-psychiatrische Perspektive integriert oder der Bedarf einer diesbezüglichen Abklärung aufgedeckt und angeregt werden. Da die Behandlung Klinischer Sozialarbeit vor dem Hintergrund eines biopsychosozialen Behandlungsverständnisses interdisziplinär ausgerichtet ist, ist auch die Diagnostik in einen multidis-

ziplinären Kontext zu stellen. Hierbei bieten international anerkannte diagnostische Klassifikationssysteme die Möglichkeit, an interdisziplinären Terminologien anzuschließen. Dies wiederum bildet die Voraussetzung für einen fachlichen Austausch und die Begründung klinisch-sozialarbeiterischer Interventionen im multidisziplinären Kontext (Pauls, 2011, S. 202). Alternativ zu den beiden international am verbreitetsten Klassifikationssystemen, dem ICD-10 oder DSM-V, bieten sich das ICF sowie das Person-in-Environment-Klassifikationssystem an. Beide beziehen die soziale Dimension stärker ein und eignen sich ebenfalls für diesen ersten diagnostischen Schritt. Allerdings sind sie weniger verbreitet und interdisziplinär weniger anerkannt (Gahleitner und Pauls 2013, S. 66–67).

Um Wahrnehmungs- und Bewältigungsmuster zu verstehen, ist deren biographische Kontextualisierung notwendig. Für diese stehen Konzepte aus der integrativen Therapie und Beratung, an qualitative Forschungsmethoden angelehnte narrative Verfahren sowie Methoden der sozialpädagogischen Diagnostik zur Verfügung. Die biographische Diagnostik wird ergänzt durch eine Lebensweltdiagnostik, die in besonderem Maß sozialpathologische Risikofaktoren zu identifizieren versucht. Für die methodische Umsetzung bieten sich das sozio-kulturelle Atom sowie dessen Erweiterung zu einer Ecomap an. Kombiniert mit bindungssensiblen Instrumenten lassen sich „Informationen über die Ursprungsfamilie und weitere wichtige Umfeldpersonen“ (Gahleitner & Pauls, 2013, S. 69) sowie beteiligte (Hilfe-) Institutionen abbilden. Röh (2008, S. 43) nennt ergänzend hierzu die Beobachtung, das Gespräch und die Dokumentationsanalyse als Methoden der Informationsgewinnung.



Abbildung 2: Modell diagnostischen Fallverständens (Gahleitner, 2011, S. 77)

Der diagnostische Prozess wird grundsätzlich von einer Ambivalenz aus Komplexitätsgewinnung auf der einen Seite und Komplexitätsreduktion auf der anderen durchzogen. Um die im Diagnostikprozess gewonnenen Informationen und Daten zu systematisieren, bieten sich für Gahleitner, Buttner und Röh (2010, S. 9) sowie Pauls (2011, S. 205 ff.) die Koordinaten psycho-

sozialer Diagnostik an. Nach ihrer Meinung bilden diese bilden die Dynamik zwischen Ressourcen und Risikofaktoren auf Seiten des Individuums und seines sozialen Kontextes am geeignetsten ab.

An einem Ende der vertikalen Achse werden Belastungen und Stressoren erfasst. Das andere Ende der vertikalen Achse bezieht sich auf Ressourcen und Stärken. Beide Pole gliedern sich auf der horizontalen Achse in individuelle und kontextuelle Faktoren. Auf diese Weise entsteht ein Koordinatensystem mit vier Feldern. In diesen werden individuelle, personelle und umweltbezogene Ressourcen ebenso erfasst wie individuelle, personelle und umweltbezogene Risikofaktoren. Letztere verweisen auf „die Notwendigkeit von spezifischer Unterstützung“ (Gahleitner & Pauls, 2013, S. 69). Die auf diese Weise strukturierten Daten bieten eine Orientierung hinsichtlich der Interventionsplanung. Sie helfen bei der Klärung der Frage „mit welchen Ressourcen der beiden Dimensionen Person und Umfeld gearbeitet werden kann und welche Defizite die Notwendigkeit von spezifischer Unterstützung bei den Klientinnen bzw. Klienten und ihrer Umwelt verweisen“ (Gahleitner & Pauls, 2013, S. 70)

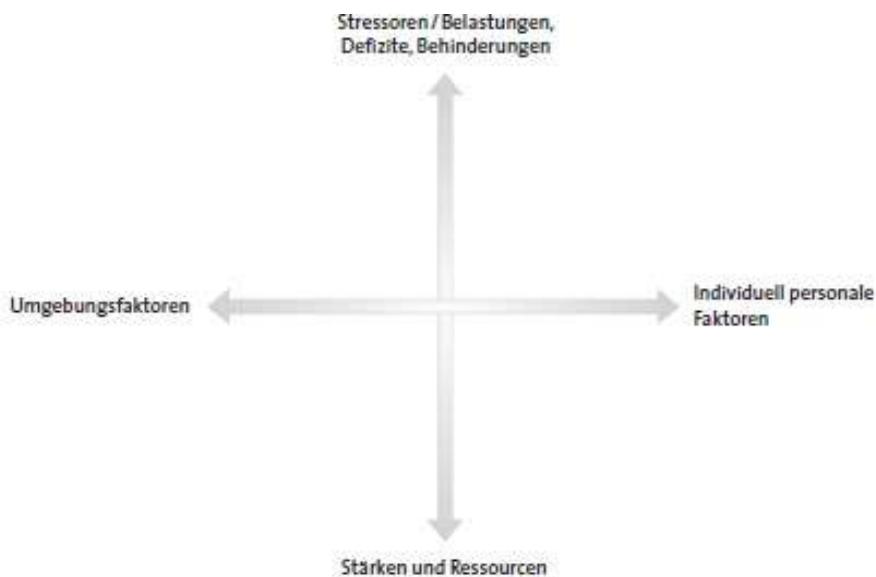


Abbildung 3: Koordinaten psycho-sozialer Diagnostik (Gahleitner, 2011, S. 90)

Im Rahmen der Gestaltdiagnostik wird durch die dialogische Begegnungssituation ein Raum konstruiert in dem Diagnostik auch immer zugleich Intervention bedeutet. Aufgrund ihrer prozessualen Ausrichtung lässt sie sich situationsspezifisch in den Hilfeprozess integrieren sowie methodisch an die Zielgruppe anpassen (Gahleitner & Pauls, 2013, S. 69–72; Pauls, 2011, S. 205–209).

4.4.2 Psycho-soziale Beratung

Pauls (2011, S. 255) sieht die psycho-soziale Beratung als „konstituierendes Element Klinischer Sozialarbeit“. Sie erfährt professionsspezifische Ausformungen, indem sie mit ihrer biofokalen Orientierung über die alleinige Betrachtung der psychischen Dimension individuellen Leids hinausgeht.

Ziel ist eine Verbesserung der Passung zwischen Individuum und Umwelt unter Berücksichtigung der strukturell bedingten sozialen Chancenstruktur. So gesehen hat psycho-soziale Beratung sowohl „die individuelle Psyche mit ihren Entwicklungspotentialen, ihren Verarbeitungsstrukturen und ihrer Störanfälligkeit“ (Gahleitner & Vogt, 2010, S. 9) im Blick wie auch den dem Individuum umgebenden Kontext. Hier rücken besonders die Beziehungen eines Individuums in den Mittelpunkt. Psycho-soziale Beratung arbeitet unter dieser Perspektive in und mit Beziehungen, worunter auch die Klient-Berater-Beziehung fällt. Sie soll korrigierende Beziehungserfahrungen ermöglichen und dadurch Explorations- und Veränderungsprozesse anstoßen (Gahleitner & Vogt, 2010, S. 9).

Beratung im Kontext der Klinischen Sozialarbeit zeichnet sich durch Theoriebezug und einer mit diesem verbundenen wissenschaftlichen Fundierung aus. Ziel ist die Befähigung der Klienten oder der Patientinnen zur eigenverantwortlichen und selbstständigen Lösung ihrer Probleme. Beratung charakterisiert sich durch das Bemühen Orientierungs- und Handlungsmöglichkeiten mit Bezug auf die (soziale) Lebenssituation zu geben, was die Veränderung der psychischen Situation mit einschließt. Individuumbezogen knüpft Beratung an subjektiven Belastungen und den Annahmen über deren Ursachen und Zusammenhängen an. Dabei geht es um die gemeinsame Exploration der Situation und ihrer Wahrnehmung vor dem Hintergrund klientärer Bewertungsschemata (Pauls, 2011, S. 255–266). In Anlehnung an funktionalistisch geprägte Konzepte der Systemischen (Familien-) Therapie, werden Störungen nicht als Merkmal einer Person gesehen sondern „als Funktionsänderung innerhalb eines Systems oder zwischen Systemen“ (Pauls & Hahn, 2008, S. 30). Deren Erkennen im Zusammenhang mit Systemstrukturen sowie das Verstehen ihres Sinns und Entstehens gestalten die Beratungs- und Interventionsprozesse. Ebenso müssen die Arbeits-, Organisations- und Kooperationsformen, in denen sich der Kliniker bewegt und die dessen Handlungsspielräume determinieren, im Blick behalten werden (Pauls & Hahn, 2008, S. 30–31).

Gahleitner und Vogt (2010, S.9) weisen darauf hin, dass Beratung ein relativ unbestimmtes Feld darstellt, wenn sie schreiben: „»Beratung« hat [sic] als Gegenstandsbereich wie als Profession impliziert bislang weder einen festen Aufgabenkatalog, ein festes Methodenrepertoire noch eine Festlegung der Berufsgruppen, die dieses Tätigkeitsfeld füllen.“.

Im Gegensatz zu einer stärker an Therapieschulen ausgerichteten Psychotherapie ist Beratung traditionell eklektisch-integrativ angelegt. Damit werden in ihrem Rahmen Methoden und Verfahren, die von unterschiedlichen Konzepten stammen genutzt und problem-, klienten- und zielspezifisch integriert. Ein eklektisch-integratives Handeln bedeutet jedoch kein wahlloses Zusammenfügen einzelner Methoden oder deren Elemente, sondern eine geplante und kontrollierte Integration verschiedener Verfahren. Ziel ist die Nutzung einer breiten Palette von Methoden und Techniken, um den multidi-

dimensionalen und komplexen Personen- und Problemkonstellationen zu entgegnen. Einen wichtigen Anstoß zu einem eklektisch-integrativen Beratungsverständnis liefert die Common-Factor-Forschung. Sie betont die allgemeinen Dimensionen und Faktoren, welche die Wirksamkeit und Effektivität unterschiedlicher Beratungs- und Therapieformen bestimmen (Sickendiek, Engel & Nestmann, 2008, S. 135–137).

Pauls und Hahn (2008, S. 32–34) verweisen, wie auch Mattejat (2008, S. 49–51), auf die Relevanz Therapieschulen übergreifender Wirkfaktoren wenn sie ein Bestreben feststellen, verschiedene Methoden der Therapierichtungen zu kombinieren. Neben der Annahme, durch eine Kombination der aus den unterschiedlichen Schulen stammenden Methoden, den jeweiligen individuellen Problematiken funktional(er) entgegnen zu können, ist diese Entwicklung durch die empirisch-wissenschaftliche Forschung beflügelt worden. Aus dieser lassen sich Impulse zur Überwindung der traditionellen Therapieschulen ableiten. Dabei sind zwei Strömungen zu benennen. Zum einen die Entwicklung störungsspezifischer evidenzbasierter Behandlungsprogramme (EST-Ansatz) und zum anderen die Identifikation von Faktoren, die therapeutische Veränderungen begründen (ESP-Ansatz).

Im Falle des EST-Ansatzes, also einer störungsspezifischen Therapie, werden aus der störungsspezifischen Wirksamkeitsforschung Leitlinien für die Behandlung psychischer Störungen abgeleitet. Die Behandlung orientiert sich nicht an einer spezifischen Schule sondern an der Frage, welche Diagnose eine bestimmte Form der Behandlung indiziert. Neben der Integration von Methoden aus unterschiedlichen therapeutischen Verfahren, die sich für die jeweilige Diagnose als wirksam erwiesen haben, erfolgt im EST-Ansatz eine Integration biologischer, psychologischer und sozialer Aspekte. Aufgrund der traditionellen Nähe kognitiv-behavioraler Therapiemethoden zur empirischen Forschung überwiegen diese im EST-Ansatz. Es werden aber durchaus Methoden aus anderen therapeutischen Ansätzen integriert.

Ausgehend von der Erfahrung, dass trotz verschiedener Therapietraditionen das Therapiegeschehen selbst untereinander eine hohe Ähnlichkeit aufweist, identifizierte man im Rahmen der Psychotherapieforschung therapieschulenübergreifende Wirkfaktoren. Daraus entstand das Bemühen theoretische Konzepte zu entwickeln, die für eine Psychotherapie als wirksam zu betrachtende psychotherapeutische Prozesse unabhängig von einer bestimmten Therapieschule konzeptualisieren.

Mattejat (ebd.) bezieht sich dabei wie Pauls und Hahn (ebd.) auf das „generistische Modell der Psychotherapie“ von Orlinsky und Howard (1989) und das Konzept der „allgemeinen Psychotherapie“ von Grawe et al. (1994) sowie das transtheoretische Phasenmodell von Prochaska et al. (1994). Im deutschen Sprachraum spielen die Arbeiten von Grawe und Mitarbeitern eine besondere Rolle. Sie „beschreiben psychotherapeutische ‚Perspektiven‘ bzw. ‚Wirkprinzipien‘, die vielen Therapieansätzen“ (ebd., S. 51).

zen gemeinsam sind" (Mattejat, 2008, S. 51). Diese zeichnen sich dadurch aus, dass sie dem Patienten eine aktive Hilfe bei der Bewältigung eines spezifischen Problems bieten. Die Maßnahmen sind passend für das Problem und fokussieren den Erwerb neuer Kompetenzen und die Aktivierung bisher nicht genutzter Fähigkeiten und Fertigkeiten. Des Weiteren hilft der Therapeut dem Patienten sein eigenes Erleben besser ausdrücken und verstehen zu können. Dies führt zu einer besseren Akzeptanz der eigenen Person mit ihren emotionalen Prozessen, was sich wiederum im Verhalten niederschlägt. Aufgabe des Therapeuten ist es, die Selbstexploration des Patienten zu fördern. Es unterscheiden zwischen Interventionen in Bezug auf eine funktionalere Emotionsverarbeitung und Interventionen, die auf eine Bewusstseinsförderung abzielen. Die Interventionen setzen eine funktionale Therapeut-Klienten-Beziehung voraus. Je mehr Qualität diese aufweist, desto günstiger ist der Therapieerfolg.

Ohne die Berücksichtigung der Therapeut-Patient-Beziehung können die an der Klärungs- und Bewältigungsperspektive orientierten Interventionen wenig bewirken, denn eine gute Therapiebeziehung führt zu einer Verbesserung des Selbstwertgefühls des Patienten, erhöht seine Bereitschaft, sich seinen Problemen zu stellen, und sie öffnet damit den Patienten erst für therapeutische Angebote. (Mattejat, 2008, S. 51)

Die Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung scheint besonders angesichts des „hard-to-reach“-Klientels Klinischer Sozialarbeit von besonderer Bedeutung. Auf ihrer Basis gilt es Selbstbezug, d.h. die Fähigkeit die problematische Situation mit der eigenen Person zu verbinden, durch einen aktiven Einbezug der Klientin in die Intervention(en) herzustellen. Die Interventionen werden zusammen mit der Klientel durchgeführt wodurch diese zu aktiven Partnern des Hilfeprozesses werden. In diesem Zusammenhang hebt Pauls (2011, S. 266–290) den personenzentrierten Ansatz nach Rogers, das Emotionsfokussierte Konzept sowie die systemisch-familientherapeutische Beratung hervor. Letztere ergibt sich als logische Konsequenz einer biopsychosozialen Perspektive, welche selbst auf systemtheoretischen Grundannahmen fußt. Zu beachten ist hierbei, dass die systemisch-familientherapeutische Beratung kein homogenes Konzept an sich darstellt, sondern sich Methoden und Techniken verschiedenen Ansätzen zuordnen lassen bzw. aus diesen stammen.

Ortmann (2006, S. 23) verweist ebenso wie Ansen (2008, S. 51 ff.) auf eine klinisch ausgerichtete Sozialberatung bzw. Soziale Beratung, welche die sozialen Aspekte eines psycho-sozialen Fallgeschehens fokussiert und auf soziale Integration abzielt. In ihrem Rahmen geht es darum, dass Menschen lernen, „ihre sozialen Potentiale zu erkennen, auszuschöpfen und zu erweitern“ (Ortmann, 2006, S. 23). Ihre dadurch wachsende Kompetenz, so die Hypothese, führe dann zu sozialer Integration. Es geht in diesem Rahmen um die Förderung sozialer Kompetenzen und die Verringerung emo-

tionaler Belastungen sowie die Aufklärung über die Krankheit und ihrer Folgen. Zudem werden Kommunikations- und Interaktionskompetenzen in Bezug auf den Umgang mit Angehörigen vermittelt sowie Handlungsmöglichkeiten um das Krankheitsgeschehen positiv zu beeinflussen (Ansen, 2008, S. 65–66).

4.4.3 Soziale Therapie

Pauls (2011, S. 290 ff.) versteht unter Sozialer Therapie die methodische Umsetzung Klinischer Sozialarbeit mit ihren theoretischen Grundpositionen. Auf ihrer Basis vollzieht sich die psycho-soziale Fallarbeit in der „Synthese sozialer Unterstützungs- und Entlastungshilfen einerseits, [und] persönlichkeitstützender und -fördernder Beziehungsgestaltung andererseits“ (Pauls, 2011, S. 290–291). Soziale Therapie verfolgt neben einer direkten psycho-sozialen Fallarbeit eine interdisziplinäre Kooperation. Ziel der Sozialen Therapie ist es, durch das Schaffen von Gelegenheiten, in denen die Klienten eigene Kompetenzen entwickeln und erproben können, ein Passungsverhältnis zwischen individueller Lebensweise und der Lebenslage herzustellen. Trotz der vielfältigen Verwendung des Begriffs „Soziale Therapie“ und einer damit verbundenen Vielfalt, in dem was mit dieser Begrifflichkeit assoziiert wird, scheint sich die methodisch-konzeptionelle Umsetzung der bifokalen Orientierung Klinischer Sozialarbeit am ehesten durch diese Begrifflichkeit auszudrücken.

