

Lisa Gruber

# Case Management in der Sozialpsychiatrie

Bedarfsgerechte Versorgung von Menschen  
mit einer chronisch psychischen Erkrankung



Schriften zur psychosozialen Gesundheit

Lisa Gruber

# Case Management in der Sozialpsychiatrie

Bedarfsgerechte Versorgung von Menschen  
mit einer chronisch psychischen Erkrankung



## **Impressum**

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek:

Lisa Gruber

**Case Management in der Sozialpsychiatrie  
Bedarfsgerechte Versorgung von Menschen  
mit einer chronisch psychischen Erkrankung**

Goßmannsdorf b. Würzburg: ZKS / Verlag für psychosoziale Medien

Alle Rechte vorbehalten

© 2018 Lisa Gruber

ISBN 978-3-947502-10-3

Technische Redaktion: Meike Kappenstein

Lektorat: Tony Hofmann

Cover-Design: Leon Reicherts / Tony Hofmann

**Herausgeber der „Schriften zur psychosozialen Gesundheit“:**

Prof. Dr. Helmut Pauls

Prof. Dr. Frank Como-Zipfel

Dr. Gernot Hahn

**Anschrift Zentralverlag für Klinische Sozialarbeit /**

**Verlag für psychosoziale Medien:**

ZKS / Verlag für psychosoziale Medien

Winterhäuser Str. 13

97199 Goßmannsdorf/Ochsenfurt

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>8</b>
<b>Danksagung .....</b>	<b>9</b>
<b>1 Einleitung.....</b>	<b>11</b>
<b>2 Theoretischer Bezug .....</b>	<b>15</b>
2.1 Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen .....	15
2.1.1 Definition .....	15
2.1.2 Bedarf.....	18
2.2 Sozialpsychiatrische Versorgungslandschaft und (Klinische) Soziale Arbeit .....	21
2.2.1 Sozialpsychiatrische Versorgungslandschaft.....	21
2.2.2 (Klinische) Sozialarbeit in der Sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft .....	27
2.3 Case Management.....	29
2.3.1 Case Management und Soziale Arbeit .....	29
2.3.2 Historische Entwicklung und aktuelle Situation.....	31
2.3.3 Begriffsannäherung .....	32
2.3.4 Kennzeichen.....	35
2.3.5 Phasen .....	42
2.3.6 Case Management in der sozialpsychiatrischen Versorgung.....	45
<b>3 Empirie.....</b>	<b>49</b>
3.1 Formulierung des Erkenntnisinteresses .....	49
3.2 Methodische Positionierung – Qualitative Forschung.....	51

3.3 Erhebungsmethode.....	53
3.3.1 Problemzentriertes Interview .....	55
3.3.2 Sampling .....	58
3.3.3 Durchführung und Setting.....	60
3.4 Auswertung.....	61
3.4.1 Auswertungsmethode - Qualitative Inhaltsanalyse.....	61
3.4.2 Kategoriensystem.....	62
3.5 Ergebnisdarstellung – Fallvergleich .....	65
3.5.1 Projektspezifika.....	65
3.5.2 Spezifika der Versorgungslandschaft .....	68
3.5.3 KlientInnenspezifika .....	69
3.5.4 Bezüge zu Basiselementen Sozialer Arbeit im sozialpsychiatrischen Bereich .....	70
3.5.5 Case Management.....	75
<b>4 Diskussion .....</b>	<b>83</b>
4.1 Umsetzung von bedarfsgerechtem Case Management bei Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen.....	83
4.2 Bedarfsgerechte Ziele: Planung, Umsetzung und Reflexion .....	92
4.3 Case Management – Eine Methode (Klinischer) Sozialarbeit in der sozialpsychiatrischen Versorgung .....	97
<b>5 Fazit.....</b>	<b>105</b>
<b>6 Literaturverzeichnis .....</b>	<b>109</b>
<b>Anhang.....</b>	<b>I</b>
A Vergleich personenzentrierte Hilfe/Case Management .....	I

B Kurzfragebogen .....	II
C Leitfaden.....	III
D Postskriptum.....	V
E Kategoriensystem .....	VI

## Abkürzungsverzeichnis

APK	Aktion Psychisch Kranke e.V.
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
DGCC	Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management
etc.	et cetera
ff.	fortfolgende
ggfs.	gegebenenfalls
Hrsg.	HerausgeberIn/HerausgeberInnen
IBRP	Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan
OK	Oberkategorie
Pkt.	Punkt
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
u.a.	unter anderem
UK	Unterkategorie
usw.	und so weiter
v.a.	vor allem
Z.	Zeile
z.B.	zum Beispiel



## **Danksagung**

Für die Erstellung einer wissenschaftlichen Arbeit benötigt es (soziale) Unterstützung von verschiedenen Beteiligten. Auch ich möchte mich an dieser Stelle und rückblickend bei den Personen bedanken, ohne dessen Bereitschaft und Förderung die Erstellung der vorliegenden Abschlussarbeit nur schwer umsetzbar gewesen wäre.

Ohne die Bereitschaft von Frau Hübner, Frau Apfel und Frau Sander, aber auch den anderen InterviewpartnerInnen, welche für das Thema Case Management in der Sozialpsychiatrie Interesse gezeigt haben, wäre die Arbeit so nicht entstanden. Ihnen möchte ich daher an dieser Stelle für ihre Zeit und ihre Mithilfe danken.

Bei Prof. Dr. Silke Birgitta Gahleitner möchte ich mich besonders für ihre stetig wissenschaftliche Rückmeldung, Geduld und kritischen Anmerkungen bedanken, die mich noch aus so mancher Gedankensackgasse gelotst haben.

Bei Andreas Hampe möchte ich mich für den kreativen Austausch zum Inhalt dieses doch bisher noch wenig beleuchteten Themas und weiterführenden Ideen danken.

Einen herzlichen Dank gebührt neben den vielen unterstützenden Familienmitgliedern und Freunden an dieser Stelle meine Mutter für die Gespräche und die emotionale Unterstützung. Abschließend möchte ich noch Stephan Große ganz ungemein danken. Ohne seine immerwährende Rücksichtnahme, Zuversicht und Ermutigungen wäre die Zeit vor und innerhalb der Erstellung der Masterarbeit nur schwer zu meistern gewesen.



# 1 Einleitung

Im Zuge der Psychiatrie-Enquete und der damit einhergehenden Enthospitalisierung entstanden Sozialpsychiatrische Dienste. Ihre Aufgabe war und ist es heute noch, die Prämisse ambulant vor stationär durch Krisenintervention, Beratung, Begleitung und Unterstützung von Menschen mit einer psychischen Störung umzusetzen. Hauptklientel stellen dabei die Betroffenen dar, welche chronisch erkrankt sind.

Als Sozialarbeiterin im Sozialpsychiatrischen Dienst Dresden ist es die Aufgabe der Verfasserin, die KlientInnen zu beraten und zu begleiten – in ihrer Lebenswelt in Form aufsuchender Arbeit und mit den Bedingungen der sie umgebenden Lebenswelt. Hierzu gehören u.a. die Vermittlung und Begleitungen innerhalb des Versorgungssystems zu verschiedenen Angeboten wie medizinischen, rehabilitativen und psychosozialen Einrichtungen, aber auch zu den unterschiedlichen Behörden und Ämtern. Der aktuelle Stadtpsychiatrieplan von Dresden schreibt dem Sozialpsychiatrischen Dienst dabei auch eine „zentrale Steuerungsfunktion in der gemeindepsychiatrischen Versorgung“ zu (Landeshauptstadt Dresden, 2014, S. 42).

Die aktuelle Versorgungslandschaft kennzeichnet sich nach Auffassung der Verfasserin durch ein geringes Bewusstsein der Kostenträger und auch Dienstleister für die subjektiven Bedürfnisse der Betroffenen, ein Nebeneinander von Diensten und eine fast undurchschaubare Struktur an spezialisierten Angeboten in unterschiedlichen Settings. Die eigene Beobachtung der aktuellen Situation führte nicht selten zu Unmut seitens der KlientInnen und Professionellen, wobei die der KlientInnen, als klinische Sozialarbeiterin, welche stets die Person in ihrer Situation wahrnimmt, besonders schwer wiegt.

Erste Berührungspunkte mit Case Management ergaben sich innerhalb des berufsbegleitenden Studiengangs Klinische Sozialarbeit. Im Zuge der Auseinandersetzung mit Case Management schien es ein geeigneter Ansatz zu sein, Handlungsoptionen für die eigene Praxis zu entwickeln, die sich am Bedarf der Betroffenen orientieren und ein koordiniertes Vorgehen ermöglichen. Auch der aktuelle Stadtpsychiatrieplan nimmt eine (weitere) Bedarfsorientierung in den Blick und stellt hierzu Handlungserfordernisse auf, u.a. eine verbesserte Kooperation der Dienste und eine strukturiertere Koordination der Einzelfallhilfen (Landeshauptstadt, 2014).

Case Management als Möglichkeit den bifokalen Ansatz Klinischer Sozialarbeit durch die Orientierung an der face-to-face-Arbeit mit den KlientInnen,

aber auch mit und in ihrem Umfeld umzusetzen (Geißler-Piltz, Mühlum, Pauls, 2011, S. 85), soll daher im Fokus der Versorgung von Menschen mit einer chronisch psychischen Störung betrachtet werden.

Mit der empirischen Untersuchung von Case Management in der ambulanten (sozial-) psychiatrischen Versorgung haben sich bisher nur wenige Forschungsprojekte befasst.<sup>1</sup> Daher war es die Intention der vorliegenden Arbeit, sich nicht nur theoretisch, sondern auch empirisch mit der Thematik auseinanderzusetzen. Ziel ist es herauszufinden, inwieweit es für Case Management in der Anwendung möglich ist, bei einer besonderen Klientel – Menschen mit chronisch psychischer Störung – zu einer Bedarfsorientierung beizutragen.

In der theoretischen Auseinandersetzung wird sich zunächst der Zielgruppe mit ihrem speziellen Bedarf gewidmet. Daran anschließen werden sich Ausführungen zu Besonderheiten der sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft und der Verortung Klinischer Sozialarbeit in dieser, welche den spezifischen Bedarf decken. Anknüpfend wird Case Management ausführlich und auch kritisch beleuchtet und Bezüge zu (Klinischer) Sozialarbeit und der sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft hergestellt. Im Zuge des Samplings der vorliegenden Arbeit konnten im Raum Dresden und Umgebung leider keine klinischen SozialarbeiterInnen, welche Case Management umsetzen, gefunden werden. Daher sei an dieser Stelle betont, dass bei den Ausführungen zur Klinischen Sozialarbeit oftmals das Wort „klinisch“ in Klammern gesetzt wurde. Dies folgt der Überlegung, dass die Befragten, bei welchen die Ergebnisse gewonnen wurden, keine klinische Zusatzausbildung hatten.

Im nachfolgend empirischen Teil wird zunächst die Forschungsfrage formuliert und die Begründung für das Vorgehen innerhalb der qualitativen Forschung dargestellt. Dem schließt sich die Darlegung der Erhebung (Instrument, Sampling, Durchführung) an. Fortlaufend wird auf die Auswertungsmethode eingegangen und das verwendete Kategoriensystem beschrieben. Den empirischen Teil abschließend werden die Ergebnisse der Forschung unter Berücksichtigung des Kategoriensystems aufgezeigt.

Diese Ergebnisse werden unter Einbezug des theoretischen Rahmens in Pkt. 4 diskutiert, umso ein Fazit für die Praxis von (klinischen) SozialarbeiterInnen im Tätigkeitsfeld der sozialpsychiatrischen Versorgung von Menschen mit chronisch psychischen Störungen zu ermöglichen.

Die Rückführung zur Klinischen Sozialarbeit bietet sich bei dem vorliegenden Thema an, weil Case Management sozialarbeiterischen Wurzeln entstammt. Verschiedene Grundhaltungen wie Ressourcenorientierung, dem Fokus von

---

<sup>1</sup> Nähere Ausführungen hierzu unter Pkt. 2.3.6.

Person und ihrem Netzwerk, sprich dem bifokalen Ansatz und dem ganzheitlichen Blick bei Erfassung der Bedarfslage können in den Ausführungen zu Klinischer Sozialarbeit wie auch dem Case Management ausfindig gemacht werden. Menschen mit chronisch psychischen Störungen, welche explizit einer bio-psycho-soziale Betrachtung bedürfen, werden als AdressatInnen beider gesehen. Zudem ermöglicht die Vertretung des personenzentrierten Ansatzes eine Veränderung von Sichtweisen der Professionellen auf die KlientInnen nicht nur in der theoretischen Auseinandersetzung, sondern auch in der alltäglichen Praxis. Case Management als Methode in der Anwendung der täglichen Arbeit von klinischen SozialarbeiterInnen in der sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft könnte es ermöglichen, der spezialisierten Versorgungslandschaft mit einer häufig pathogenetisch orientierten Ausrichtung einen koordinierten, bedarfs- und ressourcenorientierteren Ansatz entgegen zu setzen.

Zum Zweck der gendergerechten Formulierung wurden stets beide Formen, männlich und weiblich, mittels eines Binnenanhangs in Großbuchstaben (z.B. den/die LeistungsberechtigteN) verwendet.



## **2 Theoretischer Bezug**

Im Folgenden wird der theoretische Rahmen der vorliegenden Arbeit dargestellt. Die ersten Ideen zu Inhalten entstanden bereits durch die in der Einleitung beschriebenen Beobachtungen der Verfasserin, wurden jedoch erst im Laufe der Forschung weiterentwickelt. Mithilfe einer induktiven Vorgehensweise wurde der theoretische Bezug erst nach Auswertung der aus den qualitativen Daten gewonnenen Ergebnisse fertig gestellt (Lamnek, 2005, S. 247 ff.).

Der Theorieteil folgt nachstehender Logik: Zunächst werden die potenziellen KlientInnen, welchen sich in der vorliegenden Arbeit gewidmet werden soll, charakterisiert und ihr kennzeichnender Bedarf dargestellt. Im zweiten Schritt soll die Versorgungslandschaft und die in ihr tätige (Klinische) Sozialarbeit näher beleuchtet werden. Anschließend wird eine Methode der Bedarfsdeckung – das Case Management – ausführlich erörtert und in Bezug zur (Klinischen) Sozialarbeit wie auch der sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft gesetzt.