Pauls und Hahn (2008, S. 29) verstehen unter Sozialer Therapie einen interdisziplinären Ansatz in dessen Rahmen die soziale Bedingtheit individuellen Leids sowie seine sozialen Auswirkungen den Gegenstand der Interventionen bilden. In einem vertieften Verständnis des Zusammenspiels der psychischen und sozialen Dimension individuellen Leids unterscheidet sich Soziale Therapie von einer grundständigen Sozialarbeit. Binner und Ortmann (2008, S. 80–85) weisen auf die Problematik der Indikation einer Sozialtherapie hin. Da nicht jedes Problem eine sozialtherapeutische Bearbeitung nötig macht, sind ihrer Meinung nach, Kriterien auszuarbeiten die für eine Indikation einer Sozialtherapie sprechen. Ausgehend von einer bedürfnistheoretischen Konzeption sozialer Probleme entwickeln Binner und Ortmann Kriterien der Indikation einer Sozialtherapie, die als vorläufiger Entwurf zu verstehen sind. Für die Autoren sind jene sozialen Probleme sozialtherapeutisch anzugehen, die sich generell durch mangelnde Kommunikationsfähigkeit und soziale Isolation ergeben. Davon sind insbesondere Menschen betroffen, die in chronisch konflikthaften Beziehungen leben sowie über geringe soziale Kompetenz verfügen. Allgemein zeichnen sich die Klienten, deren Problemlagen für eine sozialtherapeutische Intervention sprechen, durch eine eingeschränkte gesellschaftliche Teilhabe aus, die sich in einer mangelnden Fähigkeit zur Formulierung eigener Bedürfnisse ausdrückt bzw. zu dieser führt. Des Weiteren können es Menschen sein, die körperlich und/oder psychisch (chronisch) krank sind und die im klassischen psychotherapeutischen Sinn nicht therapiefähig sind.

Eine von den Autoren konzipierte Sozialtherapie¹⁸ umfasst methodisch heterogene Herangehensweisen. Grundsätzlich stehen alle Interventionsformen Klinischer Sozialarbeit zur Verfügung, wobei ein Passungsverhältnis in Bezug auf die konzeptuelle und personale Dimension das Kriterium der Anwendung darstellt. Als dialogisches Hilfeangebot werden Problemdefinitionen und Lösungsvorschläge zwischen den Beteiligten mit dem Ziel der Entsprechung von Angebot und Bedarf ausgehandelt. Grundsätzlich ist eine Soziale Therapie ressourcenorientiert ausgerichtet und versucht die Selbsthilfepotentiale der Klienten zu erschließen und zu mobilisieren.

Pauls (2011, S. 294–295) betont besonders die helfende und therapeutische Bindungsbeziehung auf deren Basis Soziale Therapie ihre Anwendung findet. Die in ihrem Rahmen angewandte psycho-soziale Methodik zielt auf die Beeinflussung des Erlebens und Verhaltens in Beziehungen und Situationen im Hinblick auf die Integration eines Individuums ab. Auch wenn psycho-soziale Beratung ein Kernelement Sozialer Therapie darstellt, geht sie „durch systemische, aufsuchende und umgebungsbezogene psycho-soziale Interventionen“ (Pauls, 2011, S. 294) über diese hinaus. Besonders zeigt sich ihr umgebungsbezogener Interventionscharakter in der Herstellung sozialer Unterstützung. Dies geschieht in zwei Richtungen: Auf der einen Seite werden potentielle Unterstützer in ihrer Fähigkeit gefördert soziale Unterstützung zu leisten, auf der anderen Seite wird die klientäre Umgebung so beeinflusst, dass in ihr Unterstützung und Therapie überhaupt stattfinden können.

Da Soziale Therapie aufgrund ihrer breiten Zielsetzung auf der Grundlage einer biopsychosozialen Perspektive eine Vielzahl von (therapeutischen) Ansätzen integriert, unterscheidet Pauls (2011, S. 307–314) zwischen einer klientenzentrierten und einer verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Sozialen Therapie. Generelle Aspekte Sozialer Therapie werden in diesem Fall mit Elementen der benannten psychotherapeutischen Ansätze verknüpft. Zu berücksichtigen ist in diesem Fall besonders deren Kombination mit einer sozialwissenschaftlichen Biographianalyse, die Pauls und Hahn (2008, S.28) „als Kernstück sozialtherapeutischer Methodik“ begreifen.

Damit ist eine Behandlung angesprochen, die neben der Akzentuierung individueller Leidensbedingungen zu einer kontextsensiblen Perspektive mit dem Ziel auffordert, Maßnahmen und Angebote zu initiieren, mit denen Veränderungen im sozialen Kontext arrangiert werden. Aus dieser Perspektive bilden sich Überschneidungsbereiche zwischen Sozialraumorientierung und institutionskritischen

¹⁸ Binner und Ortmann verstehen unter Sozialtherapie die zentrale Interventionsform Klinischer Sozialarbeit, deren methodischen Bezugspunkte sich aus einer Wissenschaft Sozialer Arbeit ergeben. Sie verweisen auf die Unbestimmtheit des Begriffs, wobei sie sich klar von der gesetzlich definierten Sozialtherapie nach § 37a SGB V abgrenzen (Deloie (2011, S. 79–80). Da sie sich in ihrer theoretischen Begründung einer Sozialtherapie ebenso wie Pauls vorrangig auf ein biopsychosoziales Modell stützen, werden im Folgenden die Begriffe Sozialtherapie und Soziale Therapie synonym verwandt.

Sichtweisen. Indem soziale Lebensräume so gestaltet werden, dass die Klienten Klinischer Sozialarbeit ihre Bedürfnisse durch die Anpassung des sozialen Raumes besser erfüllen können, zeigt sich eine sozialpolitische Komponente Sozialer Therapie. Sie trägt dazu bei, Kolonialisierungseffekte als „Nebenprodukt“ hilfesystemischer Interventionen entgegenwirken. Aufgrund des Prinzips der Spezialisierung und überregionaler Zuständigkeit auf Seiten des Hilfesystems geht mit einer Behandlung in einer entsprechenden Einrichtung ein Abriss natürlicher Beziehungen einher. Die Ressourcen, die in diesen Beziehungen stecken, können aufgrund der räumlichen Trennung nicht mehr genutzt werden. Grund dafür sind standardisierte Hilfeangebote entsprechend einer organisationalen-hilfesystemischen Logik zu Lasten einer Orientierung an den Bedarfen des Einzelfalls. Zudem entsteht als Nebeneffekt fachlichen Bemühens eine Entwertung lebensweltlicher Ressourcen, da professionelle Diagnosekriterien und Interventionen in den Vordergrund rücken. Dies hat den Effekt, dass nur noch Leistungen des Hilfesystems als Hilfemöglichkeit erkannt und zugelassen werden. Das Hilfesystem agiert hier selbstreferentiell ohne ausreichenden Blick über die eigene Systemgrenze hinaus. Zudem werden strukturelle Ursachen von Problemen durch einen individuumszentrierten Blick leicht außer Acht gelassen (Pauls & Hahn, 2008, S. 34–35).

Im Sinne der Theorie der Lebenswelt folgt die Sozialraumorientierung der Annahme, dass individuelle Probleme und individuelles Leid ihren Ursprung in strukturellen Ungleichheiten, die mit einer ungleichen Verteilung von Macht, Besitz und Chancen einhergeht, haben. Sie rückt den Menschen als Subjekt in den Mittelpunkt, womit die Alltagskompetenz der Betroffenen, die entgegen den Regeln und der Logik von Hilfesystemen und ihren Institutionen läuft, zum Steuerungsprinzip professioneller Hilfe wird. Die Selbstbestimmung, Selbstverantwortung und Selbstkompetenz der Menschen wird dazu genutzt, die Ursachen für Probleme, die auf gesellschaftliche Verhältnisse zurückzuführen sind, dadurch zu reduzieren oder zu lösen, indem die Betroffenen dabei unterstützt werden, die gesellschaftlichen Verhältnisse zu verändern. Dabei spielt der Rückgriff auf soziales Kapital, mit dem das in Beziehungen und persönlichen Netzwerken vorhandene Hilfepotential gemeint ist, und dessen Mobilisierung die entscheidende Rolle (Budde & Früchtel, 2010, S. 9–10).

4.4.4 Stellenwert des Case Management im Rahmen Klinischer Sozialarbeit

In einer Studie zum sozialtherapeutischen Profil Klinischer Sozialarbeit konnte Romanowski (2012) aufzeigen, dass Case Management von den befragten Fachsozialarbeitern und Fachsozialarbeiterinnen für Klinische Sozialarbeit als dritthäufigste Arbeitsform genannt wurde. Aspekte von Case Management korrespondierten mit Beratung und Diagnostik sowie mit Krisenintervention.

Pauls (2011, S. 316 ff.) bringt das Case Management im Rahmen Klinischer Sozialarbeit vorrangig mit Elementen von Netzwerkarbeit und sozialer Unterstützung in Verbindung. Für ihn bilden Netz-
116

werkinterventionen im Sinne der Initiierung sozialer Unterstützung einen (Haupt-)Teil des sozialtherapeutischen Vorgehens innerhalb Klinischer Sozialarbeit. Case-Management-Strategien beziehen sich in diesen Rahmen auf der einen Seite darauf, die Klienten dazu zu befähigen, sich im sozialen Netzwerk zu bewegen sowie auf der anderen Seite, Kontakte mit anderen Fachleuten und Institutionen zu gestalten. Grundsätzliches Ziel ist die Befähigung der Klientel mit ihrem sozialen Umfeld konstruktiv umzugehen. Der sozialtherapeutische Ansatz Klinischer Sozialarbeit begründet daher Case Management als Netzwerkintervention um Beratungsgespräche oder therapeutische Interventionen zu unterstützen. Vor diesem Hintergrund wird der klinische Case Manager „zum Koordinator der verschiedenen Systeme, Vermittler von Dienstleistungen und Berater im Lebensfeld mit spezifischen Systemkompetenzen“ (Pauls, 2011, S. 316). Als klinisches Case Management, erfährt Case Management im Rahmen Klinischer Sozialarbeit „spezifische Weiterungen und Präzisierungen“ (Pauls, 2011, S. 193). Gleichzeitig kritisiert Pauls die mangelnde Beachtung und Wertschätzung von Case-Management-Strategien da deren „sozial-therapeutische Funktion häufig überhaupt nicht erkannt, oder nur oberflächlich als Kontrolle und Begleitung wahrgenommen“ (Pauls, 2011, S. 319) werde.

Ningel (2011, S. 9–10) hebt das Case Management besonders hervor indem sich seiner Meinung nach durch dieses die theoretischen Perspektiven Klinischer Sozialarbeit am deutlichsten methodisch umsetzen lassen. Er begreift das Case Management als Methodenkonzept, als welches es die Hintergrundfolie für das methodische Vorgehen innerhalb der Klinischen Sozialarbeit bildet.

Angesichts der Zielgruppe Klinischer Sozialarbeit, deren Problemlagen sich als komplex und multifaktoriell darstellen, verweist Schaub (2008, S. 89) auf die Erfordernis und Notwendigkeit der Kooperation mehrerer Fachkräfte unterschiedlicher Professionen wodurch ein Case Management aus fachlicher Sicht begründet werde. Röh (2008, S. 42) begründet den Kooperationsaspekt aus einer biopsychosozialen Perspektive heraus. Die von sozialen Problemen Betroffenen erleben ihre sich auf unterschiedlichen Ebenen manifestierenden Störungen als Einheit. Im subjektiven Erleben finde, so die Argumentation von Röh, keine analytisch Trennung. Die tayloristische arbeitsteilige Problembeältigung mache eine Aufspaltung in verschiedene Problembereiche erforderlich, um sie einer institutionellen Bearbeitung zuzuführen. In einem biopsychosozialen Blick auf Krankheits- und Gesundheitsprozesse, werde der konstruierten Aufspaltung in soziale, psychische und biologische Problemlagen in der Weise entgegnet, dass interdependente Wirkungen aller Ebenen berücksichtigt werden mit dem Ziel diese zusammenzuführen.

Die sozialtherapeutische Zuständigkeit bei somato-psycho-sozialen Problemlagen der Klientel bezieht sich auf soziale Beeinträchtigungen, wodurch die Kooperation mit anderen Berufsgruppen ei-

nen wichtigen Aspekt einer professionellen Problembearbeitung darstellt. Hierbei ist es wichtig, dass die Fachkräfte Klinischer Sozialarbeit über Kenntnisse bezüglich der Ansätze und Arbeitsweisen anderer Professionen des Sozial- und Gesundheitswesens verfügen. Insgesamt ist vor diesem Hintergrund ein Denken und Handeln im Sinne einer umfassenden Versorgung gefordert, die arbeitsteilig strukturiert ist (Schaub, 2008, S. 88).

Das Case Management wird als eine Interventionsmodalität Klinischer Sozialarbeit gesehen. Sein Wesenskern scheint „auf den ersten Blick“ zum Behandlungsverständnis Klinischer Sozialarbeit zu passen. Allerdings blieb bisher unklar, welche Spezifikationen ein Case Management zu einem „Klinischen Case Management“ machen. Unter der Begrifflichkeit des „Clinical Case Management“ entwickelte sich – vornehmlich im anglo-amerikanischen Raum – eine Spielart des Case Management mit einem eigenem Behandlungsverständnis. Es grenzt sich wie im Folgenden aufgezeigt wird von einem „klassischen“ Case Management ab.

5. Klinisches Case Management

Wendt (2010b) charakterisiert das Case Management als Steuerung von Hilfeprozessen. Als solches erbringt es keine eigenständige Hilfe- oder Behandlungsleistungen. Vielmehr führt es diese zusammen, indem es sie in individueller Fallführung koordiniert und die Leistungserbringung in ihrem Ablauf lenkt. Ebenso weißt Balancio (1994, S. 22) auf die Bedeutung der Broker-Funktion des Case Managements hin, wenn er schreibt:

The case management concept was mainly used in mental health administration and planning in the attempts to organize and integrate services. The components of case management [...] were articulated as activities for service coordination. Case management was not considered treatment, but was seen as an adjunctive service. A case manager was a broker of services, not a treatment provider [...].

Ein so ausgerichtetes Case Management setzt den Schwerpunkt auf die Koordination der Hilfen im Sinne einer effektiven und effizienten Klienten- und Patientenversorgung aus Sicht des Hilfesystems. Für Balancio (1994, S. 22–23) übersieht es die komplexen Bedürfnisse der Klienten, für welche die Hilfeleistungen koordiniert werden. Es vernachlässige die therapeutische Dimension in der Beziehungsgestaltung zwischen Case Managerin und Klienten. Indem Klinisches Case Management in Bezug auf die direkte Klientenarbeit, sowie in Richtung der sozialen Umwelt, ein therapeutisches Verständnis akzentuiert, unterscheidet es sich von einem am Broker-Model ausgerichteten Case Management.

Wendt (2010b, S. 28) verweist in diesem Zusammenhang auf die historische Entwicklung der Einzelfallhilfe hin zum Case Management. Das Klinische Case Management kann, so Wendt, als Weiterentwicklung der psychosozialen Beratung und Behandlung im Rahmen der Sozialarbeit mit psychisch kranken Menschen gesehen werden. Es „baut auf eine gute therapeutische Beziehung zwischen Behandler und seinem Klienten [...] und betrachtet dessen ganze Lebensführung als Gestaltungs- und Entwicklungsaufgabe“ (Wendt, 2010, S. 28). Vor diesem Hintergrund bildet das Clinical Case Management in den USA eine Gegenposition zu einem eher finanziell geprägten Case Management im Rahmen von Managed Care (Wendt, 2010, S. 28).

Klinisches Case Management ist charakterisiert durch die Erweiterung oder Ergänzung eines „klassischen“ Case Management um medizinisch-psychologische und psychosoziale Interventionen. Diese berücksichtigen das komplexe Zusammenspiel klientärer Ressourcen, Vulnerabilitäten und Beein-

trächtigungen sowie Wachstumspotentiale und Ressourcen des sozialen Umfelds (Balancio, 1994, S. 22–23). Morales (1994, S. 122) betont hierbei die Kombination einer umfassenden Versorgung unter der Perspektive der Person-in-Environment. Daher braucht es eine Analyse der „psychischen, biologischen, psychosozialen und der Faktoren des Lebensumfeldes“ (Kusch & Kanth, 2006, S. 16).

Zentrale Komponente des Klinischen Case Management, ist die Doppelfunktion des Case Managers als Therapeut und Manager. Es verknüpft Elemente von Psychotherapie und Beratung mit Elementen des Case Management, unter besonderer Betonung der Klient-Case-Manager-Beziehung. Klinisches Case Management kann daher als ein Ansatz der strukturierten und umfassenden Versorgung von psychisch schwer beeinträchtigten Patienten verstanden werden. Dabei handelt der Case Manager mit und für den Patienten. Er greift aktiv in das Lebensumfeld ein und wirkt therapeutisch auf Personen- und Verhaltensdeterminanten mit dem Ziel ein, den Patienten zu befähigen, sein Leben selbstbestimmt zu führen. Aus psychotherapeutischer Sicht, wendet sich das Klinische Case Management „extratherapeutischen Variablen, die 40% der Wirksamkeit psychotherapeutischer Intervention ausmachen (Asay und Lambert, 1999), jedoch von der Psychotherapie bislang nicht systematisch genutzt werden“ (Kusch & Kanth, 2006, S. 13) zu (Kusch & Kanth, 2006, S. 13–16).

Im Rahmen des Klinischen Case Managements müssen die Schwerpunkte der Interventionen dahingehend differenziert werden, welche Ebene sie ansprechen. Kusch und Kanth (2006, S. 18 ff.) unterscheiden die Fall- und Systemdimension¹⁹. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass Fall- und Systemdimension des Case Managements sich über verschiedene Systemebenen (Mikro, Meso-, Exo- und Makroebene) erstrecken²⁰. Bezogen auf den spezifischen Fall interessieren vor allem biopsychosoziale Lebensbedingungen und die Entwicklungspotentiale einer Person. Es rücken die Person-Umwelt-Wechselbeziehungen, welche sich vor allem auf das Meso- und Mikrosystem beziehen in den Fokus. Die Beeinflussung der Beziehungsebene vollzieht sich vorrangig unter Einbezug psychotherapeutischer Elemente. Auf das System gerichtet geht es im Klinischen Case Management um die fallunspezifische Gestaltung informeller und formeller Unterstützungspotentiale. Insgesamt handelt es sich um eine Verknüpfung von psychotherapeutischen Beziehungsaspekten und Managementaspekten. Da sich in der Beziehung das eigentliche Wirkgeschehen vollzieht, stehen die klinischen Aspekte, d.h. die biopsychosozialen Lebensbedingungen, vor Maßnahmen auf der fallübergreifenden Dimension (Systemebene).

¹⁹ Kusch und Kanth sprechen hier von Fall- und Systemebene. Da Fall- und Systemebene sich wiederum in unterschiedliche Ebenen gliedern wird hier aus Gründen der besseren Lesbarkeit von Dimensionen gesprochen.

²⁰ Siehe hierzu Kapitel 2.2.2 „Die Steuerungskomponente des Case Managements“, sowie näher Faß (2010).

Übergeordnetes Ziel des Klinischen Case Management ist das Herstellen von Selbstwirksamkeit bzw. Selbstwirksamkeitsüberzeugung auf Klientenseite. Da die Patienten ihren sie schädigenden biopsychosozialen Lebensbedingungen nicht schutzlos ausgeliefert sind, werden sie nicht nur von diesen beeinflusst sondern nehmen auf diese, in Abhängigkeit ihres emotionalen Befindens und ihrer sozial-kognitiven Kompetenz, selbst Einfluss und gestalten sie. Diese grundsätzliche Fähigkeit des Menschen wird im Klinischen Case Management aufgegriffen, um fördernde Erfahrungen im Sinne der Selbstwirksamkeit zu evozieren. Ausgangspunkt der Behandlung sind die individuellen Kompetenzen und Ressourcen des Klienten und seines ihn umgebenden Systems.