### **2.1 Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen**

Bosshard und Lazarus (2005, S. 5) schreiben Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung dem Kompetenzbereich Sozialer Arbeit zu. Die Aufgabe Sozialer Arbeit ist es dabei, sie so zu aktivieren, dass sie ihr Leben (wieder) aktiv gestalten. Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung bedürfen nicht ausschließlich der Behandlung der Symptome, sondern ebenfalls Unterstützung in der Lebenswelt. Dieser potenziellen Klientel soll sich in der vorliegenden Arbeit gewidmet werden. Um sich ihnen inhaltlich zu nähern, wird zunächst eine Definition von chronisch psychischen Erkrankungen vorgenommen, um im zweiten Schritt ihren Bedarf zu beleuchten.

#### **2.1.1 Definition**

Chronische Erkrankung zu definieren fällt nach Ansicht von Curtin und Lubkin (2002, S. 23 ff.) aufgrund der multiplen Bedingungs- und

Entstehungsfaktoren, des Umfangs und Verlaufs der Erkrankung, der Implikation für Betroffene sowie der Langzeitwirkungen von Behandlungsmethoden umfangreich aus. Dennoch bestimmten sie eine Definition für die Pflege: „Unter chronischer Krankheit versteht man das irreversible Vorhandensein bzw. die Akkumulation oder dauerhafte Latenz von Krankheitszuständen oder Schädigungen, wobei im Hinblick auf unterstützende Pflege, Förderung der Selbstversorgungskompetenz, Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit und Prävention weiterer Behinderung das gesamte Umfeld des [/der] Patient[In] gefördert werden muss“ (Curtin & Lubkin, 2002, S. 26). Diese Definition verweist bereits darauf, dass chronische Erkrankungen einerseits von längerer Dauer sind und somit langfristig Unterstützung benötigt wird und andererseits, dass sie verschiedene Bereiche des Lebens beeinträchtigen - somatisch, psychisch und sozial.

Psychische Krisen und psychiatrische Krankheiten verlaufen nicht alle chronisch. Bei schizophrenen Erkrankungen bspw. kann es aufgrund mehrerer akuter Phasen zu chronischen Residualsymptomatik kommen (Deister, Laux & Möller, 2009, S. 163 ff.). Psychische Störungen gehen insbesondere mit Störungen von psychosozialen Kompetenzen einher. Veränderungen von Affekt, Antrieb, Urteilsfähigkeit, Aufmerksamkeit, Denkinhalte, Wahrnehmung, Selbstversorgung, Gedächtnis und Beziehungsgestaltung können die Krankheitsverläufe prägen (Gromann, 2002, S. 2; Deister, Laux & Möller, 2009). Ding-Greiner und Kruse (2010, S. 32) beschreiben aus eigener Praxiserfahrung, dass bei Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung „ein Unterscheiden des Wesentlichen vom Unwesentlichen, [...] häufig nicht mehr möglich [war], weil die Patient[Innen] zweitweise in ihrer eigenen Welt gefangen waren, wo andere Rituale, Anschauungen, Gesetze und Konventionen galten und andere Merkmale Bedeutung hatten.“

Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung definiert Dörr (2005, S. 68) als Betroffene, welche „zum Teil eine langjährige Psychiatriekarriere mit wiederholten Klinikaufenthalten, zumeist mit gravierenden Problemen in wichtigen Lebensbereichen (Arbeit, Lebensunterhalt, Wohnen und Sozialkontakte) hinter sich haben. Insofern sagt der Begriff „chronisch“ (langsam verlaufend, langwierig), dass es sich um Menschen handelt, deren Krankheitsverlauf sich über eine langfristige Hospitalisierung bzw. Behandlungsgeschichte erstreckt.“ Sie spricht damit auch u.a. die historische Perspektive an: Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung lebten vor der Enthospitalisierung besonders häufig in stationären Einrichtungen. Nunmehr leben die Betroffenen häufig in ihrem privaten Umfeld und werden dort ambulant unterstützt (Gromann, 2002, S. 1).



Die sozialen Beeinträchtigungen wie Wohnen, soziale Kontakte, finanzielle Ressourcen, ggfs. berufliche Desintegration können mit der Erkrankung „verstärkend aufeinander wirken und zu einer Ausgrenzungsspirale führen“ (Dörr, 2005, S. 68). Aufgrund der Enthospitalisierung werden diese Lebensbereiche vormals im ambulanten Bereich behandelt (Gromann, 2002, S. 1). Begreifbar werden chronische Erkrankungen dann durch die Lebensweltorientierung, welche das persönliche Umfeld der Betroffenen sowie deren soziale und ökonomische Ressourcen einbezieht (Lorenz-Krause & Niemann, 2002, S. 12). Neben der bereits beschriebenen längerfristigen Existenz chronischer Erkrankung, sind die „wenigsten Klient[Innen] [...] auf dauerhaft allumfassende Hilfeangebote angewiesen“ (Jansen-Kayser, 2010a, S. 423). Chronische Erkrankungen charakterisieren sich durch Phasen von zunehmender Symptomatik hin zu akuten Phasen sowie abnehmender Symptome zu (nahezu) vollständiger Remission (Hellige & Hüper, 2007, S. 55). Die eigentlich akuten Phasen sind zeitlich begrenzt (Curtin & Lubkin, 2002, S. 19). Das bedeutet, dass chronische Erkrankungen ebenso individuell verlaufen, wie die Menschen selbst, welche von ihnen betroffen sind: „Chronische Krankheiten nehmen viele Formen an. Sie können plötzlich auftreten oder sich als heimtückische Prozesse entwickeln, episodisch in Form von Schüben aufflackern oder sich verschlimmern, oder aber über längere Zeit symptomfrei in Remission bleiben“ (Curtin & Lubkin, 2002, S. 20). Diese Individualität von Krankheitsverläufen verdeutlicht ein mehrdimensionales Krankheits- und Gesundheitsverständnis, in welchem verschiedene bio-psycho-soziale Faktoren des/der Betroffenen sowie dessen/deren Umweltfaktoren betrachtet werden müssen.

Da chronische Erkrankungen mit erheblichen Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen einhergehen und Schwankungen unterliegen, verlangen sie von den Betroffenen und deren Angehörigen ein hohes Anpassungsvermögen und erhebliche Bewältigungsstrategien. Neue Kompetenzen werden dabei erlernt, wie Krankheitswissen, „Fähigkeiten der Informationsbeschaffung und Symptomkontrolle, der Umgang mit mehr oder weniger gravierenden Einschränkungen, aber auch der Umgang mit professionellen Gesundheitsarbeiter[Innen]“ (Hellige & Hüper, 2007, S. 52). Aufgrund der längerfristigen Existenz der Erkrankung lernen Betroffene und Angehörige Unsicherheiten in Bezug auf den Krankheitsverlauf, Abhängigkeit von ExpertInnen, aber auch fehlende spezialisierte Angebote kennen (Klug Redman, 2008, S. 17). Neben diesen krankheitsbezogenen Aufgaben und den (veränderten) Alltagsroutinen „müssen [sie] sich mit einer veränderten Zukunftsperspektive auseinandersetzen, womöglich ihre Lebensplanung verändern und lernen, mit der daraus resultierenden Frustration, Wut und Depression umzugehen“ (Klug Redman, 2008, S. 19). Eine nicht gelingende Bewältigung in Form von Verleugnung

oder Verlust des Vertrauens in eigene Fähigkeiten führen zu erheblichen Herausforderungen, welche nach Ansicht von Gromann (2002, S. 3) meist ein schwerwiegenderes Problem in der Behandlung darstellen als die diagnostischen Symptome.