5.1 Modelle des Klinischen Case Management

Nach Ansicht von Surber (1994, S. 3) ist die Behandlung und Sorge um psychisch kranke Menschen dann erfolgreich, wenn verschiedene Konzepte über psychische Störungen und deren Behandlung berücksichtigt werden. Klinisches Case Management ist nach diesem Verständnis weniger durch eine klar abgrenzbare, spezifische Intervention zu charakterisieren. Es handle sich vielmehr um ein prozessuales Vorgehen entlang bestimmter Prinzipien die situationsspezifisch zum Tragen kämen und einer fachlichen Grundhaltung.

Therefore, clinical case management [...] is a process that is defined by a set of premises and principles of care. It is not a specific intervention that can be easily described, or a program with clear boundaries. Simply, clinical case management is as much a way of thinking about care as it is providing specific interventions. (Surber, 1994, S. 3)

Gemein ist allen Case Management Programmen die dem Klinischen Case Management zugeordnet werden, das extrem belastete Klientel (vorrangig Menschen mit psychischen Erkrankungen), die Versorgungsintensität sowie die Rolle des Case Managers als Therapeut und Manager (Kusch & Kanth, 2006, S. 17).

Trotz dieser Gemeinsamkeiten kristallisieren sich verschiedene Modelle²¹ des Klinischen Case Management heraus. Sie weisen die generelle Ausrichtung des Klinischen Case Managements auf, unterscheiden sich aber hinsichtlich ihrer Erklärungs- und Veränderungstheorien in Bezug auf psychische Störungen.

²¹ Es wird hier auf Harris und Bergman (Hrsg.) (1993) Bezug genommen, die in ihrer Veröffentlichung verschiedene Modelle des Case Management mit ihren jeweiligen theoretischen Hintergründen vorstellen.

Roach (1993, S. 21.33) bezieht sich in seiner Konzeption des Klinischen Case Management bezüglich der Erklärung von psychischer Störungen und deren Veränderung auf die Objektbeziehungstheorie. In diesem Zusammenhang wird „wie bei jeder psychodynamischen Perspektive [...] davon ausgegangen, dass gegenwärtige Probleme ihren Ursprung in Kindheitserfahrungen haben“ (McLeod, 2004, S. 75). Mentale und psychische Strukturen werden im Rahmen dieses Theorieverständnisses in frühkindlichen Beziehungen herausgebildet, die als Muster bis in das Erwachsenenalter wirken. Veränderung kann demnach nur in einer als therapeutisch gestalteten Beziehung stattfinden, die im Zuge der Objektbeziehungstheorie den Charakter der Beziehung des Kindes zu einer frühkindlichen primären Bezugsperson annimmt. Zu beachten ist, dass Maßnahmen im Rahmen der Beziehungsgestaltung zuvorderst darauf abzielen, Strukturen im Umfeld der Klientin zu etablieren, die einen regelmäßigen Kontakt mit dieser im Rahmen des Case Management ermöglichen. Trotz der Betonung der therapeutischen Beziehungsgestaltung, vor dem Hintergrund einer Objektbeziehungstheorie innerhalb des hier favorisierten Typus des Klinischen Case Management, spielen auch in diesem Interventionen im Umfeld des Klienten eine entscheidende Rolle. Diese werden vornehmlich unter dem Aspekt betrachtet, ein sicheres Umfeld zu generieren, auf dessen Basis sich die Klient-Case Manager-Beziehung etablieren kann.

Doizer (1993, S. 41–44) unterfüttert ihr Verständnis des Klinischen Case Management mit der Bindungstheorie. Der Fokus der Interventionen richtet sich demnach auf intrapsychische sowie interpersonelle Prozesse, die vor dem Hintergrund der Bindungstheorie betrachtet und bearbeitet werden.

In Abgrenzung zu den beiden zuvor skizzierten Modellen des Klinischen Case Management basiert das Strengths Model nach Rapp (1993, S. 143–149) auf dem Konstrukt des Empowerment. Die Hauptrichtung dieser Case-Management-Konzeption drückt sich in zwei Grundannahmen aus:

- a) Menschen sind grundsätzlich in der Lage ihr Leben eigenverantwortlich und selbstbestimmt zu führen, wenn sie über die nötigen Ressourcen verfügen, um ihr eigenes Potential auszuschöpfen.
- b) Das individuelle Verhalten ist stark kontextabhängig, wodurch die in der klientären Umgebung vorhandenen Ressourcen bzw. der Zugang zu diesen, das klientäre Verhalten bestimmen.

Im Zentrum dieses Ansatzes stehen daher kontextbezogene Veränderungen. In den Fokus rücken individuelle Stärken und Ressourcen. Die Qualität der Beziehungsgestaltung bildet auch hier Ausgangspunkt für den Veränderungsprozess. Die Richtung der Interventionen wird weniger durch therapeutisches Expertenwissen bestimmt, als vielmehr durch die Selbstbestimmtheit des Klienten. Die

(soziale) Umwelt wird dabei als Hort für eine Vielzahl von Ressourcen und Unterstützungspotentialen angesehen. Deren Nutzung trägt zu einem Gesundungsprozess bei bzw. setzt diesen in Gang.

Bebout (1993, S. 59–61)bettet seine Case-Management-Konzeption in eine ökosoziale Perspektive ein indem er die Veränderung des persönlichen sozialen Kontextes akzentuiert. Unter dieser Perspektive werden Elemente eines klinisch ausgerichteten Case Management mit denen eines Broker Modell verknüpft. Der Fokus wird dabei, ähnlich dem Strengths Model, auf die Stärkung der Ressourcen des Netzwerks gelegt, wobei besonders die informellen Hilfepotentiale in den primären und sekundären natürlichen Netzwerken mobilisiert und im Sinne der Unterstützungsbedarfe koordiniert werden.

5.2 Impulse für eine Implementation eines klinisch ausgerichteten Case Management

Wie bei jedem Case Management, ist auch bei einem Klinischen Case Management, die Art und Weise der Implementation von Bedeutung. Um in und mit dem System der Versorgung arbeiten zu können, braucht ein klinisch ausgerichtetes Case Management eine spezifische versorgungssystemische sowie organisationale Einbindung. Unter dem Blickwinkel der gesundheitssystemischen Versorgungsstruktur entwickeln Kusch und Kanth (2006, S. 18 ff.) ein klinisches Case Management, das mit Elementen der Psychotherapie gekoppelt wird. Hintergrund ihrer Überlegungen bildet das Konzept der stages of change (Prochaska 2002, 2004, z.n. Kusch und Kanth 2006), das mit einem aus der Psychoonkologie stammenden stepped-care Ansatz kombiniert wird.

Um ein klinisches Case Management effektiv und effizient im Rahmen einer Versorgungsstrategie zu gestalten, hilft ihrer Meinung nach ein Rückgriff auf das Stufenmodell der Veränderung nach Prochaska (ebd.). Dieses hilft, psychische und soziale Veränderungslagen auf Patientenseite in einen Gesamtkontext einzuordnen und Interventionen an diesen auszurichten. Veränderungen verlaufen stufenweise weshalb Interventionen, so die Annahme von Kusch und Kanth (ebd.), den jeweiligen Veränderungsstufen entsprechen und den Übergang von einer Stufe zur anderen koordinieren müssen. Von Seiten der Psychotherapie ist dies bedeutsam, da psychotherapeutische Versorgungsangebote erst ab bestimmten Stufen sinnvoll sind. Für das Case Management ergibt sich daraus wiederum eine Fokussierung bestimmter Interventionen vor, während und nach einem Therapieangebot.

In einem ersten Schritt geht es darum, den Patienten für die Wahrnehmung seiner Problemlage durch die Bereitstellung von Informationen zu sensibilisieren. Beginnt der Patient seine Probleme verstärkt wahrzunehmen und sich mit diesen auseinander zu setzen, werden informationelle Maßnahmen durch Aufklärungsmaßnahmen mit dem Ziel ergänzt, die beginnende Veränderungsmotivation auf Patientenseite zu verstärken. Die Entscheidung für die Art und Weise der Inanspruchnahme von Hil-

feangeboten, worunter auch deren Ablehnung fällt, bleibt während des gesamten Prozesses beim Patienten. Zeigt der Patient erste aktive Veränderungstendenzen werden Ressourcen, Probleme und die Bedürfnislage erhoben. Im Rahmen edukativer Maßnahmen erhält der Patient Informationen über seine psychische Störung sowie deren möglichen Auswirkungen. Aus einer Reihe von Maßnahmen werden zusammen mit dem Patienten diejenigen ausgewählt, die für die Veränderung seiner psychischen Verfassung und Lebenslage am geeignetsten erscheinen. In dieser Phase wird der Patient dahingehend motiviert, erste Änderungen in Bezug auf seine psychische Belastung und Lebenssituation herbeizuführen, wobei die dazu notwendigen Kompetenzen mit ihm eingeübt werden und er konkret bei der Umsetzung unterstützt wird.

Mit Beginn der Aufklärungsphase setzt eine schrittweise verstärkte Gewichtung psychotherapeutischer Interventionen, mit dem Ziel der Symptomlinderung und –reduktion, ein. Psychotherapeutisch-psychoedukative und Case-Management-Maßnahmen ergänzen sich. Während Psychotherapie auf die Änderung des Erlebens und Verhaltens zielt, besteht die Aufgabe des Case Managements in der Koordination von Leistungen über die Psychotherapie hinaus. Ebenso zählen dazu Interventionen auf Systemebene.

Im Anschluss an eine psychotherapeutische Behandlung geht es um die Stabilisierung des Patienten durch Beratung und lebensweltbezogene Maßnahmen.

Kusch und Kanth (ebd.) plädieren in ihrem Ansatz für ein dynamisches Zusammenspiel unterschiedlicher Professionen und Disziplinen, was sich u.a. darin zeigt, dass Psychotherapie erst dann erfolgt, wenn neben den objektiven Bedarf auch das Bedürfnis nach dieser auf Patientenseite vorliegt. Wird Psychotherapie dann in Anspruch genommen, tritt ein Case Management in den Hintergrund ehe es mit Ende des Psychotherapieprozesses an Intensität wieder zunimmt.

5.3 Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit des (Klinischen) Case Management

Schmid und Schu (2011, S. 263 ff.) verweisen darauf, dass die Effektivität von Case-Management-Ansätzen aufgrund der definitorischen Unschärfe des Begriffs abschließend schwer zu beurteilen sei. Case-Management-Konzeptionen würden eine große inhaltliche Varianz über verschiedenen Handlungsfelder hinweg aufweisen, was eine Interpretation empirischer Daten erschwere. Die Frage, ob Case Management wirkt bzw. ob es im Vergleich mit anderen Methoden besser wirkt, lasse sich aufgrund vorliegender Forschungsergebnisse empirisch nicht eindeutig beantworten. Forschungsergebnisse aus den USA, die sich auf die psychiatrische Versorgung beziehen und aufgrund des hinter ihnen stehenden methodischen Forschungsansatzes geeignet wären, die Wirksamkeit von Case Ma-

nagement nachzuweisen, geben höchstens Hinweise „auf eine höhere Effektivität und Effizienz gegenüber anderen Behandlungsmethoden“ (Schmid & Schu, 2011, S. 270).

Bisher in Deutschland durchgeführte randomisierte Kontrollgruppenstudien untersuchten die Effekte des Case Management in der hausärztlichen Versorgung depressiver Patienten oder im Zusammenhang einer Studie zur Heroinsubstitution. In letzterer ergaben sich Hinweise, dass Case Management umso wirkungsvoller ist, je strukturierter und vollständiger dieses umgesetzt wird. Die Phase der Hilfeplanung kristallisierte sich dabei als Schlüsselmoment der Intervention heraus.

Kusch und Kanth (2006, S. 16–17) weisen in Bezug auf Case-Management-Programme, die dem Klinischen Case Management zugeordnet werden können, ebenfalls auf ein uneinheitliches Bild hinsichtlich ihrer Wirksamkeit hin. Vor dem Hintergrund der von den Autoren herangezogenen Forschungsergebnisse²² zeigten sich klinisch ausgerichtete Case-Management-Konzeptionen gegenüber gewöhnlichen Versorgungsansätzen als überlegen wenn es um Aspekte der familiären Entlastung, der familiären Zufriedenheit mit der Versorgung oder um die Reduktion der Behandlungskosten ging. Die untersuchten Programme führten zu einer höheren Frequenz bezüglich der Patientenkontakte und gingen mit einer Linderung psychischer Belastungen einher. Sie wirkten sich zudem positiv auf die soziale Funktionsfähigkeit und einer Reduktion von Krankenhaustagen aus. Insgesamt zeigen die bisher durchgeführten „klinischen Kontrollgruppenstudien und Meta-Analysen zu klinischen Case Management-Programmen, dass sie im Vergleich zu keinem strukturierten Versorgungsmanagement leichte bis moderate Wirkeffekte erzielen“ (Kusch & Kanth, 2006, S. 17).

Kritisiert werden muss, laut Kusch und Kanth (ebd.), dass trotz der Betonung der Qualität der Beziehungsgestaltung über alle Modelle des Klinischen Case Management hinweg, dieser Aspekt bisher kaum in der Forschung berücksichtigt werde. Bisherige Untersuchungen zeigen aber, dass „die 'case manager-client alliance' wesentlich zum Interventionserfolg beiträgt“ (Kusch & Kanth, 2006, S. 17).

Ähnlich dem Case Management zeigt das „Clinical Case Management“ einen Wesenskern auf, durch den die klinische Ausrichtung deutlich wird. Dieser zeigt sich im Trias aus Gegenstandsverständnis (psychische Störung), Doppelrolle des Case Managers (Therapeut und Manager) und hoher Versorgungsintensität (hohe Akteursdichte). Die unterschiedlichen Modelle resultieren aus dem hinter ihnen stehenden Erklärungs- und Veränderungswissen. Dieses stammt aus der Theoriebildung psychotherapeutischer Konzepte oder folgt Paradigmen der Sozialen Arbeit. Es zeigt sich, dass die inhaltli-

²² Die Autoren beziehen sich auf eine „Meta-Analyse mit 44 Kontrollgruppenstudien und einem Vergleich des ACT [assertive community treatment] mit anderen Formen des kCM [klinischen Case Managements] bei Patienten mit psychischen Störungen“ Kusch und Kanth (2006, S. 17) von Ziguras und Stuart (2000).

che Ausgestaltung eines „Clinical Case Management“ von unterschiedlichen theoretischen Bezügen sowie der Art der Implementation abhängig ist. Eine Spezifizierung aus der Klinischen Sozialarbeit heraus fehlt bisher. Die Einordnung des Case Management in den Rahmen Klinischer Sozialarbeit sowie seine klinische Ausrichtung wird nun auf der Grundlage der Theoriematrix des SPSA diskutiert. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf der Verknüpfung von normativer und spezieller Handlungstheorie. Es wird versucht die Grundpositionen Klinischer Sozialarbeit in einem System nomologischer Aussagen zu skizzieren, welche via nomopragmatischer Aussagen in technologische Theorien (Methoden) überführt werden. Ziel ist es, die Phasen des Klinischen Case Management, welches auf Ebene einer speziellen Handlungstheorie anzusiedeln ist, in Bezug zu den unterschiedlichen Wissensformen des SPSA zu setzen. Theorie- und Praxisrelevante Konsequenzen werden anschließend aufgezeigt.

6. Klinisches Case Management als Handlungsansatz Klinischer Sozialarbeit

Eine Entscheidung für eine Orientierung am SPSA liegt nahe, da sich in den Ausführungen von Pauls (2011; 2013) zum biopsychosozialen Modell eine Nähe zu diesen identifizieren lässt. Des Weiteren orientiert sich auch Rüegger (2012) in ihrem Entwurf einer handlungstheoretischen Wissensbasis Klinischer Sozialarbeit in der Psychiatrie am Systemtheoretischen Paradigma Sozialer Arbeit im Sinne von Obrecht, Staub-Bernasconi und Geiser. Dieses ist ihrer Meinung nach am anschlussfähigsten an ein biopsychosoziales Modell, welches international den Hauptstrang psychiatrischer und psychopathologischer Konzeptbildung darstellt. Blickt man zudem auf die Begründung für die Indikation einer Sozialtherapie, wie sie von Binner und Ortmann (2008, S. 78–79) vertreten wird, wird auch hier eine Orientierung am SPSA deutlich. Als Theoriematrix stellt es eine Hintergrundfolie dar, die eine Integration verschiedener Wissensbestände zulässt. Die einzelnen Wissensbestände und Theorien der unterschiedlichen Ebenen des SPSA sind durch dessen interne Logik miteinander verknüpft, wodurch auf jeder Stufe die in den vorherigen Stufen enthaltenen Inhalte mitschwingen.

6.1 Handlungstheoretische Fundierung methodischen Vorgehens im Kontext Klinischer Sozialarbeit

Professionelles Handeln (Klinischer) Sozialer Arbeit findet vor dem Hintergrund einer theoriegeleiteten Methodenentwicklung statt. Der Einsatz von Methoden, mit deren Hilfe ein bestimmtes Ziel verfolgt wird, steht dabei in einem Passungsverhältnis zum beschriebenen (sozialen) Problem.

Als Methode allgemeiner Art geht die allgemeine normative Handlungstheorie einer speziellen Methodenanwendung zur Lösung praktischer Probleme voraus²³. Sie umfasst kognitive Operationen indem in ihrem Rahmen Fakten einer Situation beschrieben und erklärt werden. Beschreibung (Was- und Woher-Frage) und Erklärung (Weshalb-Frage) bilden in einem nächsten Schritt die Basis einer Prognose (Wohin-Frage), welche die Grundlage einer Bewertung (Was-ist-gut-Frage/Was-ist-nicht-gut-Frage) der Fakten darstellt. Daran anschließend kann eine Problemdefinition, als Bild über zu verändernde Fakten, erfolgen. Sie gibt wiederum Aufschluss über einen angestrebten zukünftigen Zustand (Woraufhin) in Form von Zielen. Daran anknüpfend findet ein methodisches Handeln statt, wobei davon ausgegangen wird, dass die eingesetzten Handlungspläne dabei helfen, die zuvor formulierten Ziele zu erreichen (Obrecht, 2009, S. 67–69).

²³ Siehe hierzu näher Kapitel 3 „Case Management im Rahmen einer Handlungstheorie Sozialer Arbeit“

Die allgemeine normative Handlungstheorie lässt sich erkenntnis- und handlungstheoretisch begründen und lässt eine Unterscheidung verschiedener Wissensformen zu. In ihrem Rahmen findet eine Integration von beschreibenden und erklärenden basiswissenschaftlichen Theorien in Bezug auf den Gegenstand Sozialer Arbeit statt (Geiser, 2009, S. 67–68). Dies bedeutet konkret, dass die hier vorgenommenen Operationen ausschließlich kognitiver Natur sind. Von der Ebene einer speziellen Handlungstheorie, auf der das (Klinische) Case Management anzusiedeln ist, bilden die Vorgänge auf Ebene der allgemeinen normativen Handlungstheorie die Voraussetzung für ein theoriegeleitetes Vorgehen im Einzelfall.

Insofern bieten die Gliederungspunkte „4.1 Annäherung an ein Gegenstandsverständnis Klinischer Sozialarbeit“ und „4.2 Gesundheit und Krankheit unter biopsychosozialer Perspektive“ die handlungstheoretische Wissensbasis Klinischer Sozialarbeit. Die Ausführungen sind die Voraussetzung für die Prognose und Bewertung von Fakten und begründen ferner das Behandlungsverständnis Klinischer Sozialarbeit.

6.1.1 Beschreibungs- und Erklärungswissen

Klinische Sozialarbeit fokussiert soziale Probleme unter besonderer Betonung ihres Einflusses auf Gesundheit und Krankheit. Ziel ihres methodischen Handelns, ist die Einflussnahme auf das soziodynamische Gleichgewicht durch personen- und kontextbezogene Maßnahmen. Hierbei rücken die Interaktions- und Positionsstruktur eines Individuums in den Fokus. Sie sind als emergente Eigenschaften sozialer Systeme zu verstehen und nehmen Einfluss auf die Integration einer Person in ein soziales System. Mit der Integration in ein soziales System, sei es natürlicher oder künstlicher Art, gehen Möglichkeiten der Bedürfnisbefriedigung einher. Da ein Individuum in ständigen Austauschprozessen mit seiner Umwelt steht, sind seine Handlungen auf die Beseitigung bzw. den Ausgleich von Spannungszuständen gerichtet. Spannungszustände, welche sich in Form von Bedürfnissen zeigen, motivieren Handlungen die auf eine Bedürfnisbefriedigung abzielen. Hierbei bietet die soziale Umwelt Ressourcen für die Bedürfnisbefriedigung.

Soziale Probleme offenbaren sich in einer Positions- und Interaktionsstruktur, die eine angemessene Bedürfnisbefriedigung legitimer Bedürfnisse eines Individuums (dauerhaft) verhindern. Dabei ist von Wechselbeziehungen zwischen individueller, biopsychosozialer Ausstattung eines Individuums und seiner Interaktions- und Positionsstruktur auszugehen.

Aufgrund der strukturellen Kopplung der Prozesse innerhalb des biopsychosozialen Wesens Mensch und der Prozesse in äußeren sozio-kulturellen Handlungssystemen, entsteht eine komplexe Dynamik aus gegenseitigen Interdependenzen. Durch sie bildet sich eine Ordnungsstruktur in Form von Mu-

tern. Die Muster sind auf die Interaktionen von Individuen zurückzuführen in deren Folge sich Positionsstrukturen etablieren (Integration des Systems). Gleichzeitig sind die Interaktionen eines Individuums von deren Positionsstruktur determiniert. Die psychische Potentiallandschaft, unter der mit Verweis auf die Konsistenztheorie von Grawe (2004) motivationale Schemata zur Befriedigung psychischer Grundbedürfnisse gefasst werden können, bildet sich aufgrund der Art und Weise der Integration eines Individuums in die Ordnungsstruktur der Handlungssysteme seines Lebensführungssystems. Gleichzeitig trägt das Individuum durch sein Verhalten bzw. seine Interaktionsmuster zur Reproduktion dieser sozialen Ordnungsbildung bei.

Psychische Krankheiten entstehen, wenn psychische Grundbedürfnisse nicht befriedigt werden können. Im Rahmen der Konsistenztheorie rücken hierbei subjektive Bewertungsprozesse, vor dem Hintergrund biographischer Erfahrungen, in den Fokus. Der Organismus strebt einerseits nach Konsistenz der psychischen Grundbedürfnisse untereinander. Andererseits wird eine möglichst konsistente Wahrnehmung in Bezug auf die Interaktion mit der sozialen Umwelt angestrebt. Basis der Bewertung der Interaktionssignale bilden die jeweils aktivierten motivationalen Schemata. Inkongruente Wahrnehmungen in Bezug auf die motivationalen Schemata sind als spezifische Form der Inkonsistenz zu verstehen. Sie verhindern bzw. erschweren eine Auseinandersetzung des Organismus mit seiner Umwelt. Da dieser Zustand mit negativen Emotionen einhergeht, ist er als komplexer Stresszustand zu betrachten. Bleiben die psychischen Prozesse über längere Zeit von Inkonsistenzen geprägt, beeinträchtigt dies das Wohlbefinden sowie die psychischen Prozesse selbst. Da Störungen selbst eine Verletzung der Grundbedürfnisse darstellen, führen diese an sich zu Inkonsistenz im psychischen Geschehen. Es etabliert sich ein Kreislauf aus ungünstigen Mechanismen zur Herabregulierung der Inkonsistenzen, die selbst wiederum zu einer Quelle von Inkonsistenz werden die nach Herabregulierung verlangen. Nach außen hin wirken die dysfunktionalen innerpsychischen Regelkreisläufe in der Weise, dass sie die negativ auf das psychische Wohlergehen wirkende Interaktions- und Positionsstrukturen aufrechterhalten.

Die Ausführungen konkretisieren die Erklärung psychischer Störungen im Rahmen einer Person-in-Environment-Perspektive. Hierbei wirkt Stress als grundsätzlich krankheitsauslösend und krankheitsaufrechterhaltend. Neben objektiv belastenden Bedingungen, ist Stresserleben von subjektiven Bewertungsschemata abhängig. Die Bewertung ist abhängig von den aktivierten motivationalen Schemata und der Stärke der Inkongruenzsignale. Die motivationalen Schemata sind wiederum durch (biographische) Erfahrungen in Bezug auf die Integrationsbedingungen in die Handlungssysteme eines spezifischen Lebensführungssystems bestimmt, zu deren Erhalt sie gleichzeitig beitragen.

6.1.2 Werte- und Zielwissen

Im Rahmen der Beschreibungs- und Erklärungstheorien konnte die soziale Dimension psychischer Krankheit als Gegenstand Klinischer Sozialarbeit näher formuliert werden. Ebenso konnten die gegenseitigen Interdependenzen zwischen psychischer Potentiallandschaft eines Individuums und der Ordnungsstruktur der Handlungssysteme seines Lebensführungssystems als Erklärung für das Entstehen und Aufrechterhalten psychischer Störungen herangezogen werden. Die Annahmen der gegenseitigen Wechselwirkungen beziehen sich auf Aspekte einer transaktionalen Stresskonzeption in Verbindung mit einem Diathese-Stress-Modell.

Gemäß der Struktur professionellen Wissens werden die durch Beschreibungs- und Erklärungstheorien generierten integrierten Bilder²⁴ bewertet und im Anschluss daran Ziele formuliert.

Die Bewertung findet auf Basis von Prognosen statt. In ihrem Rahmen werden Aussagen über einen anzunehmenden zukünftigen Zustand getroffen. Dabei geht es um die Frage, ob das Fortbestehen einer Situation mit einer Verschlimmerung verbunden ist oder sich Folgeprobleme ergeben. Ausgangspunkt für Prognosen sind Vergangenheits- und Gegenwartsbilder, die mit Hilfe von Erklärungstheorien zu integrierten Bildern der Situation verdichtet werden. Das heißt, Basis der Prognose bilden Objekttheorien auf deren Grundlage auf eine zukünftige Entwicklung geschlossen wird (Geiser, 2009, S. 274).

Im Rahmen der Bewertung prognostischer Fakten sei auf die Systemische Denkfigur von Geiser (2009) verwiesen. Sie ist auf Ebene einer allgemeinen normativen Handlungstheorie angesiedelt und ermöglicht eine systematische Beschreibung entlang der individuellen Ausstattung eines Individuums, seiner Austauschbeziehungen (Interaktionsstruktur) und seiner Machtbeziehungen (Positionenstruktur).

Als Wertewissen ist die Gesamtheit des Wissens über biologische, psychische und soziale Fakten anzusehen. Auf der einen Seite betrifft dies das Wissen über Fakten, die für das Funktionieren und Bestehen des Organismus elementar sind. Auf der anderen Seite Wissen um Werte, die in einem bestimmten sozialkulturellen Kontext die Bedingung für eine soziale Integration bilden und damit die Voraussetzung für eine Bedürfnisbefriedigung, im Sinne vom Organismus bevorzugter Zustände bzw. Werte, darstellen (Geiser, 2009, S. 254).

²⁴ Unter Bilder sind Repräsentationen der Wirklichkeit zu verstehen. Sie werden auf Basis von Codes generiert. Die Codes über die erzeugten Bilder basieren auf Beschreibungs- und Erklärungstheorien. Je nach Code würden sich die Bilder verändern

Auf Basis der als problematisch bewerteten Fakten erfolgt in einem nächsten Schritt die Bestimmung eines zukünftig angestrebten Zustands. Die Zielvorstellungen lassen sich in ihrer grundsätzlichen Form allgemein formulieren. Im Mikrobereich zielt Soziale Arbeit auf die Befriedigung legitimer Bedürfnisse durch die Bereitstellung von Ressourcen. Sie stellt diese zur Verfügung wenn die Klienten selbst nicht in der Lage dazu sind diese für sich nutzbar zu machen. Dabei hat sie gleichzeitig die Erhöhung der Selbststeuerungsfähigkeit der Klienten im Blick sowie die Erweiterung ihrer Selbstverantwortung. Im Mesobereich zielt Soziale Arbeit auf die Minimierung von pathogen wirkenden sozialen Strukturen für einen von diesen betroffenen Personenkreis sowie auf die Optimierung des klientären Handlungsräums (Obrecht, 2005, S. 159). Hier wird bereits ein doppelter Fokus der Interventionen Sozialer Arbeit deutlich, der im Falle der Klinischen Sozialarbeit weiter verdichtet wird.

Für Rüegger (2012, S. 104) muss die Positions- und Interaktionsstruktur dahingehend beeinflusst werden, dass diese eine langandauernde Befriedigung biopsychosozialer Bedürfnisse ermöglicht. Auf Seite der individuellen Ausstattung rücken hier Prozesse der Informations- und Erlebnisverarbeitung in der Form in den Fokus, dass die motivationalen Schemata dahingehend beeinflusst werden, dass die betroffene Person fähig ist bedürfnisbefriedigende Erfahrungen zu machen. Auf Seiten der sozialen Systeme (Austausch- und Machtbeziehungen) hat dies die Konsequenz, dass diese so gestaltet werden müssen, dass sie Handlungen motivieren die zu bedürfnisbefriedigenden Erfahrungen beitragen. Dies bedeutet eine stellvertretende Einflussnahme auf die Interaktions- und Positionsstruktur durch die Klinische Sozialarbeit oder ein Einwirken durch die Klienten selbst. Ziel ist es, dass sich die Integrationsbedingungen hinsichtlich der zirkulären Ordnungsbildungsprozesse funktionaler gestalten. Grundsätzlich soll sich durch die Interventionen ein Kohärenzgefühl auf Klientenseite etablieren, indem die Lebensführung als sinnhaft und handhabbar erlebt wird.

Interventionen gründen somit auf der Bewertung der beschriebenen Fakten auf Basis bedürfnistheoretisch begründeter sozialer Probleme sowie auf der willkürlichen oder relativierten Durchsetzung von Normen, als vergesellschaftete Werte, unter denen Personen leiden (Geiser, 2009, S. 266–267).

6.1.3 Systematisierung einer bifokalen Behandlung im Rahmen Netzwerkorientierter Interventionen

Im Falle der Klinischen Sozialarbeit bildet bezüglich der Zielsetzung und Planung von Interventionen das Konzept der sozialen Unterstützung einen zentralen Bezugspunkt. Es betont den funktionalen Aspekt sozialer Beziehungen und deren moderierenden Einfluss auf ein Stresserleben. Besonders deutlich werden in diesem Zusammenhang die Dimension der Einschätzung der eigenen Handlungs- und Bewältigungskompetenz eines Individuums. Diese ist wiederum rückgebunden an die Bewertung erfahrener bzw. potentiell vorhandener sozialer Unterstützung.

Aus den nomologischen Theorien und den auf ihrer Basis gründenden normativen Aussagen geht eine Zielrichtung der Interventionen hervor. Diese setzen auf eine funktionale soziale Integration, welche sich durch soziale Unterstützung zeigt sowie durch diese beeinflusst wird. Da sich im SPSA ein individuumorientiertes und soziozentriertes Paradigma verbinden, zielen Interventionen auf die individuelle Ausstattungsdimension ebenso wie auf die Interaktions- und Positionsstruktur ab.

Bezüglich der Fragestellung, wie die im Rahmen der Ziele formulierte, künftig angestrebten Zustände erreicht werden können, rücken netzwerkorientierte Interventionen in den Mittelpunkt. Diesen können verschiedene Methoden zugeordnet werden. Die Methoden beziehen sich dabei, je nach zugrunde liegenden Paradigma, auf das Individuum oder das soziale System. In dieser Weise lassen sich Parallelen zu den von Staub-Bernasconi (2007, S. 271 ff.) formulierten Arbeitsweisen Sozialer Arbeit ausmachen.

Das bifokale Behandlungsverständnis Klinischer Sozialarbeit, welches durch das mit dem SPSA verbundenen sozialwissenschaftlichen Systemismus theoretisch untermauert wird, mündet in einer Methodenanwendung, die die verschiedenen Ebenen natürlicher und künstlicher sozialer Netzwerke umfassen.

Auf individueller Ebene steht die Mobilisierung sozialer Unterstützungspotentiale im Fokus. Diese wird als funktioneller Teil des Bewältigungsverhaltens einer Person verstanden und ist von seiner psychischen Struktur determiniert. Ziel der Interventionen ist eine funktionale Einschätzung der potentiellen sozialen Unterstützung. Die Person soll dazu befähigt werden die Ressourcen sozialer Beziehungen zu nutzen sowie Potentiale im sozialen Netzwerk aufzubauen. Im Sinne der von Grawe (2004) vertretenen Konsistenztheorie geht es darum, Annäherungsschemata zu verstärken und Erfahrungen zu evozieren, die dabei helfen, Inkonsistenzen im psychischen Erleben abzubauen. An dieser Stelle gehen Interventionen auf individueller Ebene über in Interventionen auf Ebene sozialer Systeme. Diese sollen durch die Interventionen so strukturiert werden, dass sie für alle Beteiligten eine legitime Bedürfnisbefriedigung ermöglichen. Dabei kommt dem Aspekt der Reziprozität eine entscheidende Bedeutung zu.

Netzwerkorientierte Interventionen zeichnen sich durch ein offenes und eklektisches Methodenverständnis aus. Interventionen beziehen sich auf eine umfassende Situationsanalyse und Diagnostik, womit die psycho-soziale Diagnostik angesprochen ist. Eine psycho-soziale Beratung bildet zusammen mit einer Sozialen Therapie Interventionsformen, die im Fall Klinischer Sozialarbeit besonders akzentuiert werden. Ihre Anwendung fußt selbst wiederum auf einem eklektisch-integrativen Verständnis. Sie zeichnen sich durch ihren Theoriebezug und einer damit verbundenen wissenschaftli-

chen Fundierung aus. Die unterschiedlichen Psychotherapieschulen²⁵ bieten durch ihre jeweiligen Konzeptionen hinsichtlich der Erklärung psychischer Störungen wichtige Bezugspunkte einer klinisch-sozialarbeiterischen Beratung und Behandlung. Eine an einer systemischen Therapie orientierte Beratung sticht hierbei besonders hervor, da diese „von Natur aus“ an Veränderungen mindestens eines der Merkmale sozialer Netzwerke ansetzt.

Bezüglich künstlicher Netzwerke verweisen netzwerkorientierte Interventionen auf eine interorganisationale sowie interdisziplinäre Kooperation. Damit ist ein Netzwerkmanagement angesprochen, das darauf abzielt, Schnittpunkte verschiedener Organisationen zu filtern und eine Verbindung über diese zu initiieren. In Richtung einer interdisziplinären Kooperation rücken die Synchronisation von Hilfemaßnahmen und den an ihnen beteiligten Disziplinen und Professionen ins Zentrum. Die Synchronisation verlangt Steuerung in dem Sinne, dass entsprechend der im Vordergrund stehenden Problematik, die dafür primär zuständige Profession den Behandlungsprimat innehält, ohne die Expertise anderer Professionen außer Acht zu lassen. Im Zusammenhang mit der Ressourcenaktivierung im sozialen Netz einer von einem sozialen Problem betroffenen Person, orientiert sich ein Vorgehen an den Prinzipien der Sozialraumorientierung. Ressourcen des Netzwerks sowie Kooperationsstrukturen werden fallunspezifisch etabliert und auf den speziellen Einzelfall bezogen umgesetzt.

Die folgende Tabelle fasst die Ausführungen zur Verbindung der Wissensbestände Klinischer Sozialarbeit mit ihrem Interventionswissen zusammen. Hintergrund bilden die unterschiedlichen Wissensformen im Rahmen der allgemeinen normativen Handlungstheorie. Es handelt sich hierbei um einen Versuch einer Systematisierung auf Basis der von Obrecht (2009, S. 68) dargelegten Struktur professionellen Wissens.

²⁵ Wenn im Folgenden von Psychotherapie gesprochen wird, ist deren theoretischer und methodischer Aspekt gemeint. Damit wird eine Unterscheidung einer (institutionalisierten) Richtlinienpsychotherapie getroffen. Ist diese angesprochen wird dies explizit betont.