### **2.1.2 Bedarf**

Die beschriebenen Charakteristika von chronisch psychischen Erkrankungen und deren Auswirkungen prägen den Bedarf, welchen die Betroffenen auch an professionelle Unterstützungsangebote haben. Eine Unterscheidung kann dabei zwischen subjektivem und objektivem Bedarf getroffen werden. Als objektiv bezeichnet Prins (2010, S. 16) u.a. ein angemessenes Einkommen, Wohnen, Essen, soziale Kontakte und Behandlung, die subjektiven Bedarfe als individuelle Wünsche und Hoffnungen der Betroffenen. Nach Ansicht von Prins (2010, S. 16) „würde die psychiatrische Unterstützung sich mehr für diese objektiven Bedürfnisse interessieren, und die subjektiven Bedürfnisse eher als nachrangig oder unrealistisch einstufen. Daraus entsteht oft eine Differenz zwischen dem, was psychiatrische Helfer für wichtig halten, und dem, was der Betroffene anstrebt.“

Laut Burton & Tradwell (2002, S. 718 ff.) haben chronisch psychisch kranke Menschen u.a. Bedürfnisse

- nach klinischer Versorgung (insbesondere Medikation und deren Einnahme, Wahrnehmung von Verhaltensänderungen),
- psychische und spirituelle Bedürfnisse (emotionale Unterstützung mittels sozialer Beziehungen, Erlangung eines positiven Selbstbildes, Erreichen der höchstmöglichen Unabhängigkeit und Selbstständigkeit, Konsistenz und Kontinuität in der Versorgung zur Schaffung eines Gefühls von Sicherheit, Hilfe bei der Akzeptanz der chronischen Natur der Krankheit)
- und nach Rehabilitation (Eruieren von Unterstützungssystemen, Hilfe bei Lebensbewältigung, soziale und berufliche Kompetenzen trainieren).

Aufgrund der bereits dargestellten Auswirkungen einer chronisch psychischen Erkrankung und des daraus resultierenden komplexen Bedarfs, reichen informelle Hilfen häufig nicht aus (Burton & Tradwell, 2002, S. 715). Das bedeutet, dass verschiedene professionelle Institutionen und Berufsgruppen in unterschiedlichsten Settings (z.B. stationär oder ambulant) mit dem/der KlientIn

zeitgleich arbeiten (Fillinger & Pracher, 2011, S. 120; Sälzer, 2010, S. 25). An dieser Stelle betonen Burton und Tradwell (2002, S. 715) die Schwierigkeit, einerseits die passenden Angebote zu finden und andererseits dieses komplexe Gefüge zu koordinieren: „Der Weg durch diesen Dschungel aus unterschiedlichsten Behörden, Organisationen, Pflegediensten und sonstigen Leistungsanbietern kann auf zweierlei Weise gefunden werden: Erstens auf Basis von Versuch und Irrtum, was sich als frustrierend und ineffektiv herausstellen und zu Ohnmachtsgefühlen führen kann, und zweitens durch das Gewinnen von Einsicht in die Struktur und Funktionsweise dieses Dschungels, verbunden mit sachgerechter Planung.“

Die weitreichenden und multiplen Einschränkungen im sozialen Bereich als Konsequenz der chronisch psychischen Erkrankung, benötigen eine Lebensweltorientierung der Professionellen (Bosshard, Ebert & Lazarus, 2010, S. 39). Der Fokus einer Therapie ist dann nicht mehr ausschließlich über die diagnostischen Kriterien zu legen, sondern in Bezug auf psychosoziale Ressourcen und Fähigkeiten des/der Betroffenen sowie dessen/deren Umfeld (Sälzer, 2010, S. 14 ff.).

Der Mensch als soziales Wesen zeichnet sich durch dessen soziale Beziehungen aus. Resultierend daraus, besteht bei den Betroffenen auch, und vielleicht aufgrund des bereits erfahrenen Leids, der besondere Wunsch nach Beziehung – sie wollen in diesen wahrgenommen und auch gemocht werden (Prins, 2010, S. 17 ff.). Auch wenn chronische Erkrankungen mit sozialen Rückzugstendenzen einhergehen (bspw. bei Depressionen oder Schizophrenie), verweisen Ding-Greiner und Kruse (2010, S. 42 ff.) darauf, dass dies auch als Versuch gesehen werden kann, sich vor Verletzungen zu schützen. Eine sicherheitsvermittelnde Umgebung und unterstützende Beziehungen entlasten die Betroffenen dennoch und tragen dazu bei, den Verlauf der Erkrankung positiv zu beeinflussen.

Diese Überlegungen beinhalten aber auch, dass Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen ebenfalls in Zusammenarbeit mit professionellen HelferInnen eine unterstützende Beziehungsgestaltung benötigen. Kruckenberg (2000, S. 18) betont dies wie folgt: „Im Grunde wissen wir, was Patient[Innen] vor allem brauchen – persönliches Mit-Sein und professionelle Begleitung soweit irgend möglich in ihrer unmittelbaren Lebenswelt.“ Die Beziehung zwischen Professionellen und KlientInnen fördert den Aufbau von Vertrauen und einen verstehenden Zugang der Professionellen.

Eine partnerschaftliche Beziehungsgestaltung implementiert sich in Anlehnung an Lorenz-Krause und Niemann (2002, S. 14) bereits aufgrund der Langfristigkeit der Hilfen. Um Verhaltensänderungen für die Betroffenen zu ermöglichen, wird Zeit benötigt (Bosshard & Lazarus, 2005, S. 42). Auch um

Langzeitziele erreichen zu können, ist neben der Beziehungsgestaltung die Koordination der Hilfen bei einem langfristigen Verlauf zu beachten (Schleuning & Welschhold, 2000, S. 22). Dabei benötigen die KlientInnen aufgrund der psychosozialen Funktionseinschränkungen (z.B. Durchsetzungsvermögen, Antrieb, spezielles Wissen) häufig Unterstützung, um die entsprechenden Hilfen ausfindig zu machen und zu installieren (Peukert, 2008, S. 23; Curtin & Lubkin, 2002, S. 35). Trotz der Dauer für welche die Hilfen notwendig sind, müssen diese dennoch flexibel und bedarfsgerecht sein. Wie bereits beschrieben, unterliegen auch chronische Erkrankungen Schwankungen im Verlauf, welche eine Anpassung der Hilfen erfordert. Peukert (2008, S. 24) äußert sich hierzu wie folgt: „Ja, wir benötigen chronische Hilfe - aber nicht im Sinne von andauernd immer das Gleiche. So wie das Phänomen „chronisch krank“ viele Gesichter hat und im Einzelfall heute etwas anderes bedeutet als gestern oder morgen, so benötigen wir eine facettenreiche chronische Hilfe [...].“

Um Hilfen bedarfsgerecht zu gestalten, ist eine grundlegende Akzeptanz der (subjektiven) Bedürfnisse der Betroffenen von den Professionellen notwendig. Noch häufig wird jedoch erwartet, dass die KlientInnen sich „den Vorstellungen der Professionellen zur Behandlung und Pflege anpassen. Das Resultat der Nichtberücksichtigung von alltagsweltlichen Erfahrungen der Betroffenen und ihrer Angehörigen wird dann Non-compliance genannt“ (Hellige & Hüper, 2007, S. 53). Eine gemeinsame Entscheidungsfindung und ein Umgang auf Augenhöhe „bietet [jedoch] die Chance, den [/die] chronisch Kranke[N] auf einen Abschnitt seines [/ihres] von Mut und Kreativität gekennzeichneten Lebensweges zu begleiten“ und Ziele zu erreichen (Curtin & Lubkin, 2002, S. 48; Berg, Blevins & Dunbar-Jacob, 2002, S. 357).