Ebene der allgemeinen normativen Handlungstheorie						
Theorieebene	Nomologische Theorien			Werte	Methoden	
Wissensformen	Beschreibungswissen	Erklärungswissen	Prognose	Bewertung/ Probleme	Ziele	Plan
W-Fragen	Was? Woher?	Weshalb? (Frage nach Gesetzmäßigkeiten und Mechanismen)	Wohin?	Was ist gut?/Was ist nicht gut?	Woraufhin?	Wie? Womit?
Operationen in Bezug auf Wissensformen	Nicht-integrierte Vergangenheits- und Gegenwartsbilder	Integrierte Vergangenheits- und Gegenwartsbilder	Zukunfts bild	Bewertetes Gegenwarts- und Zukunfts bild	Bild des angestrebten zukünftigen Zustands	Bild künftiger Handlungen
Handlungstheoretische Wissensbestände Klinischer Sozialarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Psychobiologisches Erkenntnis- und Handlungsmodell des Menschen • Theorie sozialer Systeme 	<ul style="list-style-type: none"> • Biopsychosoziale Austauschprozesse • Stress/Diathese-Stress-Modell • Person-in-Environment • Biopsychosoziale Theorie menschlicher Bedürfnisse • Soziale Dimension psychischer Krankheit <ul style="list-style-type: none"> a) Integration des System b) Integration in das System c) Psychische Potentiallandschaft • Störungskonzepte und Paradigmen wissenschaftlich anerkannter Psychotherapieverfahren <ul style="list-style-type: none"> a) Tiefenpsychologische Perspektive b) Verhaltens-therapeutische Perspektive c) Erfahrungsorientierte (humanistische) Perspektive d) Systemisch-familien-therapeutische Konzepte 	<ul style="list-style-type: none"> • Welcher Zustand ist ohne Intervention Klinischer Sozialarbeit zukünftig zu erwarten • Bilder werden aufgrund der Fakten des Beschreibungs- und Erklärungswissens generiert 	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Probleme als Gegenstand (Klinischer Sozialarbeit) • Mangelnde Befriedigung legitimer Bedürfnisse aufgrund der Interdependenzen zwischen Individueller Ausstattung (insbesondere Inkonsistenzen im psychischen Geschehen) • Interaktions- und Positionsstruktur, welche Verwirklichung legitimer Bedürfnisse verhindert (soziale Integration) • Willkürliche oder relativierte Durchsetzung von Normen 	<ul style="list-style-type: none"> • Mikrobereich: <ul style="list-style-type: none"> a) Bereitstellung von Ressourcen b) Befähigung des Klienten in Richtung Selbststeuerungsfähigkeit und Selbstverantwortlicher Ressourcennutzung c) Beeinflussung der Informations- und Erlebnisverarbeitung zur Ermöglichung bedürfnisbefriedigender Erfahrungen • Mesobereich: <ul style="list-style-type: none"> a) Minimierung pathogen wirkender sozialer Strukturen b) Einbindung in Handlungssysteme und Gestaltung dieser im Sinne der Motivierung bedürfnisbefriedigender Handlungen • Konzept sozialer Unterstützung als funktioneller Aspekt sozialer Beziehungen in Bezug auf Moderation eines Stressgeschehens 	<ul style="list-style-type: none"> • Netzwerkorientierte Interventionen a) Individuelle Ebene: <ul style="list-style-type: none"> - Psycho-soziale Diagnostik - Psycho-soziale Beratung - Soziale Therapie b) Natürliche soziale Systeme: <ul style="list-style-type: none"> - Soziale Therapie - Sozialraum-orientierung (Ressourcenvorhaltung und -nutzung) c) Künstliche soziale Systeme: <ul style="list-style-type: none"> - Netzwerkmanagement - Interdisziplinäre Kooperation - Sozialraumorientierung (Ressourcenvorhaltung und -nutzung)

Tabelle 2: Schematische Darstellung der Wissensbestände Klinischer Sozialarbeit auf Basis einer allgemeinen normativen Handlungstheorie

6.1.4 Verknüpfung des Case Management mit einer Handlungstheorie Klinischer Sozialarbeit

Ein biopsychosoziales Krankheitsverständnis betont die Wechselbeziehungen der unterschiedlichen Systemniveaus bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheit. Stress wird in diesem Zusammenhang als krankheitsauslösend und krankheitsaufrechterhaltend betrachtet. Konkretisiert werden können die komplexen Wechselwirkungen durch eine bedürfnistheoretische Fundierung, wobei der sozialen Dimension bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischer Störung eine wichtige Rolle zukommt. Merkmale des Individuums und dessen soziale Integration bilden ein komplexes Wechselspiel aus gegenseitigen Abhängigkeiten. Ziel der Interventionen Klinischer Sozialarbeit ist ein Passungsverhältnis zwischen Individuum und seinen kontextuellen Lebensbedingungen. Das methodische Vorgehen Klinischer Sozialarbeit, welches sich durch einen biofokalen Fokus kennzeichnet, wird im Rahmen netzwerkorientierter Interventionen systematisiert. Diese umfassen Interventionen in Richtung Individuum ebenso wie Interventionen in Richtung sozialer Systeme.

Individuums- und soziozentrierten Paradigma, welche im Rahmen des SPSA eine Verbindung erfahren, werden auf Basis einer allgemeinen normativen Handlungstheorie über eine spezielle Handlungstheorie in methodisches Handeln überführt. Diesbezüglich rückt nun die Verbindung eines klinisch sozialarbeiterisch ausgerichteten Case Management mit der allgemeinen normativen Handlungstheorie in den Mittelpunkt der Betrachtung. Leitend ist dabei die Fragestellung, wie ein Case Management – einschließlich seiner Charakteristika – an die Wissensbestände Klinischer Sozialarbeit rückgebunden werden kann und folglich im Sinne dieser ausgestaltet ist.

Case Management charakterisiert sich zuvorderst durch die mit ihm verbundene Intention einer effektiven und effizienten Koordination privat-lebensweltlicher und formeller Unterstützungsleistungen. Ausgangspunkt des Hilfearrangements bilden die Bedarfe der Klientel. Das Case Management leistet hier Übersetzungsarbeit zwischen der Logik des Hilfesystems und privat-informeller Unterstützung. Case Management baut auf eine langfristige Versorgung quer zu verschiedenen Versorgungssektoren, Versorgungseinrichtungen und Professionen. Brüche in der Versorgung sollen so vermieden werden.

Als Indikation für ein Case Management gilt eine hohe Akteursdichte im Hilfegeschehen aufgrund der Probleme und der daraus resultierenden Bedarfslagen der Klienten. Grundsätzlich finden sich im Case Management verschiedene Funktionen. Sie ergeben sich aus seinem Proprium. Als Kernfunktion des Case Management kann die Broker-Funktion betrachtet werden. Sie betont die Koordination

verschiedener Hilfeleistungen. Die besonders für die Soziale Arbeit und das Klinische Case Management wichtige Advocacy-Funktion verweist auf Konzepte des Empowerment und der sozialen Unterstützung, indem Ressourcen der Lebenswelt des Klienten unmittelbar durch das Case Management aktiviert werden. Dies schließt mit ein, den Klienten in die Lage zu versetzen, sich in den Handlungssystemen seines Lebensführungssystems zu bewegen und Ressourcen zu erkennen, zu erschließen und zu nutzen.

Verstanden als Handlungskonzept werden die genannten Charakteristika durch eine Phasenstruktur umgesetzt. Philosophie des Case Management ist eine Verbindung von Fall- und Systemebene. Auf Fallebene strukturiert ein Case Management ein informelles und formelles Hilfesystem bezogen auf die Bedarfe des Einzelfalls. Gleichzeitig werden in seinem Rahmen über den Einzelfall hinaus Ressourcen initiiert. Durch die Strukturierung eines Einzelfallgeschehens werden an das Hilfesystem Informationen über dessen Beschaffenheit und mögliche bzw. notwendige Veränderungen übermittelt. Die Ausgestaltung eines Case Management ist abhängig von seinen Leitwerten und seiner Positionierung im System. Beide Variablen beeinflussen sich dabei wechselseitig.

Vor diesem Hintergrund verbinden sich im Case Management Ziele, Inhalte und Methoden entsprechend der aus den Anforderungen eines modernen Sozial- und Gesundheitswesens erwachsenden Erfordernisse. Methoden helfen die im Case Management konstatierten Leitwerte umzusetzen²⁶, weshalb Case Management in diesem Zusammenhang von Ningel (2011) als Methodenkonzept gesehen wird. Methoden sind hierbei als konsistentes Set von Handlungsanweisungen zu verstehen, die auf einem theoretischen und empirischen Kontext beruhen.

Um das Case Management im Kontext einer zuvor aufgezeigten Handlungstheorie Klinischer Sozialarbeit verorten zu können, muss es mit dieser in Bezug gesetzt werden. Als Basis dient Tabelle 2 (siehe Kapitel 6.1.3)²⁷. Weiterer wichtiger Bezugspunkt der Überlegungen bildet der Vergleich eines zusammenfassenden Vorschlages verschiedener Phasenmodelle Sozialer Arbeit mit den Wissensformen einer allgemeinen normativen Handlungstheorie von Possehl (2009, S. 122) (siehe hierzu Kapitel 3.1.5 Case Management im Rahmen des SPSA).

²⁶ Mit Verweis auf Kapitel 2.2 Strukturelle Einbettung des Case Managements sind die Leitwerte eines Case Management von dessen Initiierung abhängig. Je nachdem mit welcher Intention es von welchem Akteur des Hilfesystems betrieben wird, werden die genannten Funktionen arrangiert. Hierbei ergibt sich ein Schwerpunkt der Case-Management-Ausrichtung, die als Klienten- oder Systemorientiert klassifiziert werden kann.

²⁷ Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden die einzelnen Wissensbestände in diesem Zusammenhang nicht aufgeführt.

Ebene der allgemeinen normativen Handlungstheorie						
Theorieebene	Nomologische Theorien			Werte	Methoden	
Wissensformen	Beschreibungswissen	Erklärungswissen	Prognose	Bewertung/ Probleme	Ziele	Plan
W-Fragen	Was? Woher?	Weshalb? (Frage nach Gesetzmäßigkeiten und Mechanismen)	Wohin?	Was ist gut?/Was ist nicht gut?	Woraufhin?	Wie?/Womit
Operationen in Bezug auf Wissensformen	Nicht-integrierte Vergangenheits- und Gegenwartsbilder	Integrierte Vergangenheits- und Gegenwartsbilder	Zukunftsbild	Bewertetes Gegenwarts- und Zukunftsbild	Bild des angestrebten zukünftigen Zustands	Bild künftiger Handlungen
Ebene der speziellen Handlungstheorie: Klinisches Case Management						
Phasen ²⁸	Assessment – Analyse, Einschätzung, Prognose			Serviceplanung, Hilfeplanung	Linking	Monitoring

Tabelle 3: Verbindung von allgemeiner normativer Handlungstheorie und Klinischen Case Management auf Ebene einer speziellen Handlungstheorie

²⁸ Die Klärungsphase wird aufgrund ihres Bezuges zur strukturellen und organisationalen Einbettung im Zusammenhang der Tabelle vernachlässigt.

Das Handlungskonzept Case Management wird zunächst durch die Anforderungen eines durch Desintegration und Deinstitutionalisierung gekennzeichneten Hilfesystems begründet. Wird es im Rahmen der allgemeinen normativen Handlungstheorie mit Wissensbeständen Klinischer Sozialarbeit verbunden, ergibt sich eine Begründung des Handlungskonzepts aus diesen heraus. Aufgezeigt werden kann, dass Case Management über die hilfesystemische Erfordernis hinaus im Rahmen Klinischer Sozialarbeit theoretisch begründet werden kann. Gleichzeitig gilt zu berücksichtigen, dass im Einzelfall das konkrete soziale Problem über den Methodeneinsatz bestimmt. Daraus folgt, dass ein Case Management nicht obligatorisch für jedes Problem indiziert ist. Seine institutionell-organisatorische Ausgestaltung und mit dieser verbunden seine hilfesystemische Platzierung muss unter Rückbindung an die Inhalte einer allgemeine normative Handlungstheorie erfolgen.

6.2 Klinisches Case Management als Konzeptualisierung Netzwerkorientierter Interventionen

Die methodische Umsetzung des bifokalen Fokus Klinischer Sozialarbeit lässt sich im Rahmen netzwerkorientierter Interventionen systematisieren. Diese umfassen auf individueller Ebene Interventionen in Richtung der Person des Klienten. Fokussiert werden diesbezüglich Prozesse der Informations- und Erlebnisverarbeitung. Ziel ist es, Bewertungsprozesse bezüglich der eigenen Handlungskompetenzen sowie der potentiell vorhandenen und tatsächlich erhaltenen sozialen Unterstützung so zu beeinflussen, dass ein Stresserleben reduziert wird. Anderseits stehen die Integrationsbedingungen in die sozialen Handlungssysteme des Lebensführungssystems im Fokus. Die Integrations- und Positionsstruktur soll durch die Interventionen dahingehend verändert werden, dass in ihnen Handlungen angeregt werden, die zu bedürfnisbefriedigenden Erfahrungen führen.

Sind soziale Systeme Gegenstand der Interventionen geht es um die Akquirierung und die Koordination von Ressourcen. Im Unterschied zu Methoden im Sinne professioneller Handlungen stellen Ressourcen Mittel zur Erreichung eines bestimmten Soll-Wertes dar. Folgt man den Annahmen der Sozialraumorientierung, müssen Ressourcen vorgehalten werden um für die spezifischen Anforderungen des Einzelfalls herangezogen werden zu können.

In der Kombination von Individual- und Systemorientierung zeigt sich der bifokale Fokus Klinischer Sozialarbeit, mit dem Ziel eines Passungsverhältnisses von individueller Lebensweise und Lebenslage.

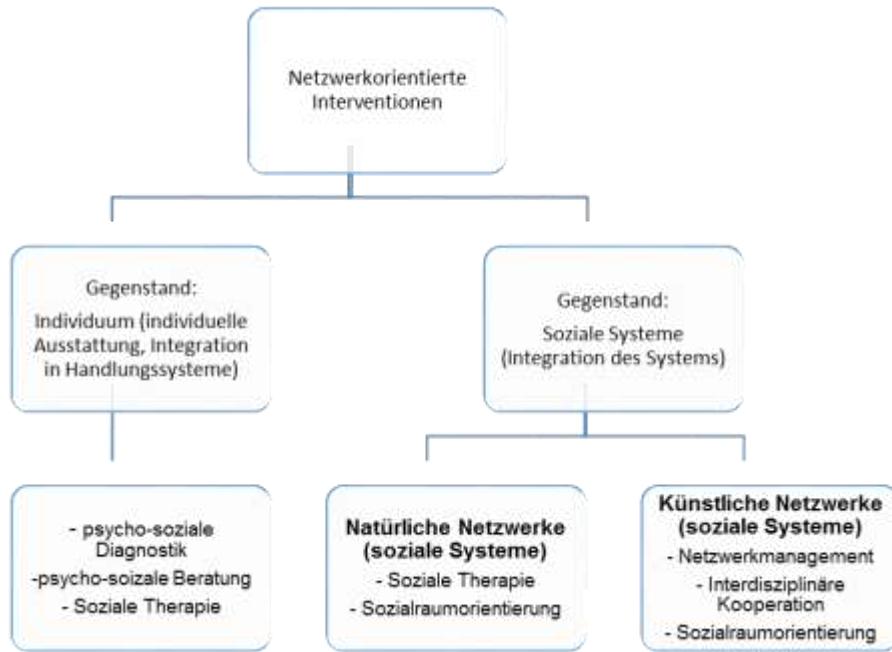


Abbildung 4: Systematisierung der Methoden Klinischer Sozialarbeit unter der Perspektive Netzwerkorientierter Interventionen

Intention eines sozialarbeiterisch ausgestalteten Case Management, wie es in Kapitel 3.4 „Zentrale Perspektiven eines an Sozialer Arbeit orientierten Case Management“ skizziert wird, ist eine Anregung, Koordination und Kombination informeller und formeller Unterstützungspotentiale. Im „Clinical Case Management“ erweitert sich die Zielstellung um die Beeinflussung psychischer Dispositionen. Der Klient soll dazu befähigt werden, eine für seine Funktionsfähigkeit notwendige Einbindung in die Handlungssysteme seines Lebensführungssystems selbst herzustellen und aufrecht zu erhalten. Somit findet eine Kombination psychotherapeutischer Elemente mit Aspekten des Managements (Verstanden als Steuerung) statt. Die Advocacy-Funktion wird dadurch besonders akzentuiert wodurch es als klientenorientiertes Case Management zu kategorisieren ist. Psychotherapeutische Theoriebildung und Methodik fließen daher in ein Klinisches Case Management ein. Basis der Verschmelzung eines medizinisch-psychologischen und psycho-sozialen Behandlungsverständnisses bildet das Menschenbild der Person-in-Environment.

Die Verbindung von individueller und sozialer Ebene im Rahmen netzwerkorientierter Interventionen findet durch das Proprium des Case Management seinen Ausdruck. Als Handlungskonzept konzeptualisiert es ein methodisches Vorgehen im Sinne seiner Funktionsbestimmung. Diese leitet sich aus einer Handlungstheorie Klinischer Sozialarbeit sowie aufgrund hilfesystemischer Anforderungen ab. Wie effektiv ein Klinisches Case Management umgesetzt werden kann, ist abhängig vom Grad seiner Implementation.

Die hilfesystemische und organisationale Implementation erfolgt unter Rückgriff auf Leitwerte, welche sich aufgrund der Rückbindung des Case Management an Wissensbestände Klinischer Sozialarbeit ergeben. Die daraus resultierenden Spezifizierungen machen es zu einem klinisch ausgerichteten bzw. Klinischen Case Management. Werden die theoretischen sowie organisationalen Zugangsbedingungen für ein Klinisches Case Management erfüllt, strukturieren die Phasen unter Heranziehung der Wissensbestände Klinischer Sozialarbeit den Methodeneinsatz. Grundsätzlich ist ein Klinisches Case Management dann indiziert, wenn eine hohe Akteursdichte im Verlauf des Hilfegeschehens zu erwarten ist oder diese bereits besteht.

Die Methoden Klinischer Sozialarbeit sind durch das handlungstheoretische Wissen Klinischer Sozialarbeit begründet. Sie dienen im Sinne des bifokalen Fokus Klinischer Sozialarbeit der Initiierung von Veränderungen in Bezug auf die Ausstattungsdimension eines Individuums sowie seiner Integrationsbedingungen in die Handlungssysteme seines Lebensführungssystems. Damit werden die Wechselbeziehungen zwischen psychischer Potentiallandschaft und der Beschaffenheit natürlicher und künstlicher sozialer Systeme fokussiert. Institutionsbezogen konzeptualisiert wird dieses Behandlungsverständnis durch ein Klinisches Case Management. Wie sich eine Methodenanwendung in diesem gestaltet, wird im Folgenden aufgezeigt.

6.2.1 Psycho-soziale Diagnostik im Rahmen des Assessment

Wie aufgezeigt, lässt sich ein Klinisches Case Management aus zwei Richtungen her begründen: Einerseits aufgrund der Anforderungen des Hilfesystems in Bezug auf die Koordination und Vernetzung informeller und formeller Hilfeleistungen. Anderseits ist diese Vernetzung und Koordination auf Basis einer Handlungstheorie Klinischer Sozialarbeit begründbar. Hierbei rückt das Individuum mit seiner Ausstattung ebenso in den Fokus wie die Integrationsbedingungen seines Lebensführungssystems. Es konnte aufgezeigt werden, dass im Case Management die verschiedenen Ebenen netzwerkorientierter Interventionen konzeptualisiert werden.

Professionelles Handeln basiert nach der Struktur einer allgemeinen normativen Handlungstheorie auf einer Erklärung und Bewertung zuvor beschriebener Fakten. Das definierte Problem sowie die daraus abgeleiteten Ziele bilden die Grundlage des Entschlusses für ein methodisches Vorgehen. Der Phase des Assessment des (Klinischen) Case Managements, welche als Analyse, Einschätzung und Prognose zu verstehen ist, kommt die Funktion der Generierung von Fakten und deren Systematisierung zu. Die Systematisierung bildet die Grundlage für die Bedarfs und Zielformulierung.

In diesem Zusammenhang kann eine psycho-soziale Mehrebenen-Diagnostik, wie sie in der Klinischen Sozialarbeit verankert ist, mit dem Assessment in Beziehung gesetzt werden. Als multidimen-

sionale Diagnostik werden auf systematische Weise Fakten über biologische, psychische und soziale Dimensionen gewonnen. In kategorisierender wie fallverstehender Weise werden interne und externe Störungen des Erlebens und Verhaltens mit den Kontextbedingungen in Bezug gesetzt. Personales Zentrum bildet die Person des Klienten und dessen reziproke Austauschbeziehungen mit seiner sozialen Umwelt. Neben Störungen und Defiziten auf individueller Seite sowie auf Seiten des sozialen Systems werden insbesondere auch Ressourcen und Kompetenzen erfasst.

Eine psychopathologisch-psychiatrische Diagnostik kommt die Funktion zu Phänomene zu kategorisieren. Dadurch etabliert sich eine erste Orientierung hinsichtlich weiterer Hilfeentscheidungen sowie die Abklärung evtl. bestehender Risikoanteile. Des Weiteren, und dies ist gerade für eine interdisziplinäre Ausrichtung der Behandlung entscheidend, ermöglicht eine an Klassifikationskategorien orientierte Diagnostik einen Anschluss an disziplinübergreifende Terminologien. Eine schnelle und einfache Kommunikation unter Professionellen verschiedener Fachrichtungen wird dadurch ermöglicht. Darüber hinaus können Interventionen auf Seiten des Klinischen Case Management interdisziplinär begründet werden.

Eine kategoriale Diagnostik wird durch eine Gestaltdiagnostik ergänzt. In ihrem Rahmen werden vor dem Hintergrund einer biographischen und lebensweltlichen Kontextualisierung, Wahrnehmungs- und Bewältigungsmuster verstehbar. Zudem können Zusammenhänge mit sozialpathologischen Faktoren der sozialen Umwelt identifiziert werden. Der diagnostische Prozess fokussiert die Generation von Informationen über die Interdependenzen zwischen Persönlichkeitsvariablen mit soziokulturellen Bedingungen. Eine Systematisierung der gewonnenen Informationen und Daten führt zu einer Komplexitätsreduktion und bildet die Grundlage einer Diagnose. Diese ist als Set von Hypothesenbildungen, auf Basis der Verschmelzung wissenschaftlich-theoriegeleiteter und fallverstehender Aspekte zu verstehen. In ihrem Rahmen wird die Situation bewertet und Probleme sowie Erklärungen für deren Entstehung und Aufrechterhaltung benannt. Die psycho-soziale Diagnose bildet den Ausgangspunkt für weitere Maßnahmen in Form von Ressourcenakquirierung und -koordination sowie hinsichtlich der Auswahl eines geeigneten methodischen Vorgehens. Die Interventionen schließen an Zielen, die sich aus der Diagnose ergeben, an.

Für eine Systematisierung der im Diagnostikprozess gewonnenen Informationen und Daten werden im Rahmen Klinischer Sozialarbeit die Koordinaten psycho-sozialer Diagnostik, wie sie von Pauls (2011) auf Grundlage der Inzidenzformel entwickelt worden sind, favorisiert. Intention ist es, die angeborene und erworbene Vulnerabilität einer Person in Bezug zu (chronisch) belastenden Lebensereignissen zu setzen. Den identifizierten Stressoren und Belastungen werden Ressourcen und Stär-

ken des sozialen Umfeldes sowie Ressourcen und Kompetenzen der Person des Klienten gegenübergestellt.

Neuffer (2009) schlägt eine Systematisierung der Informationen im Rahmen der Systemischen Denkfigur von Geiser (2009) vor. Diese leitet sich aus einem im SPSA vertretenen Psychobiologischen Erkenntnis- und Handlungsmodell des Menschen in Verbindung mit soziologischen Struktur-Akteur-Hypothesen ab. Im Rahmen der Systemischen Denkfigur werden die individuelle biopsychosoziale Ausstattung eines Individuums mit dessen Interaktions- und Positionsstruktur in Verbindung gesetzt. Eine Erklärung und Bewertung der klientären Situation erfolgt auf Basis einer bedürfnistheoretischen Begründung sozialer Probleme. Die Systemische Denkfigur ist auf Ebene der allgemeinen normativen Handlungstheorie angesiedelt und erlaubt eine systematische Beschreibung der Fakten vor dem Hintergrund der theoretischen Annahmen des SPSA.

Eine Erklärung und Bewertung der Fakten beruht im Rahmen der Systemischen Denkfigur auf den handlungstheoretischen Wissensbeständen Klinischer Sozialarbeit sowie auf einer biopsychosozio-kulturellen Theorie sozialer Probleme. Grundlegende theoretische Annahme ist, dass Austauschprozesse zwischen Individuum und dessen Interaktions- und Positionsstruktur dysfunktional gestaltet sind. Eine legitime Bedürfnisbefriedigung kann dadurch nicht adäquat erfolgen. Im Gegensatz hierzu bieten die Koordinaten psycho-sozialer Diagnostik die Möglichkeit, biopsychosoziale Problemlagen unter Heranziehung verschiedener Theoriepositionen zu erklären. Da das Koordinatensystem selbst nicht in Bezug eines metatheoretischen Rahmens steht, bietet es Raum für ein eklektisches und integratives Einbeziehen unterschiedlicher Erklärungstheorien. Besonderen Stellenwert kommt hierbei psychotherapeutischen Wissensbeständen unterschiedlicher Therapieschulen zu.

Eine Mehrebenen-Diagnostik selbst kann losgelöst von der Art und Weise der Systematisierung der im Diagnostikprozess generierten Daten und deren theoriegeleiteten Interpretation gesehen werden. Sie erlaubt eine umfassende Generation von Daten in Bezug auf die individuelle Ausstattung eines Individuums und seiner sozialen Integrationsbedingungen. Sie bereichert das Assessment insbesondere durch eine kategoriale Diagnostik. Diese steht in einen multidisziplinären Zusammenhang, wodurch Interventionen auf breiter Ebene begründbar sind.

An der Stelle der Hypothesenbildung wird die Verbindung des Case Management mit einer Handlungstheorie Klinischer Sozialarbeit deutlich. Sie bietet das nötige Beschreibungs- und Erklärungswissen, auf dem sich der Diagnostikprozess begründet und dessen Wissensbestände in seinem Rahmen systematisch herangezogen werden. Eine im Assessment zu verortende psycho-soziale Diagnostik dient der Wahl, der für die Problemstellung geeigneten Methoden und deren Kombination miteinander.

Das Assessment geht durch die Bewertung der klientären Situation auf Grundlage von Erklärungstheorien, über eine Beschreibung hinaus. Es wird eine eigene Position aus dem Klinischen Case Management heraus formuliert und in die Zielaushandlung eingebracht. Neben einer Koordination unterschiedlicher Problem- und Bedarfsformulierungen der unterschiedlichen Akteure, erwächst ein eigener Standpunkt aus dem Klinischen Case Management der mit einer Doppelrolle für die Fachkraft verbunden ist. Auf der einen Seite steht der Anspruch an diese, eine Vermittlerposition einzunehmen, auf der anderen Seite sollen unter eigene fachliche Bedarfs- und Hypothesenformulierungen vertreten werden.

6.2.2 Stellenwert einer psycho-sozialen Beratung im Klinischen Case Management

Eine psycho-soziale Beratung kann als zentrales Element Klinischer Sozialarbeit betrachtet werden. Sie schließt an einer psycho-sozialen Diagnostik an..

Psycho-soziale Beratung zeichnet sich durch ein eklektisch-integratives Handeln aus. Dies heißt, Methoden und Verfahren aus unterschiedlichen theoretischen Zusammenhängen werden entsprechend der Problemsituation und der Ziele in Abhängigkeit von Persönlichkeitsvariablen des Klienten kombiniert. Wichtige Bezugspunkte bilden hierbei die Wissensbestände und Methoden der wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren. Diese werden ergänzt durch Therapieschulen übergreifende Konzepte, wie den EST-Ansatz oder den ESP-Ansatz. Die in diesem Zusammenhang stehenden Wissensbestände leiten die Methodenanwendung innerhalb der Beratung und strukturieren das Vorgehen der Intervention. Kennzeichnend ist ein aktiver Einbezug des Klienten in das Interventionsgeschehen. Damit soll ein Kompetenzerwerb bezüglich einer ihm belastenden Situation gefördert und Ressourcen aktiviert werden. Des Weiteren wird die Emotionsverarbeitung und die Bewusstseinsförderung fokussiert mit dem Ziel, dass der Klient seine eigene Person und seine emotionalen Prozesse erkennen- und ausdrücken lernt und in sein Selbstbild integrieren kann. Grundlage jeder beraterischen Intervention bildet eine tragfähige therapeutische Beziehung zwischen Klientin und Klinischen Sozialarbeiter.

Wird das Case Management in den Kontext einer Handlungstheorie Klinischer Sozialarbeit gestellt, kommt dem Aspekt der psycho-sozialen Beratung eine Schlüsselfunktion zu. Dies wird insofern ersichtlich, da die Akzentuierung von Beratungs- bzw. Psychotherapieelementen konstituierend für ein Klinisches Case Management, wie es in Kapitel 5 dargestellt wird, sind.

Wie aufgezeigt, charakterisiert sich das Klinische Case Management durch die Verbindung von therapeutischem Vorgehen mit dem Systembezug des Case Management. Elemente von Psychotherapie

und Beratung werden mit denen des Case Managements mit dem Ziel kombiniert, dass sich die Klienten funktional in den Handlungssystemen ihres Lebensführungssystems bewegen können.

Kennzeichnend für das Klinische Case Management ist sein Bezug auf ein extrem belastetes Klientel, woraus eine hohe Versorgungsintensität ebenso erwächst wie die Rolle des Case Managers als Therapeut und Manager.

Besonderer Fokus wird im Klinischen Case Management auf die Beziehungsebene gelegt. Sie bildet das Fundament jeder Intervention. Gleichzeitig grenzt sich ein Klinisches Case Management von der klassischen Psychotherapie durch ein nicht klar abgrenzbares Beratungs- oder Therapiesetting ab. Die situativen Bedarfslagen entscheiden über die Akzentuierung von Beratungs- und Psychotherapieelementen und der mit dieser verbundenen Betonung des Beziehungsaspekts.

Gerade in einem nicht klar abgrenzbaren Beratungssetting wird ein Spannungsverhältnis deutlich, das dem Klinischen Case Management immanent zu sein scheint. Psycho-soziale Beratung, wie sie im Kontext Klinischer Sozialarbeit verortet wird, wird im Klinischen Case Management entsprechend seines Propriums konzeptualisiert. Sie bildet einen Teil der Interventionen im Case Management und steht damit, bezogen auf das Gesamtvorgehen, in einer spezifischen Funktion. Um die Rolle einer psycho-sozialen Beratung im Klinischen Case Management und dem mit ihr verbundenen Beziehungsaspekt näher beleuchten zu können, bietet es sich an, das Case Management und die psycho-soziale Beratung aus der Perspektive des Konzepts sozialer Unterstützung heraus zu betrachten.

Zunächst ist das Klinische Case Management als formale Hilfe an der Schnittstelle zwischen informeller und formeller Hilfe anzusiedeln. Es scheint hier, mit dem Element einer psycho-sozialen Beratung, als ein Unterstützungsdimension unter anderen informellen und formellen Unterstützungsdimensionen auf. Die Ausgangssituation, informelle oder formelle Hilfe anzunehmen, ist dadurch gekennzeichnet, dass eine Situation die Lösungskompetenzen und -möglichkeiten einer Person übersteigen, wodurch diese Hilfe benötigt. Es etabliert sich eine asymmetrische Beziehung zwischen Hilfeempfänger und Helfenden

Im Klinischen Case Management steht auf der einen Seite ein Vorgehen im Rahmen psychotherapeutischer Theorie- und Methodenentwicklung, insbesondere hinsichtlich der Beziehungsgestaltung. Auf der anderen Seite werden durch die Vernetzungs- und Brückenfunktion des Case Management Aspekte eines Netzwerkmanagements betont. Damit kann ein hoher Grad an Lebensweltbezug angenommen werden, wodurch die Beziehungsgestaltung multiplexen Charakter annimmt. Hier zeigt sich eine Parallele zu Beziehungsqualitäten im informellen Rahmen. Darin unterscheiden sich das Klinische Case Management und die in ihm anzusiedelnde Beratung sodann von einer klar abgrenzbaren

institutionalisierten psycho-sozialen Beratung oder Psychotherapie. Deren Beziehungsgestaltung ist charakterisiert durch einen uniplexen Charakter. Sie ist auf einige wenige Funktionen im Rahmen einer Therapie beschränkt. Diesen Sachverhalt beschreiben Williams und Schwartz (1998), wenn sie zu einer Rollenklärung im Rahmen des Klinischen Case Managements hinweisen.

Grundsätzlich ist die Beziehungsgestaltung von Rollenerwartungen geprägt, die das Interaktionsverhalten bestimmen. Mit zunehmender Etablierung einer tragfähigen Beziehung wird das Beziehungsverhalten von Beziehungsschemata geleitet. Diese sind das Ergebnis des Zusammenspiels des Selbstbilds einer Person mit dem Bild über die Bezugsperson und den Beziehungsskripts. Da die Beziehungsgestaltung vor diesem Hintergrund von psychischen Determinanten einer Person abhängt, bietet die Bindungstheorie und das mit ihr verbundene Konzept der Feinfühligkeit wichtige Hinweise für eine tragfähige Beziehungsgestaltung im professionellen Kontext.

Eine psycho-soziale Beratung im Kontext des Klinischen Case Management zielt im Sinne der Systematisierung im Rahmen netzwerkorientierter Interventionen in einem ersten Schritt auf die individuelle Ebene sozialer Netzwerke. Sie nimmt die Funktion ein, die Klientin dabei zu unterstützen, sich in ihren sozialen Netzwerken zu bewegen. In den Netzwerken vorhandene Unterstützungspotentiale sollen von der Klientin identifiziert und nutzbar gemacht werden. Damit ist unmittelbar das Mobilisierungsverhalten angesprochen. Dieses wird als funktioneller Teil des Bewältigungsverhaltens verstanden. Das Mobilisierungsverhalten ist besonders vom Bindungsstil einer Person beeinflusst, weshalb dieser ebenso wie der Selbstwert einer Person im Fokus einer psycho-sozialen Beratung aufscheint. Aus Sicht eines an den Leitwerten Sozialer Arbeit ausgerichteten Case Management wird durch eine psycho-soziale Beratung und insbesondere durch eine theoriegeleitete Beziehungsgestaltung das Prinzip des Empowerments umgesetzt. Eine Beratung dient damit der Zielstellung, die Problem- und Selbststeuerungsfähigkeit der Klienten (wieder-) herzustellen, indem intrapersonelle Ressourcen und Kompetenzen reaktiviert oder neu aufgebaut werden.

Auf der anderen Seite, ist eine psycho-soziale Beratung im Sinne einer systemischen Beratung auf die Beziehungen des Klientensystems ausgerichtet. Potentielle und tatsächliche Unterstützer sollen durch sie zu einer funktionalen Unterstützung befähigt werden. Ebenso werden problematische und konflikthafte Beziehungen bearbeitet.

Grundsätzlich durchziehen Elemente einer psycho-sozialen Beratung, insbesondere in Form einer therapeutischen Beziehungsgestaltung, den gesamten Case-Management-Prozess. Die Phase des Linking macht es erforderlich, die Anteile der psycho-sozialen Beratung im Rahmen des Klinischen Case Managements durch den Case Manager explizit zu benennen. Wie sich dies vollzieht ist wiederum von der hilfesystemischen Zielrichtung des Klinischen Case Management abhängig.

Kusch und Kanth (2006) zeigen mit ihrer Einbettung eines klinisch ausgerichteten Case Managements im Versorgungssystem dessen Funktion im Vorfeld, während und nach einer Psychotherapie. Beraterische Elemente werden dabei insbesondere vor und nach einer Psychotherapie akzentuiert. Im Rahmen des Case Management wird durch Aufklärung und Psychoedukation für eine psychotherapeutische Unterstützung motiviert. An dieser Stelle findet sich ein Einbezug von Elementen einer kognitiv-behavioral ausgerichteten Psychotherapie. Die Hilfen werden im Rahmen eines klinisch ausgerichteten Case Managements koordiniert, wobei sich die Bedarfslagen im Hilfeverlauf ändern, was auf Seiten des Case Managements eine Methodenanpassung nach sich zieht. Das sich im Verlauf einer Psychotherapie stabilisierende Verhalten führt zu einer erhöhten Eigenaktivität des Klienten. Sie wird durch das Case Management unterstützt. Nach einer Psychotherapie geht es im Rahmen des Case Management um eine Stabilisierung des Klientenverhaltens durch Kontakt- und Beratungsgespräche.

6.2.3 Impulse des Klinischen Case Management für eine Soziale Therapie

Soziale Therapie wird von Pauls (2011) als methodische Umsetzung Klinischer Sozialarbeit verstanden. Gegenstand der Interventionen im Rahmen der Sozialen Therapie bilden individuelles Leid, dessen soziale Bedingtheit und soziale Auswirkungen.

Eine Soziale Therapie integriert verschiedene Wissensbestände mit dem Ziel der Erhöhung einer fallspezifischen Handlungskompetenz. Grundsätzlich handelt es sich in ihrem Rahmen um ein dialogisches Hilfegeschehen, indem Problembeschreibungen und Lösungsvorschläge verschiedener Fallbeteiligter zusammengeführt und ausgehandelt werden. Charakteristisch für eine Soziale Therapie ist deren Ressourcenorientierung zur Erschließung und Mobilisierung klientärer Selbsthilfepotentiale. Basis der in ihr verorteten psycho-sozialen Methodik stellt eine therapeutische Bindungsbeziehung dar. Die Interventionen zielen einerseits auf die Beeinflussung des Erlebens und Verhaltens mit dem Ziel einer bedürfnisbefriedigende Erfahrungen ermöglichen Einbindung des Individuums in seine Handlungssysteme durch dieses selbst. Andererseits geht es darum, die Bedingungen in diesen so zu beeinflussen, dass in ihnen eine legitime Bedürfnisbefriedigung möglich ist. Daher gehen Interventionen im Rahmen einer Sozialen Therapie über die individuelle Ebene netzwerkorientierter Interventionen hinaus, indem die Fähigkeiten von Personen, die als (potentielle) Unterstützer aufscheinen, so gefördert werden, dass diese soziale Unterstützung leisten können. Hierin zeigt sich zusammen mit dem Aspekt der interdisziplinären Kooperation die Systemkomponente Sozialer Therapie. Unterstützungspotentiale, seien sie nun informeller oder formeller Art, werden im Sinne der Sozialraumorientierung fallunspezifisch akquiriert, um sie dann fallspezifisch einer Verwendung zuzuführen. Steue-

rungsprinzip Sozialer Therapie stellen dabei nicht organisations- und hilfesystembezogene Sachzwänge dar, sondern die Alltagskompetenzen der Klienten und ihrer sozialen Umwelt.

Wird eine Soziale Therapie in Bezug zu einem Klinischen Case Management gesetzt, fällt der hohe Grad an Übereinstimmung beider Konzepte auf. Soziale Therapie und Klinisches Case Management konzeptualisieren beide eine Methodenanwendung vor dem Hintergrund des bifokalen Behandlungsverständnisses Klinischer Sozialarbeit. Hierbei verweist ein Klinisches Case Management auf die Notwendigkeit der Platzierung im System. Diese ist die Voraussetzung, um die im Konzept entsprechend seiner theoretischen Bezüge verorteten Methoden umzusetzen. Soziale Therapie und Klinisches Case Management zeichnen sich beide gerade dadurch aus, dass sie zwar eine psycho-soziale Beratung besonders akzentuieren, aber zugleich mit den natürlichen und künstlichen sozialen Netzwerken in die ein Klient eingebunden ist oder eingebunden werden soll arbeiten. Hierin grenzen sich beide Konzepte von einer (institutionalisierten) psycho-sozialen Beratung und (Richtlinien-) Psychotherapie ab. Das Arrangement des Hilfegeschehens selbst ist als Behandlung zu verstehen. Psycho-soziale Beratung bildet einen wichtigen, aber nicht alleinigen Schauplatz der Intervention. Sie ist ein methodischen Element unter anderen und wird bedarfsbezogen mehr oder minder akzentuiert. Hintergrund der Anordnung der verschiedenen Hilfeleistungen bildet das handlungstheoretische Wissen Klinischer Sozialarbeit. Neben den Parallelen bezüglich der Zielstellungen Sozialer Therapie und Klinischen Case Management weist die Strukturierung des Hilfegeschehens ebenfalls parallelen auf: Auf Grundlage einer Situationsanalyse, im Sinne einer psycho-sozialen Diagnostik, werden Probleme benannt und Ziele formuliert. Diese werden durch Ressourcenakquirierung versucht zu realisieren.