Auf der anderen Seite erfordert der partnerschaftliche Umgang aber auch, dass die Betroffenen Verantwortung übernehmen und mitarbeiten – denn sie tragen nach Ansicht von Curtin und Lubkin (2002, S. 39) die abschließende Entscheidung über eigene Ziele und die Verantwortung deren Gestaltung. „Die Verantwortung der Klient[Innen] für das Management chronischer Leiden ist zweifellos gewachsen. [...] All das aber erfordert ein von Compliance geprägtes Gesundheitsverhalten, damit höchstmöglicher Nutzen entsteht und kein Schaden angerichtet wird“ (Berg, Blevins & Dunbar-Jacob, 2002, S. 357). Um diese Compliance und Kooperationsbereitschaft zu ermöglichen bzw. zu erhöhen bedarf es einer ausreichenden (Psycho-)Edukation (Curtin & Lubkin, 2002, S. 41; Berg, Blevins & Dunbar-Jacob, 2002, S. 357).

## **2.2 Sozialpsychiatrische Versorgungslandschaft und (Klinische) Soziale Arbeit**

Psychische Störungen werden in der sozialpsychiatrischen Versorgung in ihrem multidimensionalen bio-psycho-sozialen Zusammenhang verstanden (Fillingler & Pracher, 2011, S. 120). Im Zuge der Enthospitalisierung entstand eine breitgefächerte und spezialisierte Versorgungslandschaft. Im ambulanten Sektor nehmen SozialarbeiterInnen einen bedeutenden Platz in der multiprofessionellen Versorgungslandschaft ein, da die Unterstützung nunmehr in der Lebenswelt stattfindet. Sie fokussieren die soziale Perspektive der Entstehungsbedingungen und Behandlungsmöglichkeiten und beraten und begleiten Menschen mit einer (chronisch) psychischen Störung.

Um die aktuelle sozialpsychiatrische Versorgungslandschaft und den Platz (Klinischer) Sozialarbeit näher zu charakterisieren, werden nachfolgend Begrifflichkeiten näher definiert und jeweilige Kennzeichen dargestellt.

### **2.2.1 Sozialpsychiatrische Versorgungslandschaft**

*Definition:* Unter Psychiatrie ist laut Dörr (2005, S. 12) zunächst eine medizinische, d.h. ärztliche Profession zu verstehen. Sie „befasst [...] sich mit Diagnose, Intervention und Prävention mentaler Krankheiten sowie mit deren Erforschung. Die medizinische Disziplin Psychiatrie versucht, das Phänomen Krankheit physiologisch zu erklären und zu behandeln und auf eine biologisch-naturwissenschaftliche Grundlage zu stellen [...]“. Psychiatrie ist zudem ein sozialer Ort – die Klinik – und eine soziale Institution mit bestimmten Denk-, Handlungs- und Beziehungsmustern (Dörr, 2005, S. 12 ff.).

Wie bereits erwähnt, werden nunmehr die Genese, der Verlauf und die Behandlung von psychischen Störungen bio-psycho-sozial verstanden. Der Begriff der Sozialpsychiatrie deutet daher nach Ansicht von Kruckenberg (2000, S. 17) darauf hin, dass „Psychiatrie a-sozial geworden ist und dass seelisches Kranksein nicht nur im biologischen, sondern auch im sozialen Kontext wahrgenommen und behandelt werden muss.“ Entlang der Gedanken von Dörr (2005, S. 14 ff.) charakterisiert sich Sozialpsychiatrie im Zuge der Kritik gegenüber der Reduktion psychischer Störungen auf biologische Merkmale und der Etikettierung der Betroffenen als therapeutische Praxis, wie auch als soziale Bewegung. Sozialpsychiatrie definiert sich daher als „eine theoretische und empirische Wissenschaft, die sich mit psychischer Krankheit bzw.

psychischem Leiden als sozialem Prozess befasst und folglich soziale Ursachen, Folgen und Behandlungsmöglichkeiten untersucht. Die soziale Dimension einer psychischen Abweichung oder Erkrankung, also die Bedeutung sozialer Faktoren für die psychische Gesundheit und Krankheit sowie die Prävention, gerät damit in den Mittelpunkt sozialpsychiatrischer Wissensentwicklung und Forschung“ (Dörr, 2005, S. 14). Verstanden werden soll die sozialpsychiatrische Versorgungslandschaft in der vorliegenden Arbeit inklusive des gemeindepsychiatrischen Gedankens. Der Begriff der Gemeindepsychiatrie weist auf die Struktur der Versorgungslandschaft hin, welche vornehmlich in der Lebenswelt der Betroffenen existieren soll (Sälzer, 2010, S. 9). In beiden Ansätzen stehen die jeweiligen Lebensbedingungen im Vordergrund. Sozialpsychiatrie integriert somit eine gemeindenahere Behandlung und Therapie – sie behandelt psychische Störungen dort, wo sie entstehen (Dörr, 2005, S. 16 ff.). Zu den kennzeichnenden Merkmalen der Sozialpsychiatrie lassen sich nach Zimmermann (2008, S. 208 ff.) u.a. folgende Aspekte zählen:

- „Dass sie in vielfältigen und teils sehr verschieden ausgestalteten Institutionen und Versorgungsangeboten aufgefalten ist [...];
- Dass die speziellen Aufgabenprofile der Professionellen [...] stark differieren, je nachdem, ob akut erkrankte oder chronisch erkrankte Menschen stationär oder ambulant behandelt werden [...];
- Dass die Arbeit mit und für psychisch kranke Menschen traditionell stark sozialpolitisch, ja tatsächlich psychiatriepolitisch aufgeladen ist; [...]
- Dass ein großer Teil der Hilfsangebote für Betroffene psychischer Erkrankung aus steuerfinanzierten Ressourcen getragen wird [...];
- Dass aber andererseits die Organisation und Finanzierung vieler Hilfsangebote durch eine Zersplitterung der Kostenträgerschaft kompliziert ist [...];
- Dass die aktuell beschriebene Notwendigkeit zu Neubestimmung nicht allein aus ökonomischen Zwängen heraus, sondern auch bezüglich neuer und alter fachlicher Herausforderungen resultiert [...];
- Dass paradigmatische Veränderungen bezüglich der Steuerung und Ausgestaltung der Hilfen stattgefunden haben.“

Auf einzelne dieser von Zimmermann (2008) genannten Kennzeichen soll nachfolgend näher eingegangen werden.