6.3 Konklusion

Klinische Sozialarbeit fokussiert ein Behandlungsverständnis, mit dem verschiedene Ebenen natürlicher und künstlicher sozialer Netzwerke angesprochen sind. Dieses schlussfolgert sich aus seiner theoretischen Fundierung im Rahmen seines Beschreibungs- und Erklärungswissens. Dieses dient als Wissensbasis für die Bewertung von Problemen sowie der Formulierung von Zielen. Die Problem- und Zielformulierungen bilden die Grundlage einer begründeten Methodenentwicklung und -anwendung.

Die Interventionsformen Klinischer Sozialarbeit können im Rahmen netzwerkorientierter Interventionen systematisiert werden. Diese umfassen Interventionen in Richtung des Individuums in Form der Beeinflussung psychischer Dispositionen. Hierbei stehen Wahrnehmungs- und Bewertungsschemata von Personen im Fokus. Ziel ist auf Seiten des Individuums eine Integration in relevante Lebensführungssysteme zu ermöglichen. Auf sozialsystemischer Ebene geht es um das Arrangement der sozialen

len Beziehungen entsprechend dem Konzept sozialer Unterstützung mit dem Ziel, innerhalb relevanter Handlungssysteme die Voraussetzungen für eine funktionale Integration zu schaffen. Hierbei zeigt sich eine Verschränkung von Individuums- und Systemperspektive im Mobilisierungsverhalten einer Person. Durch Interventionen auf individueller Ebene soll eine Person dazu befähigt werden, soziale Unterstützung wahrzunehmen und zu nutzen. Gleichzeitig wirkt soziale Unterstützung auf das Kompetenz- und Bewältigungsverhalten der Klientin. Neben natürlichen Netzwerken schließt ein klinisch-sozialarbeiterisches Behandlungsverständnis künstliche Netzwerke, in Form der Organisationen des Hilfesystems, mit ein. In diese Richtung braucht es daher Kooperation über unterschiedliche Professionen hinweg durch ein geplantes Netzwerkmanagement.

Blickt man auf das Case Management, kommt dieses zuvorderst der Forderung einer umfassenden und dauerhaften Versorgung in einem desintegrierten und desinstitutionalisierten Hilfesystem nach. Hierbei steht grundsätzlich der Klient mit seinen Bedarfen im Mittelpunkt. Diese werden im Rahmen des Case Management ermittelt und Ziele daraus abgeleitet. Im Sinne dieser Ziele werden privatlebensweltliche und institutionalisierte-formelle Hilfeangebote arrangiert.

Als ein relativ offenes Handlungskonzept bietet ein Case Management die Möglichkeit verschiedene Interventionsformen zu integrieren und miteinander zu kombinieren. Deutlich wird dies im Zusammenhang des US-amerikanischen „Clinical Case Management“. Dieses vereint Managementaspekte mit Aspekten der Psychotherapie und Beratung. Somit erweitert sich die Koordinations- und Kooperationskomponente des Case Management um am Individuum orientierte Interventionen.

In der Verschränkung von Interventionen in Richtung Individuum unter gleichzeitiger Betonung von Managementfunktionen, zeigt sich ein hoher Passungsgrad des Case Management mit der Zielsetzung netzwerkorientierter Interventionen im Kontext Klinischer Sozialarbeit. Die in ihren Rahmen systematisierten Methoden können in Bezug zu einem Case Management gesetzt werden. In diesem werden sie entsprechend seiner Leitwerte konzeptualisiert. Indem die Leitwerte an eine handlungstheoretische Wissensbasis Klinischer Sozialarbeit rückgebunden sind, erfährt das Case Management seine Legitimation als Klinisches Case Management.

Die theoretischen Positionen wirken in die Methodenanwendung und deren Akzentuierung im Hilfe geschehen zurück. Durch die Verbindung mit den handlungstheoretischen Wissensbeständen Klinischer Sozialarbeit auf Ebene einer allgemeinen normativen Handlungstheorie etabliert sich ein hoher Grad an Passung, da sich ein konsistentes und theoriegeleitetes Vorgehen im Rahmen des Klinischen Case Management ergibt. Psycho-soziale Diagnostik und Beratung können im Sinne eines klinisch-sozialarbeiterischen Verständnisses im Rahmen des Klinischen Case Management institutionsbezogen umgesetzt werden.

Ein an einer Handlungstheorie Klinischer Sozialarbeit ausgerichtetes Klinisches Case Management erfüllt die Anforderungen eines bifokalen Behandlungsverständnisses. Es konzeptualisiert, entsprechend dem Proprium des Case Management, fall- und systembezogen Individuum- und Sozialsystemorientierung Klinischer Sozialarbeit. Voraussetzung dazu ist eine hilfesystemische Implementation die ein agieren im Sinne der Grundpositionen Klinischer Sozialarbeit ermöglicht.

Für ein Case Management geht eine Ausrichtung an einer Handlungstheorie Sozialer Arbeit mit einer Konturierung seiner Leitwerte einher. An der Sozialen Arbeit ausgerichtete Leitwerte des Empowerment und der Ressourcenaktivierung, werden nochmals hinsichtlich des Gegenstandsbereichs Klinischer Sozialarbeit spezifiziert. Ein so ausgerichtetes Case Management zeigt eine hohe Bedeutung der Advocacy-Funktion, womit es als klientenorientiertes Case Management zu klassifizieren ist.

Damit wird die Frage aufgeworfen, inwieweit die Steuerungskomponente des Case Management durch ein Klinisches Case Management beansprucht wird. Es geht hierbei besonders darum, durch welche Form der Initiation die Leitwerte des Klinischen Case Managements effektiv umgesetzt werden, ohne die System- und Steuerungskomponente zu vernachlässigen. Ein Klinisches Case Management ist entsprechend der Intention des Case Management im System platziert. Eine Implementation richtet sich nach den Leitwerten, die sich aus einer Handlungstheorie Klinischer Sozialarbeit ergeben. Aufgrund der hohen Klientenbezogenheit ist von einer kooperativ ausgerichteten Steuerungskomponente auszugehen. Dadurch ist eine sozialräumliche Orientierung mit einer Bedeutung der fallunspezifischen Vorhaltung von Unterstützungspotentialen anzunehmen. Sie nimmt diesbezüglich eine Schlüsselfunktion ein.

Insgesamt zeigt sich ein hoher Grad an Entsprechung zwischen einem Klinischen Case Management und der methodischen Umsetzung Klinischer Sozialarbeit, wie sie im Rahmen einer Sozialen Therapie gefordert wird. Besonders im Zusammenhang mit dieser wird deutlich, dass ein bifokales Behandlungsverständnis Klinischer Sozialarbeit eine konzeptionelle Integration verschiedener methodischer Elemente bedarf. Sie definieren sich in Abhängigkeit zum definierten Gegenstand Klinischer Sozialarbeit. Fallbezogen bedarf es der Ausrichtung an der konkreten Problemstellung. Gleichzeitig darf daraus nicht der Fehlschluss gezogen werden, Klinisches Case Management oder Soziale Therapie wären an sich alleinige Umsetzung Klinischer Sozialarbeit. Vielmehr umfasst das disziplinäre Feld der Klinischen Sozialarbeit die Wissensbestände in Bezug auf die komplexen Austauschprozesse zwischen Individuum und seiner sozialen Umwelt im Sinne des Person-in-Environment-Paradigmas.

Im Gegensatz zum herkömmlichen Case Management fokussiert Klinisches Case Management explizit eine therapeutische Beziehungsgestaltung sowie eine psycho-soziale Beratung. Der Case-Management-Prozess wird maßgeblich von der theoretischen Fundierung des Klinischen Case Managements her bestimmt, ohne dabei die Klientin mit ihren Beschreibungen und Bedarfsformulierungen zu vernachlässigen.

7. Abschließende Betrachtungen

Die vorliegende Arbeit beleuchtete das Case Management im Rahmen Klinischer Sozialarbeit. Besonders wurde das Verhältnis des Case Management zu anderen Interventionsformen Klinischer Sozialarbeit betrachtet. Es wurde deutlich, dass die Betrachtung eine theoretische Basis benötigt auf der sie stattfindet. Dabei zeigte sich, dass vor dem Hintergrund einer allgemeinen normativen Handlungstheorie und der auf dieser Ebene zu verortenden Wissensbestände Klinischer Sozialarbeit, sich ein als klinisch zu spezifizierendes Case Management etabliert. Im Rahmen Klinischer Sozialarbeit lässt sich dieses den Netzwerkorientierten Interventionen zuordnen.

Die theoretische Fundierung des Klinischen Case Management wirkt auf dessen Institutionalisierung im Rahmen seiner organisationalen und hilfesystemischen Implementation. Ein klinisch-sozialarbeiterisches Behandlungsverständnis würde dadurch im System platziert. Dies ist wiederum die Voraussetzung um mit dem System zu arbeiten. Dabei zeigt sich eine Entsprechung des Klinischen Case Management mit den Prinzipien einer Sozialen Therapie.

Im Verlauf der Arbeit kristallisierte sich das SPSA als theoretisches Bezugssystem zur Reflexion des Case Management im Rahmen Klinischer Sozialarbeit heraus. Dieses untermauert, durch die in seinem Kontext stattfindende Verbindung von individuum- und soziozentrierten Paradigma, den doppelten Fokus Klinischer Sozialarbeit hinsichtlich Diagnostik und Behandlung. Die auf- und absteigenden Verschränkungen über die bio-psycho-sozialen Ebenen hinweg werden im Rahmen eines Psychobiologischen Erkenntnis- und Handlungsmodell des Menschen und einer Theorie über soziale Systeme im SPSA zusammengeführt. Gegenstand Sozialer Arbeit sind soziale Probleme. Sie werden vor dem Hintergrund einer biopsychosozialen Theorie menschlicher Bedürfnisse beschrieben und erklärt. Auf objekttheoretischer Ebene bieten sich zur Erklärung von Störung und Krankheit Konzeptionen über Stress an. Diese können durch Annahmen über Prozesse sozial-kultureller und psychischer Ordnungsbildung auf Basis einer strukturellen Kopplung innerer und äußerer Kreiscausalitäten konkretisiert werden. Ergänzt wird dieses Wissen durch Störungskonzeptionen verschiedener psychotherapeutischer Paradigmen.

Die in dieser Arbeit vorgenommene Systematisierung der Wissensbestände Klinischer Sozialarbeit hinsichtlich eines Beschreibungs- und Erklärungswissen und der sich aus dieser ableitenden Bewertung und Zielsetzung sowie Methodenanwendung, sind als Skizzierung zu betrachten. Meines Erachtens, muss eine Systematisierung von Wissensbeständen auf Ebene der allgemeinen normativen Handlungstheorie im Rahmen Klinischer Sozialarbeit explizit bearbeitet werden. Wie die Arbeit zeigt, konkretisiert dies ein methodisches Vorgehen. Gerade die im SPSA stattfindende Integration

verschiedener Wissensbestände unterschiedlicher Disziplinen, bietet die Möglichkeit, das Handlungswissen Klinischer Sozialarbeit zu konkretisieren und in ein methodisches Vorgehen umzusetzen.

Hierbei zeigt sich meiner Meinung nach, insbesondere hinsichtlich des Gegenstands Klinischer Sozialarbeit, Klärungsbedarf. Offensichtlich wird dies, wenn es um die Indikation einer Sozialen Therapie und des Klinischen Case Managements geht. Die Beantwortung dieser Fragestellung würde zu einer Konturierung Klinischer Sozialarbeit führen.

Ähnlicher Handlungsbedarf zeigt sich in Richtung des Case Management. Die Gegenüberstellung der verschiedenen theoretischen Bezugsrahmen, in denen ein Case Management im Rahmen Sozialer Arbeit eingebettet werden kann, macht deutlich, dass dieses in seiner Ausgestaltung von den Annahmen des theoretischen Bezugssystems beeinflusst wird. Soll Case Management im Rahmen Sozialer Arbeit deren wissenschaftlichen Ansprüchen genügen, braucht es dessen theoretische Fundierung. Diese wirkt auf die Implementation eines Case Management. Es stellt somit im Falle Sozialer Arbeit kein inhaltsneutrales Konzept dar. Seine Charakteristika, und das wurde deutlich, stehen in einem Passungsverhältnis einer methodischen Umsetzung Sozialer Arbeit wie auch der Klinischen Sozialarbeit im Besonderen. Voraussetzung ist jedoch eine Rückbindung des Handlungskonzepts an eine Theoriebildung (Klinischer) Sozialer Arbeit.

Literaturverzeichnis

- Ansen, H. (2008). Soziale Beratung in der Klinischen Sozialarbeit und ihr spezifischer Behandlungsbeitrag bei Krankheit. In K. Ortmann & D. Röh (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Konzepte - Praxis - Perspektiven* (S. 51–70). Freiburg, Breisgau: Lambertus.
- Balancio, E. F. (1994). Clinical Case Management. In R. W. Surber (Hrsg.), *Clinical Case Management. A guide to comprehensive treatment of serious mental illness* (Sage focus editions, Bd. 167, S. 21–41). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Bebout, R. (1993). Contextual Case Management: Restructuring the Social Support Networks of Seriously Mentally Ill Adults. In M. Harris & H. C. Bergman (Hrsg.), *Case management for mentally ill patients. Theory and practice* (Bd. 1, S. 59–82). Langhorne: Harwood.
- Bianco, P., Muhl, R. & Palm Fiechter, R. (2007). Wann ist Case Management? Schlussfolgerungen einer empirischen Untersuchung aus der Schweiz unter Einbezug ethischer Prämissen. *Case Management*, 4 (1), 30–34.
- Binner, U. & Ortmann, K. (2008). Klinische Sozialarbeit als Sozialtherapie. In K. Ortmann & D. Röh (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Konzepte - Praxis - Perspektiven* (S. 71–88). Freiburg, Breisgau: Lambertus.
- Bohrke-Petrovic, S. (2007). Beratung im Case Management. Möglichkeiten und Grenzen am Beispiel der Beschäftigungsförderung. *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 154 (3), 89–91.
- Brinkmann, V. (2010). Sozialökonomische Funktionen und Systemfragen des Managements. In V. Brinkmann (Hrsg.), *Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen* (2. Aufl., S. 3–20). Wiesbaden: Gabler.
- Budde, W. & Früchtel, F. (2010). Sozialraum - mehr als drei Dimensionen. Grundlagen des Konzepts Sozialraumorientierung und Handlungsmöglichkeiten für die Sozialpsychiatrie. *Soziale Psychiatrie*, 34. Jahrgang (2), 7–12.
- Dehmel, S. (2008). Klinische Sozialarbeit als professionelle soziale Unterstützung. In K. Ortmann & D. Röh (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Konzepte - Praxis - Perspektiven* (S. 17–34). Freiburg, Breisgau: Lambertus.
- Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. [DGCC] (Hrsg.). (2011). *Rahmenempfehlungen zum Handlungskonzept Case-Management* (2. Aufl.). Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Doizer, M. (1993). Tailoring Clinical Case Management: The Role of Attachment. In M. Harris & H. C. Bergman (Hrsg.), *Case management for mentally ill patients. Theory and practice* (Bd. 1, S. 41–58). Langhorne: Harwood.
- Egger, J. W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*, 16 (2), 3–12.
- Ewers, M. (2005a). Case Management im Schatten von Managed Care: Sozial- und gesundheitspolitische Grundlagen. In M. Ewers (Hrsg.), *Case Management in Theorie und Praxis* (2. Aufl., S. 29–52). Bern: Huber.
- Ewers, M. (2005b). Das anglo-amerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen. In M. Ewers (Hrsg.), *Case Management in Theorie und Praxis* (2. Aufl., S. 53–90). Bern: Huber.

- Ewers, M. & Schaeffer, D. (2005). Einleitung: Case Management als Innovation im deutschen Sozial- und Gesundheitswesen. In M. Ewers (Hrsg.), *Case Management in Theorie und Praxis* (2. Aufl., S. 7–28). Bern: Huber.
- Faß, R. (2010). Systemsteuerung im Case Management. In V. Brinkmann (Hrsg.), *Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen* (2. Aufl., S. 39–80). Wiesbaden: Gabler.
- Faß, R. & Kleve, H. (2010). Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit - ein Dialog. *Case Management*, 7 (Sonderheft Soziale Arbeit), 22–26.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2007). Beziehungsgestaltung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Klinische Sozialarbeit Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 3 (4), 9–10.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Beuter, S., Fischer, S. & Rönnau-Böse, M. (2010). Resilienzförderung - eine Grundorientierung für sozialarbeiterisches und -pädagogisches Handeln. In B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit - Risiko, Resilienz und Hilfe* (Bd. 3, 1. Aufl., S. 42–53). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Gahleitner, S. B. (2007). Überlegungen zur Bindungstheorie als Ausgangspunkt für eine professionelle Beziehungsgestaltung in der Sozialen Arbeit. *Klinische Sozialarbeit Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 3 (4), 4–6.
- Gahleitner, S. B., Buttner, P. & Röh, D. (2010). Psychosoziale Diagnostik. *Klinische Sozialarbeit Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 6 (3), 8–9.
- Gahleitner, S. B. & Pauls, H. (2013). Biopsychosoziale Diagnostik als Voraussetzung für eine klinisch-sozialarbeiterische Interventionsgestaltung: Ein variables Grundmodell. In S. B. Gahleitner (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnostik* (Bd. 5, S. 61–77). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Gahleitner, S. B. & Vogt, M. (2010). Psychosoziale Beratung - Eine Bestandsaufnahme. *Klinische Sozialarbeit Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 6 (3), 9.
- Gahleitner, S. B. (2011). Das Therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kinder und Jugendlichen. *Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Geiser, K. (2009). Problem- und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung in die Systemische Denkfigur und ihrer Anwendung (4. überarbeitete Auflage). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag; Interact.
- Geißler-Piltz, B. & Pauls, H. (2005). *Klinische Sozialarbeit: Warum und Wozu?* In B. Geißler-Piltz (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnosen und Behandlung in Arbeitsfeldern der klinischen Sozialarbeit* (Bd. 1, S. 10–25). Münster: Lit-Verlag.
- Gissel-Palkovich, I. (2010a). Case Management - Chancen und Risiken für die Soziale Arbeit und Aspekte seiner Implementierung in soziale Organisationen. In V. Brinkmann (Hrsg.), *Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen* (2. Aufl., S. 121–148). Wiesbaden: Gabler.
- Gissel-Palkovich, I. (2010b). Pro Case Management in der Sozialen Arbeit - es gibt keine einfachen Antworten. *Case Management*, 7 (Sonderheft Soziale Arbeit), 8–10.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Großmaß, R. (2007). Beziehungsgestaltung in der Beratung. *Klinische Sozialarbeit Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 3 (4), 7–10.