*Kennzeichen:* Die Kosten für die Behandlung, Begleitung und Beratung von Menschen mit einer psychischen Störung werden in Deutschland durch unterschiedliche Finanzierungs- und Gesetzesquellen getragen, welche dem

Sozialstaatsprinzip entsprechen. Einerseits werden die tragenden Kassen für die Leistungen wie nachfolgend aufgezeigt stark belastet, andererseits erschweren die gesetzlichen Grundlagen eine schnelle und bedarfsgerechte Versorgung. „Die Kosten psychischer Erkrankungen betragen schätzungsweise 3 - 4% des Bruttoinlandsprodukts. Zudem zählen psychische Störungen zu den Hauptursachen für Frühverrentung und verminderte Erwerbsfähigkeit in den Mitgliedstaaten der EU“ (Gesundheitsministerkonferenz der Länder, 2007, S. 5). Die direkten Krankheitskosten in Deutschland beliefen sich 2008 in Deutschland auf 28 Milliarden Euro, die indirekten Kosten<sup>2</sup> auf 26 Milliarden (DPPN, 2013, S. 2). Mit den steigenden Kosten und den damit immer leerer werdenden Kassen, stehen die Dienstleister unter Kostendruck. „Leistungen sollen nicht nur effektiv, sondern auch effizient (wirtschaftlich) erbracht werden“ (Jansen-Kayser, 2010b, S. 437). Die Kostenträger (z.B. Sozialhilfe, Krankenkasse, Rentenversicherung) müssen ihren Auftrag der Fürsorge, Behandlung usw. gegenüber von berechtigten Personen unter möglichst geringen Mitteleinsatz erfüllen. Dabei sind sie nach Ansicht von Görres (2010a, S. 126) „in der Zwickmühle. Einerseits ist es ihre Aufgabe, ein umfassendes und nachhaltiges psychiatrisches Versorgungsangebot aufzubauen, andererseits müssen sie den Umbau der Leistungsangebote und der Einschränkungen des Kreises der Leistungsberechtigten vorantreiben, da die öffentlichen Kassen leer sind.“ Hinzu kommt die unterschiedlich ausgestaltete Basis der Finanzierungsmöglichkeiten von Unterstützungsangeboten für Menschen mit einer (chronisch) psychischen Störung. „Dabei sind zwei Finanzierungssäulen zu unterscheiden:

- Die Behandlung von Krankheiten und ihren Folgen (SGB V, SGB VI, SGB IX, SGB XI)
- Die Hilfen zur Wiedereingliederung und Hilfe zum Lebensunterhalt (SGB XII)“ (Görres, 2010, S. 125).

Die unterschiedlichen Gesetze für die Inanspruchnahme der Leistungen werden durch Bestimmungen näher definiert, indem sie bspw. den/die Leistungsberechtigten, die möglichen Leistungen und die beteiligten Berufsgruppen bestimmen (Görres, 2010, S. 125 ff.). Je nach Leistungsangebot sind so z.B. bestimmte Diagnosekriterien, oder auch ein unterschiedlich hoher finanzieller Eigenanteil der Betroffenen (wie deren Familien) ausschlaggebend für die Entscheidung pro oder contra für die Inanspruchnahme einer Hilfe. Das für die Entscheidung ein hinreichendes Wissen notwendig ist, erschwert es den Betroffenen, die Hilfen selbstständig zu finden und zu installieren.

---

<sup>2</sup> U.a. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Erwerbsminderung.

Im Zuge der Spezialisierung aufgrund der unterschiedlichen Finanzierung, aber auch aufgrund der Berücksichtigung von Altersgruppen, Arten von Störungen und Unterstützungsmöglichkeiten entwickelte sich ein stark differenziertes Versorgungssystem. So entstand die Möglichkeit, dass Menschen mit einer psychischen Störung zumeist auch ein breites Spektrum an spezifischen Angeboten außerhalb stationärer Settings in ihrer Lebenswelt wahrnehmen konnten (Schleuning & Welschehold, 2000). Nachteil ist jedoch nach Rammel-Faßbender (2009, S. 82), dass dieses „Angebot der Leistungen den Menschen häufig nicht in seiner Vielfalt bekannt oder aufgrund der Komplexität unüberschaubar ist [...]. Hinzu kommen finanzielle und psychische Belastungen, die eine Nutzung erschweren.“ Darüber hinaus sind die regionalen Unterschiede in der Versorgungslandschaft sehr hoch. Spezielle Angebote konzentrieren sich bspw. oftmals auf Ballungsgebiete und bleiben Menschen in strukturschwachen Regionen verwehrt. Die Verlagerung von vormals stationären Angeboten zu ambulanten Settings aufgrund der Enthospitalisierung lässt ambulante gemeindenahe Strukturen zur Vollversorgung entstehen. Die Sektorisierung wird jedoch durch eine geringe und mitunter fehlende Kooperation der beteiligten Professionellen erheblich beeinträchtigt (Bosshard, Ebert & Lazarus, 2010, S. 41). Am schwersten wiegt jedoch die Konsequenz für die KlientInnen: Ohne geeignete Unterstützung, passende Leistungen zu erkennen, auszuwählen und in Anspruch zu nehmen, können sich Betroffene wie Angehörige im „Behördenschwungel [...] verlieren, [dann] verlieren die Betroffenen häufig die Orientierung, oder sie entwickeln Ohnmachtsgefühle und bekommen Schwierigkeiten bei der Wahrnehmung der eigenen komplexen Bedürfnislage“ (Burton & Tradwell, 2002, S. 721).

Das breitgefächerte und spezialisierte Versorgungssystem bedeutet auch, dass viele Dienstleister gleichzeitig ihre Leistungen bei einem komplexen Bedarf von Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung erbringen. Diese Hilfen sind nach Sälzer (2010, S. 25) meist angebotsorientiert, „das heißt sie suchen sich die zu ihrem Konzept passende[N] Klient[In] aus, statt sich nach dem Bedarf der in der Region lebenden hilfsbedürftigen Personen zu richten.“ Die Ausrichtung der Leistung kennzeichnet sich dann durch die fachlichen Entscheidungen des Dienstleisters (Wendt, 2010, S. 78 ff.). Diese Angebotsorientierung führt dazu, dass vornehmlich Leistungen als Standardpakete angeboten werden. Da sich diese nicht am Bedarf der KlientInnen, d.h. weder an den individuellen Defiziten noch an den eigenen Ressourcen orientiert, verstärkt es nach Sälzer (2010, S. 25) die Unselbstständigkeit bei der Gestaltung des eigenen Lebens. Ein Betroffener schildert die ungenügende individuelle Planung sowie die Abstimmung mit den sozialen Bedingungen aus seiner Sicht wie folgt: „Egal welche Hilfen wir wirklich benötigten, wir mussten das



komplette Paket in Anspruch nehmen, das die Einrichtung bot, auch wenn wir einige Hilfen gar nicht benötigten. Der Bedarf war definiert gemäß Konzept der Einrichtung, damit war auch der Leistungsträger zufrieden. Die Einrichtung war zufrieden, weil ein Platz finanziert wurde. Die verschiedenen Hilfen, die wir in den Einrichtungen erhielten, waren durch die zentrale therapeutische Leitung der Einrichtung definiert“ (Wagner, 2004, S. 19). Insbesondere in Hinblick auf die bereits benannten Schwankungen von chronischen Erkrankungen ist dieses Vorgehen mit standardisierten Hilfen fraglich (Jansen-Kayser, 2010a, S. 423): Die angebotsorientierten Leistungen beziehen sich lediglich auf bestimmte temporäre Zustände (berufliche Rehabilitation, Beratung in Bezug auf Krise usw.) (Sälzer, 2010, S. 22).

Wenn die KlientInnen mit ihren Bedürfnissen zentral für weitere Entscheidungen sein sollen, sind nach Ansicht von Bosshard, Ebert und Lazarus (2010, S. 42) „gemeindepsychiatrische Netzwerke anstelle der vielen isoliert vorgehenden Anbieter unverzichtbar.“ Dieses Netzwerk könnte dann eine ganzheitliche Begleitung von Menschen mit einer chronisch psychischen Störung ermöglichen. Die aktuelle Situation ist jedoch aufgrund der Finanzierung, Spezialisierung, Sektorisierung und Angebotsorientierung nicht durch eine Ganzheitlichkeit gekennzeichnet.

Wenn sich der Bedarf maßnahmeübergreifend ändert, ist damit auch ein Wechsel in andere Leistungen notwendig. Die Konsequenz ist, dass gewachsene Beziehungen zu professionellen HelferInnen abgebrochen werden (Kruckenberg, 2000, S. 17; Sälzer, 2010, S. 27). Diese Diskontinuität mündet nach Ansicht von Kunze (2004, S. 20) dann in immer wieder neuer Entwurzelung oder einer Abhängigkeit der Betroffenen. Der Wechsel zu immer neuen Einrichtungen hat zudem zur Folge, dass Informationen verloren gehen, oder die KlientInnen „eine sich ständig wiederholende Datenerhebung über sich ergehen lassen“ müssen (Burton & Tradwell, 2002, S. 723). Zudem erschweren in Anlehnung an Burton und Tradwell (2002, S. 723) die wichtigen Datenschutzbestimmungen den Informationstransfer zwischen den Dienstleistungen. „Folglich verschwinden viele wertvolle Informationen in den Archiven von Behörden, Organisationen, Pflegediensten und sonstigen Leistungsanbietern, und es wird viel Zeit verschwendet.“ Dieser Verlust an den Schnittstellen der verschiedenen Versorgungsangebote erfordert eine bessere Abstimmung der Beteiligten im gesamten Prozess über Ziele und Strategien im Vorgehen, sodass unnötige Doppel- und Unterversorgungen vermieden werden können (Sälzer, 2010, S. 22 ff.).

*Forderungen:* Zu den Forderungen für eine zukünftige Versorgungslandschaft, die dem Gedanken der Sozialpsychiatrie gerecht wird, gehören daher vor allem

eine ausreichende Bedarfsorientierung sowie eine entscheidende Mitbestimmung der KlientInnen.

Die Bedarfsorientierung beinhaltet die bedarfsgerechte Koordination und Kooperation zwischen und innerhalb der verschiedenen Dienste und der Ausbau des komplementären Systems (Sälzer, 2010, S. 8 ff.). Hinzu kommt die individuelle bedarfsgerechte Ermittlung, einschließlich der Erhebung von (sozialen) Ressourcen und die entsprechende Umsetzung der Hilfen. Für eine bedarfsgerechte Ermittlung und Planung von Hilfen wird eine ausreichende Mitbestimmung der KlientInnen benötigt, um die Chance auf ein selbstbestimmtes Leben ggfs. auch ohne professionelle Hilfe zu ermöglichen (Fricke, 2004, S. 53): „Es geht darum, Mut zu machen eigene Wege zu gehen und auf eigenen Beinen zu stehen, und nicht [...] eine Rundumsorgelosversorgung [...]. Alle Therapien und Hilfen müssen sich an den Ressourcen und nicht an den Defiziten der betroffenen Menschen orientieren. Wer das tut, was er [/sie] kann, vielleicht sogar besser kann als viele andere, hat Erfolgserlebnisse und diese stärken das Selbstbewusstsein und damit auch die seelische Stabilität. Mit gestärktem Selbstbewusstsein ist man eher in der Lage zuzugeben, wo man Hilfe braucht, und man findet auch eher die Kraft, an seinen Defiziten zu arbeiten“ (Fricke, 2004, S. 61).

In Anlehnung an Fricke (2004, S. 53) hängt die Entscheidung der professionell Tätigen über mehr oder weniger Selbst- oder Fremdbestimmung nicht von der Diagnose ab, sondern vielmehr vom Ziel, dem Krankheitsverständnis und der Einstellung der Professionellen. D.h. auf Augenhöhe mit den KlientInnen zu arbeiten, bedeutet auch ein persönliches „Mitsein“ (Kruckenberg, 2000, S. 165).

Zusammenfassend ist zu sagen, dass es mittels der vielen ambulanten Angebote ermöglicht wurde, dass auch Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung in ihrer Lebenswelt bleiben können, nicht mehr auf eine stationäre Versorgung angewiesen sind. Dennoch ist nach Ansicht von Schleuning und Welschehold (2000, S.9) zu konstatieren, dass es für eine angemessene Versorgung außerdem „flexible, individuelle, maßgeschneiderte, vernetzte Programme braucht (1); dass diese Gruppe von Patient[Innen] ohne fachkompetente Unterstützung den Weg zu den jeweils notwendigen verschiedenen Anbietern der in unterschiedlicher Kostenträgerschaft vorgehaltenen Maßnahmen nicht findet (2); [und] dass mangelnde Abstimmung zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich beziehungsweise ungeeignete Nachsorgekonzepte auf konzeptuelle und strukturelle Defizite in der Versorgung dieser „schwierigen“ Patient[Innen] hinweisen (3)“.

### **2.2.2 (Klinische) Sozialarbeit in der Sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft**

Als Teildisziplin Sozialer Arbeit „profilert Klinische Sozialarbeit die Expertise in der psycho-sozialen Beratung, Behandlung und Prävention bei schweren Belastungen, Krisen und psychischen, sozio- und psychosomatischen sowie chronischen Erkrankungen“ (Pauls, 2011, S. 16). Die Klinische Sozialarbeit bestimmt sich durch den hard-to-reach-Begriff, d.h. es handelt sich um KlientInnen, welche aus verschiedenen Gründen Unterstützung nicht beanspruchen können, jedoch durch viele Problemlagen gekennzeichnet sind (Gahleitner & Mühlum, 2010, S. 109). In Bezug auf Menschen im sozialpsychiatrischen Kontext bedeutet das nach Dörr (2005, S. 98) auch, dass (klinische) SozialarbeiterInnen mit denjenigen zusammenarbeiten, die ihren Bedarf kaum oder nicht entsprechend ausdrücken können. Auch wenn KlientInnen bspw. Probleme nicht sehen (können), stellt eine tragende Beziehung die Basis dafür dar, Kooperation zu zulassen und einen Perspektivwechsel zu ermöglichen (Heiner, 2007, S. 469).