- Hansen, E. (2006). Das Case/Care Management. In M. Galuske (Hrsg.), *Vom Fall zum Management. Neue Methoden der sozialen Arbeit (Blickpunkte sozialer Arbeit, Bd. 5, 1. Aufl., S. 17–36)*. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Harris, M. & Bergman, H. C. (Hrsg.). (1993). *Case management for mentally ill patients. Theory and practice (Bd. 1)*. Langhorne: Harwood.
- Haskamp, B. (2012). Zur Debatte um einen Paradigmenwechsel zur Beziehung im Case Management. In G. Steins (Hrsg.), *Psychologie und Case Management in der Sozialen Arbeit (S. 19–33)*. Lengerich [u.a.]: Pabst Science Publishers.
- Herrle, J. (1998). Soziale Unterstützungsnetzwerke im psychotherapeutischen Kontext. In B. Röhrle & G. Sommer (Hrsg.), *Netzwerkintervention (Bd. 2, S. 51–76)*. Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Hiebinger, I. (2005). Die sozialökologische Orientierung als Domäne Sozialer Arbeit. In G. Gehrmann & K. D. Müller (Hrsg.), *Aktivierende soziale Arbeit mit nicht motivierten Klienten (1. Aufl., S. 41–82)*. Regensburg [u.a.]: Walhalla-Fachverlag
- Klauer, T. & Winkeler, M. (2005). Mobilisierung sozialer Unterstützung: Konzepte, Befunde und Interventionsansätze. In U. Otto & P. Bauer (Hrsg.), *Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Band 1: Soziale Netzwerke in Lebenslauf- und Lebenslagenperspektive (Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung, Bd. 11, S. 157–180)*. Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Kleve, H. & Haye, B. (2005). Die sechs Schritte helfender Kommunikation als eine methodische Grundlage Klinischer Sozialarbeit. In B. Geißler-Piltz (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnosen und Behandlung in Arbeitsfeldern der klinischen Sozialarbeit (Bd. 1, S. 75–100)*. Münster: Lit-Verlag.
- Kleve, H. (2007). *Postmoderne Sozialarbeit*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Kleve, H. (2009a). Dreidimensionales Case Management - Verfahren, Methode, Haltung. *Sozialmagazin*, 34 (7/8), 58–73.
- Kleve, H. (2009b). Konstruktivismus und Soziale Arbeit. Einführung in Grundlagen der systemisch-konstruktivistischen Theorie und Praxis (Lehrbuch, 3. Aufl.). Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kleve, H., Müller, M. & Hampe-Grosser, A. (2010). Der Fall im System - die Organisation des Systemischen Case Managements. In V. Brinkmann (Hrsg.), *Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen (2. Aufl., S. 21–38)*. Wiesbaden: Gabler.
- Kleve, H. (2011). Case Management. Eine methodisch Perspektive zwischen Lebensweltorientierung und Ökonomisierung Sozialer Arbeit. In H. Kleve, B. Haye, A. Hampe-Grosser & M. Müller (Hrsg.), *Systemisches Case-Management. Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit (3. Aufl., S. 41–57)*. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag.
- Kleve, H. (2011a). Eine methodische Perspektive zwischen Lebensweltorientierung und Ökonomisierung Sozialer Arbeit. In H. Kleve, B. Haye, A. Hampe-Grosser & M. Müller (Hrsg.), *Systemisches Case-Management. Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit (3. Aufl., S. 41–57)*. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag.

- Kleve, H. (2011b). Methodische Grundlagen Sozialer Arbeit. Eine fragmentarische Skizze. In H. Kleve, B. Haye, A. Hampe-Grosser & M. Müller (Hrsg.), Systemisches Case-Management. Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit (3. Aufl., S. 16–40). Heidelberg: Carl-Auer-Verlag.
- Kleve, H., Haye, B., Hampe-Grosser, A. & Müller, M. (Hrsg.). (2011). Systemisches Case-Management. Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit (3. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer-Verlag.
- Klug, W. (2005). Case Management im US-amerikanischen Kontext. Anmerkungen zur Bilanz und Folgerungen für die deutsche Sozialarbeit. In P. Löcherbach, W. Klug, R. Remmel-Faßbender & W. R. Wendt (Hrsg.), Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit (3. Aufl., S. 40–66). München [u.a.]: Reinhardt.
- Kohlhoff, L. (2012). Soziale Arbeit und Sozialmanagement. In R. Bieker & E. Vomberg (Hrsg.), Management in Der Sozialen Arbeit (S. 11–33). Kohlhammer Verlag.
- Krauß, J. (2006). Methoden der Sozialen Arbeit - Stellenwert, Überblick und Entwicklungstendenzen. In M. Galuske (Hrsg.), Vom Fall zum Management. Neue Methoden der sozialen Arbeit (Blickpunkte sozialer Arbeit, Bd. 5, 1. Aufl., S. 119–132). Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Krieger, W. (2010). Die Pluralität systemischer Ansätze in der Sozialen Arbeit. Grundlagen, historische Linien, Entwicklungsprozesse und Forschungsperspektiven. In S. B. Gahleitner (Hrsg.), Disziplin und Profession sozialer Arbeit. Entwicklungen und Perspektiven (Bd. 1, S. 139–154). Opladen: Budrich.
- Kriz, J. (2007). Grundkonzepte der Psychotherapie (6., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz, PVU.
- Kusch, M. & Kanth, E. (2006). Klinisches Case Management für Psychotherapeuten. Forum Psychotherapeutische Praxis, 6 (1), 13–30.
- Laireiter, A.-R. (2009). Zur funktionalen Äquivalenz von Sozialer Unterstützung und Psychotherapie. In B. Röhrle & A.-R. Laireiter (Hrsg.), Soziale Unterstützung und Psychotherapie (Bd. 18, S. 123–190). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Löcherbach, P. (2003). Einsatz der Methode Case Management in Deutschland: Übersicht zur Praxis im Sozial- und Gesundheitswesen. Zugriff am 01.05.2013. Verfügbar unter http://www.pantucek.com/seminare/cm_materialien/CM_Praxis.pdf
- Löcherbach, P. (2008). Generelle Aspekte zum Case Management. In M. Müller (Hrsg.), Case Management als Brücke (Praxis, Theorie, Innovation, Bd. 4, S. 29–42). Berlin [u.a.]: Schibri-Verlag.
- Lüssi, P. (2008). Systemische Sozialarbeit. Praktisches Lehrbuch der Sozialberatung (6. Aufl.). Bern: Haupt.
- Mattejat, F. (2008). Individuelle Psychotherapie. Der Abschied von den Therapieschulen. In H. Remschmidt, F. Mattejat, A. Warnke, C. Bachmann & H. Remschmidt (Hrsg.), Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein integratives Lehrbuch für die Praxis (S. 45–52). Stuttgart: Thieme.
- McLeod, J. (2004). Counselling - eine Einführung in Beratung (Bd. 1). Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Meinhold, M. (2011). Über Einzelfallhilfe und Case Management. In W. Thole (Hrsg.), Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch (4. Aufl., 2012, S. 635–648). Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.

Merten, R. (2005). Soziale Arbeit aus einer (erweiterten) Perspektive der Systemtheorie Niklas Luhmanns. In H. Hollstein-Brinkmann (Hrsg.), Systemtheorien im Vergleich. Was leisten Systemtheorien für die soziale Arbeit? ; Versuch eines Dialogs (1. Aufl., S. 35–62). Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.

Michel-Schwartz, B. (2007). Einführung: Methodenverständnis und Handlungs rationalitäten. In B. Michel-Schwartz (Hrsg.), Methodenbuch Soziale Arbeit. Basiswissen für die Praxis (S. 7–24). Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.

Miller, T. (2005). Die Störanfälligkeit organisierter Netzwerke und die Frage nach Netzwerkmanagement und Netzwerksteuerung. In U. Otto & P. Bauer (Hrsg.), Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Band 2: Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive (Bd. 12, S. 105–126). Tübingen: dgvt-Verlag.

Morales, C. E. (1994). Advocacy and Case Management. In R. W. Surber (Hrsg.), Clinical case management. A guide to comprehensive treatment of serious mental illness (Sage focus editions, Bd. 167, S. 121–138). Thousand Oaks: Sage Publications.

Müller, K. D. & Gehrman, G. (2005). "Person-in-Environment" - das professionelle Konzept der Sozialen Arbeit. In G. Gehrman & K. D. Müller (Hrsg.), Aktivierende soziale Arbeit mit nicht motivierten Klienten (1. Aufl.). Regensburg [u.a.]: Walhalla-Fachverlag.

Nestmann, F. (2005). Netzwerkintervention und soziale Unterstützung fördern: Effektivität und Maximen der Nachhaltigkeit. In U. Otto & P. Bauer (Hrsg.), Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Band 1: Soziale Netzwerke in Lebenslauf- und Lebenslagenperspektive (Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung, Bd. 11, S. 131–156). Tübingen: Dgvt-Verlag.

Neuffer, M. (2009). Case-Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien (4. Aufl.). Weinheim: Juventa-Verlag.

Neuffer, M. (2010). Sozialarbeitswissenschaft und Case Management - eine (notwendige) Kontroverse und Perspektive. In S. B. Gahleitner (Hrsg.), Disziplin und Profession sozialer Arbeit. Entwicklungen und Perspektiven (Bd. 1, S. 115–124). Opladen: Budrich.

Neuffer, M. (2013a). Case Management - ein Konzept für die Soziale Arbeit?! Sozialmagazin, 38 (1).

Neuffer, M. (2013b). Case-Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien (Grundlagentexte soziale Berufe, 5. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.

Ningel, R. (2011). Methoden der Klinischen Sozialarbeit. Bern: Haupt.

Obrecht, W. (2005). Ontologischer, Sozialwissenschaftlicher und Sozialarbeitswissenschaftlicher Systemismus - Ein integratives Paradigma. In H. Hollstein-Brinkmann (Hrsg.), Systemtheorien im Vergleich. Was leisten Systemtheorien für die soziale Arbeit? ; Versuch eines Dialogs (1. Aufl., S. 93–172). Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.

Obrecht, W. (2009a). Die Struktur professionellen Wissens. Ein integrativer Beitrag zur Theorie der Professionalisierung. In R. Becker-Lenz (Hrsg.), Professionalität in der Sozialen Arbeit (S. 47–72). Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.

- Obrecht, W. (2009b). Probleme der Sozialen Arbeit als Handlungswissenschaft und Bedingungen ihrer kumulativen Entwicklung. In B. Birgmeier & E. Mührel (Hrsg.), *Die Sozialarbeitswissenschaft und ihre Theorie(n). Positionen, Kontroversen, Perspektiven* (1. Aufl., S. 113–130). Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ortmann, K. (2006). Beratung in der Klinischen Sozialarbeit. *Klinische Sozialarbeit Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 2 (Online-Sonderausgabe), 23.
- Pantucek, P. (2006). Soziale Diagnose. *Klinische Sozialarbeit Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 2 (2), 4–8.
- Pauls, H. & Hahn, G. (2008). Bezugspunkte Klinischer Sozialarbeit. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder* (Bd. 1, 1. Aufl, S. 22–43). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Pauls, H. (2011). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (1. Aufl.). Weinheim: Juventa Verlag.
- Pauls, H. (2012). Generalistische und Klinische (Fach-)Sozialarbeit. *Klinische Sozialarbeit Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 8 (1), 4–6.
- Pauls, H. (2013). Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität. *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 1 (1), 15–31. Zugriff am 07.11.2013. Verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org>
- Petermann, S. (2005). Persönliche Netzwerke: Spezialisierte Unterstützungsbeziehungen oder hilft jeder jedem? In U. Otto & P. Bauer (Hrsg.), *Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Band 1: Soziale Netzwerke in Lebenslauf- und Lebenslagenperspektive (Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung, Bd. 11)*. Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Possehl, K. (2009). Theorie und Methodik systematischer Fallsteuerung in der Sozialen Arbeit. Einführung in den Heurismus "Beurteilung der Situation mit Entschluss" (BSE). Luzern: Verl. Interact.
- Rapp, C. A. (1993). Theory, Principles, and Methods of the Strengths Model of Case Management. In M. Harris & H. C. Bergman (Hrsg.), *Case management for mentally ill patients. Theory and practice* (Bd. 1, S. 143–164). Langhorne: Harwood.
- Remmel-Faßbender, R. (2007). Beraten und steuern in der Sozialen Arbeit. *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 154 (3), 86–88.
- Remmel-Faßbender, R. (2008). Case Management - Ein Konzept zwischen fachlichen Ansprüchen Sozialer Arbeit und ökonomischen Erwartungen. In C. Spatscheck (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Ökonomisierung. Analysen und Handlungsstrategien (Praxis, Theorie, Innovation, Bd. 6, S. 26–39)*. Uckerland: Schibri-Verlag.
- Remmel-Faßbender, R. & Tafel, G. (2010). Beratung im Kontext von Case Management. *Case Management*, 7 (2), 64–72.
- Roach, J. (1993). Clinical Case Management with Severely Mentally Ill Adults. In M. Harris & H. C. Bergman (Hrsg.), *Case management for mentally ill patients. Theory and practice* (Bd. 1, S. 17–40). Langhorne: Harwood.

- Röh, D. (2008). Konzept und Methodik Sozialarbeiterischer Diagnostik in der Klinischen Sozialarbeit. In K. Ortmann & D. Röh (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Konzepte - Praxis - Perspektiven* (S. 35–50). Freiburg, Breisgau: Lambertus.
- Röhrle, B. & Sommer, G. (1998). Zur Effektivität netzwerkorientierter Interventionen. In B. Röhrle & G. Sommer (Hrsg.), *Netzwerkintervention* (Bd. 2, S. 13–50). Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Romanowski, C. (2012). Faktizität und Struktur Klinischer Sozialarbeitspraxis aus Sicht der Fachkräfte. Eine empirische Erhebung spezifischer Aspekte der aktuellen Praxissituation von FachsozialarbeiterInnen für Klinische Sozialarbeit (ZKS)" unter einer Entwicklungsperspektive. Coburg: ZKS-Verlag.
- Rüegger, C. (2012). Die soziale Dimension psychischer Krankheit und Gesundheit. Eine handlungstheoretische Wissensbasis der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie. Coburg: ZKS-Verlag.
- Schaub, H.-A. (2008). *Klinische Sozialarbeit. Ausgewählte Theorien, Methoden und Arbeitsfelder in Praxis und Forschung*; mit Tabellen (1. Aufl.). Göttingen: V & R Unipress.
- Schlittmaier, A. (2009). Normative Implikationen sozialarbeitswissenschaftlicher Theorien - Diskussionsstand, Vorschläge, Visionen. In B. Birgmeier & E. Mührel (Hrsg.), *Die Sozialarbeitswissenschaft und ihre Theorie(n). Positionen, Kontroversen, Perspektiven* (1. Aufl., S. 319–330). Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schmid, M. & Schu, M. (2011). Forschung zu Case Management: Stand und Perspektiven. In R. Wendt, P. Löcherbach, W. Baur, D. Best, S. Bohrke-Petrovic, M. Ewers et al. (Hrsg.), *Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis* (2., überarb. Aufl, S. 263–273). Heidelberg: medhochzwei.
- Schubert, H. (2005). Das Management von Akteursnetzwerken im Sozialraum. In U. Otto & P. Bauer (Hrsg.), *Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Band 2: Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive* (Bd. 12, S. 73–126). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Sickendiek, U., Engel, F. & Nestmann, F. (2008). *Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze (Grundlagentexte soziale Berufe, 3. Auflage)*. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Solèr, M. (2012). Case Management ein professionelles Handlungskonzept der Sozialen Arbeit? *Case Management*, 09 (1), 19–25.
- Sommerfeld, P., Hollenstein, L. & Calzaferri, R. (2011). *Integration und Lebensführung. Ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der sozialen Arbeit* (1. Aufl). Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Staub-Bernasconi, S. (2007). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Systemtheoretische Grundlagen und professionelle Praxis - ein Lehrbuch* (Bd. 2786, 1. Aufl.). Bern [u.a.]: Haupt.
- Staub-Bernasconi, S. (2011). *Soziale Arbeit und soziale Probleme. Eine disziplin- und professionsbezogene Bestimmung*. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (4. Aufl., 2012, S. 267–282). Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Surber, R. W. (1994). *An Approach to Care*. In R. W. Surber (Hrsg.), *Clinical case management. A guide to comprehensive treatment of serious mental illness* (Sage focus editions, Bd. 167, S. 3–20). Thousand Oaks: Sage Publications.

Trube, A. (2005). Case Management als Chancenmanagement? Zur ambivalenten Professionalisierung Sozialer Arbeit im aktivierenden Sozialstaat. In H.-J. Dahme (Hrsg.), *Aktivierende soziale Arbeit. Theorie - Handlungsfelder - Praxis (Grundlagen der sozialen Arbeit, Bd. 12, S. 88–99)*. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren.

Wendt, W. R. (2007). Sozialplanung, Caremanagement und Soziale Arbeit am Fall. Zur Erschließungsfunktion des Case Managements für die kommunale Versorgungssteuerung. In E. J. Krauß (Hrsg.), *Soziale Arbeit zwischen Ökonomisierung und Selbstbestimmung* (Bd. 4, S. 543–570). Kassel: Kassel Univ. Press.

Wendt, W. R. (2008). Case Management als "Brücke". Die Varianz in der Gestaltung des Übergangs. In M. Müller (Hrsg.), *Case Management als Brücke (Praxis, Theorie, Innovation, Bd. 4, S. 14–28)*. Berlin [u.a.]: Schibri-Verlag.

Wendt, W. R. (2009). Handlungstheorie der Profession oder Theorie der Wohlfahrt? Erörterungen zum Gegenstandsbereich der Wissenschaft Sozialer Arbeit. In B. Birgmeier & E. Mührel (Hrsg.), *Die Sozialarbeitswissenschaft und ihre Theorie(n). Positionen, Kontroversen, Perspektiven* (1. Aufl., S. 219–230). Wiesbaden: VS- Verlag für Sozialwissenschaften.

Wendt, W. R. (2010a). Abkehr und Wiederkehr. *Case Management*, 07 (1), 5–7.

Wendt, W. R. (2010b). *Case-Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung* (5. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Wendt, W. R. (2010c). Das ökosoziale Prinzip. Soziale Arbeit, ökologisch verstanden. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Wendt, W.-R. (2010d). Case und Care: was im Case Management zu besorgen ist. In V. Brinkmann (Hrsg.), *Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen* (2. Aufl., S. 151–168). Wiesbaden: Gabler.

Westhofen, R. W. (2012). Zwischen Realismus und Konstruktivismus. Beiträge zur Auseinandersetzung mit systemischen Theorien Sozialer Arbeit (Interaktionistischer Konstruktivismus, Bd. 11). Münster: Waxmann.

Williams, J. & Schwartz, M. (1998). Treatment Boundaries in the Case Management Relationship: A Clinical Case and Discussion. *Community Mental Health Journal*, 34 (3), 299–311.