Trotz dessen, dass in der Vergangenheit SozialarbeiterInnen immer im Gesundheitsbereich tätig waren, wurden ihre Möglichkeiten „allzu oft unterschätzt und in dienender Funktion gar als „Magd der Medizin“ (aus)genutzt“ (Gahleitner & Mühlum, 2010, S. 98) - obwohl Forschungen zeigen, dass psychosoziale Komponenten vor Erkrankungen schützen können, aber auch, dass soziale Unterstützung zu den vielversprechenden Behandlungsmethoden gehört (Pauls, 2011, S. 32). „Daraus folgt, dass die Soziale Arbeit dem biomedizinischen Behandlungsmodell ihr eigenes ganzheitliches, bio-psychosoziales Konzept entgegensetzen sollte“ (Geißler-Piltz, Mühlum & Pauls, 2010, S. 36). Klinische Sozialarbeit in der psychiatrischen Versorgung von Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung ergänzt daher die ärztliche Sicht mittels des bio-psycho-sozialen Ansatzes und trägt „zur Verbesserung der „Passung“ von Lebenslage und Lebensweise“ bei (Gahleitner & Mühlum, 2010, S. 99). Sie orientiert sich dabei am salutogenetischen Gesundheitsbegriff: „Ein einzelner Mensch ist niemals allgemein krank, sondern er [/sie] leidet immer unter bestimmten Beschwerden, Störungen, Symptomen und Behinderungen. Diese bilden in jedem einzelnen Fall ein bestimmtes Syndrom und dies wird einer bestimmten Krankheit zugeordnet, aber nie zu einem allgemeinen Krankheitsbegriff“ (Pauls, 2011, S. 89).

Leitperspektiven (Klinischer) Sozialarbeit sind u.a. das Empowerment, die Lebensweltorientierung und eine wirksame Beziehungsgestaltung. Auch bei Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung, welche dauerhaft auf

Unterstützung angewiesen sind, soll das oberste Ziel einer größtmöglichen Autonomie durch Hilfe zur Selbsthilfe gefördert werden – durch Ermunterung und Anleitung, eigene Angelegenheiten weitestgehend selbst in die Hand zu nehmen (Heiner, 2007, S. 462). Der Empowermentansatz setzt dabei an den Ressourcen der Betroffenen und deren Umfeld an (Dörr, 2005, S. 83). Als Arbeitsprinzip der Sozialen Arbeit weisen Bosshard, Ebert und Lazarus (2001, S. 81) jedoch daraufhin, dass Selbsthilfe auch eine zweiseitige Botschaft hat: „Es verweist zum einen auf die subjektiven Hilfeanliegen des [/der] Klient[In] und zum Zweiten auf allgemeine, öffentlich ausgehandelte Nutzensvorstellungen. Selbsthilfe ist in erster Linie deshalb nützlich, weil sie die Allgemeinheit von der Last der Fürsorge für andere entlastet.“

Neben der Orientierung an den Selbsthilfepotenzialen des/der Einzelnen, bezieht Klinische Sozialarbeit die soziale Umgebung explizit mit ein. Dabei nutzt sie soziale Netzwerkarbeit sowie die Theorien zur sozialen Unterstützung (Pauls, 2011, S. 18 ff.). Die Lebensweltorientierung Klinischer Sozialarbeit priorisiert eine Synchronisierung des multidimensionalen bio-psycho-sozialen inneren Modells und der umgebenden Umwelt. Sie vertritt somit einen bifokalen Ansatz (Pauls, 2011, S. 108 ff.). Der doppelte Fokus von Lebensverhalten und Lebensverhältnissen steht in der sozialpsychiatrischen Versorgung nach Dörr (2005, S. 85 ff.) mit dem Empowermentansatz in Verbindung: Die Lebensweltorientierung „nimmt plausibel die Erkenntnis auf, dass schwierige psychosoziale Lebenssituationen und Krisen nur mit der Zustimmung und den Kräften derer zu bewältigen sind, denen geholfen werden soll.“ (Klinische) Sozialarbeit vermittelt also auch zwischen Gesellschaft und Individuum (Heiner, 2007, S. 104). Soziale Arbeit kann so auf die Veränderungen des KlientInnen- und/oder Leistungssystem abzielen. Der Schwerpunkt verschiebt sich dann je nach Aufgabenstellung von intensiver Einzelfallarbeit hinzu direkter Organisationsarbeit (Heiner, 2007, S. 137).

Pauls (2011, S. 184) weist zudem darauf hin, dass alle Überlegungen und Interventionen Klinischer Sozialarbeit ohne eine wertschätzende Beziehung nicht erfolgreich wirken. Als weitere Grundlagen sozialarbeiterischen Handelns benennt Dörr (2005, S. 93 ff.) die Ressourcenorientierung, Genderkompetenz, Betroffenenorientierung, Autonomie und Reflexionsfähigkeit.

Zu den Handlungskompetenzen Sozialer Arbeit für die Einzelfallhilfe in der sozialpsychiatrischen Versorgung zählen Bosshard, Ebert und Lazarus (2001, S. 302 ff.) die Biografiearbeit, die Psychoedukation (um einen veränderten Umgang mit der seelischen Störung und deren Folgen zu ermöglichen), die Gesprächsführung hinsichtlich Anamnese und Krisenintervention sowie das Case Management. Pauls (2011, S. 303) nennt u.a. die Förderung von sozialen Kontakten, die Alltagsstrukturierung, Gespräche mit und die Begleitung im

sozialen Umfeld, Motivierung zu Compliance und die Unterstützung in Krisensituationen als konkrete klinisch-sozialarbeiterische Maßnahmen in der Zusammenarbeit mit Menschen mit einer psychischen Störung. Für eine angemessene Versorgung von chronisch psychisch kranken Menschen wird aus seiner Sicht „Soziale Therapie [benötigt], die personenorientierte Begleitung, Beratung, Stützung und Umfeldhilfen bietet und die verschiedenen Behandlungen und Hilfemaßnahmen koordiniert und vermittelt (sozialtherapeutisches Case Management)“ (Pauls, 2011, S. 302).

## **2.3 Case Management**

Der hier zuletzt aufgeführte Aspekt - das Case Management - betont die Wechselwirkung zwischen Person und Umgebung (Person-in-der-Situation), indem formelle und informelle Netzwerke bei der Problemanalyse berücksichtigt, aber auch für einen Unterstützungsprozess vernetzt werden (Pauls, 2011, S. 318 ff.). Nachfolgend wird sich Case Management ausführlich gewidmet. Zunächst soll es in der Sozialen Arbeit verortet werden. Dem schließen sich ausführliche und kritische Betrachtungen zur Entwicklung, dem aktuellen Stand, den charakteristischen Merkmalen und Phasen an. Abschließend soll der Bezug zur sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft mithilfe zweier Forschungsprojekte hergestellt werden.

### **2.3.1 Case Management und Soziale Arbeit**

Der Begriff Case Management als Handlungsmöglichkeit hat im Sozial- und Gesundheitsbereich an Verbreitung gewonnen. Nicht nur Leistungsträger haben aufgrund der vielversprechenden Effizienz und Effektivität Interesse an der Umsetzung von Case Management, sondern auch die im Gesundheitswesen tätigen Professionen (Löcherbach, Klug, Rimmel-Faßbender & Wendt, 2009, S. 7). Trotz der Möglichkeiten, welche Case Management für die Arbeit mit den KlientInnen, deren Lebenswelt sowie dem formellen Netzwerk bietet, ersetzt es in Anlehnung an Wendt (2007, S. 15) die Soziale Arbeit als praxisorientierte Profession nicht. Case Management benötigt eine Basis an bspw. sozialarbeiterischer Kompetenz, stellt aber das Management von komplexen Inhalten in den Vordergrund (Wendt, 2007, S. 18). Auch in der täglichen Praxis Sozialer Arbeit ist ein Management gefragt. Aufgrund des